



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**

# Plano Estadual de Saúde

**2007 - 2010**



**Secretaria de Estado  
da Saúde**  
[www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)







ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

# **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE**

**2007 - 2010**

# GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

## **GOVERNADOR**

Luiz Henrique da Silveira

## **VICE GOVERNADOR**

Leonel Arcângelo Pavan

# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## **SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Luiz Eduardo Cherm

## **DIRETORA GERAL**

Carmen Emília Bonfá Zanotto

# CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

## **PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/SC**

Carmen Emília Bonfá Zanotto

### Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)

S231p

Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS.

Plano estadual de saúde / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; organizado por Josimari Telino de Lacerda, Ângela Maria Blatt Ortiga Florianópolis: IOESC, 2007.

196 f., graf.; tab.; il.

1. Atenção à Saúde. 2. Condições de Saúde. 3. Gestão em Saúde 4. Financiamento da Saúde. I. Lacerda, Josimari Telino de II. Ortiga, Ângela Maria Blatt

Título.

614 (816.4)

## *SUPERINTENDÊNCIAS*

---

### **1. SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO**

ROSINA MORITZ DOS SANTOS

### **2. SUPERINTENDÊNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

WINSTON LUIZ ZOMKOWSKI

### **3. SUPERINTENDÊNCIA DE HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS**

ROBERTO EDUARDO HESS DE SOUZA

### **4. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA**

LEOCÁDIO SCHROEDER GIACOMELLO

### **5. SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO**

LESTER PEREIRA

## *DIRETORIAS*

---

### **1.2 DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO**

MARIA TERESA ROGERIO LOCKS

### **1.3 DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

FLÁVIO RICARDO LIBERALI MAGAJEWISKI

### **2.1 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

RAQUEL RIBEIRO BITTENCOURT

### **2.2 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

LUIZ ANTÔNIO SILVA

### **2.3 DIRETORIA DO LABORATÓRIO CENTRAL**

JOÃO DANIEL ALEXANDRINO FILHO

### **2.4 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

MARIA TERESA BERTOLDI AGOSTINI

### **3.2 DIRETORIA DO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**

DENISE LINHARES GERENT

### **3.3 DIRETORIA DO CENTRO DE PESQUISA ONCOLÓGICA**

MARCO ANTÔNIO DA SILVA RÓTULO

### **3.5 DIRETORIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS**

GETÚLIO RODRIGUES DE OLIVEIRA FILHO

**3.6 DIRETORIA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO**

MAURICIO LAERTE SILVA

**3.7 DIRETORIA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ Dr. HOMERO DE MIRANDA GOMES**

JORGE NEWTON COELHO DE SOUZA

**3.8 DIRETORIA DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA**

HARRY CORRÊA FILHO

**3.9 DIRETORIA DO HOSPITAL NEREU RAMOS**

ANTÔNIO FERNANDO BARRETO MIRANDA

**3.10 DIRETORIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA**

ELISA BRENTANO

**3.11 DIRETORIA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA**

TITO LÍVIO SOARES

**3.12 DIRETORIA DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**

ÉLCIO ANDRÉ MADRUGA

**3.13 DIRETORIA DO HOSPITAL SANTA TEREZA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA**

ANTÔNIO CARLOS TREVISOL BITTENCOURT

**3.14 DIRETORIA DO HOSPITAL MIGUEL COUTO**

JOSÉ CARLOS DOS SANTOS

**3.15 DIRETORIA DA MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS**

CIDEMAR JOSÉ RATOCHINSKI

**3.16 DIRETORIA HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT**

ANA MARIA GROFF JANSEN

**3.17 DIRETORIA DA MATERNIDADE DARCY VARGAS**

PAULO ROBERTO FURLANETTO

**3.18 DIRETORIA DO HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS**

OSMAR GUZATTI FILHO

# PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

## COORDENAÇÃO

Diretoria de Políticas de Saúde

Flávio Ricardo Liberali Magajewski - Diretor

Gerência de Desenvolvimento de Políticas De Saúde

Ângela Maria Blatt Ortiga - Gerente

## ELABORAÇÃO

Josimari Telino de Lacerda (Coordenação)

Claudelino Martins Dias Junior

Clécio Antônio Espezim

Isabel Quint Berretta

Nadmari Celi Grimes

Selma Regina de Andrade

## Apoio Operacional

Marcus Aurélio Guckert

Dione Abreu

Karla Cristina Leite

## Contribuição Técnica

Dulce Maria B. de Quevedo

Eleumar Ferreira Rodrigues

Elisia Puel

Elma Fior Cruz

Glória Ribeiro Freyesleben

Helen Bruggmann Bunn Schmitt

Heloísa Cortes Galotti Peixoto

Iraci Batista Da Silva

Leonor Gamba Proença

Lourdes de Costa Remor

Margaret Grando

Pio Pereira dos Santos

Rosana Isabel dos Santos

Sônia M. Machado de Souza

Suzana Veccer

Winston Luiz Zomkowski





# SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	XI
LISTA DE QUADROS .....	XIV
LISTA DE FIGURAS .....	XV
APRESENTAÇÃO .....	1
INTRODUÇÃO .....	3
<b>I - ANÁLISE SITUACIONAL.....</b>	<b>5</b>
<b>1. ANÁLISE DOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS .....</b>	<b>7</b>
<b>2. ANÁLISE DAS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>13</b>
2.1 Atenção Básica .....	13
2.2 A Atenção Ambulatorial Especializada.....	17
2.3 Atenção Hospitalar .....	20
2.4 Serviços de Urgência e Emergência .....	21
2.5 O Transplante de Órgãos e Tecidos.....	23
<b>3. ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE .....</b>	<b>27</b>
3.1 Mortalidade.....	27
3.2 Morbidade .....	34
3.2.1 Doenças de Notificação Compulsória.....	34
3.2.2 Doenças Imunopreveníveis e Imunização .....	44
3.2.3 Incidência de Neoplasias .....	52
3.2.4 Morbidade Hospitalar .....	53
3.3 Grupos Populacionais Específicos.....	55
3.3.1 Saúde da Criança .....	55
3.3.1.1 Aspectos do Nascimento .....	59
3.3.1.2 O desempenho da Atenção Básica na saúde da criança.....	61
3.3.2 Saúde da Mulher .....	63
3.3.3 Saúde do Idoso.....	67
3.3.3.1 A Mortalidade na Terceira Idade em Santa Catarina.....	68
3.3.3.2 A Morbidade em Idosos .....	70
3.3.4 Saúde do Trabalhador.....	72
3.3.4.1 Aspectos de morbimortalidade dos trabalhadores .....	74
3.3.5 Saúde da População Indígena .....	78
3.3.6 Saúde da População Prisional.....	81
3.4 Áreas de Atenção Especial .....	82
3.4.1 Saúde Mental .....	82
3.4.2 Saúde Bucal .....	84

<b>4. ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE</b> .....	87
4.1 Descentralização da Gestão .....	87
4.2 A Estrutura Organizacional da SES.....	91
4.3 O Financiamento.....	94
4.4 Investimento em Saúde.....	98
4.4.1 Eixos Prioritários.....	98
4.4.2 Convênios .....	98
4.4.3 PROCIS – Programa Catarinense de Inclusão Social .....	100
4.5 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde .....	100
4.6 Informação em saúde.....	101
4.7 Participação social .....	102
<b>5. ANÁLISE EM RELAÇÃO AO SETOR DE SAÚDE</b> .....	103
5.1 Ambiente e Saúde .....	103
5.2 Pesquisa em Saúde.....	105
5.2.1 Outras ações de fortalecimento da gestão de Ciência e Tecnologia .....	106
5.3 Tecnologia e Insumos Estratégicos.....	107
5.3.1 Assistência Farmacêutica.....	107
5.3.2 Hemoderivados.....	109
5.3.3 Apoio ao Diagnóstico – Rede Laboratorial .....	110
5.4 Força de Trabalho em Saúde.....	112
5.4.1 Vínculo da Força de Trabalho da SES/SC.....	114
<b>II – PROBLEMAS PRIORITÁRIOS</b> .....	117
1. LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	119
2. CONDIÇÃO DE SAÚDE.....	120
3. GESTÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	122
4. SETOR SAÚDE .....	123
<b>III - OBJETIVOS, DIRETRIZES (METAS) E PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA</b> .....	125
1. LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	129
2. CONDIÇÃO DE SAÚDE.....	135
3. GESTÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	153
4. EM RELAÇÃO AO SETOR SAÚDE .....	163
<b>IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	169
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	171
RESOLUÇÃO 012/CES/2006 .....	173

# LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores Demográficos segundo regionais de saúde. Santa Catarina, 1996/2004. ....	10
Tabela 2: Esperança de Vida, segundo faixas etárias, Santa Catarina, 1996/2004. ....	11
Tabela 3: Indicadores educacionais da população na idade de 15 anos e mais , segundo regiões do Brasil e estados da Região Sul, 2003.....	12
Tabela 4: Indicadores socioeconômicos da população, segundo regiões do Brasil e estados da Região Sul, 2003.....	12
Tabela 5: Acompanhamento da implantação das ESF/ESB e de ACS em SC, 1997/2005.....	14
Tabela 6: Produção ambulatorial e valor médio unitário do SUS, por Grupo de procedimentos do SIA, Santa Catarina, 2004. ....	18
Tabela 7: Distribuição Percentual da Produção Ambulatorial (Quantidade Aprovada e Valor Aprovado), segundo grupos de procedimento da Atenção Básica do SIA, Santa Catarina, 2004.....	19
Tabela 8: Número de Leitos SUS, segundo tipo e macrorregião de saúde. SC, 2004.....	21
Tabela 9: Transplantes realizados em Santa Catarina, 2002 a 2005. ....	25
Tabela 10: Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas, Santa Catarina, 2005.....	28
Tabela 11: Taxas de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório em menores de 70 anos (por 100 mil habitantes), segundo Macrorregiões de residência, Santa Catarina, 2005.....	29
Tabela 12: Mortalidade Proporcional por Neoplasias, segundo localização e sexo, Santa Catarina, 2005. ....	29
Tabela 13: Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas, segundo macrorregiões do Estado, Santa Catarina, 2005.....	31
Tabela 14: Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas e sexo, Santa Catarina, 2005. ....	32
Tabela 15: Taxa de mortalidade por AIDS segundo Macrorregião e sexo (homem/mulher) em Santa Catarina, 2004. ....	37
Tabela 16: Casos de Doença Diarréica Aguda, segundo informação do Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas, Santa Catarina, 2000/2004. ....	39
Tabela 17: Casos de leptospirose segundo classificação, incidência, óbitos e letalidade. SC, 2004. ....	40
Tabela 18: Número de acidentes por animais peçonhentos notificados por ano e tipo de animal em Santa Catarina no período de 1994 a 2005. ....	43
Tabela 19: Número de casos de intoxicações por agrotóxicos notificados, segundo a evolução em Santa Catarina – 1994 a 2005.....	44
Tabela 20: Taxas de internação, mortalidade, letalidade e internação da hepatite viral em Santa Catarina 1997-2004. ....	50

Tabela 21: Estimativas das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária. Santa Catarina, 2006. ....	52
Tabela 22: Estimativas das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer em mulheres, segundo localização primária. Santa Catarina, 2006. ....	53
Tabela 23: Internações Hospitalares, por especialidade e macrorregião de internação, Santa Catarina, 2004. ....	54
Tabela 24: Taxa de Internações por 1000 habitantes, segundo macrorregiões de residência, Santa Catarina, 2004. ....	54
Tabela 25: Coeficiente de mortalidade infantil no Brasil, Regiões e Estados da Região Sul, 2002. ....	55
Tabela 26: Coeficientes de Mortalidade Infantil, Neonatal Precoce, Neonatal Tardia e Infantil Tardia (por 1000 Nascidos Vivos), Santa Catarina, 1996-2004. ....	56
Tabela 27: Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos), segundo macrorregião de residência, Santa Catarina, 2004. ....	58
Tabela 28: Aspectos relativos ao nascimento em Santa Catarina no período de 1996 a 2004. ....	59
Tabela 29: Mortalidade Proporcional (%) em mulheres de 10 a 49 anos segundo principais grupos de causas, 2004. ....	65
Tabela 30: Expectativa de Vida na faixa etária de 60 a 65 anos em Santa Catarina, 1996-2005. ....	67
Tabela 31: Mortalidade Proporcional (%) em maiores de 60 anos, por principais grupos de causas. Santa Catarina, 2005. ....	68
Tabela 32: Mortalidade Proporcional (%) em > de 60 anos, por tipos de neoplasias e sexo. Santa Catarina, 2005. ....	69
Tabela 33: Distribuição (Nº e %) de Internações Hospitalares de residentes em > de 60 anos, segundo sexo e grupos de causas. Santa Catarina, 2005. ....	71
Tabela 34: Anos Potenciais de Vida Perdidos por macrorregião e causas selecionadas. Santa Catarina, 2005. ....	75
Tabela 35: Variação percentual dos acidentes de trabalho registrados segundo motivo e doença do trabalho por macrorregião em Santa Catarina no período 2002/2004. ....	77
Tabela 36: Acidentes de Trabalho liquidados segundo consequência. Santa Catarina, 2000-2004. ....	77
Tabela 37: Doenças do trabalho registradas, segundo diagnóstico. Santa Catarina, 2002-2004. ....	78
Tabela 38: Agravos e eventos registrados no atendimento à população indígena nos anos 2002, 2003, 2004 e 2005 em Santa Catarina (nº de casos por mil habitantes). ....	79

Tabela 39: Morbidade da população indígena segundo Pólo-Base. Santa Catarina, 2004 (nº de casos por mil habitantes).....	79
Tabela 40: Coeficiente de mortalidade geral da população indígena, segundo causa nos anos 2002, 2003, 2004 e 2005 em Santa Catarina (óbitos por 10 mil habitantes).....	80
Tabela 41: Índice CPOD aos 12 anos de idade, segundo municípios de Santa Catarina e período investigado.....	84
Tabela 42: Necessidade de ações odontológicas confrontadas com as ações produzidas. Santa Catarina, 2003.....	85
Tabela 43: Distribuição <i>per capita</i> /ano dos recursos financeiros de transferência intergestores dos estados da Região Sul e Brasil, no período de 2001 a 2005.....	96
Tabela 44: Distribuição <i>per capita</i> /ano e percentual dos recursos financeiros de transferência intergestores para assistência ambulatorial e hospitalar em Santa Catarina no período 2001 a 2005. ....	97
Tabela 45: Distribuição das despesas liquidadas segundo fonte e programa, Santa Catarina, 2005.....	97
Tabela 46: Recursos financeiros segundo eixo prioritário na política estadual de saúde. Santa Catarina, 2005. ....	98
Tabela 47: Recursos transferidos por convênio de investimento e de custeio, segundo fonte pagadora, no período 2001/2005. Santa Catarina, 2006.....	99
Tabela 48: Principais programas de medicamentos e valores gastos em Santa Catarina nos últimos anos.....	109
Tabela 49: Número de exames da Gerência de Biologia Médica – LACEN, no período de janeiro de 2002 a outubro de 2005. ....	111
Tabela 50: Número de exames da Gerência de Produtos e Meio Ambiente – LACEN, no período de janeiro de 2002 a outubro de 2005. ....	112

# LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores do Pacto da Atenção Básica. Santa Catarina, 2005. ....	15
Quadro 2: Cadastro único de receptores. Santa Catarina, 2005. ....	23
Quadro 3: Principais Grupos de Causas Definidas de Óbito, segundo faixas etárias, Santa Catarina, 2005.....	33
Quadro 4: Rede de Atenção em Saúde Mental em Santa Catarina, 2004. ....	82
Quadro 5: Evolução da oferta de Saúde Mental.....	83
Quadro 6: Parâmetros assistenciais adotados para procedimentos básicos e especializados em Saúde Bucal. Santa Catarina. 2003. ....	85
Quadro 7: Estrutura organizacional segundo porte da SDRs. Santa Catarina, 2005. ....	88
Quadro 8: Percentual de participação no orçamento geral do Estado dos recursos destinados ao setor saúde, considerando todas as fontes de financiamento e os recursos próprios do tesouro estadual. Santa Catarina, 1992 a 2003. ....	95
Quadro 9: Distribuição dos recursos próprios do tesouro estadual constantes no orçamento do setor saúde, classificados nos itens de pessoal e encargos, despesas corrente e capital. Santa Catarina, 1992 a 2004.....	95
Quadro 10: Indicadores de cobertura de água, saneamento básico e coleta de lixo – IDB (2001). ....	104

# LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Referencial Comparativo da Situação Demográfica de Santa Catarina em relação ao contexto nacional.....	7
Figura 2: Distribuição espacial da população segundo porte dos municípios, Santa Catarina, 2005. ....	8
Figura 3: Distribuição espacial da população segundo as Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2005. ....	8
Figura 4: Pirâmides Etárias Santa Catarina, 1980 e 2000. ....	11
Figura 5	17
Figura 6	20
Figura 7: Distribuição das Centrais de Regulação e Alocação de Unidades Implantadas até abril de 2006. Santa Catarina. ....	22
Figura 8: Rede de Captação e de Referência em Alta Complexidade Hospitalar na área de Transplantes. Santa Catarina, 2006.....	24
Figura 9: Mortalidade Proporcional segundo faixa etária, Santa Catarina, 1996 e 2005. ....	33
Figura 10: Taxa de incidência de AIDS segundo sexo, Santa Catarina, 1984 a 2004. ....	34
Figura 11: Taxa de incidência de AIDS (por 100 mil habitantes), Brasil e Santa Catarina, 1984 a 2004. ....	35
Figura 12: Distribuição percentual de casos notificados de AIDS segundo categoria de exposição, por ano do diagnóstico, Santa Catarina, 1990 a 2004. ....	36
Figura 13: Taxa de mortalidade por AIDS, Brasil e Santa Catarina, 1983-2003	37
Figura 14: Número de casos e incidência de hantavirose por 100 mil habitantes. Santa Catarina entre 1999 e 2004.....	41
Figura 15: Número de casos e letalidade de hantavirose (%) segundo SDR. Santa Catarina entre 1999 a 2003.....	41
Figura 16: Incremento dos casos de Varicela comparado à média por SDR. Santa Catarina, 2003.....	46
Figura 17: Incremento dos casos de Varicela comparado à média por SDR. Santa Catarina, 2004.....	47
Figura 18	48
Figura 19	49
Figura 20	49
Figura 21: Número de casos notificados de Hepatites Virais por classificação etiológica. Santa Catarina, 1997 a 2004.....	51
Figura 22: Composição da Mortalidade Infantil (%), segundo componentes. Santa Catarina, 1980 e 2004. ....	57
Figura 23: Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo Secretarias de Desenvolvimento Regional, Santa Catarina, 2004. ....	58
Figura 24: Excesso de partos cesáreas (%) em Santa Catarina comparado ao comportamento nacional em 2003.....	60

Figura 25: Comparativo entre meta pactuada e resultado alcançado no bloco saúde da criança.....	61
Figura 26: Comportamento dos indicadores percentual de nascidos com baixo peso ao nascer e óbitos em menores e 1 ano de idade por causas mal definidas entre 2001 e 2005 em Santa Catarina.....	62
Figura 27: Comportamento da taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade (internações por 1000) em Santa Catarina no período 2001 e 2005. ....	62
Figura 28: Comportamento do Coeficiente de Mortalidade Materna do Brasil, Região Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul no período 1999 a 2002. ....	63
Figura 29: Coeficiente de Mortalidade Materna (100 mil nascidos vivos) segundo Macrorregião de residência. SC, 2004.....	64
Figura 30: Proporção de Nascidos Vivos com mães que realizaram mais de 6 consultas de pré-natal, segundo SDRs em Santa Catarina, 2004. ....	66
Figura 31 .....	70
Figura 32: Complexo industrial catarinense segundo tipo de atividade, grau de risco, número de empresas e de trabalhadores por macrorregião, 2005.....	73
Figura 33: Taxa de mortalidade por acidentes de trabalho (100 mil hab.) segundo macrorregião. Santa Catarina. 1996 a 2006.....	74
Figura 34 .....	76
Figura 35 .....	81
Figura 36: Distribuição espacial das Secretarias de Desenvolvimento Regional em Santa Catarina. ....	89
Figura 37: Classificação das Gerências de Saúde por Porte.....	90
Figura 38: Distribuição espacial das oito macrorregiões no estado de Santa Catarina.....	91
Figura 39 .....	93
Figura 40: Distribuição percentual dos recursos transferidos por convênios, segundo investimento e custeio no período de 2001/2005. Santa Catarina, 2006.....	99
Figura 41: Programa Catarinense de Inclusão Social – PROCIS, Componente Saúde, Exercício 2004. ....	100
Figura 42: Percentual da população coberta com abastecimento público de água e com sistema de esgotamento de resíduos adequado. Santa Catarina, 2000.....	105
Figura 43: Problemas centrais relacionados à Assistência Farmacêutica, conforme o grupo interlocutor.....	108
Figura 44: Evolução do número de servidores da SES/SC e percentual de incremento segundo o nível de escolaridade, no período 2003/2005. ....	113
Figura 45: Comparativo do processo de qualificação dos servidores da SES/SC em nível de pós-graduação, período 2003/2006.....	113
Figura 46: Distribuição do pessoal de nível superior da SES/SC, segundo categoria profissional, 2005/2006.....	114



Figura 47: Distribuição do pessoal de nível médio e fundamental da SES/SC, segundo categoria profissional, 2005/2006. ....	114
Figura 48: Quadro de Pessoal da SES/SC por tipo de vínculo, Período 1999/2006. ....	115
Figura 49: Distribuição das habilitações de nível superior da SES por vínculo administrativo no exercício de 2005/2006. ....	115
Figura 50: Distribuição das habilitações de nível médio e fundamental da SES por vínculo administrativo no exercício de 2005/2006. ....	116
Figura 51: Distribuição das ações previstas no Plano Estadual de Saúde segundo origem dos recursos financeiros para sua execução. ....	127
Figura 52: Distribuição das ações previstas no orçamento para 2007, segundo itens de programas. ....	128



# APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação e com o sentimento do dever cumprido que a equipe dirigente da Secretaria de Estado da Saúde apresenta aos profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais do SUS e à população catarinense o Plano Estadual de Saúde 2007/2010, que corresponde à determinação da Lei nº 8.080/90, em seu art.15, inciso VIII, que define ser atribuição dos gestores do SUS implementar instrumentos de gestão competentes para a administração da política de saúde em seu âmbito de governo, dentre estes o Plano de Saúde.

Este plano pode ser entendido como um instrumento de referência para a atuação dos gestores do SUS, no âmbito estadual e municipal, na medida em que levanta e analisa a realidade socio-sanitária catarinense, indica problemas e prioridades de intervenção para a melhoria da situação de saúde dos catarinenses.

Neste sentido, os gestores assumem o compromisso de realizar ações orientadas para a redução das desigualdades em saúde, com a pactuação de metas estratégicas que possibilitam a melhoria das condições de saúde da população e da resolutividade do SUS.

O Plano Estadual de Saúde (PES), ora apresentado, prima pela transparência e pela construção participativa e democrática, contribuindo para ampliação do controle social sobre as ações e serviços de saúde.

