Plano Municipal de Saúde

2026-2029



Saúde Já Curitiba

SUS

Prefeitura de CURITIBA

Trabalhamos juntos.

Versão atualizada em 12/08/2026

Prefeito Municipal

Eduardo Pimentel Slavieiro

Secretária Municipal da Saúde

Tatiane Correa da Silva Filipak

Conselho Municipal da Saúde 2024/2027 (Mesa Diretora)

Presidente – João Carlos Santana

Vice - Presidente - Tatiane Correa da Silva Filipak

Primeiro Secretário – Woldir Wosiak Filho

Segundo Secretário – Maria Lúcia Gomes

Mensagem da Secretária Municipal da Saúde

Cuidar da saúde de uma cidade é, antes de tudo, cuidar das pessoas. É compreender que cada decisão tomada no âmbito da gestão pública reflete diretamente na vida de milhares de cidadãos e cidadãs, impactando não apenas o acesso aos serviços, mas também a qualidade de vida, a dignidade e o bem-estar de toda a população.

A saúde pública representa uma das mais importantes expressões do compromisso do poder público com a sociedade. Trata-se de uma política essencial, que exige planejamento responsável, gestão qualificada e sensibilidade para compreender as necessidades reais das pessoas. Nesse contexto, o Plano Municipal de Saúde constitui um instrumento fundamental para orientar as ações da Secretaria Municipal da Saúde, consolidando diretrizes, prioridades e estratégias que nortearão o desenvolvimento do sistema de saúde de Curitiba nos próximos anos.

Este plano reflete um processo cuidadoso de análise e planejamento, construído a partir do diagnóstico da realidade sanitária do município, da avaliação dos indicadores epidemiológicos e assistenciais, e do alinhamento com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Também incorpora as contribuições provenientes dos espaços de participação social, reafirmando o compromisso da gestão com a transparência, o diálogo e a construção coletiva das políticas públicas.

Curitiba possui uma trajetória reconhecida nacionalmente pela qualidade de sua gestão em saúde e pela capacidade de desenvolver soluções inovadoras para os desafios do cuidado em saúde. Manter e ampliar esse legado exige responsabilidade, visão estratégica e compromisso permanente com o aprimoramento dos serviços oferecidos à população.

Nesse sentido, a Secretaria Municipal da Saúde tem direcionado seus esforços para o fortalecimento da Atenção Primária, a ampliação do acesso aos serviços especializados, a qualificação permanente das equipes multiprofissionais e a integração das redes de atenção à saúde. A gestão eficiente dos recursos públicos e o uso estratégico das informações em saúde também constituem pilares essenciais para garantir maior resolutividade e sustentabilidade ao sistema.

A inovação ocupa lugar central nessa trajetória. Inovar, para a saúde pública, significa incorporar novas tecnologias, aprimorar processos de gestão, fortalecer a inteligência em saúde e desenvolver soluções capazes de responder de forma cada vez mais ágil, eficiente e humanizada às demandas da população. Mais do que modernizar estruturas, inovar

significa qualificar o cuidado e ampliar a capacidade do sistema de proteger e promover a vida.

Ao mesmo tempo, reafirmamos neste plano a importância das políticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Sabemos que o cuidado em saúde começa antes do adoecimento e que investir em prevenção significa construir uma cidade mais saudável, reduzir agravos evitáveis e garantir melhor qualidade de vida para as atuais e futuras gerações.

O Plano Municipal de Saúde representa, portanto, um compromisso institucional com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em Curitiba. Ele orienta nossas ações e reafirma a responsabilidade da gestão pública em assegurar que cada cidadão encontre, nos serviços de saúde, acolhimento, cuidado qualificado e respostas efetivas às suas necessidades.
Seguiremos trabalhando com dedicação, responsabilidade e espírito público para que Curitiba continue sendo referência em saúde pública no Brasil, demonstrando que é possível construir um sistema de saúde cada vez mais eficiente, inovador e humano.

Porque, para nós, inovar é cuidar.

E cuidar é, sempre, colocar a vida em primeiro lugar.

Tatiane Correa da Silva Filipak
Secretária Municipal da Saúde de Curitiba

Mensagem do Presidente do Conselho Municipal de Saúde
Gestão 2026-2029

Cada página deste Plano Municipal de Saúde é resultado da dedicação e do compromisso de homens e mulheres que acreditam no poder da participação popular.

Os conselheiros locais, distritais e municipais de saúde de Curitiba uniram suas vozes, experiências e esperanças para construir este instrumento que orientará as ações em favor de uma cidade mais humana, justa e saudável.

Este plano é a expressão viva do controle social em sua essência: a presença ativa do povo na formulação das políticas públicas, defendendo o direito de todos a um SUS forte, transparente e acolhedor.

Que ele inspire novas conquistas e fortaleça a certeza de que quando caminhamos juntos — sociedade e gestão — a saúde floresce e o futuro se transforma.

João Carlos Santana
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba

COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Raquel Ferraro Cubas
Sonia Regina de Brito Rustick

REVISÃO E FORMATAÇÃO DO DOCUMENTO

Kelly Otofuji Honda

COLABORADORES

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

sms@sms.curitiba.pr.gov.br

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divisão dos municípios do Estado do Paraná e localização de Curitiba. 35
Figura 2 – Divisão topográfica do Estado do Paraná. 36
Figura 3 – Vias de acesso terrestre ao município de Curitiba. 37
Figura 4 – Mapa de solos da área de influência hidrográfica de Curitiba. 38
Figura 5 – Captações de água, Curitiba, 2010. 39
Figura 6 – Evolução da ocupação urbana, Curitiba. 40
Figura 7 – Áreas de proteção ambiental, Curitiba. 40
Figura 8 – Ocupações irregulares, Curitiba. 41
Figura 9 – Áreas de inundações, Curitiba. 41
Figura 10 – Divisão por regionais, Curitiba, 2025. 43
Figura 11 – Mapa de áreas verdes e Unidades de Conservação por tipo. 47
Figura 12 – Programa Câmbio Verde: Troca de recicláveis por alimentos. 48
Figura 13 – Mapa político da Região Metropolitana de Curitiba, 2013. 57
Figura 14 – Mapa estratégico 2025-2028 Vigilância Sanitária de Curitiba. 137
Figura 15 – Unidades de Saúde e área de abrangência, Curitiba, 2025. 146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil territorial e demográfico do município de Curitiba. 44
Tabela 2 – Número de domicílios recenseados segundo tipo e uso, Curitiba. 44
Tabela 3 – Consumo e número de consumidores de energia elétrica, Curitiba, 2023. 45
Tabela 4 – Abastecimento de água e esgoto, Curitiba, 2023. 45
Tabela 5 – População por faixa etária e sexo em Curitiba, 2024. 51
Tabela 6 – Posição nacional quanto ao Produto Interno Bruto (PIB) municipal, 2021. 52
Tabela 7 – Composição do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). 54
Tabela 8 – Perfil da Região Geográfica Metropolitana de Curitiba, RMC 58
Tabela 9 – Nascidos vivos residentes em Curitiba por ano de nascimento. 60
Tabela 10 – Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos, por Distrito Sanitário... 65
Tabela 11 – Número de óbitos pelas dez principais grupos de causa de morte 70
Tabela 12 – Série histórica do número de óbitos por faixa etária. 75
Tabela 13 – Taxas de mortalidade, pelos principais grupos de causa, segundo sexo. 78
Tabela 14 – Distribuição do número de óbitos gerais, por Distrito Sanitário de residência.. 78
Tabela 15 – Distribuição da frequência absoluta e relativa de vítimas fatais em sinistros de trânsito, segundo tipo de vítima e ano de ocorrência. 98
Tabela 16 – Número de gestantes com HIV/aids. 105
Tabela 17 – Casos e taxa de detecção da sífilis gestacional e taxa de incidência da sífilis congênita.. 108
Tabela 18 – Série histórica das principais causas de internações CID10 128
Tabela 19 – Total de Leitos Hospitalares em Curitiba. 158
Tabela 20 – Rede de Atenção Psicossocial RAPS de Curitiba. 162
Tabela 21 – Percentual do Orçamento Municipal Gasto em Saúde Curitiba. 175
Tabela 22 – Série histórica de Conferências de Saúde em Curitiba. 179

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População por faixa etária – série histórica (Curitiba). 49
Gráfico 2 – Pirâmide etária da população (Curitiba). 50
Gráfico 3 – Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal – IFDM (Curitiba). 55
Gráfico 4 – Taxa bruta de natalidade (Curitiba). 61
Gráfico 5 – Taxa de fecundidade total (Curitiba).....62
Gráfico 6 – Mortalidade infantil, neonatal, pós-neonatal e perinatal (Curitiba).....64
Gráfico 7 – Razão de mortalidade materna (Curitiba).....67
Gráfico 8 – Óbitos pelos cinco principais grupos de causas (Curitiba). 71
Gráfico 9 – Taxa bruta de mortalidade – TBM (Curitiba). 72
Gráfico 10 – Mortalidade por grupo de causas – série histórica (Curitiba). 73
Gráfico 11 – Mortalidade por sexo – série histórica (Curitiba). 74
Gráfico 12 – Mortalidade por faixa etária – série histórica (Curitiba). 76
Gráfico 13 – Mortalidade proporcional por causas, segundo faixa etária (Curitiba).....77
Gráfico 14 – Mortalidade proporcional pelas 4 principais DCNT (Curitiba).....80
Gráfico 15 – Mortalidade por DCNT em relação às demais causas (Curitiba).....81
Gráfico 16 – Mortalidade por DCNT, segundo faixa etária (Curitiba).....82
Gráfico 17 – Mortalidade prematura e geral pelas 4 principais DCNT (Curitiba). 83
Gráfico 18 – Mortalidade prematura por DCNT, segundo sexo (Curitiba). 84
Gráfico 19 – Mortalidade prematura pelas 4 principais DCNT (Curitiba). 85
Gráfico 20 – Fatores de risco em adultos (Curitiba).....86
Gráfico 21 – Mortalidade por causas externas (Curitiba).....87
Gráfico 22 – Mortalidade por causas externas, por tipo (Curitiba).....88
Gráfico 23 – Mortalidade por causas externas, segundo sexo (Curitiba).....89
Gráfico 24 – Óbitos por causas externas, por sexo e circunstância (Curitiba).....90
Gráfico 25 – Óbitos por causas externas em relação às demais causas, por faixa etária...90
Gráfico 26 – Casos novos de câncer – feminino (Curitiba).....92
Gráfico 27 – Casos novos de câncer (exceto pele não melanoma e in situ) – feminino.....92
Gráfico 28 – Casos novos de câncer – masculino (Curitiba). 93
Gráfico 29 – Casos novos de câncer (exceto pele não melanoma e in situ) – masculino. ..93
Gráfico 30 – Incidência das principais neoplasias – feminino (Curitiba) 94
Gráfico 31 – Incidência das principais neoplasias – masculino (Curitiba).....94
Gráfico 32 – Mortalidade por sinistros de trânsito e indicadores associados (Curitiba).....96
Gráfico 33 – Vítimas fatais no trânsito por tipo – série histórica (Curitiba).....97

Gráfico 34 – Óbitos por sinistros de trânsito, por sexo e faixa etária (Curitiba). 99
Gráfico 35 – Fatores e condutas de risco associados a acidentes e óbitos no trânsito. 100
Gráfico 36 – HIV/aids: casos, óbitos e pessoas vivendo com HIV – masculino (Curitiba) . 101
Gráfico 37 – HIV/aids: casos, óbitos e pessoas vivendo com HIV – feminino (Curitiba) 102
Gráfico 38 – HIV/aids por categoria de exposição (Curitiba) 103
Gráfico 39 – HIV em crianças: proporção e incidência (Curitiba). 106
Gráfico 40 – Sífilis congênita e em gestantes – incidência e detecção (Curitiba). 109
Gráfico 41 – Hepatites virais A, B e C – incidência/detecção (Curitiba) 111
Gráfico 42 – Tuberculose: casos novos e incidência (Curitiba) 113
Gráfico 43 – Coinfecção TB-HIV (Curitiba) 114
Gráfico 44 – Tuberculose em populações vulneráveis (Curitiba) 115
Gráfico 45 – Tratamento preventivo da tuberculose (Curitiba). 116
Gráfico 46 – Hanseníase: casos novos e incidência (Curitiba) 117
Gráfico 47 – Esporotricose humana: casos confirmados (Curitiba). 118
Gráfico 48 – Esporotricose humana por Distrito Sanitário de residência (Curitiba). 120
Gráfico 49 – Violência contra crianças e adolescentes – série histórica (Curitiba). 122
Gráfico 50 – Violência contra a mulher – série histórica (Curitiba). 122
Gráfico 51 – Violência contra a pessoa idosa – série histórica (Curitiba). 123
Gráfico 52 – Violência sexual até 17 anos – série histórica (Curitiba). 125
Gráfico 53 – Violência sexual em adultos – série histórica (Curitiba). 125
Gráfico 54 – Internações por principais causas, segundo CID-10 (Curitiba) 128
Gráfico 55 – Internações por CSAP, gestação/parto e demais causas (Curitiba) 131
Gráfico 56 – Taxa de internação por ICSAP, por grupamentos (Curitiba) 132
Gráfico 57 – Taxa de internação por ICSAP e principais diagnósticos (Curitiba) 133
Gráfico 58 – Internações por CSAP, segundo sexo (Curitiba) 134
Gráfico 59 – Internações por CSAP, segundo faixa etária (Curitiba). 135
Gráfico 60 – Produção do Laboratório Municipal (Curitiba) 169
Gráfico 61 – Manifestações da Ouvidoria da SMS (Curitiba). 181
Gráfico 62 – Satisfação no aplicativo Saúde Já (Curitiba). 182
Gráfico 63 – Satisfação dos usuários – Central 156 (Curitiba) 183

Sumário

APRESENTAÇÃO 14
1. MISSÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE 16
2. VISÃO 16
3. VALORES 16
4. HISTÓRICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA 17
5. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA 32
5.1 HISTÓRICO 32
5.2 LOCALIZAÇÃO E CLIMA 34
5.3 VIAS DE ACESSO A CURITIBA 36
5.4 HIDROGRAFIA, ÁREAS DE OCUPAÇÕES E PROTEÇÃO AMBIENTAL 38
5.5 DIVISÃO TERRITORIAL DE CURITIBA 42
5.6 DOMICÍLIOS 44
5.7 ENERGIA ELÉTRICA 45
5.8 ÁGUA E ESGOTO 45
5.9 ÁREAS VERDES 46
5.10 RESÍDUOS SÓLIDOS 47
6. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 49
6.1 ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA: 49
6.2 ECONOMIA E RENDA 51
6.3 ESCOLARIDADE E DESENVOLVIMENTO HUMANO 53
7. REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (RMC) 56
8. CONDIÇÕES DE SAÚDE 59
8.1 NASCIDOS VIVOS 59
8.2 NATALIDADE E FECUNDIDADE 60
8.3 MORTALIDADE INFANTIL 62
8.4 MORTALIDADE MATERNA 66
8.5 MORTALIDADE GERAL 68
8.6 MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – DCNT 79
8.7 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS 87
8.8 INCIDÊNCIA DE NEOPLASIAS 91
8.9 VIDA NO TRÂNSITO 95
8.10 DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSA CRÔNICA 100
8.11 VIOLÊNCIAS 120
8.12 PERFIL DE INTERNAÇÕES 126
9. CENTRO DE SAÚDE AMBIENTAL – CSA 136

9.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA – VISA 137
9.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL 139
9.3 PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO AEDES 140
9.4 UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES – UVZ 141
9.5 SAÚDE DO TRABALHADOR 142
10. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 144
10.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO 149
10.2 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ATENÇÃO NUTRICIONAL 150
10.3 PROFISSIONAIS DE APOIO ESTRATÉGICO NA APS 151
10.4 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE 151
10.5 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA 152
10.6 PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO 152
10.7 ATENÇÃO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE 152
10.8 REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA 153
10.9 SAÚDE BUCAL 155
11. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR 156
12. ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 159
13. SAÚDE MENTAL 161
13.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 162
13.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO 163
13.3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA 164
13.4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIAT 165
13.5 ATENÇÃO HOSPITALAR 165
13.6 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO 166
14. INTERSETORIALIDADE 166
15. SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA 167
16. EDUCAÇÃO EM SAÚDE 168
17. LABORATÓRIO MUNICIPAL 169
18. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 170
18.1 COORDENAÇÃO DE RECURSOS DE MATERIAIS (CRM): 170
19. APLICATIVO SAÚDE JÁ 173
20. FINANCIAMENTO EM SAÚDE 174
21. FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO À SAÚDE (FEAS) 176
22. CONTROLE INTERNO 178
23. CONTROLE SOCIAL 179
24. OUVIDORIA 181
25. GESTÂO DE PESSOAS 183

26. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO À SAÚDE – NATS 184
27. NÚCLEO DA QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE 185
28. PLANO DE GOVERNO (GESTÃO 2025-2028) 186
29. DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA - 2026 A 2029 187
30. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 206
31. REFERÊNCIAS 207
32. ANEXOS 209
ANEXO I - Resolução Nº 21, de abril 2025. 209
ANEXO II – Propostas aprovadas na 15ª Conferência Municipal de Saúde 211

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde 2026-2029, 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 (PMS), 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 2026-2029 foram propostas com base no diagnóstico situacional, perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário, nas propostas aprovadas na 15ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, realizada no dia 13 de junho

de 2022, com o tema “O modelo da Saúde 4.1 para o avanço do SUS Curitiba”, no Plano de Governo Municipal, Plano Plurianual (PPA) e Planejamento Estratégico da SMS.

A equipe técnica produziu um documento preliminar com um resumo da situação de saúde do município e ações para compor o PMS com base nos instrumentos guias acima citados. Este material em 31 de janeiro, foi apresentado ao grupo gerencial e solicitado aos diretores que discutissem o documento com suas equipes e encaminhassem as contribuições levantadas pelos setores

Em paralelo a este movimento, na primeira reunião da mesa diretora do Conselho de Saúde, foi repassado a proposta do calendário com as etapas para elaboração do Plano Municipal da Saúde 2026-2029, sendo aprovado na 409ª reunião ordinária do Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, ocorrida em 12 de fevereiro de 2025, através da Resolução CMS 02/2025.

Seguindo o calendário, foram enviadas as propostas do PMS elaborado pela gestão ao CMS, que encaminhou para seus conselheiros. Houve a discussão do material nos Conselhos Distritais e produção de sugestões e novas propostas.

No dia 20 de março, foi realizada no Auditório do Mercado de Orgânicos a Plenária de Elaboração do Plano Municipal da Saúde e Curitiba 2026-2029, que contou com a participação de 71 pessoas (37 observadores e 34 Conselheiros), que receberam o material construído e puderam neste momento colaborar com eventuais considerações.

Nesta data, passou a ser disponibilizado formulário google forms, que para a inserção de sugestões, alterações e inserções de novas propostas, permanecendo aberto até dia 28 de março.

As sugestões foram avaliadas pela equipe de planejamento e apresentado no Pleno do Conselho Municipal de Saúde, na 411ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, ocorrido no dia 09 abril, sendo aprovado por unanimidade conforme Resolução do CMS 21/2025 (anexo 1).

Durante o ano de 2025, 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, com a participação da sociedade, fortalecendo as redes de atenção à saúde, aliando inovação, pessoas e processos para a promoção do cuidado integral, acessível, afetivo, humanizado e oportuno, pautado na eficiência, efetividade, equidade, qualidade e sustentabilidade.

2. VISÃO

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

3. VALORES

- Execução do Plano de Metas
- Cuidado
- Transparência
- Diálogo permanente
- Eficiência
- Democracia
- Interesse Público
- Respeito e escuta
- Servir
- Honestidade
- Austeridade
- Preservar o legado e realizar novas conquistas

Específicos da Secretaria Municipal da Saúde, não listados acima:

- Compromisso
- Sustentabilidade
- Ética

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 da Saúde da Família em Curitiba surgiu em um contexto de profundas mudanças na lógica de organização dos serviços públicos de saúde, em consonância com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora os referenciais internacionais e nacionais adotados estivessem centrados na atuação do médico de família, a proposta implementada no município já incorporava uma visão inovadora baseada na atuação de equipe multiprofissional, incluindo, de forma pioneira, a equipe de saúde bucal — prática que somente foi incorporada pelo Ministério da Saúde 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 23 de setembro de 2024 através da Portaria nº 2023 do Ministério da Saúde, define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica. O mencionado ato, modificou, em parte, as disposições anteriores a respeito, que constavam na Norma Operacional Básica - NOB SUS 1/96 e na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002. Ou seja, interrompeu-se o processo de habilitação de municípios para a Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB), para a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e para a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e extinguiram-se as condições de GPAB e GPAB-A para os municípios nelas já inseridos, permanecendo a modalidade de habilitação a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Estabelece no §

4º, do art. 5º, da Portaria que a transferência dos recursos da parte fixa do PAB para o município estará condicionada à alimentação regular desses bancos, SIOPS.

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-thrus. 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. 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/.

O ano de 2022, foi marcado, ainda, por um número expressivo de casos de Covid-19, especialmente no primeiro semestre, sendo estes de menor gravidade, com menor número de internações e óbitos, em decorrência da doença.

O impacto causado pelos momentos mais críticos da pandemia repercutiu no represamento de cuidado, especialmente das pessoas em situação vulnerabilidade. Neste sentido, a Secretaria Municipal da Saúde se organizou para a retomada do modelo de atenção às condições crônicas, amparado em ações de monitoramento dos grupos de maior risco e busca ativa de pessoas visando à prevenção da ocorrência de quadros agudos, bem como a intensificação da oferta de procedimentos eletivos.

Realizado em fevereiro de 2022, da III Conferência Municipal de Saúde Mental, com o tema “Avanços e desafios da Saúde Mental em Curitiba: construindo redes”

O aplicativo Saúde Já Curitiba apresentou novas atualizações e melhorias, integrado ao sistema prontuário eletrônico com envio de mensagens individuais escritas, disponibilização de certificado de vacinação contra a Covid-19 digital em português, inglês e espanhol, alerta sobre vacina contra a Covid-19 pendentes.

Implantação do serviço de radiografias odontológicas na UPA Tatuquara.

Implantação de novo modelo estrutural nas clínicas odontológicas, individualizando os atendimentos, separando as cadeiras odontológicas por biombos, com maior privacidade, com climatização ambiente, proporcionando maior segurança aos profissionais e usuários. Houve a reforma em100% das Clinicas odontológicas, de forma gradativa e com a entrega da clínica odontológica da UBS Vila Machado, foram finalizadas as reformas em 100% das clínicas odontológicas do município.

Reforma estrutural e ampliação da capacidade operacional da Central Saúde Já Curitiba com a implantação de serviço de orientação e apoio à amamentação pelo telefone da Central Saúde Já Curitiba, o 3350-9000. Em abril de 2023, os curitibanos, entre 18 e 60 anos, passaram a contar com mais um ponto de atenção à saúde para atendimento virtual de queixas leves e agudas. O cidadão liga na Central Saúde Já 3350-9000, é atendido por profissionais de saúde e ao passar por classificação de risco, é priorizado o atendimento de acordo com a gravidade do quadro. Quando necessário, é encaminhado para videoconsulta com médico, que acontece via aplicativo Saúde Já Curitiba.

Se for necessária a emissão de atestado médico ou declaração, o documento também será enviado pelo aplicativo. A receita médica pode ser levada à Unidade de Saúde para a retirada dos medicamentos prescritos, sem a necessidade de ser impressa. Para aquisição do medicamento em uma farmácia privada, o usuário apresenta a receita com QR Code pelo aplicativo. Em situações que a equipe de saúde considerar necessário o atendimento presencial, o paciente será encaminhado para uma Unidade de Saúde ou UPA, conforme a gravidade do caso.

Utilização, pelos agentes de endemias, da tecnologia de drones para vistoriar áreas de difícil acesso, como terrenos baldios cercados por muros, edificações altas e empresas com grande extensão, com o objetivo de identificar criadouros do mosquito.

Ocorreu no primeiro semestre a finalização do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Este Plano Diretor pretende orientar as ações futuras da Atenção Primária à Saúde - APS, de forma a articular a política de saúde do Município com o cenário demográfico e

epidemiológico, o desenvolvimento da cidade e os interesses da sociedade. Tem o objetivo de organizar a Atenção Primária à Saúde de forma inclusiva e sustentável, norteando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS da universalidade, equidade e integralidade. Curitiba definiu a APS como estratégia para a organização do sistema de saúde e vem evoluindo, ao longo das últimas décadas, na consolidação da APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Instalação do laboratório de entomologia, dentro da Unidade de Zoonoses e Vetores da SMS, que irá agilizar a análise de ovos, larvas e do mosquito, coletados durante as ações realizadas pelos Agentes de Combate às Endemias (ACEs). A identificação mais ágil dos locais em que há a presença do Aedes aegypti.

Certificação do município para Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis e recertificação, pela terceira vez, pela eliminação da transmissão vertical do vírus do HIV;

Realização da 15ª Conferência Municipal de Saúde no dia 25 de março, com o tema: “O modelo da Saúde 4.1 para o avanço do SUS Curitiba’. Fórum democrático com o objetivo de analisar e propor soluções para a saúde pública de Curitiba. Antes da Conferência, foram realizadas 109 Conferências Locais e 10 Conferências Distritais. Ao final do processo, as deliberações aprovadas na 15ª Conferência Municipal de Saúde servirão de apoio para construção do próximo Plano Municipal de Saúde;

Lançamento do livro eletrônico “Saúde 4.1 – uma Curitiba mais humana e conectada na sua saúde”, documento online produzido pela SMS que aborda conceitos e instrumentos do modelo de atenção à saúde, em 03 de agosto;

No início de dezembro ocorreu o seminário que marcou os 30 anos do sistema de Auditoria do SUS Curitibano, reunindo 150 pessoas, no auditório Londrina do Memorial de Curitiba. Foram realizados 4 painéis de debates, que puderam demonstrar os desafios enfrentados desde o início do sistema de auditoria e o que a SMS projeta para o futuro.

Curitiba, assim como o Brasil, enfrentou, em 2024, o maior número de casos de dengue da sua história. Para o controle da transmissão da doença, as ações do município foram intensificadas. As equipes de saúde, em parceria com outras entidades, como exército e organizações não governamentais, desenvolveram atividades educativas na comunidade com orientações casa a casa, em comércios, palestras em escolas e outros. Desde dezembro de 2023, foram instaladas 650 armadilhas para capturar os insetos e analisar se eles carregam ou não o vírus transmissor da dengue, além dos vírus zika e chikungunya.

Como estratégia de bloqueio de transmissão da doença, foram vistoriados imóveis no raio de 300m a partir do domicílio da pessoa infectada em toda a cidade.

Desenvolvido o Painel de monitoramento Dengue – Curitiba sem mosquito, com informações técnicas, série histórica das notificações, casos suspeitos, casos confirmados e focos de Aedes Aegypti e no dia 09 de fevereiro foi realizada reunião do Comitê Municipal de Resposta às Emergências em Saúde Pública - COMRESP, para tratar de enfrentamento da dengue, com a participação de cerca de 70 representantes de 19 entidades de organizações públicas e privadas de interesse à saúde e ampliado em 23% do quadro de agentes de endemias com distribuição de tablets para todos os agentes, facilitando a compilação dos dados do trabalho realizado em campo. Ações locais de combate e mobilização contra a Dengue, em todos os distritos por vários quarteirões, além dos trabalhadores da Saúde, equipes da limpeza pública, exército, lideranças locais e mídia.

Em março de 2024 a Central Saúde Já completou 1 milhão de atendimentos desde 12/03/2020, quando tivemos o primeiro diagnóstico de COVID-19.

Inaugurado em maio o Centro Curitibano de Atenção Especializada (CCAE), no Boqueirão. O novo espaço amplia as consultas especializadas e espaço para realização de cirurgias ambulatoriais, exames especializados e atendimentos nas áreas de estomaterapia e enfermagem especializada.

Nos dias 22, 23 e 24 de maio aconteceu o 11º Encontro de Saúde Coletiva de Curitiba, que reuniu cerca de dois mil participantes. Foram inscritos 435 trabalhos, que contam as experiências do cotidiano dos profissionais do SUS Curitibano. O tema “Saúde 4.1: uma Curitiba mais Humana e conectada na sua Saúde” foi o fio condutor dos debates presentes durante todo o encontro. Em paralelo ocorreram três eventos: o 2º Encontro de Integração Ensino-Serviço no SUS Curitiba, com o tema “A ciência produzida no SUS Curitiba nos tempos de Saúde 4.1”; o 1º Encontro de Vigilância Sanitária de Curitiba, dirigido aos trabalhadores da Vigilância em Saúde do município; e a Semana da Enfermagem 2024, tradicional evento anual que visa promover o congraçamento entre os profissionais de enfermagem através de encontros científicos, culturais e sociais.

Em julho, houve a inauguração da nova sede do Centro de Regulação da Urgência Matheos Chomatas. Este espaço é uma homenagem ao Doutor Matheos Chomatas que, entre outras funções, foi o primeiro Diretor da Urgência quando da criação do SAMU há 20 anos atrás, sempre muito presente e atuante. O novo espaço abriga a Central Estadual de Regulação de Leitos, a Central de Regulação do SAMU Metropolitano e a Central de Leitos

Metropolitana, além de setores administrativos da Diretoria de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e o Centro de Educação em Saúde (CES).

O projeto “Saúde em Pauta”, encontro virtual da Secretária de Saúde com as equipes da rede como estratégia para melhoria da comunicação interna. As reuniões online que abordaram diversas pautas com temas relevantes a saúde. Em média, 337 equipamentos conectados em cada tema abordado, sendo atingido 2.000 profissionais dos diferentes setores da secretaria.

Realizadas capacitações para os conselheiros de saúde em dois módulos - 13 de setembro e 29 de novembro, nos temas: financiamento do SUS, papel do Conselheiro de Saúde, funções do conselho e desafios da construção do SUS.

No primeiro quadrimestre de 2025, as medidas de enfrentamento para casos de dengue em Curitiba, foram intensificadas. Entre elas foi publicado o Decreto nº 853/2025 e o Plano Municipal de Enfrentamento da Dengue e outras Arboviroses, demonstrando um esforço bem estruturado e intersetorial para combater a doença. Foram também utilizadas tecnologias, como as “Estações Disseminadoras de Larvicida (EDL)”, uma estratégia inovadora que ajuda a controlar o mosquito Aedes aegypti de forma mais eficiente, ao usar armadilhas que disseminam larvicida e impedem o desenvolvimento das larvas.

No dia 28 de março, foi inaugurada a nova sede do Ambulatório Encantar, especializado no atendimento a crianças e adolescentes com atraso no desenvolvimento e referência no acompanhamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA). O novo prédio mais do que triplica a área de atendimento, saindo de 758,7 m^2 da sede anterior para 2,7 mil m^2 na sede atual. Outra vantagem que o novo espaço traz é a possibilidade de ações intersetoriais e atividades para os pais, tais como, oficinas de geração de renda e bem-estar, pensando na saúde mental do cuidador.

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 Araucária 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.

No final do século XIX, com o ciclo da erva-mate e da madeira em expansão, dois acontecimentos foram bem marcantes: a chegada em massa de imigrantes europeus e a construção da Estrada de Ferro Paranaguá-Curitiba, ligando o Litoral ao Primeiro Planalto paranaense.

Os imigrantes - europeus e de outros continentes -, ao longo do século XX, deram nova conotação ao cotidiano de Curitiba. Seus modos de ser e de fazer se incorporaram de tal maneira à cidade que hoje são bem curitibanas festas cívicas e religiosas de diversas etnias, dança, música, culinária, expressões e a memória dos antepassados. Esta é representada nos diversos memoriais da imigração, em espaços públicos como parques e bosques municipais.

A "mítica imigrante do trabalho" (observação do poeta Paulo Leminski, falecido no século passado) aliada a gestões municipais sem quebra de continuidade, acabou criando uma Curitiba planejada - e premiada internacionalmente, em gestão urbana, meio ambiente e transporte coletivo.

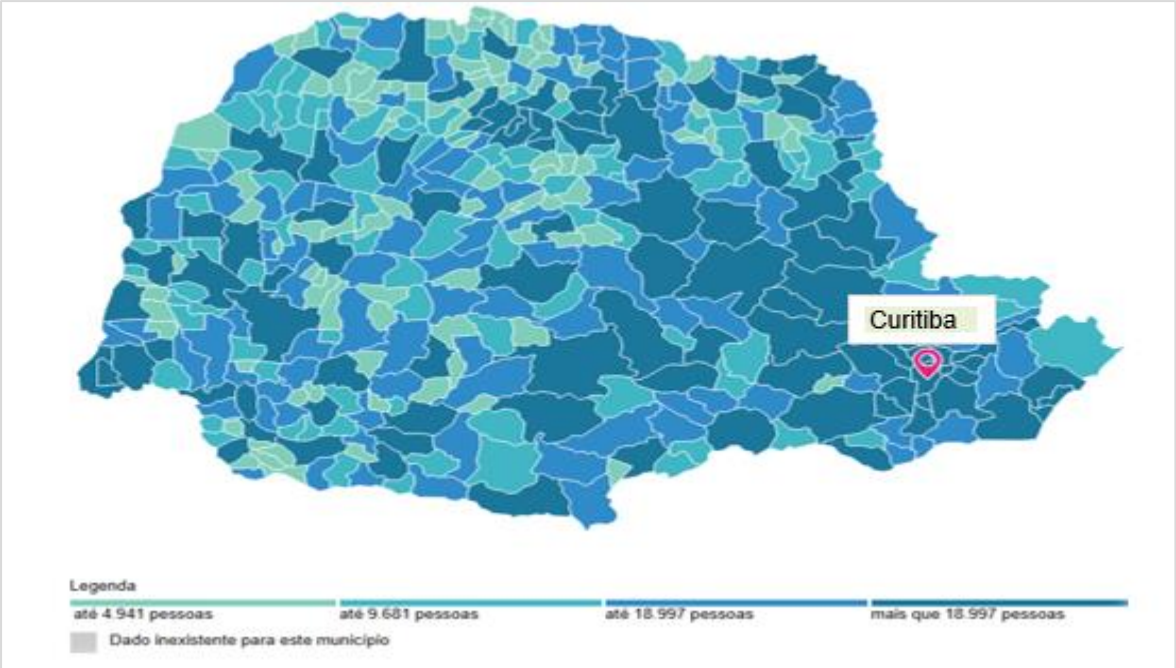
No século XX, no cenário da cidade planejada, a indústria se agregou com força ao perfil econômico antes embasado nas atividades comerciais e do setor de serviços. A cidade enfrentou, especialmente nos anos 1970, a urbanização acelerada, em grande parte provocada pelas migrações do campo, oriundas da substituição da mão-de-obra agrícola pelas máquinas.

5.2 LOCALIZAÇÃO E CLIMA

Curitiba, capital do Estado do Paraná, integra a Região Sul do Brasil juntamente com os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Além de sediar a administração estadual, configura-se como o município mais populoso do Paraná, com uma população estimada em pouco mais de 1,77 milhão de habitantes (Figura 1).

A cidade está situada a aproximadamente 110 quilômetros do Oceano Atlântico e possui uma altitude média de 934,6 metros. O ponto mais elevado do território municipal localiza-se no Bairro Lamenha Pequena, ao norte da cidade, com 1.021 metros de altitude. Em contrapartida, o ponto de menor altitude encontra-se no Bairro Caximba, ao sul da capital, a 864,9 metros, na região da cabeceira do Rio Iguaçu (IPPUC, 2012).

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

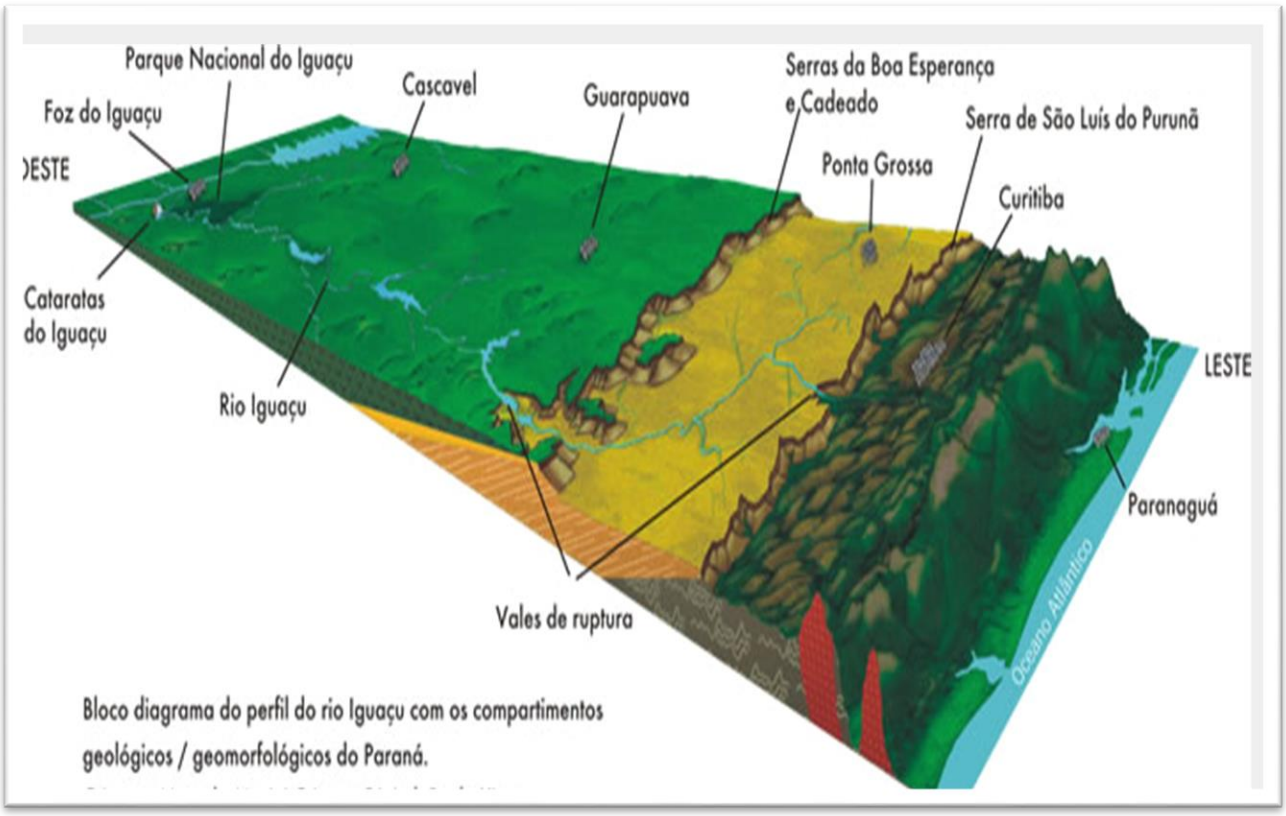


Fonte: IBGE, 2022.(https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama).

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.

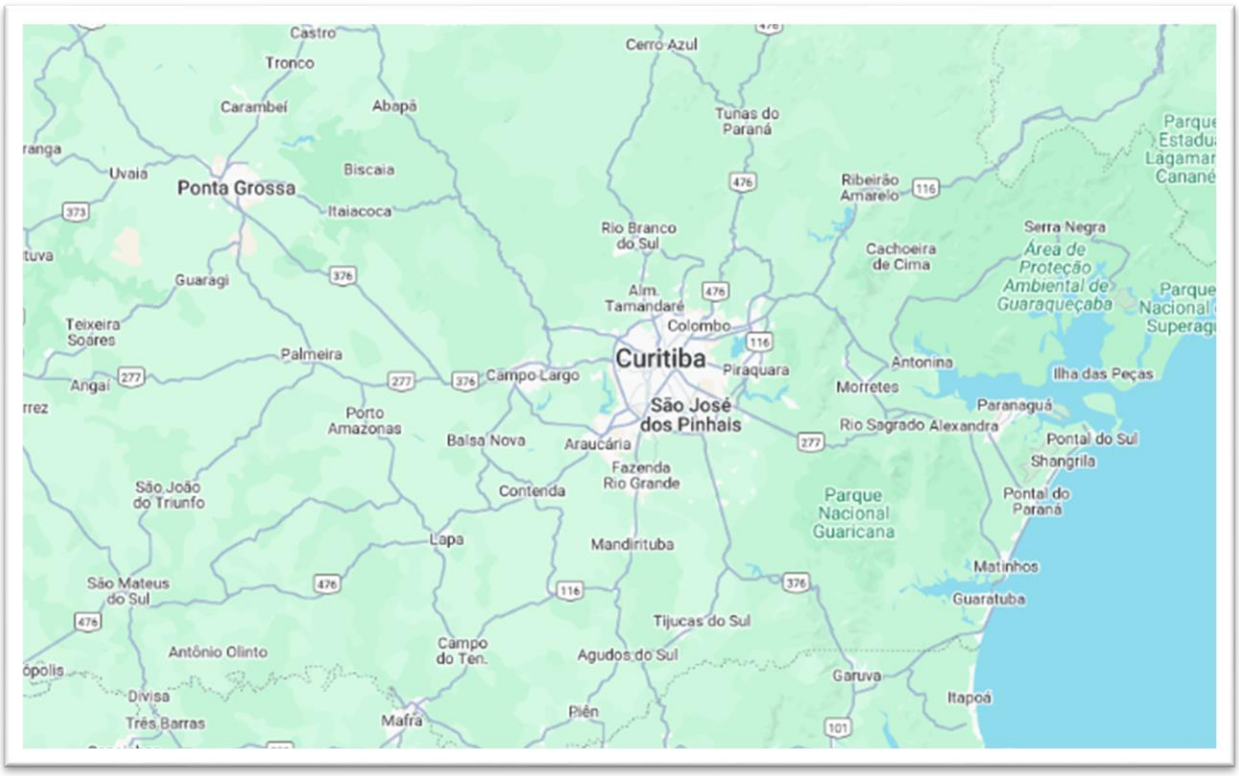
5.3 VIAS DE ACESSO A CURITIBA

O acesso a Curitiba pode ser através da Rodovia Régis Bittencourt, conhecida como BR-116, que por muitos anos dividiu a cidde 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: Dados cartográficos 2025 Google Maps/Google Earth.

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.

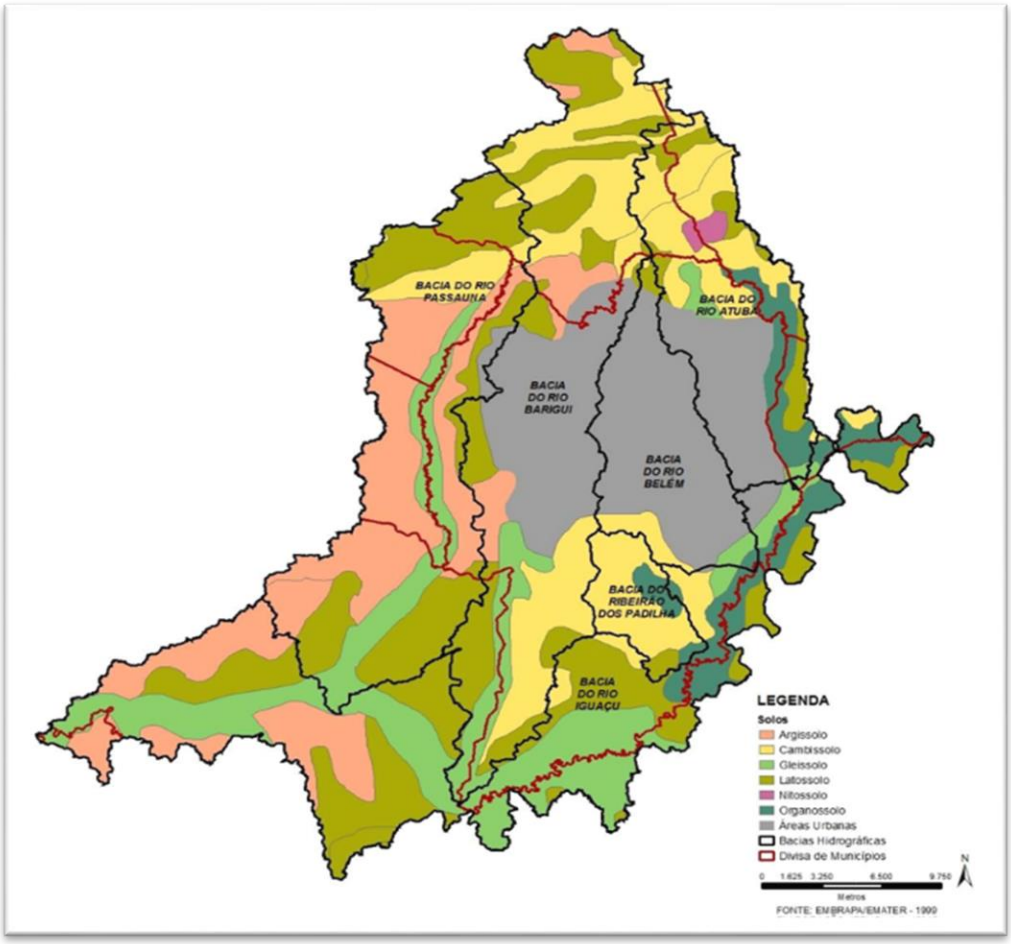
5.4 HIDROGRAFIA, ÁREAS DE OCUPAÇÕES E PROTEÇÃO AMBIENTAL, ÁREAS DE RISCO PARA INUNDAÇÕES E O CLIMA

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 dendríticas de drenagem (Figura 4).

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.

Figura 4 – Mapa de solos da área de influência hidrográfica de Curitiba.



Fonte: Embrapa/Emater, 1999. Elaboração: IPPUC, 2015.

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).

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, Curitiba.

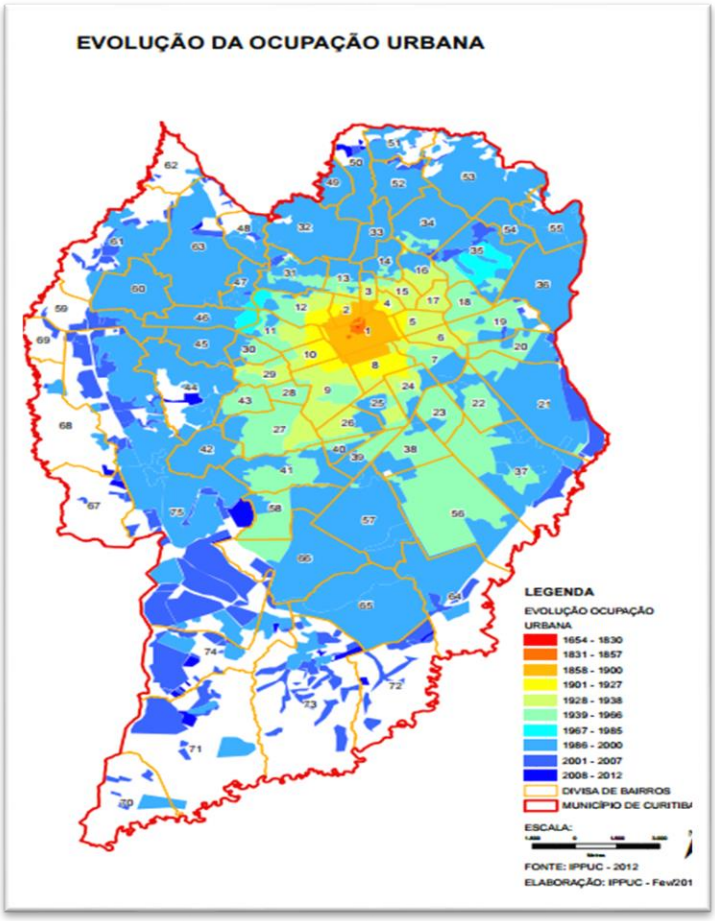
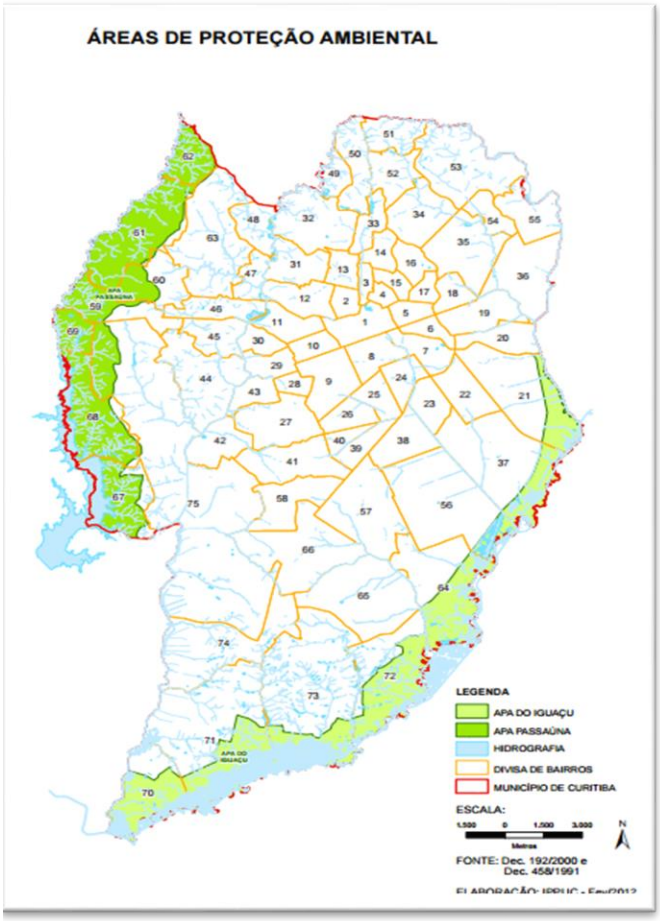


Figura 7 – Áreas de proteção ambiental, Curitiba.



Fonte: IPPUC – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba.

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.

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

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

A ocupação urbana é predominante nas bacias dos rios Atuba, Belém, Padilhas e Barigui, onde a densidade é alta, o que torna crítica a suscetibilidade à inundação e complica a implantação de parques e bacias de detenção e retenção pela ausência de espaços livres e pelo custo das áreas existentes consolidadas. Nas cabeceiras têm maior concentração de áreas verdes, o desenvolvimento urbano é refreado pela condição acidentada.

O rio Passaúna tem boa conservação à montante do município de Araucária, mas a Região de Campo Magro pode comprometer o Manancial. O rio Belém tem a maior densidade populacional na área central (até 200 hab/ha), o que não conta a população flutuante, e esta é uma das causas da bacia do Belém ter a maior suscetibilidade de enchentes, dentre as demais.

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, Curitiba.

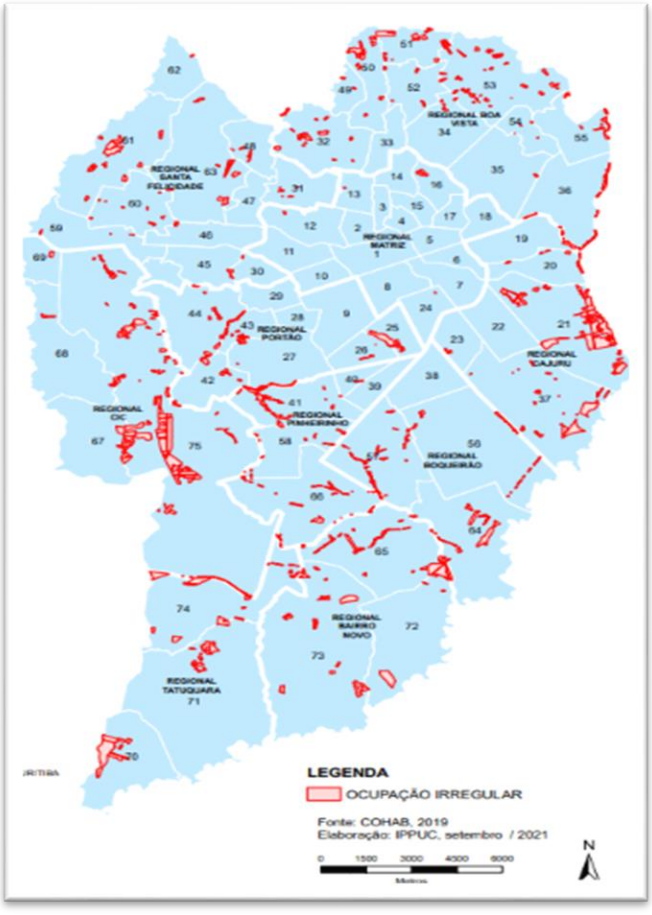
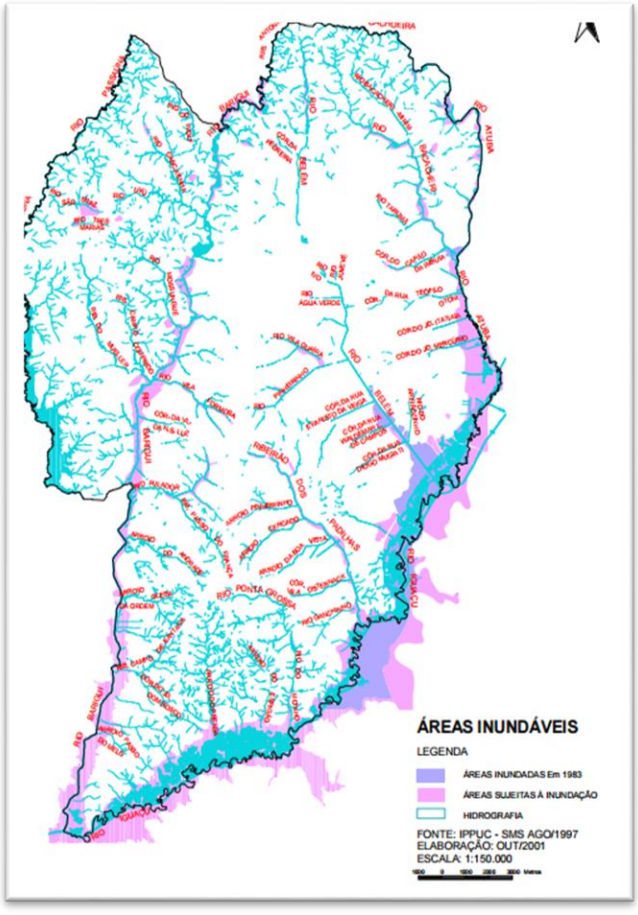


Figura 9 – Áreas de inundações, Curitiba.



Fonte: IPPUC – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba.

Dentre os fatores que interferem na característica climática do município, podemos destacar a sua localização em relação ao Trópico de Capricórnio, a topografia do primeiro planalto, a altitude média do município de 934,6m acima do nível do mar, como também a barreira geográfica natural da Serra do Mar.

Segundo a classificação de Kooppen (MAAC, 1981), clima na cidade de Curitiba é subtropical úmido, mesotérmico, com verões amenos e chuvosos e invernos rigorosos e mais secos, com geadas frequentes.

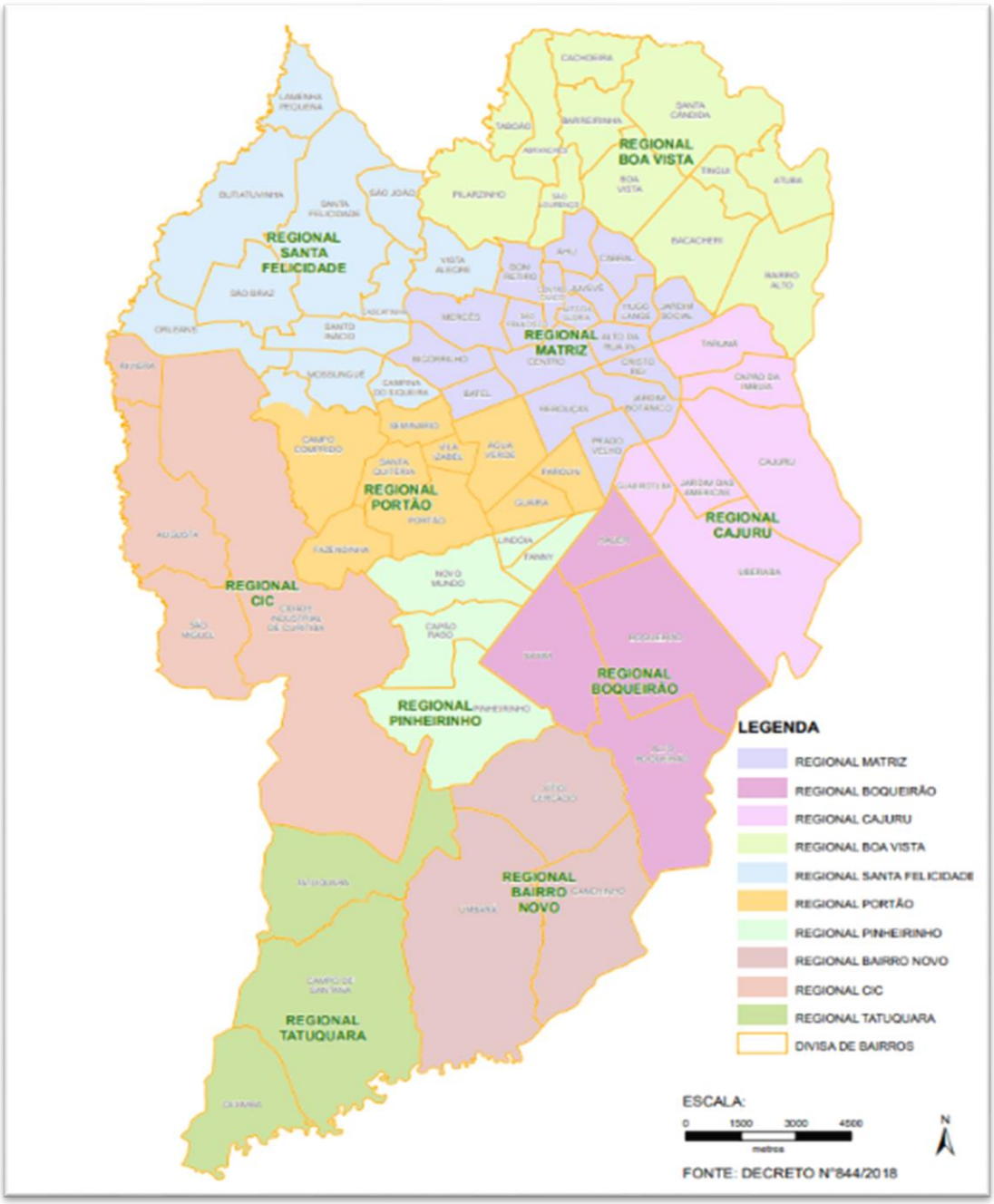
Uma das grandes preocupações da comunidade científica global é o fenômeno conhecido como mudanças climáticas. Segundo o “Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas” a mudança climática é uma variação em longo prazo estatisticamente significante em um parâmetro climático (como temperatura, precipitação ou ventos) médio ou na sua variabilidade, durante um período extenso.

Esta mudança pode ser causada por processos naturais da própria Terra ou por forças externas, incluindo variações na intensidade da luz solar, ou ainda, mais recentemente, pela ação do homem, o que têm apresentado um impacto significativo sobre os ciclos hidrológicos, consequentemente afetando os mananciais de abastecimento de água, intensidade das cheias e escoamentos superficiais em períodos de estiagem. As temperaturas mais elevadas podem levar a um acréscimo de umidade e a processos mais dinâmicos na atmosfera, de modo que fenômenos atmosféricos extremos podem ocorrer com maior frequência e intensidade.

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, Curitiba, 2025.



Fonte: IPPUC, 2025.

Em 2022, a população era de 1.773.718 habitantes (IBGE, 2022)[3]. e a densidade demográfica era de 4.208,29 habitantes por quilômetro quadrado. Na Tabela 1, apresentamos o perfil do município de Curitiba em relação a área territorial.