A concepção do PES mobilizou áreas técnicas das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, bem como diversos outros segmentos sociais, representados no Conselho Estadual de Saúde, possibilitando a elaboração de um plano com capacidade de responder às principais demandas consoante a determinação de necessidades prioritárias de saúde do estado, representados pelo amplo conjunto de forças e interesses sociais presentes no debate durante os dois últimos anos.

Em reconhecimento a este amplo processo de discussão e aperfeiçoamento, o Conselho Estadual de Saúde aprovou o seu conteúdo em sua CXVII Reunião Ordinária em 25 de outubro de 2006.

O PES é uma responsabilidade de todos os segmentos sociais que participaram de sua elaboração durante o período de 2005 e 2006, sob a coordenação da ex-Secretária de Estado da Saúde, Carmen Emília Zanotto, do ex-Superintendente de Gestão do SUS, Lester Pereira e do ex- Diretor de Políticas de Saúde, Flavio Ricardo Liberali Magagewski.

Com previsão de desenvolvimento nos próximos quatro anos com a coordenação institucional da Secretaria de Estado da Saúde e das Gerências Regionais de Saúde, o PES é proposto com o intuito de articular suas estratégias e ações com as diretrizes e estratégias do Plano Nacional de Saúde e outros instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde no âmbito nacional; a detalhar e territorializar as diretrizes e estratégias do Plano Catarinense de Desenvolvimento 2007-2015 e os Programas do Plano Plurianual (PPA) 2004/2007 e 2008/2011 no espaço estadual; a orientar a elaboração e implementação dos Planos Diretores de Investimento, dos Planos de Regulação e dos Serviços de média e alta complexidade, bem como as Leis Orçamentárias Anuais e a Programação Pactuada Integrada, entre outros instrumentos de gestão do SUS.

Como todo plano, a vitalidade e pertinência do PES estão assentadas na capacidade deste ser objeto de revisão e atualização sistemáticas, conforme necessidades futuras do processo de gestão administrativa e financeira da política de saúde, do monitoramento e da avaliação da situação de saúde da população, bem como das linhas de atenção em saúde e dos serviços de saúde disponibilizados para o enfrentamento da realidade epidemiológica em cada região catarinense.

O PES constitui desta forma o guia relevante para a orientação competente, continua e eficaz das ações setoriais, assim como para o ordenamento das atividades e responsabilidades dos múltiplos agentes e propostas institucionais intra e extra-setoriais com impacto sobre a situação de saúde em Santa Catarina.

O resultado esperado desse esforço orientado para ações coordenadas e convergentes para o interesse da sociedade catarinense é a redução da mortalidade infantil e dos anos potenciais de vida perdidos na população infantil e geral, a ampliação significativa da cobertura qualificada da atenção primária em saúde através da Estratégia de Saúde da Família, a redução das desigualdades regionais do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, o fortalecimento dos instrumentos institucionalizados de controle social sobre a política de saúde, a ação dos Conselhos de Saúde. O resultado da ação concertada de todos os agentes públicos e privados interessados na saúde dos catarinenses representa a otimização dos recursos sociais alocados para a saúde da população e o desenvolvimento social sustentável em todas as regiões de Santa Catarina.

Neste sentido, o processo de planejamento desencadeado com o PES é o resultado concreto do esforço desenvolvido com a coordenação do gestor estadual do SUS e colocado à disposição de todos os que pretendem contribuir para que o povo catarinense construa seu destino com mais saúde e melhor qualidade de vida.

**Carmen Emília Bonfá Zanotto**  
Diretora Geral

**Luiz Eduardo Dado Cherem**  
Secretário de Estado da Saúde

# INTRODUÇÃO

Os Planos de Saúde constituem importante instrumento de orientação das políticas do setor e, portanto devem contemplar as perspectivas dos gestores, técnicos e conselheiros de saúde frente às necessidades epidemiológicas, estruturais e assistenciais identificadas periodicamente. Considerando a necessidade de atualização do Plano Estadual de Saúde, indicada na Resolução 008/CES/02, a Diretoria de Políticas de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (SES), através da Gerência de Desenvolvimento de Políticas de Saúde, iniciou em julho de 2005 a revisão do referido instrumento de gestão.

Para a estruturação do PES adotou-se estrutura e método similares aos utilizados na elaboração do Plano Nacional de Saúde, caracterizado por um amplo processo de debate entre técnicos, gestores e representantes do Conselho de Saúde. Reuniões setoriais ampliadas em formato de Seminário realizado em dezembro de 2005, constituíram fóruns de discussão para a construção e a consolidação das propostas. O Seminário contou com a participação de 87 (oitenta e sete) representantes do Conselho Estadual de Saúde (CES), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Comissão Intergestora Bipartite (CIB), das Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDRs) e técnicos da SES, além de técnicos do Ministério da Saúde (MS).

Os representantes puderam contribuir através de atividades de grupo na identificação dos problemas prioritários de saúde em SC, assim como na definição de ações e metas para o enfrentamento dos referidos problemas. As discussões tiveram como ponto de partida texto contendo o diagnóstico situacional das condições de saúde e a consolidação de propostas oriundas de planos e programações da SES aprovados em instâncias competentes no período de 2003 a 2005, no Plano Plurianual 2004/2007, no Quadro de Metas 2004/2005, nos Eixos Prioritários, no relatório final da Conferência Estadual de Saúde de 2003 e no Plano Estadual de Saúde de 2002, totalizando quinze instrumentos de planejamento e gestão.

Todas as contribuições dos grupos temáticos foram consolidadas e submetidas à nova apreciação, sendo modificadas e votadas num segundo Seminário realizado em fevereiro de 2006. A etapa seguinte foi a apresentação ao Conselho Estadual de Saúde que passou a tramitar as deliberações a partir de Comissões Temáticas do referido Conselho. As contribuições e as alterações foram integralmente acatadas pelo grupo de coordenação. O Plano Estadual de Saúde foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina na reunião ordinária do mês de outubro de 2006, através da Resolução 012/CES/2006.

Os eixos orientadores das prioridades no âmbito estadual foram: (1) a redução das desigualdades em saúde; (2) a ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; (3) a redução dos riscos e agravos; (4) a reforma do modelo de atenção; e (5) o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

O Plano Estadual de Saúde está organizado em quatro capítulos. O Capítulo I apresenta a análise situacional sócio-demográfica, epidemiológica, administrativa, gerencial, financeira e aspectos intersetoriais com a descrição de uma análise das linhas de atenção à saúde. O Capítulo II descreve os problemas prioritários referentes às condições de saúde. O Capítulo III demonstra as condições de gestão em saúde, a partir da factibilidade das ações propostas, indicando individualmente a existência de itens orçamentários na proposta orçamentária para o exercício de 2007, bem como os objetivos, as diretrizes e as metas propostas para o período 2007/2010, alocadas em quatro blocos: Linhas de Atenção à Saúde, Condição de Saúde da população, Gestão e Investimento em Saúde, Setor de Saúde. No Capítulo IV apresenta a proposta para monitoramento e avaliação do presente Plano e as considerações finais.



# I - ANÁLISE SITUACIONAL

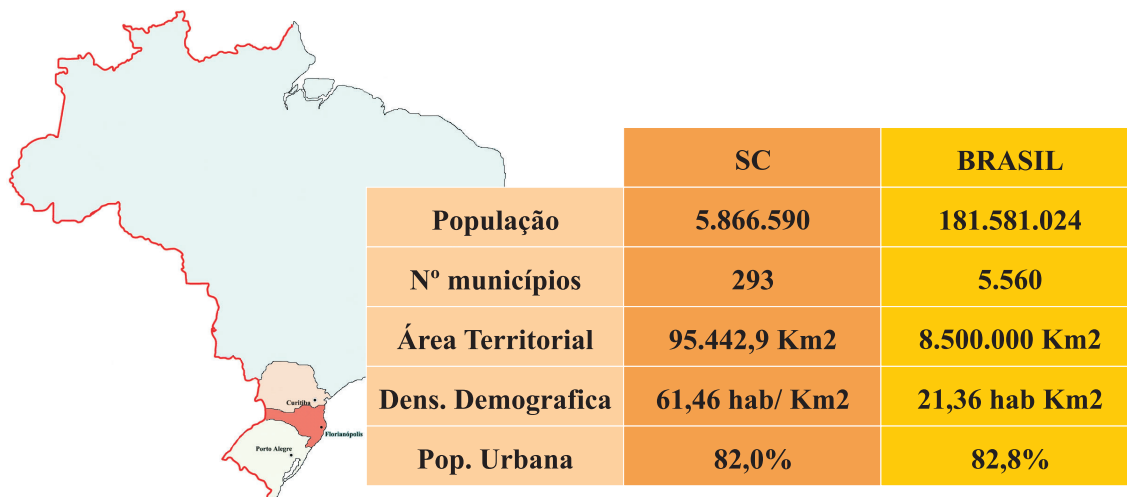




# 1. ANÁLISE DOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS

O Estado de Santa Catarina localiza-se na Região Sul do Brasil, entre os estados do Paraná e Rio Grande do Sul, e configura-se como o sétimo menor estado do País, ocupando 1,1% do território nacional e 16,6% da Região Sul. Em uma área de 95.442,9 Km<sup>2</sup>, abriga 5.866.590 habitantes, localizados majoritariamente na região urbana (82,0%) e apresenta uma densidade demográfica de 61,46 hab/Km<sup>2</sup> (IDB, 2004).

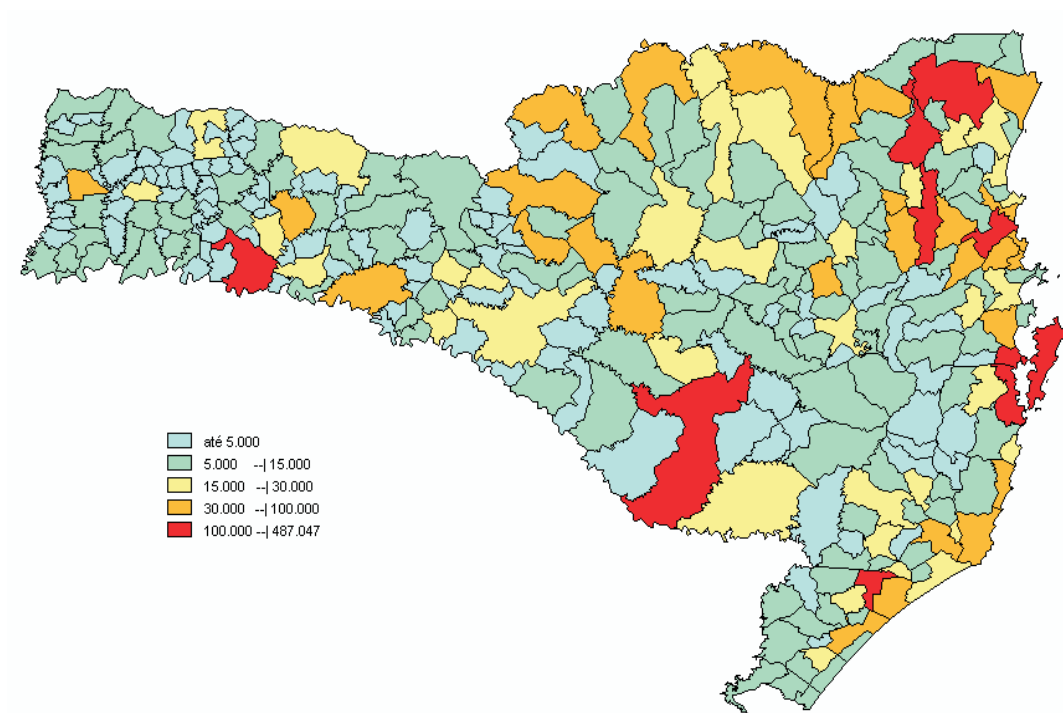
Figura 1: Referencial Comparativo da Situação Demográfica de Santa Catarina em relação ao contexto nacional.



Fonte: IDB, 2004.

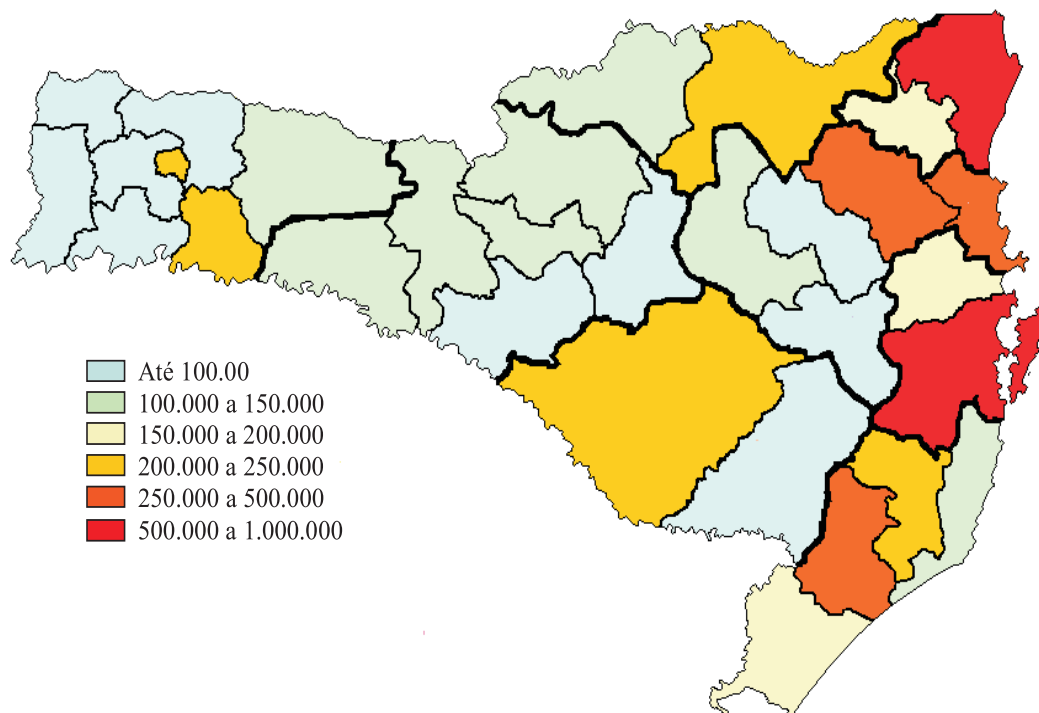
Sua organização político-administrativa compreende 293 municípios agrupados em 30 regionais e 8 macrorregiões. Municípios de pequeno porte predominam no Estado, com 87,0% deles apresentando no máximo 30 (trinta) mil habitantes (Figura 2). Caracteriza-se por maior concentração populacional nas macrorregiões Nordeste e Grande Florianópolis (142,9 e 132,0 hab/Km<sup>2</sup>) e maior dispersão no Planalto Norte e Planalto Serrano (17,2 e 18,3 hab/Km<sup>2</sup>). Os maiores contingentes populacionais se encontram nas regionais da Grande Florianópolis, Joinville, Blumenau, Itajaí e Criciúma, que juntas abrigam 46,8% da população (Figura 3).

Figura 2: Distribuição espacial da população segundo porte dos municípios, Santa Catarina, 2005.



Fonte: SES, 2006.

Figura 3: Distribuição espacial da população segundo as Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2005.



Fonte: SES, 2006.

O atual perfil demográfico do Estado acompanha o comportamento observado no País. Nos últimos anos, foram registrados redução nas taxas de crescimento, fecundidade e natalidade, aumento da esperança de vida e progressivo envelhecimento da população. Em 1980, a taxa de crescimento anual era de 2,1%, chegando a 1,5% entre 2000/2003, uma redução na ordem de 24,9% em pouco mais de três décadas. A taxa de fecundidade total passou de 3,8 filhos em 1980 para 1,8 filhos em 2002, um declínio de 52,6%. A taxa de natalidade caiu 32,4% no período entre 1991 e 2002, passando de 22,5 para 15,2 nascidos vivos/mil habitantes (PNS, 2004).

Esta situação indica uma tendência de estabilidade populacional, com dinâmica demográfica sustentada quase que exclusivamente por processos migratórios.

As alterações nos indicadores demográficos apresentaram comportamento diferenciado internamente no Estado (Tabela 1). A taxa de crescimento anual no período de 1996 a 2000 foi de 2,38% sendo que em algumas Regionais observou-se redução do crescimento, enquanto outras superaram o comportamento estadual. As regionais da Grande Florianópolis (5,05%) e Itajaí (4,27%) foram as que apresentaram os maiores percentuais de crescimento em contraposição a São Lourenço do Oeste (-3,69%), Palmitos (-2,06%), São Miguel do Oeste (-0,86%), Dionísio Cerqueira (-0,60%) e Ituporanga (-0,22%) que apresentaram crescimento negativo.

A expectativa de vida ao nascer é uma síntese das condições de vida e de reprodução da população. Calculada para cada sexo individualmente, a esperança de vida das mulheres é sempre superior à dos homens, o que se deve em grande parte, à menor exposição ao risco de morrer pela maioria das causas no sexo feminino ao longo da vida. Para Santa Catarina essa diferença é de mais de 7 anos na expectativa de vida ao nascer. A Tabela 2 mostra a série histórica do indicador no Estado e permite verificar um incremento de 2,5 anos, no período 1996/2004.

A análise da distribuição etária da população entre 1991 e 2003 também evidencia um progressivo envelhecimento da população. A proporção de crianças menores de 5 anos passou de 11,1% para 7,2%, enquanto a proporção de idosos aumentou de 6,8% para 8,8%, no período. Outro aspecto que contribui para uma melhor análise é o aumento da taxa de envelhecimento. Em 1991, havia 20,4 idosos para cada 100 indivíduos menores de 15 anos. Esta relação subiu para 34,8 idosos em 2003, um significativo acréscimo de 70,6 %. Os reflexos destas alterações são perceptíveis na estrutura da pirâmide etária, com significativo estreitamento de sua base, passando de um formato triangular para o de uma parábola, conforme apresentado na Figura 4. Essa transição demográfica implica importantes alterações na concepção da estrutura de atendimento à demanda para o setor saúde e exige uma adequação dos serviços de saúde à nova realidade.

Tabela 1: Indicadores Demográficos segundo regionais de saúde. Santa Catarina, 1996/2004.

Região de Saúde	Taxa de Crescimento Anual (1996-2000)	Taxa Bruta de Natalidade	Taxa de Fecundidade	Percentual de Idosos	Esperança de Vida ao Nascer		
					Masc.c	Fem.	Total
01 São Miguel do Oeste	-0,86	25,4	1,3	9,3	71,2	78,5	74,6
02 Maravilha	2,56	93,6	1,5	9,5	71,6	77,8	74,5
03 São Lourenço do Oeste	-3,69	37,9	1,4	8,5	71,4	79,1	77,8
04 Chapecó	2,06	5,0	1,5	6,8	71,8	77,4	74,6
05 Xanxerê	1,13	14,1	1,6	7,7	71,6	79,9	75,4
06 Concórdia	1,80	13,0	1,3	9,0	72,5	79,2	75,7
07 Joaçaba	2,05	26,2	1,6	8,9	70,7	77,5	74,0
08 Campos Novos	1,32	32,7	1,8	7,9	68,1	76,8	72,1
09 Videira	1,46	51,8	1,6	7,3	70,3	77,2	74,8
10 Caçador	1,66	12,5	1,8	7,3	71,2	75,6	73,2
11 Curitiba	2,18	11,7	1,9	7,6	68,6	74,2	71,2
12 Rio do Sul	1,19	8,2	1,6	9,2	69,5	77,2	73,1
13 Ituporanga	-0,22	104,4	1,6	8,9	70,5	77,5	73,7
14 Ibirama	1,21	16,1	1,5	10,0	68,4	76,1	72,2
15 Blumenau	2,88	6,0	1,5	8,0	70,2	77,3	73,7
16 Brusque	2,82	10,5	1,5	8,7	69,3	78,8	73,7
17 Itajaí	4,27	20,0	1,7	7,7	68,0	76,9	72,2
18 Grande Florianópolis	5,05	4,8	1,5	7,6	70,3	79,5	74,8
19 Laguna	1,82	12,7	1,3	10,7	70,6	76,3	73,4
20 Tubarão	2,16	19,7	1,4	8,7	70,0	76,6	73,3
21 Criciúma	1,92	2,9	1,4	7,2	69,2	76,3	72,7
22 Araranguá	1,48	4,4	1,5	8,7	71,4	78,3	74,7
23 Joinville	2,55	3,6	1,6	6,9	70,7	78,0	74,2
24 Jaraguá do Sul	3,48	4,5	1,7	7,4	70,1	78,2	73,9
25 Mafra	2,19	50,2	1,8	7,7	68,3	75,4	71,6
26 Canoinhas	0,80	8,2	1,5	8,6	68,6	74,7	71,6
27 Lages	2,44	5,4	1,6	8,6	70,5	75,5	73,0
28 São Joaquim	0,48	52,4	1,6	9,2	69,8	75,5	72,4
29 Palmitos	-2,06	26,8	1,2	10,8	70,7	77,9	74,1
30 Dionísio Cerqueira	-0,60	44,9	1,4	9,0	68,6	76,0	72,1
<b>SANTA CATARINA</b>	<b>2,38</b>	<b>15,0</b>	<b>1,8</b>	<b>8,0</b>	<b>69,8</b>	<b>77,2</b>	<b>73,4</b>

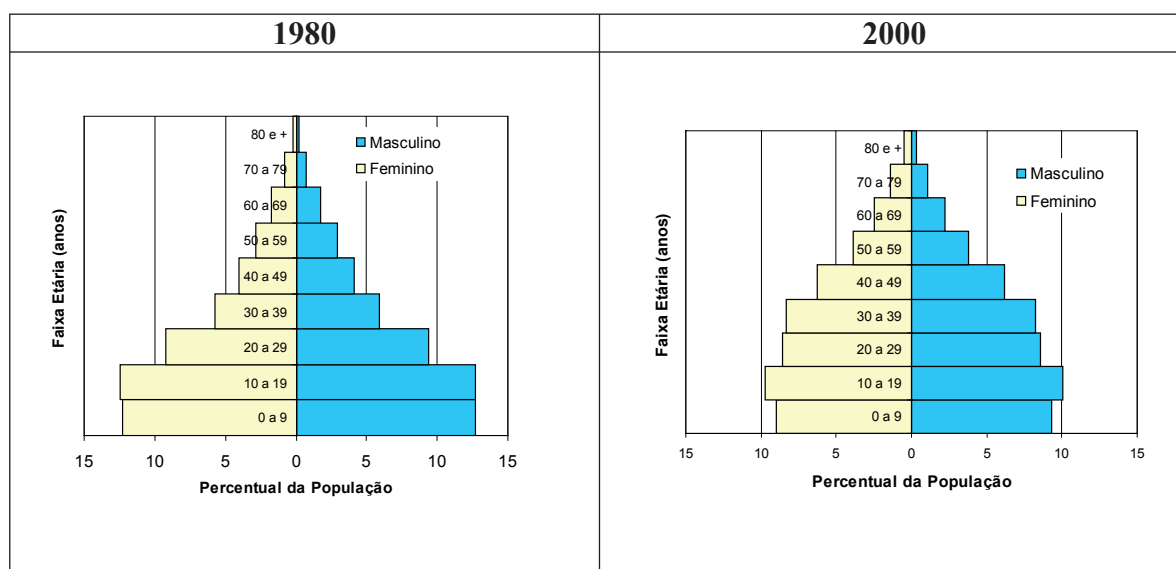
Fonte: Cadernos de Saúde - SES, 2006.

Tabela 2: Esperança de Vida, segundo faixas etárias, Santa Catarina, 1996/2004.

Ano	Masculino	Feminino	Total
1996	67,41	74,68	70,91
1997	68,00	75,26	71,49
1998	67,96	75,14	71,39
1999	68,05	75,21	71,47
2000	69,35	76,93	73,13
2001	69,78	77,35	73,41
2002	69,87	77,30	73,45
2003	69,95	77,39	73,53
2004	69,82	77,23	73,39

Fonte: Cadernos de Saúde - SES, 2006

Figura 4: Pirâmides Etárias Santa Catarina, 1980 e 2000.



Fonte: Cadernos de Saúde - SES, 2006.

Assim como a saúde, a educação constitui uma das linhas mestras para a concepção de uma sociedade mais atuante e autônoma em relação a subsídios fornecidos pela esfera pública. Pode-se afirmar que existe uma interdependência entre ações demandadas em educação e saúde. Como decorrência dessa situação de complementaridade de esforços, importante se faz a mensuração de eventos reflexos. Esses efeitos podem ser sentidos a partir da observância de melhores níveis de saúde em camadas de populações com níveis de instrução mais satisfatórios.

A Tabela 3 apresenta a síntese de indicadores sobre os níveis educacionais da população maior de 15 anos no país. O estado de Santa Catarina encontra-se em posição de destaque em relação aos indicadores nacionais. O número de alfabetizados na população com idade de 15 anos implica uma melhor inserção desta população no mercado de trabalho. O percentual nacional de indivíduos com oito ou mais anos de escolaridade, em torno de 45% no Brasil, na região Sul sobe para 49,5%, sendo a região Sudeste a que apresenta o maior percentual (52,8%). Santa Catarina supera o desempenho nacional, ficando próximo ao percentual da Região

Sudeste (52,4%). Neste sentido, dentre os estados da região Sul, assume posição de destaque, ficando o Paraná com aproximadamente 51% e o Rio Grande do Sul com um pouco mais de 46%.

Importante ressaltar que o estado de Santa Catarina obtém índices de analfabetismo de 5%, metade do comportamento nacional e o menor entre os estados da região Sul. Espera-se que os indicadores referentes à escolaridade da população em Santa Catarina possam seguir um processo de contínua evolução. Indicadores relacionados à renda e condições de trabalho também apresentam estreita relação com as condições de saúde de uma população. O PIB *per capita* catarinense é superior à média nacional e da região sul (Tabela 4).

Santa Catarina também apresenta, comparativamente com os demais estados, excelentes indicadores de distribuição de renda. A razão de renda, a proporção de pobres e a taxa de desemprego registradas estão abaixo dos níveis nacionais e da região Sul. A taxa de trabalho infantil (11,7%) observada no Estado acompanha a média nacional, mas apresenta-se melhor do que a Região Sul como um todo (14,4%). Apesar disso, a inserção precoce no mercado de trabalho deve ser considerada uma prioridade do estado, tendo em vista suas implicações sócio-econômicas no médio e longo prazo.

Tabela 3: Indicadores educacionais da população na idade de 15 anos e mais, segundo regiões do Brasil e estados da Região Sul, 2003.

Região/UF	% na população de 15 anos e mais						
	Taxa de analfabetismo			escolaridade (anos de estudo)			
	Total	Masculina	Feminina	< 1 ano	1 a 3	4 a 7	8 e +
Norte	10,6	10,9	10,3	12,5	12,4	29,0	46,1
Nordeste	23,2	25,1	21,3	23,0	16,2	27,1	33,7
Sudeste	6,8	5,9	7,6	8,4	10,4	28,4	52,8
<b>Sul</b>	<b>6,4</b>	<b>5,8</b>	<b>6,9</b>	<b>7,9</b>	<b>11,1</b>	<b>31,6</b>	<b>49,4</b>
Paraná	7,8	6,3	9,3	10,0	12,3	26,6	51,1
<b>Santa Catarina</b>	<b>5,0</b>	<b>4,8</b>	<b>5,2</b>	<b>6,2</b>	<b>11,0</b>	<b>30,4</b>	<b>52,4</b>
Rio Grande do Sul	5,8	5,8	5,7	6,8	10,1	36,8	46,4
Centro-Oeste	9,5	9,7	9,2	11,1	11,9	29,8	47,2
<b>Brasil</b>	<b>11,6</b>	<b>11,7</b>	<b>11,5</b>	<b>12,7</b>	<b>12,3</b>	<b>28,7</b>	<b>46,4</b>

Fonte: IDB, 2004.

Tabela 4: Indicadores socioeconômicos da população, segundo regiões do Brasil e estados da Região Sul, 2003.

Região/UF	Razão de renda	Proporção de pobres	Taxa de desemprego	Taxa de trabalho infantil	PIB per capita (2002)
Norte	20,1	39,3	10,5	10,1	4.939,29
Nordeste	22,5	54,1	8,7	16,9	3.694,34
Sudeste	20,1	19,8	11,5	6,8	10.086,42
<b>Sul</b>	<b>17,0</b>	<b>18,6</b>	<b>6,8</b>	<b>14,4</b>	<b>9.156,71</b>
Paraná	17,7	22,1	7,2	14,0	8.241,06
<b>Santa Catarina</b>	<b>12,8</b>	<b>12,0</b>	<b>5,7</b>	<b>11,7</b>	<b>9.271,51</b>
Rio Grande do Sul	18,3	18,8	7,1	16,4	9.958,31
Centro-Oeste	21,8	26,5	9,0	8,9	8.166,03
<b>Brasil</b>	<b>24,8</b>	<b>31,1</b>	<b>9,7</b>	<b>11,5</b>	<b>7.630,92</b>

Fonte: IDB, 2004.

## 2. ANÁLISE DAS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O fortalecimento da atenção básica, o desenvolvimento de práticas alternativas à atenção hospitalar e a racionalização da utilização das tecnologias médicas são essenciais à reorganização da prática assistencial e melhoria das ações e serviços prestados no SUS. Neste sentido, serão abordados aspectos da atenção básica, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar, serviços de urgência e emergência e o transplante de órgãos e tecidos em âmbito estadual.

### 2.1 Atenção Básica

Implementada desde 1994, a Estratégia Saúde da Família constitui importante pilar na organização e no fortalecimento da Atenção Básica. Como primeiro nível de atenção à saúde no Sistema, potencializa a resolutividade dos serviços, por meio da ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na Promoção da Saúde. Tem como objetivo a redução da demanda dos serviços especializados e das internações hospitalares.

Os municípios catarinenses pioneiros na implantação da Estratégia da Saúde da Família foram: Ascurra, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages. Os mesmos assinaram convênios de adesão em meados de 1994 e as primeiras equipes foram implantadas no decorrer do ano de 1995. No mesmo ano os municípios de Canoinhas, Cocal do Sul, Itapoá e Xanxerê assinaram o convênio e receberam recursos para iniciar o PSF/PACS. A inclusão da odontologia na equipe de saúde da família iniciou-se em 2001 e se amplia em ritmo acelerado.

A Tabela 5 demonstra os dados relativos à qualificação e à implantação das equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde e de equipes de saúde bucal de dezembro de 1997 a setembro de 2005.

A Coordenação Estadual de Saúde da Família posicionou-se a favor de só qualificar equipes que estivessem organizadas, evitando desperdício de tempo e recursos. Em dezembro de 2002, 9,1% das equipes qualificadas não tinham sido implantadas, mas esse percentual caiu para 7,4% no ano seguinte. Em dezembro de 2003, somente um município do Estado não havia apresentado projeto para a implantação da estratégia.

Tabela 5: Acompanhamento da implantação das ESF/ESB e de ACS em SC, 1997/2005.

Período	Equipe Saúde da Família				Equipe Saúde Bucal					
	Nº municípios	ESF		ACS		Nº municípios	SB/Mod I		SB/Mod II	
		Qual.*	Impl.*	Qual.	Impl.		Qual.	Impl.	Qual.	Impl.
12/1997	-	148	-	1.085	-	-	-	-	-	-
12/1998	42	-	103	366	348	-	-	-	-	-
12/1999	103	-	164	2.254	2.215	-	-	-	-	-
12/2000	190	-	381	-	4.501	-	-	-	-	-
12/2001	272	724	658	6.102	7.012	143	197	161	02	01
11/2002	286	978	889	8.066	7.535	223	318	249	03	01
12/2003	292	1063	996	8.516	8.027	235	426	379	05	03
12/2004	293	1.122	1.053	9.043	8.333	293	505	442	12	11
09/2005	293	1.186	1.100	9.425	8.732	293	573	499	14	13

\*Equipe Qualificada é a equipe autorizada pelo MS a ser organizar e a equipe Implantada é a equipe existente.

Fonte: MS/SIAB, 2005.

## Desempenho da Atenção Básica

A análise do desempenho da Atenção Básica desenvolvida pelos municípios de SC utilizou metodologia semelhante à adotada pelo Ministério da Saúde, que permite a obtenção de um estimador do grau de cumprimento da meta. Dos 34 indicadores incluídos no Pacto da Atenção Básica, a totalidade dos municípios catarinenses pactuaram sete. Os indicadores **percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados** e **taxa de mortalidade materna** foram pactuados por apenas 11 (onze) municípios. A não-pactuação da taxa de mortalidade materna é compreensível, uma vez que o Ministério da Saúde a recomenda para municípios com mais de 80.000 habitantes. Entretanto, a não investigação de óbitos de mulheres em idade fértil é preocupante.

No Quadro 1 são apresentados os resultados alcançados, as metas pactuadas e o percentual de alcance das metas de cada indicador, para o estado como um todo no exercício de 2004. Os indicadores estão separados por eixos programáticos com a utilização de cores para diferenciar o percentual de alcance das metas segundo níveis de desempenho.



Quadro 1: Indicadores do Pacto da Atenção Básica. Santa Catarina, 2005.

Avaliação do desempenho do Estado de Santa Catarina Metas e resultados alcançados para 2005					
Eixos	Indicadores		Alcançado em 2005	Meta Pactuada 2005	% alcance da Meta
Saúde da Criança	1	Número absoluto de óbitos em < de 1 ano	1014	NP	NP
	2	Taxa de mortalidade infantil	12,08	13,00	107,6
	3	% de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	7,74	7,50	96,9
	4	% de óbitos < de 1 ano por causas mal definidas	6,21	5,00	80,5
	5	Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda em < de 5 anos	26,92	30,00	111,4
	6	Homogeneidade da cobertura vacinal por Tetravalente em < 1 ano	87,37	70,00	124,8
	7	Número absoluto de óbitos neonatais	697	NP	NP
	8	Taxa de mortalidade infantil neonatal	8,30	8,50	102,41
Saúde da Mulher	9	Taxa de mortalidade materna	27,40	42,00	153,3
	10	% de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	93,11	95,00	98,0
	11	% de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	...	70,00	...
	12	Razão de exames citopatológicos cérvix-vagin./Pop Fem de 25 a 59 anos	0,26	0,25	104,0
	13	Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero	4,38	3,70	84,5
	14	Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama	10,70	9,50	88,8
	15	% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	62,98	65,00	96,9
Hipertensão	16	Taxa de internação por acidente vascular-cerebral (AVC)	45,82	46,00	100,4
	17	Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares	116,70	130,00	111,4
	18	Taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva	87,04	82,00	94,2
Diabetes	19	Proporção de internação por cetoacidose e coma diabético	7,25	9,45	130,3
	20	Proporção de internação por diabetes	1,44	1,40	97,2
Tuberculose	21	% de abandono do tratamento de tuberculose	4,99	7,04	141,1
	22	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera	10,50	12,08	115,0
	23	Taxa de mortalidade por tuberculose	0,85	0,95	111,8
Hanseníase	24	% de abandono do tratamento de hanseníase	4,90	4,00	81,6
	25	Taxa de detecção de casos de hanseníase	0,40	0,50	125,0
	26	% de cura de casos novos de hanseníase	74,48	80,00	93,1
	27	Taxa de prevalência de hanseníase	0,49	0,60	122,4
Saúde Bucal	28	Grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico	29,74	35,00	117,7
	29	Cobertura de primeira consulta odontológica	15,59	18,00	86,6
	30	Proced.odontológicos coletivos e população < 14 anos	0,20	0,35	57,1
Gerais	31	% de exodontias / ações odontológicas básicas individuais	5,90	6,50	110,2
	32	% da população coberta pelo PSF	59,59	65,00	91,7
	33	Média anual de consultas médicas básicas por habitante	1,38	1,50	92,0
	34	Média mensal de visitas domiciliares por família	0,42	0,50	84,00

Dos 34 indicadores que orientam a avaliação, 32 foram efetivamente pactuados no nível estadual. Destes, somente quinze atingiram ou ultrapassaram os valores pactuados. Faz-se importante observar que para 25 indicadores, o percentual de alcance das metas foi de mais de 90%. Utilizando-se de critério menos rigoroso, observa-se que 30 indicadores obtiveram pelo menos 70% da meta pactuada, demonstrando que um bom desempenho estadual.

O indicador **procedimentos odontológicos coletivos em saúde bucal na população < de 14 anos** atingiu valor inferior a 70% da meta pactuada pelo Estado, merecendo maior atenção.

Os indicadores que não puderam ser avaliados devido a não pactuação foram **número absoluto de óbitos em crianças < de um ano e número absoluto de óbitos neonatais** relativos à saúde da criança. Não há informação em relação ao indicador **percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados**.

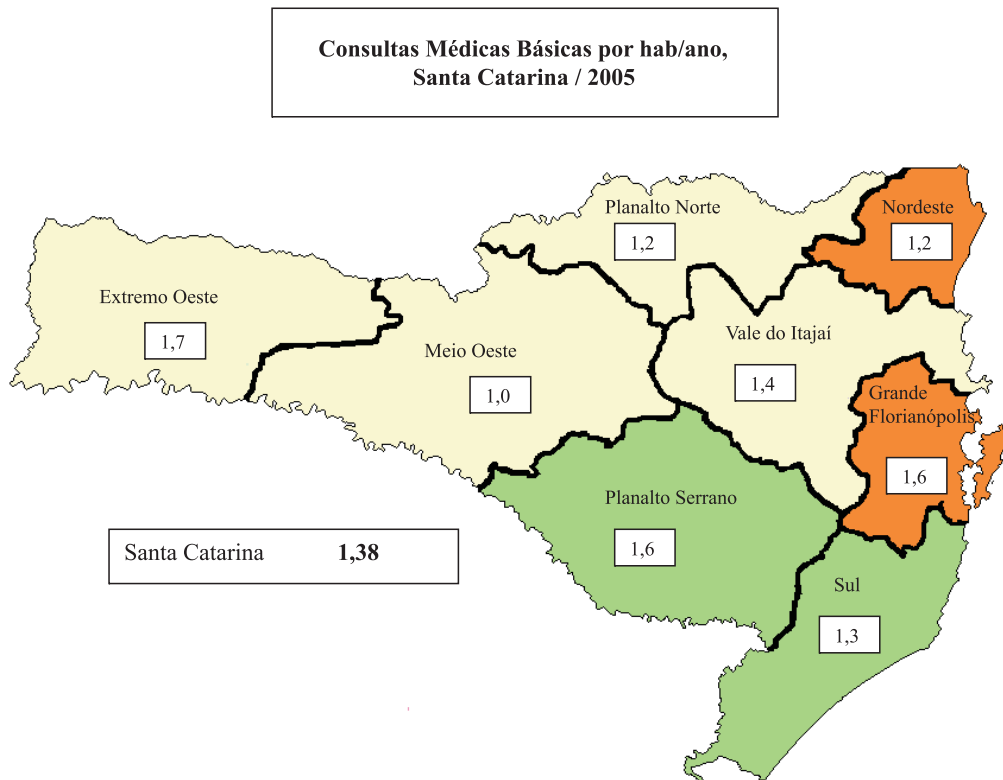
Na avaliação do indicador percentual da população coberta pelo PSF, é preciso esclarecer que o seu cálculo não seguiu o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, a população cadastrada no SIAB em relação à população total. Neste documento considerou-se o número de equipes de PSF existentes nos municípios e a capacidade média das equipes (3450 pessoas por equipe), porque havia problemas relativos ao cadastramento das famílias na base de dados oficial. A série histórica desse indicador mostra que SC vem gradativamente aumentando a proporção da população coberta pelo PSF, passando de 18,6% em 2000, para 58,0%, em 2004, não sendo possível atingir a meta de 65%, estabelecida para 2005.

A despeito da ampliação do PSF em Santa Catarina, o indicador médio mensal de visitas domiciliares por família não apresentou os resultados esperados. Em 2004, foram realizadas 0,42 visitas domiciliares por família/mês, alcançando-se apenas 84,0% da meta. Observa-se que o registro das visitas familiares no SIAB é constantemente superior ao do SIA. Isto provavelmente ocorre devido ao repasse de recursos financeiros da atenção básica aos municípios não estar relacionado à produção, o que faz com que alguns municípios não registrem as visitas no SIA com assiduidade. No entanto, a análise da série histórica dos indicadores de consulta médica e visita domiciliar entre 2000 e 2005, mostra diminuição das consultas médicas básicas, passando de 1,7 para 1,38 consultas/hab/ano com aumento da média mensal de visitas domiciliares variando de 0,1 para 0,4 visitas/família.

A média de consultas médicas na atenção básica em Santa Catarina está próximo ao preconizado na PPI de 2002 e na portaria GM 1101/2002 (1,47consultas/hab/ano). A Figura 5 abaixo mostra a distribuição de consultas médicas básicas no ano de 2005 por macrorregião, onde se verifica a superação dos parâmetros estabelecidos nas macrorregiões Planalto Serrano, Grande Florianópolis e Extremo Oeste.

A análise dos demais indicadores segundo blocos de indicadores será apresentada ao longo deste documento, junto com os demais indicadores necessários ao diagnóstico por grupo populacional ou agravo.

Figura 5



Fonte: Tabnet (SES/SC), 2006.

## 2.2 A Atenção Ambulatorial Especializada

Segundo informações do cadastro do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) em novembro de 2005, a capacidade instalada para o SUS/SC era de 3.772 unidades de saúde, das quais 1.500 (39,7 %) eram postos e centros de saúde. O cadastro evidencia ainda, a existência de 400 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, responsável por procedimentos de média complexidade.

A produção ambulatorial do SUS em Santa Catarina no ano de 2004 está apresentada na Tabela 6. O total de procedimentos aprovados foi de 69.862.478, correspondendo a um custo médio *per capita* de R\$ 12,09 e um custo médio unitário por procedimento de R\$ 3,56. Do total de procedimentos, 56,6% foram realizados na Atenção Básica, 31,6% na Média Complexidade e 11,8% na Alta Complexidade. Patologia Clínica representa 48,2% do total de procedimentos de média complexidade, enquanto o item medicamentos se destaca entre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados no Estado (84,2%).

Tabela 6: Produção ambulatorial e valor médio unitário do SUS, por Grupo de procedimentos do SIA, Santa Catarina, 2004.

Categoria de procedimentos	Quantidade Aprovada	
	Nº	%
Procedimentos de Atenção Básica	39.531.921	56,6
01-Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio	18.347.223	26,3
02-Ações Médicas Básicas	8.074.702	11,6
03-Ações Básicas Em Odontologia	10.045.506	14,4
04-Ações Executadas P/Outros Prof.Nível Superior	2.780.289	4,0
05-Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	284.201	0,4
Procedimentos Especializados	22.061.054	31,6
07-Proced.Espec Profis. Médicos,Out.NívelSup./Méd	7.013.192	10,0
08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	221.692	0,3
09-Procedimentos Traumatolo-Ortopédicos	94.088	0,1
10-Ações Especializadas Em Odontologia	343.379	0,5
11-Patologia Clínica	10.638.400	15,2
12-Anatomopatologia e Citopatologia	573.329	0,8
13-Radiodiagnóstico	1.433.442	2,1
14-Exames Ultra-Sonográficos	165.849	0,2
17-Diagnose	381.802	0,5
18-Fisioterapia (Por Sessão)	1.006.441	1,4
19-Terapias Especializadas (Por Terapia)	47.861	0,1
20-Instalação de Cateter	13	0,0
21-Próteses e Órteses	140.594	0,2
22-Anestesia	972	0,0
Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade	8.233.503	11,8
26-Hemodinâmica	2.911	0,0
27-Terapia Renal Substitutiva	222.517	0,3
28-Radioterapia (Por Especificação)	230.681	0,3
29-Quimioterapia - Custo Mensal	43.687	0,1
30-Busca de Órgãos para transplante	6.583	0,0
31-Ressonância Magnética	7.555	0,0
32-Medicina Nuclear - In Vivo	5.297	0,0
33-Radiologia Intervencionista	615	0,0
35-Tomografia Computadorizada	26.903	0,0
36-Medicamentos	6.936.733	9,9
37-Hemoterapia	534.785	0,8
38-Acompanhamento de Pacientes	213.472	0,3
40-Procedimentos Específicos para Reabilitação	-	-
Total	69.826.478	100,0

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SES/SC, 2006.

Apesar dos esforços do governo em regionalizar a assistência, persistem disparidades na distribuição dos serviços ambulatoriais especializados. Na Grande Florianópolis foram realizados 26% dos serviços de média complexidade e 92% dos serviços de alta complexidade, o que explica a diferença da distribuição dos serviços nessa macrorregião quando comparada às demais. Nas regiões Meio Oeste e Sul catarinense a participação dos procedimentos de Alta Complexidade ainda são inferiores a 1% do total (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição Percentual da Produção Ambulatorial (Quantidade Aprovada e Valor Aprovado), segundo grupos de procedimento da Atenção Básica do SIA, Santa Catarina, 2004.

Macrorregiões	% da Quantidade Aprovada			% Valor Aprovado	
	Atenção Básica	Média Complex.	Alta Complex.	Média Complex.	Alta Complex.
Extremo Oeste	77,8	20,8	1,3	52,80	47,20
Meio Oeste	72,9	26,3	0,8	73,80	26,20
Planalto Norte	77,9	20,6	1,5	49,10	33,80
Nordeste	59,9	38,6	1,5	65,00	27,80
Vale do Itajaí	69,1	29,4	1,5	63,60	28,60
Planalto Serrano	67,8	31,1	1,1	77,90	10,00
Sul	70,5	28,6	0,8	69,20	21,10
Grande Florianópolis	24,9	35,3	39,8	40,80	54,80
<b>Total</b>	<b>65,1</b>	<b>28,83</b>	<b>5,85</b>	<b>61,5</b>	<b>52,8</b>

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SES/SC, 2006.

Os serviços de Média Complexidade apresentam déficit em todo o estado. A situação foi identificada quando da realização do projeto Macrorregiões de Saúde. Os serviços deste nível hierárquico dão resolutividade a rede de serviços com um custo moderado, quando comparados aos valores da Alta Complexidade. A NOAS SUS 01/2 enfatizava a regionalização das ações e serviços de saúde, com prioridade ao primeiro nível de referência onde se encontra parte dos serviços de média complexidade. Faz-se necessário uma revisão das necessidades de equipamentos e serviços após a atualização do cadastro de estabelecimentos de saúde, ainda em andamento no Estado, e das revisões constantes da PPI. É importante na pactuação considerar critérios como as características sócio-demográficas, a acessibilidade e a disponibilidade de recursos humanos para determinar a lógica da alocação de recursos de investimento em saúde.