[3] População, IBGE, 2022 – Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. P*opulação no último censo*: Atualizado em 22/12/2023

Tabela 1 – Perfil territorial e demográfico do município de Curitiba.

Área Territorial e Demográfica	Fonte	Ano	Município
Área Territorial (IAT) (km²)	IBGE	2024	434,672
Densidade Demográfica (habitantes/km²)	IPARDES	2024	4.208,29
Área Urbanizada (km²)	IBGE	2019	336,51
População - Estimada (habitantes)	IBGE	2024	1.829.225
População - Censitária (habitantes)	IBGE	2022	1.773.718
Taxa de crescimento geométrico (%)	IBGE	2022	0,10

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2024 - Dados da sinopse.

5.6 DOMICÍLIOS

Segundo o IBGE (Censo 2022), o número de domicílios recenseados em Curitiba é de 789.846 domicílios. Destes, 86,83% (685.874) estão ocupados e 13,17% (103.972) não ocupados (Tabela 2)[4].

Quanto a escolha do tipo de domicílio ocupados prevalece as casas com 61% (417.188 moradias) e de 33% (230.711) para apartamentos (Tabela 2).

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

Tipo de domicílio	Número	%
Casa	*417.188*	*61*
Casa de Vila ou Condomínio	*36.858*	*5*
Apartamento	*230.711*	*33*
Cortiço	*969*	*0,9*
Estrutura degradada /inacabada	*148*	*0,1*
	685.874	*100*

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2022 - Dados da sinopse.

Segundo IBGE a média de moradores e domicílios particulares ocupados representa 2,58 moradores.

[4] IBGE - Censo Demográfico - Dados da sinopse.

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 2023 a COPEL, atendeu a 876.520 unidades consumidoras (relógios), em Curitiba, consumindo 4.642.053.976 Mwh, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Consumo e número de consumidores de energia elétrica, Curitiba, 2023.

	Consumo (Mwh)	**Nº de Consumidores (1)**
Energia Elétrica	*4.642.053,976*	*876.520*

Fonte: COPEL / IPARDES, Curitiba, 2023.
(1) Entende-se por consumidor as unidades consumidoras de energia elétrica (relógio).

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 98,8% de atendimento com rede coletora de esgoto e serviço de tratamento (Tabela 4).

Tabela 4 – Abastecimento de água e esgoto, Curitiba, 2023.

Características	**medidas**
Consumo de água - volume medido (m³)	*108.661.730*
Consumo de água - volume faturado (m³)	*112.383.916*
Abastecimento de água (unidades atendidas)	*840.987*
Abastecimento de água residencial (unidades atendidas)	*757.849*
Atendimento de esgoto (unidades atendidas)	*826.362*
Atendimento de esgoto residencial (unidades atendidas)	*746.603*

Fonte: SANEPAR/SINISA/IPARDES, Curitiba, 2023.

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[5].

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

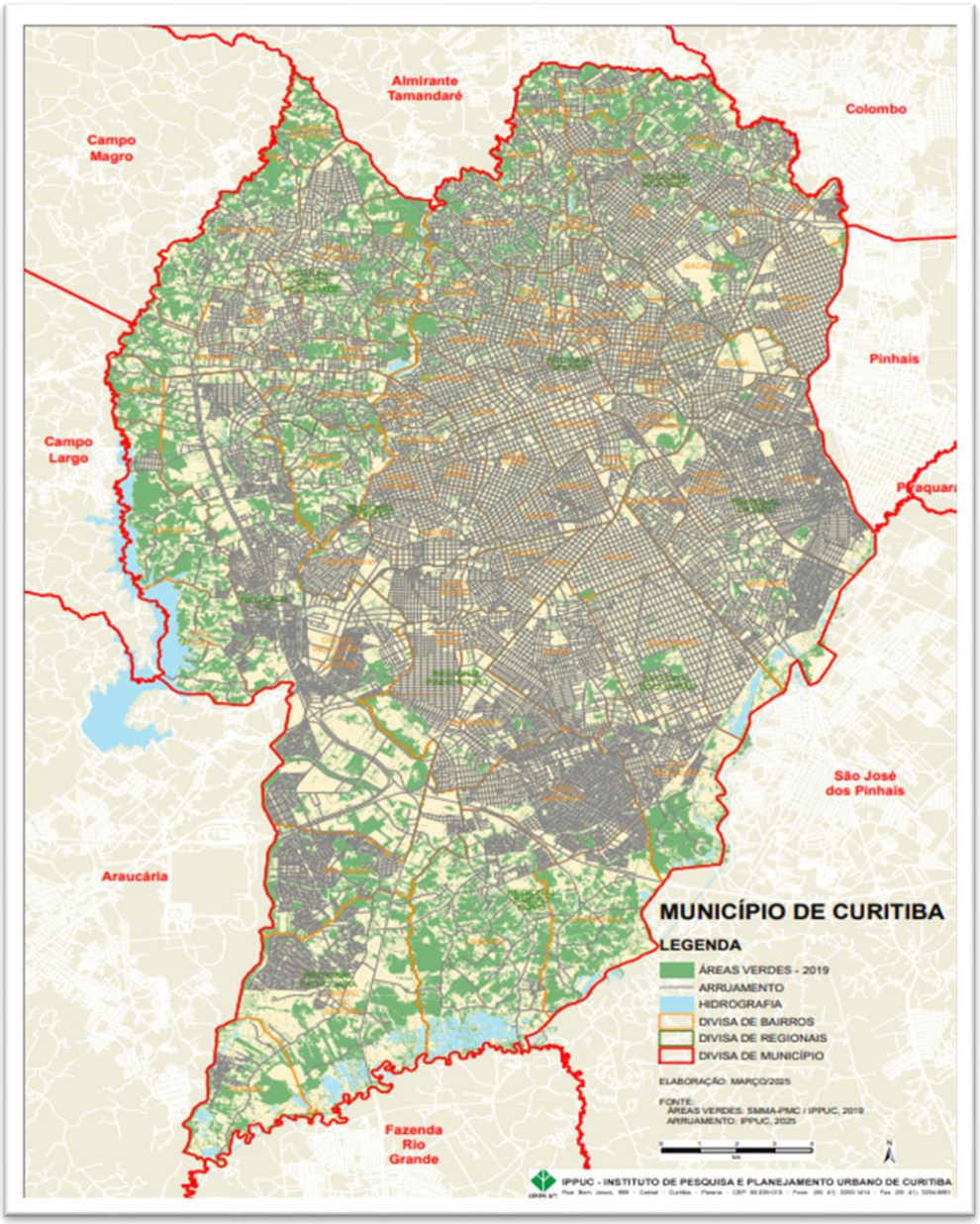
Um dos aspectos fundamentais da política de áreas verdes urbanas é, justamente, a afirmação da recreação e do lazer como fatores indispensáveis ao equilíbrio físico e mental do ser humano e a seu desenvolvimento.

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.

[5] 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.

Figura 11 – Mapa de áreas verdes e Unidades de Conservação por tipo, Curitiba, 2019.



Fonte: Geoprocessamento áreas verdes: SMMA-PMC / IPPUC, 2019; arruamento: IPPUC, 2025.

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” - coleta seletiva, com foco na reciclagem de materiais e o programa “Câmbio Verde” - incentiva o descarte correto de materiais recicláveis, com troca por alimentos (Figura 12).

Figura 12 – Programa Câmbio Verde: Troca de recicláveis por alimentos, Curitiba, 2024.



Fonte: Prefeitura Municipal de Curitiba - Foto: Levy Ferreira/SMCS.

Além de realizar a coleta de resíduos domiciliares comuns e reciclável, limpeza dos rios, serviços de coleta de entulho e resíduos de construção, implantou desde 2019 os Ecopontos que 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 Ecopontos distribuídos pela cidade

Nos Ecopontos Mistos funciona o Programa Municipal de Compostagem e Compostagem Comunitária, onde recebem resíduos orgânicos da geração domiciliar: cascas e restos de frutas, de legumes e de verduras (pré-preparo), cascas de ovos, filtros e borra de café, saquinhos de chá e restos de folhas. Estes resíduos serão reaproveitados, gerando composto (adubo) que pode ser utilizado pelos bairros próximos, no cultivo de horta ou jardinagem.

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

O aterro sanitário da Caximba recebe os resíduos não recicláveis, com tratamento do chorume. 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.

Curitiba também oferece serviços de avaliação e gerenciamento de resíduos gerados por atividades econômicas e obras e desde 2022 é signatária do compromisso de eliminação ou minimizar o envio dos materiais para aterros sanitários (Zero Waste), buscando reduzir a quantidade de lixo descartado, criando um ciclo de vida sustentável

para produtos e processos, onde recursos são conservados e reaproveitados, e não descartados como lixo.

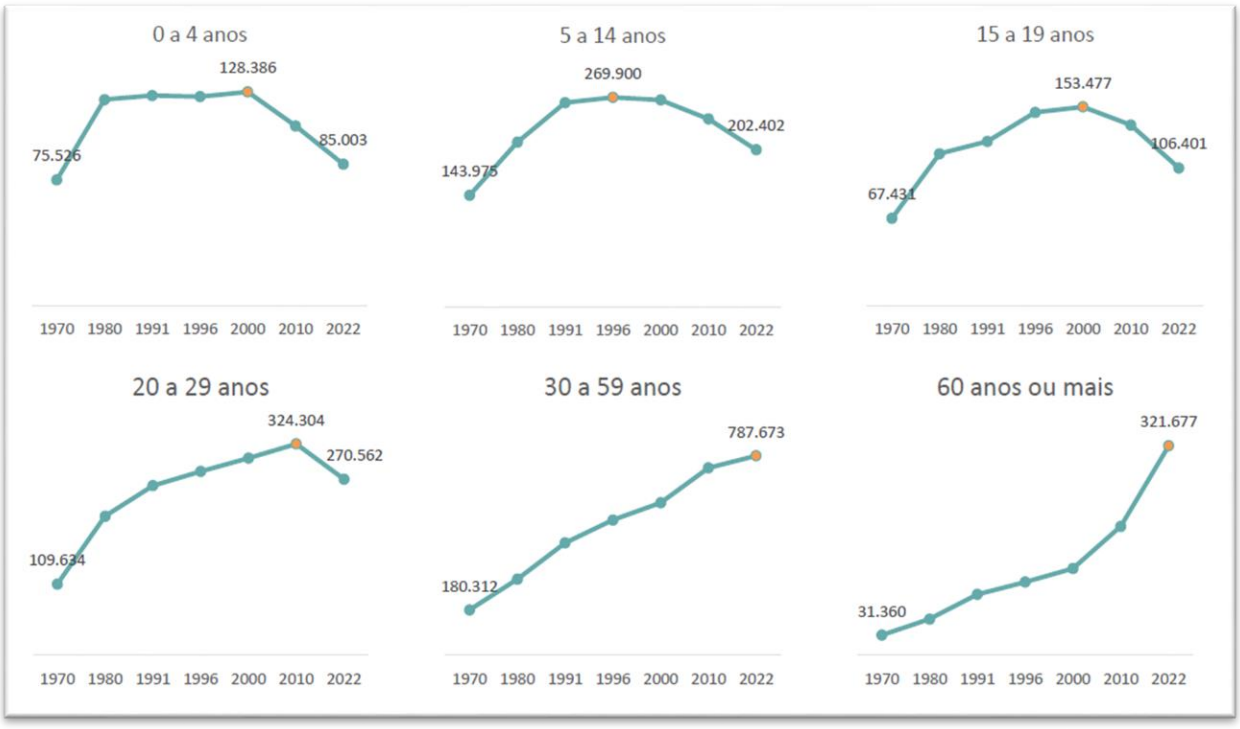
6. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

6.1 ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA:

Curitiba é o centro urbano mais populoso do estado do Paraná e a oitava capital com maior número de habitantes no Brasil. De acordo com os dados do IBGE para 2022, o município possui uma população de 1.773.718 habitantes. Esse valor é equivalente a 15,5% de todos os moradores do Paraná.

Segundo a série histórica demográficas Censos do IBGE 1970-2020, no Gráfico 1, verifica-se um aumento expressivo nas faixas etárias de 30 a 59 anos e de 60 anos ou mais. Em contraste, as demais faixas etárias demonstram uma tendência de redução populacional, sendo essa diminuição mais acentuada entre crianças de 0 a 4 anos. Esses dados indicam um processo de envelhecimento populacional progressivo.

Gráfico 1 – Série histórica da população por faixa etária. Censos 1970-2022, Curitiba.



Fonte: IBGE – Censos demográficos. Desenvolvido pelo IPPUC.

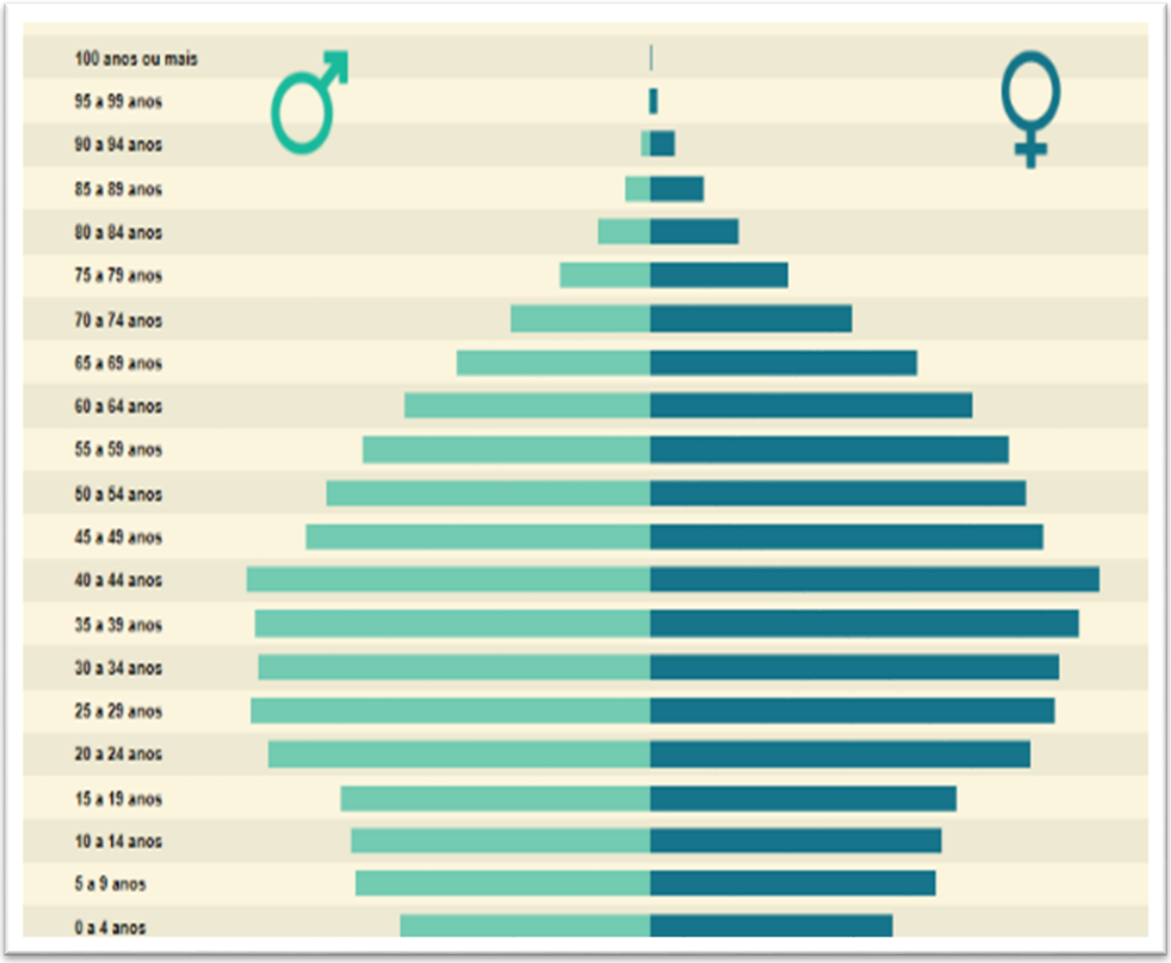
Como consequência, o grupo populacional de idosos (60 anos ou mais) ultrapassa a

população de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, invertendo a base da pirâmide populacional.

Esse fenômeno, conhecido como inversão da pirâmide etária, indica uma transformação estrutural no perfil demográfico da cidade, conforme ilustrado no Gráfico 2.

O índice de envelhecimento populacional, que é calculado pela razão entre o número de pessoas com 65 anos ou mais e cada 100 indivíduos na faixa etária de 0 a 14 anos, expressa o ritmo do processo de envelhecimento da população. Quanto maior esse índice, mais avançado se encontra o estágio de envelhecimento populacional. Em Curitiba, esse indicador atinge 77,84, enquanto a média nacional é de 55,24, evidenciando um envelhecimento mais acelerado no contexto local em comparação com o cenário brasileiro.

Gráfico 2 – Pirâmide etária da população de Curitiba, 2022.



Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2022 - Dados da sinopse.

Segundo os dados extraídos do sistema tabnet, referentes a população estimada por sexo e faixa etária, conforme relatório DATASUS (Fonte: https://www.gov.br/saude/pt-

br/composicao/seidigi/demas/dados-populacionais) - CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde, Curitiba apresenta a população estimada para 2024 de 1.829.225 habitantes (Tabela 5).

Tabela 5 – População por faixa etária e sexo em Curitiba, 2024.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	43.793	41.898	85.691
5 a 9 anos	52.541	50.410	102.951
10 a 14 anos	54.433	52.963	107.396
15 a 19 anos	57.425	56.388	113.813
20 a 29 anos	138.293	137.437	275.730
30 a 39 anos	138.202	142.990	281.192
40 a 49 anos	132.922	149.042	281.964
50 a 59 anos	108.646	128.946	237.592
60 a 69 anos	79.626	106.227	185.853
70 a 79 anos	43.598	65.134	108.732
80 anos e mais	16.536	31.775	48.311
Total	**866.015**	**963.210**	**1.829.225**

Fonte: Estudo de Estimativas Populacionais – 2000-2024 - CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/MS.
Elaborado por: Coordenação de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis-DANT/Centro de Epidemiologia.

A maior concentração de população apresenta-se entre 20 a 59 anos, que perfazem 1.076.478 pessoas, o que corresponde a cerca de 58,9% da população do município. A população de crianças (0 a 9 anos) é de 188.642 indivíduos (10,3%), a de adolescentes (10 a 19 anos) é de 221.209 pessoas (12,1%) e a população idosa (60 anos ou mais) é representada por um total de 342.896 pessoas, com uma frequência de 18,7%, sendo que 59,2% desse grupo etário é do sexo feminino e 40,8% é do sexo masculino.

6.2 ECONOMIA E RENDA

A cidade de Curitiba, destaca-se como um dos principais centros econômicos do Brasil. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Produto Interno Bruto (PIB) municipal de Curitiba alcançou, em 2021, a marca de R$ 98 bilhões, posicionando-a como a sexta maior economia entre os municípios brasileiros e a maior da

região Sul (CURITIBA, 2024). Esta cifra representa aproximadamente 1,09% do PIB nacional, colocando a cidade à frente de diversas capitais estaduais em termos de atividade econômica.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o PIB total de Curitiba apresentou um incremento relevante no período de 2017 a 2021, passando de R$ 84,7 bilhões para R$ 98 bilhões, o que corresponde a um acréscimo absoluto de R$ 13,3 bilhões. Tal desempenho consolida Curitiba como o município de maior produto econômico do Estado do Paraná e o sexto maior do Brasil, o que reafirma sua centralidade econômica tanto na esfera regional quanto nacional (Tabela 6).

Tabela 6 – Posição nacional quanto ao Produto Interno Bruto (PIB) municipal, 2021.

Posição nacional	Município	Produto Interno Bruto a preços correntes (R$ MIL)
1º	*São Paulo (SP)*	*R$ 829.980.607*
2º	*Rio de Janeiro (RJ)*	*R$ 359.634.752*
3º	*Brasília (DF)*	*R$ 286.943.782*
4º	*Belo Horizonte (MG)*	*R$ 105.829.675*
5ª	*Manaus (AM)*	*R$ 103.281436*
6ª	*Curitiba (PR)*	*R$ 98.003.703*

Fonte: IBGE,2021.

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.

Além dos indicadores econômicos brutos, Curitiba se sobressai em termos de equidade socioeconômica. De acordo com o Mapa da Desigualdade 2024, elaborado pelo Instituto Cidades Sustentáveis, Curitiba foi classificada como a capital brasileira com menor desigualdade social, apresentando bons indicadores em áreas como renda, educação, trabalho e habitação.

Essa configuração revela um cenário em que não apenas a economia cresce, mas

também os frutos desse crescimento são distribuídos de forma mais equitativa em comparação a outras grandes cidades brasileiras.

Curitiba consolida-se como um polo de desenvolvimento regional, com forte contribuição econômica para o Paraná e para o Brasil, além de apresentar indicadores de renda e igualdade que a diferenciam positivamente de outras capitais. Ao mesmo tempo, o estado do Paraná mantém posição de destaque no cenário nacional, sendo a quarta maior economia do país e apresentando altos índices de crescimento e distribuição de renda.

6.3 ESCOLARIDADE E DESENVOLVIMENTO HUMANO

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um importante indicador criado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) com o objetivo de mensurar a qualidade da educação básica no Brasil. Trata-se de um índice composto que considera dois fatores fundamentais: o fluxo escolar, medido pelas taxas de aprovação obtidas no Censo Escolar, e o desempenho dos estudantes nas avaliações aplicadas pelo Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB). Ao combinar esses dois elementos, o IDEB permite avaliar tanto o acesso e permanência dos alunos na escola quanto a efetividade da aprendizagem.

Desde sua implementação, o IDEB tem sido amplamente utilizado como instrumento de gestão e monitoramento das políticas públicas educacionais, orientando metas nacionais e locais. A meta estabelecida pelo Ministério da Educação para o ano de 2022 era atingir a média de 6,0 nos anos iniciais do ensino fundamental, valor considerado compatível com sistemas educacionais de países desenvolvidos.

Em 2023, o município de Curitiba apresentou os seguintes resultados no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) na rede pública de ensino: 6,3 nos anos iniciais do ensino fundamental (1º ao 5º ano) e 5,4 nos anos finais (6º ao 9º ano). Esses dados evidenciam que, nos anos iniciais, o desempenho do município superou a meta nacional estabelecida, ainda que sem apresentar um avanço expressivo em relação ao patamar esperado.

Tabela 7 – Composição do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), Curitiba, 2023.

	Matemática	Português	Aprovação	Ideb
Anos Iniciais	6,51	6,15	1	6,3
Anos Finais	5,48	5,49	0,99	5,4
Ensino Médio	4,87	5,27	0,98	4,9

Fonte: Saeb/Ideb, Inep – 2023.

A análise de dados educacionais é fundamental para a compreensão da estrutura e da capacidade do sistema de ensino de um município. Em Curitiba, capital do estado do Paraná, os números referentes ao ano de 2023 evidenciam a dimensão da rede de ensino e os recursos humanos e físicos disponíveis para atender a população estudantil nos níveis fundamental e médio.

O município registrou 192.660 matrículas no ensino fundamental, o que demonstra a ampla abrangência da educação básica na cidade. No ensino médio, foram contabilizadas 64.675 matrículas, número que, embora menor, representa um quantitativo significativo de estudantes em fase de conclusão da educação básica.

Quanto à infraestrutura educacional, Curitiba dispunha, em 2023, de 496 estabelecimentos de ensino fundamental e 210 estabelecimentos de ensino médio, totalizando 706 escolas que ofertam etapas da educação básica. A maior concentração de escolas de ensino fundamental se justifica tanto pela obrigatoriedade da etapa quanto pela descentralização da oferta em bairros e comunidades, facilitando o acesso da população infantojuvenil.

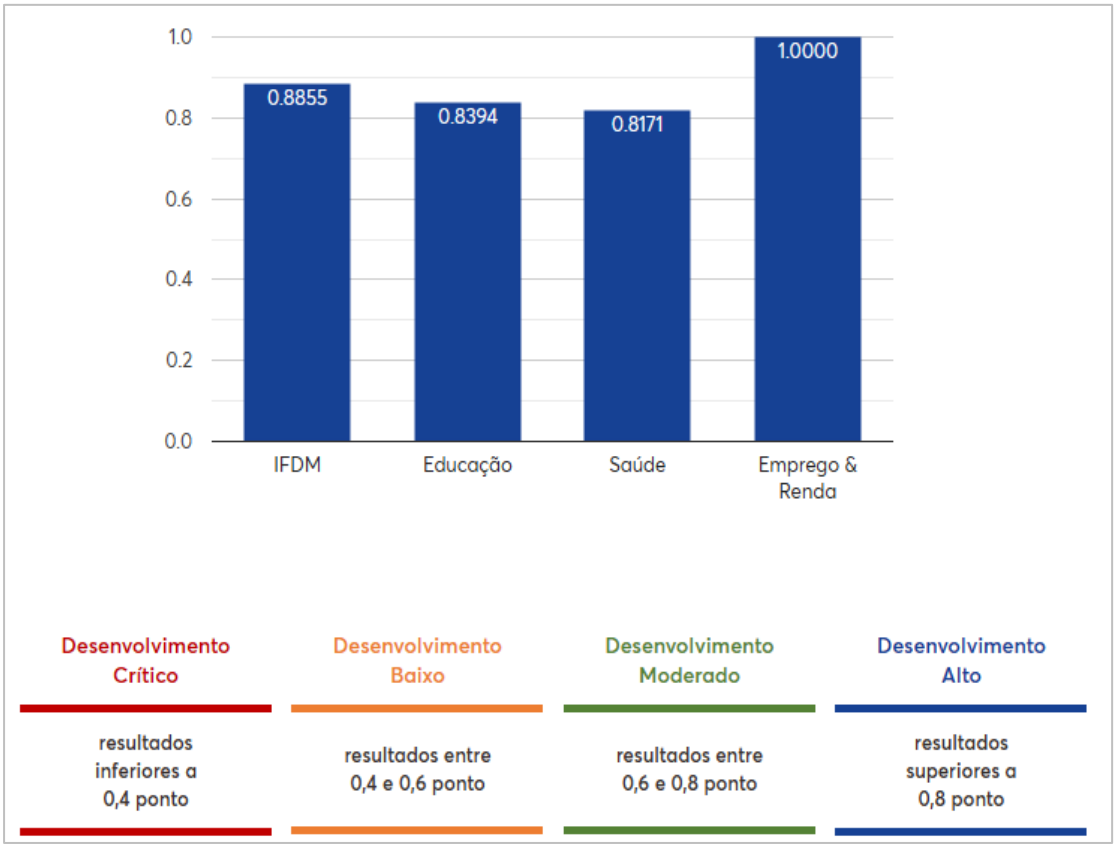
No caso do ensino médio, a menor quantidade de estabelecimentos pode ser explicada pela organização do sistema educacional brasileiro, que muitas vezes centraliza a oferta desse nível em unidades maiores, com maior estrutura física e pedagógica, frequentemente sob responsabilidade das redes estaduais.

Curitiba é a capital brasileira com o melhor índice de desenvolvimento, segundo estudo divulgado pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan). A

capital paranaense também figura na terceira posição entre todos os 5.550 municípios avaliados pela entidade para a composição do Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM).

A mensuração do desenvolvimento humano é baseada em três eixos: emprego e renda, saúde e educação. Foram determinados quatro conceitos para o IFDM: entre 0,0 e 0,4 indicam que o município tem desenvolvimento crítico; entre 0,4 e 0,6, desenvolvimento baixo; 0,6 e 0,8, moderado; e entre 0,8 e 1,0, alto (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM), Curitiba, 2023.



Fonte: Firjan - https://firjan.com.br/ifdm/consulta-ao-indice/ifdm-indice-firjan-de-desenvolvimento-municipal-resultado.htm?UF=PR&cidade=410690&indice=1&ano=2023.

Curitiba tem o índice geral (IFDM) de 0,8855, o que coloca o município como a capital mais desenvolvida e a terceira cidade do país com o melhor desempenho, atrás apenas de Águas de São Pedro (SP) e São Caetano do Sul (SP).

No eixo emprego e renda, Curitiba alcançou o índice máximo (1,0000), em educação 0,8394 e em saúde, 0,8171 (Gráfico 3).

7. REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (RMC)

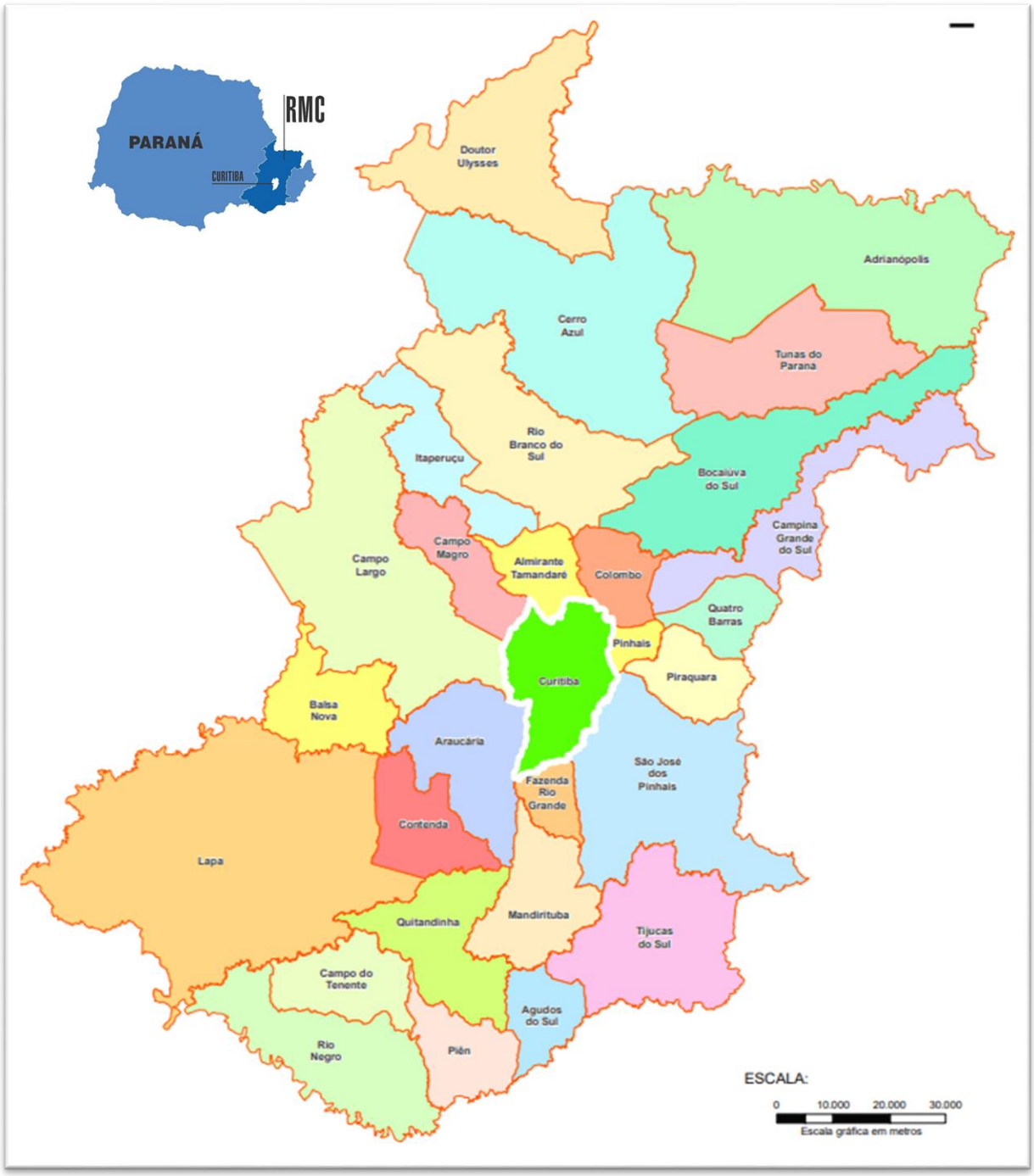
A expressão “região metropolitana” surgiu na legislação brasileira em 1967, através do artigo nº 164 da Constituição Federal, que estabeleceu que a União, mediante Lei Complementar, poderia criar regiões metropolitanas, constituídas por municípios que, independentemente de sua vinculação administrativa, integrem a mesma unidade socioeconômica, visando a realização de serviços comuns. A Região Metropolitana de Curitiba (RMC) foi oficialmente criada pela Lei Complementar Federal n.º 14/73, inicialmente abrangendo 14 municípios: Curitiba, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Colombo, Contenda, Mandirituba, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais. Esses municípios formam o que hoje é conhecido como Núcleo Urbano Central (NUC).

É a segunda maior região metropolitana do país com 16.583,503 km² [6] e possui a dimensão atual desde o ano de 2011 com a inclusão dos municípios de Piên, Campo do Tenente e Rio Negro (Figura 13).

A Região Metropolitana de Curitiba (RMC) é a oitava região metropolitana mais populosa do Brasil, constituída por 29 municípios, com 3.560.258 habitantes e concentra 31,6% da população do Estado, segundo dados do Censo Demográfico 2022.

[6] Instituto Água e Terra/IAT, 2025.

Figura 13 – Mapa político da Região Metropolitana de Curitiba, 2024.



Fonte: IPPUC 2024.

A Região Metropolitana de Curitiba possui três patamares de adensamento populacional e deslocamentos diários em volume de pessoas.[7] O primeiro núcleo urbano central, formado por Curitiba (cidade polo) e outros 11 municípios (Almirante Tamandaré,

[7] 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.

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.

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.

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.

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 (Tabela 8).

Tabela 8 – Perfil da Região Geográfica Metropolitana de Curitiba, RMC.

DADOS	FONTE	DATA	REGIÃO
Área Territorial (IAT) (km²)	*IAT*	*2025*	*16.583.503*
Densidade Demográfica (hab./km²)	*IPARDES*	*2024*	*223,05*
Grau de Urbanização (%)	*IBGE*	*2022*	*93,86*
População - Estimada (habitantes)	*IBGE*	*2024*	*3.697.928*
População - Censitária (habitantes)	*IBGE*	*2022*	*3.560.258*
População - Censitária - Urbana (habitantes)	*IBGE*	*2022*	*3.341.660*

DADOS	FONTE	DATA	REGIÃO
População - Censitária - Rural (habitantes)	*IBGE*	*2022*	*218.598*
Proporção pessoas Idosas (%)	*IBGE*	*2022*	*10,41*
Razão de Sexo (%)	*IBGE*	*2022*	*93,26*
Indice de Envelhecimento (%)	*IBGE*	*2022*	*55,78*
Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)	*IBGE*	*2021*	*0,810*
PIB per capita mensal	*IBGE*	*2021*	*964,33*
Matriculas na Educação Básica	*MEC/INEP*	*2024*	*777.173*
Domicílios particulares com banheiro	*IBGE*	*2022*	*1.312.256*
Domicílios particulares com coleta de lixo	*IBGE*	*2022*	*1.292.259*
Água residencial (unidades atendidas)	*Sanepar/SINISA*	*2023*	*1.335.386*
Esgoto residencial (unidades atendidas)	*Sanepar/SINISA*	*2023*	*1.889.816*
Consumidores de Energia Elétrica	*COPEL*	*2023*	*1.602.442*

Fonte: IPARDES, junho 2025.

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, incluindo informações relativas ao parto, ao recém-nascido e à mãe. Implantado em 1993, este sistema é uma importante fonte de informações epidemiológicas sobre os 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 fornecem subsídios para a vigilância neonatal e a formulação de estratégias de prevenção da morbimortalidade infantil.

A análise da evolução dos nascimentos ao longo dos últimos anos (Tabela 9) aponta para uma redução progressiva. Comparando os dados de 2015 com os de 2024, observa-se uma redução de 31,2%.

O primeiro declínio mais expressivo ocorreu em 2016, quando houve uma redução de 5,3%, possivelmente relacionada à epidemia do Zika vírus. Já em 2020, o impacto da pandemia da covid-19 resultou na segunda maior diminuição da série, com 1.666 nascidos vivos a menos em comparação a 2019, representando uma redução de 7,8%.

Nos anos de 2022 e 2023, os números apresentaram maior estabilidade. Entretanto, em 2024, a tendência de queda voltou a se acentuar, registrando uma redução de 6,2% em relação ao ano anterior, superando até mesmo a retração observada no segundo ano da pandemia (5,8%).

Tabela 9 – Nascidos vivos residentes em Curitiba por ano de nascimento e percentual de diminuição de nascimentos, quando comparado ao ano anterior – Curitiba 2015-2024*.

Ano	Nº NV	% de Diminuição NV
2015	24.507	1,3
2016	23.219	5,3
2017	22.746	2,0
2018	22.112	2,8
2019	21.394	3,2
2020	19.728	7,8
2021	18.575	5,8
2022	18.396	1,0
2023	17.979	2,3
2024*	16.867	6,2

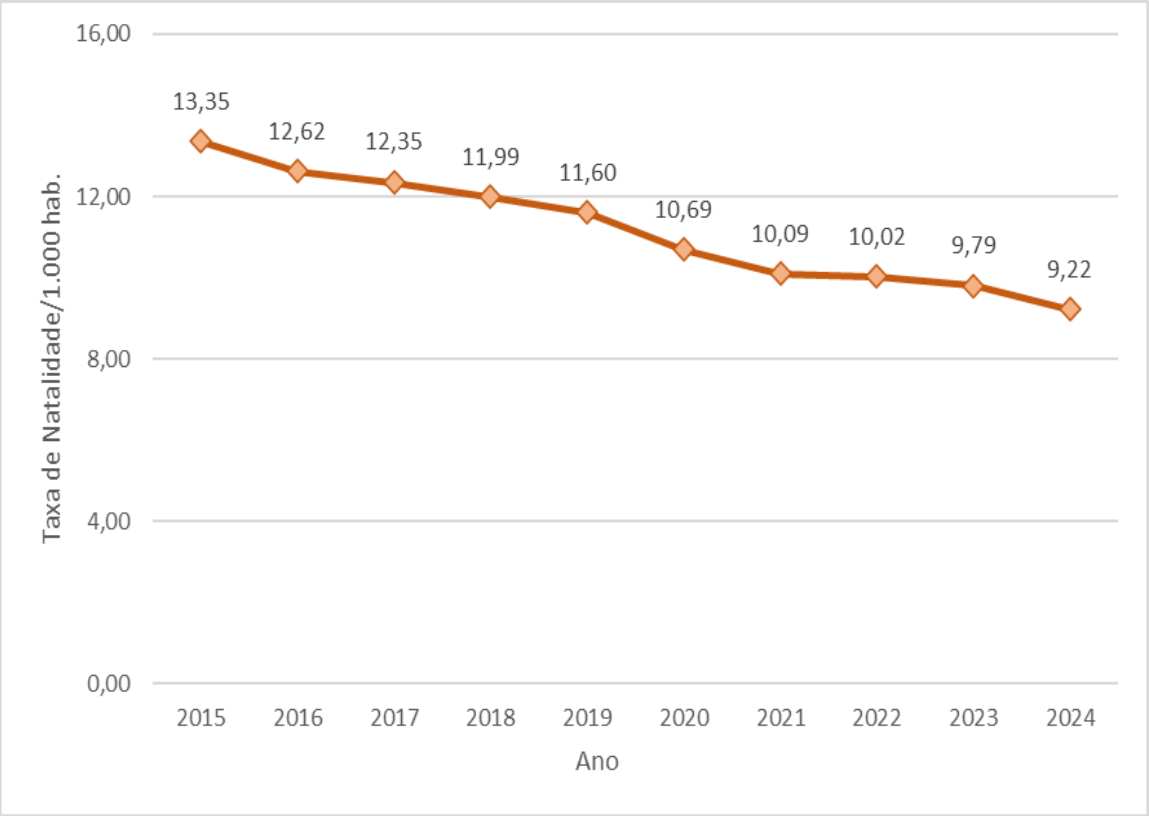
Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC Curitiba, dados obtidos em 07/03/2025.
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. *2024 dados preliminares.

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 (mulheres com idade entre 10 a 49 anos).

A taxa de fecundidade, junto com a mortalidade e a imigraçção, é uma das principais determinantes da dinâmica demográfica, ao expressar a incorporação das novas gerações de nascidos vivos no âmbito da população de referência. Percebe-se que, em Curitiba, ambas as taxas mostram tendência de declínio (Gráficos 4 e 5), fato observado também em todas as regiões do país.

Gráfico 4 – Taxa bruta de natalidade em Curitiba por 1.000 habitantes, de 2015 a 2024*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC Curitiba, dados obtidos em 07/03/2025.

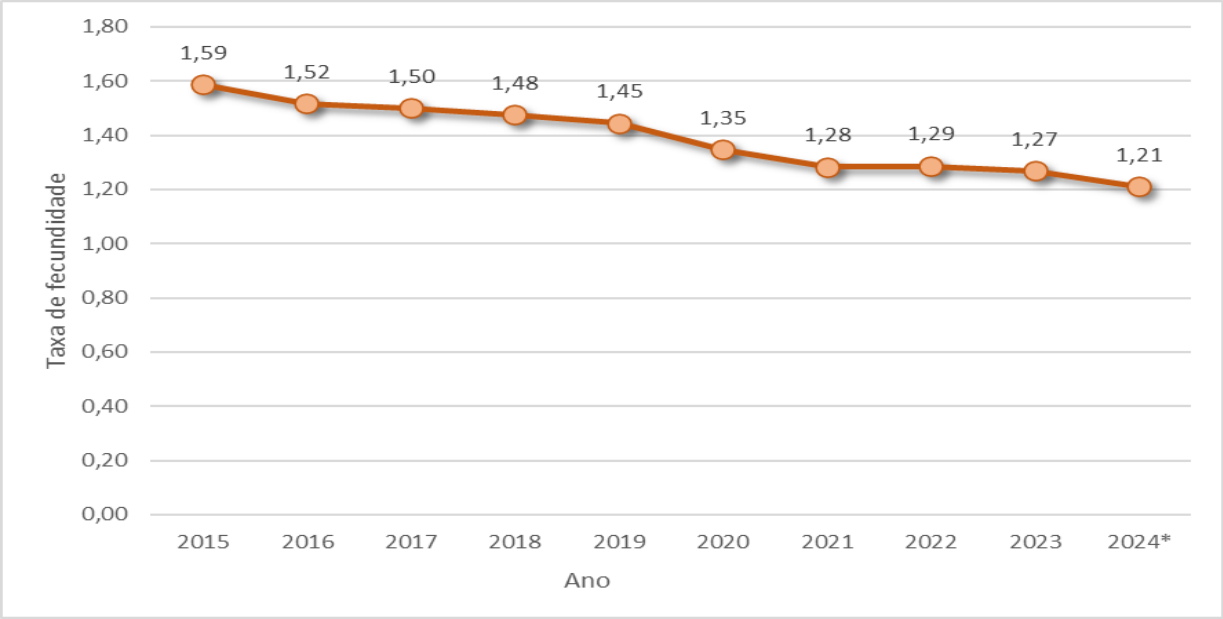
População: Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2015-2024/Brasil.

Realização: CGI DemoGRÁFICO/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde.

Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV – SMS Curitiba, dados obtidos em 07/03/2025.

. *2024 dados preliminares.

Gráfico 5 – Taxa de fecundidade total em Curitiba, 2015 a 2024*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC Curitiba.
População: Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2015-2024/Brasil.
Realização: CGI DemoGRÁFICO/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde.
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados obtidos em 07/03/2025.
*2024 dados preliminares.

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, o impacto da pandemia da covid-19. Entre 2015 e 2024 a taxa de fecundidade reduziu de 1,59 para 1,21 filho por mulher (queda de 25,0%).

É importante destacar que taxas inferiores a 2,1 indicam uma fecundidade insuficiente para garantir a reposição populacional. A rápida redução da fecundidade impacta o ritmo de crescimento da população e a distribuição etária, gerando consequências econômicas e sociais a longo prazo.

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.

Entre os componentes perinatal, neonatal e pós-neonatal, o que historicamente mais afeta a TMI é o componente neonatal, que inclui óbitos até 28 dias de vida. Esse indicador reflete as condições socioeconômicas, a saúde materna e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Já a mortalidade pós-neonatal, que considera óbitos entre 28 e 364 dias de vida, está mais ligada ao desenvolvimento socioeconômico e à infraestrutura ambiental. Esses fatores condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas, além de influenciar o acesso aos serviços de saúde.

A taxa de mortalidade perinatal estima o risco de um feto nascer sem sinais vitais ou morrer na primeira semana de vida. O período perinatal vai da 22ª semana de gestação até sete dias após o nascimento, abrangendo óbitos fetais e neonatais precoces. Os principais fatores associados incluem condições da gestação, do parto e a qualidade da assistência pré-natal 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). Esse indicador 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 à 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 contrapartida, em países menos desenvolvidos, essas taxas são significativamente mais elevadas. A Organização Mundial da Saúde aponta como indicador aceitável taxa inferior a 10 por mil nascidos vivos.

A mortalidade infantil também integra os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com a meta de reduzir a mortalidade neonatal para menos de 12 por mil nascidos vivos até 2030 e eliminar as mortes evitáveis de recém-nascidos.

A TMI em Curitiba mantém tendência de redução, atingindo seu menor patamar histórico de 6,5 por mil nascidos vivos (139 óbitos), o que representa 139 óbitos infantis em 2019, chegando a 7,3 (124 óbitos) em 2024 (Gráfico 6). Nos últimos dez anos observa-se que a TMI teve um declínio de 18,9%.

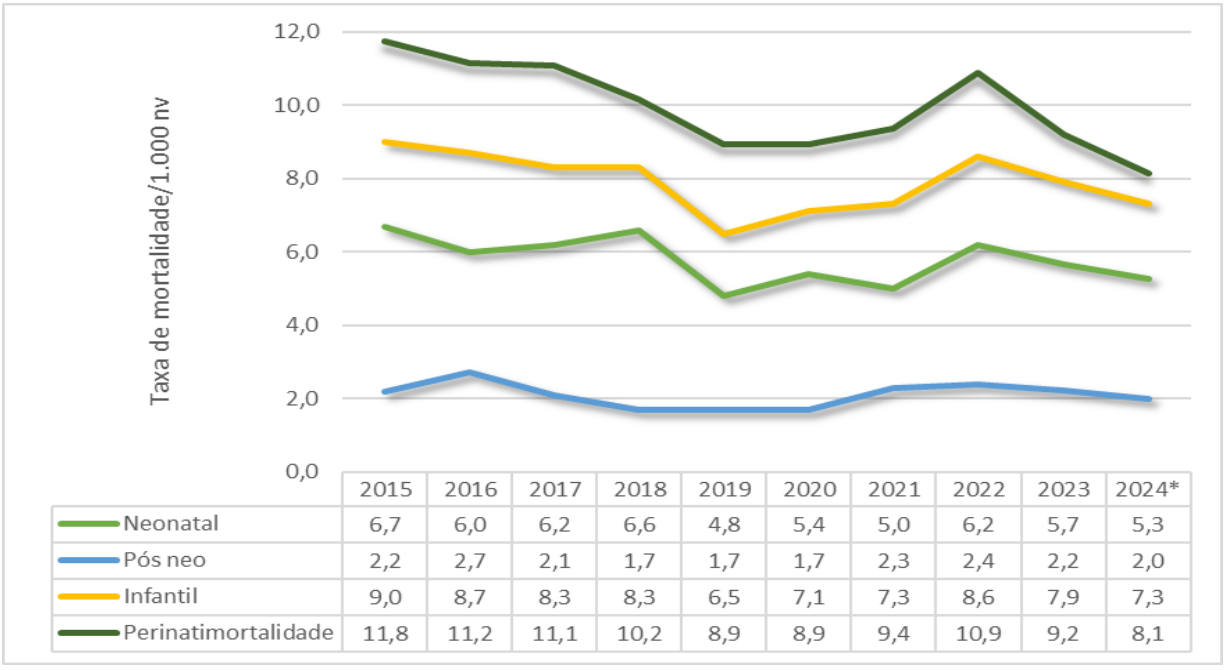
Em Curitiba, a maior concentração de óbitos de menores de 1 ano ocorre no período neonatal, que abrange o nascimento até os 28 dias de vida. Esse dado evidencia a relação entre esses eventos e a qualidade da atenção prestada às gestantes, ao parto e ao recém-

nascido. No entanto, apesar da alta concentração, esse componente foi o que apresentou a maior redução da taxa nos últimos dez anos, com uma queda de 20,8% (Gráfico 6).

Essa melhora reflete não somente os bons indicadores sociais no município, mas também a efetividade das ações de atenção à saúde materno-infantil desenvolvidas nos serviços de saúde. O resultado destas ações tem efeito também em indicadores de impacto na mortalidade infantil tais como a captação precoce para início do pré-natal. De acordo com os dados das Declarações de Nascidos Vivos de 2024 (SINASC), 89,2% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, enquanto 92,2% realizaram mais de sete consultas. Além disso, houve uma significativa redução da gravidez na adolescência, passando de 11,3% em 2015 para 5,3% em 2024. Esses avanços, aliados à melhoria da assistência materno-infantil, foram fundamentais para a redução da mortalidade neonatal e infantil no município.

Como Curitiba já apresenta uma taxa de mortalidade infantil considerada baixa, sua redução torna-se cada vez mais desafiadora. Isso exige esforços concentrados e dirigidos às causas dos óbitos evitáveis, por meio do aprofundamento da análise e da identificação dos fatores determinantes desses eventos.

Gráfico 6 – Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal, Pós Neonatal e Perinatal/1.000 Nascidos Vivos, de residentes em Curitiba, 2015-2024*.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Neonatal	6,7	6,0	6,2	6,6	4,8	5,4	5,0	6,2	5,7	5,3
Pós neo	2,2	2,7	2,1	1,7	1,7	1,7	2,3	2,4	2,2	2,0
Infantil	9,0	8,7	8,3	8,3	6,5	7,1	7,3	8,6	7,9	7,3
Perinatimortalidade	11,8	11,2	11,1	10,2	8,9	8,9	9,4	10,9	9,2	8,1

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – SMS Curitiba. *2024 dados preliminares. Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados de 05/03/2025.

A distribuição dos óbitos infantis entre os Distritos Sanitários de Curitiba (Tabela 10) revela a diversidade entre as regiões. A análise da série histórica de 2015 a 2024 mostra oscilações nas taxas de mortalidade infantil em todos os Distritos Sanitários (DS), com amplitudes variando entre 2,3 e 15,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Comparando os dados de 2015 a 2024, nota-se uma redução desse indicador em 6 dos 10 distritos. Em 2024, o DS Cajuru registrou a menor taxa de mortalidade infantil, com 4,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos, enquanto o DS Bairro Novo apresentou a maior, alcançando 10,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

Alguns distritos demonstraram uma tendência de queda ao longo dos anos, como o DS Tatuquara, cuja taxa passou de 15,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2016 para 4,6 em 2024. Outros, no entanto, apresentaram variações mais irregulares, como o DS Bairro Novo, que aumentou de 7,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2015 para 10,9 em 2024. No ano de 2024, os distritos Cajuru, Boqueirão e Tatuquara registraram taxas de mortalidade infantil inferiores à taxa do município (7,3/1.000 nascidos vivos).

Tabela 10 – Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos, por Distrito Sanitário, Curitiba 2015-2024*.

DS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
BN	7,9	6,0	7,6	10,2	7,7	8,0	9,5	11,3	9,1	10,9
BQ	6,6	11,8	8,1	7,1	8,4	6,3	5,4	7,3	11,4	4,5
BV	9,9	8,4	11,1	5,9	6,4	7,6	5,0	9,2	7,2	8,9
CIC	10,4	8,2	6,9	9,9	4,3	6,7	10,5	7,6	8,6	7,8
CJ	10,1	10,3	6,5	8,0	7,0	6,8	8,7	11,5	6,7	4,1
MZ	8,1	5,1	9,0	5,6	8,1	7,1	5,7	9,7	4,4	8,3
PN	12,4	7,3	8,3	9,1	3,8	9,5	5,5	9,9	11,0	8,9
PR	7,9	6,5	7,3	9,7	4,4	4,4	7,8	3,5	7,7	9,0
SF	6,8	8,4	7,7	4,8	4,7	5,2	2,3	6,7	4,7	7,6
TQ	-	15,0	12,2	10,7	10,3	9,3	12,0	9,5	7,6	4,6

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – SMS Curitiba. *2024 dados preliminares. Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados de 05/03/2025.

8.4 MORTALIDADE MATERNA

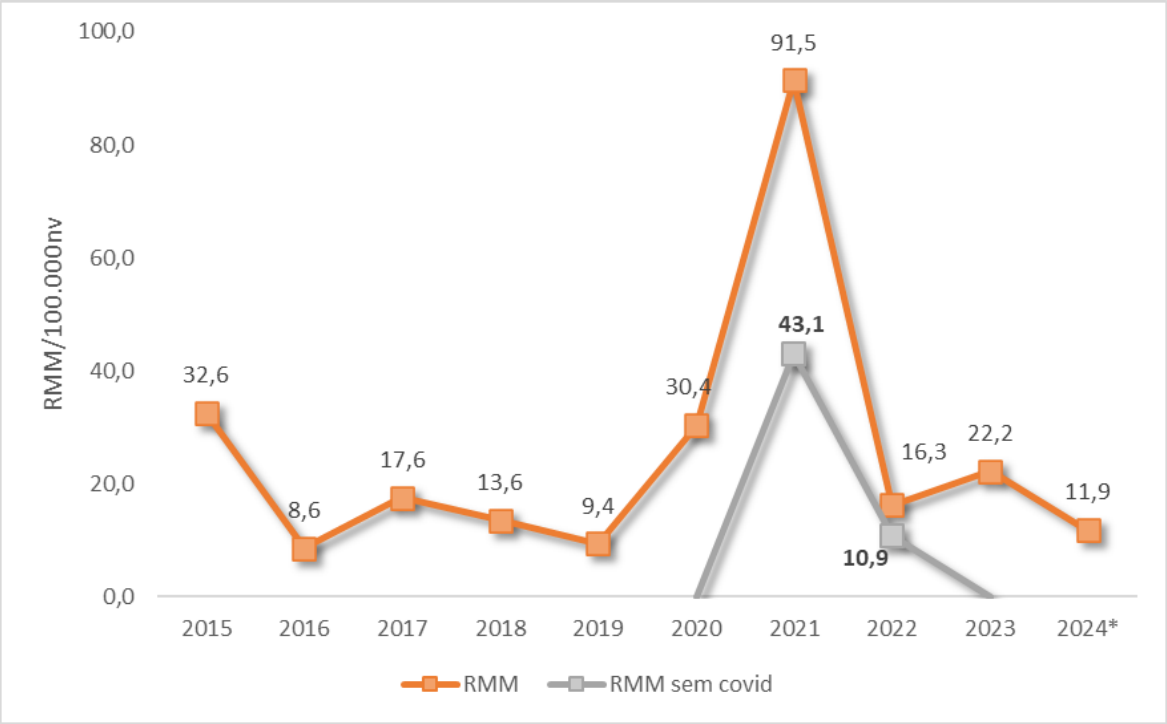
Óbitos maternos são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada por esse estado fisiológico ou por intervenções a ele associadas. Sendo que as causas externas são excluídas desse indicador.

Do ponto de vista epidemiológico, o óbito materno é considerado um importante indicador das condições socioeconômicas e da qualidade da atenção à saúde em uma localidade. Por esse motivo, a Razão de Morte Materna (RMM), que relaciona o número de óbitos maternos ao total de nascidos vivos, deve ser monitorada de forma eficaz e confiável.

As mortes maternas ocorrem, em grande parte, devido a complicações durante e após a gravidez e o parto. Algumas dessas complicações podem estar presentes antes da gestação, sendo agravadas quando não identificadas e tratadas adequadamente. Globalmente, cerca de 75% das mortes maternas são causadas por hemorragia grave (principalmente no pós-parto), infecções (geralmente após o parto), hipertensão na gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), complicações do parto e abortos inseguros.

A redução da mortalidade materna é um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com a meta de alcançar uma razão de mortalidade materna inferior a 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos no mundo. Curitiba vem apresentando uma queda contínua da RMM nas últimas duas décadas e a oscilação notada no Gráfico 7 é própria de eventos raros, como é o caso da mortalidade materna. Com exceção dos anos de 2004 e 2021, Curitiba mantém este indicador inferior à 70 óbitos por 100 mil nascidos e foi no ano de 2016 que atingiu pela primeira vez RMM inferior a 20/100 mil nascidos vivos, considerada baixa pela OMS.

Gráfico 7 – Razão de Mortalidade Materna. Curitiba, 2011-2024*.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – SMS Curitiba. *2024 dados preliminares. Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados de 05/03/2025.

Apesar da tendência de declínio da RMM até 2019 (Gráfico 7), a pandemia de covid-19 aumentou significativamente esta razão, tornando-se a principal causa de morte materna no período (2015-2024). No entanto, a atuação conjunta entre os setores de vigilância epidemiológica e assistência permitiu uma retomada dos padrões anteriores.

Em Curitiba, as principais causas de morte obstétrica direta no período de 2015 a 2024 foram as hipertensivas (11), infecciosas (6) e circulatórias (3). Já entre as mortes maternas não obstétricas, as causas mais frequentes foram as infecciosas (12), com contribuição da covid-19 com 9 casos, seguidas pelas circulatórias (5) e hematológicas (2).

Quanto à evitabilidade dessas mortes, cerca de 88% foram classificadas como evitáveis, o que demonstra o potencial de atuação para sua constante redução, especialmente naquelas consideradas preveníveis.

Os anos de 2022 e 2024 foram particularmente significativos, uma vez que, na RMM, não se registou qualquer óbito materno por hipertensão. Esse resultado reforça a importância do aprimoramento das estratégias de intervenção voltadas aos determinantes e condicionantes da mortalidade materna.

Desde o final da década de 1990, ações voltadas à melhoria da assistência materno-infantil têm sido implementadas com base no monitoramento dos óbitos maternos. Esse acompanhamento revelou uma redução gradual da mortalidade materna nos últimos 25 anos, impulsionada por iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Essas estratégias incluem parcerias institucionais, revisão de protocolos, aperfeiçoamento dos fluxos assistenciais e adequação das prescrições médicas.

Cabe destacar que a redução da mortalidade materna e infantil é um processo gradual e desafiador, influenciado por múltiplas variáveis. Portanto, seu enfrentamento exige ações coordenadas e articuladas para alcançar avanços significativos e sustentáveis.

8.5 MORTALIDADE GERAL

Os dados sobre mortalidade são coletados sistematicamente a partir das Declarações de Óbito (DO), que são inseridas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.

Através dos dados identificamos as principais causas de morte, a distribuição por faixa etária, por sexo, por local de ocorrência e de residência. Nos subsidia para o cálculo da letalidade de agravos de incidência conhecida e também viabiliza o cálculo de taxas de mortalidade geral, infantil, materna e outras associadas às variáveis presentes na DO.

A análise desses dados permite a construção de indicadores essenciais para delinear o perfil de saúde de uma região, auxiliando gestores no planejamento e na tomada de decisões.

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, a mudança no perfil da mortalidade da população em geral. É importante ressaltar que os dados de 2024 são preliminares já que o banco encontra-se em processo de qualificação.

Quanto ao número absoluto de óbitos, de 2015 a 2024, houve variação, com tendência de aumento. Nesse período, a média anual foi de 12.299 óbitos (Tabela 11).

Em 2020, registrou-se a primeira grande elevação proporcional em relação ao ano anterior, com um aumento de 19,8% em relação a 2019, totalizando 13.169 óbitos. Já em 2021, essa elevação foi ainda mais expressiva, atingindo 34,3%, o que representou um acréscimo de 4.515 óbitos, elevando o total para 17.684. Esse aumento ocorreu, sobretudo, em função dos óbitos por Covid-19, codificados no capítulo da CID-10 – Doenças Infecciosas e Parasitárias (Tabela 11).