Na alta complexidade existe escassez de recursos humanos para atuar nas especialidades dos níveis secundário e terciário, destacando-se os serviços de ortopedia e neurologia, além da baixa resolubilidade dos serviços ambulatoriais e hospitalares na maioria das macrorregiões de saúde, especialmente na urgência e emergência. Nos serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, evidencia-se o *déficit* de cobertura assistencial nas especialidades de cirurgia cardíaca, cirurgia ortopédica, terapia intensiva, urgência e emergência terciárias, assistência ao parto de alto risco, procedimentos de radiologia intervencionista, diagnose em oncologia, assistência farmacêutica de alta complexidade, entre outras. Na área de transplantes, Santa Catarina integra a lista única nacional para transplantes de rim, córnea e coração e fígado.

O estado de Santa Catarina vem envidando esforços no sentido de homogeneizar a oferta destes serviços nas macrorregiões de saúde, com o objetivo de evitar deslocamentos onerosos aos pacientes, definindo nos seus planos estruturantes aprovados as referências macrorregionais e apontando as necessidades de investimento para induzir a desconcentração da oferta.

## 2.3 Atenção Hospitalar

Em 2000, o Conselho Estadual de Saúde aprovou a Classificação Hospitalar para Santa Catarina, considerando as unidades hospitalares por tipo de atendimento que realizam; por abrangência territorial e populacional; e por áreas de referência, cuja descrição detalhada encontra-se no Projeto Macrorregiões de Saúde – Diagnóstico e Referência Hospitalar.

Atualmente, vem se discutindo na CIB a implantação da política para os hospitais de pequeno porte, onde em torno de 50 estabelecimentos seriam beneficiados. Outras políticas de financiamento para a área hospitalar são o incentivo e a contratualização dos hospitais com certificado de filantropia, a contratualização do Hospital Universitário, dos hospitais próprios administrados por terceiros e o Eixo 2 das Prioridades em Saúde, que de forma descentralizada já beneficiou com repasses sistemáticos quarenta unidades hospitalares, privilegiando aquelas de referência regional.

Em Santa Catarina existem 213 hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde. Destes, 22 são públicos, 190 privados e 01 universitário e estão distribuídos nas macrorregiões como mostra a Figura 6. O Estado administra 14 hospitais públicos e 05 estão com a sua administração terceirizada.

Com um total de 14.422 leitos do SUS disponíveis para a população, Santa Catarina apresenta uma relação de 2,5 leitos por 1.000 habitantes. A distribuição de leitos por habitante, entretanto, apresenta importantes desigualdades macrorregionais quali-quantitativas, com maior concentração na macrorregião da Grande Florianópolis (3,6 leitos/habitantes) e menor na macrorregião Nordeste (1,3 leitos por 1000 habitantes), conforme observado na Tabela 8.

Figura 6

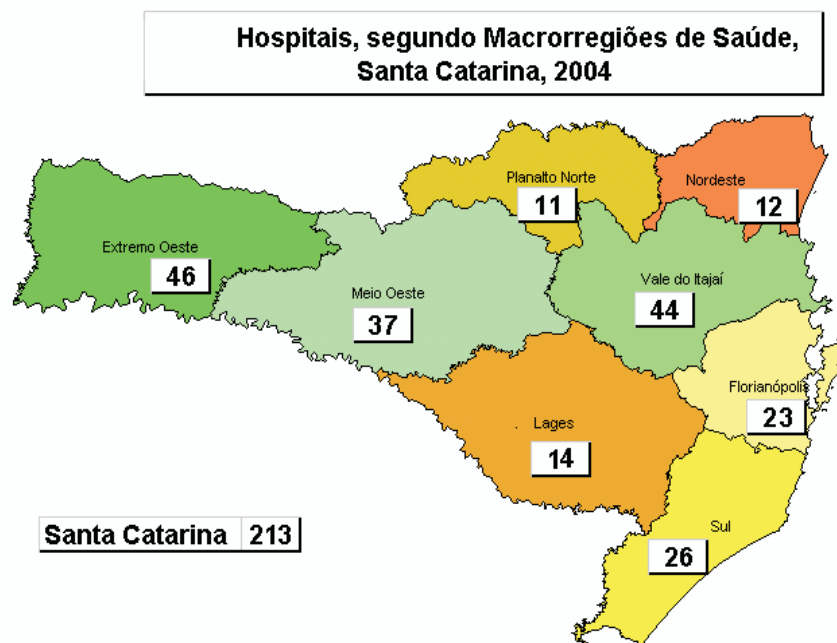


Tabela 8: Número de Leitos SUS, segundo tipo e macrorregião de saúde. SC, 2004.

Macrorregiões de Saúde	Total	/1000 hab.	UTI 2003	Cirúrg.	Obstét.	Clín.Méd	Pediatria	Psiqu.	Outros
Extremo Oeste Sul	2.018	3,0	17	239	295	888	420	70	106
Planalto Serrano	940	3,2	31	141	128	390	224	49	8
Grande Florianópolis	3.122	3,6	101	550	261	806	208	1.183	114
Vale do Itajaí	2.788	2,2	73	462	399	1.212	624	45	82
Nordeste	1.137	1,3	64	224	177	381	278	63	14
Planalto Norte	576	2,6	12	54	112	262	132	8	8
Meio Oeste	1609	2,8	30	212	247	627	400	60	63
<b>Santa Catarina</b>	<b>14.422</b>	<b>2,5</b>	<b>368</b>	<b>1947</b>	<b>1760</b>	<b>4983</b>	<b>2603</b>	<b>1285</b>	<b>1844</b>

Fonte: IBGE e SIH, 2004.

A capacidade instalada de Unidades de Terapia Intensiva está sendo ampliada, visando a regularização desses serviços aos padrões ministeriais. Existem atualmente 368 leitos de UTI. Considerando o parâmetro de cobertura em UTI de 4% do total de leitos, a meta a ser alcançada em Santa Catarina é de 517 leitos, um incremento de 40,5% em relação aos leitos existentes.

O Estado possui 188 hospitais conveniados com o SUS para atendimento obstétrico, tendo 1.760 leitos disponíveis para esta especialidade desde 2001. A partir de setembro de 2000, houve o desenvolvimento da Política de Redução das Taxas de Cesariana aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, que articulou e determinou o papel de todas as áreas, além da implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, visando proporcionar um atendimento mais seguro para a gestante e o recém-nascido. Ressaltamos que nas diretrizes do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento fica evidenciada a importância do pediatra na sala do Parto, exigência esta, obrigatória para todas as Unidades Hospitalares do Estado.

Noventa hospitais estão habilitados para o atendimento a pacientes psiquiátricos, com 1.285 leitos do SUS cadastrados. Desde 2001 uma comissão vem desenvolvendo uma proposta para Política Estadual de Saúde Mental, dando seguimento à proposta do Ministério da Saúde de uma gradativa desospitalização do paciente em sofrimento psíquico, enfatizando o tratamento terapêutico ambulatorial, proporcionando um acompanhamento mais contínuo e humano.

## 2.4 Serviços de Urgência e Emergência

A lógica da implantação de uma rede hierarquizada, regionalizada e regulada por critérios médico-clínicos e a perspectiva de melhorar e modernizar a execução dos serviços de urgência e emergência em saúde no Brasil do Governo Federal delineou uma nova proposta de organização desses serviços. Tratou-se da construção de uma rede assistencial hierarquizada, considerando a atenção pré-hospitalar fixa e móvel, a atenção hospitalar e a atenção pós-hospitalar, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O SAMU foi criado em 2003 tendo como objetivo prestar socorro à população em casos de urgências ou

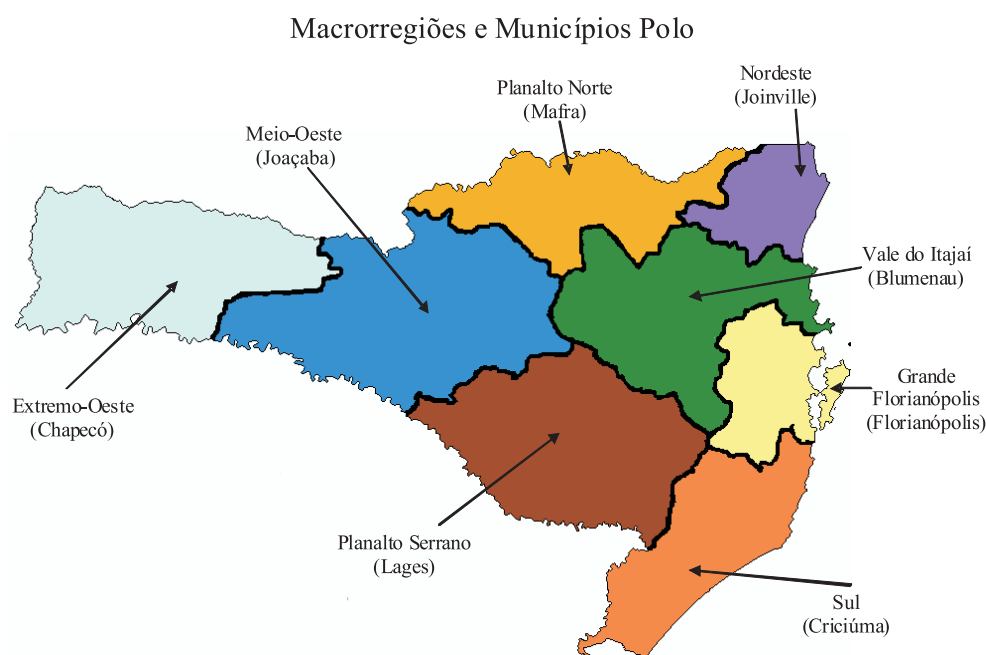
emergências por 24 horas, diminuindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O projeto institui o componente pré-hospitalar móvel, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, sendo o serviço organizado e gerenciado pelo município, mas várias cidades podem organizar um serviço de amplitude regional, cuja Central de Regulação Médica de Urgências é coordenada pela Secretarias Estadual de Saúde, de forma a diminuir custos e qualificar a estrutura do atendimento às urgências nos municípios integrados.

Historicamente, o atendimento a urgências aos catarinenses esteve centrado no Suporte Básico de Vida realizado pelos Corpos de Bombeiros Militares ou Voluntários e Polícias Militares, Rodoviária Estadual e Federal. Em Santa Catarina a reestruturação do setor teve início em 2004 com a participação dos municípios na análise e na proposta de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Embora não existam dados precisos sobre a demanda de atendimentos para os serviços de urgência e emergência tanto fixos como móveis, estima-se um grande número de ocorrências mensais frente ao perfil de morbimortalidade em SC, com importante concentração dos grupos doenças do aparelho circulatório e causas externas, conforme relatado neste documento.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência tem configuração macrorregional e articulação de trabalho tripartite. Será implantado nas macrorregiões Extremo Oeste, Florianópolis, Nordeste-Norte (agrupadas), Vale do Itajaí, Sul, Planalto Serrano e Meio Oeste, com as centrais de regulação implantadas nas cidades pólos macrorregionais conforme indica a figura abaixo. Ao todo, foram implementados sete centrais de regulação de urgências, 18 UTI's Móveis e 56 Unidades de Suporte Básico de Vida do SAMU. Além destas unidades móveis próprias do SAMU, a Polícia Rodoviária Federal, o Corpo de Bombeiros, as polícias Militar e Rodoviária Estadual, além de voluntários, garantirão através da distribuição regional das unidades móveis uma agilização no atendimento de casos de trauma e urgências clínicas.

Até o abril de 2006, foram implantadas 52 unidades em todo em SC sendo 39 unidades de suporte básico e 13 de suporte avançado, cuja alocação está apresentada na Figura 7.

Figura 7: Distribuição das Centrais de Regulação e Alocação de Unidades Implantadas até abril de 2006. Santa Catarina.



Fonte: Gerência de Regulação (SES/SC), 2006.



## 2.5 O Transplante de Órgãos e Tecidos

A atividade de transplante de órgãos e tecidos no Brasil iniciou em 1964 com evolução considerável em termos técnicos, resultados e número de procedimentos realizados até o momento. Em 2002 foi promulgada a Lei nº 8489, que definiu os critérios de distribuição e captação de órgãos.

Em Santa Catarina a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO) foi criada em 1999 como unidade integrante da estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Saúde e está inserida na Gerência SC Transplantes. Setorialmente organiza informações, por meio de cadastros de receptores, de estabelecimentos de saúde, de equipes, de profissionais, entre outros. O cadastro único estadual de receptores registrou no primeiro semestre de 2005 a demanda de 1501 pacientes para diferentes órgãos e tecidos (conforme o Quadro 2), ressalta-se que o órgão córnea constitui o de maior número de pacientes em espera (68,7%).

Quadro 2: Cadastro único de receptores. Santa Catarina, 2005.

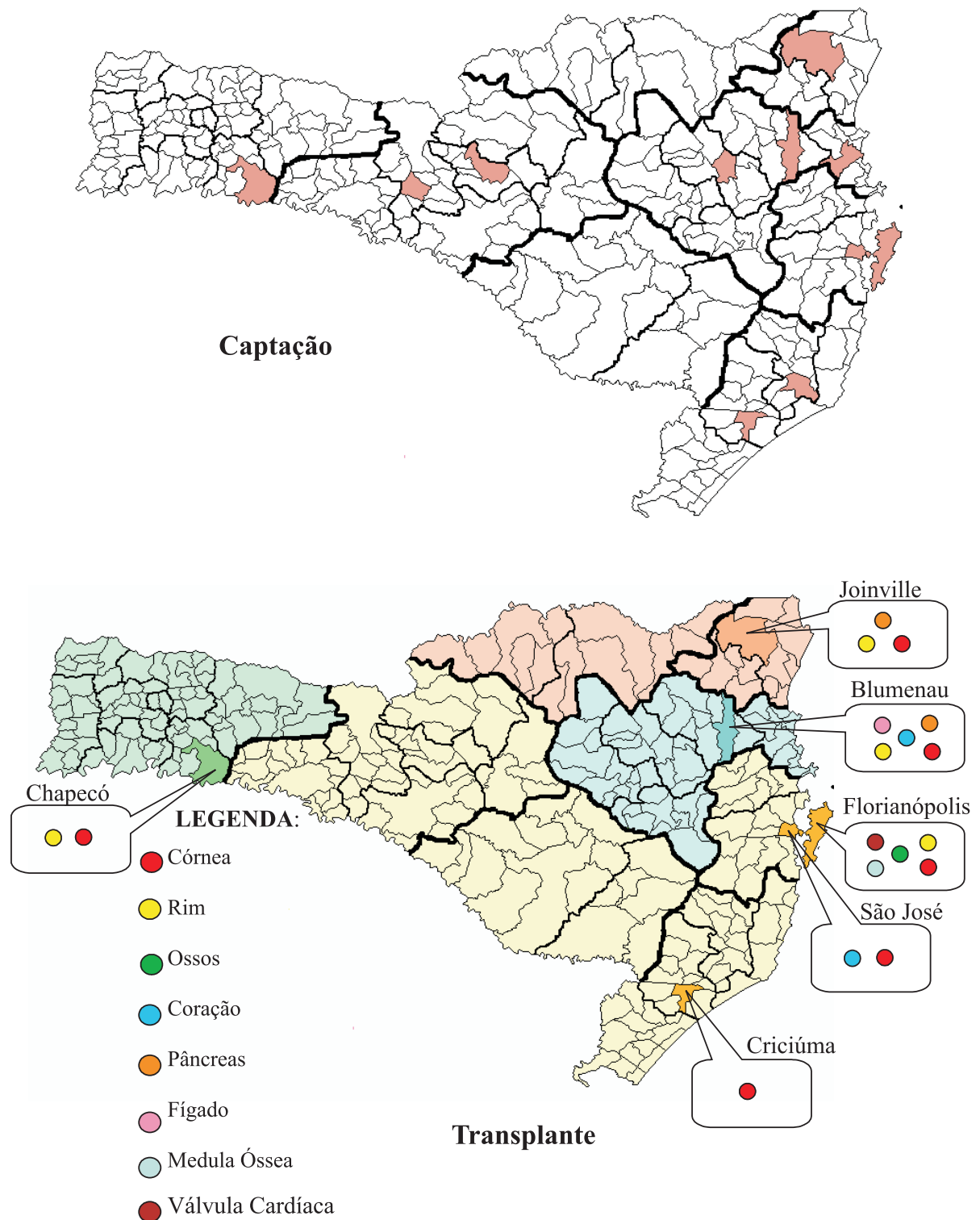
Órgão/tecido	coração	córnea	fígado	medula óssea	pâncreas
Nº receptores	14 (0,9%)	1031 (68,7%)	46 (3,1%)	11 (0,7%)	01 (0,1%)
Órgão/tecido	rim	esclera	osso	válvula cardíaca	rim/pâncreas
Nº receptores	345 (23,0%)	06 (0,4%)	32 (2,1%)	09 (0,6%)	06 (0,4%)

Fonte: Política de Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos para o Estado de Santa Catarina (2006).

Para o atendimento das demandas por captação e transplante de órgão e tecidos o Estado conta com 189 profissionais cadastrados e 13 unidades públicas de saúde distribuídas em 5 macrorregiões de saúde. Não existem unidades de saúde cadastradas no Planalto Norte, Planalto Serrano e Meio Oeste. O setor privado participa com cinco unidades hospitalares e ambulatoriais, para atendimento em transplantes de córnea exclusivo a pacientes em caráter privado. Existem ainda dez unidades cadastradas exclusivamente para captação de órgãos e tecidos, sendo nove públicas e uma privada.

A Figura 8 apresenta a configuração atual da rede de captação e de referência em alta complexidade hospitalar na área de transplantes.

Figura 8: Rede de Captação e de Referência em Alta Complexidade Hospitalar na área de Transplantes. Santa Catarina, 2006.



Fonte: Política de Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos para o Estado de Santa Catarina (2006)

Em Santa Catarina, a produção em transplantes nos três últimos anos apresentou tendência crescente no número absoluto de casos para rim, córnea, fígado, esclera (córnea) e medula óssea, e uma tendência decrescente para casos de transplante ósseo e válvula cardíaca. Houve uma pequena variação em transplante de

coração no período mencionado (Tabela 9).

Atualmente, discute-se medidas de aprimoramento do funcionamento da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos, como uma maior articulação com os hospitais, envolvendo-os no esforço coletivo de captação de órgãos e tecidos, identificação de potenciais doadores, adequação da abordagem aos familiares, visando maior eficácia global do sistema.

Tabela 9: Transplantes realizados em Santa Catarina, 2002 a 2005.

ÓRGÃO TRANSPLANTADO	2002	2003	2004	2005
Rim vivo	50	54	56	50
Rim cadáver	41	49	54	83
Rim/pâncreas	-	-	-	3
Córnea	139	199	213	240
Coração	3	1	1	2
Osso	14	1	1	8
Válvula cardíaca	6	3	1	0
Fígado	5	10	16	32
Esclera	-	1	45	43
Medula óssea	25	29	30	35
<b>TOTAL</b>	<b>283</b>	<b>347</b>	<b>417</b>	<b>496</b>

Fonte: Política de Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos para o Estado de Santa Catarina (2006).



### 3. ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

A análise da condição de saúde em Santa Catarina apresentada a seguir foi organizada considerando inicialmente o perfil de mortalidade e morbidade geral segundo os principais grupos de causa, a distribuição por faixa etária e por sexo, destacando algumas particularidades regionais. No bloco seguinte, discute a situação de saúde de alguns grupos populacionais como população infantil, mulheres, trabalhadores, indígenas, e população prisional. Por fim, ressalta-se aspectos de algumas áreas de intervenção particularmente importantes no campo da Saúde Pública como saúde mental, saúde bucal e acidentes e violência. Ao longo da análise estabeleceu-se um paralelo com o perfil nacional e dos estados da região sul utilizando dados disponíveis no DATASUS. A maioria dos dados apresentados para Santa Catarina é do ano de 2004, para os demais estados da federação os dados referem-se ao ano de 2002.

#### 3.1 Mortalidade

O coeficiente de mortalidade geral em 2005 foi de 4,2 óbitos/mil habitantes, abaixo dos coeficientes registrados nos anos 2000 (5,3), 2001 (5,2), 2002 (5,2), 2003 (5,2) e 2004 (5,3). Em termo comparativos o coeficiente de mortalidade geral em Santa Catarina no ano de 2002 foi próximo ao coeficiente nacional (5,6 óbitos/mil) e o menor dentre os estados da Região Sul, quando o Paraná apresentou 5,8 óbitos/mil e o Rio Grande do Sul 6,7 óbitos/mil.

Nos últimos 50 anos ocorreram significativas mudanças no perfil da mortalidade da população brasileira, com diminuição dos óbitos por doenças infecto-parasitárias e aumento das mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas. Santa Catarina acompanha esta tendência, tendo as doenças do Aparelho Circulatório como principal causa de óbito. No período de 2000/05 a distribuição dos óbitos, segundo grupo de causa, manteve-se dentro da estimativa, com pequenas variações percentuais.

As principais causas de morte entre os catarinenses em 2005 foram doenças do aparelho circulatório (31,7%), neoplasias (20,3%) e causas externas (14,1%), conforme apresentado na Tabela 10. O predomínio de doenças crônico-degenerativas (52%) e o baixo percentual das doenças infecciosas e parasitárias e afecções originadas no período perinatal reflete particularmente na distribuição etária da população, boas condições de vida e acesso a serviços de saúde.

Tabela 10: Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas, Santa Catarina, 2005.

	Grupo de Causas	Nº	%
1	Doenças do aparelho circulatório	7106	31,7
2	Neoplasias (tumores)	4552	20,3
3	Causas externas	3176	14,1
4	Doenças do aparelho respiratório	2441	10,9
5	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1129	5,0
6	Doenças do aparelho digestivo	1099	4,9
7	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	995	4,4
8	Algumas afecções originadas no período perinatal	491	2,2
9	Doenças do sistema nervoso	427	1,9
10	Doenças do aparelho geniturinário	375	1,7
	Demais Causas (definidas)	660	2,9
	<b>Sub-Total (definidas)</b>	<b>22451</b>	<b>100,0</b>
	Mal Definidas	2108	8,6
	<b>Total</b>	<b>24559</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM –SES/SC, 2006.

Levando-se em conta as mudanças no perfil etário da população, decorrentes do aumento da expectativa de vida. Esses dados tornam evidente a magnitude do problema das doenças do aparelho circulatório no quadro geral das patologias do estado, principalmente quando verificamos que 42,0% dessas mortes ocorreram antes dos 70 anos, atingindo pessoas jovens em plena fase produtiva. Se considerarmos a idade de 70 anos como limite para definir “morte prematura”, seguindo a metodologia proposta pelo indicador APVP, durante o ano de 2004 as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pela perda de 49.190 anos potenciais de vida dos catarinenses, o que significou uma média de 13,2 anos produtivos perdidos por pessoa.

As doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração juntas são responsáveis por quase 65% das mortes por doenças do aparelho circulatório. Cerca de 2/3 dos óbitos deste grupo estão relacionados com a hipertensão arterial, associada a outros fatores de risco como o fumo e a taxa de colesterol alterada. A incorporação de medidas de promoção da saúde na rotina da atenção primária à saúde pode, junto com o diagnóstico precoce e o pronto tratamento, colaborar na redução da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, priorizando áreas onde o problema assume maior importância.

A análise da Tabela 11 mostra desigualdades nas taxas de morte por doenças do aparelho circulatório antes dos 70 anos, considerando as 8 macrorregiões de residência. As macrorregiões do Planalto Norte, Planalto Serrano Grande Florianópolis e o Sul Catarinense apresentaram as maiores taxas de morte prematura, o que pode, em parte, estar relacionado com dificuldades no acesso aos serviços da atenção básica, aos procedimentos de alta complexidade em cardiologia e a estilos de vida específicos dessas populações.

Tabela 11: Taxas de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório em menores de 70 anos (por 100 mil habitantes), segundo Macrorregiões de residência, Santa Catarina, 2005.

Macrorregião de Residência	Mortalidade < 70/ 100 mil hab
Planalto Serrano	68,1
Planalto Norte	69,0
Sul	57,6
Vale do Itajaí	51,0
Grande Florianópolis	61,6
Meio Oeste	43,2
Nordeste	41,6
Extremo Oeste	38,6

Fonte: SIM –SES/SC, 2006 IBGE, 2006.

As **neoplasias** ocuparam o segundo lugar entre os óbitos respondendo por 1/5 do total. Mais de 1/3 das vítimas (36,5%) tinham menos de 60 anos, o que mostra que o câncer com seus níveis atuais de incidência e prevalência representa um sério problema de saúde pública em Santa Catarina. A Tabela 12 apresenta as principais localizações de neoplasias em SC, ordenadas segundo a sua importância relativa dentro do grupo, para cada sexo.

No sexo masculino, as duas principais localizações são: **traquéia, brônquios, pulmões e estômago**, que, juntas, representam 30% dos óbitos por neoplasias e estão relacionadas a hábitos de vida como tabagismo e dieta alimentar.

Entre as mulheres, predomina o câncer de **mama** e o câncer de **traquéia, brônquios e pulmões**, responsáveis por mais de 1/5 do total de óbitos neste grupo populacional. **Mama e colo de útero** ocupam o segundo e terceiro lugares dentre as neoplasias e representam 20,0% das mortes femininas por este grupo de causas, apontando para a necessidade de implementar programas para o seu controle com base em ações educativas e de promoção da saúde da mulher.

Tabela 12: Mortalidade Proporcional por Neoplasias, segundo localização e sexo, Santa Catarina, 2005.

Masculino		Feminino	
Localizações	%	Localizações	%
1 Brônquios e Pulmões	18,5	1 Mama	13,9
2 Estomago	11,3	2 Brônquios e Pulmões	9,4
3 Próstata	10,3	3 Estomago	6,9
4 Esôfago	9,3	4 Colo do útero	5,8
5 Pâncreas	3,5	5 Colon	4,5
6 Encéfalo	3,5	6 Pâncreas	4,4
7 Laringe	3,1	7 Encéfalo	4,0
8 Fígado vias biliares intra-hepática	3,1	8 Fígado vias biliares intra-hepática	3,6
9 Colon	2,5	9 Ovário	3,4
10 Bexiga	2,1	10 Útero porção NE	3,0
Demais localizações e as não especificadas	32,8	Demais localizações e as não especificadas	41,1
Total	100,0	Total	100,0

Fonte: SIM –SES/SC, 2006.

As **causas externas**, que incluem os acidentes, homicídios e suicídios, são a 3ª causa de óbito em Santa Catarina (14,1%). Na medida que se faz mais eficaz a luta contra as enfermidades, as mortes violentas adquirem uma importância proporcional cada vez maior, principalmente os acidentes, sendo a principal causa de morte entre crianças e adolescentes e adultos jovens. Na distribuição proporcional por idade observou-se que 79,7% dos óbitos ocorreram entre 15 e 59 anos de idade. A análise detalhada das circunstâncias dos acidentes e violências mais frequentes, assim como das áreas mais atingidas é fundamental para nortear medidas preventivas. Acidente de transporte (48,8%), homicídio (15,1%) e suicídio (11,4%) responderam por 4/5 dos óbitos. Os atropelamentos representaram 1/5 dos acidentes de transporte. Outro tipo de morte violenta frequente em Santa Catarina foram os **afogamentos**, totalizando quase 6,6% dos óbitos incluídos no capítulo das causas externas.

As **doenças do aparelho respiratório** ficaram em 4º lugar na ordenação respondendo por 10,9% do total de óbitos. As **doenças crônicas pulmonares** (bronquites, enfisema e asma), representam mais da metade (61,7%) dos óbitos deste grupo e as **pneumonias** aproximadamente um quarto do total (25,3%). Mais de 80% dos óbitos por Doenças do Aparelho Respiratório estão concentrados na faixa etária de maiores de 60 anos, o que indica que as campanhas de vacinação para idosos devam continuar sendo implementadas, a fim de reduzir a incidência e a mortalidade por estas causas.

Posicionadas em 5º lugar, o grupo das **doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas** tem como principal causa de óbito a **diabetes melitus**, que responde por 78,2% das mortes incluídas neste capítulo. Esta causa tem maior incidência no sexo feminino com 59,9% dos óbitos ocorridos entre mulheres. Este fato indica a pertinência de incluir entre as prioridades de ação setorial, a implementação de medidas de prevenção e tratamento da diabetes em Santa Catarina.

A **desnutrição** aparece pontualmente como causa básica de óbito. No entanto, em 2005 foram informados 95 óbitos por desnutrição em SC. O acompanhamento e o monitoramento do estado nutricional da população devem ser implementados em Santa Catarina. A sensibilização dos municípios para a correta e frequente alimentação do Sistema de Vigilância Nutricional – SISVAN configura importante medida na obtenção de subsídios e um melhor enfrentamento do problema, direcionando recursos para as áreas mais carentes.

Na 6ª posição, aparecem as **doenças do aparelho digestivo**, com destaque para as **doenças do fígado**, especialmente fibrose e cirrose hepática, que representam aproximadamente 35,4% dos óbitos deste grupo. Em parte como resultado da diferença na exposição aos fatores de risco, este grupo tem importância maior no sexo masculino, que concentra 63,3% dos óbitos por doenças do aparelho digestivo. Para os homens 71,2% morreram por causas incluídas neste grupo com idade superior a 50 anos, porém, 27,6% das mortes ocorreram na faixa de 20 a 49 anos.

As **doenças infecciosas e parasitárias** estão em 7º lugar e são responsáveis por 4,4% do total de óbitos. A **AIDS** é hoje a principal causa de óbito deste grupo (42,2%) e já representa, sozinha, quase 2% do total geral de óbitos, com um coeficiente de mortalidade de 8,3 por 100 mil habitantes. As maiores taxas de mortalidade por este agravo foram encontradas nas macrorregiões da Grande Florianópolis e do Vale do Itajaí. As **septicemias** ocupam o 2º lugar no grupo das doenças Infecciosas e Parasitárias, com 1/3 dos óbitos (33,3%), seguidas das **infecções intestinais** (6,3%) e a **tuberculose** (5,6%). O número de óbitos por **doenças redutíveis por imunizantes** vem diminuindo muito ao longo dos últimos anos, demonstrando que SC vem alcançando altas coberturas vacinais. Maior detalhamento da cobertura vacinal será apresentado quando da análise da saúde da criança.

Seguindo a ordenação das causas de óbito em Santa Catarina, aparecem as **afecções perinatais**, as **doenças do sistema nervoso** e as **doenças do aparelho geniturinário**. Entre as **doenças do aparelho geniturinário** merece destaque a insuficiência renal (41,2%) e entre as do **sistema nervoso** a doença de Alzheimer



(37,7%) as epilepsias (10,5%) e a doença de Parkinson (10,3%). Por sua importância no planejamento em saúde, o comportamento das principais causas de morte em menores de 1 ano (**perinatais, anomalias congênitas, etc**) será analisado separadamente, de forma a traçar um perfil mais adequado às necessidades do monitoramento da mortalidade infantil.

Finalmente, é importante ressaltar que se o grupo das mortes “mal definidas” fosse incluído no ordenamento, ocuparia o 5º lugar entre as causas de óbito, representando 8,6% do total. Se essas causas pudessem ser definidas, o padrão de mortalidade dos catarinenses poderia alterar-se consideravelmente. A Tabela 13 permite observar que a proporção de óbitos por causas mal definidas apresenta variação importante nas macrorregiões de SC, o que impede a comparação de riscos de morte segundo causas entre as diferentes áreas geográficas. Enquanto na macrorregião da Grande Florianópolis o grupo representa 4,5% do total de óbitos, no Nordeste chega a representar 16,5%. No entanto, comparando a importância relativa dos diferentes grupos de causas sobre o total de causas definidas, é possível identificar que a ordenação observada para o Estado se mantém com pequenas alterações em todas as macrorregiões.

A magnitude dos óbitos classificados como ocorridos por causas mal definidas está associada a carências no acesso à atenção médica e aos serviços de apoio diagnóstico, entre outros determinantes. A avaliação mais cuidadosa desse conjunto de óbitos pode indicar ações de aperfeiçoamento nos serviços de saúde nas diversas regiões de SC.

Tabela 13: Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas, segundo macrorregiões do Estado, Santa Catarina, 2005.

Causas Capítulos	Extremo Oeste	Grande Fpolis	Planalto Serrano	Meio Oeste	Nordeste	Planalto Norte	Sul	Vale Itajaí	Total
Doenças do aparelho circulatório	29,8	33,7	32,0	29,1	28,6	34,6	34,9	31,5	31,7
Neoplasias (tumores)	20,8	19,7	19,6	21,5	20,1	18,7	19,2	21,0	20,2
Causas externas	14,5	15,3	11,6	14,4	15,7	11,7	12,2	14,1	14,0
Doenças do aparelho respiratório	13,6	10,0	11,4	12,3	10,7	12,6	9,5	10,6	11,0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,9	3,7	5,7	4,3	5,1	4,8	7,3	5,0	5,1
Doenças do aparelho digestivo	4,3	4,8	5,4	4,8	5,5	5,7	4,9	4,7	4,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,2	5,6	4,0	3,6	6,1	2,2	3,9	4,4	4,4
Algumas afec originadas no período perinatal	2,7	1,7	3,3	3,6	2,1	2,5	1,7	1,7	2,2
Doenças do sistema nervoso	1,8	2,1	2,1	1,7	1,2	2,2	1,7	2,1	1,9
Doenças do aparelho geniturinário	1,5	1,3	1,2	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0	1,7
Demais causas definidas	2,8	2,1	3,5	3,0	3,0	3,0	2,8	2,9	2,8
<b>Subtotal (definidas)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Mal Definidas	6,9	4,5	13,1	10,1	16,5	11,5	6,8	6,9	8,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM – SES/SC, 2006.

Na análise do óbito segundo o sexo, observa-se particularidades na distribuição proporcional. As doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar do óbito em ambos os sexos com maior proporção entre as mulheres (36,6%). As causas externas ocupam o segundo lugar e representam 1/5 dos óbitos masculinos, enquanto entre as mulheres respondem por 6,5% dos óbitos e ocupam a quinta posição. As neoplasias assumem o segundo lugar entre os óbitos femininos e o terceiro lugar entre os óbitos masculinos representando aproximadamente 1/5 do total em ambos os sexos (Tabela 14).

Tabela 14: Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas e sexo, Santa Catarina, 2005.

Masculino		Feminino	
Causas Capítulos	%	Causas Capítulos	%
Doenças do aparelho circulatório	28,1	Doenças do aparelho circulatório	36,6
Causas externas	20,0	Neoplasias (tumores)	20,7
Neoplasias (tumores)	19,8	Doenças do aparelho respiratório	10,7
Doenças do aparelho respiratório	11,1	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7,2
Doenças do aparelho digestivo	5,3	Causas externas	6,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,4	Doenças do aparelho digestivo	4,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,6	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,3
Algumas afec originadas no período perinatal	2,1	Algumas afec originadas no período perinatal	2,3
Doenças do sistema nervoso	1,5	Doenças do sistema nervoso	2,3
Doenças do aparelho geniturinário	1,4	Doenças do aparelho geniturinário	2,1
Demais Causas definidas	2,7	Demais Causas Definidas	2,9
Sub-Total (definidas)	100,0	Sub-Total (definidas)	100,0
Mal Definidas	8,4	Mal Definidas	9,3
Total	100,0	Total	100,0

Fonte: SIM – SES/SC, 2006.

O Quadro 3 completa a análise da mortalidade por grupos de causa e apresenta as 3 principais causas de óbito e sua importância relativa sobre o total de causas definidas em cada faixa etária. Crianças a partir de 1 ano de idade, adolescentes e adultos jovens apresentam como principal causa de mortes o capítulo **causas externas**, enquanto entre as crianças menores de 1 ano de vida e os adultos acima de 50 anos figuram as **afecções perinatais** e **doenças do aparelho circulatório** respectivamente. As **neoplasias** figuram como segunda principal causa de óbito na população a partir dos 5 anos de idade, enquanto entre as crianças abaixo de 5 anos figuram as **anomalias congênitas** e as **doenças do aparelho respiratório**.

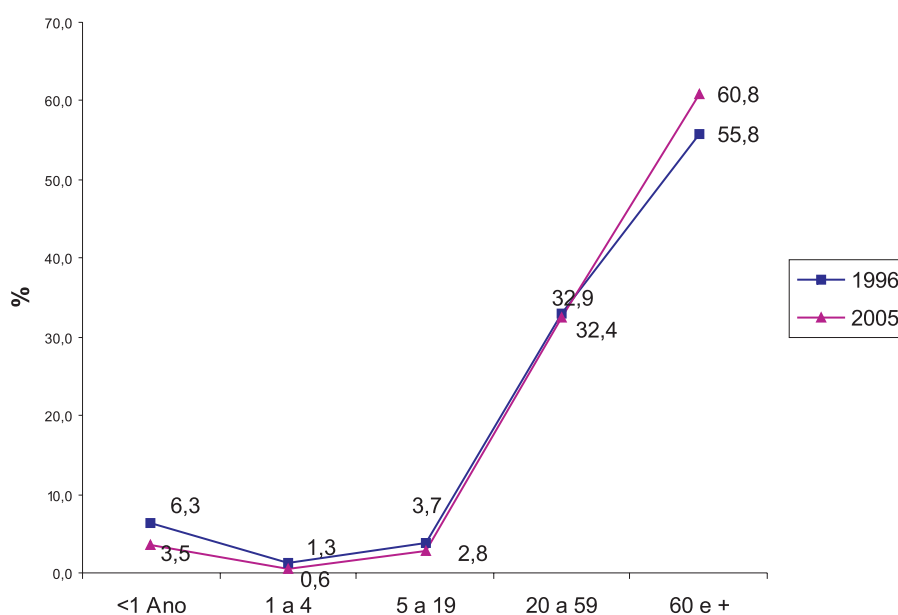
A Figura 9 apresenta a mortalidade proporcional por faixas etárias para Santa Catarina entre 1996 e 2005. Tradicionalmente se adotava para esse tipo de análise as faixas etárias propostas por Nelson de Moraes, mas com o aumento da expectativa de vida tem se mostrado mais interessante observar as alterações considerando como último grupo a proporção de óbitos em maiores de 60 anos ao invés de 50. Observa-se uma tendência de melhoria no nível de saúde, com redução do percentual de óbitos na faixa etária menor de 1 ano e acréscimo na faixa acima de 59 anos.

Quadro 3: Principais Grupos de Causas Definidas de Óbito, segundo faixas etárias, Santa Catarina, 2005.

Faixas Etárias	Principais Grupos de Causas (Capítulos da CID10)		
	1°	2°	3°
Total	Aparelho Circulatório (31,7%)	Neoplasias (20,2%)	Causas Externas (14,0%)
< 1 ano	Perinatais (60,7%)	Anomalias Congênitas (21,5)	Aparelho Respiratório (5,2%)
1 a 4	Causas Externas (36,7%)	Aparelho Respiratório (19,3%)	Infecciosas/Parasit (13,2%)
5 a 9	Causas Externas (55,7%)	Neoplasias (17,7%)	Sistema Nervoso (7,1%)
10 a 19	Causas Externas (77,0%)	Neoplasias (5,3%)	Aparelho Circulatório (2,2%)
20 a 49	Causas Externas (41,5%)	Neoplasias (16,9%)	Aparelho Circulatório (14,1%)
50 a 64	Aparelho Circulatório (33,4%)	Neoplasias (29,4%)	Causas Externas (10,2%)
65 e +	Aparelho Circulatório (41,7%)	Neoplasias (19,9%)	Aparelho Respiratório (15,6%)

Fonte: SIM – SES, 2006.

Figura 9: Mortalidade Proporcional segundo faixa etária, Santa Catarina, 1996 e 2005.



Fonte: SIM – SES/SC, 2006.

## 3.2 Morbidade

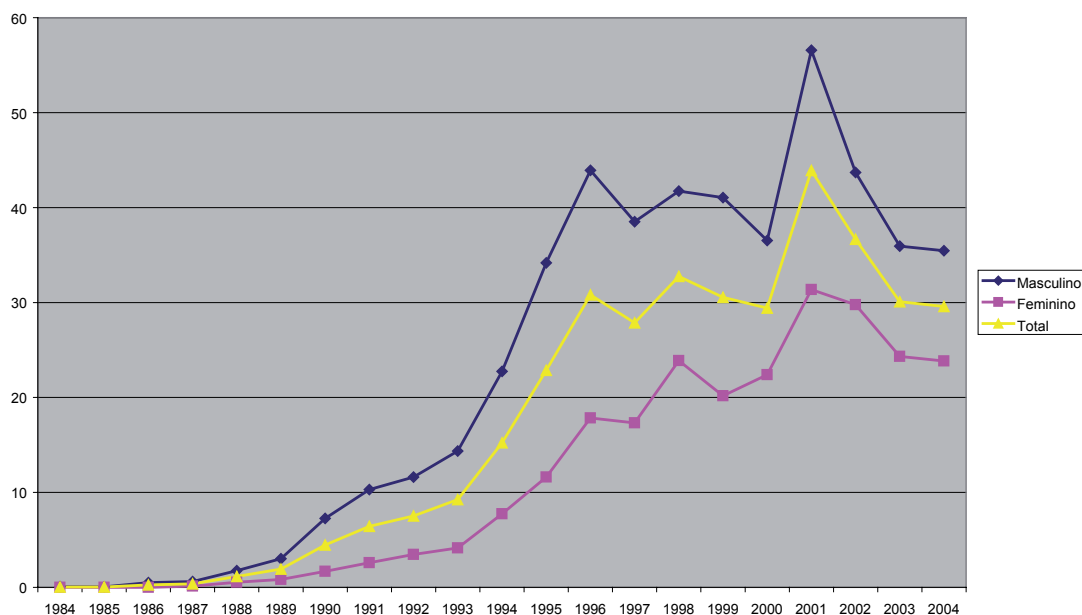
### 3.2.1 Doenças de Notificação Compulsória

#### *DST/AIDS*

Segundo informação do Programa Nacional DST/AIDS, a epidemia de AIDS no Brasil está num processo de estabilização, embora em patamares elevados, tendo sido verificada, em 2003 uma taxa de 18,2 casos por 100 mil habitantes. A tendência à estabilização da doença é observada apenas entre os homens. Apesar da tendência nacional, algumas regiões do país ainda registram crescimento acentuado das taxas de incidência deste agravo, dentre elas a Região Sul. Santa Catarina apresenta tendência de declínio, ocupando em 2003 o segundo lugar entre os estados do Sul.

O primeiro caso notificado de AIDS em Santa Catarina ocorreu em 1984, no município de Chapecó. Desde então, foram notificados 15.887 casos de Aids em indivíduos acima de 12 anos de idade, com predomínio no sexo masculino (65,1%) e 820 casos em menores de 13 anos. Na análise das taxas de incidência entre 1984 e 2004, observa-se, a partir de 1996, queda da taxa no sexo masculino, estabilização no sexo feminino e leve queda da taxa total. A epidemia continuou crescendo, a um ritmo menor, e pareceu se estabilizar a partir de 2000 (Figura 10).

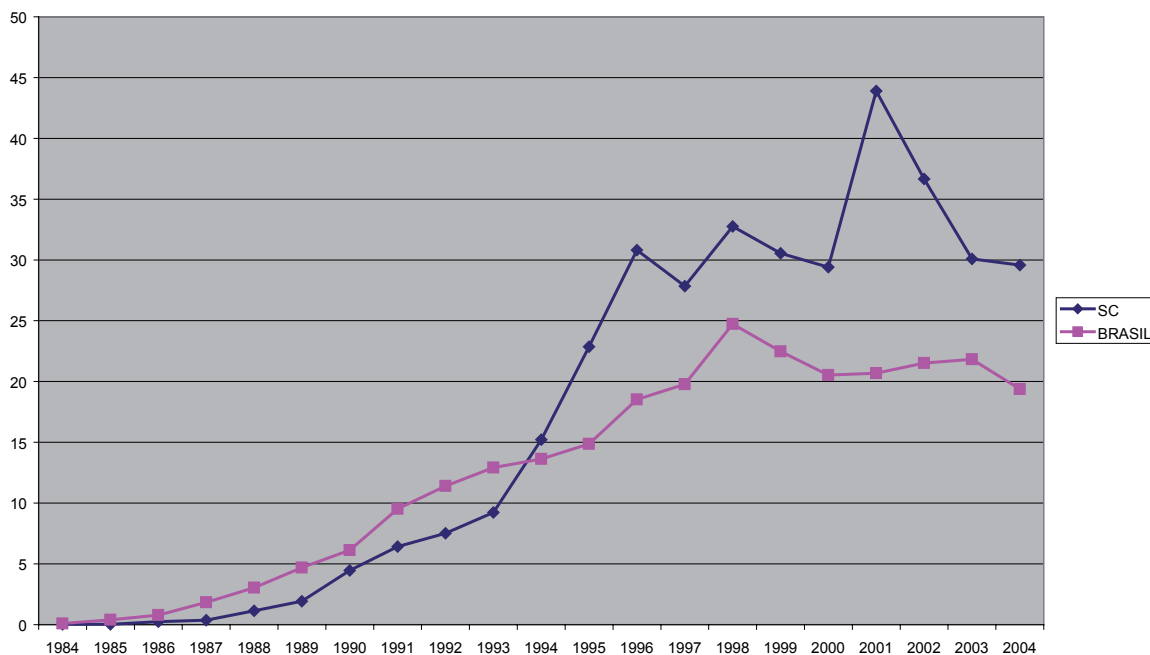
Figura 10: Taxa de incidência de AIDS segundo sexo, Santa Catarina, 1984 a 2004.



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

Comparando Brasil e Santa Catarina, nota-se que em 1994 a taxa de incidência de AIDS em Santa Catarina ultrapassou a taxa nacional e manteve-se, a partir de 2000, praticamente o dobro da taxa brasileira. Enquanto a taxa nacional oscilou em torno de 15 casos para cada 100 mil habitantes, em Santa Catarina este indicador manteve-se em torno de 30 casos para cada 100 mil habitantes (Figura 11).

Figura 11: Taxa de incidência de AIDS (por 100 mil habitantes), Brasil e Santa Catarina, 1984 a 2004.