A pandemia da covid-19, além de aumentar o número de óbitos, também alterou o ranking das principais causas de óbitos, colocando em primeiro lugar nos anos de 2020 (2.701 óbitos) e 2021 (6.335 óbitos) as doenças infecciosas e parasitárias (onde os óbitos por covid-19 estão incluídos). Em 2022 o número de óbitos nessa categoria caiu 80,6%, com 1.227, chegando a 477 em 2024, indicando o efeito das campanhas de vacinação e outras medidas de controle da doença (Tabela 11).

Ainda na Tabela 11 observamos que o número total de óbitos apresentou crescimento especialmente em 2020 e 2021, anos impactados pela pandemia da covid-19, o que também alterou o ranking das principais causas. Em 2021, o total de óbitos foi de 17.684, o maior valor do período, seguido de uma queda expressiva em 2022, quando os números retornaram a patamares próximos aos anos anteriores. Em 2024 houve um leve aumento em relação ao ano de 2023, totalizando 12.920 óbitos.

As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas de morbidade e mortalidade permanecem entre as três principais causas de óbito ao longo da maior parte do período. As neoplasias (tumores) mostraram uma tendência de aumento, atingindo seu maior valor em 2024 (3.009 óbitos) e as doenças do aparelho circulatório oscilaram ao longo dos anos, atingindo também um pico em 2024- 3.217 óbitos (Tabela 11).

Doenças do sistema nervoso apresentaram um crescimento de 120,5%, passando de 566 óbitos em 2015 para 1.284 em 2024. Doenças do aparelho respiratório tiveram uma redução de aproximadamente 25,0% em 2020, mas voltaram a crescer a a partir de 2022, com 1.249 óbitos em 2024. Relativamente estáveis, os óbitos por causas externas variaram entre 1.099 e 1.327 ao longo do período. O menor número foi registrado em 2024- 1.099 óbitos (Tabela 11).

Após os anos mais marcantes deste período (2020-2021) os números voltaram a patamares semelhantes aos pré-pandêmicos, com destaque para o crescimento contínuo de doenças crônicas, como neoplasias e doenças do aparelho circulatório (Tabela 11).

Tabela 11 – Número de óbitos pelas dez principais grupos de causa de morte (capítulo CID 10), de residentes em Curitiba, 2015 a 2024*.

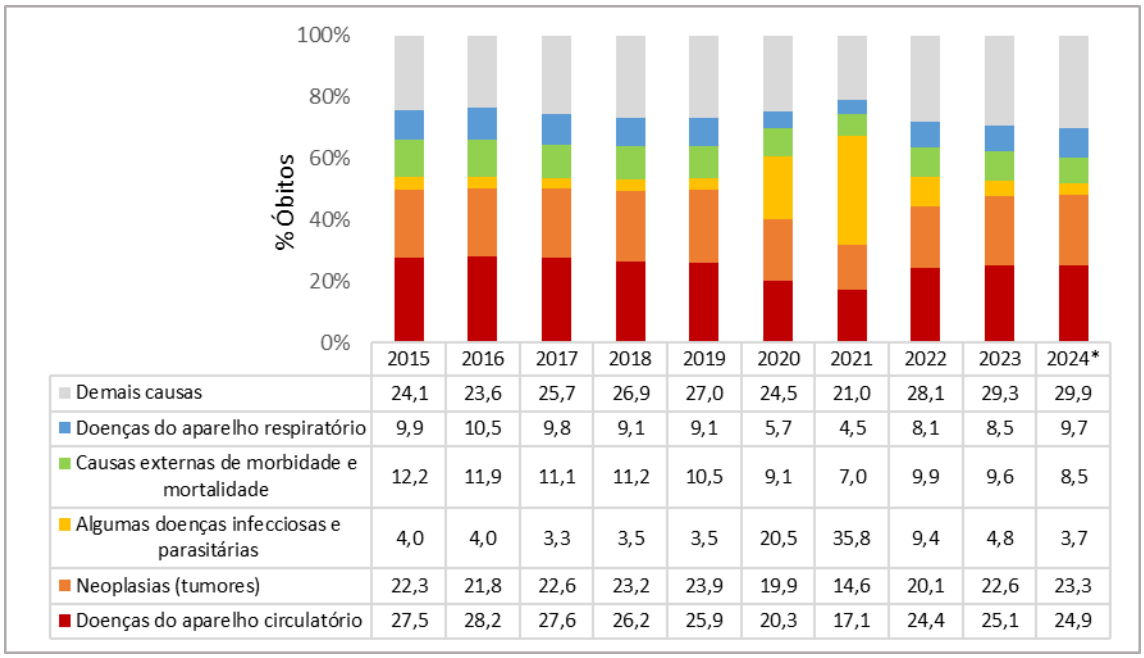
	Causa de morte (CID10 CAP)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
1	Doenças do aparelho circulatório	2870	3146	2956	2861	2851	2667	3016	3197	2991	3217
2	Neoplasias (tumores)	2322	2426	2426	2529	2627	2621	2589	2633	2696	3009
3	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	419	451	350	379	388	2701	6335	1227	576	477
4	Causas externas de morbidade e mortalidade	1267	1327	1189	1218	1159	1199	1235	1298	1148	1099
5	Doenças do aparelho respiratório	1031	1167	1049	988	1001	750	790	1067	1018	1249
6	Doenças do sistema nervoso	566	665	693	768	819	857	983	1056	1055	1284
7	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	611	657	729	826	656	811	931	814	739	762
8	Doenças do aparelho digestivo	608	600	613	557	627	607	647	715	697	733
9	Doenças do aparelho geniturinário	189	212	231	253	334	300	340	313	264	244
10	Doenças mal definidas	123	102	86	83	149	184	253	236	236	334
11	Demais causas	421	391	406	441	383	472	565	551	503	512
	Total	**10.427**	**11.144**	**10.728**	**10.903**	**10.994**	**13.169**	**17.684**	**13.107**	**11.923**	**12.920**

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). *2024 dados preliminares.
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados de 05/03/2025.

O Gráfico 8 mostra, através de proporções, a mudança do ranking dos grupos de causa de morte. Até 2019, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram as principais responsáveis pelos óbitos, representando aproximadamente 50% do total anual. Além disso, cerca de 25% dos falecimentos ocorreram devido a causas externas, doenças respiratórias e infecciosas/parasitárias. No total, esses cinco grupos de mortalidade foram responsáveis por aproximadamente 75% das mortes registradas entre 2015 e 2019.

Entretanto, esse cenário sofreu uma mudança significativa com a pandemia da covid-19. Em 2021, por exemplo, as doenças infecciosas e parasitárias passaram a representar 36% dos óbitos entre os residentes de Curitiba, o que levou a uma redução proporcional das mortes por outras causas. Já em 2022, observou-se um retorno às proporções anteriores, com as causas de morte comportando-se de maneira semelhante ao período pré-pandêmico (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Proporção de óbitos pelos cinco principais grupo de morte (capítulo CID-10), de residentes em Curitiba, 2015 a 2024*.



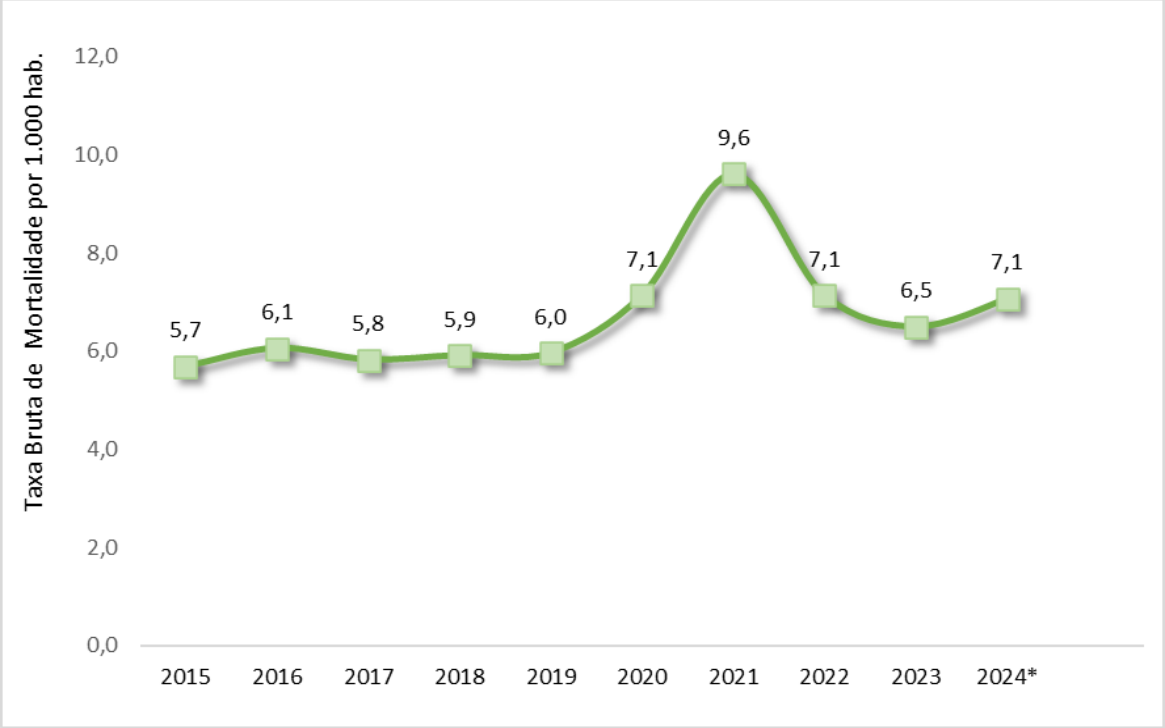
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Demais causas	24,1	23,6	25,7	26,9	27,0	24,5	21,0	28,1	29,3	29,9
Doenças do aparelho respiratório	9,9	10,5	9,8	9,1	9,1	5,7	4,5	8,1	8,5	9,7
Causas externas de morbidade e mortalidade	12,2	11,9	11,1	11,2	10,5	9,1	7,0	9,9	9,6	8,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,0	4,0	3,3	3,5	3,5	20,5	35,8	9,4	4,8	3,7
Neoplasias (tumores)	22,3	21,8	22,6	23,2	23,9	19,9	14,6	20,1	22,6	23,3
Doenças do aparelho circulatório	27,5	28,2	27,6	26,2	25,9	20,3	17,1	24,4	25,1	24,9

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM Curitiba. *2024 dados preliminares.
Elaborado por Centro de Epidemiologia - Centro de Eventos Vitais, dados de 05/03/2025.

No Gráfico 9 apresentamos a Taxa Bruta de Mortalidade (TBM), indicador que correlaciona o número total de óbitos em um determinado ano com o número de expostos ao risco de morrer no mesmo período. Nele percebemos que a TBM manteve-se relativamente estável ao longo da maior parte dos anos até 2019, com uma média de 5,9 óbitos a cada 1.000 habitantes. Porém, em relação a média, em 2021 sobe 62,7%, atingindo 9,6 óbitos a cada 1.000 habitantes, impacto direto da pandemia pela covid-19.

Esse indicador sofre influência direta da composição etária e de gênero da população. Taxas de mortalidade mais elevadas podem estar associadas a condições socioeconômicas menos favoráveis, refletir uma maior proporção de idosos na população ou ainda situações de pandemia.

Gráfico 9 – Taxa bruta de mortalidade (TBM) por 1.000 habitantes, de residentes em Curitiba, 2015 a 2024*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM Curitiba. *2024 dados preliminares.
Elaborado por Centro de Epidemiologia - Centro de Eventos Vitais, dados de 05/03/2025.
Nota 1: para o cálculo da Taxa de Mortalidade foi utilizada a População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024 – Brasil. Realização: CGI DemoGRÁFICO/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde.

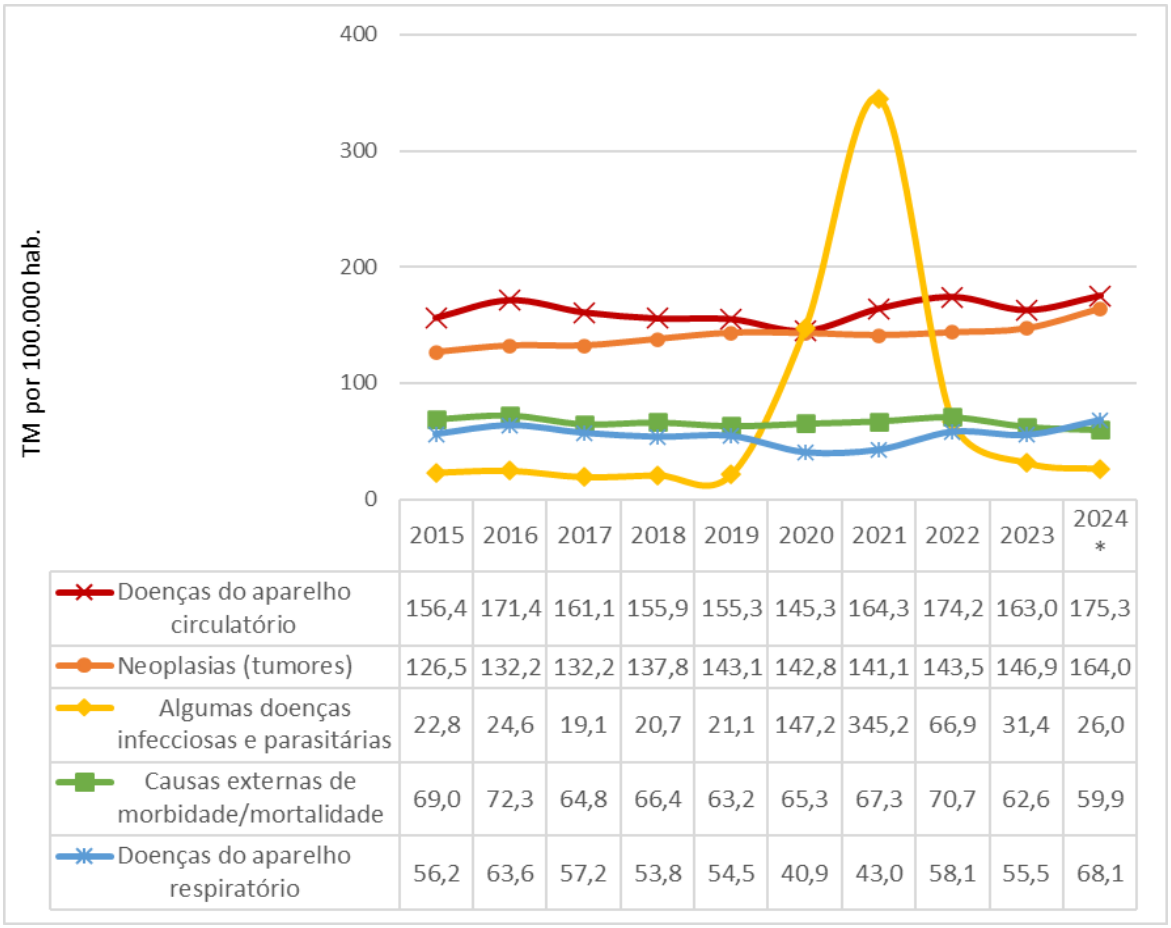
Quando analisamos a mortalidade de um grupo específico dentro da população, utilizamos as chamadas taxas específicas de mortalidade (TM). Essas taxas são comumente divididas por critérios como idade, sexo e causa do óbito. No caso da taxa de mortalidade por causa, seu objetivo é medir o risco de morte devido a uma determinada enfermidade ou condição dentro de um período específico. Para isso, considera-se o número de óbitos pela causa considerada, expresso por 100 mil habitantes (hb), ocorridos em determinado local e período.

A Doença do Aparelho Circulatório tem uma média de TM de 162,2 óbitos por 100.000 habitantes, nos últimos dez anos. A TM de Neoplasias aumentou 29,6% entre 2015 e 2024, chegando a 164,0 óbitos por 100.000 habitantes no último ano do período (Gráfico 10).

Ainda no Gráfico 10, em relação às causas externas ocupantes do terceiro lugar em causa de morte, observa-se tendência de manutenção ao longo dos últimos dez anos, com a menor taxa específica no período em 2024 (59,9 óbitos por 100.000 habitantes).

Como decorrência da covid-19, dentro do grupo Doenças Infecciosas e Parasitárias, tivemos em 2021 a maior TM dessa série histórica de 10 anos, com 345,2 óbitos por 100.000 habitantes (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Série Histórica da Taxa de Mortalidade, segundo grupo de causa por 100.000 habitantes, de residentes em Curitiba, 2015 a 2024*.



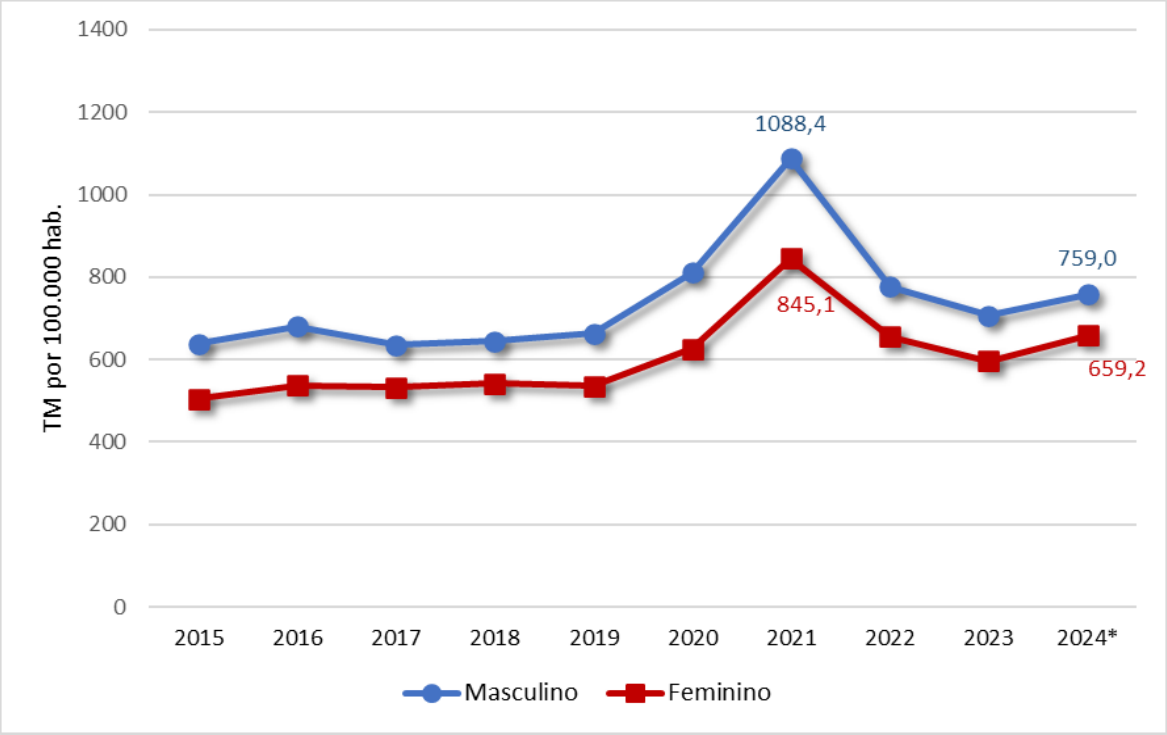
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Doenças do aparelho circulatório	156,4	171,4	161,1	155,9	155,3	145,3	164,3	174,2	163,0	175,3
Neoplasias (tumores)	126,5	132,2	132,2	137,8	143,1	142,8	141,1	143,5	146,9	164,0
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	22,8	24,6	19,1	20,7	21,1	147,2	345,2	66,9	31,4	26,0
Causas externas de morbidade/mortalidade	69,0	72,3	64,8	66,4	63,2	65,3	67,3	70,7	62,6	59,9
Doenças do aparelho respiratório	56,2	63,6	57,2	53,8	54,5	40,9	43,0	58,1	55,5	68,1

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM Curitiba. *2024 dados preliminares.
Elaborado por Centro de Epidemiologia - Centro de Eventos Vitais, dados de 05/03/2025..
Nota 1: para o cálculo da Taxa de Mortalidade foi utilizada a População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024 – Brasil. Realização: CGI DemoGRÁFICO/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde.

Ao longo da série histórica, observa-se que a TM por sexo permaneceu mais alta entre os homens. Houve um aumento significativo em ambas as taxas em 2021, impactadas pela pandemia da covid-19. Para o sexo masculino a média desta taxa foi de 740,5 óbitos a cada 100.000 habitantes, enquanto no sexo feminino foi de 603,8 óbitos a cada 100.000 habitantes (Gráfico 11). Já a razão da TM (TM masculina/ TM feminina) foi 1,23, o que mostra que os homens tem 23% mais risco de morrer, quando comparados às mulheres. No Gráfico 11

também é possível observar a recuperação das taxas de mortalidade aos níveis pré-pandêmicos, a partir de 2023.

Gráfico 11 – Série histórica da Taxa de Mortalidade segundo sexo, por 100.000 habitantes, de residentes em Curitiba, 2015 a 2024*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM Curitiba. *2024 dados preliminares.
Elaborado por Centro de Epidemiologia - Centro de Eventos Vitais, dados de 05/03/2025.
Nota 1: para o cálculo da Taxa de Mortalidade foi utilizada a População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024 – Brasil. Realização: CGI DemoGRÁFICO/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde.

Na análise de óbitos por faixa etária, observa-se que de 2015 a 2024 houve redução no número de óbitos nas faixas etárias mais jovens (até 39 anos), com destaque para as faixas de 5 a 9 anos, onde houve a redução de 27 óbitos para 11 (59,3%), em 2024. Em seguida a faixa de 15 a 19 anos, com redução de 137 óbitos ocorridos em 2015 para 58 em 2024, expressando queda de 57,7% (Tabela 12).

O aumento mais expressivo ocorreu a partir dos 80 anos, um aumento de 47,9% passando de 3.204 óbitos em 2015 para 4.740 em 2024, conforme observa-se na Tabela 12.

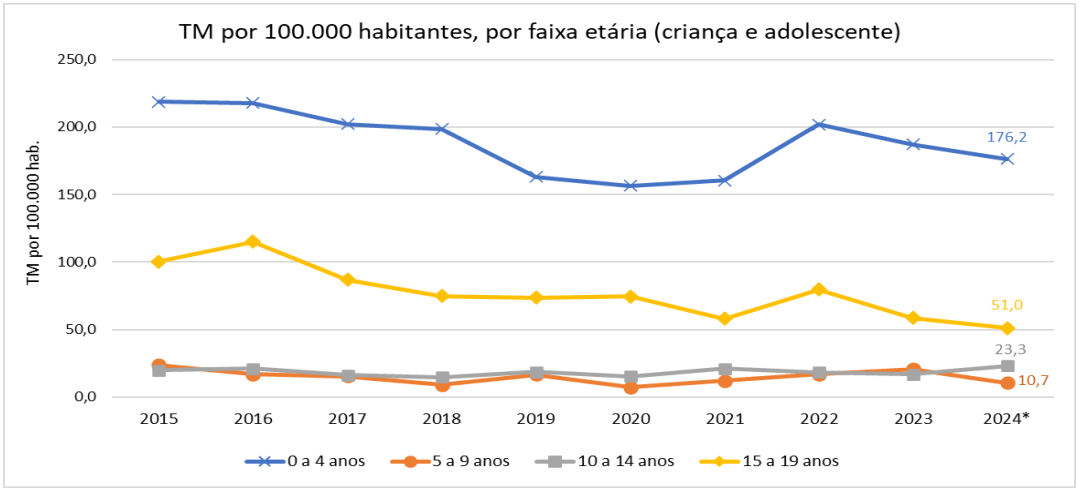
Tabela 12 – Série histórica do número de óbitos por faixa etária, de residentes em Curitiba, 2015 a 2024*.

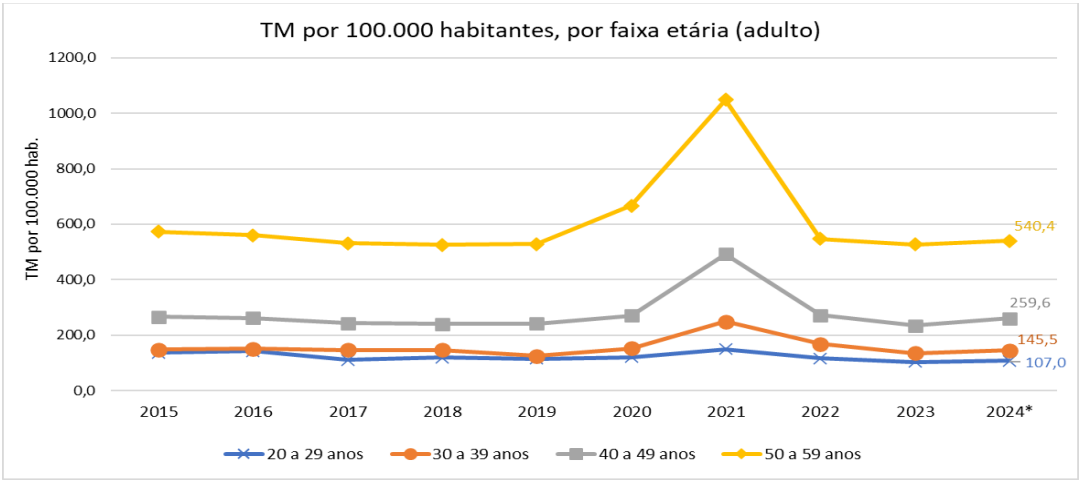
Faixa etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
< 01 ano	220	201	189	183	139	140	135	158	142	124
1 a 4 anos	24	41	33	31	32	18	20	29	25	26
5 a 9 anos	27	19	17	10	18	8	13	18	22	11
10 a 14 anos	24	25	19	17	21	17	23	20	18	25
15 a 19 anos	137	155	115	97	93	92	70	94	68	58
20 a 29 anos	417	430	326	348	334	348	428	332	290	295
30 a 39 anos	464	471	458	450	378	455	731	484	384	409
40 a 49 anos	703	694	648	644	654	743	1364	759	658	732
50 a 59 anos	1.269	1.261	1.214	1.213	1.234	1.568	2.472	1.293	1.249	1.284
60 a 69 anos	1.754	1.897	1.905	1.948	1.932	2.536	3.366	2.216	2.073	2.214
70 a 79 anos	2.171	2.399	2.213	2.277	2.357	2.914	3.945	2.850	2.742	3.002
80 anos e +	3.204	3.549	3.586	3.682	3.800	4.323	5.107	4.847	4.248	4.740
Ing.	13	2	5	3	2	7	10	8	4	2
Total	**10.427**	**11.144**	**10.728**	**10.903**	**10.994**	**13.169**	**17.684**	**13.108**	**11.923**	**12.922**

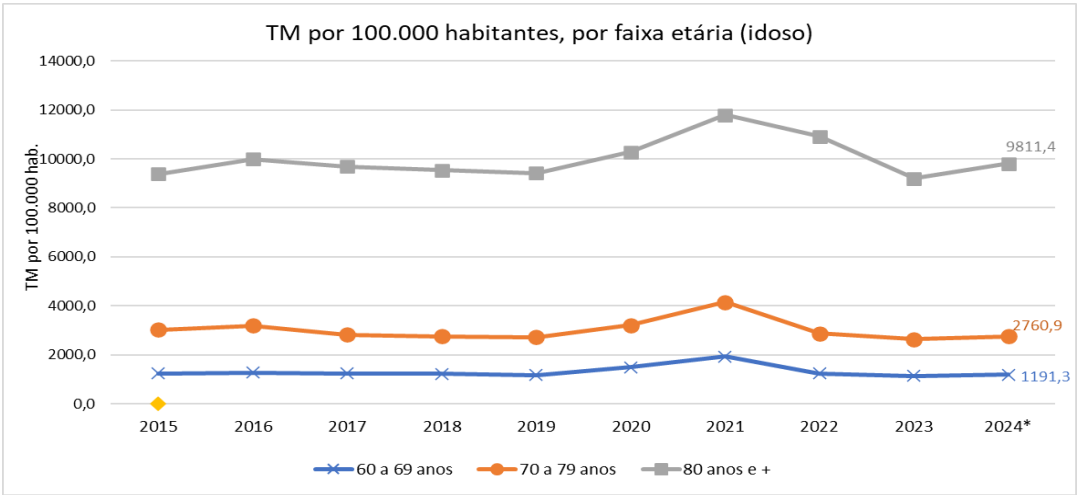
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). *2024 dados preliminares.
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados de 05/03/2025.
Nota: 56 óbitos com faixa etária ignorada.

Ao analisarmos a série de TM por faixa etária, separada por criança/adolescente, adulto e idoso, percebe-se que esta é mais elevada quanto mais avançada é a idade. A série histórica de 2015 a 2024 mostra redução desse indicador em todas as faixas etárias até o ano 2019. Mudança importante nesta tendência ocorreu no ano de 2020 quando a TM volta a elevar-se em todas as faixas acima de 20 anos, reflexo da pandemia da covid-19. Os maiores aumentos proporcionais da TM ocorreram na população entre 50 e 59 anos (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Série histórica da Taxa de Mortalidade segundo faixa etária, por 100.000 habitantes, de residentes em Curitiba, 2015 a 2024*.







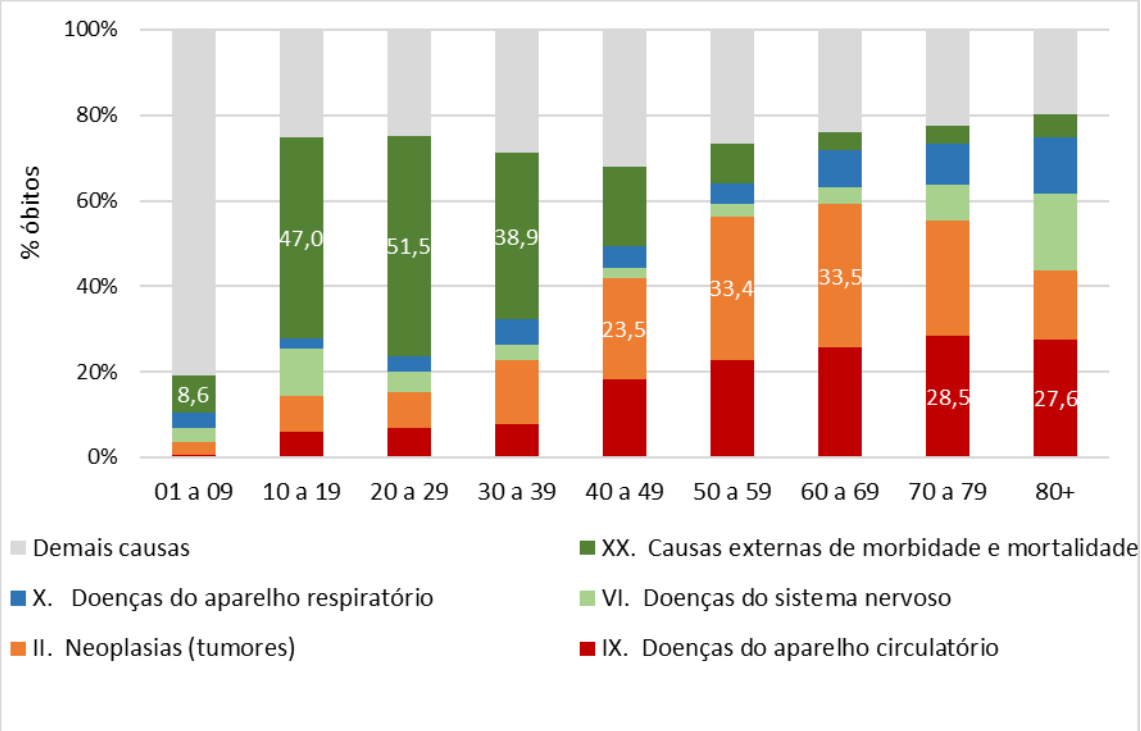
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). *2024 dados preliminares.

População: Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2015-2024/Brasil. Realização: CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde.

Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados obtidos em 05/03/2025.

Quanto às causas externas de mortalidade (acidentes e violências), essas aparecem como as principais protagonistas de morte nas faixas de 1 a 39 anos, as neoplasias dos 40 aos 69 anos e, a partir dos 70 anos, as doenças do aparelho circulatório, conforme demonstra o Gráfico 13.

Gráfico 13 – Mortalidade proporcional pelas principais causas de óbito (Capítulo da CID-10), por faixa etária, de residentes em Curitiba, 2024*.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). *2024 dados preliminares.
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados de 05/03/2025.
Nota: 2 óbitos causa básica não classificada, na dependência de qualificação de banco preliminar.

Na análise da TM por sexo, observa-se que, tanto entre homens quanto entre mulheres, as maiores taxas de óbito foram associadas à doenças do aparelho circulatório e neoplasias (Tabela 13).

Nos homens, o risco de morte por doenças do aparelho circulatório é 20% maior que nas mulheres: TM de 191,0 óbitos para cada 100.000 habitantes do sexo masculino, em comparação com 162,3 óbitos para cada 100.000 habitantes do sexo feminino (Tabela 13).

As causas externas (acidentes e violências) representam motivo significativo de mortalidade entre os homens, com 87,4 óbitos por 100.000 habitantes: para cada 2,5 óbitos masculinos ocorre 1 óbito feminino neste grupo de causa (Tabela 13).

Tabela 13 – Taxas de mortalidade (por 100.000 habitantes), pelos principais grupos de causa, segundo sexo. Curitiba, 2024*.

Causa (Cap - CID10)	Masculino		Feminino		Razão taxas
	N	TM	N	TM	M/F
Doenças do aparelho circulatório	*1.654*	*191,0*	*1.563*	*162,3*	*1,2*
Neoplasias (tumores)	*1.511*	*174,5*	*1.498*	*155,5*	*1,1*
Doenças do sistema nervoso	*498*	*57,5*	*786*	*81,6*	*0,7*
Doenças do aparelho respiratório	*537*	*62,0*	*712*	*73,9*	*0,8*
Causas externas de morbidade e mortalidade	*757*	*87,4*	*342*	*35,5*	*2,5*
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	*340*	*39,3*	*422*	*43,8*	*0,9*
Total	*5.297*	*611,7*	*5.323*	*552,6*	*1,1*

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). *2024 dados preliminares.
População: Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2015-2024/Brasil. Realização: CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados obtidos em 05/03/2025.
Nota: 7 óbitos com sexo ignorado, 2 óbitos causa básica não classificada, na dependência de qualificação de banco preliminar.

A distribuição dos óbitos conforme distrito sanitário (DS) de residência, apresentada na Tabela 14, aponta a maior parte dos óbitos de residentes nos Distritos do Boa Vista, Matriz, Cajuru, Boqueirão e Portão, que juntos representam 62,4% dos óbitos no período de 2015 a 2024.

Essa distribuição sofre influência do contingente populacional, bem como do perfil da estrutura etária de cada regional.

Tabela 14 – Distribuição do número de óbitos gerais, por Distrito Sanitário de residência. Curitiba, 2015 a 2024*.

Distrito Sanitário	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total 2015 a 2024*	
											n	%
Bairro Novo	*657*	*767*	*747*	*801*	*741*	*908*	*1.287*	*893*	*816*	*877*	*8.494*	*6,9*
Boa Vista	*1.543*	*1.681*	*1.674*	*1.762*	*1.680*	*2.016*	*2.597*	*1.705*	*1.595*	*1.725*	*17.978*	*14,6*
Boqueirão	*1.278*	*1.226*	*1.175*	*1.099*	*1.210*	*1.493*	*1.978*	*1.534*	*1.341*	*1.527*	*13.861*	*11,3*

Distrito Sanitário	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total 2015 a 2024*	
											n	%
Cajuru	*1.213*	*1.404*	*1.228*	*1.256*	*1.352*	*1.699*	*2.252*	*1.566*	*1.411*	*1.590*	*14.971*	*12,2*
CIC	*833*	*894*	*877*	*937*	*933*	*1.115*	*1.625*	*1.082*	*1.083*	*1.129*	*10.508*	*8,5*
Matriz	*1.477*	*1.618*	*1.569*	*1.551*	*1.496*	*1.685*	*2.216*	*1.818*	*1.652*	*1.657*	*16.739*	*13,6*
Pinheirinho	*835*	*971*	*959*	*937*	*875*	*1.070*	*1.541*	*1.117*	*1.030*	*1.099*	*10.434*	*8,5*
Portão	*1.337*	*1.080*	*1.073*	*1.146*	*1.220*	*1.430*	*1.865*	*1.404*	*1.263*	*1.356*	*13.174*	*10,7*
Santa Felicidade	*1.001*	*943*	*960*	*934*	*962*	*1.113*	*1.546*	*1.472*	*1.159*	*1.287*	*11.377*	*9,2*
*Tatuquara***	*2*	*401*	*400*	*385*	*418*	*463*	*581*	*420*	*450*	*532*	*4.052*	*3,3*
Ignorado	*251*	*159*	*66*	*95*	*107*	*177*	*196*	*97*	*123*	*143*	*1.414*	*1,1*
Total	*10.427*	*11.144*	*10.728*	*10.903*	*10.994*	*13.169*	*17.684*	*13.108*	*11.923*	*12.922*	*123.002*	*100,0*

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). *2024 dados preliminares.
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados de 05/03/2025.
** DistritoTatuquara criado em 2016.

8.6 MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – DCNT

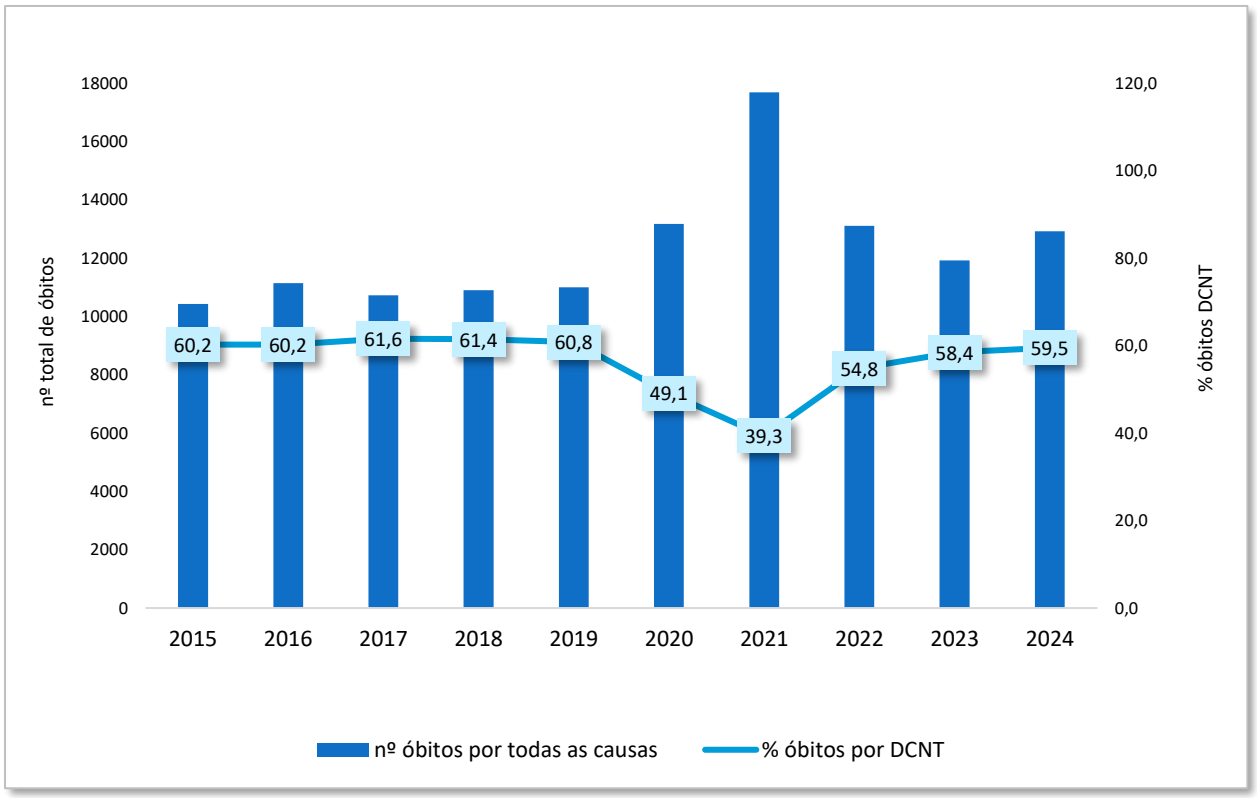
As doenças crônicas não transmissíveis - DCNT englobam as doenças do aparelho circulatório, as respiratórias crônicas, diabetes e neoplasias. São responsáveis por 74% das mortes globais (OMS, 2024) e, quando não levam a óbito, ocasionam limitações e diminuição da qualidade de vida. No Brasil, as DCNT respondem por 55% das causas de morte e, como o grupo de doenças de maior magnitude no país, atingem especialmente as populações mais vulneráveis, como aquelas de baixa renda e escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Foi lançado em 2021 pelo Ministério da Saúde o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DANT (2021-2030), que estabelece ações e metas voltadas para a prevenção e controle das DCNT, seus fatores de risco, assim como dos acidentes e violências, especialmente da mortalidade prematura, considerada aquela ocorrida entre 30 a 69 anos.

Em Curitiba, as quatro principais DCNT foram responsáveis por cerca de 55,5% dos óbitos totais de residentes na cidade entre 2015 a 2024, exceto durante a pandemia da covid-19, na qual esta proporção reduziu, por consequência da ocorrência expressiva de óbitos

pela covid-19. (Gráfico 21). Nos anos de 2023 e 2024 ocorreram em média 7.326 óbitos por DCNT, sendo 6.967 e 7.685, respectivamente (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Mortalidade proporcional pelas 4 principais DCNT em relação ao número total de óbitos. Residentes em Curitiba, 2015-2024*.

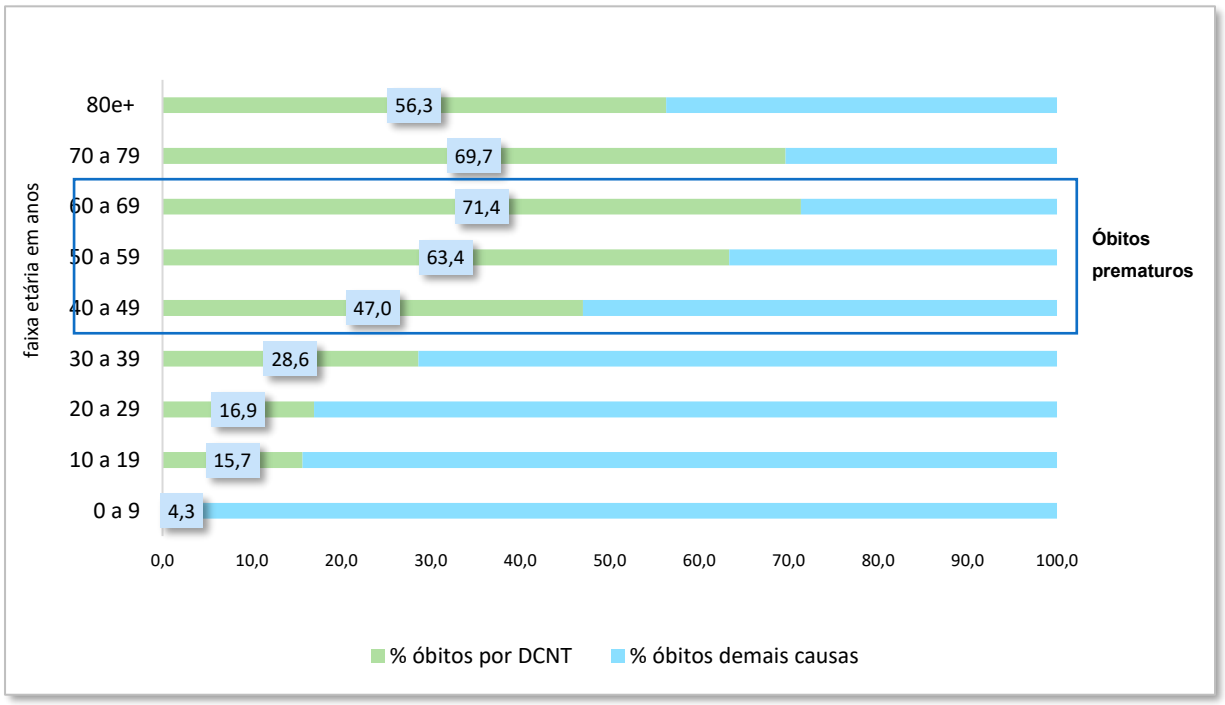


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - SMS Curitiba. * 2024 dados preliminares, extraídos em 14/03/2025.Elaborado por: Coordenação de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis-DANT /Centro de Epidemiologia.

As DCNT vitimizam pessoas de todas as faixas etárias, como demonstrado nos gráficos 15 e 16, afetando principalmente a população acima de 30 anos e, com maior impacto nos indivíduos acima de 60 anos.

Ressalta-se também a importante magnitude dos óbitos considerados prematuros, ou seja, aqueles ocorridos na população entre 30 a 69 anos, na qual as DCNT se concentram em maior proporção na faixa de 40 a 69 anos. Somente em 2024 as DCNT foram responsáveis por 64,7% dos óbitos prematuros de residentes em Curitiba, totalizando 2.854 mortes nesse ano. (Gráfico 15)

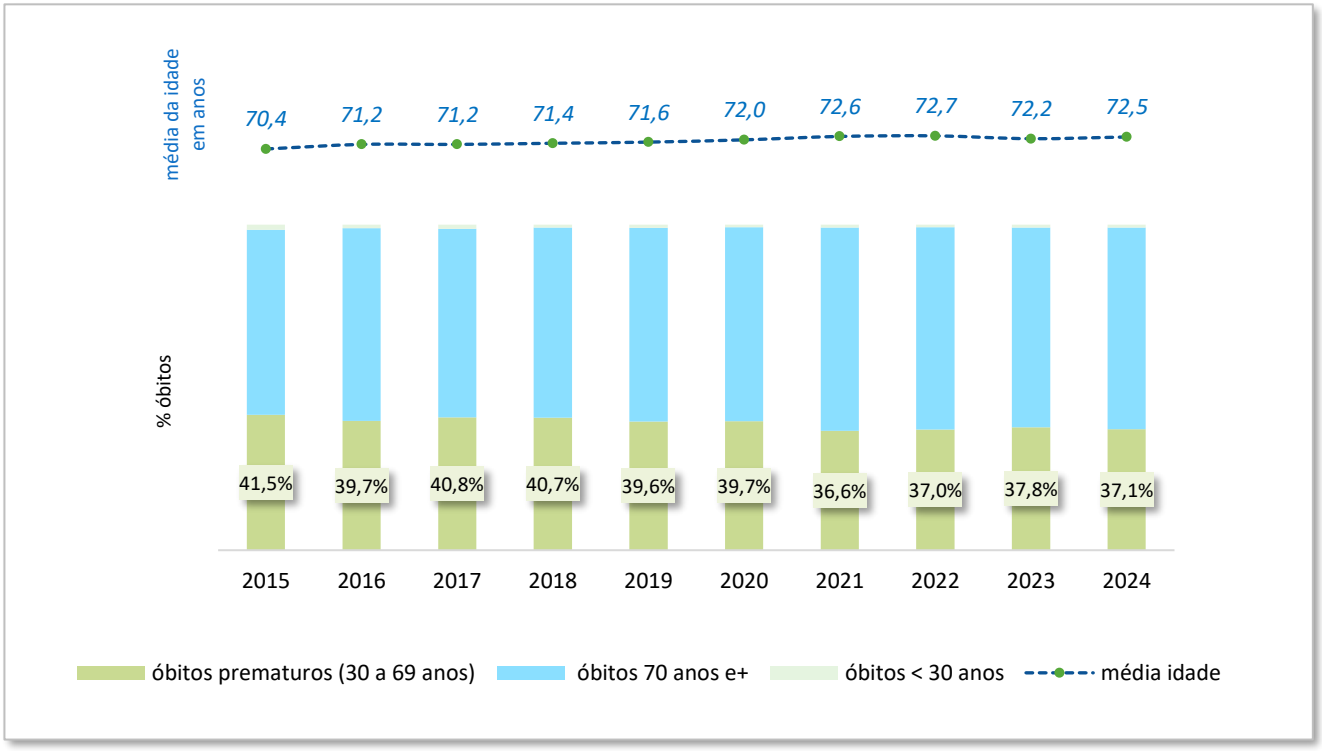
Gráfico 15 – Mortalidade proporcional por DCNT em relação às outras causas, segundo faixa etária. Residentes em Curitiba, 2024*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - SMS Curitiba. * 2024 dados preliminares, extraídos em 14/03/2025. Elaborado por: Coordenação de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis-DANT /Centro de Epidemiologia.

Em outra perspectiva, o gráfico 16 apresenta que, do total de 68.239 óbitos por DCNT nos últimos 10 anos, em média 39% foram de pessoas entre 30 a 69 anos, ou seja, óbitos considerados prematuros. A análise dos últimos 10 anos mostra redução na contribuição dos óbitos prematuros no total de mortes por DCNT ao longo dos anos, pois enquanto em 2015 41,5% destes óbitos ocorreram de 30 a 69 anos, em 2024 foram 37,1% prematuros. O gráfico também apresenta evolução crescente da média de idade das pessoas que foram a óbito por DCNT, indicador este que parte de 70,4 anos em 2015 para 72,5 anos em média no ano de 2024.

Gráfico 16 – Distribuição proporcional da mortalidade por DCNT, segundo faixa etária e média da idade no período. Residentes em Curitiba, 2015-2024*.



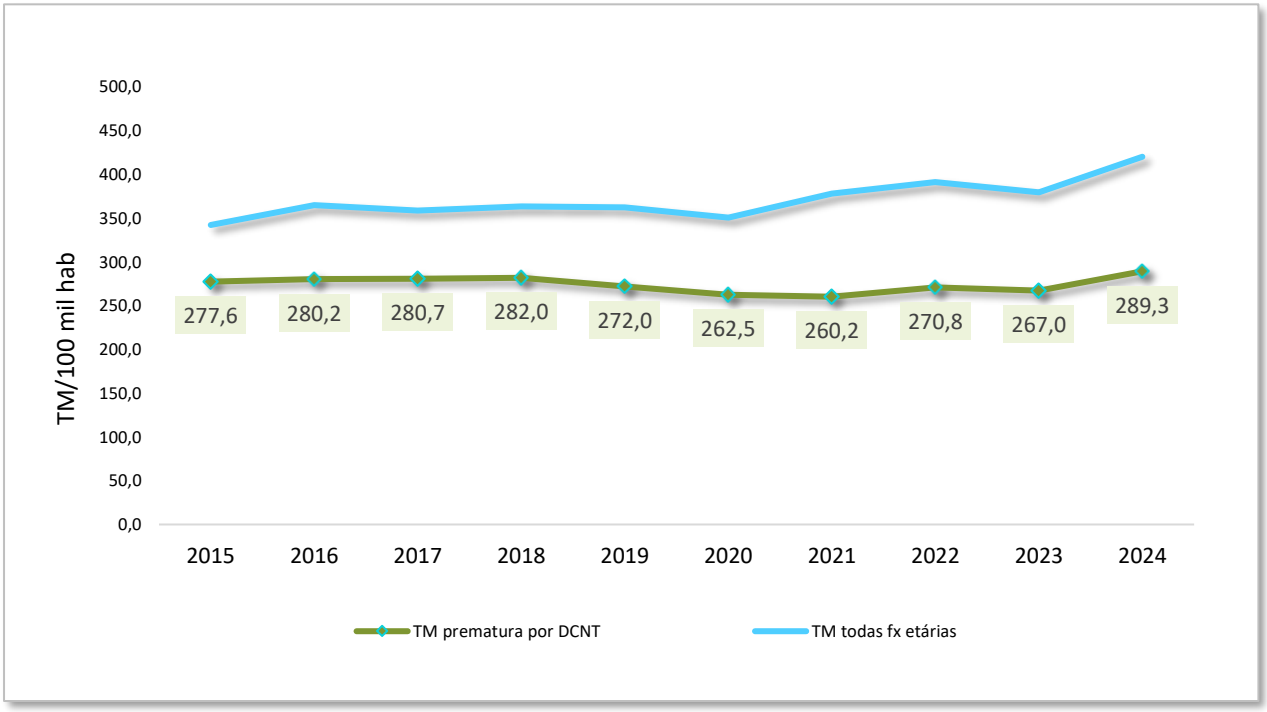
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - SMS Curitiba. * 2024 dados preliminares, extraídos em 14/03/2025. Elaborado por: Coordenação de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis-DANT /Centro de Epidemiologia.

A taxa bruta de mortalidade (TM) pelo conjunto das quatro principais DCNT é um indicador essencial que permite monitorar o impacto das políticas públicas para o controle dessas doenças, bem como para o planejamento de ações de prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco. Este indicador expressa o risco de morrer por essas causas, a cada 100 mil habitantes.

A análise da TM pelas DCNT na população em geral mostra tendência estacionária até 2020, com tendência crescente a partir de então, sendo a elevação mais expressiva em 2024, ano em que atingiu 420 óbitos a cada 100.000 habitantes, a maior da série histórica.

A TM prematura por DCNT também mostrou tendência estacionária até 2019, porém com redução nos anos pandêmicos de 2020 e 2021, e elevação nos anos subsequentes, alcançando seu pico em 2024, com 289,3 óbitos por 100 mil habitantes em Curitiba. Em comparação ao ano anterior, houve aumento 8,3% na TM prematura por DCNT (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Taxa bruta de mortalidade prematura e geral pelas 4 principais DCNT, por 100.000 habitantes. Residentes em Curitiba, 2015-2024*.

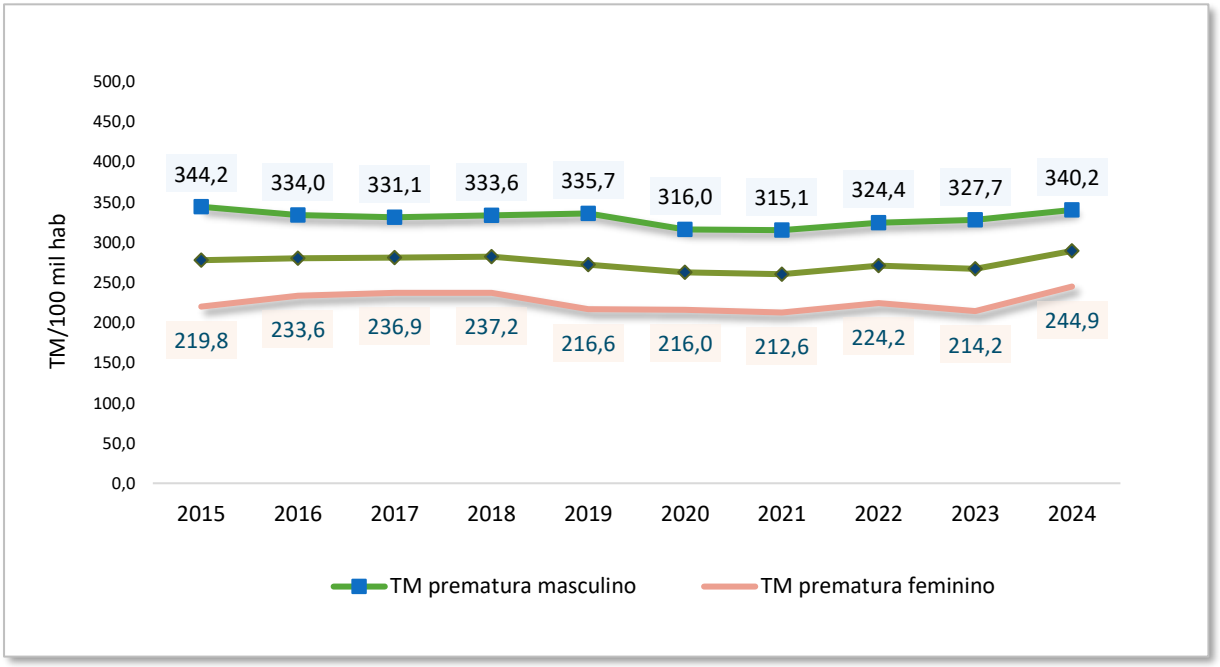


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - SMS Curitiba. * 2024 dados preliminares, extraídos em 14/03/2025. População para cálculo da taxa de mortalidade: Estudos de Estimativas Populacionais 2000-2024/RIPSA e Ministério da Saúde. Análise de tendência realizada por método de séries temporais (regressão de Prais Weinsten). Elaborado por: Coordenação de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis-DANT /Centro de Epidemiologia.

Nota-se no Gráfico 18 que a TM prematura por DCNT manteve-se superior entre os homens em todo o período analisado, sendo em média, nos últimos 10 anos, 47% superior a TM das mulheres. A análise de série temporal mostra que, entre os homens, a TM prematura apresentou tendência decrescente de 2015 a 2021, com tendência crescente a partir de então, alcançando 340,2 óbitos a cada 100 mil homens em 2024.

Por outro lado, entre as mulheres, no período de 2015 a 2018 houve aumento do indicador, enquanto de 2018 a 2021 redução deste. Entretanto a partir de 2021 a TM prematura por DCNT entre as mulheres apresentou aumento, sendo a elevação mais expressiva no último ano da série histórica, pois comparado ao ano de 2023, houve aumento de 14,4%, enquanto entre os homens este indicador aumentou 3,7%. Foi também no ano de 2024 que esta taxa alcançou seu maior patamar entre as mulheres, com 244,9 óbitos prematuros por DCNT a cada 100.000 mulheres (Gráfico 18).

Gráfico 18 – Taxa de mortalidade prematura por DCNT, segundo sexo. Residentes em Curitiba, 2015-2024*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - SMS Curitiba. * 2024 dados preliminares, extraídos em 14/03/2025. População para cálculo da taxa de mortalidade: Estudos de Estimativas Populacionais 2000-2024/RIPSA e Ministério da Saúde. Análise de tendência realizada por método de séries temporais (regressão de Prais Weinsten). Elaborado por: Coordenação de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis-DANT /Centro de Epidemiologia.