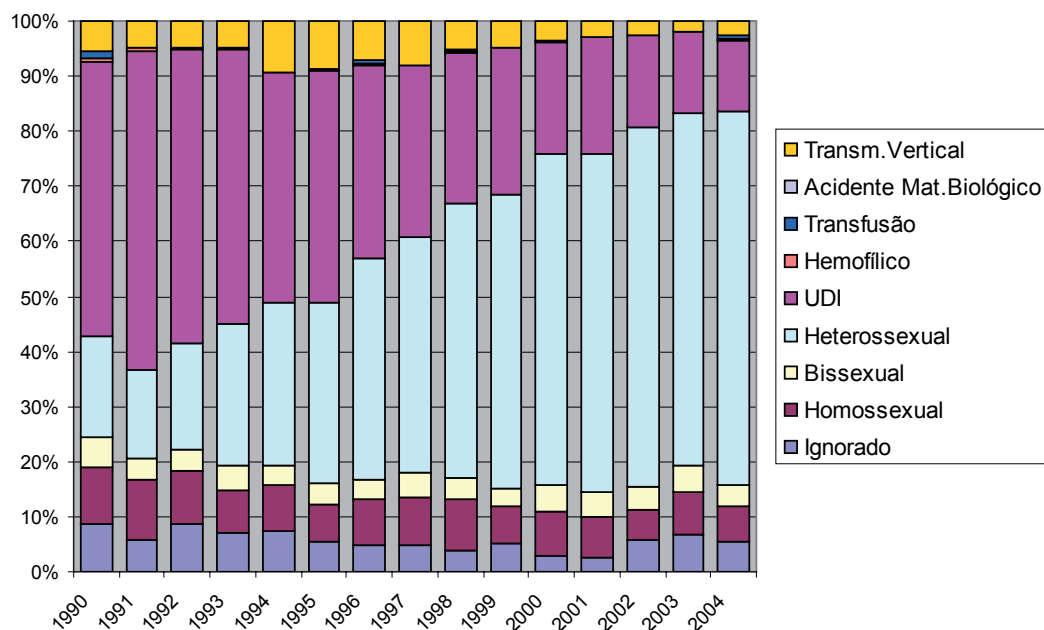
Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

As faixas etárias mais atingidas pela epidemia são a da população de 30 a 39 anos, seguida pela de 20 a 29 anos e a de 40 a 49 anos. Os adolescentes são o grupo populacional menos atingido. Entre adultos de 50 a 59 anos a incidência da AIDS se deu tardiamente em relação às demais faixas etárias.

As Regionais de Saúde atingidas no início da epidemia foram o Vale do Itajaí e a Grande Florianópolis. Em seguida, a epidemia se difundiu para as regiões Norte e Sul do Estado, com taxas mais elevadas no litoral. Mais recentemente pode-se observar o fenômeno de interiorização da epidemia, atingindo as Regionais de Saúde do oeste do estado. O município mais atingido pela epidemia é Itajaí, com taxa de incidência igual a 113 casos para cada 100 mil habitantes em 2002, a taxa de incidência municipal mais alta do Brasil. Em segundo lugar está Balneário Camboriú, com 76 casos por 100 mil habitantes em 2002. Em terceiro lugar, três municípios (Rio do Sul, Biguaçu e Florianópolis) com taxas em torno de 50 casos por 100 mil habitantes em 2002. No período mais recente, a taxa de incidência mostra tendência de estabilização em Balneário Camboriú e Rio do Sul, queda em Itajaí, Florianópolis e São José e aumento em Joinville, o que pode refletir melhora no sistema de notificação dos casos.

Santa Catarina já apresentou o mais alto percentual de casos de Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) no país. Na Figura 12 é possível observar mudança no perfil dos casos segundo categoria de exposição entre 1990 e 2004, com aumento da categoria heterossexual e diminuição das categorias UDI e Transmissão Vertical.

Figura 12: Distribuição percentual de casos notificados de AIDS segundo categoria de exposição, por ano do diagnóstico, Santa Catarina, 1990 a 2004.



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

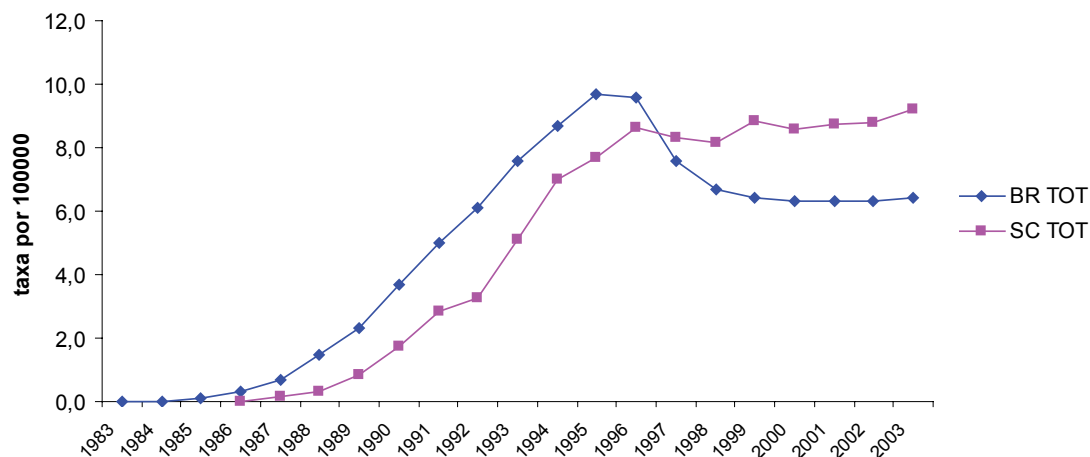
As transformações do perfil de morbimortalidade da população, resultantes da transição epidemiológica, fizeram com que a AIDS fosse considerada causa de morte relevante. Em 2004, a AIDS foi a décima primeira causa de morte em Santa Catarina e a quinta na faixa etária de 20 a 49 anos. Sendo assim, faz-se necessário conhecer melhor as características epidemiológicas da doença em SC de forma enfrentá-la com maior eficácia.

Constatou-se aumento do óbito por AIDS, tanto para a população feminina como para a masculina, no período estudado. A taxa de mortalidade por este agravo foi crescente até 1996, e se estabilizou entre 8 e 9 óbitos para cada 100 mil habitantes. No sexo masculino, a taxa aumentou até 1996 e se estabilizou em torno de 12 óbitos por 100 mil homens, enquanto que, no sexo feminino, a taxa vem crescendo de forma contínua, alcançando 6 óbitos para cada 100 mil mulheres em 2003. A razão de óbitos caiu de aproximadamente 10 para 2,3 em homens para cada óbito em mulheres entre 1990 e 2004.

A tendência ascendente verificada na taxa de mortalidade por AIDS em Santa Catarina é diferente do comportamento observado no Brasil como um todo. Em nível nacional a taxa de mortalidade por AIDS foi crescente e superior à de Santa Catarina até 1996, quando apresentou declínio acentuado até 1999, estabilizando-se em torno de 6 óbitos por 100 mil habitantes a partir de 2000. A partir de 1997, a taxa de mortalidade em Santa Catarina ultrapassou a do Brasil, mantendo-se assim, desde então.

O declínio verificado nas taxas nacionais pode ser atribuído ao início do tratamento com os antiretrovirais, que propiciaram o aumento na sobrevivência dos pacientes, transformando a AIDS em doença crônica de longa duração. As possíveis causas do padrão ascendente da mortalidade por AIDS em Santa Catarina são representadas por falhas no diagnóstico precoce, problemas de adesão ao tratamento, esquemas de tratamento antiretroviral e de profilaxia inadequados, dificuldades de acesso ao acompanhamento médico e características próprias das doenças oportunistas no Estado.

Figura 13: Taxa de mortalidade por AIDS, Brasil e Santa Catarina, 1983-2003



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

A análise da mortalidade segundo local de residência mostra que a macrorregião mais atingida é da Grande Florianópolis, seguida pelo Vale do Itajaí, com cerca de 2 a 2,5 óbitos em homens para cada óbito em mulheres. As macrorregiões com menor mortalidade são as do oeste (Meio Oeste e Extremo Oeste) e o Planalto Norte, evidenciando o caráter litorâneo da epidemia.

Tabela 15: Taxa de mortalidade por AIDS segundo Macrorregião e sexo (homem/mulher) em Santa Catarina, 2004.

Macrorregião	Masculino		Feminino		Total		Razão Homem/Mulher
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	
G. Florianópolis	90	20,48	37	8,17	127	14,23	2,5
Vale do Itajaí	106	16,80	48	7,48	154	12,10	2,2
Sul	58	13,68	27	6,31	85	9,98	2,2
Nordeste	63	14,18	15	3,39	78	8,80	4,2
Planalto Serrano	11	7,47	4	2,68	15	5,06	2,8
Extremo Oeste	6	1,75	10	2,95	16	2,35	0,6
Meio Oeste	11	3,78	7	2,43	18	3,10	1,6
Planalto Norte	2	1,77	1	0,89	3	1,34	2,0
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>12,25</b>	<b>149</b>	<b>5,22</b>	<b>496</b>	<b>8,72</b>	<b>2,3</b>

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

Itajaí se destaca como o município de maior taxa de mortalidade por AIDS em Santa Catarina com taxas de mortalidade oscilando em torno de 40 óbitos por 100 mil habitantes. Em seguida aparecem Florianópolis, São José e Balneário Camboriú, com taxas em torno de 20 óbitos por 100 mil habitantes. Em Florianópolis e Balneário Camboriú, a taxa de mortalidade apresenta tendência de declínio no período de 1996 a 2004. Em um patamar um pouco mais baixo, em torno de 10 a 20 óbitos por 100 mil habitantes, sem apresentar nenhuma tendência no período, estão os municípios de Laguna, Criciúma, Camboriú e Navegantes.

## TUBERCULOSE

Santa Catarina encontra-se entre os estados com baixas taxas de incidência em **tuberculose**. No entanto, alguns municípios apresentam taxas iguais e/ou maiores que a do Brasil e a de outros países onde a situação da tuberculose é muito grave. Chama atenção a variação da incidência de tuberculose entre as Secretarias Regionais de Saúde, onde as maiores taxas encontram-se no litoral, mais especificamente nos municípios de Itajaí, Camboriú, Navegantes, Balneário Camboriú, Criciúma, Joinville, Florianópolis, Blumenau e São José, classificados como prioritários na atenção à tuberculose.

Entre 1995 e 2004 não foram observadas grandes alterações nas taxas de incidência por todas as formas de tuberculose em SC que permaneceram entre 26 e 28 casos por 100 mil habitantes. A **taxa de incidência da tuberculose bacilífera** registrado em 2004 no Estado foi de 12,8 casos por 100 mil habitantes se mantendo estável em relação ao ano anterior. Nos últimos anos ela tem se mantido entre 12 e 15 por 100 mil habitantes, o que mostra que as ações de controle da tuberculose ainda não estão causando o impacto na redução de seus índices.

A taxa de mortalidade pela tuberculose permanece baixa, com redução entre 1999 e 2003. Este comportamento traduz a boa rede assistencial que o Estado possui, tanto hospitalar como de unidades de pronto atendimento. O resultado obtido para 2004 (0,95 por 100 mil habitantes), mostrou-se ligeiramente inferior ao previsto no Pacto da Atenção Básica (0,98 por 100 mil habitantes).

O Programa de Controle da Tuberculose está implantado em 267 municípios. Os demais se integram fazendo busca ativa de sintomáticos respiratórios. O **percentual de abandono do tratamento da tuberculose** foi de 8,4 %, ligeiramente acima dos 8,2 % pactuados, apresentando declínio nos últimos anos. Os maiores percentuais de abandono estão nas macrorregiões do Vale do Itajaí e do Planalto Serrano e os menores nas macrorregiões Sul e no Meio Oeste. A meta estadual é chegar a 5% até 2007, limite suportável para o controle da doença.

Embora sob controle, a tuberculose é responsável pela maior taxa de incidência entre as doenças de notificação compulsória no Estado. A meta estimada para a redução da tuberculose no Estado é de 3% ao ano, considerando que a tuberculose permanece um sério problema de saúde pública no Brasil. Sendo assim, há uma grande necessidade de consolidar a atuação do Estado e municípios de Santa Catarina para o combate e controle da doença. É imprescindível a melhoria da qualidade dos dados do sistema de informação – SINAN, para que a análise do desempenho das ações seja mais efetiva.

## HANSENÍASE

O estado de SC atingiu a meta de eliminação da **hanseníase** como problema de saúde pública em 1997 (menos de um doente para 10 mil habitantes) e vem mantendo o controle desde então. Nos últimos quatro anos, foram descobertos, em média, 250 casos novos por ano. Não existe homogeneidade entre os municípios, com alguns apresentando altas taxas de detecção. Os municípios que atualmente apresentam maior número de casos são Joinville, Blumenau, Itajaí e Florianópolis.

O instrumento de avaliação da hanseníase utiliza um indicador que apresenta uma informação muito simples e que poderia ser facilmente monitorada, sendo o número de municípios e o percentual da população coberta por ações de controle da hanseníase.

No ano de 2004, todos os municípios de Santa Catarina tinham o serviço de Hanseníase implantado,



fazendo suspeição diagnóstica, diagnóstico, tratamento, controle de contatos, alta por cura e prevenção de incapacidades. O **percentual de abandono de tratamento da hanseníase** (3,8%) ficou ligeiramente acima do previsto (3,5%). O **percentual de cura dos casos novos de hanseníase** (57,9%) ficou abaixo do esperado (80,0%) apesar dos ajustes realizados no programa. A **taxa de prevalência da hanseníase** (0,64) ficou ligeiramente superior ao pactuado (0,60) e semelhante à registrada em 2003. O **percentual de grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico** observado no ano de 2004 (35,2%), ficou semelhante ao que havia sido estabelecido como meta (30%), o que demonstra que ainda existem, problemas quanto ao diagnóstico precoce (detecção de mais casos de formas iniciais com grau de incapacidade igual a zero) que precisam ser enfrentados.

## MENINGITE

No período de 2000/2004 a incidência cumulativa de **meningite** em Santa Catarina foi de 18,2 casos de meningite por 100 mil habitantes e a letalidade média de 12,6%. Na série histórica considerada observa-se tendência à redução do número de casos. Em 2002 houve um aumento acentuado da incidência passando de 18,3 casos por 100 mil habitantes em 2000 para 21,87, com diminuição nos anos subsequentes chegando a 15,21 casos por 100 mil habitantes em 2004. Em 2002 houve um aumento das meningites virais ocorridos principalmente nas regiões Nordeste e Oeste de SC, mais especificamente nas SDRs de Joinville e Chapecó.

## DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS

A ocorrência de **doenças de transmissão hídrica e alimentar** está diretamente ligada a baixas condições sócio-econômicas, condições sanitárias precárias, falta de acesso à água em quantidade e qualidade e dificuldade da população de acesso ao sistema de saúde.

O Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA) tem como objetivo conhecer o comportamento das mesmas e a detecção precoce de surtos. Está implantada em 276 municípios catarinenses. No período de 2000 a 2004 foram devidamente informados 285 surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos envolvendo 50.966 pessoas. O aumento de casos de diarreia observado a partir do ano 2000, pode ser atribuído em parte à intensificação na implantação da MDDA nos municípios.

Tabela 16: Casos de Doença Diarréica Aguda, segundo informação do Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas, Santa Catarina, 2000/2004.

ANO	Nº. DE CASOS	Nº DE SURTOS
2000	2.025	61
2001	11.911	60
2002	29.197	81
2003	46.217	39
2004	50.966	44
<b>TOTAL</b>	<b>140.316</b>	<b>285</b>

Fonte: Setor de DTHA/Dive (SES/SC), 2006.

## ZOONOSES

No presente trabalho serão relatadas as zoonoses que a Diretoria de Vigilância Epidemiológica elencou como de relevância em Santa Catarina, sendo leptospirose, hantavirose e dengue.

A **leptospirose** é uma zoonose de relevância social e econômica apresentando elevada incidência em determinadas áreas, alto custo hospitalar e perdas de dias de trabalho, como também por sua letalidade. É veiculada através da urina de animais infectados, sendo os roedores os mais freqüentes transmissores ao homem. A leptospirose tem sido relacionada com atividades ocupacionais, recreacionais e com baixas condições de saneamento básico. A literatura refere que em torno de 40% dos casos notificados podem ser considerados graves.

Em Santa Catarina a curva de incidência da leptospirose tem apresentado comportamento irregular variando nos últimos 10 anos entre 2,0 casos por 100 mil habitantes (2002) e 5,5 casos por 100 mil habitantes (1998). A letalidade da leptospirose tem igualmente variado no período com maior taxa registrada em 1998 (12%) e a menor em 1996 (5,6%). É importante registrar que a letalidade aqui é calculada tendo como denominador o total de casos confirmados, não considerando apenas os casos graves.

Observa-se a existência de diferenças regionais no comportamento deste agravo em Santa Catarina que necessitam ser acompanhadas. Em 2004, as SDRs que registraram as maiores taxas de incidência de leptospirose foram Jaraguá do Sul (23,7/100mil hab) e Blumenau (11,4/100 mil hab), enquanto os maiores percentuais de letalidade foram registrados em Chapecó (25%), Tubarão (22,2%) e Brusque (20,0%), respectivamente (Tabela 17). Vale destacar não haver registro de ocorrência de casos em doze SDRs catarinenses. Questões ambientais, tipo de atividade econômica (agrícola, pecuária, etc) e atuação dos serviços de vigilância interferem na variação desses indicadores (Tabela 17).

Tabela 17: Casos de leptospirose segundo classificação, incidência, óbitos e letalidade. SC, 2004.

Regional Residência	Incidência por 100mil hab*	Letalidade (%)
São Miguel do Oeste	0,7	-
São Lourenço do Oeste	7,7	-
Chapecó	2,0	25
Concórdia	0,7	-
Campos Novos	1,8	-
Rio do Sul	6,0	-
Ituporanga	1,5	-
Blumenau	11,4	3,8
Brusque	9,1	20,0
Itajaí	5,4	4,2
São José	4,0	6,3
Laguna	0,7	-
Tubarão	4,0	22,2
Criciúma	2,9	-
Araranguá	3,5	-
Joinville	9,9	8,8
Jaraguá do Sul	23,7	2,3
Palmitos	3,3	-
<b>Total</b>	<b>4,8</b>	<b>6,2</b>

\* população IBGE 2004

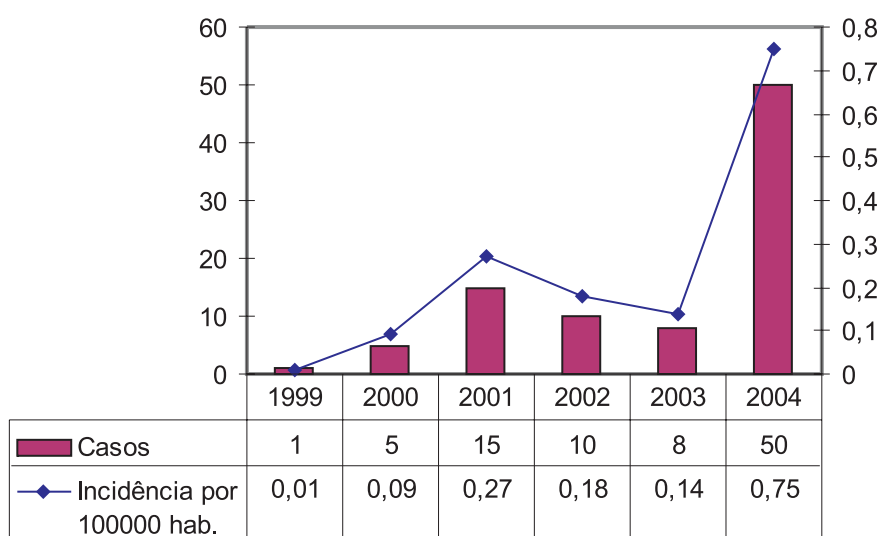
Fonte SINAN 29/04/2005.

A **síndrome pulmonar e cardiovascular por hantavírus (SPCVH)** é uma doença emergente no Brasil, com grande repercussão sobre a saúde da população por sua incidência e pelo número de mortes registradas. No Brasil foi detectada pela primeira vez em 1993 e até o final de 2004 foram detectados 485 casos desta doença atingindo treze estados, sendo que 42,3% dos casos evoluíram para óbito.

Em Santa Catarina, a doença foi confirmada em 1999 e a partir daí vem registrando casos todos os anos. Até o ano de 2004 foram confirmados 89 casos, com maior incidência ocorrendo em 2004 (0,75 casos por 100 mil habitantes).

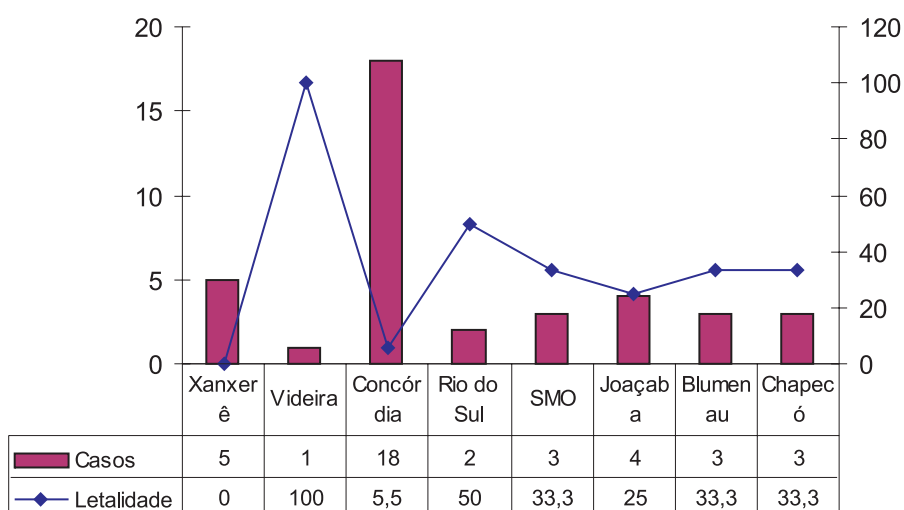
Nos seis anos de registro de casos em Santa Catarina, a letalidade variou entre zero e 50%, sendo a taxa de letalidade acumulada até 2004 igual a 29,73%. Na Figura 15, observa-se grande variação da letalidade segundo o locais de ocorrência. As SDRs de Xanxerê e de Concórdia registraram as menores taxas de letalidade.

Figura 14: Número de casos e incidência de hantavirose por 100 mil habitantes. Santa Catarina entre 1999 e 2004.



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

Figura 15: Número de casos e letalidade de hantavirose (%) segundo SDR. Santa Catarina entre 1999 a 2003.



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

A doença no Estado caracteriza-se por ser de área rural, com predominância do sexo masculino (87%) em idade produtiva trabalhando na agricultura.

No ano de 2004, devido a ocorrência de Floração da Taquara Lixa, aspecto observado a cada 30 anos, 17 municípios da região da Grande Florianópolis, apresentaram o fenômeno da ratada - aumento da população de roedores silvestres em função da abundância de alimentos - e, como consequência, 30 casos da doença com 08 óbitos. A macrorregião Meio Oeste tem um quantitativo de áreas de taquarais que se encontra atualmente em fase de floração e alguns municípios já apresentam a ratada, também em decorrência do excessivo cultivo de milho, aumentando a probabilidade do surgimento de casos de hantavirose.