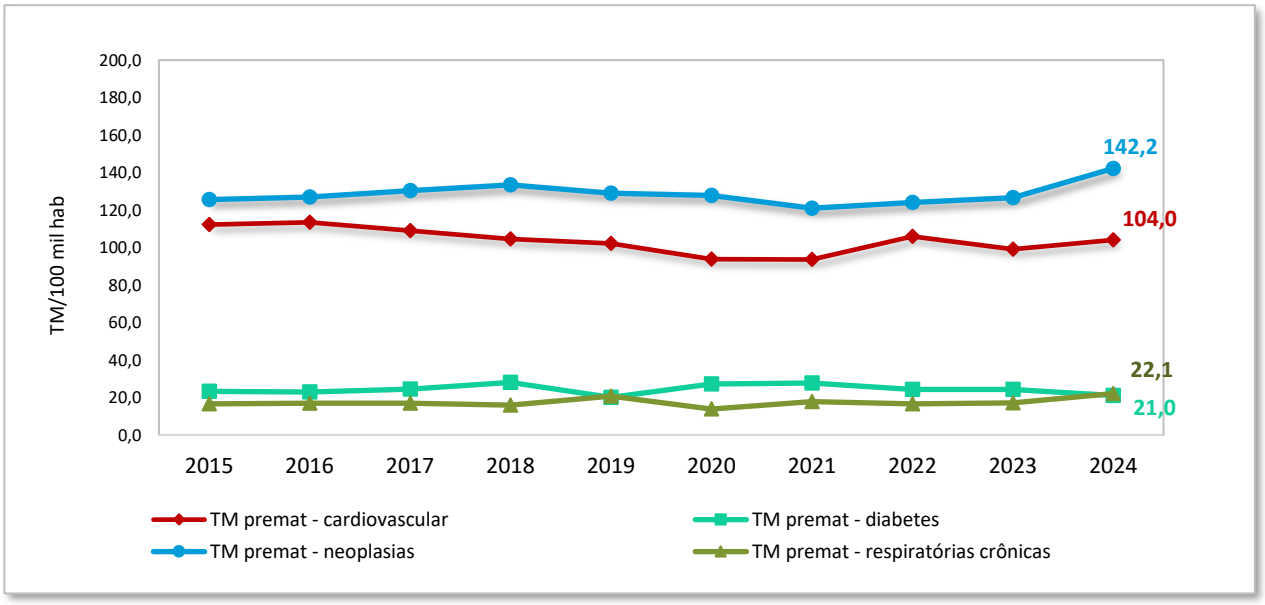
Dentre os grupos de doenças que compõem as DCNT, as que contribuem para o maior contingente de óbitos são as neoplasias e as doenças cardiovasculares, como apresentado no Gráfico 19. A TM prematura por neoplasias mostra tendência estacionária de 2015 a 2021, embora ao analisar exclusivamente o intervalo de 2018 a 2021, observa-se redução deste indicador. A partir de 2021 a taxa retoma tendência de crescimento, alcançando em 2024 seu maior valor da série histórica, com 142,2 óbitos prematuros por neoplasias por 100 mil habitantes. Comparado ao ano anterior, em 2024 este indicador aumentou 12,4%.

A TM por doenças cardiovasculares demonstrou tendência decrescente até 2021, sendo revertida a partir deste ano em tendência estacionária. Em 2024 alcançou a taxa de 104,0, representando aumento de 5,0% em relação ao ano anterior (Gráfico 19).

A TM prematura por diabetes manteve tendência estacionária no período analisado, com variações em torno de 25/100 mil habitantes, com maior valor em 2018 (28/100 mil habitantes). Entretanto, a partir de 2021 observa-se discreta redução, chegando no ano de 2024 a 21/100 mil habitantes, a segunda menor taxa dos últimos 10 anos. A mortalidade

pelas doenças respiratórias crônicas também apresentou tendência estacionária, com elevação pontual em 2019. Em 2024 alcançou a taxa de 22,1, a maior taxa da série histórica, representando aumento de 29,7% comparação ao ano anterior.

Gráfico 19 – Taxa de mortalidade prematura específica pelas 4 principais DCNT. Residentes em Curitiba, 2015-2024*.

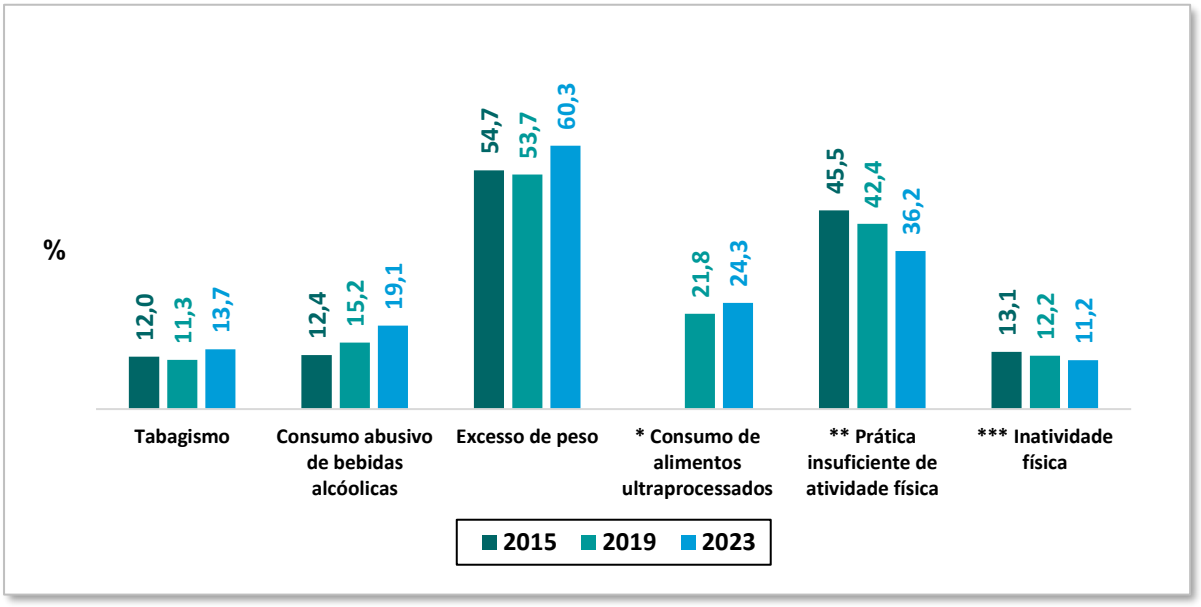


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - SMS Curitiba. * 2024 dados preliminares, extraídos em 14/03/2025. População para cálculo da taxa de mortalidade: Estudos de Estimativas Populacionais 2000-2024/RIPSA e Ministério da Saúde. Análise de tendência realizada por método de séries temporais (regressão de Prais Weinsten). Elaborado por: Coordenação de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis-DANT /Centro de Epidemiologia.

É importante conhecer a situação de saúde da população para planejar ações e programas que visem reduzir a ocorrência e a gravidade de morbimortalidade por DCNT, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população. O Vigitel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) do Ministério da Saúde, pesquisa desde 2006, o comportamento dos principais fatores de risco e proteção para as DCNT da população adulta (18 anos e mais) nas capitais de 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

O Gráfico 20 apresenta resultados de alguns fatores de risco para DCNT da população de indivíduos adultos (18 anos e mais), residente em Curitiba.

Gráfico 20 – Frequência de tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcóolicas, excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m2), consumo de alimentos ultraprocessados, prática insuficiente de atividade física e inatividade física, de indivíduos adultos (18 anos e mais), residentes em Curitiba, em 2015, 2019 e 2023.



Fonte: Ministério da Saúde / Vigitel..Elaborado por: Coordenação de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis-DANT /Centro de Epidemiologia.

* Consumo de alimentos ultraprocessados: a coleta do indicador teve início a partir de 2019.

** Prática insuficiente de atividade física: Indivíduos cuja soma dos minutos dispendidos em atividades físicas no tempo livre, no deslocamento para o trabalho/escola e na atividade ocupacional não alcança o equivalente a pelo menos 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa.

*** Inatividade física: Indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer, nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto/dia, e que não participam da limpeza pesada de suas casas.

O Gráfico 20 demonstra que, com exceção da prática insuficiente de atividade física e a inatividade física, os demais fatores de risco listados, apresentaram aumento de frequência no período analisado (2015 a 2023). Considerando-se especificamente o período pré-pandemia de Covid-19 (2019) com o ano de 2023, houve um aumento de 21,2% para o tabagismo, de 25,7% para o consumo abusivo de bebidas alcóolicas, de 12,3% para o excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) e de 11,5% para o consumo de alimentos ultraprocessados. Para a prática de atividade física, apesar de resultados mais positivos no período, ainda chama a atenção que em 2023, 47,4% da população residente em Curitiba com 18 anos ou mais, a realiza de maneira insuficiente ou não a realiza.

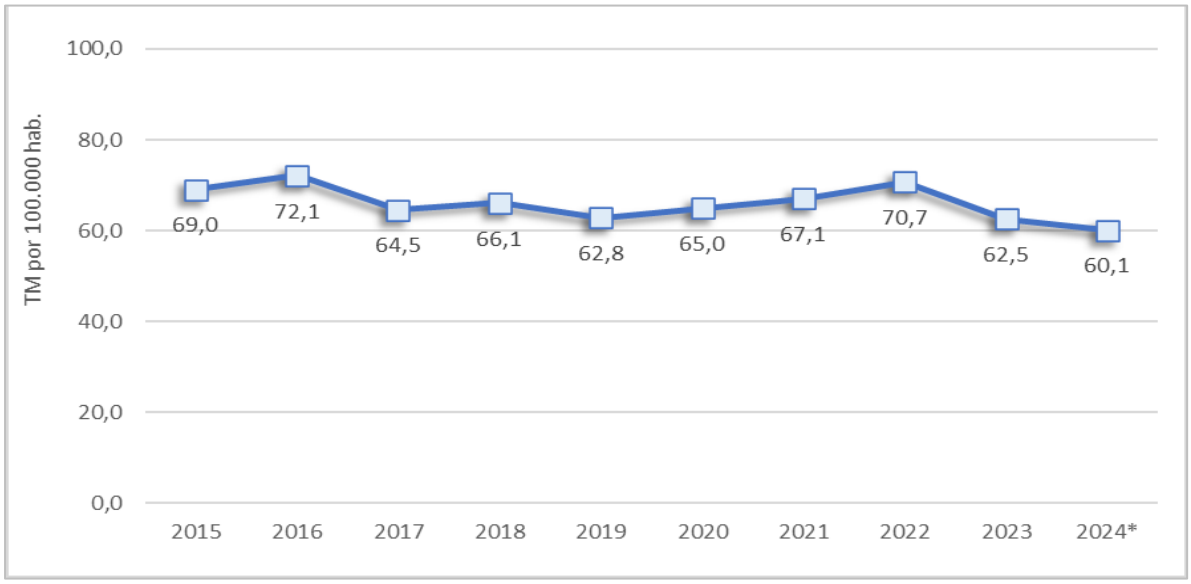
8.7 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

As mortes por causas externas correspondem a uma significativa parcela dos óbitos em muitos países, variando na distribuição quanto à circunstância de morte e à faixa etária acometida.

Em Curitiba, ao longo dos anos, os óbitos por causas externas mantiveram-se em terceiro lugar entre os principais grupos de causa. Em 2020 e 2021 passaram a ocupar a quarta posição pela ocorrência da pandemia da covid-19, voltando à terceira posição no período pós-pandêmico. Como os dados SIM 2024 ainda são preliminares, alterações quanto à causa básica da morte após finalização de investigações epidemiológicas poderão ocorrer e essa posição pode ser alterada (Gráfico 21).

Vê-se ao longo dos anos redução na taxa de mortalidade por causas externas, que passou de 69 mortes a cada 100 mil habitantes em 2015 para 60,1 em 2024, representando uma redução de 13,0% (Gráfico 21).

Gráfico 21 – Taxa de Mortalidade por causas externas, residentes em Curitiba – 2015 a 2024*.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). *2024 dados preliminares.
População: Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2015-2024/Brasil. Realização: CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde.
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados obtidos em 05/03/2025.

A mortalidade por causas externas está subdividida entre acidentes e violências. Dentre os acidentes destacam-se os acidentes de transporte e quedas; nas violências, o

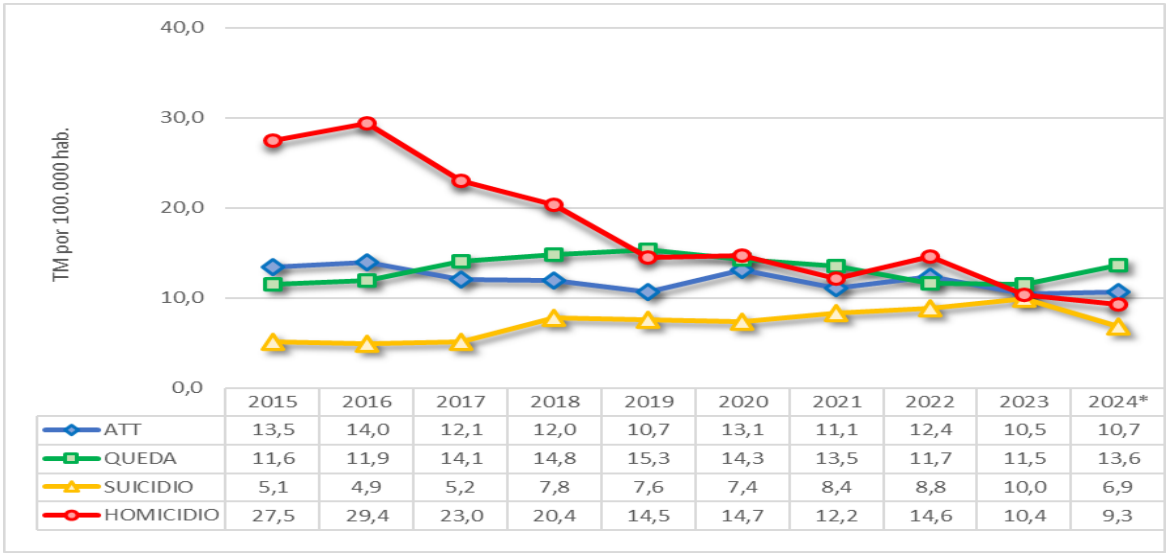
homicídio e o suicídio. Além dessas, ainda estão incluidas na classificação como causa externa as intervenções legais, outros tipos de acidentes e causas onde não houve possibilidade de identificar a intenção ou circunstância.

No Brasil, essa distribuição mostra predominância dos homicídios seguidos dos óbitos por acidentes de transporte. Em Curitiba (Gráfico 22), historicamente o homicídio era a categoria que ocupava a primeira posicão, com importante queda na taxa de mortalidade nos últimos anos: redução de 66,2% em 2024 em relação ao ano de 2015 (27,5 mortes para cada 100 mil habitantes em 2015 e 9,3 em 2024). Foram excluídas desta taxa as intervenções legais que internacionalmente são classificadas em outra categoria: essa taxa em 2024 foi de 2,8 óbitos para cada 100 mil habitantes, conforme dados do SIM.

A partir de 2017 evidencia-se incremento discreto nas TM relacionadas às quedas e aos suicídios, fazendo que em 2023 houvesse uma inversão entre as principais categorias com a queda assumindo a primeira colocação, seguida dos acidentes de transporte. É importante ressaltar que os eventos de trânsito não representam a totalidade desta categoria, mas sim estão incluídos nela (Gráfico 22).

A taxa de mortalidade por suicídio mantém-se na quarta posição nesta série histórica apresentando tendência crescente, atingindo sua maior taxa em 2023 (10 óbitos por 100.000 habitantes).

Gráfico 22 – Taxa de Mortalidade das principais causas externas, segundo tipo de circunstância de morte, residentes em Curitiba – 2015 a 2024*.

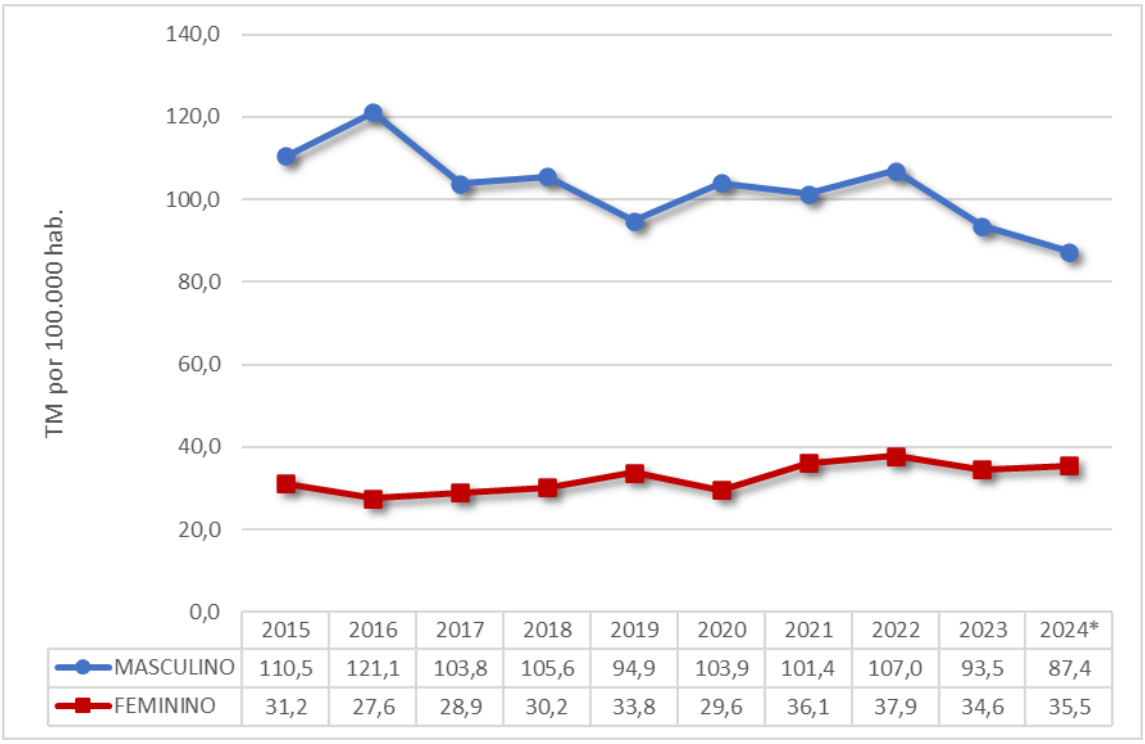


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
ATT	13,5	14,0	12,1	12,0	10,7	13,1	11,1	12,4	10,5	10,7
QUEDA	11,6	11,9	14,1	14,8	15,3	14,3	13,5	11,7	11,5	13,6
SUICIDIO	5,1	4,9	5,2	7,8	7,6	7,4	8,4	8,8	10,0	6,9
HOMICIDIO	27,5	29,4	23,0	20,4	14,5	14,7	12,2	14,6	10,4	9,3

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). *2024 dados preliminares.
População: Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2015-2024/Brasil. Realização: CGI DemoGRÁFICO/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde.
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados obtidos em 05/03/2025.

Na análise dos óbitos por sexo, percebe-se redução contínua da TM por causas externas no sexo masculino desde 2015 (Gráfico 23).

Gráfico 23 – Taxa de Mortalidade por Causas Externas segundo sexo, residentes em Curitiba – 2015 a 2024*.

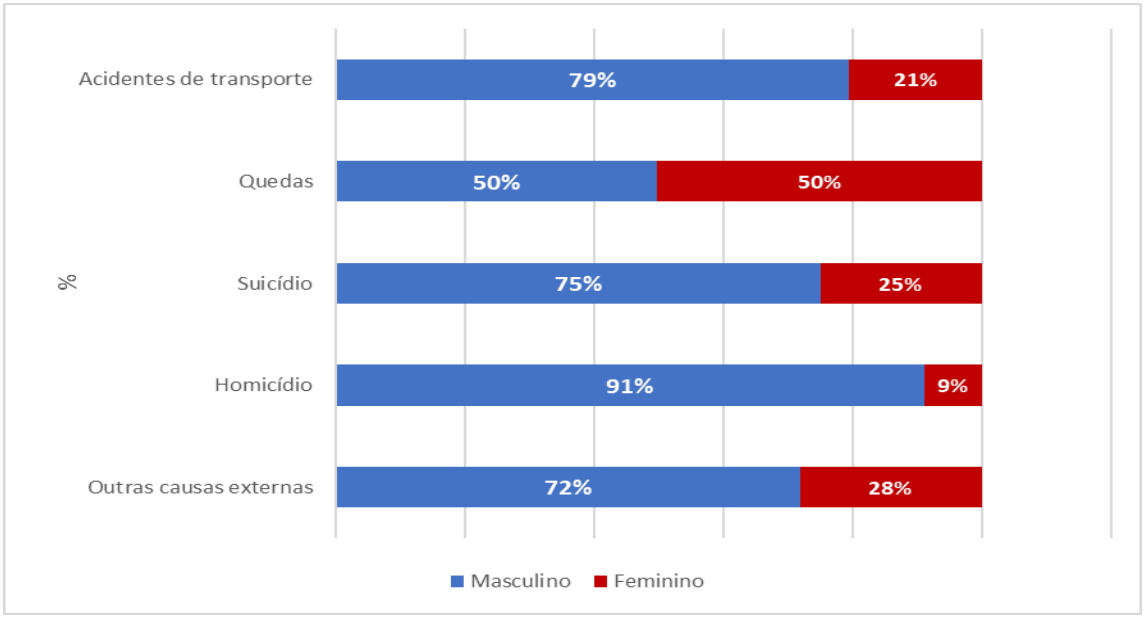


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
MASCULINO	110,5	121,1	103,8	105,6	94,9	103,9	101,4	107,0	93,5	87,4
FEMININO	31,2	27,6	28,9	30,2	33,8	29,6	36,1	37,9	34,6	35,5

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
População: Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2015-2024/Brasil. Realização: CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde.
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados obtidos em 05/03/2025.

A distribuição percentual de óbitos por causa externa, segundo sexo e circunstância da morte, aponta a maior representatividade dos óbitos, nas principais categorias, concentra-se no sexo masculino - 91% dos homicídios, 79% dos acidentes de transporte e 75% dos suicídios. Já entre as quedas, a representatividade é equilibrada entre homens e mulheres em 50% (Gráfico 24).

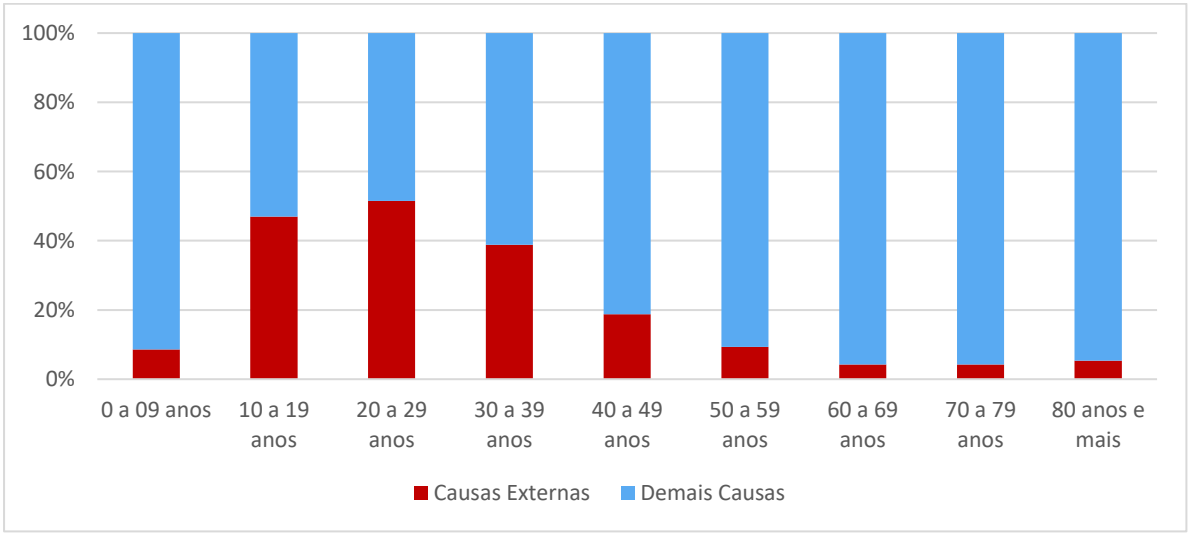
Gráfico 24 – Proporção de óbitos por Causas Externas, segundo sexo e circunstância de morte, residentes em Curitiba, 2015 a 2024*.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados obtidos em 05/03/2025.

No Gráfico 25 é possível identificar que as faixas etárias de 10 a 39 anos concentram a maior proporção de óbitos por causas externas, representando 70% dos óbitos ocorridos em 2024, quando comparados com as demais causas de morte.

Gráfico 25 – Proporção de óbitos por causas externas em relação a outras causas (Capítulo da CID-10), segundo faixa etária, residentes em Curitiba, 2024*.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba, dados obtidos em 05/03/2025.

O estudo da mortalidade por causas externas revela à gestão a magnitude de um problema que acomete especialmente um estrato mais jovem de uma população em idade plenamente produtiva, acarretando, além da diminuição na expectiva de vida, custos individuais, sociais e econômicos.

As mortes por essas causas devem ser analisadas levando-se em conta determinantes como circunstância, sexo e faixa etária, permitindo dessa forma subdsidiar a elaboração de estratégias conjuntas entre os setores ligados direta ou indiretamente a este problema, com objetivo de fortalecimento das ações de enfrentamento e definição de prioridades de intervenção.

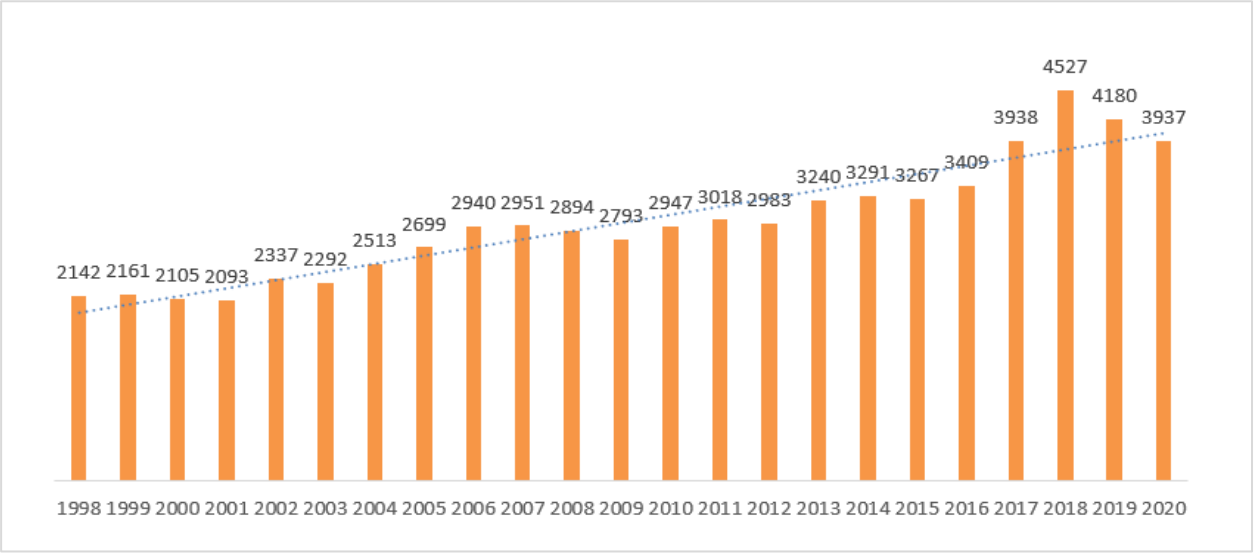
8.8 INCIDÊNCIA DE NEOPLASIAS

O Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Curitiba foi implantado no Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde em 1997 com o início da coleta de casos em 1998. O objetivo do sistema Registro de Câncer de Base Populacional, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Câncer, é cadastrar, armazenar, processar e padronizar os casos com diagnóstico de câncer e o óbito por câncer.

O processo de coleta dos casos se dá por busca ativa e passiva. Na maioria das Fontes de Notificação a coleta é ativa, isto é, realizada no local de atendimento (Fonte de Notificação) por uma Registradora de Câncer. Atualmente são 73 Fontes de Notificação dentre Hospitais, Laboratórios, Clínicas de quimioterapia e radioterapia e demais locais pelos quais o indivíduo com câncer possa passar. A coleta passiva se dá nos casos dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) que são importados através do Tabulador RHC/INCA e incorporados ao Registro de Câncer de Base Populacional.

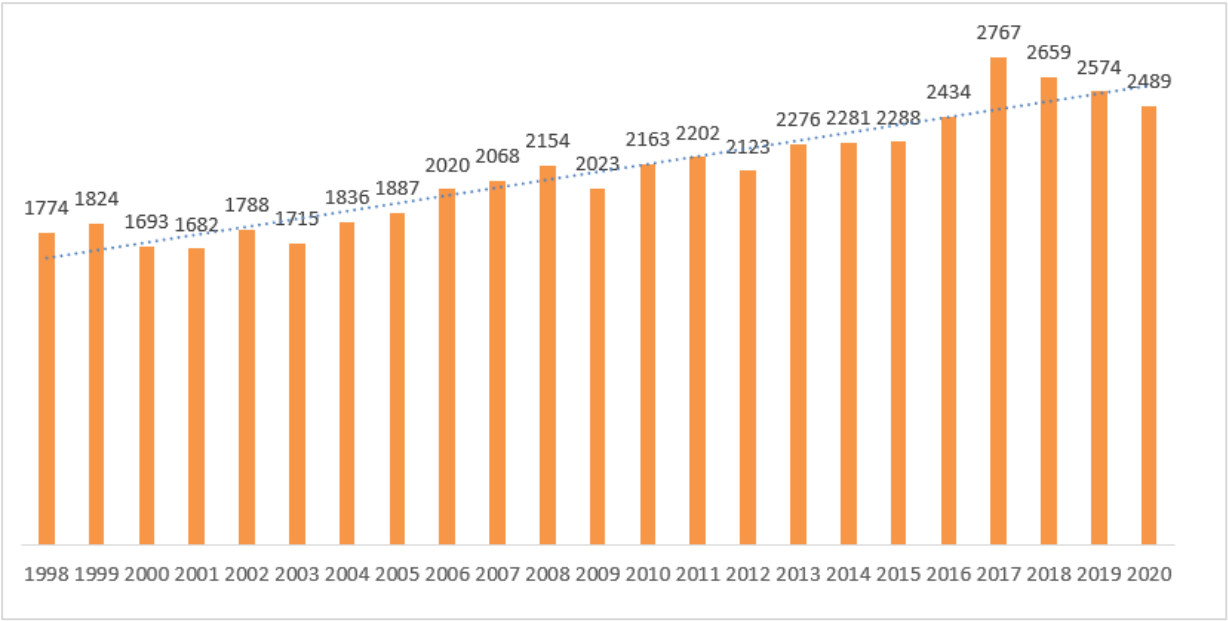
O banco do Registro de Câncer é dinâmico e é realizado de forma retroativa o que acarreta defasagem entre o ano consolidado e o ano atual. Segundo o INCA, a defasagem esperada para os Registros Hospitalares é de 2 anos entre o ano consolidado e o ano calendário e de 5 anos para os Registros de Base Populacional.

Gráfico 26 – Total de casos novos anuais de Curitiba, no período de 1998 a 2020, Feminino.



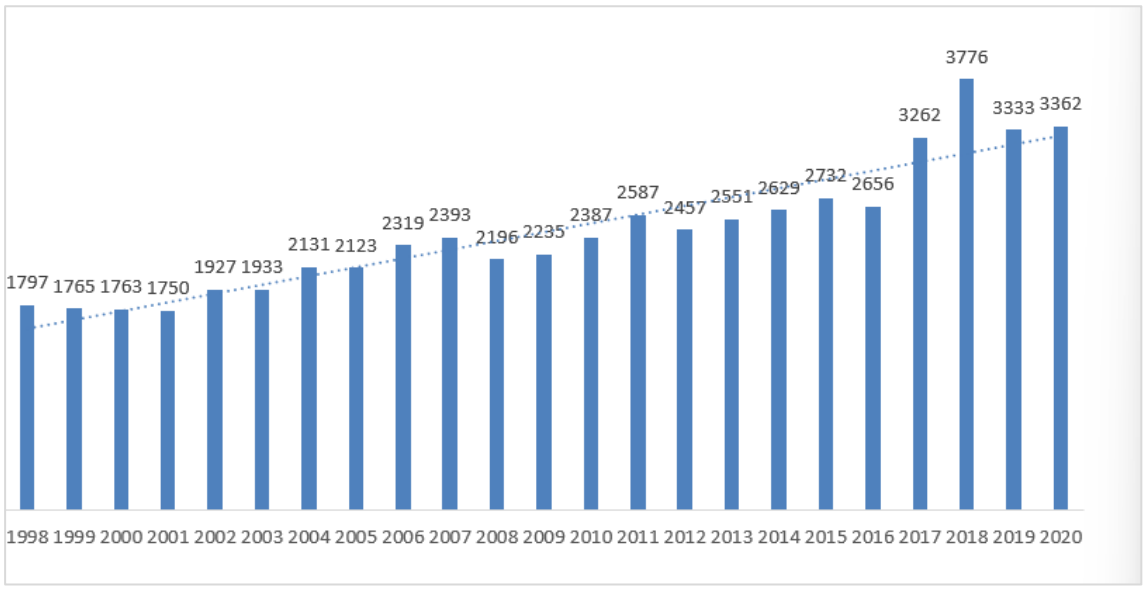
Fonte: RCBP/Curitiba.

Gráfico 27 – Total de casos novos anuais de Curitiba, exceto tumores de pele não melanoma e tumores “in situ”, no período de 1998 a 2020, Feminino.



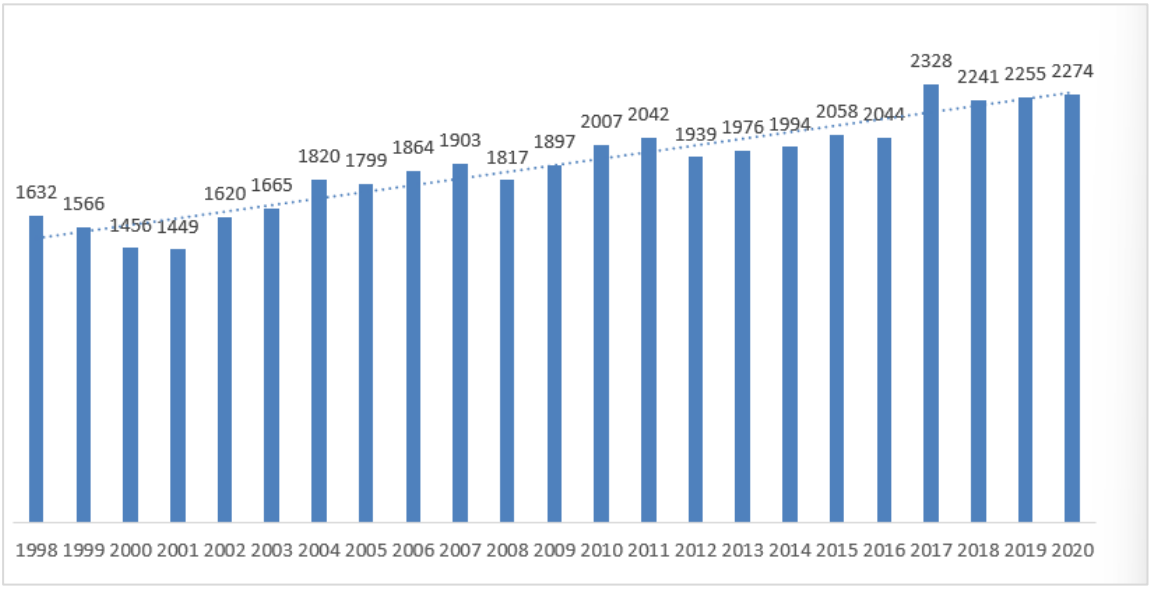
Fonte: RCBP/Curitiba.

Gráfico 28 – Total de casos novos anuais de Curitiba, no período de 1998 a 2020, Masculino.



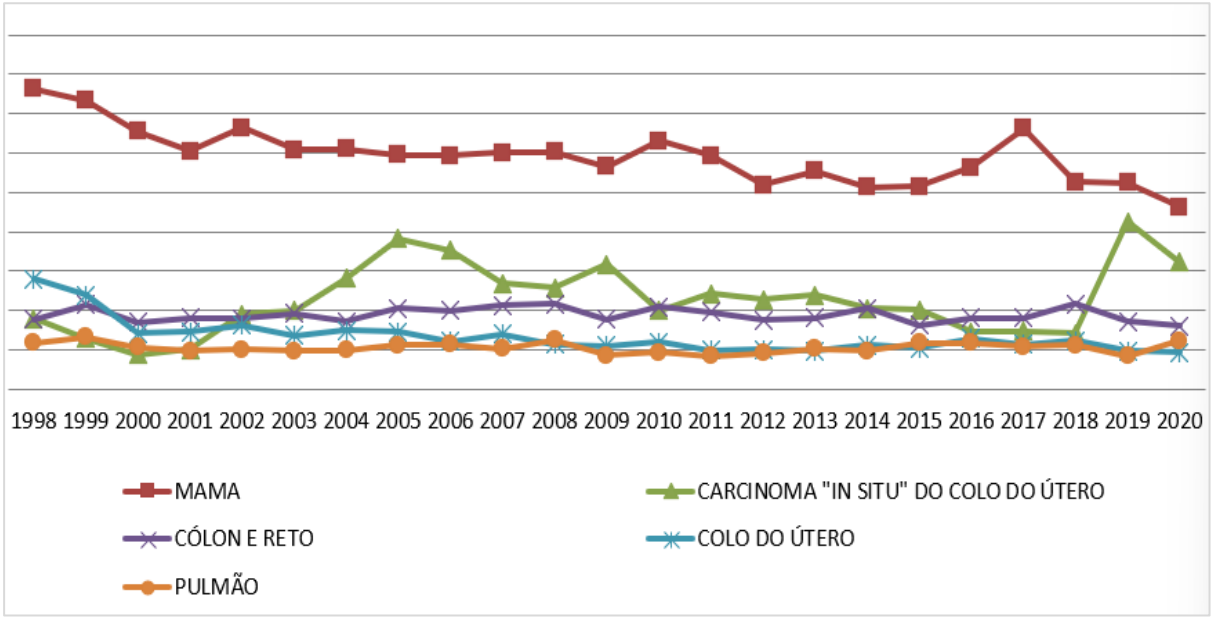
Fonte: RCBP/Curitiba.

Gráfico 29 – Total de casos novos anuais de Curitiba, exceto tumores de pele não melanoma e tumores “in situ”, no período de 1998 a 2020, Masculino.



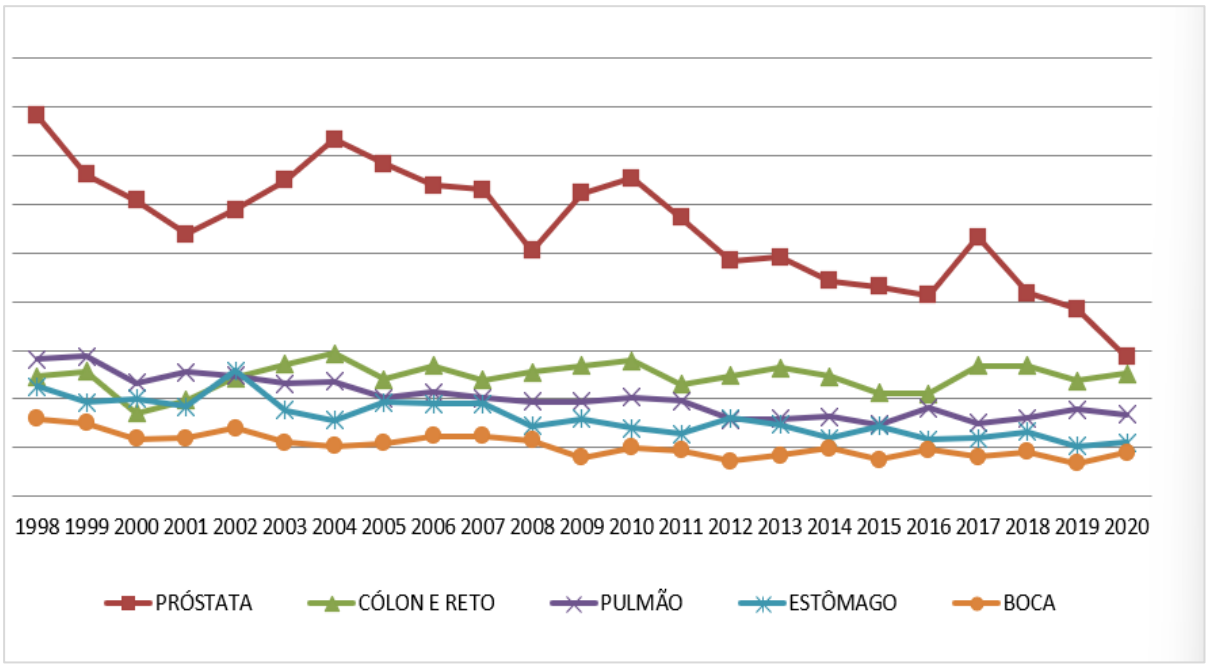
Fonte: RCBP/Curitiba.

Gráfico 30 – Taxas de incidência para as 5 principais localizações, ajustadas por idade, por 100 mil mulheres, no período de 1998 a 2020 em Curitiba.



Fonte: RCBP/Curitiba.

Gráfico 31 – Taxas de incidência para as 5 principais localizações, ajustadas por idade, por 100 mil homens, no período de 1998 a 2020 em Curitiba.



Fonte: RCBP/Curitiba.

A partir de 2018 alguns Registros Hospitalares de Câncer que são Fonte importante de Notificação para o Registro de Base Populacional de Curitiba, não consolidaram seus

bancos; e estamos aguardando para incluir estes casos à medida que forem disponibilizados. Também devemos considerar a Pandemia de COVID-19 como um fator de provável diminuição de diagnósticos a partir de 2019 e em 2020.

Portanto devemos ter cautela em considerar uma queda na incidência neste período, pois pode estar relacionada a baixa cobertura e à subnotificação.

8.9 VIDA NO TRÂNSITO

Os sinistros de trânsito configuram uma das principais causas de morte em todo o mundo, representando um desafio crítico para a saúde pública. O Relatório Mundial sobre a Situação da Segurança Viária da OMS (2023) revela que, a cada ano, aproximadamente 1,19 milhão de pessoas perdem suas vidas em decorrência desses eventos. Em 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas lançou a Década de Ação pela Segurança no Trânsito (2011-2020), uma iniciativa global com o objetivo de salvar milhões de vidas. O governo brasileiro, comprometido com essa causa, implementou o projeto Vida no Trânsito, que teve início em cinco cidades piloto: Campo Grande, Curitiba, Palmas, Teresina e Tocantins.

Em Curitiba, a gestão do Programa Vida no Trânsito é municipal e a coordenação é da Secretaria Municipal de Defesa Social e Trânsito – SMDT, através da Superintendência de Trânsito, na qualidade de Entidade Executiva de Trânsito do Município, com o apoio técnico da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Constituído atualmente de cinco comitês temáticos (Educação, Fiscalização, Engenharia, Comunicação Social e Coleta de dados, Análise e Gestão de Informação), o Comitê de Coleta de Dados, Análise e Gestão da Informação do (PVT) de Curitiba, está sob responsabilidade e coordenação da Secretaria Municipal da Saúde e conta com a participação e colaboração das entidades que realizaram o atendimento ao evento e à vítima de sinistros de trânsito no município (Secretaria Municipal de Defesa Social e Trânsito – SMDT, Secretaria Estadual da Saúde – SESA/PR, Departamento de Trânsito do Paraná- DETRAN/PR, Batalhão de Polícia de Trânsito – BPTRAN, Batalhão de Polícia Rodoviária Estadual – BPRv, Polícia Rodoviária Federal – PRF, Corpo de Bombeiros – SIATE, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Instituto de Criminalística – IC, Instituto Médico Legal – IML, Delegacia de Delitos de Trânsito – DEDETRAN e Conselho Estadual de Trânsito do Paraná – CETRAN).

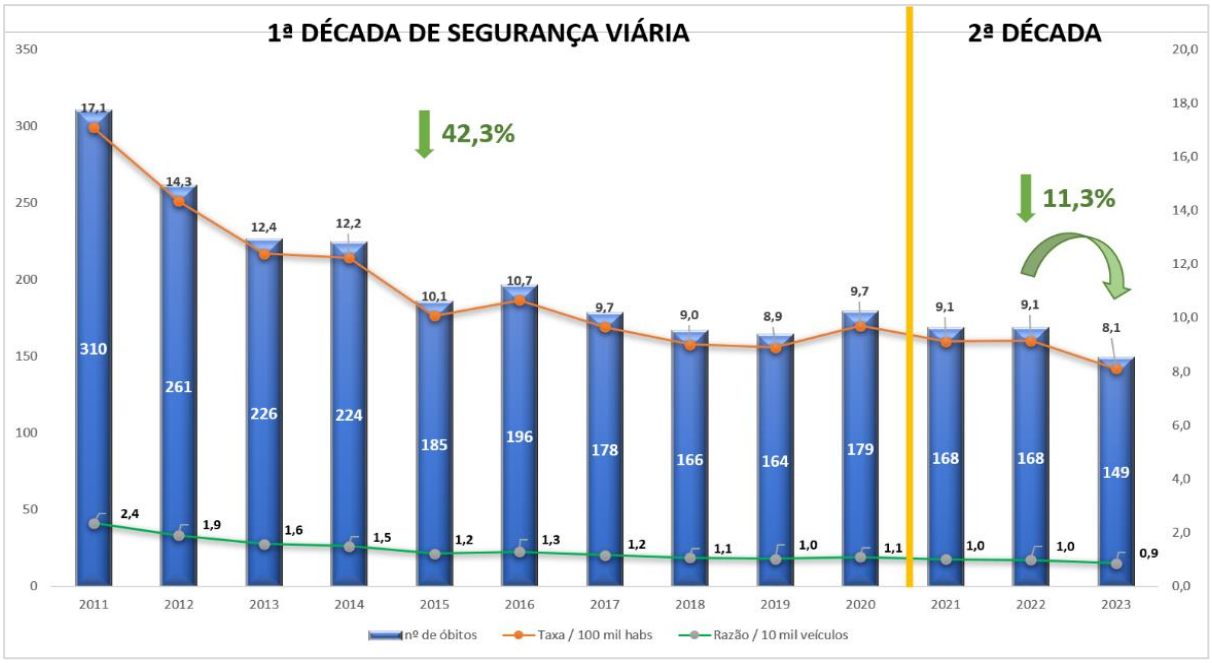
Este programa constitui uma ação interministerial coordenada pelo Ministério da Saúde e objetiva o fortalecimento de políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito por meio da qualificação das informações, planejamento, monitoramento e avaliação de

intervenções voltadas prioritariamente a identificar os fatores de risco e condutas que colaboraram para a ocorrência de acidentes de trânsito.

Na primeira década do Programa Vida no Trânsito (PVT) em Curitiba (2011-2020), registrou-se uma redução de 42,3% no número de mortes em acidentes de trânsito. Essa tendência de queda também foi observada no início da segunda década do programa (2021-2030), especificamente entre 2021 e 2023, quando houve uma diminuição de 11,3% no número de vítimas fatais em sinistros de trânsito na cidade.

Desde 2017, a taxa de mortalidade do PVT na segunda década permanece abaixo de 10 óbitos por 100 mil habitantes. Em 2023, a taxa foi de 8,1%, o que representa uma redução de 11,1% no risco de morte no trânsito da capital, conforme dados levantados pelo Programa Vida no Trânsito (Gráfico 32).

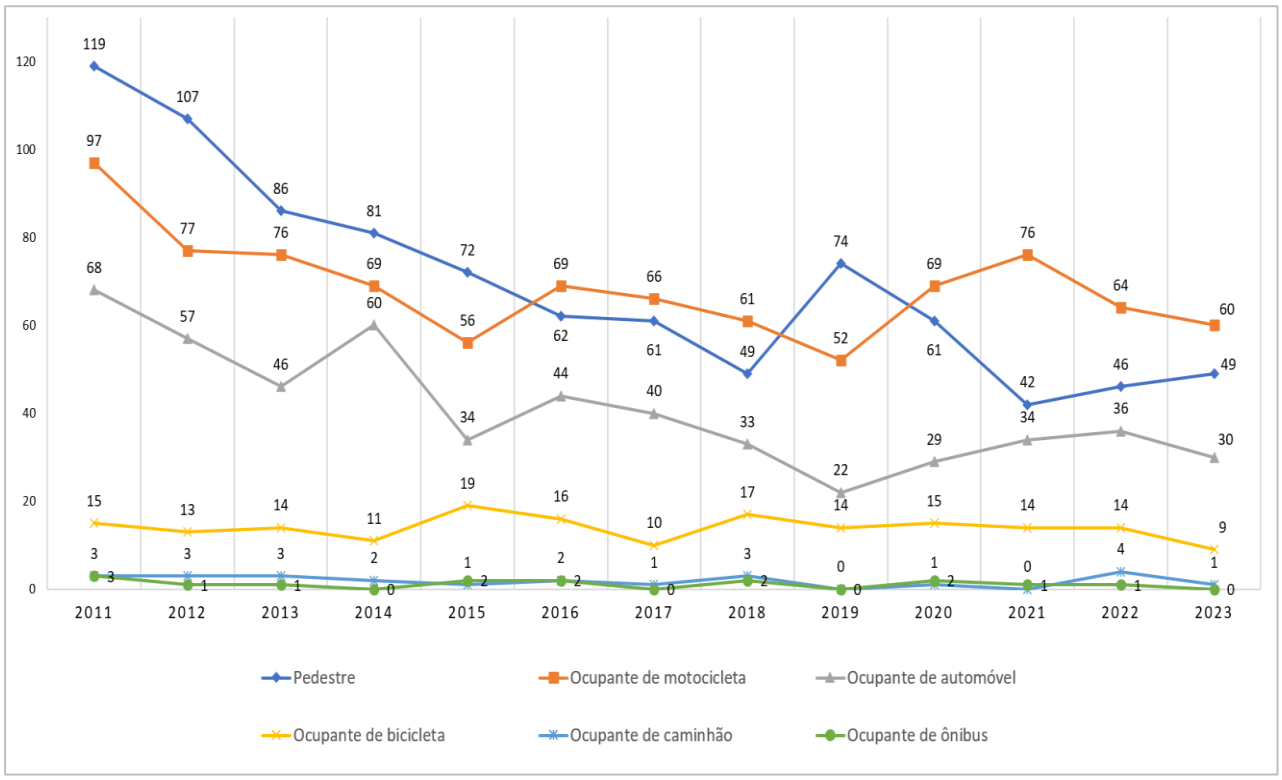
Gráfico 32 – Número de mortes por sinistros de trânsito, taxa de mortalidade PVT (por 100 mil habitantes) e razão de mortalidade PVT (por 10 mil veículos). Curitiba, 2011 a 2023.



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

Em relação à distribuição por tipo de vítimas por sinistros de trânsito em Curitiba (Gráfico 33) no período de 2011 a 2023, permite visualizar de forma abrangente e detalhada o número de vítimas fatais, categorizando-as por tipo, tendências e padrões ao longo do tempo. A análise identificou os pedestres e os ocupantes de motocicleta como os grupos mais impactados nos sinistros de trânsito.

Gráfico 33 – Série histórica do número de vítimas fatais em sinistros de trânsito em Curitiba, segundo tipo de vítima e ano de ocorrência, de 2011 a 2023.



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

Considerando o perfil das vítimas de sinistros de trânsito fatais no período (2011 – 2023), observa-se que há uma redução no número de óbitos em todas as categorias em especial envolvendo ocupantes de motocicleta. No entanto, ao examinarmos o início da segunda década (2021 – 2023) observa-se uma tendência preocupante de crescimento nas fatalidades envolvendo pedestres, passando de 42 óbitos em 2021 para 46 em 2022, chegando ao pico de 49 óbitos em 2023. Esse crescimento indica um aumento de 16,7% no número de óbitos de pedestres em sinistros de trânsito, desde o início da segunda década em 2021 (Tabela 15).

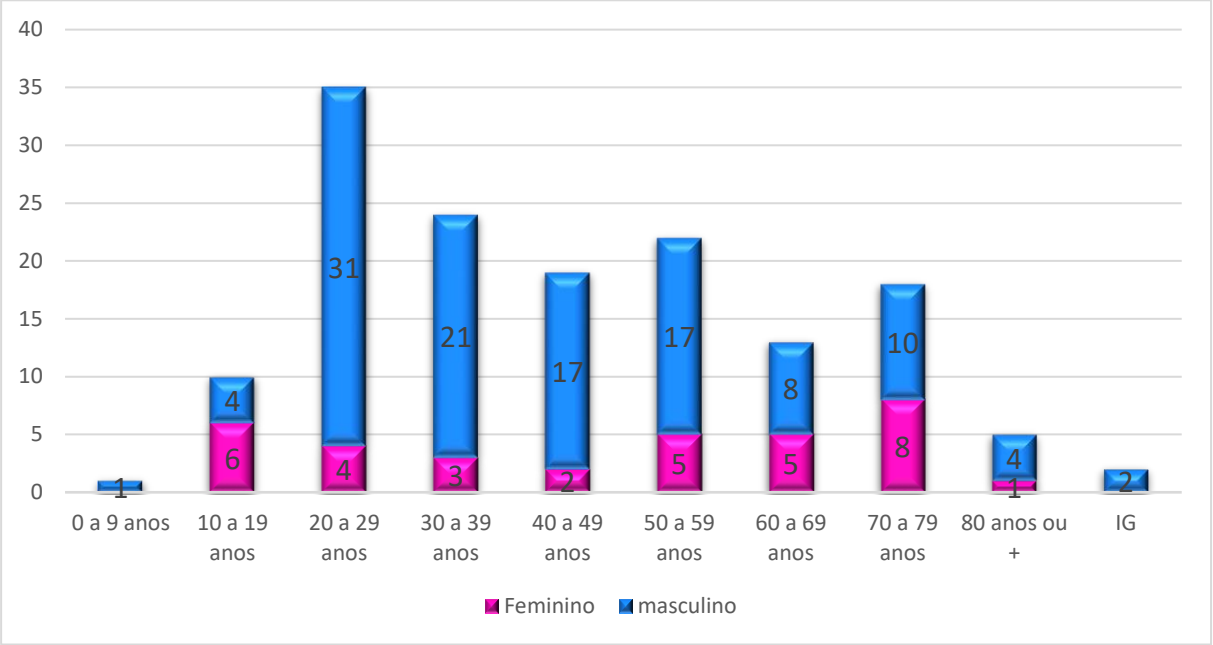
Tabela 15 – Distribuição da frequência absoluta e relativa de vítimas fatais em sinistros de trânsito ocorridos em Curitiba, segundo tipo de vítima e ano de ocorrência, de 2015 a 2023.

TIPO DA VÍTIMA	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pedestre	72	38,9	62	31,6	61	34,3	49	29,5	74	45,1	61	34,1	42	25,0	46	27,4	49	32,9
Ocupante de motocicleta	56	30,3	69	35,2	66	37,1	61	36,7	52	31,7	69	38,5	76	45,2	64	38,1	60	40,3
Ocupante de automóvel	34	18,4	44	22,4	40	22,5	33	19,9	22	13,4	29	16,2	34	20,2	36	21,4	30	20,1
Ocupante de bicicleta	19	10,3	16	8,2	10	5,6	17	10,2	14	8,5	15	8,4	14	8,3	14	8,3	9	6,0
Ocupante de caminhão	1	0,5	2	1,0	1	0,6	3	1,8	0	0,0	1	0,6	0	0,0	4	2,4	1	0,7
Ocupante de ônibus	2	1,1	2	1,0	0	0,0	2	1,2	0	0,0	2	1,1	1	0,6	1	0,6	0	0,0
Ignorado e/ou Avaliar	1	0,5	1	0,5	0	0,0	1	0,6	2	1,2	2	1,1	1	0,6	3	1,8	0	0,0
TOTAL	**185**	**100**	**196**	**100**	**178**	**100**	**166**	**100**	**164**	**100**	**179**	**100**	**168**	**100**	**168**	**100**	**149**	**100**

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

No ano de 2023, Curitiba registrou um total de 149 óbitos em decorrência de sinistros de trânsito, distribuídos por diferentes faixas etárias e sexos. A análise dos dados revela um predomínio significativo de vítimas fatais do sexo masculino, que representaram 77% (115 casos), enquanto o sexo feminino respondeu por 23% (34 casos), números que se mantêm próximos aos dados de 2022. Ao analisar as mortes por faixa etária e sexo (Gráfico 34), observou-se que o grupo etário mais afetado foi o de 20 a 29 anos, com 35 óbitos, o que corresponde a 23,49% do total. Dentro dessa faixa, houve uma predominância masculina, com 31 mortes, em contraste com 4 óbitos de mulheres. Esse dado sugere uma maior exposição dos homens jovens adultos a comportamentos de risco no trânsito.

Gráfico 34 – Distribuição da frequência absoluta de óbitos por sexo e faixa etária das vítimas de sinistros de trânsito fatais ocorridos em Curitiba, 2023.



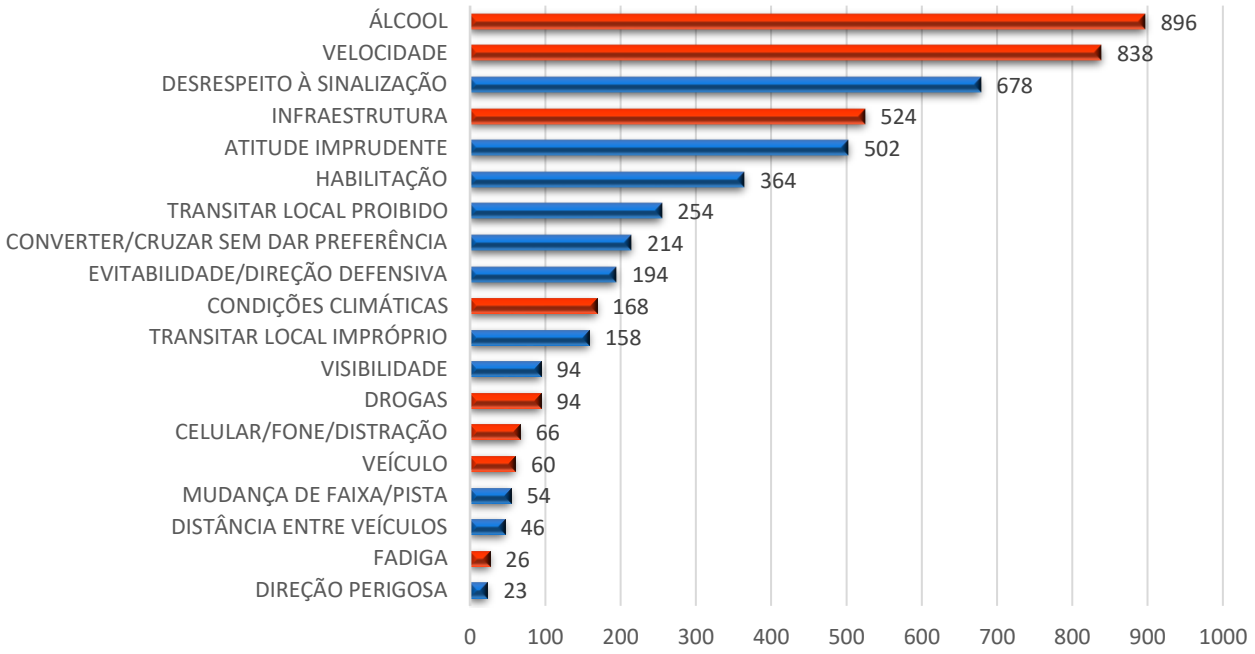
Fonte: Comitê de coleta de dados, análise e gestão da informação – Programa Vida no Trânsito Curitiba.

O Gráfico 35 apresenta uma análise dos principais fatores e condutas de risco associados aos acidentes de trânsito em Curitiba, Paraná, no ano de 2024. Os fatores de risco, representados em vermelho, correspondem a condições externas que aumentam a probabilidade de ocorrência de acidentes. Dentre estes, destacam-se o consumo de álcool e o excesso de velocidade, evidenciando que a combinação entre ingestão de álcool e direção, associada ao desrespeito aos limites de velocidade, configura-se como importante determinante para a ocorrência de eventos graves.

As condutas de risco, representadas em azul, referem-se aos comportamentos dos condutores que contribuem para a ocorrência de acidentes com vítimas fatais. Observa-se maior frequência de situações relacionadas ao desrespeito à sinalização, condução sem habilitação ou com habilitação inadequada, trânsito em locais proibidos e falhas na execução de manobras, como conversões e cruzamentos, indicando fragilidades na adoção de práticas de direção segura.

Em síntese, os resultados evidenciam que os acidentes de trânsito no município decorrem da combinação entre fatores externos e comportamentos inadequados dos condutores, com destaque para o consumo de álcool, o excesso de velocidade, o desrespeito à sinalização e a insuficiente adoção de direção defensiva.

Gráfico 35 – Distribuição dos fatores e condutas de risco relacionados a acidentes e óbitos no trânsito, Curitiba, 2023.



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

8.10 DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSA CRÔNICA

8.10.1 HIV/aids

Desde o início da epidemia de HIV/aids até 7 de março de 2025, o município de Curitiba notificou, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), um total de 14.931 casos de aids, sendo 10.551 em homens e 4.380 em mulheres. No mesmo período, foram registrados 9.611 casos de infecção pelo HIV, dos quais 7.324 em homens e 2.286 em mulheres.

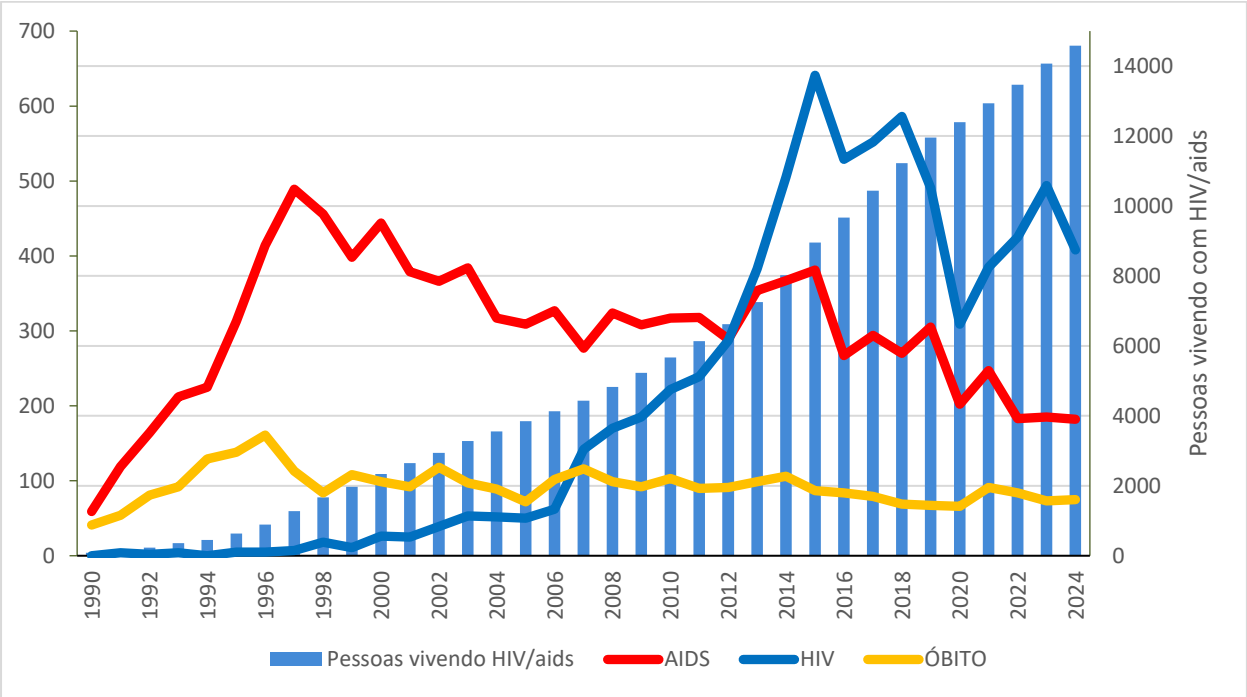
Ao se analisar a série histórica de notificações entre os anos de 2015 e 2020 — período posterior ao estabelecimento da meta global firmada em 2014 — observa-se uma redução significativa nos casos de aids: queda de 47% entre os homens e 59% entre as mulheres. Em relação à infecção pelo HIV, a redução foi de 52% para o sexo masculino e 55% para o feminino no mesmo intervalo.

O pico de diagnósticos ocorreu em 2015, com o registro de 1.304 casos de HIV/aids e uma taxa de detecção geral de 71,1 casos por 100 mil habitantes. Em 2020, esse número

caiu para 633 casos, com taxa de detecção geral de 34,3 por 100 mil habitantes — sendo 58,3 por 100 mil entre homens e 12,6 por 100 mil entre mulheres.

O Gráfico 36 apresenta a evolução dos indicadores para o sexo masculino no período de 1990 a 2024. Nota-se uma tendência de queda sustentada nos casos de aids desde 1997, enquanto os casos de infecção pelo HIV apresentaram um crescimento expressivo entre 2012 e 2015 (aumento de 123%), seguido de uma tendência de redução a partir de 2016. Os óbitos associados à aids começaram a apresentar queda a partir de 2014. Destaca-se ainda que o número de homens vivendo com HIV/aids vem apresentando crescimento estável, com taxa média anual de aproximadamente 8% desde 2005.

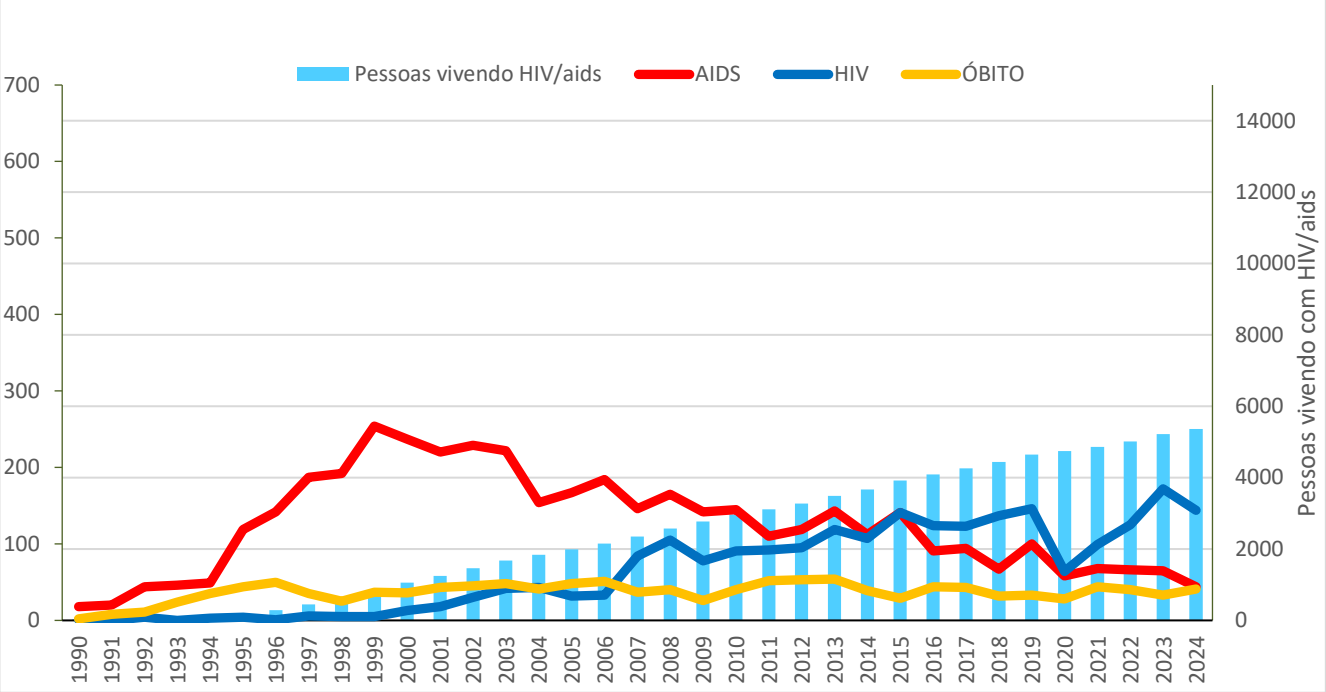
Gráfico 36 – Número de casos de infecção pelo HIV, aids, óbitos e pessoas vivendo com HIV/aids, sexo masculino, por ano diagnóstico. Curitiba, 1990-2024.



Fonte: SMS/CE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINANNET 2007-2024.
*Dados preliminares em 07/03/2025 sujeitos a revisão.

No Gráfico 37, observa-se um resumo dos números, referentes ao sexo feminino, no período de 1990 a 2024. Houve uma queda nos casos de aids desde1999, com crescimento dos casos de infecção pelo HIV, sendo de 106% de 2009 a 2020. 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 37 – Número de casos de infecção pelo HIV, aids, óbitos e pessoas vivendo com HIV/aids, sexo feminino, por ano diagnóstico. Curitiba, 1990-2024.



Fonte: SMS CuritibaCE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINANNET 2007-2024.

*Dados preliminares em 07/03/2025 sujeitos a revisão.

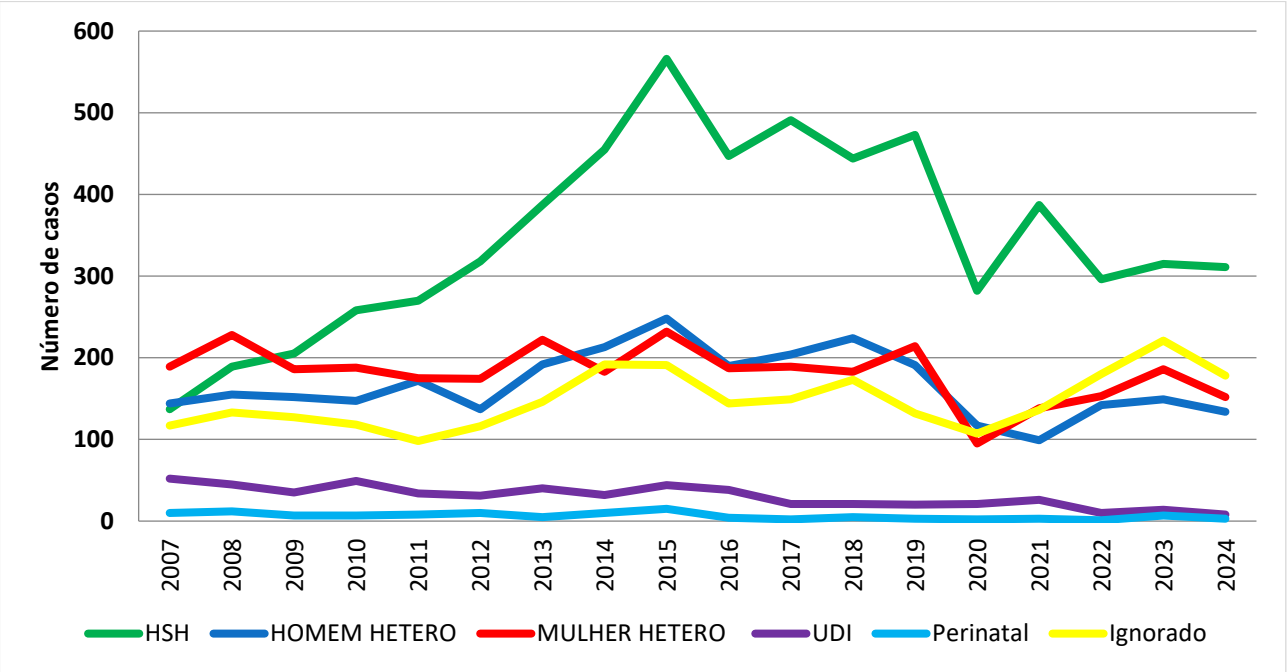
Para uma análise mais detalhada é importante avaliar as incidências de HIV/aids por faixa etária e sexo, facilitando a intervenção mais direcionada para as faixas etárias mais prevalentes.

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 54,9 por 100 mil habitantes em 2005 para 285,9 por 100 mil habitantes em 2015, crescimento de 5,2 vezes, houve queda de 42% em 2023 com relação a 2015. Nesta faixa etária, no sexo feminino, o ano com maior taxa foi 2003 com 61,4 casos por 100 mil habitantes, os valores vêm diminuindo com o passar dos anos e em 2023 foi de 33,4 casos por 100 mil habitantes, valor 4,9 vezes menor que no sexo masculino.

A principal forma de transmissão é a sexual, respondendo por 74,8% dos casos. Para o sexo feminino a categoria heterossexual responde, em média, por 78,8% dos casos.

No Gráfico 38 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 Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) de 2007 para 2015 e a partir de 2016 houve tendência de queda no número de casos desta categoria.

Gráfico 38 – Casos notificados de HIV/aids por ano de diagnóstico categoria de exposição. Curitiba 2000-2024.



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE casos registrados SINANW 1984-2006 e SINANNET 2007-2019.
*Dados preliminares em 07/03/2025 sujeitos a revisão.

Em relação à mortalidade, de 1985 a dezembro de 2024 foram registrados 4.591 óbitos, sendo 3.292 em homens e 1.299 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 71,8% dos óbitos, com tendência de óbitos em idades mais avançadas, o que demonstra um envelhecimento das Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA).

8.10.2 Transmissão vertical do HIV/aids

A eliminação da transmissão vertical do HIV/aids, isto é, a possibilidade de a criança ser infectada pelo vírus HIV durante a gestação, parto, e em alguns casos durante a amamentação, é uma das estratégias consideradas de grande relevância no país para o alcance da meta da eliminação do HIV/aids como problema de saúde pública.

Considerando que grande parte dos diagnósticos da infecção pelo HIV em mulheres ocorre durante a gestação e que a transmissão vertical é a principal forma de infecção em crianças quando a gestante não realiza o tratamento adequado e oportuno, a assistência ao pré-natal representa excelente oportunidade para as ações profiláticas.

Por esse motivo, em Curitiba, desde o ano de 1999, o Programa Mãe Curitibana apresenta diretrizes para o atendimento integral às gestantes com estratégias para a prevenção da transmissão vertical não apenas do HIV, como também da sífilis, toxoplasmose e hepatite virais, e dentre elas está a realização adequada do pré-natal, a testagem para o diagnóstico precoce e, no caso da infecção, a realização do tratamento.

Para alcançar as metas estabelecidas e ao mesmo tempo impactar no cuidado das gestantes HIV e das crianças expostas, o município pactuou indicadores de saúde prioritários com as equipes de atenção básica e especializada e implantou diversas estratégias ao longo dos anos.

Dentre essas estratégias, destacamos a implantação, em 2001, do prontuário eletrônico em todos os serviços de saúde; a vinculação da gestante vivendo com HIV à maternidade de referência; a realização do pré-natal conjunto com a unidade de saúde de referência; a coleta de exames e o início célere da Terapia Antirretroviral (TARV).

Outra estratégia, diz respeito ao diagnóstico precoce. Nesse quesito, Curitiba se destaca por ter sido a primeira capital brasileira a implantar a testagem sorológica do HIV descentralizada para todas as gestantes e parcerias acompanhados na atenção primária à saúde (APS). Na sequência, implantou a testagem rápida do HIV na consulta de vinculação ao pré-natal em todas as UMS, além da realização da testagem rápida no momento do parto nas maternidades conveniadas ou contratualizadas do SUS curitibano. Como medida complementar, em 2023, facilitou o acesso aos exames de acompanhamento e controle na APS.

As ações de vigilância sempre tiveram o objetivo de nortear o cuidado dispensado às gestantes vivendo com HIV e às crianças expostas. Dessa forma, o monitoramento se inicia tão logo o profissional assistente registra no atendimento o CID Z21 - gestante HIV, e a partir disso, amplia a possibilidade de intervenções oportunas pelas equipes de assistência e de vigilância epidemiológica.

A fim de fomentar, apoiar e reconhecer os esforços que estados e municípios realizam para a eliminação da transmissão vertical, o Ministério da Saúde, utilizando-se de parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), certifica os locais que alcançam metas de processo e impacto na resposta à transmissão vertical.

O município de Curitiba, entendendo a importância da eliminação da transmissão vertical, incluiu em seus protocolos ações que buscam minimizar o risco de IST nas crianças. O resultado dessas ações foi tão efetivo que foi reconhecida como a primeira cidade

brasileira a eliminar a transmissão vertical do HIV, recebendo a Certificação no ano de 2017 e a mantendo até a presente data.

A série histórica dos últimos dez anos (2015 a 2024) demonstra variação com tendência de redução do número de gestantes vivendo com HIV/aids (GVHA) no município (Tabela 15). Destas mulheres, a maioria já possuía diagnóstico prévio de HIV no momento da gestação sendo 64,0% em 2015 chegando a 76,7% em 2024. Cabe destacar que uma pequena parcela teve diagnóstico durante o parto sendo que, em 2024, esse fato não ocorreu com nenhuma delas.

A adesão ao pré-natal (PN), importante estratégia para prevenção da transmissão vertical, tem se mantido em altos patamares, sendo que menos de 2% das mullheres não tiveram nenhuma consulta de pré-natal em 2024.

Considerando que o uso oportuno e adequado da TARV, além de prevenir a transmissão do HIV via transplancetária, define também o tipo de parto, em apenas dois anos da série histórica, menos de 90% das gestantes não fizeram o tratamento oportuno. Isso fez com que o percentual de partos vaginais, no ano de 2023 nesse grupo de mulheres fosse maior do que o percentual dos demais nascidos vivos do Município no mesmo ano. Isto é, em 2023, 44,7% dos filhos de gestantes vivendo com HIV nasceram via parto vaginal, enquanto que no total de nascidos vivos nesse mesmo ano 39,5% dos nascidos vivos nasceram por essa via de parto. O percentual de abortos e natimorto apresentou variação no período, sendo que, em média, 9,6% dos casos tiveram esses desfechos.

Tabela 16 – Número de gestantes vivendo com HIV/aids, com o momento do diagnóstico, realização do pré-natal, uso de terapia antirretroviral, via de parto e evolução da gravidez. Curitiba, 2015 a 2024*.

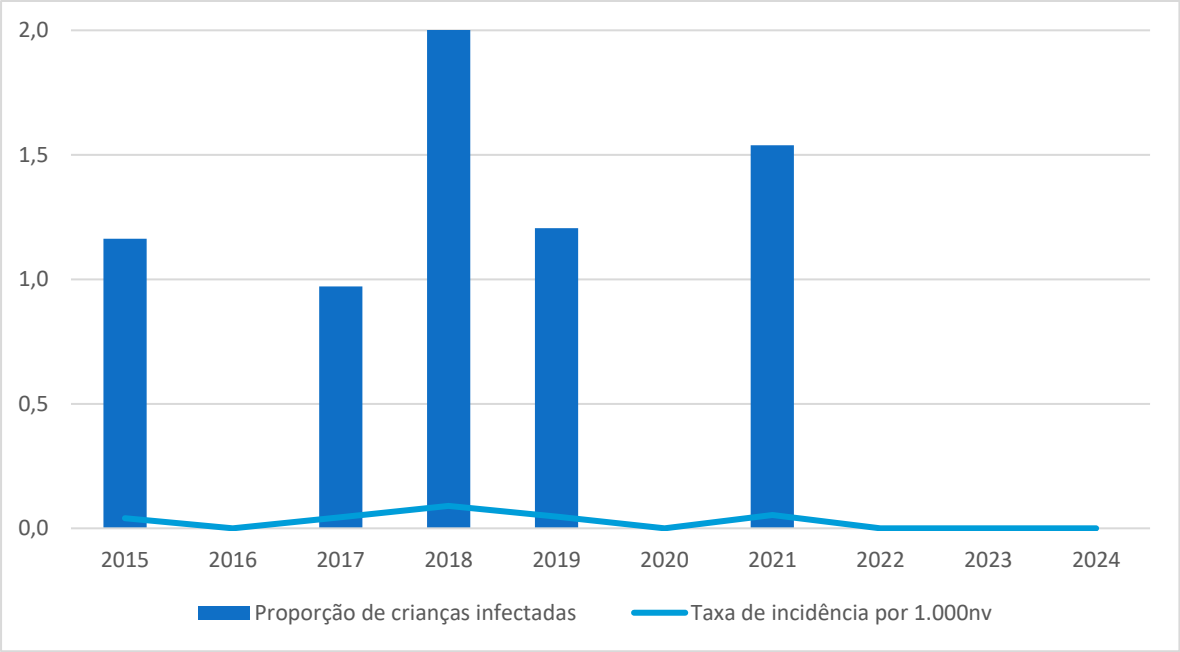
Ano	n	Momento do diagnóstico				Pré-natal		Uso de TARV		Tipo de parto		Evolução da gravidez	
		Antes PN (%)	Durante PN (%)	Durante parto (%)	Após parto (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Vaginal (%)	Cesárea (%)	Nascido vivo (%)	Natimorto / Aborto (%)
2015	86	64,0	31,4	2,3	2,3	94,2	5,8	93,0	1,2	46,5	57,0	93,0	7,0
2016	67	68,7	25,4	3,0	3,0	94,0	6,0	83,6	10,4	37,3	62,7	86,6	13,4
2017	103	68,9	30,1	1,0	0,0	99,0	1,0	91,3	6,8	38,8	54,4	82,5	11,7
2018	98	70,4	25,5	3,1	1,0	95,9	4,1	92,9	3,1	31,6	69,4	89,8	7,1
2019	83	62,7	30,1	4,8	2,4	96,4	3,6	92,8	3,6	42,2	61,4	92,8	6,0
2020	70	68,6	31,4	0,0	0,0	98,6	1,4	98,6	0,0	40,0	65,7	91,4	8,6
2021	65	64,6	30,8	4,6	0,0	93,8	6,2	84,6	9,2	41,5	58,5	87,7	12,3

Ano	n	Momento do diagnóstico				Pré-natal		Uso de TARV		Tipo de parto		Evolução da gravidez	
		Antes PN (%)	Durante PN (%)	Durante parto (%)	Após parto (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Vaginal (%)	Cesárea (%)	Nascido vivo (%)	Natimorto / Aborto (%)
2022	63	73,0	27,0	0,0	0,0	96,8	3,2	95,2	1,6	34,9	58,7	85,7	9,5
2023	76	67,1	31,6	1,3	0,0	98,7	1,3	92,1	5,3	44,7	50,0	84,2	10,5
2024*	60	76,7	23,3	0,0	0,0	98,3	1,7	91,7	5,0	18,3**	26,7**	40,0*	10,0*

Fonte: Sinan. *Dados preliminares em 07/03/2025 sujeitos a alterações.

Conforme apresentado anteriormente, Curitiba recebeu a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV em 2017 e a tem mantido, pois tem alcançado as metas de processo e impacto preconizadas pelo Ministério da Saúde que são: possuir menos que 0,5 caso de criança infectada por HIV a cada 1.000 nascidas vivas ou uma proporção menor ou igual a 2% de crianças infectadas pelo vírus. O Gráfico 39 mostra o cenário de Curitiba na última década.

Gráfico 39 – Proporção de crianças infectadas pelo HIV e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos. Curitiba, 2015 a 2024*.



Fonte: Sinan. *Dados preliminares em 07/03/2025 sujeitos a revisão.

8.10.3 Sífilis na gestação

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um grave problema de saúde pública, sendo que a sífilis está entre as patologias transmissíveis mais comuns,

afetando a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo, e tem impacto direto sobre a saúde reprodutiva e infantil, podendo acarretar infertilidade e complicações na gravidez e no parto, além de ser causa de morte fetal e agravos à saúde da criança, e impacto indireto na facilitação da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

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) o que pode implicar em consequências severas, como abortamento, natimortalidade, parto prematuro, além das 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 e iniciado até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

A SMS/Curitiba vem executando diversas estratégias no combate a sífilis objetivando a melhoria dos indicadores e da assistência prestada para a população com diversas frentes de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, dos diferentes níveis de atenção, fortalecendo tanto a assistência quanto a vigilância epidemiológica.

Em Curitiba o diagnóstico da sífilis é ofertado em toda rede da Atenção Primária à Saúde (APS), através de metodologia convencional e/ou por testagem rápida (TR), sendo esse ofertado de maneira oportuna na consulta de vinculação ao pré-natal, tanto para as gestantes quanto às suas parcerias sexuais. A implantação da testagem rápida e a implementação da sua cobertura ao longo dos anos nas unidades básicas de saúde (UMS), permite a identificação precoce dos casos de sífilis na gestação e a instituição imediata do tratamento penicilínico.

Na premissa de ofertar às nossas gestantes e crianças uma assistência adequada, citamos algumas ações implantadas, tais como: captação precoce para a vinculação ao pré-natal; oferta de testagem rápida para sífilis e HIV já na 1ª consulta; agilidade nos agendamentos e avaliações dos exames de rotina de cada trimestre gestacional; sorologia para sífilis e HIV na rotina dos 3 trimestres da gestação; início precoce, oportuno e adequado do tratamento às gestantes e suas parcerias sexuais; seguimento laboratorial de controle

pós tratamento; busca ativa das gestantes faltosas; ênfase na importância dos registros, tanto no sistema eletrônico da saúde quanto na carteira de pré-natal; monitoramento rigoroso das crianças expostas a sífilis e das crianças nascidas com sífilis congênita (SC); notificações dos casos de sífilis na gestação e notificação e análise de cada caso de sífilis congênita.

Além disso, em 2019, Curitiba iniciou a Tutoria da Sífilis, mais uma ação no auxilio no combate à doença. Na tutoria, os encontros acontecem periodicamente em cada distrito sanitário, e o planejamento das ações e intervenções ocorrem de forma integrada entre os diferentes pontos de atenção da rede assistencial do município. Cada distrito sanitário indica um profissional de saúde para assumir o papel de Tutor, que previamente capacitado atua como referência para o agravo no distrito com a retaguarda da referência da SMS.

As ações do planejamento reprodutivo também têm contribuído para a redução da sífilis, especialmente a oferta de métodos de longa duração. Ainda, foram realizadas várias ações de testagem na população geral, buscando a identificação dos casos reagentes.

Na sífilis gestacional, a taxa de detecção tem apresentado elevação dos indicadores, inclusive no período pandêmico, tanto do número de casos como da taxa de detecção, evidenciando a identificação dos casos reagentes na gestação. Em contrapartida, na sífilis congênita, especialmente após 2019, observa-se uma redução do número de casos, porém a taxa de incidência, que é impactada pelo número de nascidos vivos (nv), os quais a cada ano tem sido menor, apresenta as oscilações que podemos identificar na Tabela 17. Os esforções estão voltados para se alcançar a meta preconizada pela OMS para eliminação da sífilis congênita cuja taxa de incidência é de 0,5/1.000nv.

Na Tabela 17 e Gráfico 40 apresentamos os dados de sífilis na gestação e sífilis congênita do município de 2015 a 2024.

Tabela 17 – Casos e a taxa de detecção da sífilis gestacional e casos e a taxa de incidência da sífilis congênita. Curitiba, 2015 a 2024*.

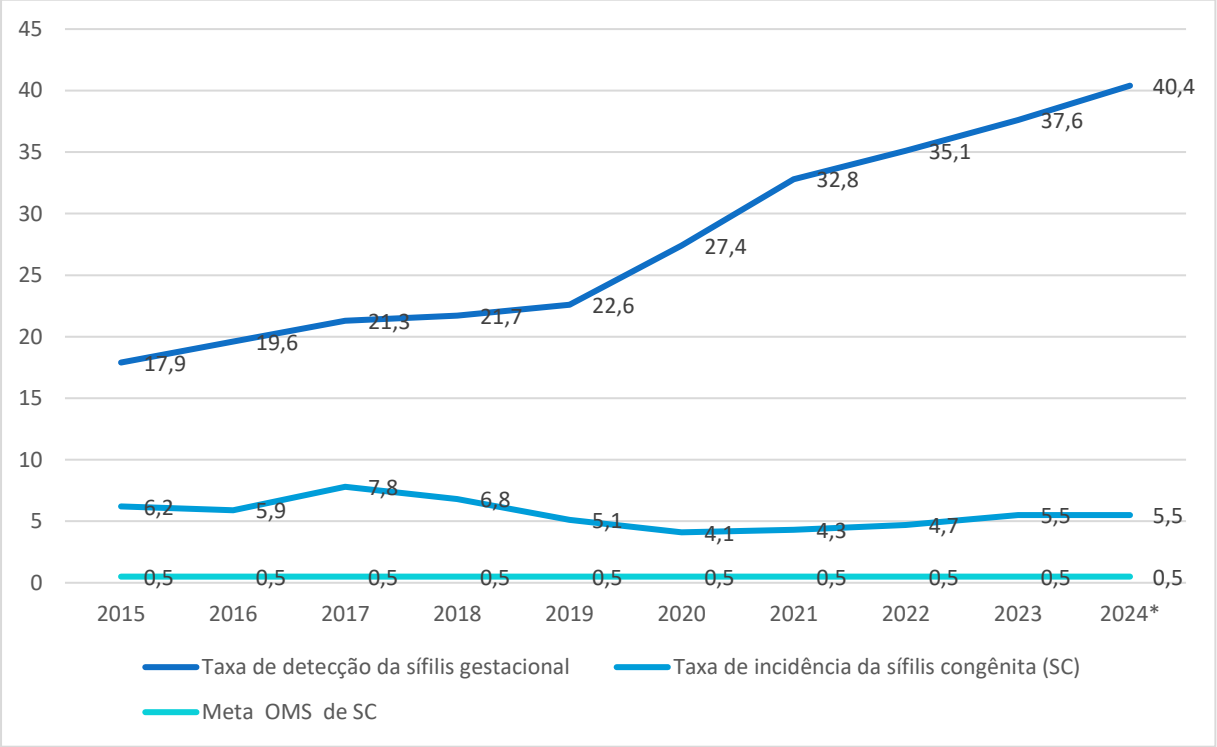
Ano	Nº de casos de sífilis gestacional	Taxa de detecção da sífilis gestacional	Nº de casos de sífilis congênita	Taxa de incidência da sífilis congênita
2015	439	17,9	152	6,2
2016	455	19,6	139	5,9
2017	485	21,3	178	7,8
2018	480	21,7	151	6,8
2019	484	22,6	111	5,1
2020	542	27,4	82	4,1

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
2021	610	32,8	81	4,3
2022	645	35,1	87	4,7
2023	676	37,6	100	5,5
2024*	684	40,4	92	5,5

Fonte: SMS/ SINASC/ SINAN. *Dados preliminares em 07/03/2025 sujeitos a revisão.

.

Gráfico 40 – Série histórica da taxa de incidência da sífilis congênita e taxa de detecção da sífilis em gestante. Curitiba, 2015 a 2024*.



Fonte: SMS/ SINASC/ SINAN. *Dados preliminares em 07/03/2025 sujeitos a revisão.

8.10.4 Hepatites virais

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes vírus hepatotrópicos e têm grande importância para a saúde pública, devido ao número de indivíduos acometidos e às complicações resultantes das formas agudas e crônicas da infecção, com características epidemiológicas e laboratoriais distintas, e ocorrem com magnitudes variáveis conforme o agente etiológico e a região.

A hepatite A é uma doença causada pela infecção pelo vírus da hepatite A (VHA). Sua transmissão é fecal-oral e está relacionada às condições de saneamento básico, higiene pessoal, qualidade da água e dos alimentos, podendo ocorrer também através de práticas sexuais que possibilitam o contato fecal-oral. A forma clínica não evolui para forma crônica.

Em 9 de fevereiro de 2024, o Centro de Epidemiologia (CE) foi informado sobre um aumento no atendimento de pacientes com alterações nos exames de transaminases glutâmico-oxalacética (TGO) e glutâmico-pirúvica (TGP) em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município. Entre esses pacientes, dois casos foram confirmados laboratorialmente para hepatite A, por meio da detecção de anticorpos IgM contra o vírus da hepatite A (HAV-IgM) e os demais casos apresentaram alterações relacionadas a condições de saúde prévias.

No entanto, nas semanas epidemiológicas subsequentes o número de casos aumentou caracterizando surto da doença. Diante da identificação do surto, a SMS/Curitiba adotou uma série de medidas, promovendo ações articuladas entre diferentes setores, incluindo a sociedade civil. Foram realizadas discussões e orientações à população sobre as formas de transmissão e prevenção da doença, reforçando a importância da vigilância epidemiológica e das estratégias de controle.

O Gráfico 41 mostra a série histórica entre os anos 2015 a 2024 da taxa de incidência por 100 mil habitantes da hepatite A evidenciando o período de surto iniciado nas últimas semanas epidemiológicas do ano de 2023.

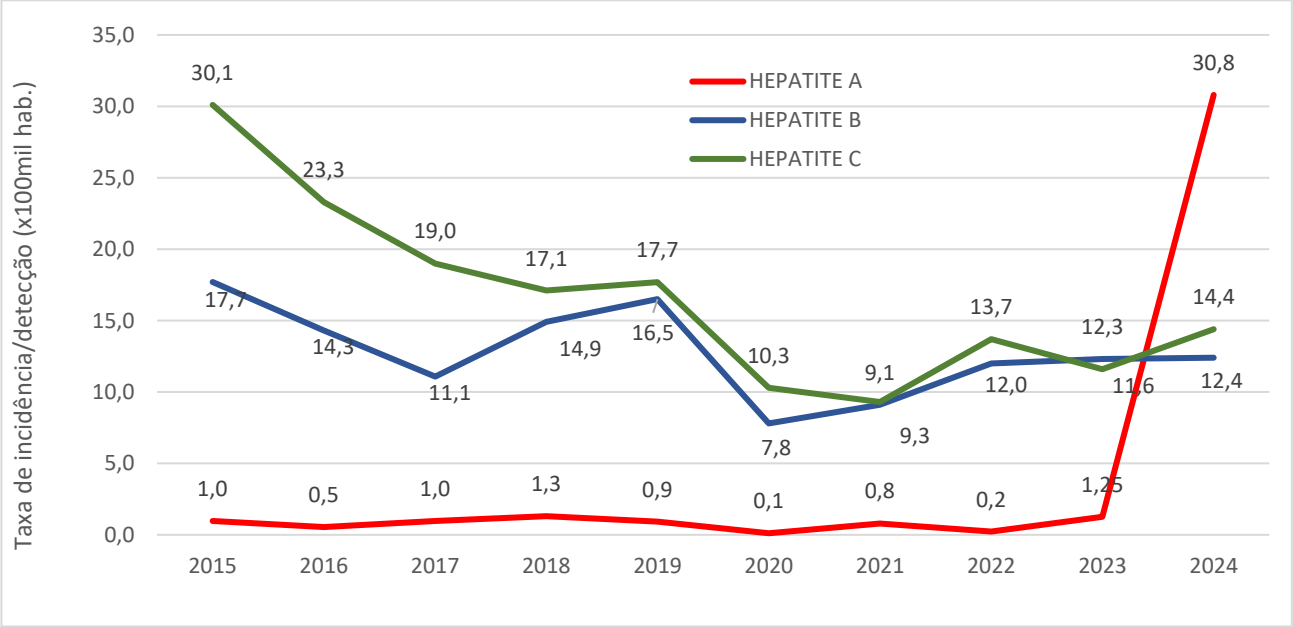
Em contrapartida, nesse mesmo período, observa-se a redução de casos de hepatite B. Tal fato deve-se à introdução da vacina contra hepatite B no calendário nacional de vacinação, a partir de 1998, logo após o nascimento e a ampliação gradual ao longo dos anos contemplando, atualmente, todas as faixas etárias. Essa vacina está disponível em todas as Unidades de Saúde. Outras medidas de controle que contribuíram para a redução da incidência deste agravo foi a obrigatoriedade da triagem sorológica nos serviços de hemoterapia e a triagem sorológica para as gestantes durante o pré natal.

Com relação a hepatite C, estima-se que no mundo haja em torno de 170 milhões de portadores de hepatite C (HCV). No Brasil, a hepatite C é responsável pela maior parte dos óbitos por hepatites virais e representa a terceira maior causa de transplante hepático. A cronificação ocorre entre 70% a 85% dos casos, podendo evoluir para cirrose ou formas histológicas graves como hepatocarcinoma se não houver intervenção terapêutica. A evolução da infecção apresenta uma particularidade importante, caracterizando-se como uma doença silenciosa, com pouca ou nenhuma manifestação clínica ao longo dos anos.

O principal fator de risco para infeção pelo vírus da hepatite C é a exposição ao sangue infectado, principalmente pela via parenteral, podendo ocorrer também através de exposição percutânea de instrumentos infectados pelo vírus. As transmissões vertical e sexual são pouco frequentes, no entanto a coexistência de alguma infecção sexualmente transmissível (IST) e/ou a prática sexual de risco (sem uso de preservativo) constituem-se em importantes facilitadores para a transmissão.

A metodologia por testagem rápida para investigação de Hepatite B e C está disponível no Centro de Orientação e Aconselhamento (COA) e outros pontos do SUS/Curitiba e o método por sorologia pode ser realizado em todas as Unidades de Saúde da rede municipal. Em 2015, a inserção dos antivirais de ação direta (DAA) para o tratamento da hepatite C, possibilitou uma taxa de cura superior a 90%, significativamente mais expressivo que outros tratamentos utilizados até o momento.

Gráfico 41 – Taxa de incidência/detecção de hepatites virais A, B e C segundo agente etiológico e ano de notificação. Curitiba, 2015 a 2024*.



Fonte: SMS/CE/SINAN. *Dados preliminares em 05/03/2025 sujeitos a revisão.

Diante dos desafios enfrentados para atingir a meta da OMS em eliminar as hepatites virais como problema de saúde pública até 2030, o município de Curitiba vem mantendo, expandindo e facilitando o acesso a testes e diagnósticos, empregando esforços na prevenção aos cuidados primários, disponibilizando a vacina contra a hepatite B e o tratamento para hepatite C com elevadas taxas de cura. Também vem inovando nas formas de acesso para atendimento a população e envolvendo as comunidades afetadas e a

sociedade civil para promover diálogos entre pares e reforçar a importância das formas de prevenção.

8.10.5 Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que, pelo tempo de tratamento, caracteriza-se como condição crônica e possui forte determinação social. Ainda hoje, permanece como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Embora o avanço alcançado na última década, o Brasil ainda se encontra entre os países com alta carga da doença.

A OMS, divide os países com alta carga de tuberculose em três grupos: TB, TB associada ao HIV e TB associada a multidroga resistente. Neste cenário, o Brasil se encontra em dois grupos: a alta carga de tuberculose e a coinfecção com o HIV.

O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública constitui um documento norteador das estratégias de enfrentamento da doença no Brasil. Publicado em 2017, o plano apresenta a visão de um país livre da TB e reconhece os compromissos estabelecidos no panorama global, com ênfase para a Estratégia Global pelo Fim da TB.

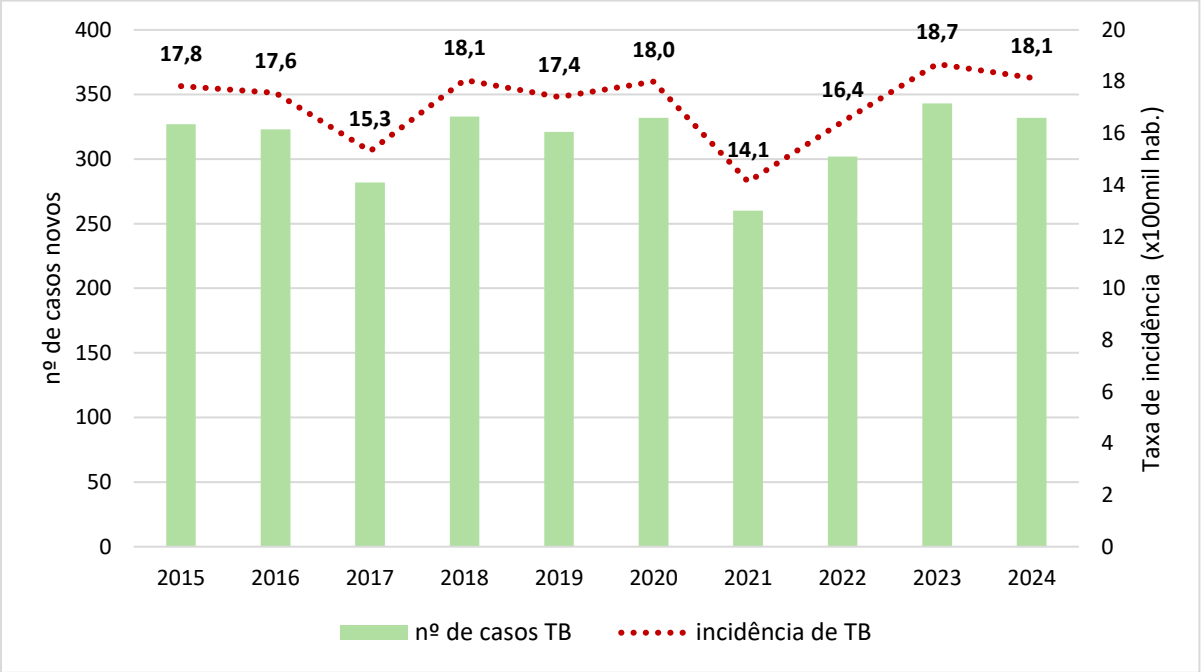
As metas do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose são de alcançar redução de 90% do coeficiente de incidência da TB e redução de 95% no número de mortes pela doença no País até 2035, em comparação com os dados de 2015. Isso significa que, para o Brasil, é necessário reduzir o coeficiente de incidência para menos de dez casos por 100 mil habitantes e limitar o número de óbitos pela doença a menos de 230 ao ano, até 2035.

Com o advento da pandemia da covid-19, a eliminação da TB como problema de saúde pública mundial ficou ainda mais distante, em vista de diminuição de 25% no diagnóstico e de aumento de 26% da mortalidade por TB no mundo, segundo estimativas divulgadas pela OMS em 2020. Para alcançar as metas de eliminação da TB no Brasil até 2035, será necessário fortalecer as estratégias para manutenção do diagnóstico, do tratamento e da prevenção da TB.

Embora seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita pelo Sistema Único de Saúde, ainda temos barreiras no acesso levando a um número elevado de casos anualmente no país, perpassando 80 mil casos novos em 2023 e 5.845 óbitos no ano de 2022 com causa básica tuberculose. Adicionalmente, ocorreram 1,8 mil mortes com coinfecção TB-HIV.

Em Curitiba, assim como em outros municípios, os serviços de saúde sofreram um impacto negativo durante a pandemia, o que afetou diretamente as pessoas com tuberculose no que se refere ao acompanhamento do tratamento, na busca ativa de casos, na investigação de contatos e também no tratamento preventivo da tuberculose. No ano de 2021, houve um decréscimo de 21,6% nas notificações de casos de tuberculose se comparado ao ano de 2020. Já em 2023, houve um aumento de 14,2% do número de pessoas diagnosticadas com a doença, passando de 16,4 casos por 100 mil habitantes em 2022 para 18,7 casos por 100 mil habitantes em 2023 e em 2024 houve um incremento de 3,21% em relação ao ano anterior (Gráfico 42).

Gráfico 42 – Número de casos novos de tuberculose e taxa de incidência de tuberculose por ano de diagnóstico. Curitiba, 2015-2024*.

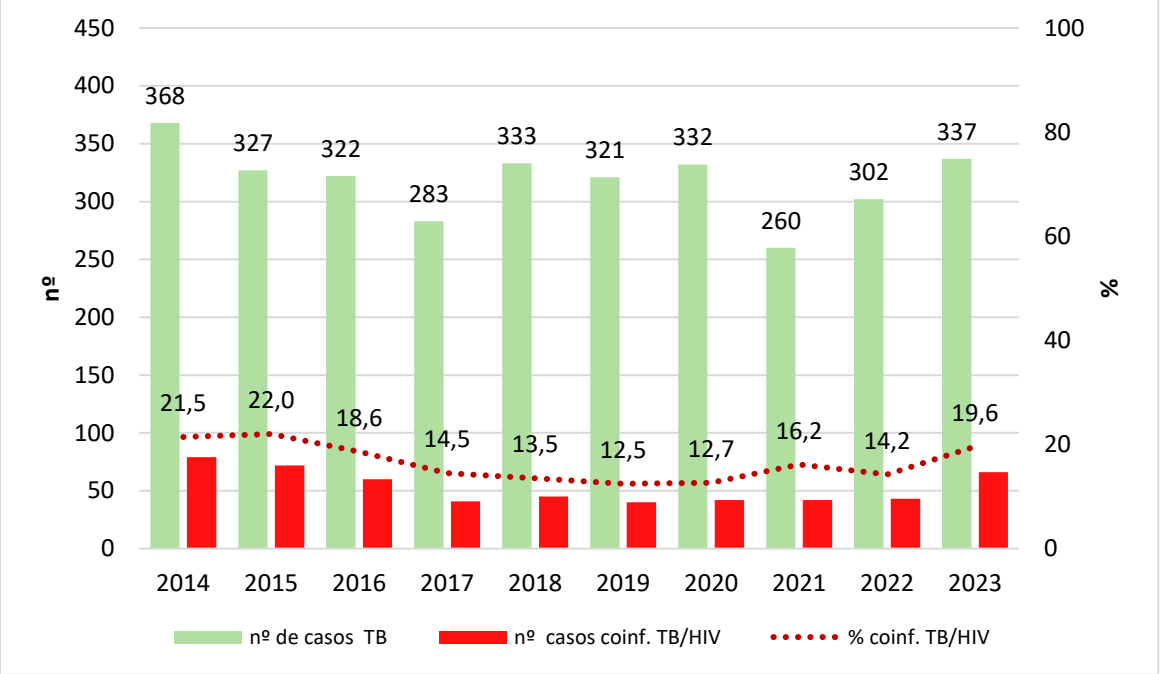


Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024*.

*Dados preliminares em 05/03/2025 sujeitos a revisão.

A tuberculose é uma infecção de alta prevalência entre as Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (PVHA) , e sua presença deve ser investigada em todas as oportunidades de atendimento à esta população. Quanto a taxa de coinfecção TB/HIV houve aumento de 38% compara ao ano de 2022 conforme demonstrado no Gráfico 43, que é o reflexo da implementação do Fluxo da Aids Avançada na Atenção Primária à Saúde e nos Centros de Referência através deste fluxo, onde foi instituído a realização do exame LF – LAM com metodologia *point of care* que faz diagnóstico de tuberculose nos casos de aids avançada.

Gráfico 43 – Proporção de coinfecção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose. Curitiba, 2014 a 2023*.



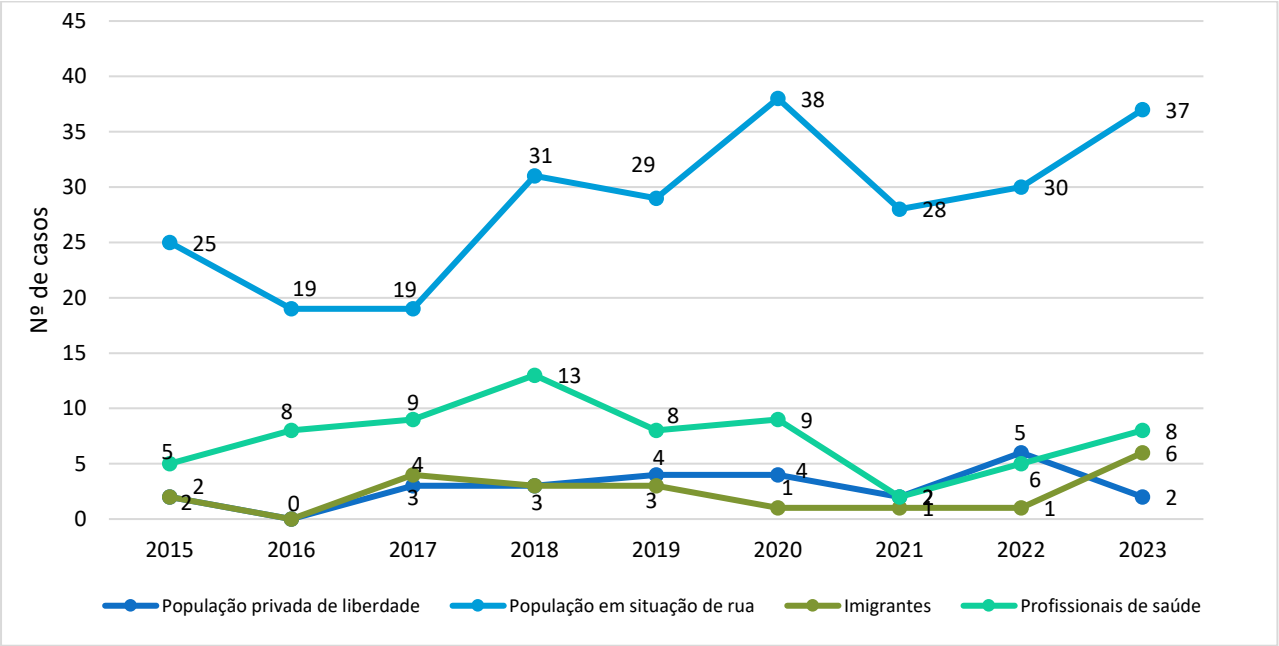
Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024*.

*Dados preliminares em 05/03/2025 sujeitos a revisão.

Além dos fatores relacionados ao sistema imunológico de cada pessoa e à exposição ao bacilo, o adoecimento por tuberculose, muitas vezes, está ligado às condições de vida. Assim, alguns grupos populacionais podem apresentar situações de maior vulnerabilidade como: as PVHA, População em Situação de Rua (PSR), População Privada de Liberdade (PPL), Imigrantes (I) e Profissionais de Saúde (PS).

Quando comparados com a população em geral, o risco de adoecimento é de 54 vezes maior nas PSR e de 26 vezes na PPL. Ao estratificar a frequência dos casos de TB em população vulnerável no ano de 2023, foram notificados 37 casos em PSR, 2 casos em PPL, 8 casos em PS e 6 casos em Imigrantes (Gráfico 44).

Gráfico 44 – Casos novos de tuberculose diagnosticados em populações vulneráveis. Curitiba, 2015 a 2023*.



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024*.

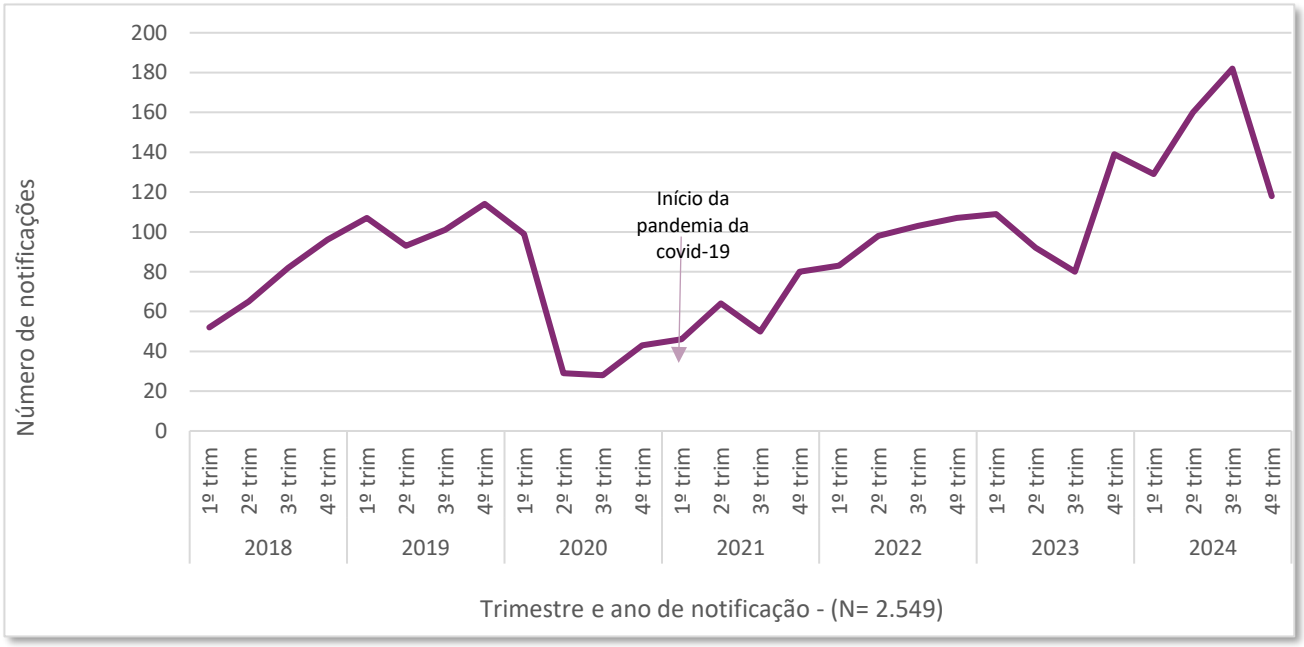
*Dados preliminares em 05/03/2025 sujeitos a revisão.

Estima-se que aproximadamente 25% da população esteja infectada pelo *M. Tuberculosis*, das quais de 5% a 10% eventualmente adoecerão por TB. O tratamento preventivo da tuberculose (TPT) é a principal medida de saúde disponível para diminuir o risco de que a infecção latente pelo *M. Tuberculosis* evolua para uma TB ativa.

O TPT é uma importante estratégia para o controle da tuberculose, é uma das estratégias descritas no Plano Nacional como uma ferramenta importante para o controle e eliminação da doença como um problema de saúde pública. A TPT permite reduzir o número de pessoas com TB e, consequentemente, a mortalidade pela doença. Por isso, o aumento do TPT deve ser amplamente divulgado especialmente para grupos prioritários, considerando o maior risco de desenvolver a doença, como por exemplo PVHA, contatos de TB ativa, entre outros.

Apesar da queda no número de novos tratamentos para pessoas com ILTB iniciados no segundo trimestre de 2020, constata-se uma recuperação da oferta desse serviço nos anos subsequentes, fato que podemos observar em nível nacional e também em nosso município. Em Curitiba, notou-se um aumento gradual de notificações em 2021 (n= 240), em 2024 houve aumentou na indicação do TPT (n= 420) em 40,2 % quando comparado ao ano de 2023, totalizando 2.549 notificações no período de 2018 a 2024* (Gráfico 45).

Gráfico 45 – Início do tratamento preventivo da tuberculose em Curitiba, conforme trimestre e ano do início de tratamento, 2018 – 2024*.



Fonte: SMS Curitiba CE/CVE Sinan Net, 2015-2024*.

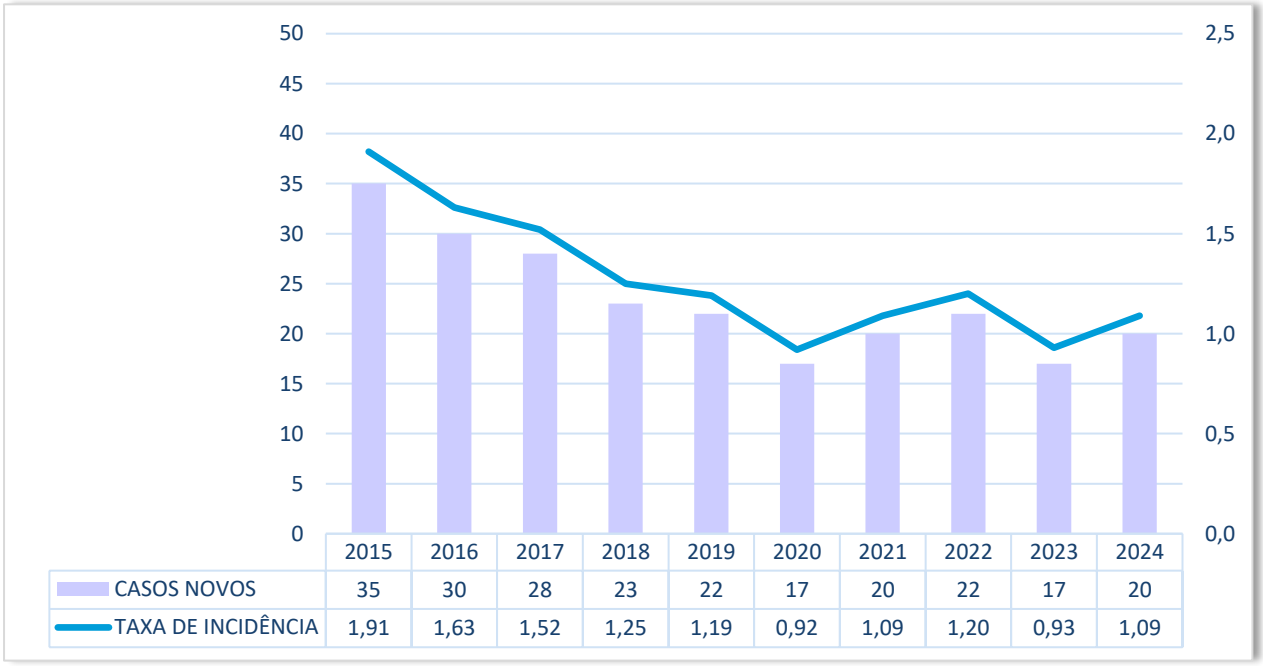
*Dados preliminares em 05/03/2025 sujeitos a revisão.

8.10.6 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.

Entre os anos de 2015 a 2024 foram diagnosticados 234 casos novos da doença, sendo que a taxa de incidência variou de 1,91 casos por 100 mil habitantes em 2015 a 1,09 casos por 100 mil habitantes em 2024. Apesar da discreta redução, a variação percebida ao longo da série história demonstra 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 estão sendo devidamente executadas(Gráfico 46).

Gráfico 46 – Casos novos de Hanseníase e taxa de incidência por 100 mil habitantes. Curitiba, 2015 a 2024*.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CASOS NOVOS	35	30	28	23	22	17	20	22	17	20
TAXA DE INCIDÊNCIA	1,91	1,63	1,52	1,25	1,19	0,92	1,09	1,20	0,93	1,09

Fonte: SINAN. *Dados preliminares em 07/03/2025 sujeitos a revisão.

Considerando que a principal forma de transmissão da doença é através do contato intradomiciliar, a avaliação dos contatos deve ser um indicador a ser constantemente monitorado pelas equipes de saúde. Nos anos de 2015 a 2024 foram avaliados 91% dos referidos contatos o que constata o alcance da meta de 90% de contatos examinados preconizada pelo Ministério da Saúde.

Para concluir, entende-se que a hanseníase é uma enfermidade que envolve fatores que vão além do biológico e a história natural da doença, portanto ressalta-se a importância da implantação de protocolos e fluxos assistenciais, a integração da rede de atenção à saúde, que ultrapassa a força dos conceitos e das representações sociais sobre a doença.

8.10.7 Esporotricose humana

A esporotricose humana é uma infecção causada por fungos do gênero *Sporotrix* que afeta humanos e animais e está descrita há mais de 120 anos. É bastante característica de países de clima tropical e subtropical e, por ser classicamente transmitida por lesão com materiais vegetais, é conhecida como “doença do jardineiro” ou “doença da roseira”.