O maior número de casos registrados nos meses de outubro, novembro e dezembro, sugerem uma sazonalidade provavelmente relacionada com a colheita e armazenamento de grãos.

Medidas de prevenção estão voltadas para a orientação da população de regiões de risco quanto a doença, roedores envolvidos e via de transmissão, para o controle da população de roedores e para ações junto aos locais prováveis de infecção com o objetivo de limpar e descontaminar o ambiente.

## DENGUE

A **dengue** constitui atualmente a mais importante arbovirose que afeta o homem e um sério problema de saúde pública no mundo, especialmente nos países tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes Aegypti*, principal mosquito vetor.

O controle da dengue é considerado uma prioridade nacional na área da saúde. Santa Catarina não é considerada área de transmissão de dengue, já que não possui casos autóctones, apesar de notificar casos desde 1995. Os casos confirmados laboratorialmente são oriundos de outros estados da Federação com exceção de dois casos confirmados como autóctones no município de Bombinhas em 2002.

Os focos de *Aedes Aegypti* encontrados em Santa Catarina são eliminados e acompanhados durante no mínimo um ano. É importante salientar que não temos municípios com o vetor instalado, apenas focos pontuais. Em 2003 foram registrados 250 focos, em 2004 foram 157 e até outubro de 2005 (158 focos).

O fato de a doença estar disseminada por todo o país, com número de casos elevado, faz com que Santa Catarina esteja sempre alerta para a possibilidade de transmissão da doença, impedida somente através da vigilância e do controle do mosquito vetor. Neste sentido, o Programa de Controle da Dengue gerencia no âmbito estadual as notificações e investigações epidemiológicas bem como a vigilância dos vetores, que estão descentralizadas para os municípios.

## TOXICOVIGILÂNCIA

Santa Catarina conta desde 2003 com a Gerência de Toxicovigilância e Farmacovigilância que tem como objetivos conhecer a ocorrência e os fatores relacionados a intoxicações e envenenamentos, promover medidas de prevenção e controle, implementando a notificação/investigação dos casos.

## ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

A média anual de notificação de acidentes por animais peçonhentos em Santa Catarina é de 3.700 casos, com uma taxa de incidência de 73,8 por 100 mil habitantes no ano de 2005. Estes eventos têm comportamento sazonal com aumento da incidência durante o período (outubro/abril), em sua maioria são caracterizados como acidentes ocupacionais ocorrendo principalmente em homens.

O aumento no número de acidentes observado na Tabela 18 a partir de 2002 é resultado principalmente da implementação das ações de notificação e da sensibilização dos profissionais da área hospitalar e de epidemiologia quanto à importância desse monitoramento. Apesar disso ainda é considerável o número de registros ignorados ou em branco, decorrentes do preenchimento incorreto das investigações e desconhecimento do paciente sobre qual animal foi responsável pelo acidente. Percebe-se assim, um aumento considerável no número de acidentes por aranhas, em especial a loxosceles, por escorpiões, peixes, abelhas e lagartas. Os acidentes por serpentes e por lonômia apesar de não estarem sofrendo alterações significativas, preocupam tendo em vista a gravidade dos acidentes.

Tabela 18: Número de acidentes por animais peçonhentos notificados por ano e tipo de animal em Santa Catarina no período de 1994 a 2005.

Ano	Ign/ Branco	Serpente	Aranha	Escorpião	Peixe	Abelha	Lonômia	lagartas	Outros	Total
1994	478	882	383	31	7	62	114	0	155	2112
1995	218	1005	386	38	3	7	145	0	15	1817
1996	229	1032	419	22	0	6	102	0	4	1814
1997	627	841	484	42	0	3	154	0	11	2162
1998	210	745	643	52	0	9	396	0	17	2072
1999	371	719	751	40	3	50	139	0	26	2099
2000	150	759	1029	59	4	95	109	0	95	2300
2001	433	723	1465	82	2	197	137	19	145	3203
2002	368	782	2170	118	15	354	78	119	106	4110
2003	419	911	3034	106	15	516	83	142	145	5371
2004	408	863	3092	110	9	660	96	166	171	5575
2005	364	557	2449	75	5	423	90	168	151	4282
Total	4275	9819	16305	775	63	2382	1643	614	1041	6917

Fonte: SINAN/SC.

## INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS

Apesar da intoxicação por agrotóxicos ser de notificação obrigatória desde 1985 (Decreto nº.24.983/85), somente em 2003 o Estado de Santa Catarina formalizou a criação do Programa de Controle de Intoxicação por Agrotóxico que vem implementando as ações de notificação e investigação, educação continuada e sensibilização dos profissionais de saúde, tanto da área hospitalar, quanto epidemiológica e sanitária. Na Tabela 19 estão apresentados os dados das notificações existentes por livre demanda no período de 1994 a 2005. De maneira geral o número de notificações se manteve ao longo dos anos, mas é perceptível a melhoria da qua-

lidade da informação indicada pela significativa redução dos casos ignorados ou em branco. No período entre 2003 e 2005 o percentual de cura sem seqüelas dos casos notificados foi de 82,0%.

Para se monitorar os casos de intoxicações por agrotóxicos é preciso levar em consideração problemas e segmentos populacionais diversos. Em primeiro lugar estão os trabalhadores relacionados à produção, à industrialização, ao transporte, ao armazenamento e à aplicação dos agrotóxicos. Depois a população em geral, exposta por contaminações e resíduos inaceitáveis, através da água, do ar, do solo e dos alimentos. Por último, os riscos e os danos ao meio ambiente. Outros fatores importantes são as dificuldades de confirmação diagnóstica, principalmente dos casos crônicos, e a ausência de Laboratório de Referência em Análises Toxicológicas que possa detectar e quantificar estas substâncias.

Tabela 19: Número de casos de intoxicações por agrotóxicos notificados, segundo a evolução em Santa Catarina – 1994 a 2005.

Ano da Notificação	Ignorado/ Branco	Cura	Cura com Seqüela	Óbito	Em andamento	Total
1994	160	0	0	0	0	160
1995	151	2	0	0	0	153
1996	194	24	0	0	0	218
1997	239	33	1	2	8	283
1998	264	66	0	5	12	347
1999	130	83	2	5	17	237
2000	67	173	4	7	19	270
2001	126	341	9	3	25	504
2002	66	223	7	6	33	335
2003	31	322	6	7	31	397
2004	38	298	6	7	12	361
2005	34	229	4	5	5	277
<b>Total</b>	<b>1500</b>	<b>1794</b>	<b>39</b>	<b>47</b>	<b>162</b>	<b>3542</b>

Fonte: SINAN/SC.

### 3.2.2 Doenças Imunopreveníveis e Imunização

Os avanços observados ao longo dos últimos 30 anos no controle das doenças imunopreveníveis e a redução das taxas de morbidade e mortalidade notáveis êxitos, a exemplo da conquista da certificação da erradicação da poliomielite das Américas e a interrupção da transmissão autóctone do sarampo a partir de uma extraordinária parceria de esforços desenvolvidos pelo governo federal, estadual, municipal e de profissionais de saúde contextualizados na lógica do Sistema Único de Saúde.

No período entre 1999 e 2005 em nível nacional, houve um grande aumento na demanda das ações de imunização, novos imunobiológicos foram disponibilizados na rede pública e Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, ampliação de faixa etária para indicação de algumas vacinas, implantação de quatro novos sistemas de informação, introdução de mais uma campanha anual de vacinação - campanha de vacinação contra gripe para população de 60 anos ou mais. Tais alterações demandaram a necessidade de readequação

da rede e capacitação técnica nos estados e municípios, processo este iniciado no ano de 2003.

Embora o Estado mantivesse um convênio com o Ministério da Saúde para a construção da Central Estadual de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos desde o ano 2000, a referida construção não se efetivou. A partir de 2003 a questão foi retomada e em agosto de 2004 a obra foi iniciada. Sua conclusão solucionará os inúmeros problemas enfrentados atualmente tanto na segurança dos imunobiológicos quanto na adequação da distribuição de outros insumos de imunização. Foi, também, a partir de 2003 que se fomentou a discussão da necessidade de estruturação do espaço físico do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e em 2004 iniciou-se o processo para a construção do mesmo no Hospital Infantil Joana de Gusmão, inaugurado em setembro de 2005.

Atualmente, a Divisão de Imunização atende a cinco sistemas de informação sendo dois deles de obrigatoriedade na instância municipal. Santa Catarina é o único estado brasileiro que tem esses sistemas operando em 100% dos municípios e é referência nacional no gerenciamento dos imunobiológicos utilizados na rede.

Apresenta-se a seguir o diagnóstico de algumas doenças imunopreveníveis em Santa Catarina.

**Coqueluche:** considerada atualmente doença transmissível com tendência declinante comparado a períodos da década de 60 e 70. As práticas de imunização com elevadas coberturas vacinais têm sido determinantes na redução dos casos principalmente nas faixas etárias de abrangência da vacina. Santa Catarina mantém a média de 90,0% de cobertura vacinal para proteção contra a coqueluche na população menor de 1 ano nos últimos 11 anos. Embora a média de casos entre 1994 e 2005 revele que 60% dos casos estejam na faixa etária de menores de 1 ano, é importante considerar o número de casos em faixa etária inoportuna para um esquema completo de vacinação, ocorrendo acúmulo de susceptíveis ao longo dos anos. Com o objetivo de reduzir o número de susceptíveis, em 2004, a faixa etária para o segundo reforço da vacina tríplice bacteriana foi antecipada para a faixa etária de 4 a 6 anos e não de 5 a 6 anos como estabelecido anteriormente. Considerando que crianças de 4 anos ainda são população-alvo das campanhas de vacinação esperava-se que houvesse um incremento de doses aplicadas nessa idade. Os objetivos foram alcançados, ocorrendo um incremento vacinal de 104,46% em 2004 em relação à média dos últimos 5 anos.

**Difteria:** também considerada como doença transmissível com tendência declinante, vem mantendo esse comportamento em Santa Catarina. Considerados os casos notificados, a incidência diminuiu de 5,03 por 100 mil habitantes em 1994 para 0,14 por 100 mil habitantes em 2004. A manutenção de adequada cobertura vacinal é fator determinante para a redução dessa incidência. Os oito casos notificados em 2004 foram procedentes de Blumenau, Florianópolis, Irineópolis, Itajaí, Jaraguá do Sul e Joinville, porém nenhum foi confirmado.

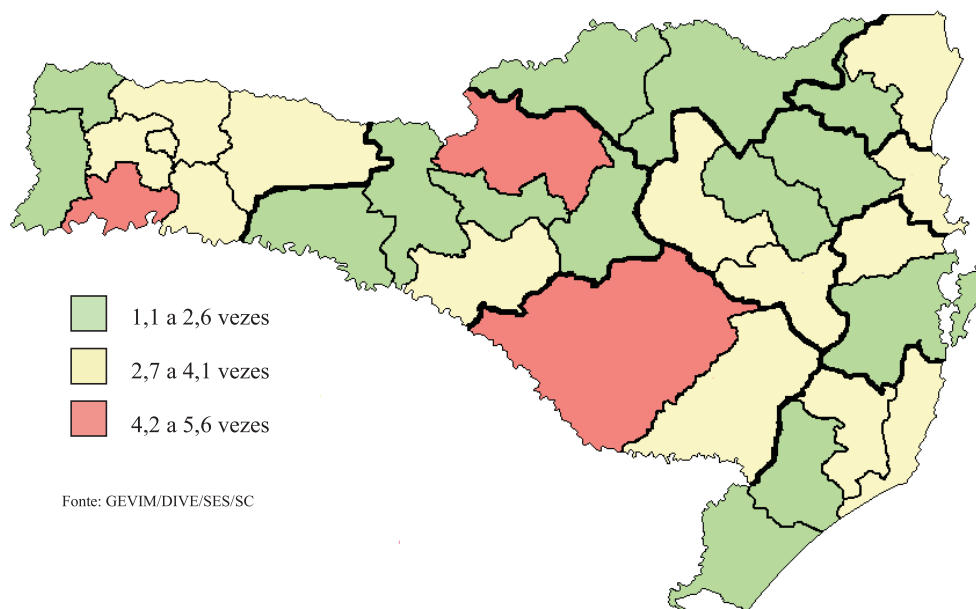
**Caxumba:** doença de notificação obrigatória em Santa Catarina desde 1994 vem apresentando declínio no decorrer dos anos, principalmente a partir de 1996 quando da implantação da vacina tríplice viral. Em 1996 foram notificados, 3.783 casos (incidência de 77,6 por 100 mil habitantes) e em 2004, apenas 536 casos (incidência de 9,42 por 100 mil habitantes). A faixa etária de maior incidência é a de 1 a 9 anos. A partir de 2004 foi instituída uma dose adicional da vacina tríplice viral (contra caxumba, rubéola e sarampo) na idade de 4 a 6 anos. Acredita-se que essa dose adicional venha a alcançar crianças que apresentem falha vacinal primária e reduzir a ocorrência da doença nessa faixa etária.

**Varicela:** embora a varicela não seja uma das doenças de maior relevância para a saúde pública pode apresentar quadros graves que levem a internação e ao óbito principalmente em crianças com estado nu-

tricional comprometido ou em adultos. A varicela caracteriza-se como uma doença comum da infância. Em Santa Catarina, considerando a média do número de casos registrados entre 1995 e 2004 observa-se que 78% desses ocorreram na faixa etária de menores de 10 anos. Essa situação é esperada uma vez que a vacina contra a doença não está instituída no calendário de vacinação no país. Santa Catarina estabeleceu a varicela como de notificação obrigatória em 1994. Analisando o período entre 1995 e 2004, observou-se aumento significativo do número de casos nos anos em 2003 e 2004. A média do número de casos no período de 1995 a 2002 foi de 7.008 casos por ano. Em 2003 foram registrados 17.371 casos (incidência de 309,8 por 100 mil hab) e no ano de 2004 foram 12.902 casos (incidência de 192,59 por 100 mil hab).

A maior frequência dos casos entre 1995 e 2002 foi registrada nas regionais de Blumenau, Grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Jaraguá do Sul. Em 2003 as Regionais de Saúde de destaque foram Palmitos, Lages e Caçador e em 2004, Laguna, Joinville e São Joaquim (Figuras 16 e 17). O aumento expressivo do número de casos de varicela observados, principalmente nos anos de 2003 e 2004, é motivo de preocupação em SC, uma vez que não se dispõe de vacina na rotina para controle da doença.

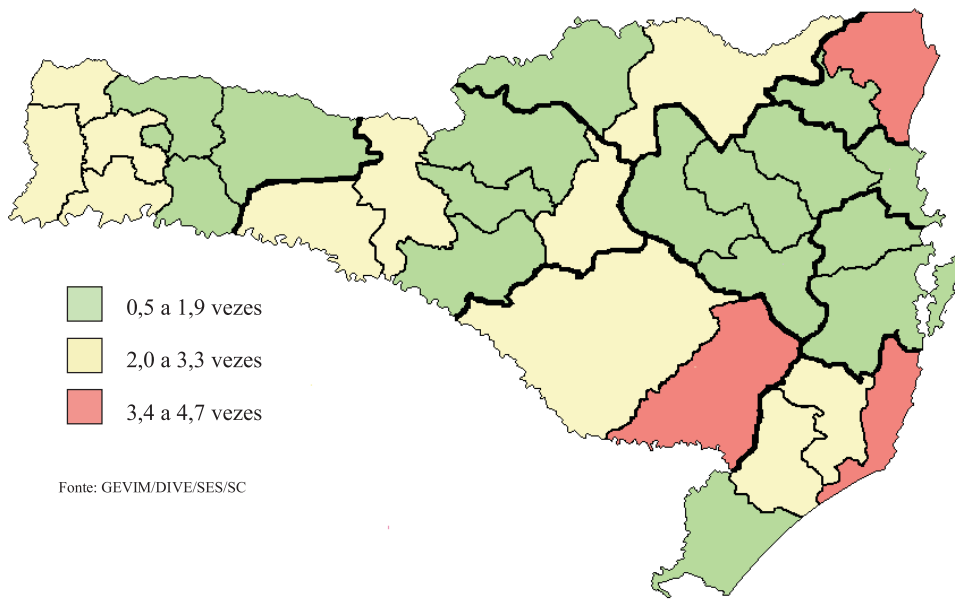
Figura 16: Incremento dos casos de Varicela comparado à média por SDR. Santa Catarina, 2003.



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.



Figura 17: Incremento dos casos de Varicela comparado à média por SDR. Santa Catarina, 2004.



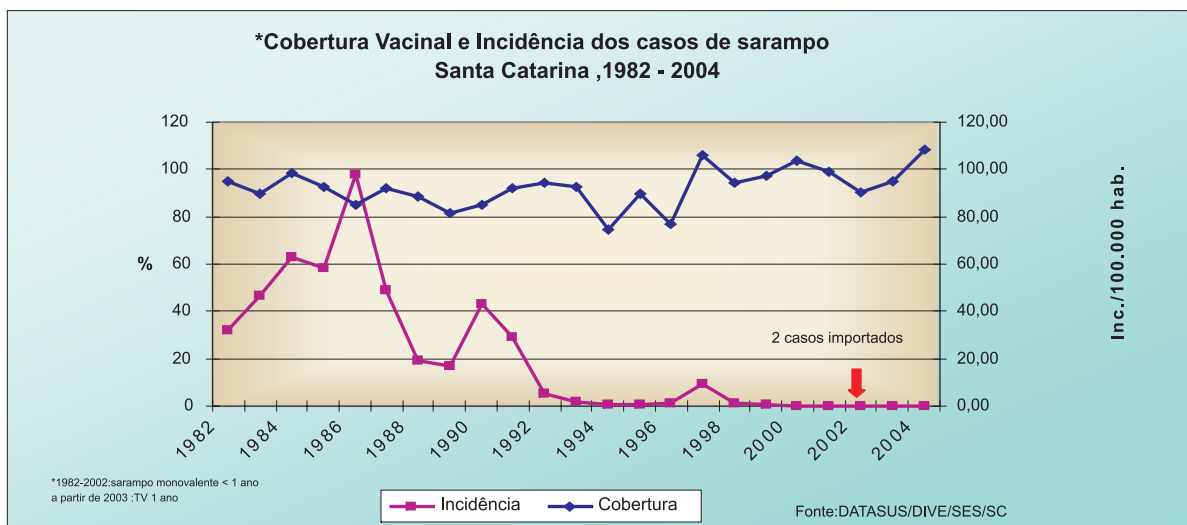
Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

**Influenza:** o Estado conta com duas unidades sentinela para o vírus da influenza implantadas em Florianópolis nos anos 2002 e 2003. Além disso, todas as regionais de saúde estão em alerta para a comunicação de qualquer aumento no número de casos de gripe em seus municípios. Em 1999 foi implantada a vacina contra influenza para população a partir de 65 anos, com ampliação para a faixa etária a partir dos 60 anos no ano seguinte. As campanhas de vacinação têm recebido maior adesão nos últimos três anos, alcançando indicadores mínimos de cobertura preconizados pelo MS, em nível estadual e também municipal. O acompanhamento anual das internações por pneumonia, que é uma das complicações da influenza na faixa etária de idosos mostrou tendência de redução imediatamente após a implantação da vacina.

**Paralisia Flácida Aguda (PFA)/Póliomielite:** em Santa Catarina o último caso de poliomielite com confirmação laboratorial foi registrado em agosto de 1980. No período de 1981 a 1989, embora não tenha havido isolamento do vírus, sete casos foram confirmados por critério clínico. O ano de 1989 foi o último ano com confirmação de casos no Estado procedente dos municípios de São José, Caçador e Laguna. Atualmente a vigilância da poliomielite se mantém através da notificação de casos de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos. Em 2004, foram notificados e investigados 16 casos, porém somente 15 enquadraram-se como casos de PFA. Condição essa que levou o Estado a não alcançar o pactuado na PPI-ECD (16 casos), com diferenças de empenho e alcance das metas previstas em quatro macrorregiões no estado, evidenciando problemas na vigilância da PFA.

## Doenças Exantemáticas: Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita

O **sarampo** é considerado mundialmente uma relevante causa de morbimortalidade infantil. No Brasil, a doença passou a ser de notificação compulsória a partir de 1968, sendo o grupo populacional de menores de 15 anos o mais atingido até o início da década de 90. A partir da década de 80, observou-se no país uma redução gradativa no registro de óbitos conseqüentes da doença, com declínio acentuado na década de 90. Em 1997 o país enfrentou uma epidemia com predomínio no grupo etário de 20 a 29 anos, à época com 38% dos casos confirmados em Santa Catarina ocorreram nesta faixa etária. Desde então a situação apresenta-se controlada, com os últimos casos autóctones confirmados no ano 2000. No período de 2001/2004 foram confirmados quatro casos importados no país, dois no estado de São Paulo e dois em Santa Catarina (Figura 18).



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

A eliminação da **rubéola** está sendo proposta pela Organização Pan-americana da Saúde até 2010. A Síndrome da Rubéola Congênita e a rubéola pós-natal foram incluídas pelo Ministério da Saúde na lista de doenças de notificação compulsória em 1996. A lei estadual nº 10.196, de 24 de julho de 1996 tornou obrigatória a vacinação em crianças de 01 a 12 anos para ingresso em creche ou primeiro grau, e em mulheres de 12 a 40 anos, para ingresso no segundo e terceiro graus e em atividade laboral que tenha contato com crianças. Santa Catarina apresentou redução considerável do número de casos confirmados nos últimos anos (Figuras 19 e 20).

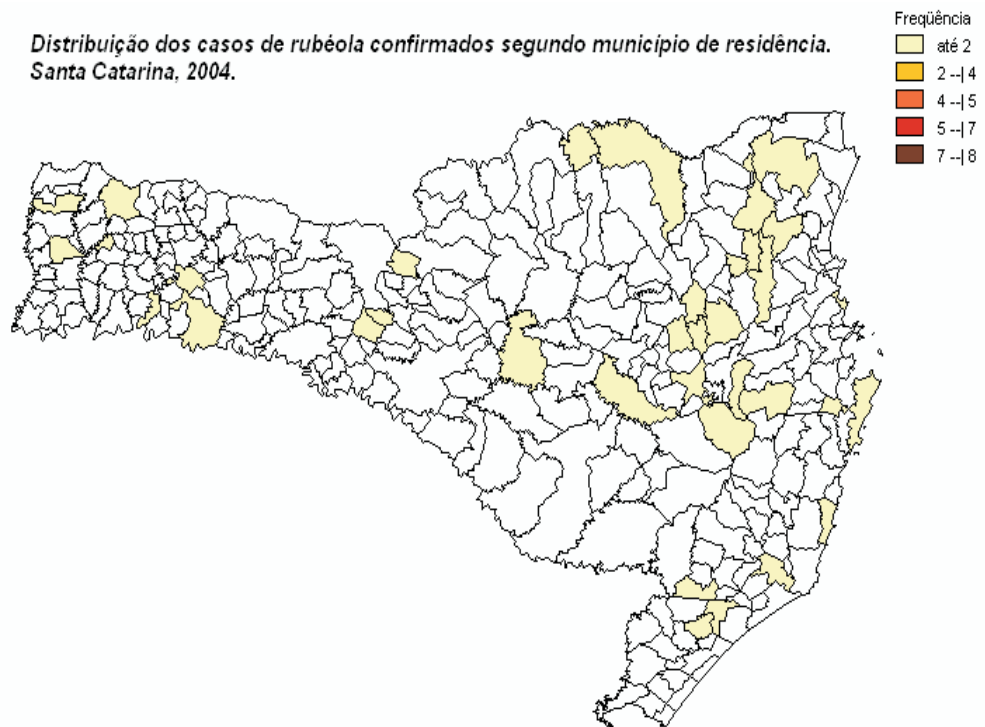
Figura 19

**Distribuição dos casos de rubéola confirmados, segundo município de residência. Santa Catarina, 1997.**



Figura 20

**Distribuição dos casos de rubéola confirmados segundo município de residência. Santa Catarina, 2004.**



**Hepatites Virais:** A hepatite causada por vírus é um agravo de grande relevância para a saúde pública principalmente a decorrente pelos vírus tipo B e C. Justifica-se preocupação pelo fato de cinco a dez indivíduos em cada 100 infectados com o vírus tipo B tenderem à cronificação. Nos casos de infecção durante a gestação ou parto, a chance de cronificação é cerca de 85% e a manifestação da hepatopatia crônica bem mais precoce, bem como o fato de metade dos casos crônicos evoluírem para doença hepática avançada - cirrose e/ou carcinoma hepatocelular. Soma-se a este fato o alto custo da assistência e o significativo percentual de insucesso no seu tratamento. No caso da infecção pelo vírus tipo C a cronificação é ainda mais freqüente.