No Brasil, nos últimos 20 anos, houve um aumento expressivo no número de casos relacionado à espécie *Sporothrix brasiliensis*, transmitida pelo gato. Por isso, aqui, a doença

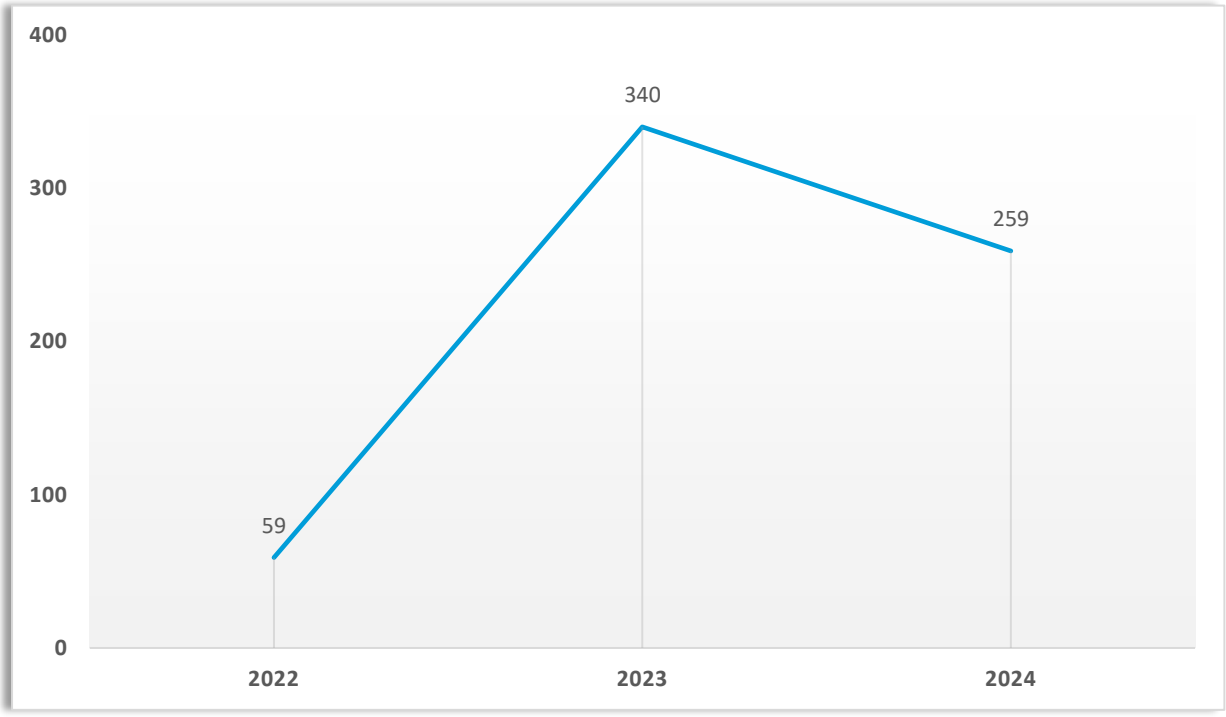
passou a ser conhecida como “doença do gato”. O primeiro caso reportado de esporotricose zoonótica (gato-humano) foi em 1955, a partir da década de 1990 houve uma explosão de casos felinos no município do Rio de Janeiro e desde os anos 2000 houve relatos no estado do Paraná.

Já para a doença em humanos, até 2019, com exceção de Roraima, todos os estados brasileiros já apresentam casos de esporotricose humana. Essa mudança no padrão epidemiológico tornou a doença emergente e um grande desafio em Saúde Pública.

No município de Curitiba, os primeiros casos de esporotricose humana e animal passaram a ser observados no ano de 2016. De lá, até os dias atuais, houve um aumento significativo nos casos confirmados (Gráfico 47).

Somente em 2022 esse agravo passou a ser de notificação obrigatória no estado do Paraná, assim, todos os casos tanto de esporotricose humana quanto do animal passaram a ser acompanhados por esta SMS/Curitiba. No Brasil, em 2025 o Ministério da Saúde incluiu a esporotricose humana na lista de agravos de notificação compulsória em todo território brasileiro.

Gráfico 47 – Casos confirmados de esporotricose humana. Curitiba, 2022 a 2024*.

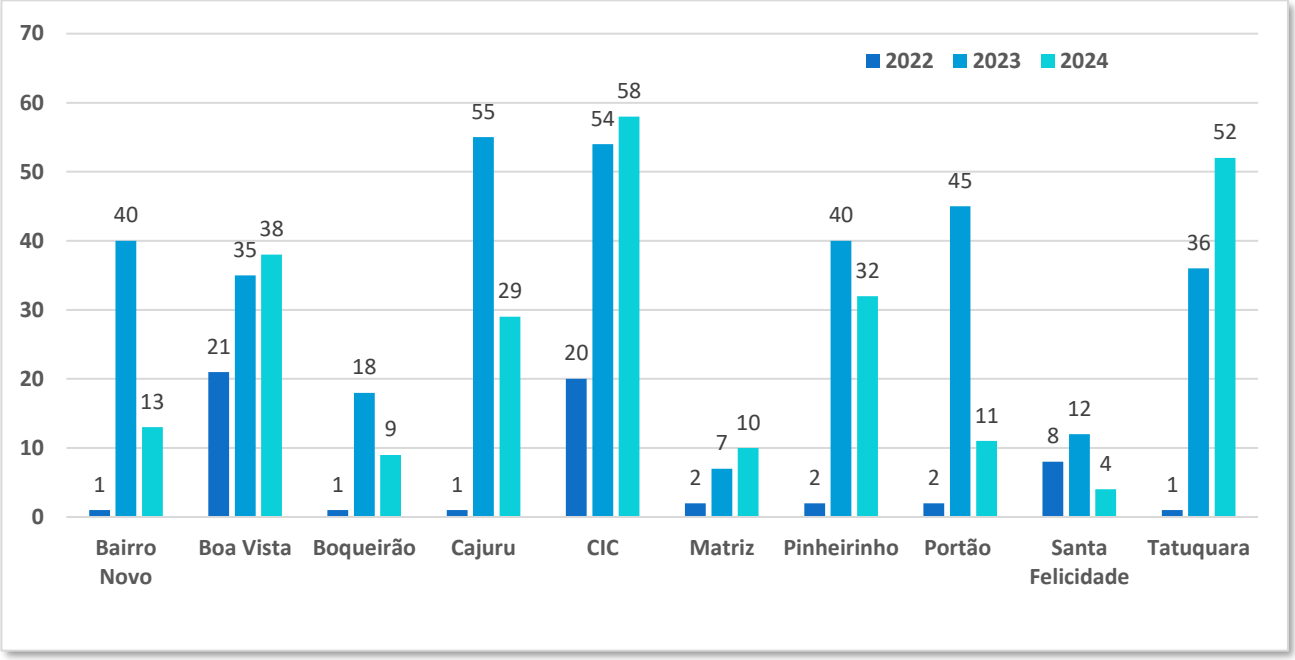


Fonte: Sinan. *Dados preliminares em 07/03/2025 sujeitos a revisão.

Considerando o aumento expressivo dos casos confirmados, passando de 59 em 2022 para 340 casos em 2023, o município de Curitiba elaborou um planejamento com diversas medidas para o enfrentamento desta doença. Dentre essas medidas destacamos:

- A elaboração e implantação do Fluxo de Atendimento da Esporotricose Humana na Atenção Primária de Curitiba, de livre acesso, contendo a definição de caso, notificação, diagnóstico das formas clínicas, coleta de amostras, tratamento e acompanhamento, bem como as orientações para manejo inicial do animal doente;
- A capacitação de mais de 450 profissionais de saúde, de forma online, para manejo do agravo;
- A telerregulação da infectologia, implantada em março de 2022, intensificou o apoio à APS tanto no manejo clínico como na qualificação dos encaminhamentos ao serviço especializado, considerando principalmente crianças, gestantes e comorbidades;
- O Laboratório Municipal incorporou o exame de cultura para fungos do gênero *Sporothrix sp*, sendo a coleta das amostras realizada nas unidades básicas de saúde;
- A assistência farmacêutica aprimorou o protocolo para prescrição e dispensação do itraconazol (tratamento de escolha), facilitando o acesso ao insumo para usuários do SUS e da rede privada dos moradores de Curitiba, garantindo assim o tratamento adequado;
- Como o cuidado dos animais é uma estratégia para auxiliar na redução dos casos de esporotricose humana, o município adquiriu com recursos próprios, medicamentos para tratamento dos animais doentes.

Gráfico 48 – Casos confirmados de esporotricose humana segundo Distrito Sanitário de residência. Curitiba, 2022 a 2024*.



Fonte: Sinan. *Dados preliminares em 07/03/2025.

O Gráfico 48 demonstra que os casos tem ocorrido em todos os Distritos Sanitários, desta forma, a intensificação das ações já implantadas, bem como o trabalho conjunto com a Secretaria de Meio Ambiente para ações junto aos animais e educação a seus tutores poderão auxiliar na minimização deste problema de saúde pública.

8.11 VIOLÊNCIAS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002).

No Brasil, a notificação de casos de violência é regulamentada pela Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, em conformidade com dispositivos legais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003, com alterações pela Lei nº 12.461/2011) e a Lei nº 10.778/2003, que torna compulsória a notificação de violência contra a mulher. A portaria também contempla outros grupos vulneráveis, conforme diretrizes e normativas técnicas do Ministério da Saúde.

No município de Curitiba, a vigilância da violência é realizada desde 2002, com foco

inicial em crianças, adolescentes e mulheres adultas. A partir de 2012, com a criação da Rede de Atenção e Proteção à Pessoa Idosa em Situação de Risco para a Violência, as notificações passaram a incluir também homens e mulheres com 60 anos ou mais.

Com a publicação da Portaria Municipal Conjunta nº 1, de 16 de março de 2020, foi instituída a Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Risco para a Violência, estruturada em três esferas de atuação:

- Coordenação Executiva Municipal, composta por representantes da saúde, assistência social e educação;
- Coordenações Regionais, uma para cada uma das dez regionais administrativas do município;
- Coordenações Locais, articuladas conforme a área de abrangência das Unidades Municipais de Saúde.

A rede tem como objetivo identificar, analisar, encaminhar e acompanhar casos suspeitos ou confirmados de violência, além de articular ações integradas e intersetoriais de prevenção e proteção, conforme protocolos institucionais vigentes.

O principal instrumento de vigilância é a Ficha de Notificação Individual – Violência Interpessoal/Autoprovocada, preenchida por uma ampla rede de estabelecimentos notificadores vinculados às políticas públicas de saúde, assistência social, educação (municipal e estadual) e organizações da sociedade civil. Atualmente, mais de 800 unidades participam deste processo. Todas as notificações alimentam o banco de dados nacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/MS).

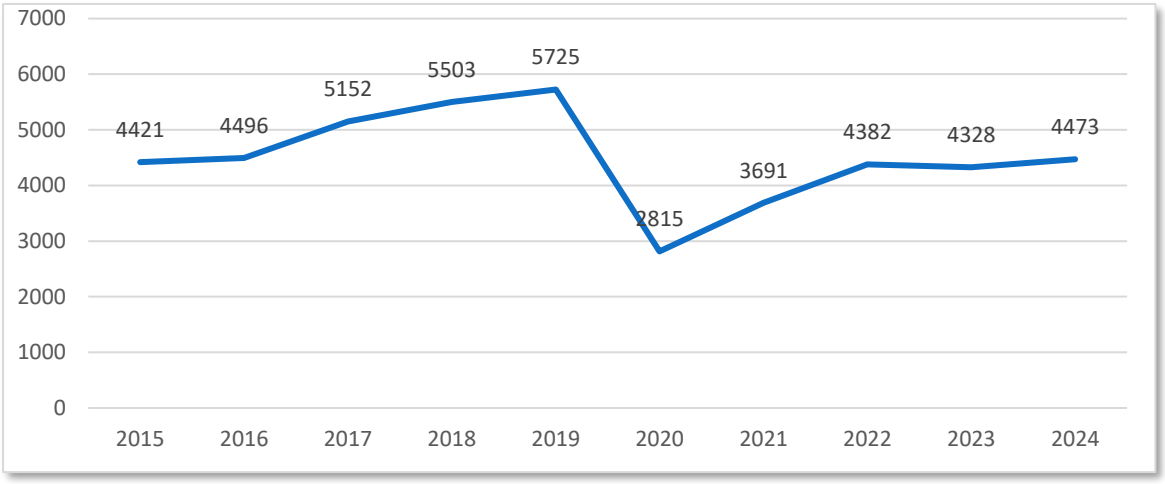
Os dados são sistematizados e analisados pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde, e os resultados são divulgados anualmente por meio de relatórios qualitativos disponíveis na página institucional da Secretaria. Essas análises permitem compreender o perfil da violência no município, orientar ações de atenção, prevenção e proteção, e subsidiar gestores na formulação, reorganização e fortalecimento de serviços destinados às vítimas e seus familiares.

Os Gráficos 49, 50 e 51 ilustram a série histórica de notificações de violência contra crianças e adolescentes, mulheres adultas e pessoas idosas em Curitiba. Observa-se que nos anos de 2020 e 2021, em função da pandemia de COVID-19, houve impactos significativos no funcionamento dos serviços da Rede de Proteção. Muitos equipamentos foram fechados ou tiveram suas atividades remodeladas ou suspensas, em decorrência das exigências de distanciamento social. Nesse contexto, o atendimento às situações de violência foi mantido por estratégias alternativas, como o Disque-Denúncia, hospitais e

Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

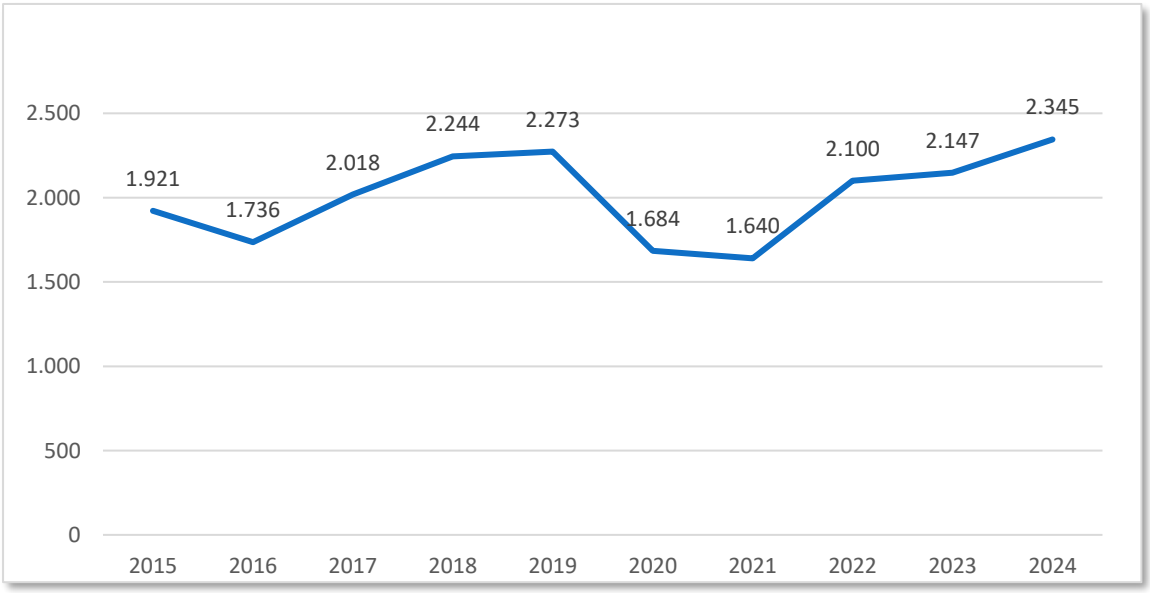
A partir de 2022, os atendimentos presenciais foram plenamente restabelecidos, não havendo novos períodos de restrição ampla de circulação de pessoas, salvo em situações específicas por orientação médica individualizada.

Gráfico 49 – Série histórica de notificações de violência contra crianças e adolescentes, faixa etária de 0 a 17 anos. Curitiba 2015 a 2024.



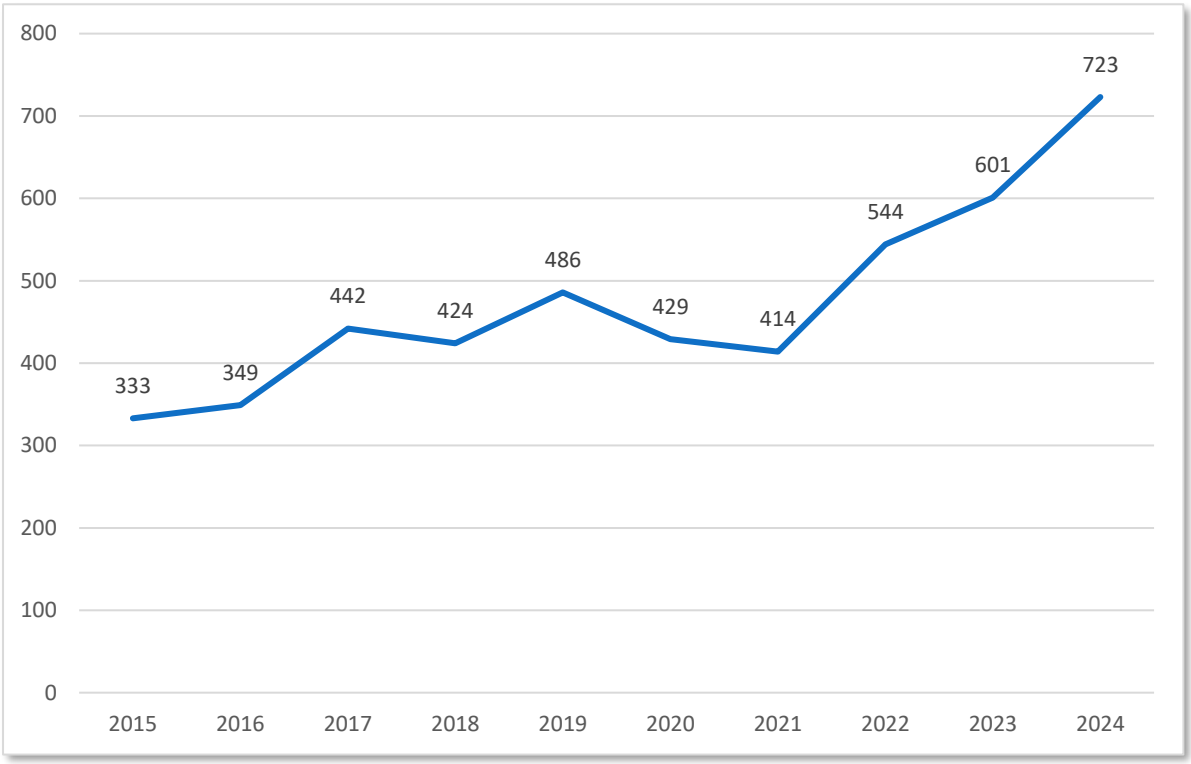
Fonte: SINAN. Obs.: Ano de 2024, dados parciais extraídos em 05/02/2025.

Gráfico 50 – Série histórica de notificações de violência contra a mulher, faixa etária de 18 a 59 anos. Curitiba.2015 a 2024.



Fonte: SINAN. Obs.: Ano de 2024, dados parciais extraídos em 05/02/2025.

Gráfico 51 – Série histórica de notificações de violência contra a pessoa idosa, faixa etária de 60 ou mais. Curitiba 2013 a 2024.



Fonte: SINAN. Obs.: Ano de 2024, dados parciais extraídos em 05/02/2025.

Com o objetivo de humanizar e qualificar o atendimento às vítimas de violência sexual, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e a Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP) — por meio do Instituto Médico Legal (IML) e das Delegacias da Polícia Civil — estabeleceu, desde 2002, um fluxo intersetorial para o atendimento a casos ocorridos em até 72 horas. Esse atendimento abrange residentes de Curitiba e da Região Metropolitana, sendo regulado por protocolo intersetorial e normatizado pela Resolução Conjunta nº 007/2024, publicada no Diário Oficial em 22 de fevereiro de 2024.

A referida Resolução reafirma que o atendimento deve ocorrer em hospitais de referência, garantindo também o deslocamento de peritos do IML até essas unidades hospitalares para a realização de exames periciais em articulação com o atendimento médico-hospitalar, desde que dentro do prazo de 72 horas.

Os hospitais de referência são:

- Hospital Infantil Pequeno Príncipe – atendimento a crianças de até 12 anos incompletos;
- Complexo Hospitalar de Clínicas – atendimento a vítimas de ambos os sexos a partir

de 12 anos de idade; também é referência para os casos de aborto previsto em lei;

- Hospital Universitário Evangélico Mackenzie – atendimento a vítimas do sexo feminino a partir de 12 anos;
- Complexo Hospitalar do Trabalhador – atendimento a vítimas do sexo feminino a partir de 12 anos.

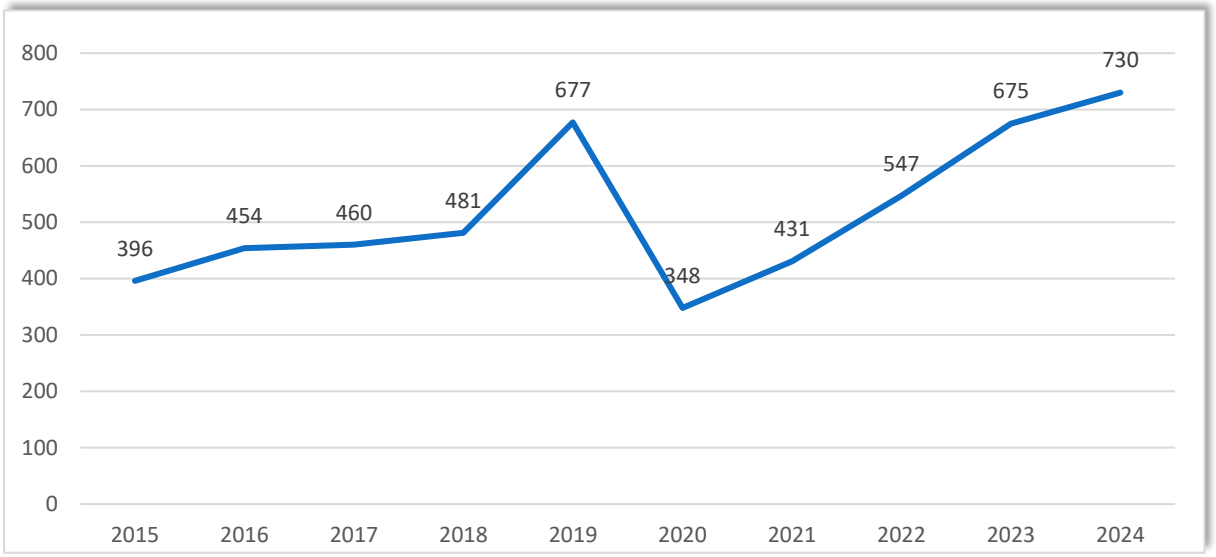
Nos casos em que a violência sexual tenha ocorrido há mais de 72 horas ou em situações de violência crônica, o atendimento é realizado nas Unidades Municipais de Saúde (UMS) próximas ao domicílio da vítima, onde são oferecidos acompanhamento clínico e psicológico, conforme orientações e protocolos normativos vigentes que regulam o acolhimento, a condução e os encaminhamentos necessários.

O Gráfico 52 apresenta a série histórica de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes de até 17 anos. Observa-se um aumento expressivo a partir do período pós-pandemia, atribuível ao fortalecimento das campanhas de prevenção, às ações educativas e à implementação da Lei nº 13.431/2017. Esta legislação, em seu artigo 7º, define a Escuta Especializada como “o procedimento de entrevista sobre a situação de violência com a criança ou adolescente perante órgão da Rede de Proteção”.

No município de Curitiba, a Escuta Especializada foi implantada em projeto piloto em 2019, sendo conduzida por psicólogos da Secretaria Municipal da Saúde, capacitados e com perfil técnico para atuação com crianças e adolescentes vítimas de violência. A necessidade de expansão da Escuta para todas as regionais do município exigiu uma reestruturação do processo de trabalho, articulado entre a Coordenação de Saúde Mental (SM) — responsável pela execução das escutas — e o Centro de Epidemiologia (CE) — responsável pela regulação dos casos, bem como pela articulação com os Conselhos Tutelares e as Coordenações Regionais da Rede de Proteção.

Atualmente, a Escuta Especializada é realizada por profissionais psicólogos no ambulatório infantojuvenil municipal, garantindo um atendimento técnico, sensível e alinhado aos preceitos legais de proteção integral da criança e do adolescente.

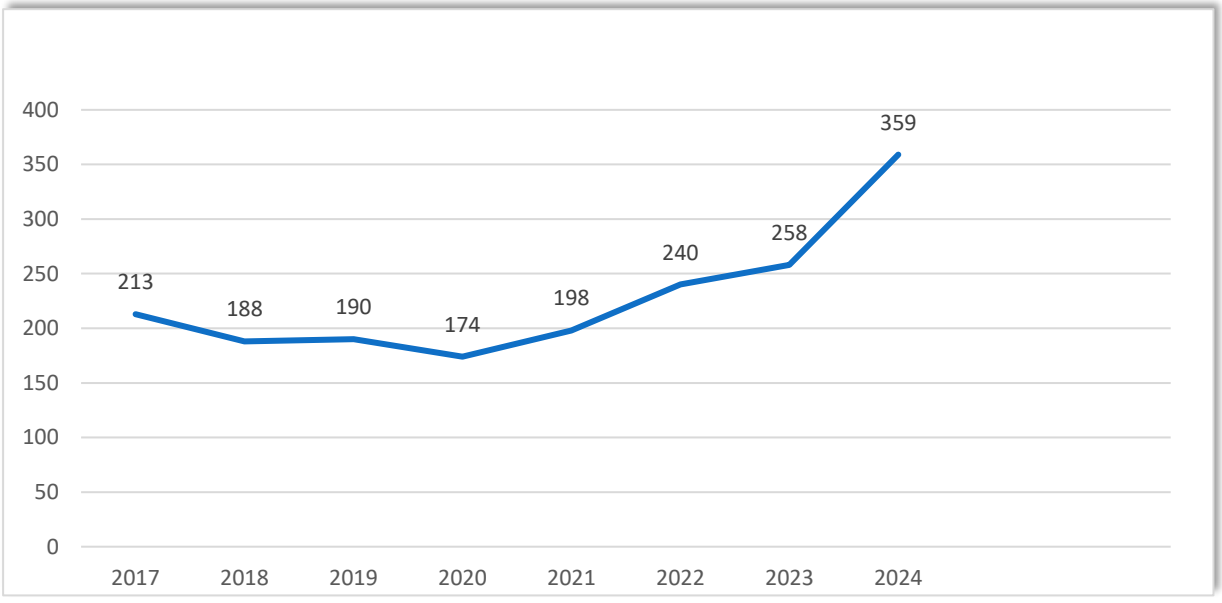
Gráfico 52 – Série histórica de casos de Violência Sexual até 17 anos - Curitiba, 2015 a 2024.



Fonte: SINAN. Obs.: Ano de 2024, dados parciais extraídos em 05/02/2025.

O Gráfico 53, apresenta a série histórica de casos de violência sexual com mais de 18 anos de idade, observasse um acréscimo a partir do ano de 2022, pós pandemia. Nos anos de 2023 e 2024, justifica-se pelo aumento das vítimas em revelarem a violência sofrida e a procura do sexo masculino para atendimento em saúde.

Gráfico 53 – Série histórica de casos de Violência Sexual com 18 anos ou mais, Curitiba, 2015 a 2024.



Fonte: SINAN. Obs.: Ano de 2024, dados parciais extraídos em 05/02/2025.

8.12 PERFIL DE INTERNAÇÕES

8.12.1 PRINCIPAIS CAUSAS 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 Sistema Único de Saúde - SUS (DATASUS), para coleta, crítica e pagamento de todas as internações hospitalares realizadas pelo SUS.

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 epidemiológica 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 54 apresenta a comparação dos percentuais das principais causas de internações faturadas pelo SUS em Curitiba, no período de 2017 a 2024, em hospitais credenciados, considerando residentes no município, segundo os capítulos da CID-10.

Ao longo de quase toda série histórica, observa-se que a primeira causa de internações no município foram as lesões/envenenamentos e outras consequências de causas externas (capítulo XIX da CID 10), representando uma média percentual de 13,6%. A exceção ocorrida no ano de 2021, em que as internações por doenças infecciosas e parasitárias assumiram o primeiro lugar, se deu devido à pandemia de COVID-19. 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), sendo que a tendência foi de aumento dessas internações ao longo do período analisado (Gráfico 54 e Tabela 18).

A segunda principal causa de internações correspondeu às condições relacionadas à gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV da CID-10), apresentando média percentual de 11,9% ao longo de toda a série histórica. Cabe salientar que, de 2017 a 2019 houve redução

gradual de internações, seguida de um aumento para 2020. Já de 2021 a 2024 nova redução numérica de internamentos foi observada (Gráfico 54 e Tabela 18).

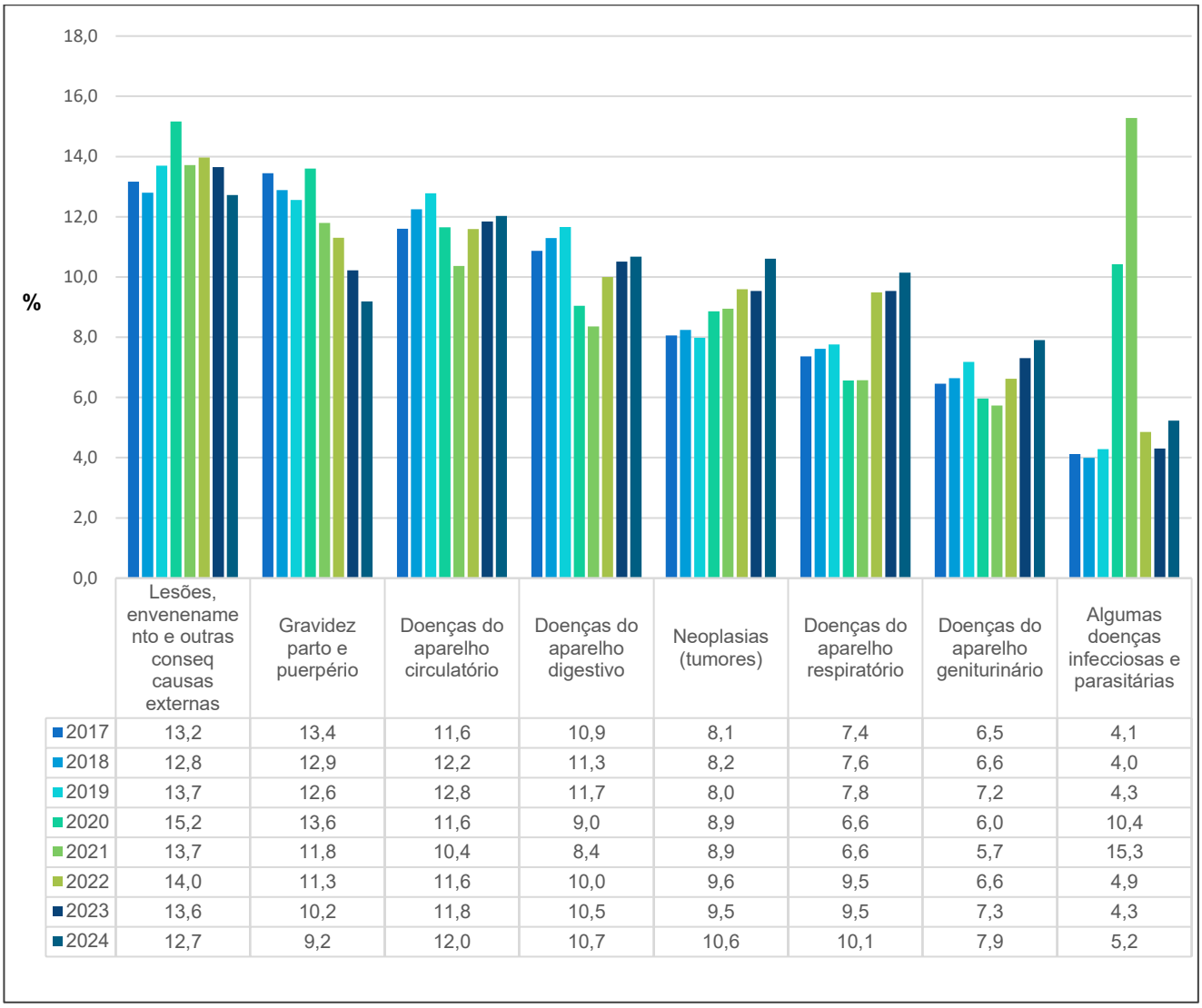
As doenças do aparelho circulatório (capítulo IX da CID 10), com média percentual em toda série histórica de 11,8%, figuram como a terceira causa dos internamentos. Nesse grupo estão incluídos internamentos ocasionados por Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e Acidente Vascular Cerebral – AVC. Em relação aos internamentos por doenças circulatórias percebeu-se um aumento de 2017 para 2019, redução até 2021 e novo aumento até 2024, portanto merecem especial atenção (Gráfico 54). Para o enfrentamento das doenças circulatórias, 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 e qualificou o acesso aos serviços hospitalares. Dentre as ações, a captação precoce e priorização de encaminhamento hospitalar são importantes estratégias adotadas.

Na sequência, aparecem como quarta causa, as doenças do aparelho digestivo, representando uma média das 10,3% das internações nos anos analisados. Depois vêm as neoplasias (9%), as doenças do aparelho respiratório (8,1%) e as doenças do aparelho geniturinário (6,7%) (Gráfico 54).

Os percentuais de internamentos pelas neoplasias variaram pouco ao longo desses anos, com aumentos discretos e graduais até 2024, chegando ao percentual de 10,6% do total de internações nesse último ano (Gráfico 54 e Tabela 18).

Destaque se dá aos internamentos pelas doenças infecciosas e parasitárias que tiveram um aumento significativo de 2019 para 2020, devido à COVID-19, chegando a representar 15,3% do total de internações em 2021. Nos anos seguintes, os percentuais voltaram a cair bastante, chegando aos 5,2% em 2024 (Gráfico 54 e Tabela 18).

Gráfico 54 – Percentuais das principais causas de internação, segundo capítulo do CID-10 em residentes de Curitiba-PR, 2017 a 2024*.



	Lesões, envenenamento e outras conseq causas externas	Gravidez parto e puerpério	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho digestivo	Neoplasias (tumores)	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho geniturinário	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
2017	13,2	13,4	11,6	10,9	8,1	7,4	6,5	4,1
2018	12,8	12,9	12,2	11,3	8,2	7,6	6,6	4,0
2019	13,7	12,6	12,8	11,7	8,0	7,8	7,2	4,3
2020	15,2	13,6	11,6	9,0	8,9	6,6	6,0	10,4
2021	13,7	11,8	10,4	8,4	8,9	6,6	5,7	15,3
2022	14,0	11,3	11,6	10,0	9,6	9,5	6,6	4,9
2023	13,6	10,2	11,8	10,5	9,5	9,5	7,3	4,3
2024	12,7	9,2	12,0	10,7	10,6	10,1	7,9	5,2

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS). Dados extraídos em 10/03/2025.
*Os dados seguem preliminares, com banco até dezembro de 2024. Elaborado por: Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT/CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA.

Tabela 18 – Série histórica das principais causas de internações por capítulo do CID10 de residentes em Curitiba, 2017 a 2024*.

Diagnóstico CID10	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4777	4903	5419	10668	17194	5702	5335	6372
II. Neoplasias (tumores)	9344	10132	10089	9070	10062	11258	11814	12929
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	708	770	802	766	804	963	945	861
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1684	1824	1822	1114	1415	1609	1622	1689
V. Transtornos mentais e comportamentais	5170	4910	1419	1314	2049	2430	2698	2574

Diagnóstico CID10	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VI. Doenças do sistema nervoso	2720	3131	3291	2159	2448	2743	3161	2905
VII. Doenças do olho e anexos	1605	1940	2109	1413	1889	2440	2746	2345
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	249	247	324	88	136	231	250	272
IX. Doenças do aparelho circulatório	13444	15045	16157	11918	11667	13606	14673	14659
X. Doenças do aparelho respiratório	8530	9358	9814	6716	7392	11139	11819	12362
XI. Doenças do aparelho digestivo	12597	13879	14750	9251	9406	11739	13024	13013
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3465	3247	3932	2174	2257	2765	2955	2782
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3102	3614	3522	1715	1633	2515	2589	2553
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7483	8154	9078	6106	6445	7769	9050	9641
XV. Gravidez parto e puerpério	15578	15838	15886	13915	13265	13273	12669	11202
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2781	2937	3119	3258	3363	3268	2962	2353
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1094	1156	1177	561	755	1081	1137	1040
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2203	2836	3266	2883	3218	3698	3337	3275
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	15261	15727	17326	15522	15432	16397	16910	15509
XXI. Contatos com serviços de saúde	4094	3228	3158	1731	1678	2776	4197	3564
XXII.Códigos para propósitos especiais	0	1	0	0	1	0	0	0

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS). Dados extraídos em 10/03/2025.
*Os dados seguem preliminares, com banco até dezembro de 2024. Elaborado por: Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT/CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA.

Por fim, conforme evidenciado no gráfico e na tabela anteriores, observou-se redução percentual na maioria das causas de internação ao comparar os anos de 2017 e 2020, com destaque para a exceção das doenças infecciosas e parasitárias, que apresentaram aumento expressivo de 123,3%, em decorrência das internações por COVID-19.

No período de 2021 a 2024, verificou-se elevação percentual em quase todas as causas de internação, especialmente nas doenças do ouvido e da apófise mastoide, do aparelho respiratório, do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, bem como nas doenças do aparelho geniturinário.

Ressalta-se que os dados referentes a 2024, extraídos do sistema SIH/SUS em 10/03/2025, totalizam 121.900 internações ocorridas entre janeiro e dezembro e possuem caráter preliminar, estando sujeitos a alterações.

8.12.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) 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.

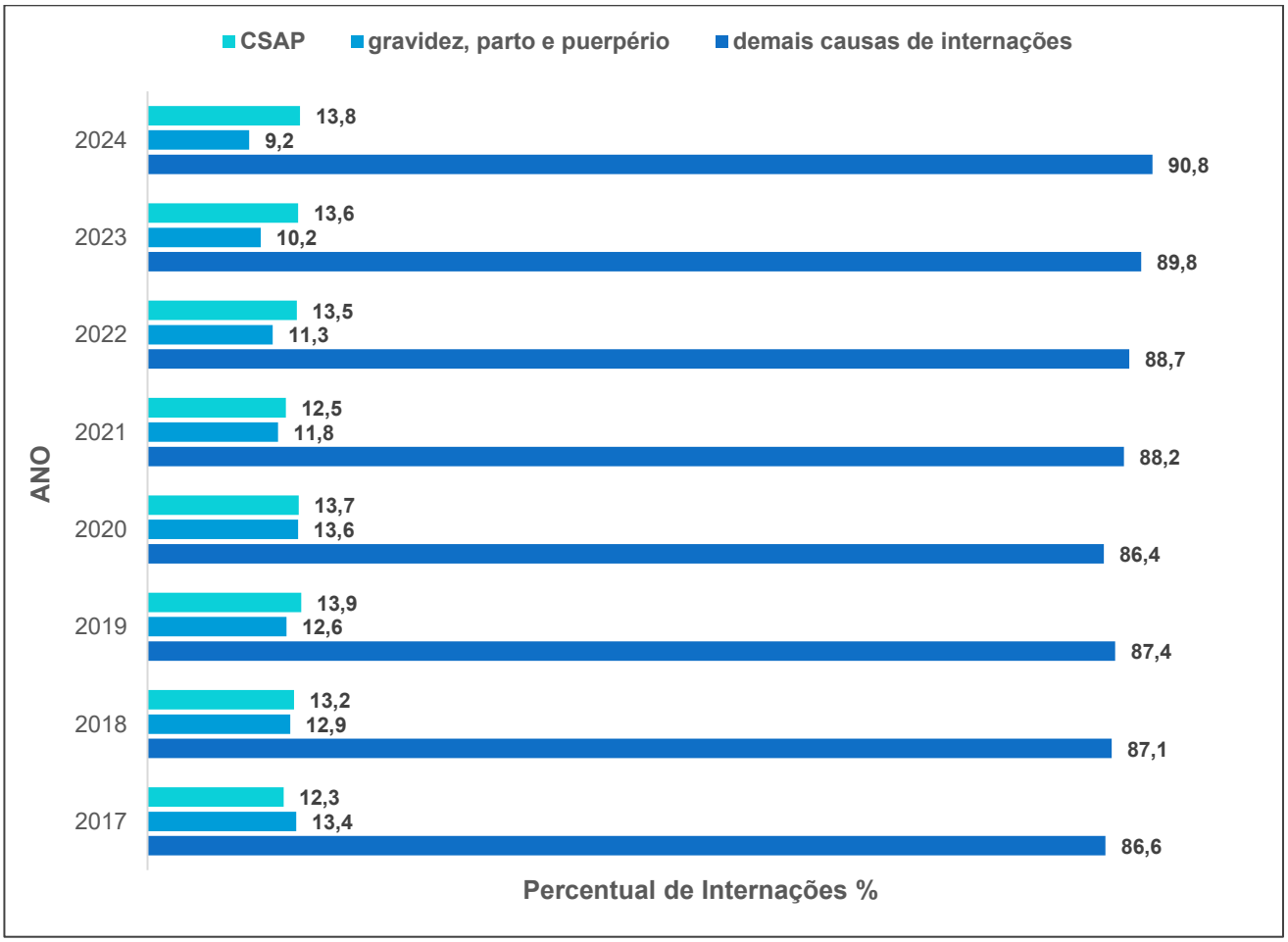
A Portaria do Ministério da Saúde nº 221, de 17/04/2008, define a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, com 19 grupos de causas de internações e diagnósticos, e a torna instrumento de avaliação da atenção básica e/ou da utilização da atenção hospitalar. No período de 2017 a 2024, ocorreram em média 15.700 internações por ano pelas CSAPs, de pessoas residentes em Curitiba-PR. Com base nas variações percentuais ocorridas entre os anos de 2017 e 2019, observa-se um aumento de 23,3% do número de internações, seguida de redução de 20,4% de 2019 para 2020 e, um posterior aumento de 20,1% até o ano de 2024 (Gráfico 53).

Os demais diagnósticos de internamentos, apresentaram o mesmo comportamento, com variação percentual positiva de 10,2% no número de internações de 2017 a 2019, redução de 20% de 2019 para 2020, seguida de posterior aumento de 25,2% até 2024 (Gráfico 55).

Já os internamentos motivados por gravidez, parto e puerpério tiveram uma variação percentual pequena (+2%), de 2017 a 2019, no entanto, nos anos seguintes, houve queda significativa, em torno de 29,5% até 2024.

A seguir, apresentam-se os percentuais de internações por CSAP, gravidez, parto e puerpério e demais diagnósticos no período analisado (Gráfico 55).

Gráfico 55 – Percentual de internações por CSAP, gravidez, parto e puerpério e demais diagnósticos – Curitiba-PR, 2017 a 2024*.

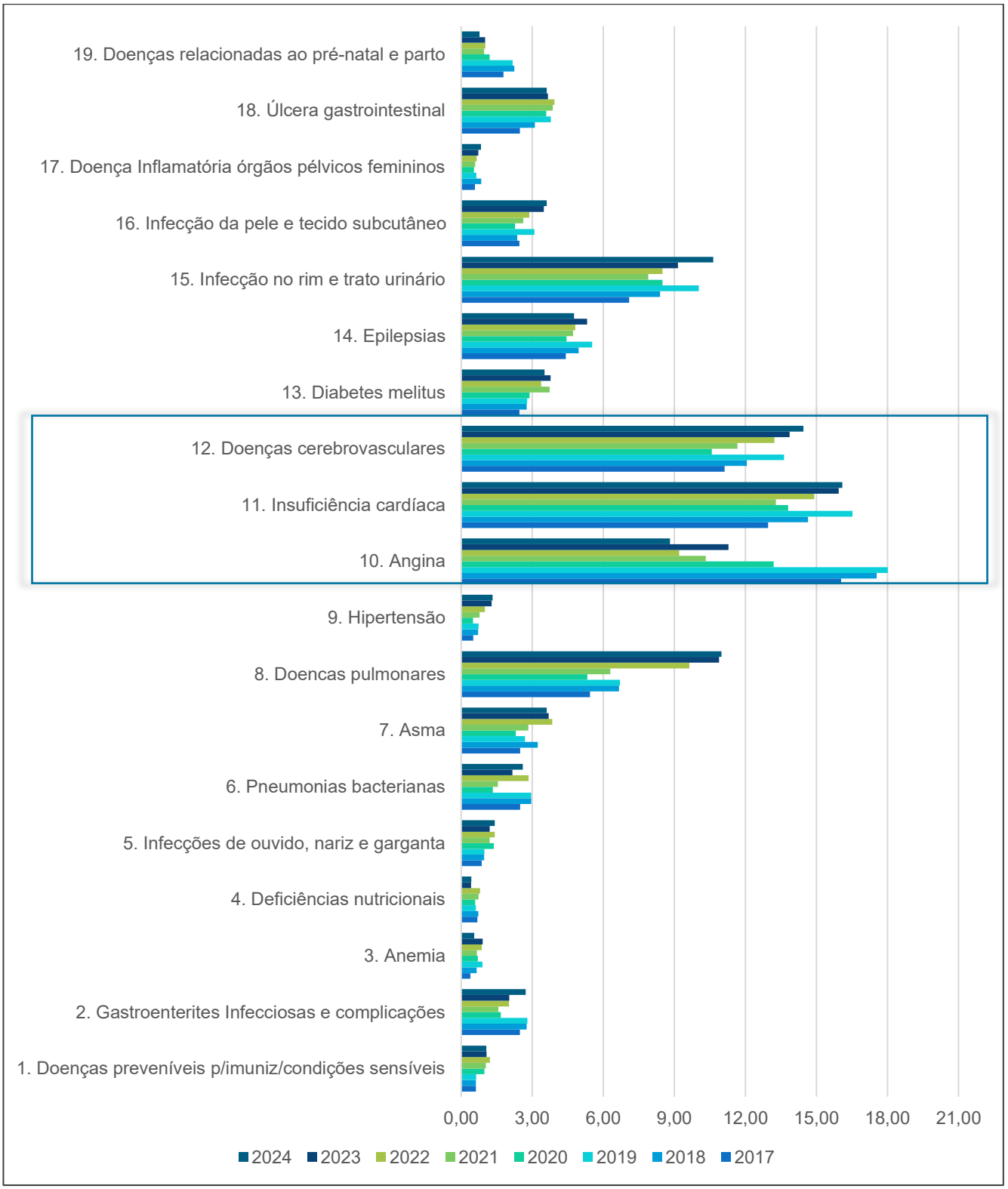


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS). Dados extraídos em 10/03/2025.
*Os dados seguem preliminares, com banco até dezembro de 2024. Elaborado por: Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT/CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA.

O Gráfico 56 traz as taxas de internações por 10 mil habitantes segundo os 19 grupos de causas de CSAP, no período entre 2017 e 2024. Após análise verificou-se que as taxas de internação da grande maioria dos agravos apresentaram aumento de 2017 a 2019, declínio para o ano de 2020, e novo acréscimo até 2024, com exceção para as deficiências nutricionais, a anemia, a angina e doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

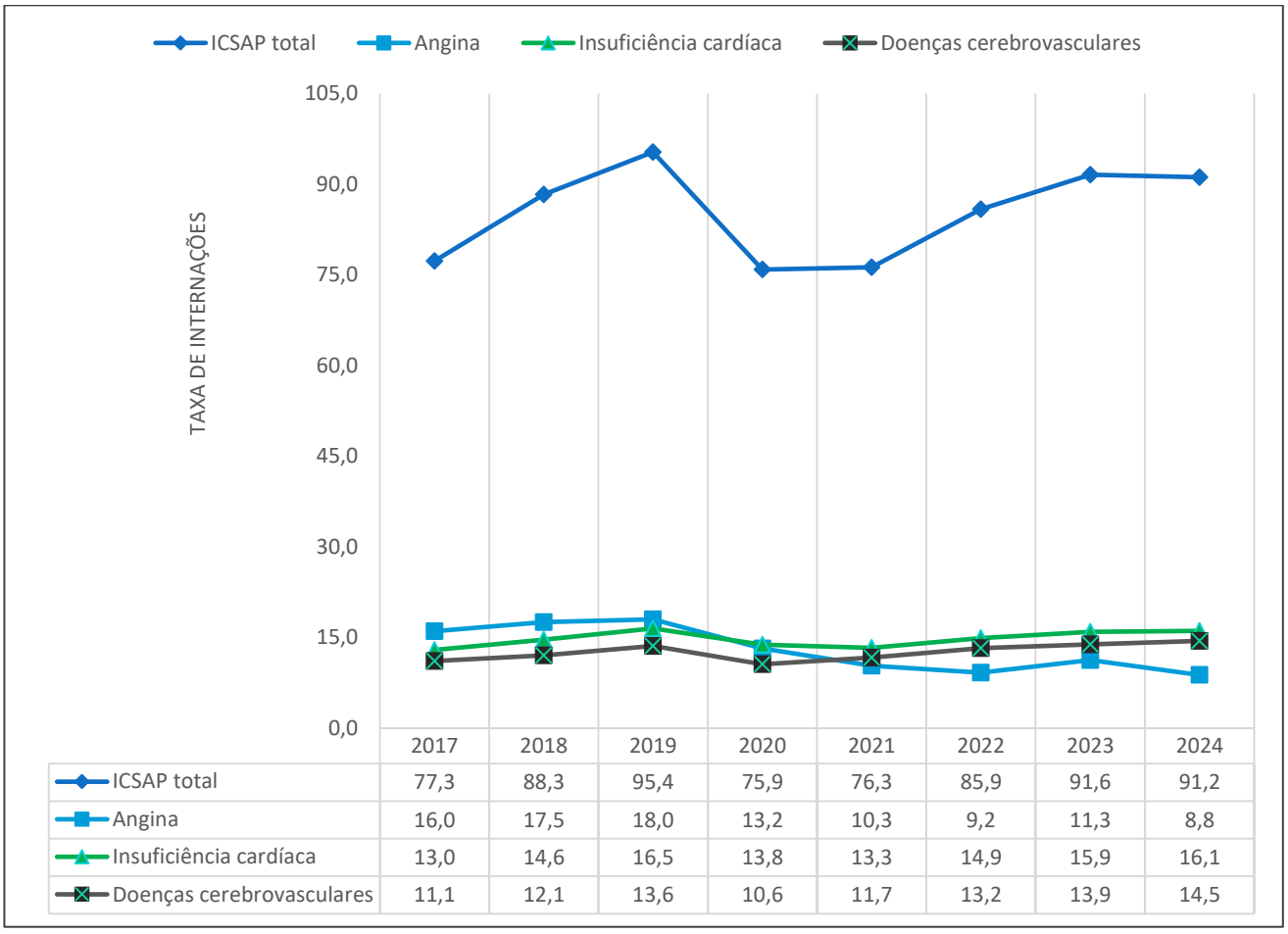
Considerando todo o período analisado, os três principais diagnósticos nos internamentos por CSAP (ICSAP) foram, nessa ordem, a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares e a angina (Gráfico 56 e 57).

Gráfico 56 – Taxa de internação por 10 mil hab., pelos 19 grupamentos de ICSAP, em residentes de Curitiba-PR, 2017 a 2024*.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS). Dados extraídos em 10/03/2025.
*Os dados seguem preliminares, com banco até dezembro de 2024. Elaborado por: Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT/CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA.

Gráfico 57 – Comparativo das taxas de internações por 10 mil hab., pelo total dos ICSAP e pelos 3 principais diagnósticos – Curitiba-PR, 2017 a 2024*.

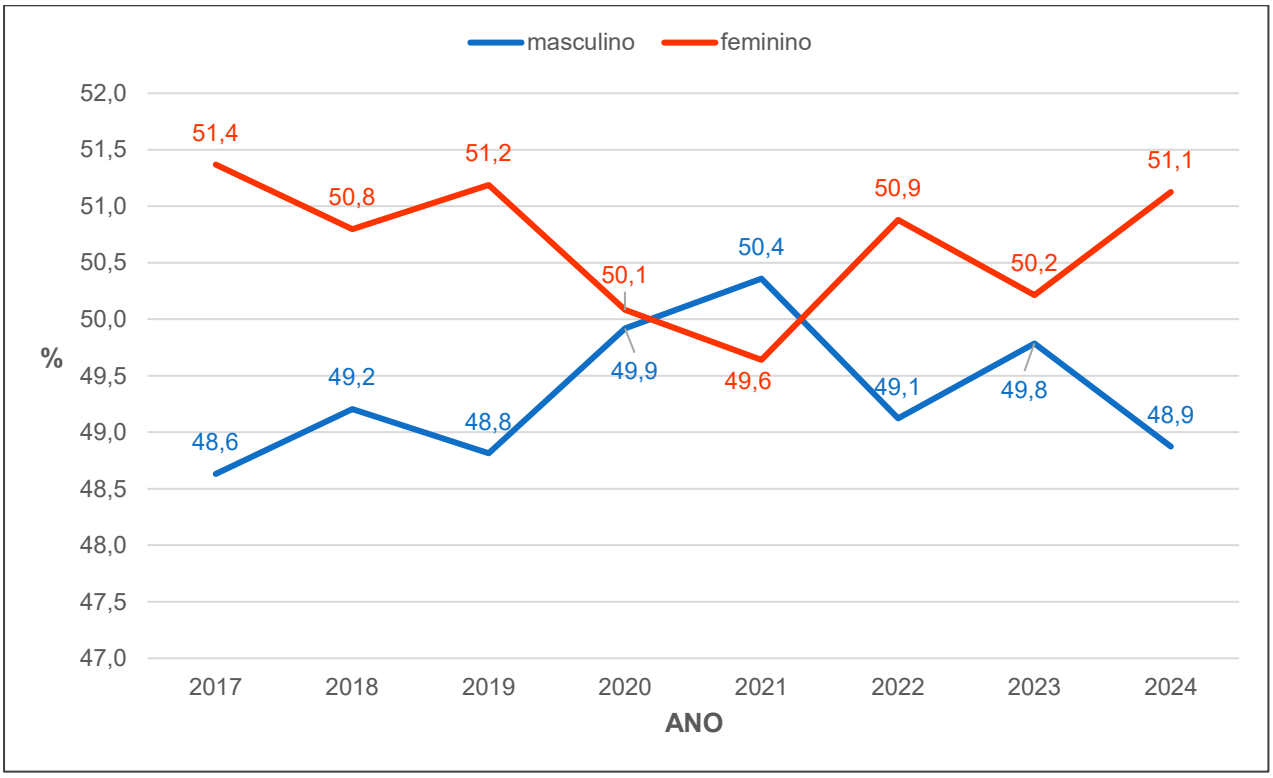


	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ICSAP total	77,3	88,3	95,4	75,9	76,3	85,9	91,6	91,2
Angina	16,0	17,5	18,0	13,2	10,3	9,2	11,3	8,8
Insuficiência cardíaca	13,0	14,6	16,5	13,8	13,3	14,9	15,9	16,1
Doenças cerebrovasculares	11,1	12,1	13,6	10,6	11,7	13,2	13,9	14,5

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS). Dados extraídos em 10/03/2025.
*Os dados seguem preliminares, com banco até dezembro de 2024. Elaborado por: Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT/CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA.

Outro aspecto relevante das ICSAP é a variação segundo o sexo, evidenciando maior frequência no sexo feminino ao longo de quase toda a série histórica, com exceção de 2021, quando os homens superaram o número de internações. Ressalta-se, contudo, que essa diferença é pouco expressiva, mantendo-se bastante próxima entre os sexos, com 50,7% para o feminino e 49,3% para o masculino em todo o período analisado (Gráfico 58).

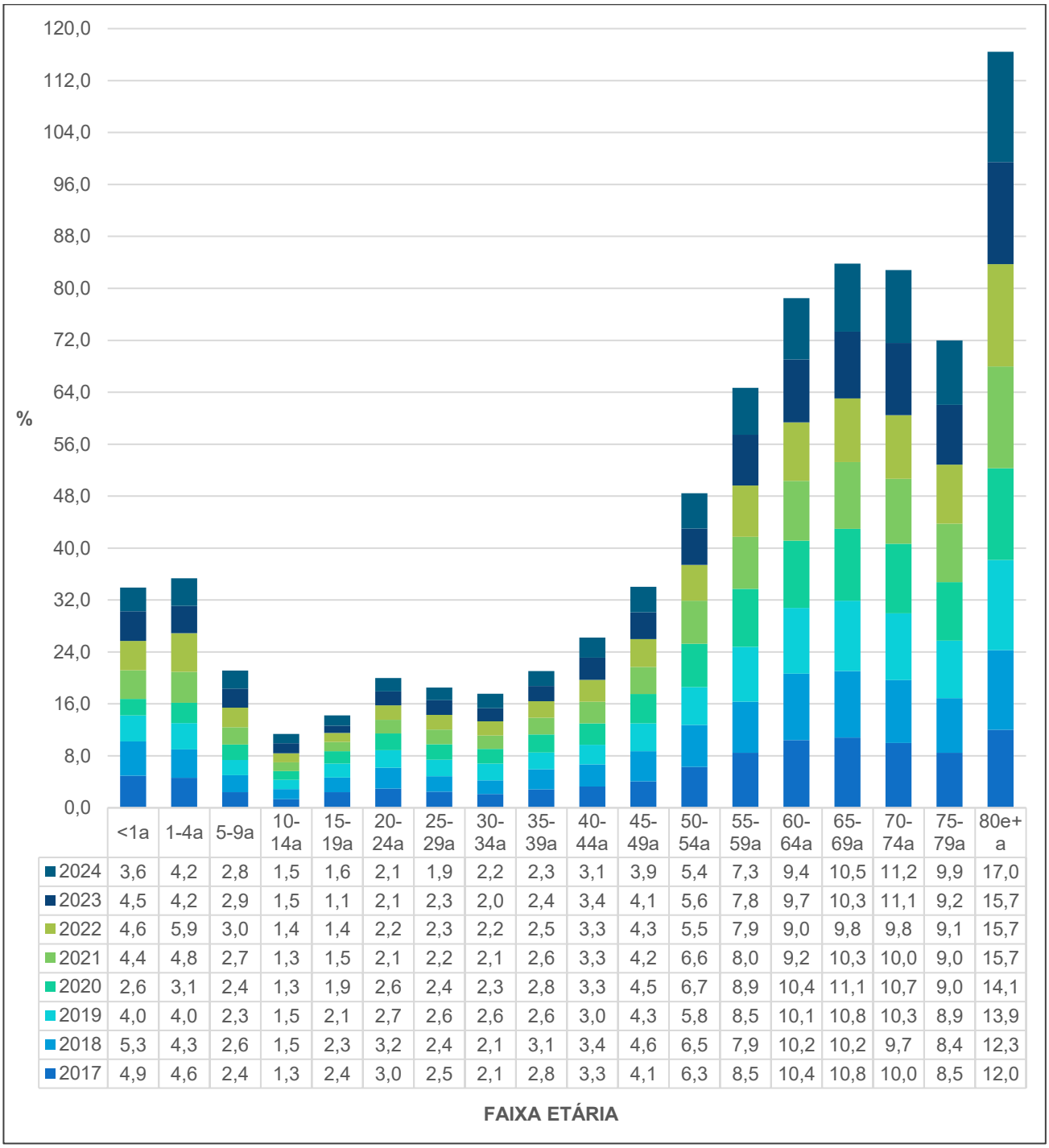
Gráfico 58 – Internações por CSAP segundo o sexo, em residentes de Curitiba-PR, 2017 a 2024*.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS). Dados extraídos em 10/03/2025.
*Os dados seguem preliminares, com banco até dezembro de 2024. Elaborado por: Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT/CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA.

Por fim, a análise do comportamento das ICSAP por faixa etária, no período de 2017 a 2024, evidencia significativa variação nos percentuais de internação, com maior concentração entre 50 e 79 anos e picos mais elevados na população com 80 anos ou mais, conforme demonstrado no Gráfico 59.

Gráfico 59 – Percentual de Internações por CSAP segundo a faixa etária, em residentes de Curitiba-PR, 2017 a 2024*.



	<1a	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	60-64a	65-69a	70-74a	75-79a	80e+a
2024	3,6	4,2	2,8	1,5	1,6	2,1	1,9	2,2	2,3	3,1	3,9	5,4	7,3	9,4	10,5	11,2	9,9	17,0
2023	4,5	4,2	2,9	1,5	1,1	2,1	2,3	2,0	2,4	3,4	4,1	5,6	7,8	9,7	10,3	11,1	9,2	15,7
2022	4,6	5,9	3,0	1,4	1,4	2,2	2,3	2,2	2,5	3,3	4,3	5,5	7,9	9,0	9,8	9,8	9,1	15,7
2021	4,4	4,8	2,7	1,3	1,5	2,1	2,2	2,1	2,6	3,3	4,2	6,6	8,0	9,2	10,3	10,0	9,0	15,7
2020	2,6	3,1	2,4	1,3	1,9	2,6	2,4	2,3	2,8	3,3	4,5	6,7	8,9	10,4	11,1	10,7	9,0	14,1
2019	4,0	4,0	2,3	1,5	2,1	2,7	2,6	2,6	2,6	3,0	4,3	5,8	8,5	10,1	10,8	10,3	8,9	13,9
2018	5,3	4,3	2,6	1,5	2,3	3,2	2,4	2,1	3,1	3,4	4,6	6,5	7,9	10,2	10,2	9,7	8,4	12,3
2017	4,9	4,6	2,4	1,3	2,4	3,0	2,5	2,1	2,8	3,3	4,1	6,3	8,5	10,4	10,8	10,0	8,5	12,0

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS). Dados extraídos em 10/03/2025.

*Os dados seguem preliminares, com banco até dezembro de 2024. Elaborado por: Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT/CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA.

9. CENTRO DE SAÚDE AMBIENTAL – CSA

O Centro de Saúde Ambiental – CSA atua por competência e responsabilidade legal, no controle de riscos que de alguma forma possam afetar a saúde humana. A ação está voltada 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.

O SUS tem como diretrizes principais a descentralização, a integralidade do atendimento com prioridade à prevenção e a participação da comunidade. A atividade do Centro de Saúde Ambiental, portanto, não somente faz parte das competências do SUS como tem caráter prioritário, por sua natureza essencialmente preventiva. Vista dessa forma é um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o SUS na busca da concretização do direito social à saúde, por meio de sua função principal de eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido na produção, circulação e no consumo de produtos, processos e serviços.

O processo educativo também permeia todas as intervenções, numa busca contínua da incorporação da responsabilidade no que tange à qualidade e segurança em quaisquer processos de produção e consumo.

O CSA é a instância responsável pelo planejamento e gerenciamento das macro diretrizes que norteiam as ações de Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Unidade de Vigilância e Zoonoses e de Vigilância em Saúde do Trabalhador, 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 saúde e de interesse à saúde, incorporando a visão de proteção do meio ambiente e trabalhador, tendo como base as legislações sanitárias federal, estadual e/ou municipal, abordando também o conceito da “Saúde Única”, que considera a interconexão entre a saúde humana, animal, vegetal e ambiental.

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

9.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA – VISA

As ações de Vigilância Sanitária 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.

O mapa estratégico da VISA tem por objetivo traduzir de forma visual como a missão deste setor será cumprida e a visão de futuro a ser alcançada (Figura 14):

Figura 14 – Mapa estratégico 2025-2028 Vigilância Sanitária de Curitiba.



Fonte: VISA Curitiba, 2025.

Considerando o risco sanitário dos diferentes ramos de atividade, a VISA possui uma Programação Anual das Ações Prioritárias em Vigilância Sanitária – PAVS, a qual monitora as inspeções sanitárias de atividades de maior risco no município, considerando as pactuações realizadas com a Secretaria de Saúde Estadual, assim como a classificação de risco estabelecida em legislações sanitárias.

Realiza também os processos autorizatórios, como inspeção para Licença Sanitária, análise sanitária de projetos arquitetônicos, projetos de proteção radiológica, autorizações

de numerações para receituários de controle especial, verificação do cumprimento do plano de gerenciamento de resíduos de saúde e do atendimento de denúncias e reclamações, advindas de diversos órgãos, Central 156 e Ouvidorias, do município e da ANVISA.

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. A VISA organiza-se nos serviços básicos:

➢ Alimentos: indústrias, fábricas, cozinhas industriais, cozinhas dos estabelecimentos assistenciais de saúde, Banco de Leite Humano, estabelecimentos que fornecem alimentos preparados preponderantemente para empresas, cantinas, restaurantes, lanchonetes, panificadoras, açougues, comércio varejista e atacadista de produtos alimentícios. Além das inspeções sanitárias, também são realizadas reuniões (audiências públicas) com o setor regulado, por atividades de interesse à saúde, a fim de realizar orientações, harmonizar as ações e sanar dúvidas.

➢ SIM-CURITIBA: O Serviço de Inspeção Municipal de Produtos de origem Animal de Curitiba, está vinculado ao Centro de Saúde Ambiental e foi instituído em 24/05/2001 através da Lei Municipal n°10.168/2001. É responsável por desenvolver atividades que visam o controle da qualidade e dos serviços relacionados aos produtos alimentícios de origem animal com venda exclusiva dentro do município de Curitiba.

➢ Produtos de Interesse à Saúde: medicamentos e insumos farmacêuticos, cosméticos, produtos de higiene e perfumes, saneantes domissanitários e produtos para a saúde.

➢ Serviços de interesse à saúde: escolas, creches, ILPIs (instituições de longa permanência para idosos), comunidades terapêuticas

➢ Serviços de saúde: Hospitais, clínicas, radiodiagnóstico e de apoio diagnóstico e terapêutico, laboratórios

As avaliações são feitas em 100% das instituições hospitalares, para fins de liberação de Licença Sanitária aos estabelecimentos. Ocorrem também sistematicamente inspeções 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 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.

Referente à verificação da estrutura física dos estabelecimentos de interesse à saúde, a VISA de Curitiba realiza análise de projetos arquitetônicos das empresas que pretendem desenvolver as atividades previstas na Resolução Municipal nº 01/2018, tais como Fabricantes de Medicamentos, Alimentos, Instituições de Longa Permanência de Idosos, Hospitais, entre outras, considerando o risco sanitário.

9.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

A saúde ambiental é uma área essencial da saúde pública, dedicada a estudar e reduzir os impactos que fatores ambientais, sejam eles naturais ou resultantes da atividade humana, têm sobre a saúde humana. Este campo integra conhecimento científico, formulação de políticas públicas e ações práticas, visando melhorar a qualidade de vida das pessoas dentro de uma perspectiva sustentável.

As ações desenvolvidas na área de Vigilância em Saúde Ambiental estão sob responsabilidade da Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental (CVSA) integrando o Centro de Saúde Ambiental (CSA). As equipes distritais de Vigilância em Saúde desenvolvem também as ações de Vigilância Ambiental, no seu território.

A CVSA, no nível central, é responsável pelo planejamento e elaboração de diretrizes gerais, em conjunto com os Distritos Sanitários, seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde em consonância com o Plano Municipal de Saúde de Curitiba. Os Distritos Sanitários são responsáveis pela execução e acompanhamento local das ações.

Áreas de atuação:

- Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano;
- Vigilância de Populações expostas a contaminantes químicos;
- Vigilância de Desastres
- Monitoramento do Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde dos equipamentos de saúde gerenciados pela SMS.
- Acompanhamento de Acumuladores Compulsivos.
- Monitoramento das questões que envolvem mudanças climáticas e sua influência na saúde da população.

Os técnicos da área de Vigilância em Saúde Ambiental atuam conjuntamente ao serviço de Vigilância Sanitária, desta forma também são responsáveis por inspeções de cunho sanitário, voltadas para o atendimento de denúncias/solicitações, orientações e licenciamento sanitário. São responsáveis, na sua maioria, pelos ramos de atividade que tenham interface ambiental, tais como empresas controladoras de pragas e vetores, empresas que façam uso de piscinas, empresas que realizam gerenciamento de resíduos (geral e de saúde).

9.3 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, realiza as seguintes ações para o monitoramento e enfrentamento do *Aedes aegypti*:

1. Monitoramento da presença do vetor no Município através da vistoria semanal de 2000 armadilhas distribuídas em todo o território.
2. Pesquisa larvária em pontos estratégicos (PE), em ciclos mensais, com tratamento focal e/ou residual, quando encontradas larvas nos criadouros.
3. 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.
4. 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.
5. Tratamento focal e/ou residual em imóveis com foco positivo conforme indicação técnica.
6. Visitas com orientação e remoção de criadouros em imóveis urbanos (residências, comércios, indústrias, órgãos públicos, terrenos baldios, entre outros) e infraestruturas públicas (praças, parques, jardins, bueiros, etc) do território municipal.
7. Mutirões de Recolhimento de Resíduos em parceria com a SMMA com o intuito de reduzir os depósitos e possíveis criadouros para o mosquito acumulados nas residências e outros imóveis do município.
8. Uso de Estações Disseminadoras de Larvicida para o controle do *Aedes aegypti.*

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).

9.4 UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES – UVZ

Conforme estabelecido pela Portaria de Consolidação nº 5 de 2017 (art. 230 a 237), do Ministério da Saúde, a Unidade de Vigilância de Zoonoses tem como atribuição a vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. Dentre as principais atividades desenvolvidas pela UVZ, destacam-se:

➢ *Vigilância da Raiva*

1. Remoção de morcego suspeito de estar infectado com o vírus da raiva, quando observado em horário, local e atitude não habitual, no interior de imóvel residencial, comercial, equipamento público, entre outros.
2. Vacinação antirrábica canina e felina como medida de prevenção à raiva, funcionando como posto fixo de atendimento aos responsáveis pelo animal.
3. Observação de cães e gatos agressores que não possuam um tutor ou responsável pelos mesmos, no período de 10 dias.

➢ *Vigilância da Leptospirose*

1. Atividades de educação em saúde com foco no manejo ambiental e medidas de prevenção à leptospirose. Em áreas de risco, quando necessária, realiza-se intervenção química com raticida, visando ao controle populacional de roedores.
2. Apoio técnico aos distritos sanitários nas questões relacionadas à infestação por roedores, fundamentado em estratégias de manejo ambiental e educação em saúde.
3. Investigação ecoepidemiológica de casos humanos confirmados, com objetivo de determinar o Local Provável de Infecção (LPI).

➢ *Vigilância da Fauna Sinantrópica*

1. Identificação de espécies animais, peçonhentos ou venenosos, de relevância à saúde pública.

2. Ações de educação em saúde destinadas à população e profissionais de saúde quanto ao manejo, prevenção e controle de animais peçonhentos ou venenosos.
3. Apoio técnico aos distritos sanitários nas situações relacionados aos animais peçonhentos ou venenosos (escorpiões, lagartas, aranhas, percevejos, entre outros);

➢ *Vigilância da Febre Amarela*

1. Vigilância passiva de primatas não humanos (bugios, saguis), animais considerados como sentinelas para a doença.
2. Encaminhamento de amostras para diagnóstico laboratorial em toda situação que ocorra detecção de morte de primata não humano.
3. Ações de educação em saúde direcionadas à população e profissionais de saúde.

➢ *Vigilância da Esporotricose*

1. Fornecimento gratuito da medicação principal para o tratamento da esporotricose, Itraconazol 100mg, aos tutores ou responsáveis por gatos ou cães acometidos.
2. Ações de educação em saúde direcionadas à população quanto à prevenção, tratamento e controle da doença em felinos e caninos.
3. Orientações direcionadas aos tutores que buscam medicação para os animais acometidos (gatos e cães) sobre os principais aspectos da doença, bem como a guarda responsável, visando estimular a manutenção do animal domiciliado.
4. Capacitação direcionada a profissionais médicos veterinários clínicos, equipes de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros.

➢ *Vigilância de outras Zoonoses*

1. leishmaniose visceral canina, hantavirose, entre outras.
2. Ações que visam o fortalecimento das estratégias de prevenção e enfrentamento ante todo caso suspeito.

9.5 SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador em Curitiba, inserida no Centro de Saúde Ambiental desde 1995, articula-se pela atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Municipal de Curitiba, homologado em 2009. O CEREST tem como prerrogativa atuar como articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, buscando

a integração com as ações da assistência à saúde, prevenção, controle e enfrentamento dos problemas de saúde coletiva como as mortes, acidentes e doenças relacionados com o trabalho. São de sua competência realizar inspeções e ações sobre ambientes e processos de trabalho, identificando causas, riscos e orientando/determinando as ações necessárias para a prevenção da ocorrência de acidentes, considerando sua evitabilidade.

Como ações de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador, compete ao CEREST realizar a avaliação da completude e consistência das Fichas de Notificação dos Agravos de Notificação Compulsória de Saúde do Trabalhador (*Acidente de trabalho, Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico, Dermatoses Ocupacionais, Distúrbios de voz relacionados ao trabalho, Intoxicação Exógena relacionada ao trabalho, Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER/DORT, Perda Auditiva relacionada ao trabalho - PAIR, Pneumoconioses relacionadas ao trabalho e Transtornos mentais relacionados ao trabalho*) e dos indicadores municipais de saúde do trabalhador (mortalidade e morbidade), visando a atuação baseada em evidência, para fundamentar a adoção de medidas preventivas sobre a ocorrência dos agravos de saúde do trabalhador mais graves e prevalentes.

O CEREST atua como referência e apoio matricial, tanto para as equipes de assistência, por meio da Telerregulação em Medicina do Trabalho, quanto para as equipes de vigilância sanitária e epidemiológica distritais, fornecendo orientações e atuando juntamente com suas equipes, em processo de educação permanente.

Algumas das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde – Área técnica de Saúde do Trabalhador e pelas esferas estadual e municipal de atuação em saúde do trabalhador são:

- Atuar junto às estruturas que compõem a rede local de atenção integral à Saúde do Trabalhador, como elementos da RENAST, tais como os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, as UPAS e as UBS;
- Atuar junto aos hospitais e serviços de saúde, buscando o cumprimento dos indicadores estabelecidos no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, visando o alcance da meta estabelecida para preenchimento qualificado dos campos referentes à ocupação e atividade econômica, nas fichas de notificação de agravos relacionados ao trabalho: Item 13 da Portaria GM/MS nº 233/2023;
- Cumprir as metas estabelecidas pelo PROVIGIA PARANÁ - RESOLUÇÃO SESA N.º 1.102/2021 DELIBERAÇÃO CIB/PR N.º 341/2021, quanto as ações 5 e 6 de “promover capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais da atenção e/ou

vigilância em saúde e investigar 100% dos acidentes de trabalho (at) típicos que resultaram em óbito e amputação e investigar 100% dos at com crianças e adolescentes (típicos e de trajeto) e registrar no sistema SIATEP";

- Realizar e manter as atividades de TELERREGULAÇÃO em Medicina do Trabalho, sobre os encaminhamentos realizados pela equipe da APS, para a unidade especializada de referência em Saúde do Trabalhador (UST – Unidade de Saúde do Trabalhador), instalada no Hospital do Trabalhador, conforme estabelecido na contratualização com essa entidade hospitalar;
- Monitorar os indicadores de VISAT que avaliam as ações de assistência, vigilância e educação permanente em saúde do trabalhador, estabelecidos pela metodologia do QUALIFICA CEREST - instrumento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) que monitora as ações dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

10. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção do sistema de saúde e representa a principal estratégia para a organização dos serviços em redes coordenadas, integradas e resolutivas. Trata-se de um conjunto articulado de práticas que visam atender às necessidades de saúde individuais e coletivas por meio de ações contínuas, acessíveis, integrais e baseadas em evidências científicas. Conforme definido na Declaração de Alma-Ata (1978), a APS compreende cuidados essenciais de saúde prestados com ampla participação comunitária, sustentáveis do ponto de vista econômico e culturalmente aceitáveis, e deve estar ao alcance de todos, representando o pilar de sustentação de sistemas universais como o Sistema Único de Saúde (SUS).

Construir uma APS de qualidade, resolutiva e centrada na pessoa é essencial para garantir o direito à saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988. Além de ser porta de entrada prioritária para os demais níveis de atenção, a APS é responsável pela coordenação do cuidado, ordenação das ações e serviços de saúde, vínculo longitudinal com os usuários e orientação familiar e comunitária. Atua em todos os ciclos de vida com foco em promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

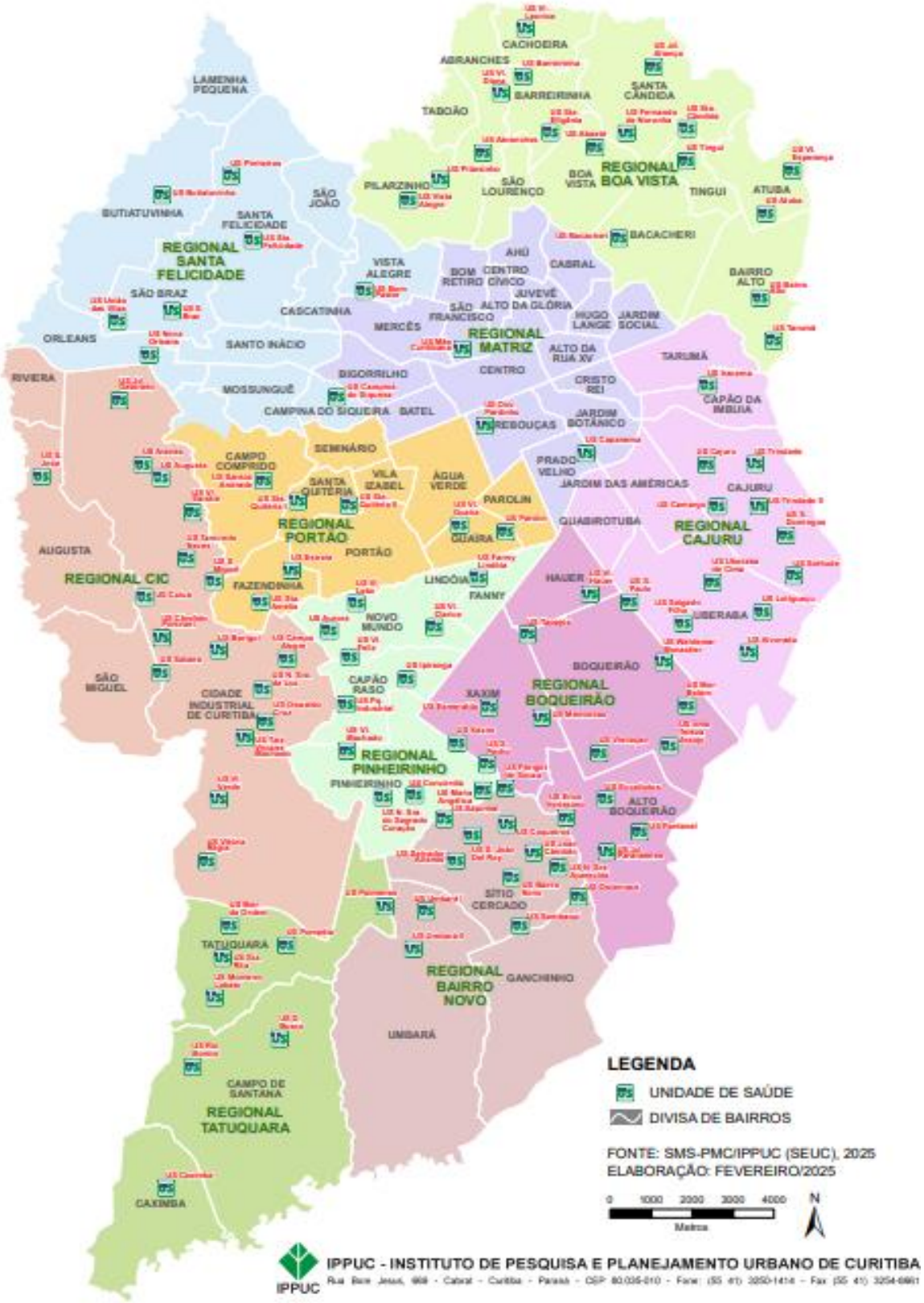
Evidências nacionais e internacionais indicam que sistemas de saúde sustentados por uma Atenção Primária à Saúde (APS) robusta apresentam melhores resultados em saúde,

maior equidade, maior satisfação dos usuários e uso mais eficiente dos recursos, com redução dos custos assistenciais. No Brasil, estima-se que entre 50% e 70% da população tenha no Sistema Único de Saúde (SUS) sua principal fonte de cuidado. Em Curitiba, embora cerca de 55,3% da população estivesse vinculada à saúde suplementar em novembro de 2025, a ampla variação na cobertura dos planos reforça o papel estratégico da rede pública, que permanece como referência indispensável, inclusive para usuários com cobertura parcial.

Historicamente, Curitiba consolidou uma rede municipal de saúde robusta, com foco na regionalização e na territorialização das ações.

A Atenção Primária em Saúde em Curitiba conta com 109 Unidades de Saúde (US), destas 53 com Estratégia de Saúde da Família. (Figura 15).

Figura 15 – Unidades de Saúde e área de abrangência, Curitiba, 2025.



Fonte: IPPUC, 2025.

Para as ações desenvolvidas, as Unidades de Saúde contam com equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, 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.

Essas equipes são responsáveis por conhecer o perfil epidemiológico da população adscrita, desenvolver ações planejadas com base em dados e evidências, estabelecer vínculo com os usuários e prestar cuidado integral e contínuo.

A qualificação do cuidado tem sido impulsionada por iniciativas como a ampliação do acesso, o uso de tecnologias da informação, a integração com outros níveis de atenção e a adoção de protocolos clínicos e ferramentas de monitoramento e avaliação.

Dessa forma, a APS em Curitiba ocupa papel central na garantia do acesso, na equidade e na efetividade da atenção à saúde, sendo estratégica para a sustentabilidade do sistema e para a melhoria dos indicadores populacionais. O desafio contemporâneo é ampliar sua resolutividade e capacidade de resposta, incorporando inovação, fortalecendo a governança local e promovendo a intersetorialidade para enfrentar os determinantes sociais da saúde.

As equipes da atenção primária à saúde (APS) foram redefinidas conforme Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020, sendo: 181 equipes de Saúde da Família (eSF), 233 equipes de Atenção Primária (eAP), 309 equipes de Saúde Bucal (eSB), 18 equipes eMulti e 3 equipes Consultório na Rua (CNES, dez/2025).

A construção de um modelo de atenção à saúde centrado na Atenção Primária e no enfrentamento das doenças e condições crônicas tem sido um elemento decisivo para a consolidação de um sistema de saúde público robusto em Curitiba. Esse modelo orienta-se pela busca contínua da ampliação do acesso e da qualificação dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da incorporação de metodologias inovadoras e práticas assistenciais baseadas em evidências.

Nesse contexto, foi elaborado em 2023 o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (APS), com o propósito de adequar e fortalecer a APS como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O Plano apresenta uma visão estratégica de futuro, com foco na ampliação do acesso qualificado, marcado pela agilidade, eficiência e resolutividade dos serviços.

Com base nos princípios fundamentais do SUS – universalidade, equidade e integralidade –, o Plano Diretor tem como objetivo organizar a APS de forma inclusiva e sustentável, reforçando seu papel como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Curitiba, ao longo das últimas décadas, vem consolidando essa diretriz, incorporando avanços importantes na estrutura, nos processos de trabalho e nas relações com a população.

A capital paranaense enfrenta atualmente importantes transformações no seu perfil demográfico e epidemiológico. Observa-se uma expressiva redução da taxa de natalidade e um aumento dos grupos populacionais de maior idade, refletindo o processo de envelhecimento populacional. Paralelamente, há um crescimento nas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis e de agravos decorrentes de causas externas (como acidentes e violência), exigindo do sistema de saúde novas estratégias de atenção e gestão.

Para responder a esse cenário, o município tem investido na inovação dos processos de trabalho, com a incorporação de tecnologias digitais, sistemas de informação e novas práticas assistenciais. Essas inovações têm fortalecido a APS e contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

A definição do Plano Diretor da APS no Plano Municipal de Saúde representa um esforço de compatibilização entre os aprendizados acumulados ao longo de décadas e os desafios atuais e futuros da saúde pública. Trata-se de um instrumento que integra o planejamento estratégico, tático e operacional da gestão em saúde, promovendo o alinhamento institucional em torno da transformação e do aperfeiçoamento contínuo do sistema.

O Plano está estruturado em três diretrizes centrais:

1. Processo de trabalho e modelo assistencial: com foco na integralidade, longitudinalidade do cuidado e na resposta efetiva às necessidades da população;
2. Equipes de saúde: valorizando a multidisciplinaridade, o vínculo com os usuários e a qualificação profissional;
3. Estrutura física e organizacional: visando a adequação das Unidades de Saúde, melhoria das condições de trabalho e suporte tecnológico.

Além dessas diretrizes, o Plano incorpora estratégias específicas para o enfrentamento das iniquidades em saúde, por meio do Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades de Saúde (IVAB). Instituído pelo Decreto Municipal nº 638, de 21 de junho de 2018, o IVAB é uma ferramenta que orienta a alocação de recursos e o planejamento de ações em saúde de forma equitativa, a partir de dados da população

residente nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde e do Índice de Vulnerabilidade das Famílias do Paraná (IVF-PR), desenvolvido pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES).

O Plano também reconhece que as demandas relacionadas a condições agudas e situações de urgência e emergência fazem parte do escopo de atenção da APS. Tais casos devem ser acolhidos pelas Unidades de Saúde conforme os fluxos institucionais definidos, sendo a priorização baseada na avaliação de risco, garantindo resposta oportuna e qualificada.

Assim, o Plano Diretor da APS de Curitiba representa um marco na qualificação da gestão e do cuidado em saúde no município, reforçando o compromisso com a equidade, a eficiência e a melhoria contínua dos serviços prestados à população.

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.

De forma complementar às estratégias presenciais e comunitárias já consolidadas, o Município mantém em funcionamento a estratégia de telemonitoramento estruturado para acompanhamento de condições crônicas, com ênfase na Hipertensão Arterial Sistêmica e nos transtornos mentais prevalentes na população adulta, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica.

A iniciativa organiza o cuidado a partir de um modelo híbrido de atenção, que integra atendimentos presenciais e teleconsultas, fortalecendo a longitudinalidade do cuidado, o vínculo entre usuários e equipes e a coordenação assistencial pelas equipes de referência. A estratégia baseia-se na estratificação de risco clínico dos usuários, com inclusão em rotinas periódicas de telemonitoramento, realização de teleconsultas médicas e de enfermagem e teleatendimento multiprofissional, quando indicado.

Essa abordagem contribui para ampliar o acesso aos serviços, qualificar a regularidade do acompanhamento das pessoas com condições crônicas, fortalecer a adesão ao tratamento e reduzir episódios de descompensação e internações por condições sensíveis à Atenção Primária, consolidando um modelo de cuidado centrado na pessoa e alinhado às metas institucionais de qualidade assistencial.

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 538 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.

10.8 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.

10.9 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.

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 2024 era composta por 6.177 leitos hospitalares. Sendo 3.122 leitos SUS (2.990 vinculados na esfera municipal e 132 na esfera Estadual), conforme informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES[8]. 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 são cadastrados segundo o tipo de assistência médica desenvolvida, podendo ser cirúrgicos, clínicos, complementares (abrangem Unidades de

[8] Consulta em dezembro 2024.

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 19.

Tabela 19 – Total de Leitos Hospitalares em Curitiba, dezembro 2024.

Tipos de Leitos	Existente	SUS
Cirúrgicos	1.791	727
	1.714	1.087
Complementares	1.044	472
Obstétricos	319	177
Pediátricos	338	251
Outras Especialidades	536	341
Hospital Dia	435	67
Total Geral	6.177	3.122

Fonte: CNES acesso em 14/07/2025 e CNES competência dezembro/24.

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. 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 20, apresenta-se a Rede de Atenção Psicossocial RAPS de Curitiba:

Tabela 20 – 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.

13.1 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.

13.2 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.

13.3 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.

13.4 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.

13.5 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.

13.6 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.

14. 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.

15. 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.

16. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O Centro de Educação em Saúde (CES) é o setor da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba voltado à promoção da qualificação permanente dos profissionais da SMS no município. Sua atuação compreende o planejamento, a coordenação e o gerenciamento de ações educacionais voltadas ao fortalecimento do conhecimento técnico, científico e ético em saúde pública, sejam nas modalidades presenciais e de ensino à distância. Constitui-se como uma Unidade Executora vinculada à Escola de Administração Pública do Instituto Municipal de Administração Pública (EAP/IMAP).

Entre suas atribuições, destaca-se o planejamento, a organização e o gerenciamento de ações educacionais internas, como cursos, oficinas, treinamentos e demais estratégias formativas, e fomenta a participação dos(as) servidores(as) municipais em atividades externas à SMS, incluindo congressos, seminários, jornadas e cursos de formação e aperfeiçoamento, promovendo a valorização profissional e o intercâmbio de saberes.

Cabe ao CES a gestão de bolsas de estudo para níveis médio e de pós-graduação, contribuindo para o desenvolvimento acadêmico dos trabalhadores da SMS.

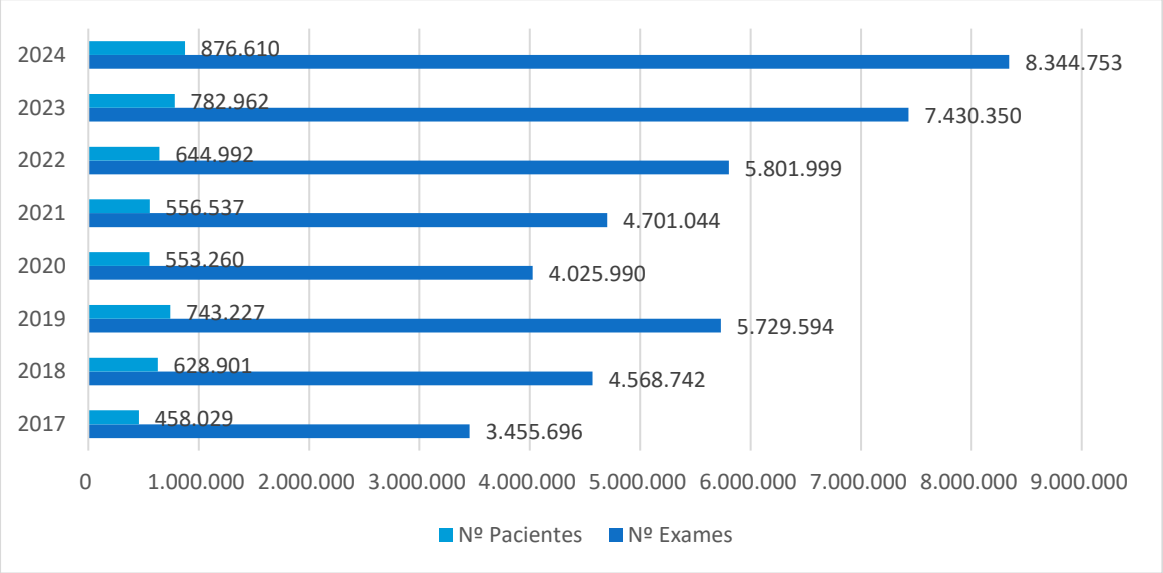
No campo da integração ensino-serviço-comunidade, o CES desempenha papel central na articulação entre a SMS e as instituições de ensino conveniadas, sendo responsável pelo gerenciamento de estágios curriculares obrigatórios e não obrigatórios, práticas acadêmicas supervisionadas e cenários de aprendizagem em serviço. Estabelece convênios ou termos de cooperação com as instituições de ensino, que possibilitam a articulação de ações de fortalecimento da formação de estudantes, possibilitando o acesso aos cenários de práticas para a produção de vivências nos territórios de saúde. Ações curriculares dos cursos técnicos e de graduação que qualificam a prática profissional e promovem o compromisso social com o SUS Curitiba.

17. 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.

Gráfico 60 – Série histórica Laboratório Municipal de Curitiba, 2017-2024.



Fonte: Laboratório Municipal de Curitiba, 2025.

Em 2024, foram realizados 8.344.753 exames atendendo a mais de 876 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 109 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.

18. 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).

18.1 COORDENAÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS (CRM):

A Coordenação de Recursos Materiais (CRM) é composta por CRM Suprimentos e CRM Almoxarifado Central, setores que desempenham um papel fundamental na relação entre o mercado fornecedor (distribuidores, indústrias e importadores) e o consumidor final (equipamentos de saúde da SMS).

Seguem as cinco principais ações estratégicas realizadas no setor CRM:

1. **Gestão estratégica de compra e controle de suprimentos:**

A CRM Suprimentos está dividida em 5 grupos, essencialmente:

- Medicamentos - com aproximadamente 310 medicamentos adquiridos por processo licitatório;
- Insumos médicos e de enfermagem - com aproximadamente 360 tipos de materiais;
- Insumos odontológicos - com aproximadamente 420 tipos de materiais;

- Insumos de expediente/higiene/limpeza - com aproximadamente 130 tipos de materiais;
- Materiais permanentes - com aproximadamente 120 itens.

É o setor da Superintendência Executiva, responsável pelo controle de estoque, planejamento das aquisições ordinárias, compras administrativas de ressuprimento, compras emergenciais, compras para atendimento de determinações judiciais, monitoramento de empenhos, acompanhamentos das entregas, intimações, e processos administrativos por inexecução contratual. Mensalmente são empenhados aproximadamente 6,5 milhões de reais em ressuprimento de materiais, sendo a maior parcela com medicamentos, aproximadamente 5 milhões de reais mensais.

No ano de 2024, a CRM realizou 224 processos de compras administrativas. Além disso, 19 renovações de contratos de manutenção e 10 andamentos de novos contratos. Foram emitidos e monitorados 2.435 empenhos, e realizadas 448 intimações por inexecução contratual (atraso de entrega ou inconformidade de material). Ainda, em 2024 a CRM – Suprimentos estabeleceu, com base nos regulamentos o modelo de ETP para a SMS e a padronização da juntada para as compras administrativas por pregão eletrônico, dispensa de licitação e inexigibilidade, face a Lei de Licitações 14.133/2021.

2. Gerenciamento logístico e distribuição:

O CRM Almoxarifado Central garante o recebimento qualificado dos materiais e insumos, armazenamento seguro e distribuição eficiente para unidades de saúde, garantindo a disponibilidade dos insumos necessários para o atendimento dos serviços finais. Além dos materiais considerados consumíveis, existe toda a logística de mobiliário e equipamentos médicos considerados permanentes. Por dia, são providenciados aproximadamente 10 pedidos periódicos, e uma média de 50 solicitações extras, além da entrega dos equipamentos médicos, distribuição após as manutenções, retirada do material das UBS para mudanças, reformas e o retorno para as inaugurações.

A gestão dos materiais de consumo e distribuição está subdivida em grupos e seus itens contabilizados no Almoxarifado 2 - SGP:

• Médico – enfermagem: 364 itens, destes 317 itens de consumo e distribuição, 40 instrumentais, 07 itens de demanda judicial.

• Medicamentos: 519 itens, destes 210 itens são recebidos do Ministério da Saúde e do Governo do Estado, 65 itens são de demanda judicial, 25 itens de solicitação especial (distribuição) e 219 itens compõem a Farmácia Curitibana (uso interno e distribuição).

• Odontologia: 424 itens, destes 292 itens de consumo e distribuição e 132 instrumentais.

• Grupos ostomias – 47 itens, coberturas especiais – 13 itens e leites e dietas – 47 itens. Além dos grupos próprios da saúde, a CRM ainda faz gestão de 40 itens de limpeza/higiene/cozinha, 04 itens de informática, 72 itens de expediente e 15 tipos de impressos.

• Total de itens ordinários e de ressuprimento: 1664 unidades.

Neste ano de 2025, a CRM – Almoxarifado assume a gestão dos insumos da Central de Vacinas. Estes itens passam a sair nos pedidos periódicos e assumir assim como todos os demais itens, uma rotina única.

3. Acompanhamento de contratos e manutenção de equipamentos:

O setor de Gerência de Material Permanente da CRM Almoxarifado Central é responsável pelo planejamento, execução e acompanhamento dos contratos de manutenção de equipamentos médicos, assegurando a funcionalidade dos dispositivos essenciais para o atendimento de saúde pública. São 32 contratos de manutenção de materiais/equipamentos, 4 contratos de fornecimento de material/comodatos e 01 contrato de prestação de serviço de carga e descarga.

4. Gestão documental:

O Arquivo Geral da CRM Almoxarifado realiza a qualificação, arquivamento e descarte de documentos conforme normas de temporalidade, garantindo a integridade e organização das informações administrativas. Existe no Almoxarifado da Saúde, na Rua Joao Bettega, 3350, um pavilhão com 80 prateleiras, aproximadamente 1000 metros quadrados de caixas de documentos, e um funcionário fazendo todo o controle.

5. **Aquisição, acompanhamento e prestação de contas de emendas parlamentares:**

As compras de itens permanentes são aquelas realizadas na sua maioria por pregão eletrônico de entrega direta, com recursos oriundos de emendas municipais, federais e resoluções estaduais. Seu planejamento executivo contempla a ação proposta, o plano de aplicação, o componente específico (atenção básica, média e alta complexidade) e as necessidades demonstradas através dos relatórios, além de todo acompanhamento de prestação de contas ao órgão gerador da emenda. Quanto as emendas municipais, uma particularidade, é a execução das proposições em favor dos prestadores de serviço hospitalar SUS. Neste caso, a execução atende a necessidade do hospital no atendimento do paciente SUS, promovendo transparência na aplicação dos recursos públicos. Em 2024 foram gastos R$ 5.485.442,00 em equipamentos, adquiridos com emendas de vereadores, totalizando 112 produtos.

19. 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.

20. 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.

Quanto aos recursos houve um acréscimo de valores federais e estaduais, reduzindo as necessidades de custeio do município. Como o índice é medido pela receita específica/valor empenhado com recursos próprios, o índice nestes anos ficou menor. Mas, em valores gerais (União, Estado e Município), nota-se que foram empregados maiores valores ano a ano.

Valor orçado:

2017 - R$ 1.880.150.621,69

2018 - R$ 1.792.187.056,11

2019 - R$ 1.989.873.189,54

2020 - R$ 2.509.773.893,47

2021 - R$ 2.728.773.029,53

2022 - R$ 2.607.236.498,66

2023 - R$ 3.075.447.234,53

2024 - R$ 3.436.666.412,42

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 21.

Tabela 21 – Percentual do Orçamento Municipal Gasto em Saúde Curitiba, 2010–2024.

ANO	Percentual Aplicado em Saúde
2010	16,43%
2011	17,12%
2012	17,98%
2013	20,48%

ANO	Percentual Aplicado em Saúde
2014	20,46%
2015	21,20%
2016	21,17%
2017	20,40%
2018	21,89%
2019	21,84%
2020	20,11%
2021	20,83%
2022	21,05%
2023	22,57%
2024	20,29%

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.

21. 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 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 fiscalizadas pelo Conselho Curador e 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.

Atualmente, gerencia:

- Hospital Municipal do Idoso;
- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) – Saúde em Casa;
- Centro Médico Comunitário Bairro Novo;
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Tatuquara;
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Boqueirão;
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Fazendinha;
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) CIC;
- Unidade de Estabilização Psiquiátrica (UEP) Casa Irmã Dulce;
- 13 Centros de Atenção Psicossocial (Caps);
- Unidade de Saúde Rio Bonito;
- Unidade de Saúde Caiuá;
- Unidade de Saúde Pilarzinho;
- Complexo Regulador;
- Central de Transporte Sanitário;
- Central Saúde Já Curitiba;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu);
- Centro Curitibano de Atenção Especializada (CCAE).

A prestação de serviços da FEAS é realizada exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde por meio do contrato de gestão com a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Este contrato define planejamento, ações, avaliação de desempenho, metas pactuadas e obrigações, inclusive orçamentárias e financeiras. A execução destas atribuições garante à fundação o repasse de recursos por meio do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

22. CONTROLE INTERNO

O Controle Interno é uma unidade administrativa de assessoramento, cuja finalidade é avaliar a consistência, qualidade e suficiência dos processos de trabalho internos da gestão. Sua função é exercer vigilância, orientação e correção, para a execução das políticas públicas para que não haja descontinuidade da prestação dos serviços de saúde.

A Secretaria Municipal da Saúde instituiu uma Unidade de Controle Interno, independente e autônoma, que se reporta à autoridade máxima da organização.

Essa unidade faz parte do Sistema de Controle Interno da administração pública, o qual é composto por atividades e procedimentos de controle aplicados aos processos de trabalho da organização. Ele envolve todas as unidades, níveis e funções, sendo executados por todo o corpo funcional, com o objetivo de assegurar que os agentes públicos desempenhem suas funções em conformidade com os princípios constitucionais e legais.

Desde 2022, a Unidade de Controle Interno conta com o apoio da Controladoria Geral do Município (CGM), criada a partir da Lei Municipal nº 15.952 de 03 de março de 2022. Essa norma foi revogada pela Lei nº 16.268 de 11 de dezembro de 2023, que dispõe sobre a CGM e sobre a Política Municipal de Governança da administração direta, autárquica e fundacional, ampliando as atribuições da CGM e da Política Municipal de Governança, onde destaca-se o Sistema de Controle Interno nos seguintes termos:

> *Art. 5º O Sistema de Controle Interno compreende o plano organizacional de métodos e o conjunto de regras, diretrizes e procedimentos, adotados pela Administração Pública de forma ordenada, para salvaguardar os ativos, desenvolver a eficiência nas operações, avaliar o cumprimento dos programas, objetivos, metas e orçamentos, verificar a exatidão, a fidelidade e a transparência das informações, assegurar o cumprimento da Lei, a prevenção e o combate à corrupção e apoiar o controle externo nos termos da Constituição Federal.*

Atualmente, a Unidade de Controle Interno da Secretaria Municipal da Saúde é composta por uma equipe de servidores qualificados para exercer esta função, designados pela Portaria nº 143/2024 – SMS.

23. 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 1208/2024 - DOM 148 de 06.08.2024 atualiza a composição do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba Gestão 2024/2027 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, acompanhando as Conferências Nacionais.

As Conferências Municipais de Saúde demonstram a evolução da efetiva participação da comunidade na gestão do SUS.

Do ano de 1991 a 2023 foram realizadas 1 Conferências Municipais de Saúde descritas na Tabela 22.

Tabela 22 – Série histórica de Conferências de Saúde em Curitiba – 1991 a 2023.

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

Conferência	Data	Tema
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
15ª Conferência Municipal de Saúde	25 de março de 2023	O modelo da Saúde 4.1 para o avanço do SUS Curitiba

Fonte: CMS.

A 15ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2023, com o tema “O modelo da Saúde 4.1 para o avanço do SUS Curitiba”, resultou em 120 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).

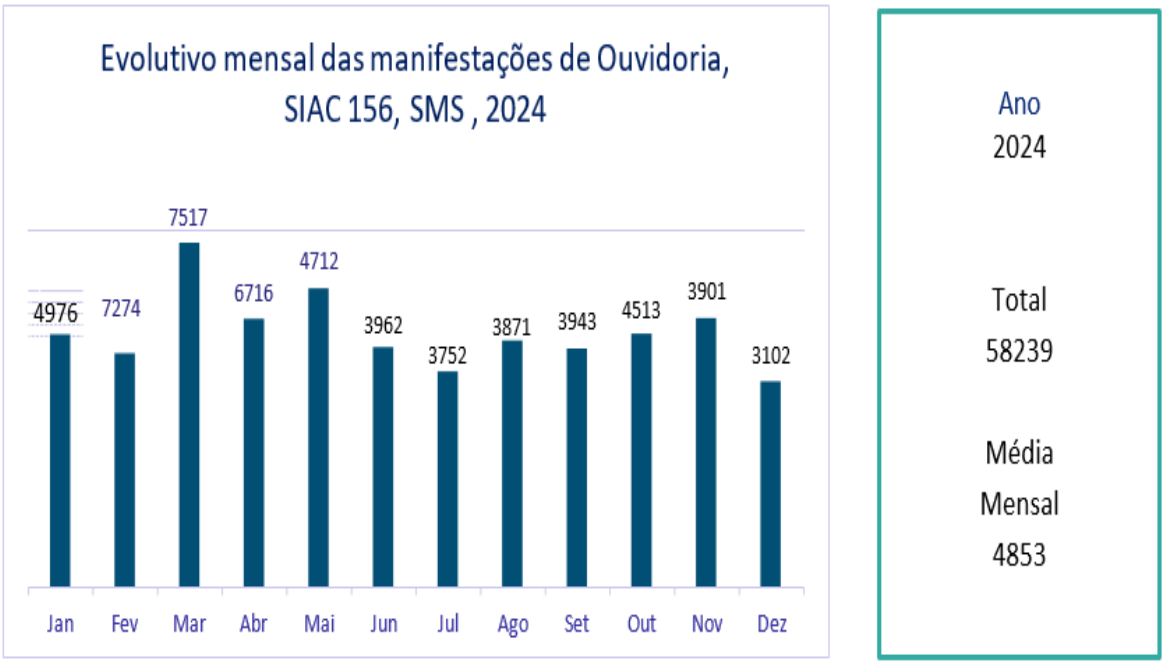
24. OUVIDORIA

Ouvidoria do SUS Curitiba é um canal de comunicação entre os cidadãos e a Secretaria Municipal da Saúde, para o acolhimento de manifestações relacionadas aos serviços prestados pelo SUS, como informações, solicitações, sugestões, reclamações, denúncias e elogios, buscando melhorar a qualidade do atendimento à população.

A Ouvidoria atua integrada ao Sistema Integrado de Atendimento ao Cidadão - SIAC 156 - da Prefeitura Municipal de Curitiba. Esse sistema está regulamentado por meio do Decreto Municipal nº 631/2014, que disciplina sua organização, competências e o funcionamento, estruturas operacionais e decisórias na Administração Municipal. E também é garantida a participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços do SUS Curitiba, conforme o disposto na Lei Federal nº 13.460/2017, regulamentada no âmbito municipal pelo Decreto nº 654/2018.

A seguir os dados estatísticos das manifestações recebidas na Ouvidoria SMS, no ano de 2024 através dos canais de atendimento 0800-644-0041, Central 156, Curitiba – Ouve, Lei de Acesso à Informação, Ouvidor SUS e presencialmente na Secretaria de Saúde, obtidos a partir do relatório SIAC/156 acessado em 10/03/2025 (Gráfico 61).

Gráfico 61 – Manifestações recebidas pela Ouvidoria SMS/Curitiba, 2024.



Fonte: Relatório SIAC (03/2025).

No ano de 2024 a Ouvidoria SMS recebeu o total de 58.239 manifestações. Em relação a tipificação dessa manifestações destacam-se as solicitações (47%), reclamações (40%), elogios (10%), denúncias (2%) e recadastro (1%).

Quando as manifestações são classificadas por assunto, evidenciou-se que posto de saúde (39,17%), vigilância em saúde ambiental (16,93%) , unidade de saúde 24h (8,42%) e fauna sinantrópica (8,18%).

A ouvidoria SMS também monitora as estatísticas de satisfação dos usuários do SUS Curitiba.

O aplicativo Saúde Já Curitiba disponibiliza para os usuários pesquisa de satisfação geral sobre os atendimentos realizados na rede SUS de Curitiba. Durante o ano de 2024, foram realizadas 941.160 avaliações através do aplicativo, referentes aos atendimentos realizados em Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Upa, Centros de Especialidades, Central Saúde Já, Laboratório Municipal e prestadores credenciados/contratualizados, obtendo uma nota média de 4,43 para o ano. Ressalta-se que a nota máxima desta pesquisa de satisfação é 5 (Gráfico 62).

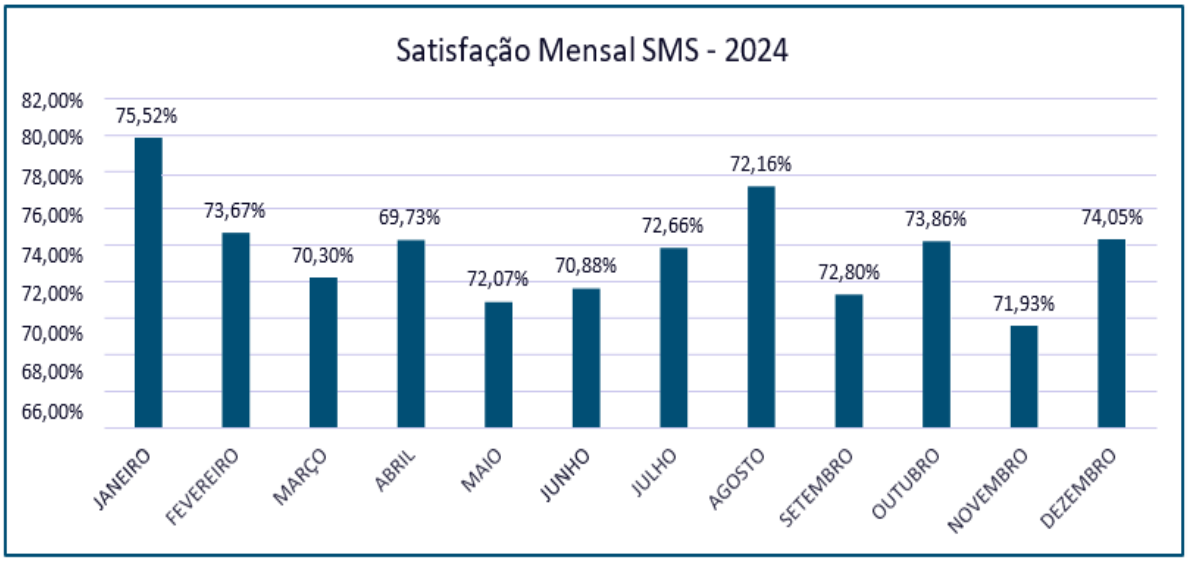
Gráfico 62 – Satisfação no aplicativo Saúde Já, 2024.



Fonte: Relatório de Monitoramento do App Saúde Já,293 – Avaliações do Atendimento por Estabelecimento, e-saúde, 10/03/2025.

O Índice de Satisfação realizado pela Central 156 utiliza a metodologia *Customer Satisfaction Score* (CSAT) que permite aos cidadãos a atribuição de notas entre 1 e 5 (sendo: 1 = Nada Satisfeito e 5 = Totalmente Satisfeito) para o serviço prestado, padronizando a avaliação em todos os canais de atendimento. Notas 5 e 4 são consideradas satisfatórias, nota 3 é considerada neutra e notas 2 e 1 são consideradas insatisfatórias (gráfico 63).

Gráfico 63 – Nível de satisfação medida pela Central 156 - mensal Curitiba,2024.



Fonte: ICI, 11/03/2025.

O setor da Ouvidoria da SMS, em 2024, deu continuidade ao trabalho conjunto com os pontos de contato e os respectivos responsáveis de serviço do órgão- RSO (Responsável pelo Serviço de Ouvidoria) dos departamentos e distritos sanitários da rede, hospitais de ensino contratualizados e Fundação Estatal de Atenção à Saúde – FEAS, com objetivo de propiciar o tratamento adequado e respostas às manifestações de ouvidorias encaminhadas à Secretaria Municipal da Saúde bem como melhorias nos fluxos e processos de trabalho.

25. GESTÂO DE PESSOAS

O Departamento de Gestão de Pessoas (DGP) da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba atua como interlocutor estratégico entre dados, demandas e respostas gerenciais, promovendo uma governança de recursos humanos com intuito de buscar prover dados e propostas para que equilibra a eficiência operacional do capital humano ao planejamento financeiro vinculado para a assistência em saúde.

Na condição de unidade responsável pelo gerenciamento da força de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, suas atribuições incluem a instrução documental para elaboração de normativas técnicas internas, bem como a condução de processos relacionados a nomeações, contratações e movimentações de pessoal. Compete ainda subsidiar análises para instrumentos estratégicos de gestão, como a concessão de

regimes específicos — a exemplo do Regime de Intensificação do Trabalho (RIT), Horas Extras (HE) e Sobreaviso/Serviço de Reserva (SR), entre outros — além de realizar o monitoramento do sistema de registro de frequência e acompanhar o impacto dos custos de pessoal no orçamento da Secretaria.

O departamento busca assegurar a conformidade legal dos atos administrativos por meio de uma articulação contínua nos âmbitos intra e intersetorial. Essa atuação envolve o monitoramento constante de demandas internas e de órgãos de controle externo, subsidiando manifestações técnicas que garantam a transparência e a adoção de boas práticas na gestão pública. Ao zelar pelo estrito cumprimento do compliance trabalhista e do regime disciplinar, o DGP consolida uma estrutura de apoio aos serviços de saúde da gestão municipal.

26. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO À SAÚDE – NATS

O Núcleo de Apoio Técnico à Saúde - NATS é uma unidade com atribuições voltadas ao recebimento e tratamento das demandas judiciais de assistência à saúde, fazendo interface com a Procuradoria Geral do Município - PGM.

Entre as atribuições do setor destacam-se:

- Triagem e distribuição dos processos judiciais relacionadas à assistência;
- Interface entre áreas técnicas da SMS com a PGM;
- Gestão de prazos e cumprimento de decisões judiciais;
- Suporte às demandas da assistência farmacêutica (até nov/2024);
- Elaboração de pareceres técnicos para subsidiar a defesa do Município nas ações judiciais.

Em 2024, o NATS tramitou 1.046 processos judiciais e emitiu 223 pareceres técnicos para a assistência farmacêutica, realizados pelos profissionais médicos da equipe com a finalidade de justificar a aquisição de medicamentos.

Segundo o setor em 2024, foram atribuídos em causas judiciais o valor de R$ 85.720.000,00 (oitenta e cinco milhões, setecentos e vinte mil reais). Foram gastos com medicamentos, insumos e equipamentos em decorrência das demandas judiciais o valor, R$ 746.491,17 (setecentos e quarenta e seis mil, quatrocentos e noventa e um reais e dezessete centavos) e sequestrados do FMS para fins de cumprimento de sentenças judiciais o valor

de R$ 199.942,13 (cento e noventa e nove mil, novecentos e quarenta e dois reais e treze centavos). No total, 105 usuários do sistema de saúde foram atendidos nas decisões judiciais.

27. NÚCLEO DA QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

A Portaria nº 87/2022 instituiu o Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba – NQCS, com o objetivo de disseminar a cultura da qualidade e segurança do paciente, com adoção de boas práticas organizacionais, em consonância com a missão e valores da SMS, na busca pela inovação e excelência na rede de assistência em saúde.

O NQCS busca a melhoria contínua dos processos para garantir a segurança, redução de custos e satisfação do paciente, respeitando os regulamentos e normas nacionais e internacionais que versam sobre o tema, contemplando as dimensões da qualidade: oportunidade, segurança, efetividade, eficiência, cuidado centrado no paciente e equidade.

Entre as atribuições do NQCS destacam-se a implantação da gestão da qualidade como ferramenta contínua de melhorias sustentáveis dos processos assistenciais e gerenciais e a padronizar os processos de trabalho e as boas práticas da qualidade em saúde. Busca estimular ações de capacitação e conscientização sobre o tema e promover aperfeiçoamento contínuo. Como consequência do trabalho realizado pelo núcleo, procura-se atender às necessidades e expectativas do paciente, e com isso, o aumento do nível de satisfação com os serviços de saúde.

Em 2024, o NQCS realizou a atualização da portaria com os membros da equipe (Portaria nº 76/2024), elaborou o Manual de Padronização e Controle de documentos assistenciais, revisou o Regimento Interno do NQCS e capacitou parte da rede da APS, em parceria com Comite Municipal de Segurança do Paciente. Além disso, houve a qualificação de 03 (três) profissionais que compõem o núcleo com a participação em curso de pós-graduação.

Destaca-se a parceria com Universidade Federal do Paraná (UFPR) com curso de especialização Engenharia da Qualidade 4.0 na articulação de projetos de melhoria nos processos da saúde.

O NQCS, a UCI e a alta gestão reuniram-se para apresentação das atribuições em comum e identificação de pontos de convergência, com foco em gestão de risco e padronização de documentos da gestão. A partir deste momento, a UCI participou de reuniões com o grupo onde se estabeleceu parcerias com a coordenação do Programa de

Atenção Nutricional-PAN e Vigilância Sanitária-VISA, na análise dos processos de aquisição de dietas (PAN) e no mapeamento dos processos (VISA).

28. PLANO DE GOVERNO (GESTÃO 2025-2028)

Encaminhado um grande legado de obras estruturantes, o Plano de Governo reúne serviços da Administração Municipal para o reforço permanente à garantia dos direitos fundamentais à moradia, educação e saúde públicas de qualidade, o respeito à diversidade e geração de oportunidades a todos, sem distinção. Os eixos do Plano de Governo para o período 2025/2028 são:

- **Eixo Curitiba inclusiva** - Entendendo que a cidade é a casa das pessoas e inclusão é a essência do desenvolvimento sustentável e ordenado no espaço urbano, este eixo reúne ações de atendimento ao cidadão que mais precisa da atenção do poder público municipal – desde o cuidado básico, da garantia dos direitos individuais até a emancipação. Apresenta os Programas Curitiba que acolhe, Curitiba que acompanha, Curitiba que emancipa e Curitiba que comunica.
- **Eixo Curitiba estruturada e bem cuidada** - Considerando que a cidade estruturada e bem cuidada é aquela em condições de responder às demandas dos habitantes com qualidade, celeridade e assertividade, a valorização dos servidores públicos municipais e o redesenho da descentralizaçãodos serviços públicos estão comtemplados neste eixo que integra o macro e o micro planejamento, intervenções estruturais de manutenção urbana e oferta de serviços básicos orientados à vocação e demanda local. Reúne os Programas Mantendo Curitiba, Estruturando Curitiba e Administrando Curitiba.
- **Eixo Curitiba inovadora e sustentável** - Baseado na ideia de que a inovação é a ferramenta de suporte no caminho da sustentabilidade, neste eixo apresentam-se ações e serviços voltados ao uso da tecnologia como alicerce de geração de empregos e renda na cadeia produtiva limpa, que envolve o fortalecimento de setores chaves como Turismo e de áreas de alto potencial vinculadas às economias Verde e Criativa. Estão organizados aqui os programas Enriquecendo Curitiba, Curitiba Inovadora e Curitiba Sustentável.

Eixo: Curitiba inclusiva

Programa: Curitiba que acolhe

Coordenação: (Secretaria Municipal de Saúde)

Objetivo do programa: Formular e desenvolver ações e serviços, assim como implantar equipamentos e qualificar servidores para a recepção e aproximação com indivíduos em situação de risco, vulnerabilidade social ou aqueles que iniciam a trajetória de usufruir seus direitos básicos entre as políticas públicas municipais. Projetos pertencentes ao Programa Atenção às mulheres Gerente Secretaria Municipal da Mulher e Igualdade Étnico Racial Primeiro contato com a Prefeitura Atenção à pessoas em situação de rua Secretaria Municipal da Educação Fundação de Ação Social Prevenção ao uso de drogas e substâncias psicoativas Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano.

Eixo: Curitiba estruturada e bem cuidada

Programa: Administrando Curitiba

Coordenação: Instituto Municipal de Administração Pública

Objetivo do programa: Modernizar, padronizar e criar processos administrativos, estruturais e de pessoal com o uso intensivo de tecnologias, na intenção de entregar serviços de qualidade para o avanço da cidade que tem o cidadão como causa maior das ações públicas.

Projeto: Novos processos administrativos

Gerente: (Secretaria Municipal da Saúde)

Objetivo do Projeto: Modificar ou criar novas estratégias internas para promover segurança administrativa e/ou agilidade de atendimento ao cidadão.

29. DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA - 2026 A 2029

Como já citado anteriormente a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026–2029 baseou-se no diagnóstico situacional do município, no perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário, nas propostas aprovadas na 15ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, no Plano de Governo, no Plano Plurianual (PPA) e no Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal da Saúde.

A equipe técnica elaborou um documento preliminar contendo a síntese da situação de saúde e propostas de ações, apresentado ao grupo gerencial em 31 de janeiro, para discussão com as equipes e envio de contribuições. Paralelamente, foi definido o calendário de elaboração do plano junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), aprovado

na 409ª reunião ordinária, em 12 de fevereiro de 2025, por meio da Resolução CMS nº 02/2025.

As propostas foram encaminhadas ao CMS e discutidas nos Conselhos Distritais de Saúde. Em 20 de março, realizou-se a Plenária de Elaboração do PMS 2026–2029, com participação de conselheiros e observadores, ocasião em que também foi disponibilizado formulário eletrônico para envio de contribuições até 28 de março.

As sugestões recebidas foram analisadas pela equipe de planejamento e apresentadas na 411ª reunião ordinária do CMS, em 9 de abril de 2025, sendo o plano aprovado por unanimidade conforme Resolução CMS nº 21/2025.

O Plano será monitorado e revisado anualmente por meio da Programação Anual de Saúde e das avaliações apresentadas no Relatório Anual de Saúde.

Novos indicadores podem ser inseridos, no Plano de Saúde, conforme avaliação da gestão e aprovação junto ao Pleno do Conselho Municipal de Saúde.

As diretrizes, objetivos e metas que compõem este Plano de Saúde 2026-2029 estão definidas a seguir:

DIRETRIZES:

I. Rede de atenção[9]
II. Atenção especializada ambulatorial e hospitalar, urgência e emergência
III. Vigilância em saúde
IV. Inovação em saúde – novas tecnologias para o cuidado
V. Gestão de pessoas e educação permanente em saúde
VI. Participação da sociedade e controle social
VII. Qualificação da gestão e do financiamento em saúde
VIII. Curitiba sem mosquito

DIRETRIZ 1 – **Rede de Atenção[10]**

Objetivo 1.1 – Fortalecer a rede de atenção primária e especializada por meio da ampliação do acesso, qualificação das equipes multiprofissionais e incorporação de tecnologias, com ênfase na prevenção e promoção da saúde, sustentados pelos princípios da equidade, resolutividade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade.

[9] dado atualizado em 12/08/2026 – Resolução CMS nº 79/2026 – alteração de texto

[10] dado atualizado em 12/08/2026 – Resolução CMS nº 79/2026 – alteração de texto

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
15ª CMS (3)	1.1.1 Implementar tecnologias inovadoras para assistir pessoas com fatores de risco, de forma presencial ou virtual, individual ou coletiva, adequando a concentração de cuidado de acordo com a estratificação de risco.	Número de novas tecnologias implementado.	0	Número	4	1	1	1	1
15ª CMS (22)	1.1.2 Realizar ações educativas e/ou campanhas publicitárias para sensibilizar a população usuária do SUS quanto à corresponsabilização pelo autocuidado nos tratamentos, assumindo o protagonismo com relação a sua saúde.	Número de ações educativas e/ou campanhas publicitárias, quanto à corresponsabilização pelo autocuidado nos tratamentos.	0	Número	4	1	1	1	1
15ª CMS (2,8)	1.1.3 Realizar ações de prevenção e promoção à saúde da criança e adolescente em todos os distritos sanitários.	Número de distritos sanitários realizando ações de prevenção e promoção à saúde da criança e adolescente realizadas.	10	Número	10	10	10	10	10
15ª CMS (11,29,30,39)	1.1.4 Desenvolver e implantar e capacitar as equipes na linha de cuidado paliativo em Curitiba, consoante à Política Nacional de Cuidados Paliativos nos diferentes serviços.	Linha de cuidado paliativo desenvolvida e implantada.	0	Número	4	1	1	1	1
Gestão	1.1.5 Promover capacitação para as equipes da SMS e hospitais em conjunto com o Programa Saúde em Casa sobre cuidados paliativos.	Número de capacitações realizadas.	0	Número	5	2	1	1	1
15ª CMS (32)	1.1.6 Manter e aprimorar a Rede de atenção à pessoa com deficiência incluindo TEA.	Rede de atenção à pessoa com deficiência mantida e aprimorada.	1	Número	1	1	1	1	1

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
15ª CMS (7)	1.1.7 Elaborar documento com as diretrizes da SMS para a utilização das práticas integrativas e complementares (PICs) como estratégia complementar na APS.	Documento com as diretrizes da SMS para a utilização das PICs elaborado.	0	Número	1	1	0	0	0
15ª CMS (13)	1.1.8 Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção de doenças crônicas, problemas de saúde mental e /ou sobre álcool e outras drogas	Número de ações de promoção e prevenção desenvolvidas.	1	Número	4	1	1	1	1
15ª CMS (25, 66)	1.1.9 Informar a população sobre a importância do uso do aplicativo Saúde Já, por meio de campanhas de mídia e/ou ações direcionadas na comunidade.	Campanhas de mídia e/ou ações direcionadas na comunidade sobre o uso do aplicativo Saúde Já.	0	Número	4	1	1	1	1
15ª CMS (1)	1.1.10 Incluir abordagem da saúde sexual e reprodutiva com os usuários na Central Saúde Já.	Abordagem sobre saúde sexual incluída no rol de atividades na Central Saúde Já.	0	Número	1	1	0	0	0
15ª CMS (6)	1.1.11 Desenvolver ações intersetoriais para a atenção às gestantes em situação de rua e seus bebês.	% de gestantes em situação de rua e seus bebês atendidos.	100	%	100%	100%	100%	100%	100%
15ª CMS (9)	1.1.12 Manter e aprimorar a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.	Rede de atenção a pessoas idosa mantida e aprimorada.	1	Número	1	1	1	1	1
15ª CMS (20)	1.1.13 Manter ações de monitoramento das doenças crônicas de alto risco direcionando o cuidado para APS de acordo com fluxos estabelecidos.	Ações de monitoramento das doenças crônicas de alto risco mantidas.	100	%	100%	100%	100%	100%	100%

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
Plano de Governo e 15ª CMS (114, 117)	1.1.14 Implantar novas Unidades Básicas de Saúde respeitando as normas brasileiras de acessibilidade interna e externa.	UBS implantadas.	0	Número	6	0	0	3	3
Plano de Governo	1.1.15 Ampliar a oferta de procedimentos odontológicos como implante, Prótese Parcial Removível, atendimento a dor orofacial.	Oferta de procedimentos odontológicos ampliados.	10	Número	3	1	0	1	1
15ª CMS (33)	1.1.16 Implantar a linha de cuidado em disfunção temporomandibular na Rede de Saúde Bucal.	Linha de cuidado em disfunção temporomandibular implantada.	0	Número	1	0	0	0	1
15ª CMS (4)	1.1.17 Promover ações para intensificar o pré-natal odontológico nas gestantes vinculadas à Rede Mãe Curitibana vale a vida.	Percentual de gestantes atendidas pela odontologia.	60	%	75%	60%	70%	75%	75%
Gestão	1.1.18 Elaborar e implantar Plano de Prevenção das Doenças Renais Crônicas.	Plano de Prevenção das Doenças Renais Crônicas elaborado e implantado.	0	Número	1	0	1	0	0
Gestão	1.1.19 Manter a coleta de exame citopatológico do colo do útero nas mulheres Curitibanas cadastradas nas Unidades de Saúde de 25 a 64 anos.	Razão de exame citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária mantida a 0,35%.	0,35	%	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35
Gestão	1.1.20 Manter a realização de exames de mamografia de rastreamento bienal nas mulheres curitibanas de 50 a 69 anos cadastradas nas Unidades de Saúde.	Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina na mesma faixa etária mantida a 0,26%	0,26	%	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
Movimento dos catadores	1.1.21 Estabelecer linha de cuidado com estratégias de ações de saúde direcionadas aos trabalhadores e trabalhadoras de materiais recicláveis, com monitoramento periódico, incluindo atenção à saúde mental, saúde bucal e saúde do trabalhador.	Linha de cuidado aos trabalhadores e trabalhadoras de materiais recicláveis estabelecida.	0	Número	1	0	1	0	0
CRN	1.1.22 Aumentar a cobertura de registo do estado nutricional de crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.	Cobertura de registro do estado nutricional	15	%	24	17	19	21	24
CRN	1.1.23 Implantar monitoramento dos marcadores de consumo alimentar para crianças menores de 2 anos.	Monitoramento dos marcadores de consumo alimentar para crianças menores de 2 anos implantado.	0	Número	1	0	1	0	0
CRN	1.1.24 Revisar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do município de Curitiba.	Linha de cuidado revisada	0	Número	4	1	1	1	1
CRN	1.1.25 Desenvolver ações de promoção à saúde em todos os equipamentos de educação pactuados para o Programa Saúde na Escola.	Percentual de estabelecimentos atendidos.	96	%	100%	100%	100%	100%	100%
Gestão	1.1.26 Manter a Rede Mãe Curitibana garantindo o cuidado no pré-natal, parto e puerpério e a todas as crianças nos primeiros dois anos e vida.	Rede Mãe Curitibana mantida	1	Numero	1	1	1	1	1

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
Gestão	1.1.27 Manter ações de atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei conforme Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI).	Número de ações desenvolvidas para atendimento à saúde de adolescentes em conflito com a lei.	12	Número	12	3	3	3	3
Gestão	1.1.28 Manter atualizada a Farmácia Curitibana, no que diz respeito a medicamentos, prescrições, fluxos e distribuição.	Farmácia Curitibana atualizada.	100	%	100%	100%	100%	100%	100%
CRF	1.1.29 Estudo de viabilidade para implantação de farmácias nas UBS com presença de farmacêutico.	Estudo realizado.	0	Número	1	1	0	0	0
CRF	1.1.30 Estudo de viabilidade para implantação de farmácias satélites nos Distritos Sanitários com presença de farmacêutico.	Estudo realizado	0	Número	1	1	0	0	0
Gestão	1.1.31 Realizar atividades educativas para promoção da saúde do homem em todos os distritos sanitários.	Atividades educativas para promoção da saúde do homem realizadas em todos os distritos.	10	Número	10	10	10	10	10
Gestão[11]	1.1.32 Reformar, revitalizar e adequar as estruturas dos equipamentos de Saúde da Rede Municipal.	Número de equipamentos de saúde reformadas/ revitalizadas	0	Número	100	25	25	25	25
Gestão[12]	1.1.33 Implantar ações de segurança nos equipamentos de saúde.	Número de equipamentos de saúde com ações de segurança implantadas	0	Número	60	15	15	15	15

[11] dado atualizado em 12/08/2026 – Resolução CMS nº 79/2026 – inclusão de meta

[12] dado atualizado em 12/08/2026 – Resolução CMS nº 79/2026 – inclusão de meta

DIRETRIZ 2 – **Atenção especializada ambulatorial e hospitalar, urgência e emergência**

Objetivo 2.1. Ampliar e garantir acesso da população a serviços especializados, em tempo oportuno, garantindo a equidade no atendimento, a qualidade assistencial, a integralidade e a maior efetividade e eficiência na aplicação dos recursos financeiros.

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
Plano de Governo e 15ª CMS (113)	2.1.1 Implantar novo Hospital Municipal Bairro Novo.	Número de hospital municipal implantado.	1	Número	1	0	0	0	1
Plano de Governo	2.1.2 Implantar 2 novas Unidades de Pronto Atendimento.	Número de Unidades de Pronto Atendimento implantadas.	9	Número	2	0	0	1	1
Plano de Governo 15ª CMS (27) Residencial CC	2.1.3 Implantar novo Centro de Atenção Autismo – TEA, na região sul da cidade.	Centro implantado.	1	Número	0	0	0	0	1
15ª CMS (17,27)	2.1.4 Implantar 1 CAPS infantil.	CAPS infantil implantado.	3	Número	1	0	0	1	0
Plano de Governo e 15ª CMS (26, 35,38)	2.15 Implantar 1 Centro de Atenção Psicossocial adulto.	Centro de Atenção Psicossocial implantado.	10	Número	1	0	0	0	1
Plano de Governo 15ª CMS (38)	2.16 Ampliar o teleatendimento/ telessaúde de psicologia.	Número de cabines para atendimento no ambulatório virtual de psicologia instaladas	3	Número	3	1	1	1	0
15ª CMS (26)	2.1.7 Desenvolver ações intra e intersetoriais objetivando qualidade de vida, reinserção e reabilitação psicossocial por meio das Câmaras Técnicas Intersetoriais da Saúde Mental (CTISM).	Número de reuniões da CTISM por Distrito Sanitário por ano	20	Número	80	20	20	20	20
15ª CMS (21,37, 24)	2.1.8 Manter monitoramento mensal contínuo da oferta de consultas e exames especializados e das filas de espera por meio de avaliação de relatórios.	Monitoramento mensal mantido.	12	Número de avaliações	48	12	12	12	12
Gestão	2.1.9 Realizar capacitações para os profissionais das US e e-multi abordando questões relacionadas à saúde das pessoas com deficiência.	Número de capacitações realizadas.	6	Número	12	3	3	3	3

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
15ª CMS (23)	2.1.10 Fortalecer as câmaras técnicas coordenadas pelo complexo regulador de urgência, com a participação da rede hospitalar de Curitiba e região metropolitana,	Número de reuniões das Câmara técnicas realizadas	0	Número	28	7	7	7	7
Plano de Governo	2.1.11 Implantação de um Centro de Apoio de Diagnóstico por imagem	Centro de Apoio de Diagnóstico por imagem implantado	0	Número	1	0	0	1	0
15ª CMS (28)	2.1.12 Realizar capacitações sobre os protocolos assistenciais do SAMU.	Número de capacitações realizadas	0	Número	4	1	1	1	1
CDBN	2.1.13 Realizar mutirão de atendimentos em diversas especialidades.	Número de mutirões realizados	0	Número	8	2	2	2	2
Gestão	2.1.14 Manter as auditorias nos contratos de gestão hospitalar do SUS	Auditoria nos contratos de gestão mantida	100	%	100%	100%	100%	100%	100%
Gestão[13]	2.2.15 Manter e ampliar estratégias e programas destinados à ampliação da oferta de consultas, exames e procedimentos especializados, como o "Agora Tem Especialista", visando à redução da demanda reprimida e do tempo de espera.	Programas mantidos	100	%	100%	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ 3 - **Vigilância em saúde**

Objetivo 3.1- Proteger e promover a saúde da população por meio da identificação, monitoramento e controle de fatores que podem impactar a saúde, além de desenvolver ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, como campanhas de vacinação, rastreamento de doenças e promoção de hábitos saudáveis, visando reduzir a incidência e a prevalência de agravos à saúde.

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
15ª CMS (40,54)	3.1.1 Realizar reuniões com representantes dos Hospitais e/ou dos Núcleos	Reuniões realizadas	0	Número	12	3	3	3	3

[13] dado atualizado em 12/08/2026 – Resolução CMS nº 79/2026 – inclusão da meta

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
	Hospitalares de Epidemiologia (NHE) dos Hospitais de Curitiba, sobre as notificações compulsórias dos agravos relacionados ao trabalhador especialmente psíquico, de acordo com a atualização da NR 01/2025 do Ministério do Trabalho e Emprego, sobre saúde mental dos trabalhadores.								
15ª CMS (41,42)	3.1.2 Realizar atividades de educação em saúde dirigidas aos catadores de materiais recicláveis, com enfoque nas áreas prioritárias de risco para infecção por doenças transmissíveis e proliferação de vetores.	Número de atividades realizadas	0	Número	4	1	1	1	1
15ª CMS (43)	3.1.3 Realizar atividades de educação em saúde com enfoque no controle de roedores em áreas consideradas prioritárias.	Número de atividades realizadas.	0	Número	8	2	2	2	2
Gestão	3.1.4 Manter as inspeções conforme pactuado na Programação Anual da Vigilância Sanitária (PAVS).	Percentual de inspeções realizadas.	100	%	100%	100%	100%	100%	100%
15ª CMS (41)	3.1.5 Capacitar a equipe técnica da SMMA, responsável pelo acompanhamento dos catadores de materiais recicláveis que atuam no ECOCIDADÃO, em prevenção de doenças.	Capacitação realizada	0	Número	4	1	1	1	1
15ª CMS (52)	3.1.6 Promover ações coletivas de educação em saúde com a comunidade, enfatizando a importância de vacinação para a prevenção de doenças e combatendo a circulação de informações falsas.	Número de ações realizadas.	0	Número	8	2	2	2	2
Gestão	3.1.7 Realizar vigilância, investigação e análise dos óbitos infantis (0 a 11m30d) infância (1ano a 4a11m30d), fetais,	Percentual dos óbitos investigados e analisados.	96,4	%	90%	90%	90%	90%	90%

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
	maternos e de mulheres em idade fértil.								
Gestão	3.1.8 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 de violência, suspeitos e ou confirmados analisados.	100	%	100%	100%	100%	100%	100%
Gestão	3.1.9 Atingir cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.	Número de vacinas com a cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde atingida.	7	Número	7	7	7	7	7
Gestão	3.1.10 Realizar o monitoramento do estado nutricional dos usuários atendidos nas Unidades de Saúde.	Número de relatórios elaborados/ ano.	2	Número	8	2	2	2	2
Gestão	3.1.11 Realizar vigilância e análise dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito.	Percentual de análise dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito	90,3	%	85%	85%	85%	85%	85%
Gestão	3.1.12 Manter ações contínuas de prevenção às IST, HIV aids e Hepatites Virais principalmente junto aos jovens, profissionais do sexo, HSH, travestis e transexuais.	Ações de prevenção as DST/HIV/AIDS mantidas.	100	%	100%	100%	100%	100%	100%
CRN	3.1.13 Publicar Portaria voltada para ações de promoção da alimentação adequada e saudável nos ambientes de trabalho no âmbito da Secretaria Municipal de Curitiba com base na Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.274, de 7 de julho de 2016.	Portaria voltada para ações de promoção da alimentação adequada e saudável nos ambientes de trabalho no âmbito da SMS Publicada	0	Número	1	1	0	0	0
Gestão CDPN	3.1.14 Investigar os agravos notificados referentes à saúde do trabalhador.	Percentual de agravos notificados e investigados.	100 %	%	100%	100%	100%	100%	100%
FEAS	3.1.15 Elaborar o Plano Municipal de Resposta às Emergências de Saúde Pública em consonância com as diretrizes da Organização	Plano Municipal de Resposta às Emergências de Saúde Pública elaborado	0	Número	1	0	1	0	0

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
	Mundial da Saúde (OMS), do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e do Ministério da Saúde (MS), definindo responsabilidades, estratégias, procedimentos, instrumentos e processos de trabalho, com a finalidade de reduzir os potenciais impactos de eventos de importância, tais como pandemias, epidemias, desastres de qualquer natureza, inclusive climática, entre outros.								

DIRETRIZ 4 - **Inovação em saúde – novas tecnologias para o cuidado**

Objetivo 4.1 Incorporar novas tecnologias para o cuidado, promovendo humanização, acessibilidade, agilidade, segurança e qualidade, adaptando o sistema para as atuais necessidades de saúde da população, operacionalizando o conceito da Saúde 4.1.

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
Plano de Governo e 15ª CMS (108,61)	4.1.1 Criar Centrais Distritais de Telemonitoramento para cuidado remoto dos usuários com condições crônicas, mantendo a atuação presencial e garantindo o quantitativo das equipes para os atendimentos.	Número de centrais virtuais para telemonitoramento dos usuários com condições crônicas criadas.	0	Número	10	10	0	0	0
15ª CMS (103,63)	4.1.2 Ampliar as funcionalidades do sistema e-saúde com vistas a aprimorar a comunicação entre os diferentes pontos de atenção do SUS.	Número de novas funcionalidades no sistema e-saúde.	0	Número	4	1	1	1	1
15ª CMS (58)	4.1.3 Disponibilizar, no aplicativo Saúde Já Curitiba, acesso para o usuário realizar o agendamento de ações preventivas como: vacinas do calendário	Acesso para agendamento de ações preventivas pelo aplicativo Saúde Já disponibilizado.	0	Número	5	0	0	2	3

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
	nacional de imunização, grupo de controle do tabagismo, entre outras.								
15ª CMS (59,60,70,72)	4.1.4 Disponibilizar serviço de automação de informações (chatbot) no Aplicativo Saúde Já Curitiba, respondendo questionamentos e fornecendo informações e orientações sobre saúde.	Serviço de automação (chatbot) disponível no aplicativo Saúde Já.	0	Número	1	0	0	1	0
15ª CMS (57,70)	4.1.5 Elaborar estudo, junto com a equipe da SMAT-TI para avaliar a viabilidade de disponibilização de acesso à rede Wi-Fi em todas as Unidades de Saúde.	Estudo realizado.	0	Número	1	0	1	0	0
15ª CMS (65)	4.1.6 Disponibilizar novas ferramentas no Aplicativo Saúde Já Curitiba com vistas a apoiar o cidadão para o auto cuidado.	Novas ferramentas disponibilizadas.	0	Número	4	1	1	1	1
Gestão	4.1.7 Criar o Comitê Gestor sobre Saúde Digital.	Comitê Gestor sobre Saúde Digital criado.	0	Número	1	0	1	0	0
CDCJ	4.1.8 Elaborar estudo para implantação de educadores digitais nas UMS em parceria com outros setores como a SME.	Estudo para implantação de educadores digitais elaborado	0	Número	1	0	0	1	0

DIRETRIZ 5 - **Gestão de pessoas e educação permanente em saúde**

Objetivo 5.1 Fomentar, articular e promover ações com objetivo de manter adequados os quadros de Recursos humanos, com equipes gestoras e técnicas capacitadas, qualificadas e promotoras de ambientes de trabalho saudáveis.

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
Plano de Governo e 15ª CMS (12,17, 19,	5.1.1 Adequar o quantitativo de equipes de saúde, conforme necessidade	Processo de contratação e remanejamento de profissionais efetivado.	0	Número	4	1	1	1	1

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
53, 76, 77, 78,84)	e características dos serviços, de acordo com o perfil epidemiológico e de vulnerabilidade de cada território.								
15ª CMS (74)	5.1.2 Constituir grupo multiprofissional para fomentar e desenvolver ações de promoção e cuidado à saúde do agente público.	Grupo constituído.	0	Número	1	1	0	0	0
15ª CMS (79)	5.1.3 Implantar nova tecnologia para operacionalizar o processo de remanejamento interno de servidores.	Nova tecnologia implantada.	0	Número	1	0	1	0	0
15ª CMS (83)	5.1.4 Fortalecer a participação em mesa de negociação permanente da Saúde, já constituída junto a SMGP.	% de participação da equipe da SMS nas reuniões da mesa de negociação permanente.	100	%	100%	100%	100%	100%	100%
15ª CMS (86)	5.1.5 Participar das agendas intersetoriais da revisão do Plano de cargo e carreiras da Prefeitura Municipal de Curitiba.	% de participação de equipes da SMS nas agendas intersetoriais da revisão do Plano de Cargos e Carreiras.	0	%	100%	100%	100%	100%	100%
Gestão	5.1.6 Realizar estudo para atualização dos parâmetros de composição de profissionais da Secretaria Municipal da Saúde.	Estudo para atualização dos parâmetros de composição de profissionais na SMS realizado.	0	Número	1	0	1	0	0
15ª CMS (16, 5, 18, 73, 87))	5.1.7 Promover ações educacionais de apoio ao autocuidado relativas à adoção/ manutenção de comportamentos saudáveis para os profissionais da rede pública municipal de saúde.	Ações educacionais de apoio ao autocuidado relativas à adoção/ manutenção de comportamentos saudáveis executadas.	0	Número	4	1	1	1	1

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
15ª CMS (80)	5.1.8 Manter os programas de Residências Médicas, Multiprofissionais e Uniprofissionais em saúde da SMS Curitiba/ FEAS.	Programas de Residências desenvolvidos na SMS Curitiba/FEAS mantidos.	10	Número	10	10	10	10	10
15ª CMS (10,49)	5.1.9 Promover capacitação dos profissionais da rede pública municipal de saúde para atenção às pessoas vítimas de violência.	Capacitações dos profissionais da rede pública municipal de saúde para atenção às pessoas vítimas de violência executadas.	0	Número	4	1	1	1	1
15ª CMS (104)	5.1.10 Realizar ações de educação continuada para profissionais da rede pública municipal de saúde relativas ao acolhimento e humanização da atenção à Saúde.	Número de ações educacionais sobre acolhimento e humanização da atenção realizadas.	0	Número	4	1	1	1	1
15ª CMS (97)	5.1.11 Manter e fortalecer o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS Curitiba.	Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS Curitiba mantido e fortalecido.	1	Número	1	1	1	1	1
15ª CMS (81)	5.1.12 Realizar ações educacionais EaD para os profissionais da rede pública municipal de Saúde.	Cursos EaD para profissionais da rede pública municipal de saúde realizados.	0	Número	40	10	10	10	10
15ª CMS (82)	5.1.13 Manter a articulação entre ensino e serviço facilitando o acesso de alunos aos cenários de prática nos equipamentos da SMS Curitiba.	Articulação mantida.	1	Número	1	1	1	1	1
15ª CMS (85)	5.1.14 Elaborar estudo junto com a Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas, para a criação de um programa de acolhimento aos profissionais da SMS com o objetivo de prevenir e tratar doenças, promovendo o bem-estar e	Estudo elaborado.	0	Número	1	0	1	0	0

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
	qualidade de vida dos trabalhadores.								
Gestão	5.1.15 Elaborar e implantar Programa de Desenvolvimento Humano, contemplando o aprimoramento de competências socioemocionais dos gestores e equipes.	Programa de Desenvolvimento Humano elaborado e implantado.	0	Número	1	1	1	1	1
Gestão	5.1.16 Criar estratégias de endomarketing para fluidez da comunicação na SMS.	Estratégias de endomarketing criadas.	0	Número	4	1	1	1	1
Gestão	5.1.17 Criar calendário de eventos periódicos com caráter técnico integrativo, de socialização, bem como valorização dos profissionais por meio de celebração de datas alusivas.	Calendário de eventos criado.	0	Número	1	1	1	1	1
Gestão	5.1.18 Realizar ações de educação em saúde dirigidas aos catadores de materiais recicláveis, com enfoque nas áreas prioritárias de proteção da saúde do trabalhador, incluindo riscos para infecção por doenças transmissíveis, primeiros socorros, uso correto de EPIs e boas práticas na manipulação de resíduos.	Ações de educação em saúde dirigidas aos catadores de materiais recicláveis realizadas.	0	Número	8	2	2	2	2

DIRETRIZ 6 - **Participação da sociedade e controle social**

Objetivo 6.1 Ampliar e qualificar a participação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores, na construção da política de saúde

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
15ª CMS (90,96)	6.1.1 Publicar material de comunicação do Conselho Municipal de Saúde utilizando recursos de mídias sociais e internet.	Número de materiais de comunicação publicados por ano.	10	Número	40	10	10	10	10
15ª CMS (91)	6.1.2 Realizar capacitação anual para conselheiros de saúde e lideranças da comunidade.	Capacitação anual para conselheiros de saúde e lideranças realizada.	0	Número	4	1	1	1	1
15ª CMS (92)[14]	6.1.3 Viabilizar a realização da Conferência Municipal de Saúde, de acordo com calendário estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde.	Conferência Municipal de Saúde viabilizada.	0	Número	2	1	0	0	1
15ª CMS (93)	6.1.4 Disponibilizar os relatórios quadrimestrais e anuais de gestão no portal da Secretaria Municipal da Saúde.	Relatórios quadrimestrais e anuais de gestão disponibilizados.	0	Número	16	4	4	4	4
15ª CMS (89)	6.1.5 Criar cartilha digital da ouvidoria do SUS Curitiba com orientações ao cidadão/usuário sobre suas atribuições e funcionamento, tipos de manifestações, entre outras informações.	Cartilha digital da Ouvidoria do SUS criada.	0	Número	1	1	0	0	0

[14] dado atualizado em 12/08/2026 – Resolução CMS nº 79/2026 – alteração de unidade de medida e de meta anual.

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
15ª CMS (95)	6.1.6 Assegurar a realização de conferências temáticas conforme estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde.	Percentual de conferências temáticas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde realizadas.	0	%	100%	100%	100%	100%	100%
CDCJ	6.1.7 Manter a estrutura e financiamento para funcionamento e do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	Estrutura do CMS mantida.	1	Número	1	1	1	1	1

DIRETRIZ 7 - **Qualificação da gestão e do financiamento em saúde**

Objetivo 7.1 Qualificar a gestão financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurando que os recursos, a implementação de práticas de gestão que garantam a alocação adequada dos recursos, a otimização dos gastos e a prestação de contas à sociedade, promovendo a sustentabilidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde.

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
15ª CMS (107,109, 115,118,119,120)	7.1.1 Manter a participação nas reuniões junto as demais esferas de governo visando recursos para o SUS Curitibano.	Participação nas reuniões junto as demais esferas de governo.	100	%	100%	100%	100%	100%	100%
Gestão	7.1.2 Monitorar os custos dos pontos de atenção à saúde, apresentando relatórios semestrais dos resultados ao Conselho Municipal de Saúde.	Número de relatórios apresentados ao Conselho Municipal de Saúde.	0	Número	8	2	2	2	2

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
Gestão	7.1.3 Atualizar o Portal da Secretaria Municipal de Saúde - SMS conforme demanda, melhorando o acesso as informações.	Portal da SMS atualizado conforme demanda.	1	Número	1	1	1	1	1
Gestão	7.1.4 Monitorar o contrato de gestão da Fundação Estatal de Atenção à Saúde – FEAS.	Relatórios quadrimestrais de prestação de contas da FEAS monitorados e apresentados ao Conselho Municipal de Saúde.	12	Número	12	3	3	3	3
Gestão	7.1.5 Criar o Núcleo de Economia em saúde na SMS	Núcleo de Economia em Saúde criado	0	Número	1	0	0	1	0
Gestão	7.1.6 Estudo de viabilidade para de ampliação de Unidades com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).	Estudo elaborado para ampliação do ESF.	0	Número	1	0	1	0	0

DIRETRIZ 8 – **Curitiba sem mosquito**

Objetivo 8.1 Prevenir a disseminação da dengue e outras arboviroses, minimizando os impactos sobre a saúde da população, por meio de ações integradas de vigilância em saúde, assistência, comunicação e educação permanente.

Referência	Descrição da meta	Indicador monitorado	V0	Unidade de medida	Previsão 2026-2029	Meta anual			
						2026	2027	2028	2029
Gestão	8.1.1 Operacionalizar o Plano de Contingência para enfrentamento da dengue e outras arboviroses no município de Curitiba, de acordo com os níveis de transmissão e demanda de atendimento.	Plano de Contingência operacionalizado	1	Número	1	1	1	1	1

30. 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.

A pactuação da Programação Anual de Saúde (PAS) do ano subsequente, será apresentada ao Pleno do Conselho Municipal de Saúde até julho do corrente ano.

No início de cada ano, será apresentada para aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, o resultado da Programação Anual de Saúde (PAS) do exercício anterior. Caso haja eventual alteração da pactuação da Programação Anual de Saúde (PAS) deverá ser reapresentada pela Gestão e aprovada pelo Pleno do Conselho Municipal de Saúde.

31. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004.** Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.

_____. IBGE. **Censo Demográfico 2022. Cidades** Disponível em URL: < https://cidades.ibge.gov.br/. Acesso em 15 de janeiro 2025.

_____. 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 março 2025.

_____. 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 2022 – 2025** Curitiba, 2014. In URL: < chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/PMS%20com%20resolu%C3%A7%C3%B5es%20e%20errata.docx.pdf.

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 junho 2025.

PARANÁ.IPARDES. **Cadernos Municipais, 2017.** Disponível em URL: https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Caderno-Estatistico-Municipal. Acesso em julho 2025

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 2025.

PLANOS SETORIAIS – Saneamento Básico de Curitiba 2024. Acesso em maio 2025.

CURITIBA. *Maior economia do Sul, Curitiba aumentou em R$ 13 bilhões seu PIB em quatro anos*. Prefeitura Municipal de Curitiba, 2024. Disponível em: https://www.curitiba.pr.gov.br

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais*, 2024. Acesso em setembro 2025.

32. ANEXOS

ANEXO I - Resolução Nº 21, de abril 2025.

CURITIBA
Nº 70 - SUPLEMENTO Nº 1 - ANO XIV
CURITIBA, SEXTA-FEIRA, 11 DE ABRIL DE 2025

DIÁRIO OFICIAL ELETRÔNICO
ATOS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA
SUPLEMENTO Nº 1

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 2025.

Aprova o Plano Municipal de Saúde 2026 – 2029 da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, em sua 411ª Reunião Ordinária, realizada em 09 de abril de 2025, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Municipal nº 7631 de 14 de abril de 1991, alterada pelas Leis Municipais nº 10.179 de 05 de junho de 2001 e 11.464 de 02 de julho de 2005 e,

Considerando que a proposta do Plano Municipal de Saúde de Curitiba – 2026-2029 foi previamente discutida e analisada conforme cronograma abaixo e apresentado na 411ª Reunião Ordinária do Conselho e aprovado por unanimidade, e



Considerando que a construção do Plano Municipal de Saúde de Curitiba teve

CURITIBA
Nº 70 - SUPLEMENTO Nº 1 - ANO XIV
CURITIBA, SEXTA-FEIRA, 11 DE ABRIL DE 2025

DIÁRIO OFICIAL ELETRÔNICO
ATOS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA
SUPLEMENTO Nº 1

SAÚDE CURITIBA
Rua Francisco Torres, nº 830 – Edifício Laucas – Mezanino
Centro – CEP. 80.060-130 – Curitiba / PR
Fone: (41) 3350-9349 – (41) 3350-9365

como referência as diretrizes aprovadas na 15ª Conferência Municipal de Saúde realizada em 25 de março de 2023.

Resolve:

Art. 1º Aprovar o Plano Municipal de Saúde 2026/2029 da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 11 de abril de 2025.

João Carlos Santana
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba

Homologo a Resolução nº 021/2025 – CMS – nos termos do Art. 1º, § 2º da Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Tatiane Correa Da Silva Filipak
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

ANEXO II – Propostas aprovadas na 15ª Conferência Municipal de Saúde.

PROPOSTAS APROVADAS

As 120 propostas aprovadas durante a 15ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba serão apresentadas por subtemas:

Propostas aprovadas na 15ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba	
I. Atenção primária	
1	Implantar teleatendimento, para planejamento sexual e reprodutivo (PSR), englobando orientações gerais; levantamento de necessidades sobre PSR, exames preventivos e sorologia para infecções sexualmente transmissíveis; elaboração de plano de cuidado; e prescrição de contraceptivos.
2	Realizar ações em saúde voltadas às famílias para acompanhamento do desenvolvimento infantil, educação em saúde e orientações a respeito de condições específicas de saúde na infância (por ex., aleitamento materno e suas intercorrências, a criança com deficiência, síndrome de Down, prematuridade, transtorno do espectro autista, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, mielomeningocele, epilepsia, dificuldades de aprendizagem, etc.), de modo presencial e/ ou com o auxílio da tecnologia digital, facilitando o acesso das famílias às informações relevantes para o cuidado das crianças.
3	Implementar tecnologias inovadoras para assistir pessoas com fatores de risco como tabagismo e condições crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade, de forma presencial ou virtual, individual ou coletiva, adequando a concentração de cuidado de acordo com a estratificação de risco.
4	Promover ações para intensificar o pré-natal odontológico nas gestantes vinculadas à Rede Mãe Curitibana vale a vida.

5	Promover o cuidado à saúde da população em situação de rua, por meio de formação específica e continuada dos profissionais da APS e fortalecimento do programa Consultório na Rua.
6	Fortalecer serviços e ações de caráter intersetorial, voltados às gestantes em situação de rua, proporcionando sua acolhida, segurança e cuidado pré e pós-parto, apoiando-as para que possam tomar as decisões relativas à maternidade e proteção de seus bebês, bem como prevenção de nova gestação.
7	Elaborar as diretrizes da SMS para a utilização das práticas integrativas e complementares (PICs) como estratégia complementar na APS.
8	Ampliar ações intersetoriais, com objetivo de fortalecer a prevenção e promoção da saúde das crianças e adolescentes (ex. Saúde sexual e reprodutiva, prevenção do uso de álcool e drogas, promoção da cultura da paz, promoção da segurança alimentar e alimentação saudável, estímulo das práticas corporais e atividade física, saúde bucal, entre outras).
9	Fortalecer ações orientadas para o autocuidado e prevenção em saúde, estimulando práticas de vida saudável, com ações de saúde individuais e coletivas, presenciais ou virtuais, com abrangência em todas as fases do ciclo de vida, incluindo a educação para envelhecimento ativo, contribuindo para Curitiba consolidar como cidade amiga do Idoso.
10	Capacitar os profissionais da rede de assistência à saúde para acolhimento, atendimento à população vítima de violências, fortalecendo parcerias com os órgãos competentes, ONGs e coletivos sociais.
11	Ampliar as ações do programa saúde em casa, e fortalecer a integração das equipes da APS com as equipes multiprofissionais de atenção domiciliar.
12	Adequar o número de profissionais nas equipes multiprofissionais da atenção primária conforme PNAB e IVAB, com possibilidade de atendimento presencial e virtual via teleatendimento, bem como individualizado e coletivo, otimizando inclusive a acessibilidade, oferta nos serviços especializados, retomada das estratégias e ferramentas de fortalecimento da intersetorialidade no território, potencializando os programas já existentes (ex: Programa Saúde na Escola).
13	Retomar as ações de prevenção e promoção à saúde e conscientização em saúde, junto com a população e grupos de doenças crônicas e saúde mental. Promover estas ações compartilhadas entre saúde, educação e comunidade; envolvendo parcerias com

	fundação cultural, SMELJ e sociedade civil, visando melhoria da qualidade de vida da comunidade, de forma geral.
14	Divulgar e garantir a realização de uma conferência municipal de terapias complementares integrativas para fortalecer a política nacional de práticas integrativas e complementares, visando prevenção de doenças e promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde da população através de terapias como o Reiki, cromoterapia, acupuntura, auriculoterapia, florias de Bach, homeopatia, fitoterapia, meditação e yoga entre outras.
15	Funcionamento das farmácias de UBS com farmacêuticos em tempo integral. Garantindo o uso racional do medicamento, evitando seu uso incorreto e também descartes desnecessários.
16	Promover educação continuada e permanente para as equipes de saúde sobre abordagens efetivas de apoio aos usuários para adoção de comportamentos saudáveis, capacitando sobre acolhimento as comunidades que necessitam ser atendidas na sua especificidade, como LGBTQIA+, população negra, Indígenas, ciganos, imigrantes, população em situação de rua, população idosa, atendimento a pulação vítima de violências, também sobre práticas integrativas e complementares (PICS) e acompanhamento pós covid, fortalecendo a equipe multiprofissional, além dos serviços das ações intersetoriais e das parcerias com os órgãos competentes, ongs e coletivos sociais
17	Ampliar a rede de prestadores e garantir a equipe mínima nos serviços multiprofissionais pediátrico e de reabilitação neurológica
18	Promover o cuidado à saúde da população em situação de rua, por meio de formação específica e continuada dos profissionais da APS e fortalecimento do programa consultório na rua, fortalecendo as ações intersetoriais no pós-internamento para acolhimento daquelas pessoas que necessitam de cuidados especiais.
19	Adequar o número de profissionais nas equipes de apoio da atenção primária, oficializando a criação do cargo do profissional de educação física na saúde, garantindo a continuidade e qualidade dos serviços de promoção e prevenção de saúde na APS, com possibilidade de atendimento presencial e virtual via teleatendimento, bem como individualizado e coletivo, otimizando inclusive a acessibilidade, oferta nos serviços

	especializados, retomada das estratégias e ferramentas de fortalecimento da intersetorialidade no território, potencializando os programas já existentes.
20	Fortalecer a assistência multiprofissional a saúde da pessoa portadora de doenças crônicas, garantindo o monitoramento continuo da sua condição afim de elevar o nível de saúde da população.
II. Atenção especializada ambulatorial e hospitalar, urgência e emergência	
21	Manter o monitoramento permanente das ofertas disponibilizadas de consultas e exames especializados, conforme a necessidade, de forma a favorecer o acesso, melhorar a resolutividade e otimizar os recursos.
22	Sensibilizar a população usuária do SUS, por meio de campanhas publicitárias, quanto à corresponsabilização pelo autocuidado nos tratamentos, assumindo o protagonismo com relação a sua saúde.
23	Fortalecer as câmaras técnicas coordenadas pelo complexo regulador de urgência, com a participação da rede hospitalar de Curitiba e região metropolitana, com foco no usuário de urgência e emergência, visando à implementação de protocolos assistenciais, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.
24	Ampliar e intensificar consultas e exames especializados, represados devido à pandemia, com o intuito de reduzir as filas de espera e otimizar as ofertas de serviços contratualizados.
25	Fortalecer o uso do aplicativo Saúde Já Curitiba para confirmação de consultas e exames, e assim reduzir o absenteísmo aos atendimentos eletivos.
26	Aprimorar a rede de atenção psicossocial (RAPS) de Curitiba, fortalecendo o cAPS territorial, com ações intra e intersetoriais, objetivando qualidade de vida, reinserção e reabilitação psicossocial.
27	Investir em ações de consolidação de assistência às crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, uso abusivo de drogas, de transtorno do espectro autista, através de linhas de cuidado e ampliação de ofertas de serviços.
28	Manter e ampliar as ações de educação permanente aos profissionais de urgência e emergência e da APS.
29	Ampliar as ações do Programa Saúde em Casa, mediante acompanhamento domiciliar, conforme critérios estabelecidos.

30	Desenvolver e implantar a linha guia do cuidado paliativo em Curitiba, com treinamento das equipes de saúde da SMS e hospitais em conjunto com o Programa Saúde em Casa.
31	Reestruturar o atendimento da upa fazendinha, dentro do modelo saúde 4.1, com a ampliação de exames diagnósticos, de teleatendimento para casos leves moderados de urgência e emergência, além de suporte para outras linhas de cuidado da Secretaria Municipal da Saúde.
32	Ampliar, qualificar e diversificar estratégias na rede de atenção à saúde para as pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, estomia e múltiplas deficiências, mediante maior integração e articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde e outros setores.
33	Implantar a linha de cuidado em disfunção temporomandibular na Rede de Saúde Bucal.
34	Capacitar os profissionais da rede de assistência à saúde para acolhimento, atendimento à população vítima de violências, fortalecendo parcerias com os órgãos competentes, ONGs e coletivos sociais.
35	Investir na ampliação e aprimoramento de serviços de assistência a população em sofrimento psíquico, uso de substâncias, TEA, através de fortalecimento de políticas públicas intersetoriais.
36	Implantar ambulatório especializado na saúde da mulher, para tratamento da incontinência urinária e dispensação de pessários e demais dispositivos auxiliares para tratamento fisioterapêutico de prolapsos de órgãos pélvicos.
37	Ampliar, intensificar e monitorar, de forma permanente, a oferta de consultas e exames especializados, favorecendo o acesso, resolutividade, reduzindo filas de espera e otimizando s oferta de serviços contratualizados.
38	Investir e ampliar a assistência para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, neurológico, transtorno do espectro autista, dificuldades escolares e de linguagem, através do aumento de serviços contratualizados e contratação de profissionais especializados para diagnóstico e tratamento.
39	Desenvolver e implantar a linha guia do cuidado paliativo em Curitiba. Também, disponibilizar treinamentos para as equipes de saúde e difundir este conceito para a população em geral através das várias mídias.
III. Vigilância em saúde	

40	Realizar ações junto aos serviços de saúde para o aprimoramento da identificação, registro e notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho, incentivando o uso de novas tecnologias.
41	Incentivar a comunidade, mediante ações educativas, para a adoção de condutas que visem o descarte ambientalmente adequado de resíduos sólidos urbanos visando à diminuição de focos para a proliferação de vetores e o risco de enchentes e inundações.
42	Fortalecer as estratégias de educação em saúde dirigidas à população de catadores de materiais recicláveis que atuam em áreas prioritárias de enfrentamento da leptospirose, por meio de parcerias com líderes comunitários, escolas entre outros equipamentos públicos, com intuito de aumentar a conscientização quanto ao uso de EPIs, os cuidados com o ambiente, reconhecimento dos principais sintomas da doença e busca precoce de atendimento.
43	Incentivar medidas voltadas para instruir e informar a população a respeito do controle de roedores em áreas urbanas. Sobre o tema "escorpiões de relevância à saúde pública” em áreas avaliadas como prioritárias.
44	Desenvolver ações para alcançar com mais eficiência a participação e adesão da população no combate ao Aedes Aegypti com a conscientização do cidadão sobre o seu papel no combate ao mosquito, identificando e instrumentalizando líderes locais.
45	Executar ações integradas de vigilância, de acordo com o perfil epidemiológico do território e realidade local, incentivando o uso de novas tecnologias, para melhor controle de doenças.
46	Utilizar o geoprocessamento como ferramenta para identificação de áreas de risco para a ocorrência de agravos e doenças à saúde, visando à prevenção e promoção.
47	Implementar mecanismos de interoperabilidade de sistemas de informação epidemiológica, públicos e privados, que permitam o conhecimento consistente e oportuno da ocorrência de doenças e agravos à saúde, permitindo o desenvolvimento de ações de controle efetivas.
48	Fortalecer a habilidade das vigilâncias em saúde para dar respostas rápidas às emergências em saúde pública, mediante capacitação e formação dos profissionais de saúde e a sociedade.
49	Capacitar os profissionais da rede de assistência à saúde para acolhimento, atendimento à população vítima de violências, fortalecendo parcerias com os órgãos competentes, ongs e coletivos sociais.

50	Fortalecer a integração da vigilância em saúde com a atenção primária garantindo e fortalecendo as linhas de cuidado, os programas e ações de promoção, prevenção e proteção, capazes de atender as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico, com articulação intersetorial.
51	Fortalecer a atuação dos agentes de controle de endemias (ACE) e agentes comunitários de saúde (ACS), para efetivação do serviço de vigilância em saúde, adotando ações de forma integrada no território, conforme a realidade da região.
52	Promover ações coletivas de educação em saúde com a comunidade, enfatizando a importância de vacinação para a prevenção de doenças e combatendo a circulação de informações falsas.
53	Fortalecer as ações de vigilância em saúde com ampliação do efetivo de trabalhadores na forma de contratação por concurso público, de acordo com a realidade do território.
54	Dar ênfase à morbimortalidade nas ações de notificação e controle em saúde do trabalhador.
55	Criar ações integradas com os municípios que compõe a região metropolitana de Curitiba que fazem divisa territorial com Curitiba, no combate às doenças transmitidas por vetores.
IV. Inovação em saúde – novas tecnologias para o cuidado	
56	Garantir, quando necessário, a continuidade do cuidado nas UBS e upas aos usuários atendidos pela central saúde já Curitiba.
57	Implantar rede WI-FI em todas as unidades municipais de saúde, permitindo acesso às tecnologias do cuidado.
58	Disponibilizar no app acesso para o usuário realizar o agendamento de ações preventivas como: vacinas do calendário nacional de imunização, grupo de controle do tabagismo, exame preventivo do câncer de colo do útero, entre outras.
59	Disponibilizar “chat” no aplicativo saúde já Curitiba, para interagir com o cidadão, respondendo questionamentos e fornecendo informações e orientações de saúde.
60	Disponibilizar serviço de automação de informações (chatbot) no aplicativo saúde já Curitiba para resolução de demandas administrativas mais comuns.
61	Realizar monitoramento virtual dos pacientes crônicos por teleatendimento e pelo app Saúde Já Curitiba.

62	Ampliar a interatividade do app saúde já Curitiba, possibilitando aos usuários o registro de dados em saúde (pressão arterial, glicemia capilar, peso, alergia à medicação, dados autodeclarados) visando apoiar o cuidado em saúde.
63	Capacitar os profissionais de saúde para orientação aos usuários do SUS no manejo das novas modalidades de tecnologia (educação digital).
64	Disponibilizar no Aplicativo Saúde Já, link de acesso aos resultados de exames laboratoriais.
65	Otimizar o aplicativo Saúde Já Curitiba existente como uma ferramenta para o usuário no controle e acompanhamento de saúde com orientações relacionadas a dieta, hábitos de prevenção e promoção de saúde; inclusão da cartilha do adolescente e da gestante; instruções sobre a coleta de exames, alerta para retirada da medicação; acesso as receitas médicas; possibilidade de envio de mensagens dos profissionais através do aplicativo ao paciente; disponibilização de informações sobre a situação nas filas de espera nas especialidades; criar um espaço para sugestões de melhorias para o aplicativo; criar um tutorial de vídeos educativos em saúde em todos os ciclos da vida (doenças crônicas, ISTS, saúde mental, planejamento familiar, métodos contraceptivos entre outros). Aprimoramento do aplicativo “saúde já” com ícones de informações sobre temáticas pertinentes a saúde da mulher (violência doméstica, sinais e sintomas sobre as fases da vida da mulher), recursos de alerta sobre data de aplicação de anticoncepcional e sistema interativo com a saúde da mulher (monitoramento do ciclo menstrual, acompanhamento da gestação, etc). Adição de botão de alerta para situações de violência psicológica ou física. Criar ferramentas de informação no aplicativo “Saúde Já” com links explicativos, vídeos curtos, imagens e linguajar facilitado.
66	Divulgar em massa os benefícios, facilidades, agilidade e comodidade na utilização do app saúde já e atendimento (3350-9000), bem como, possibilidade de 100% de confirmação das consultas e exames das especialidades via app e usar do serviço de telessaúde como orientador de fluxos e serviços.
67	Incluir como funcionalidade no aplicativo: alertas sobre atualização de cadastro, usuário inativo inscrito em programas para comparecer à US e regularizar ou agendar consultas, renovação de receitas, lembretes e outras notificações com o objetivo de reduzir a demanda no serviço presencial, absenteísmo, além de promoção da saúde. Melhorar a acessibilidade do app; disponibilização de resultados de exames e histórico de dispensação de medicamentos.

68	Implantação de um sistema de alerta (App Saúde Já) a usuários crônicos e imunossuprimidos: (a) agendamento de exames de controle no período pré determinado; (b) alerta de vencimento e solicitação de renovação para medicamentos de uso contínuo; (c) divulgação de serviços ofertados nas UBS
69	Implementar a criação de material orientativo simples e objetivo dentro do App Saúde Já Curitiba, que incluam avisos/dicas/alertas de prevenção dos programas existentes através de textos, vídeos e imagens com recursos acessíveis a todos os usuários, ampliando a divulgação das funcionalidades do App Saúde Já Curitiba, na central de teleatendimento 3350-9000 durante o tempo de espera, bem como nos espaços públicos disponíveis e transporte coletivo.
70	Incluir no App Saúde Já tutoriais que facilitem o uso para todos os pacientes, favorecendo a acessibilidade para idosos e pessoas com necessidades especiais e vulneráveis. Melhorar a comunicação entre a unidade e os usuários, disponibilizando rede de WI-FI nas unidades.
71	Integração dos prontuários hospitalares, das especialidades, atenção primária, através de um sistema único nacional.
72	Disponibilização de chat e chatbot no app saúde já para interação com o cidadão, respondendo questionamentos e fornecendo informações e orientações de saúde.
V. Gestão de pessoas e educação permanente em saúde	
73	Manter e ampliar as ações de educação em saúde para os trabalhadores da SMS Curitiba, realizando ações e práticas educacionais para o desenvolvimento de suas capacidades, em áreas como gestão, assistência, monitoramento e acompanhamento epidemiológico, cuidado, acompanhamento e seguimento dos usuários, dentre outras.
74	Fomentar e desenvolver ações de promoção e cuidado à saúde do agente público.
75	Aprimorar a comunicação institucional com incorporação do uso de tecnologias.
76	Adequar o quantitativo de profissionais de saúde, conforme necessidade e características dos serviços.
77	Manter as equipes de apoio multiprofissional na APS.
78	Desenvolver ações de educação permanente para o uso de tecnologias de informação e comunicação – TICs.
79	Implementar o processo de remanejamento de profissionais na rede municipal de saúde com o uso de novas tecnologias.

80	Manter e fortalecer os programas de residências médicas e de residências multiprofissionais e uniprofissionais em saúde, da secretaria municipal de Curitiba, em parceria com a fundação estatal de atenção à saúde (FEAS), visando favorecer a formação qualificada dos profissionais da saúde e promover a inserção no mercado de trabalho nas áreas prioritárias do SUS.
81	Fortalecer as estratégias de educação à distância (EAD), como parte indissociável do conceito de saúde 4.1, visando à ampliação do acesso às ações educacionais alinhadas às necessidades de desenvolvimento de competências dos trabalhadores do SUS Curitiba.
82	Manter e ampliar, dentro das possibilidades dos serviços do SUS Curitiba, a articulação dos processos de formação no SUS, junto aos cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação, mediante parcerias, em conformidade com as diretrizes curriculares de cada uma das formações e disciplinas específicas do setor saúde.
83	Implantação da mesa municipal de negociação permanente do SUS, nos moldes das já existentes estadual e nacional.
84	Ampliar as equipes de apoio multiprofissional na APS e adequar o quantitativo de profissionais de saúde em toda rede de saúde, conforme características dos serviços, com qualificação para o uso de novas tecnologias, visando ampliar a oferta e qualidade do atendimento
85	Articular junto a SMAP a criação do programa de saúde do trabalhador e trabalhadora (STT) com a participação dos trabalhadores com a inserção de programa específico de acolhimento humanizado para promover, prevenir e tratar os profissionais de saúde, com psicologia, relaxamento, práticas integrativas, ginástica laboral e demais programas que possam ajudar a promover o bem-estar e saúde de quem cuida da saúde da população. Implantando um programa de prevenção e cuidado em saúde mental para os servidores municipais. Fazer controle periódico dos funcionários através de PCMSO (programa de controle médico de saúde ocupacional), PGR (programa de gestão de riscos), PPRA (programa de prevençaõ de risco) e ASO (atestado de saúde ocupacional), assegurando assim assistência médica e psicológica aos servidores de saúde.
86	Solicitar a SMAP a revisão do plano de cargo e carreiras apresentado pela PMC, sendo discutido com os órgãos representativos dos trabalhadores.
87	Fomentar especialmente dentro dos distritos sanitários capacitações sobre o plano nacional de atenção integral da pessoa negra

VI. Participação da sociedade e controle social	
88	Disponibilizar o acesso à central 156 no aplicativo Saúde Já Curitiba para assuntos relacionados à saúde.
89	Criar cartilha digital da ouvidoria do SUS Curitiba com orientações ao cidadão/usuário sobre suas atribuições e funcionamento, tipos de manifestações, entre outras informações.
90	Estabelecer novas formas de comunicação para fomentar a participação da sociedade, considerando novos recursos disponíveis de mídias sociais e internet.
91	Criar programas de capacitação para conselheiros de saúde e lideranças da comunidade, com utilização de novas metodologias e de recursos tecnológicos que facilitem a participação dos conselheiros de saúde, municipais, distritais e locais e demais cidadãos.
92	Realizar conferências municipais de saúde, de acordo com calendário estabelecido pelo conselho nacional de saúde.
93	Disponibilizar os relatórios quadrimestrais e anuais de gestão para a população no portal da secretaria municipal da saúde.
94	Informar a população, utilizando materiais de divulgação e outros meios de comunicação, sobre o SUS Curitiba e formas de acesso, incentivando o uso consciente e a defesa do SUS.
95	Garantir a representação de usuários no conselho curador da FEAS e nas comissões de contratualização dos serviços contratados pela secretaria municipal da saúde.
96	Disponibilizar informações atualizadas referentes ao funcionamento, atividades e programação do conselho municipal de saúde no portal da secretaria municipal da saúde.
97	Fortalecer atuação do comitê de ética em pesquisa (CEP) da SMS Curitiba, visando ao desenvolvimento científico das diversas áreas das ciências da saúde, sociais e humanas, bem como a garantia da proteção de participantes de pesquisa no município de Curitiba, para que ocorra de acordo com os padrões éticos estabelecidos nas normas que regulam o sistema comitê de ética em pesquisa (CEP) /comissão nacional de ética em pesquisa.
98	Implantar curso de formação de cuidadores de idosos na fundação estatal de atenção em saúde - FEAS.

99	Utilizar os meios de comunicação disponíveis em ônibus, terminais e unidades de saúde para divulgar o uso do aplicativo e os fluxos de agendamento/confirmação de exames e consultas, contendo informações referente ao prejuízo gerado com o absenteísmo dos usuários.
100	Garantir a realização da 2ªconferência de saúde bucal de Curitiba para fortalecer a política nacional de saúde bucal e ampliar os serviços de atenção à saúde bucal.
101	Atuar em defesa do piso salarial da enfermagem, frente ao ministério da saúde e à sociedade civil, para todos os trabalhadores da categoria.
102	Ampliar a rede de atenção psicossocial (RAPS) por meio da defesa do cuidado em liberdade e do fim das comunidades terapêuticas.
103	Ampliar o sistema e-saúde permitindo a comunicação entre a atenção básica com as diversas especialidades e prestadores do SUS, para que a atenção primária acompanhe as diversas ações em saúde adotadas para a recuperação da saúde dos usuários, fornecendo resultado de exames, laudos, imagens, receituários, procedimentos, cirurgias, etc
104	Buscar o aprimoramento contínuo das equipes junto ao CES/SMS (Centro de Estudos em Saúde) no acolhimento e atendimento aos usuários de forma humanizada e respeitosa, bem como no direcionamento correto do usuário para os demais serviços.
105	Fomentar a intersetorialidade com a educação para promover a divulgação no sistema de ensino sobre funcionamento e acesso ao SUS.
106	Divulgar nas unidades de saúde a existência dos conselhos locais, participantes e calendário das reuniões.
VII. Qualificação da gestão e do financiamento em saúde	
107	Articular junto à secretaria de estado da saúde do paraná – SESA/PR e ao ministério da saúde, pauta permanente de discussão sobre o SUS curitibano, visando à ampliação de recursos para o fortalecimento das ações e serviços de saúde destinados à população usuária do SUS.
108	Pleitear junto ao ministério da saúde financiamento para ações inovadoras em saúde como centrais virtuais de atendimento e apoio virtual às Unidades de Pronto Atendimento - UPAS.
109	Estabelecer pactuações junto à secretaria de estado da saúde do paraná – SESA/PR visando à readequação dos recursos de fonte estadual relativos aos atendimentos da

	população oriunda de outros municípios do estado, que possuem como referência o município de Curitiba.
110	Propor ao ministério da saúde alterações nos critérios de funcionamento e financiamento das centrais de regulação de urgência e emergência.
111	Pleitear junto ao ministério da saúde o cumprimento da renovação das frotas das ambulâncias do SAMU, conforme critérios estabelecidos na nota informativa nº 29/2021-CGURG/DAHU/SAES/MS.
112	Pleitear e debater junto ao ministério da saúde sobre a alteração do modelo de financiamento baseado na tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS.
113	Pleitear junto às outras esferas de gestão, recursos de investimento para a reconstrução do hospital e maternidade do Bairro Novo, bem como recursos de custeio.
114	Operacionalizar o plano diretor da Atenção Primária à Saúde.
115	Fortalecer a articulação intra e intersetorial, a fim de estabelecer estratégias de resolutividade das diversas linhas de cuidado.
116	Pleitear junto ao ministério da saúde recursos de transferência permanente para a implantação do novo piso salarial da enfermagem, para todos trabalhadores do SUS de Curitiba.
117	Construir nova unidade de saúde tarumã: pois devido aos alagamentos frequentes que colocam em risco a estrutura e os equipamentos do local (recém-adquiridos e de alto custo) bem como aos usuários e funcionários (risco de quedas, leptospirose, choque elétrico, afogamentos etc), além de trazer sobrecarga aos atendimentos de outras unidades de saúde devido remanejamentos. Necessita-se também de estrutura adequada para estacionamento e locais para realização de atividades coletivas.
118	Pleitear recursos estaduais para implantação de leitos de cuidados prolongados.
119	Cobrar do Ministério da Saúde a retomada do financiamento das equipes multiprofissionais estabelecendo critérios e financiamento adequado à implantação / manutenção / ampliação das equipes multiprofissionais.
120	Propor a revogação EC 95/2016 que levou a redução dos recursos financeiros do SUS.