A hepatite viral em Santa Catarina tem apresentado declínio das taxas de incidência e de internação, mantendo-se estável quanto à mortalidade e letalidade no período entre 1997 e 2005 (Tabela 20).

Tabela 20: Taxas de internação, mortalidade, letalidade e internação da hepatite viral em Santa Catarina 1997-2004.

Ano	Taxa de Incidência/100mil habitantes	Coefficiente Mortalidade	Taxa Letalidade (%)	Taxa Internação (%)
1997	52,18	0,93	1,78	-
1998	48,86	0,82	1,67	-
1999	59,02	1	1,69	26,09
2000	59,74	1,14	1,91	24,91
2001	47,52	0,88	1,85	25,88
2002	35,51	0,98	2,75	29,95
2003	33,03	0,7	1,39	38,99
2004	42,4	1,13	2,65	19,2

Fonte: GEVIM/Dive (SES/SC), 2006.

O número de casos notificados segundo classificação etiológica apresentou tendência em declínio da hepatite A e B entre 2000 e 2005 e comportamento ascendente da hepatite C (Figura 21).

Os casos notificados de Hepatite B e C tiveram distribuição diferenciada segundo a região de abrangência entre 1995 e 2004. A média de casos notificados de hepatite B foi maior nas SDRs de Chapecó seguida por Joinville, Xanxerê e Criciúma. Para os casos de hepatite C a maior freqüência foi registrada em Criciúma, Florianópolis e Itajaí seguida por Joinville e Blumenau. É possível que o destaque dessas regiões esteja relacionado à estrutura dos serviços com mais recursos para diagnóstico e acompanhamento, que facilitaram a detecção de casos e a sensibilização dos profissionais para a notificação.

Figura 21: Número de casos notificados de Hepatites Virais por classificação etiológica. Santa Catarina, 1997 a 2004.



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

Vários fatores têm dificultado a qualidade da vigilância epidemiológica das hepatites virais como o desconhecimento por parte do profissional médico na solicitação do marcador sorológico, a demora no envio do resultado do exame, os erros de digitação no sistema, as dificuldades na interpretação dos resultados e o não encerramento dos casos em tempo oportuno.

No momento, um dos principais impasses da Vigilância e Assistência das Hepatites Virais está na garantia da *realização da biópsia hepática pelo sistema público*, pois os serviços existentes no Estado não são formalizados, sendo a maioria realizada informalmente, dependendo da boa vontade de alguns profissionais. É imperativo e urgente que se estabeleça credenciamento desse procedimento vinculado diretamente ao SUS nas macrorregiões do estado e a estruturação da referência para biópsia.

Uma outra ação é a *ampliação do Ambulatório de Hepatites do Hospital Universitário*, oficializando-o como Referência Estadual para as Hepatites Virais e o *Hospital Nereu Ramos como Centro de Referência II*, no acompanhamento de situações especiais como: falha terapêutica, co-infecção com HIV e outras.

Outro fator importante, diz respeito ao que o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B, que utiliza como critério de inclusão do paciente, a necessidade da realização do teste de carga viral do HBV para monitoramento no tratamento. Precisa-se definir urgentemente qual a referência para o encaminhamento, tendo em vista que este teste ainda não é realizado pelo LACEN, e que muitos municípios já estão solicitando o mesmo.

Considerando o perfil epidemiológico das hepatites virais no Estado e as necessidades declaradas pela sociedade em relação a definição de uma assistência mínima, torna-se imprescindível uma ação rápida e incisiva dos gestores do SUS, além de um Plano de Trabalho direcionado para a situação endêmica de hepatite B no oeste do estado, visando a ampliação e resolutividade dos serviços.

### 3.2.3 Incidência de Neoplasias

Desde 1995 o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima e publica anualmente a incidência de câncer. Segundo o INCA deverão ocorrer em 2006 mais de 472 mil casos novos de câncer em todo o país, 49,6% deste total entre os homens. Em ambos os sexos o tipo mais prevalente é coincidente - câncer de pele não melanoma. Os tumores mais incidentes serão os de pele não melanoma, mama feminina, próstata, pulmão, cólon e reto. Os tipos de tumores que mais acometerão os homens brasileiros estarão localizados na próstata, no pulmão, no estômago, no cólon e no reto. Para o sexo feminino, estima-se a ocorrência de 49 mil casos novos de câncer de mama, 19 mil de colo do útero, 14 mil de cólon e reto e nove mil de pulmão.

Muitos fatores contribuem para o aumento de casos de câncer em um país. Um deles, o envelhecimento da população, é um fenômeno decorrente do desenvolvimento sócio-econômico e da medicina, que impede mortes prematuras por doenças evitáveis. Entretanto, não existe sociedade sem câncer, mas cada uma delas terá os tipos de câncer característicos do seu estágio de evolução.

Em Santa Catarina a estimativa de câncer segue o padrão nacional com o tipo pele não melanoma apresentando a maior estimativa de incidência de neoplasias em 2006, tanto no sexo masculino (125,78 casos por 100 mil hab.) quanto no sexo feminino (117,50 casos por 100 mil hab.), conforme observado nas Tabelas 21 e 22.

Tabela 21: Estimativas das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária. Santa Catarina, 2006.

Localização Primária	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	1.540	51,81	90	50,45
Traquéia, Brônquio e Pulmão	930	31,25	60	34,64
Estômago	670	22,61	40	23,20
Cólon e Reto	450	15,09	50	25,08
Esôfago	420	14,07	20	11,01
Cavidade Oral	340	11,44	20	10,27
Pele Melanoma	250	8,58	20	10,43
Leucemias	220	7,35	10	7,99
Outras Localizações	1.700	57,26	140	75,96
<b>Subtotal</b>	<b>6.520</b>	<b>219,59</b>	<b>450</b>	<b>244,16</b>
Pele não Melanoma	3.730	125,78	180	97,01
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>10.250</b>	<b>345,32</b>	<b>630</b>	<b>339,99</b>

Fonte: INCA, 2005.

Tabela 22: Estimativas das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer em mulheres, segundo localização primária. Santa Catarina, 2006.

Localização Primária	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.610	53,74	140	73,57
Colo do Útero	670	22,55	50	25,35
Cólon e Reto	490	16,51	50	25,15
Traquéia, Brônquio e Pulmão	340	11,42	30	16,86
Estômago	290	9,84	20	9,18
Pele Melanoma	250	8,26	20	10,15
Esôfago	100	3,31	10	2,16
Leucemias	160	5,27	10	5,54
Cavidade Oral	80	2,69	10	5,08
Outras Localizações	1.020	34,13	0	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>5.010</b>	<b>167,62</b>	<b>340</b>	<b>173,06</b>
Pele não Melanoma	3.510	117,50	290	150,05
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>8.520</b>	<b>284,94</b>	<b>630</b>	<b>323,37</b>

Fonte: INCA, 2005.

### 3.2.4 Morbidade Hospitalar

Os **partos** representaram quase um quinto das internações hospitalares realizadas pelo SUS em Santa Catarina no ano 2004. As **doenças do aparelho respiratório** aparecem em 2º lugar com 16,5% do total, destacando-se neste grupo as pneumonias e as doenças obstrutivas crônicas. A **insuficiência cardíaca** e a **hipertensão arterial** lideram o grupo das doenças do aparelho circulatório que aparecem em 3º lugar na ordenação, representando 13,2% das internações. Na 4ª posição surgem as **doenças do aparelho digestivo** (8,8%) e as lesões e conseqüências de **causas externas** (7,1%). Completando a ordenação dos 10 principais grupos de internação, aparecem as doenças do aparelho geniturinário, as neoplasias, as infecciosas e parasitárias, os transtornos mentais e as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.

As especialidades com maior número de internações em 2004 foram Clínica Médica e Cirurgia que respondem por dois terços do total em todas as macrorregiões. Em terceiro lugar está a obstetrícia, exceto na região do Planalto Serrano onde configura a Pediatria na seqüência (Tabela 23)

Tabela 23: Internações Hospitalares, por especialidade e macrorregião de internação, Santa Catarina, 2004.

Macrorregião	Total	Clinica Médica	Cirurgia	Obstetrícia	Pediatria	Psiquiatria	Psiquiatria Hosp/Dia	Outras
Extremo Oeste	49.105	44,6	24,1	15,8	13,2	2,3	-	0,0
Sul	55.873	47,5	23,6	16,5	8,1	4,3	-	0,0
Planalto Serrano	18.834	38,3	25,6	13,4	16,6	6,1	-	-
Grande Florianópolis	64.175	30,2	35,1	20,1	7,3	6,5	0,7	0,2
Vale do Itajaí	80.971	38,3	30,9	17,6	12,1	1,0	-	0,1
Nordeste	49.379	31,6	32,2	23,9	10,6	1,7	-	-
Planalto Norte	15.997	49,1	18,1	22,2	9,2	1,4	-	0,0
Meio Oeste	37.130	43,8	18,3	18,1	15,6	3,0	1,1	-
<b>Santa Catarina</b>	<b>371.464</b>	<b>39,3</b>	<b>27,7</b>	<b>18,5</b>	<b>11,1</b>	<b>3,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>

Fonte: SIH, 2004.

Entre 2001 e 2004 observou-se redução da taxa de internação no Estado e em quase todas as macrorregiões. É provável que a alteração dos parâmetros de internação hospitalar por habitante inserido na PPI em 2002, passando de 8,5% para 7,0% do total da população residente, explique esse comportamento. No Estado o percentual de redução da taxa de internação foi de 16,5%, sendo o maior percentual registrado nas regiões do Planalto Norte (46,8%), Planalto Serrano (26,2%), Sul (24,6%) e Meio Oeste (23,7%). A região Nordeste foi beneficiada com acréscimo de 2,9% na taxa de internação no período (Tabela 24).

Tabela 24: Taxa de Internações por 1000 habitantes, segundo macrorregiões de residência, Santa Catarina, 2004.

Macrorregião Saúde	Internações por 1000 hab 2001	Internações por 1000 hab 2004
Extremo Oeste	84,6	71,8
Sul	83,8	63,2
Planalto Serrano	86,2	63,6
Grande Florianópolis	75,7	65,3
Vale do Itajaí	73,5	67,1
Nordeste	61,6	63,4
Planalto Norte	85,9	45,7
Meio Oeste	82,1	62,6
<b>Total</b>	<b>77,0</b>	<b>64,3</b>

Fonte: IBGE e SIH, 2004.



## 3.3 Grupos Populacionais Específicos

### 3.3.1 Saúde da Criança

Dentre os indicadores de saúde o Coeficiente de Mortalidade Infantil - CMI, é considerado um dos mais eficientes sensores do desenvolvimento social e econômico de uma população. Para alguns autores esta característica precisa ser contemporizada. A capacidade de alteração do CMI, principalmente quando apresenta valores elevados, é muito grande. Ações simplificadas de saúde conseguem reduzir significativamente a mortalidade infantil, desde que a cobertura das populações de alto risco sejam altas. Uma redução rápida desse indicador reflete, muito mais a cobertura e a eficácia de ações específicas do setor saúde do que a melhoria das condições de vida.

O comportamento da fecundidade, assim como de outros fenômenos demográficos, também pode interferir na interpretação do CMI uma vez que o número de nascimentos participa do cálculo do indicador. Outro fator importante é o sub-registro de óbitos em menores de um ano e de nascimentos que podem comprometer os resultados.

Por estas razões, o CMI deve ser analisado com cuidado, buscando-se a identificação e o detalhamento de causas menos vulneráveis a ações simplificadas, que traduzam melhor a qualidade dos serviços de saúde e a melhoria das condições sócio-econômicas. Afecções perinatais, deficiências nutricionais e septicemias são exemplos desse tipo de causas.

Santa Catarina registrou os menores coeficientes de mortalidade infantil e de distribuição dos componentes, comparado ao Brasil e aos Estados da Região Sul em 2002. O risco de morrer no primeiro ano de vida dos catarinenses é 40% menor do que o dos brasileiros, 9,2% do que os paranaenses e semelhante ao dos gaúchos (Tabela 25).

Tabela 25: Coeficiente de mortalidade infantil no Brasil, Regiões e Estados da Região Sul, 2002.

Região/UF	Taxa de Mortalidade Infantil*			
	Total	Neonatal Precoce	Neonatal Tardia	Infantil Tardia
Região Norte	27,07	13,49	3,63	9,93
Região Nordeste	37,65	18,62	4,91	14,12
Região Sudeste	17,24	9,21	2,89	5,13
Região Sul	16,05	7,98	2,50	5,57
Paraná	16,83	8,90	2,65	5,27
Santa Catarina	15,27	8,01	1,91	5,34
Rio Grande do Sul	15,64	6,98	2,67	6,00
Região Centro-Oeste	19,36	10,04	3,26	6,06
Brasil	25,06	12,74	3,73	8,54

Fonte: SIM e SINASC, 2005.

O CMI é composto pela **Mortalidade Neonatal** (óbitos de menores de 28 dias) com subdivisão em **Neonatal Precoce** (óbitos até 6 dias) e **Neonatal Tardia** (óbitos de 7 a 27 dias) e pela **Mortalidade Infantil Tardia** (óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida e 1 ano). Enquanto as mortes neonatais são, na quase totalidade, devido às chamadas causas perinatais e às anomalias congênitas, a mortalidade infantil tardia deve-se funda-

mentalmente a causas ligadas a fatores ambientais, tais como as doenças infecciosas e a desnutrição. Quando o CMI é muito baixo, ele é quase totalmente representado pela mortalidade neonatal e, quando é muito alto, observa-se exatamente o inverso. Considera-se portanto a importância de analisar a mortalidade infantil segundo seus componentes.

Na análise do comportamento do coeficiente de mortalidade infantil e de seus componentes em Santa Catarina no período de 1996 a 2004, observa-se uma redução acentuada (24,7%) do indicador no período analisado, passando de 17,4 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1996, para 13,1 em 2004. O declínio da mortalidade infantil predominantemente em razão da diminuição da mortalidade infantil tardia. No período analisado, a mortalidade neonatal precoce teve uma redução de 18,7%, enquanto a mortalidade infantil tardia caiu em 40,0% (Tabela 26).

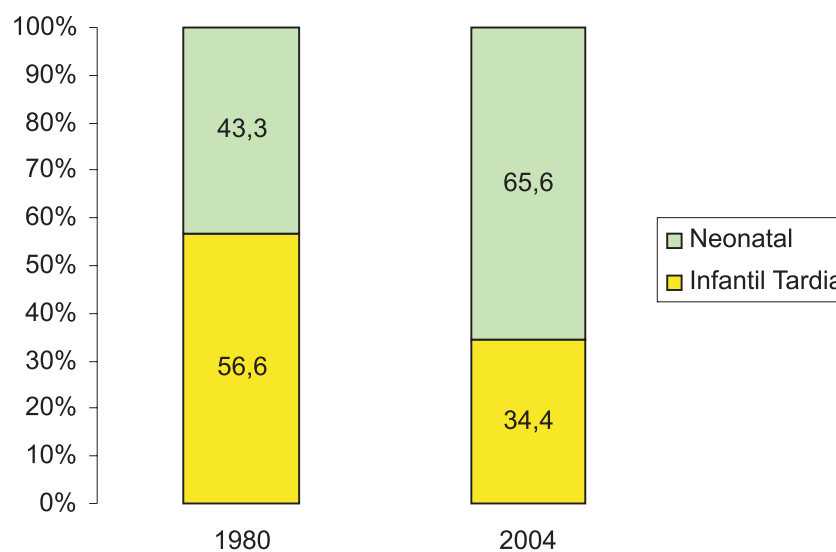
O óbito ocorrido após o 28º dia deve-se fundamentalmente a causas ligadas às condições de vida e de saúde tais como ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias, infecções respiratórias agudas e deficiências nutricionais. Em 1980, a mortalidade infantil tardia representava 56,6% da mortalidade infantil, em 2004 correspondeu a 34,4 % do total (Figura 22).

Tabela 26: Coeficientes de Mortalidade Infantil, Neonatal Precoce, Neonatal Tardia e Infantil Tardia (por 1000 Nascidos Vivos), Santa Catarina, 1996-2004.

Ano	Coeficientes de Mortalidade (por 1000 nascidos vivos)				Número de óbitos < 1 ano
	Infantil	Neonatal Precoce	Neonatal Tardia	Infantil Tardia	
	< 1 ano	< 7 dias	7 a 27 dias	> 27 dias	
1996	17,4	8,0	1,9	7,5	1750
1997	17,5	8,7	1,9	6,9	1704
1998	17,2	8,3	2,2	6,6	1634
1999	16,3	8,4	2,1	5,8	1615
2000	15,6	7,9	1,7	6,1	1478
2001	15,6	8,1	2,1	5,3	1367
2002	15,2	8,0	1,9	5,3	1307
2003	13,4	7,0	1,9	4,5	1112
2004	13,1	6,5	2,1	4,5	1115
Variação % no período	-24,7	-18,7	10,5	-40,0	-36,3

Fonte: Óbitos: SIM – SES/SC; Nascidos Vivos: SINASC, 2005.

Figura 22: Composição da Mortalidade Infantil (%), segundo componentes. Santa Catarina, 1980 e 2004.



Fonte: Óbitos: SIM – SES/SC; Nascidos Vivos: SINASC, 2005.

As principais causas de mortalidade infantil em 2004 foram as **afecções originadas no período perinatal** e as **anomalias congênitas**. Juntas, elas representaram quase 80% do total de óbitos neste período de vida. No grupo das **perinatais**, as causas de óbito mais freqüentes foram os **transtornos respiratórios específicos do período respiratório**, como as anóxias, hipóxias, síndrome da aspiração neonatal, hemorragia pulmonar e pneumonia congênita. Entre as anomalias congênitas mais freqüentes como causa de óbito estão as do **aparelho circulatório**, as do **sistema nervoso** e as do **sistema osteomuscular**.

No grupo das **doenças do aparelho respiratório**, as **pneumonias** foram a principal causa de óbito no primeiro ano de vida, responsáveis por 59% dos óbitos deste grupo.

As mortes por **doenças infecciosas e parasitárias** ocorreram quase que na sua totalidade no período pós neo-natal, sendo as **septicemias** e as **doenças infecciosas intestinais** responsáveis por 92% dos óbitos do grupamento.

Dos óbitos infantis por **causas externas**, 71% foram devidos à **inalação e à ingestão de alimentos e conteúdo gástrico e outros riscos não especificados na respiração**.

O percentual de óbitos infantis por **causas mal definidas** ainda é alto (5,7% do total), todavia, demonstra redução em relação ao ano de 1996 (10% dos óbitos nesta faixa etária). Apenas 22% dos óbitos deste grupo ocorrem em estabelecimentos de saúde, demonstrando dificuldades no acesso aos serviços de saúde. É fundamental investir na investigação de todos os óbitos infantis, não só com a finalidade de elucidar suas causas, mas também para identificar se eram ou não passíveis de serem evitados e assim subsidiar o planejamento das ações para a redução da mortalidade infantil.

A macrorregião do Planalto Serrano apresentou o maior coeficiente de mortalidade infantil do Estado - 22,5 para cada 1000 crianças nascidas vivas. Este risco é 1,7 vezes maior que a média estadual e 2,3 vezes acima do observado na Grande Florianópolis, onde se encontra o melhor indicador (9,8 por 1000 nascidos vivos). O Planalto Norte, Meio Oeste e Extremo Oeste, também mostraram resultados acima da média estadual. O Planalto Norte apresenta o maior percentual de contribuição da mortalidade infantil tardia para o CMI (41,7%), o que pode ser indicativo de piores condições de vida e saúde desta população. O menor percentual deste componente foi encontrado no Nordeste do estado (29%) (Tabela 27).

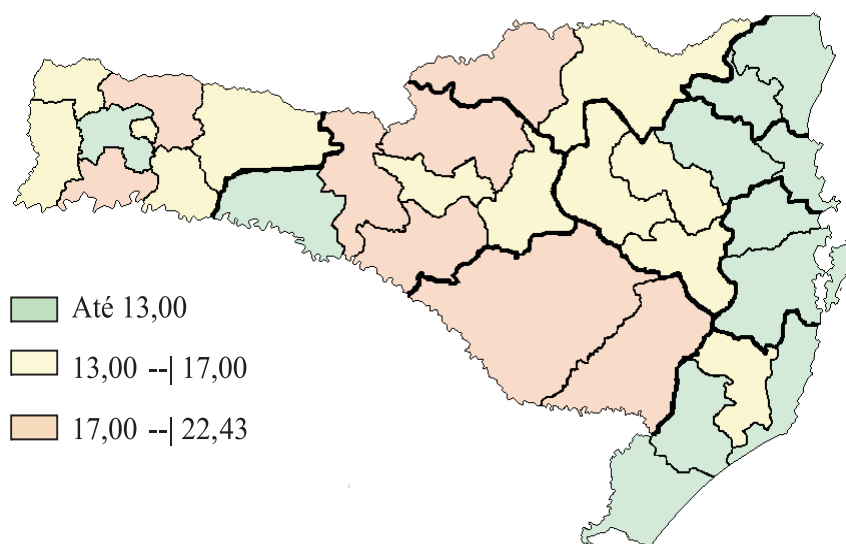
Tabela 27: Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos), segundo macrorregião de residência, Santa Catarina, 2004.

Macrorregiões de Residência	Total de Óbitos < de 1 ano	Coeficientes por 1000 nascidos vivos		
		Mortalidade Infantil	Mortalidade Neonatal (< 28 dias)	Mortalidade Infantil Tardia (> 28 dias)
Planalto Serrano	103	22,5	14,2	8,3
Planalto Norte	67	18,2	10,6	7,6
Meio Oeste	157	17,9	11,9	6,0
Extremo Oeste	156	15,9	10,6	5,2
Sul	138	12,5	7,6	4,9
Vale do Itajaí	219	12,0	8,0	3,9
Nordeste	148	10,7	7,6	3,1
Grande Florianópolis	120	9,8	6,3	3,5
<b>Santa Catarina</b>	<b>1.108</b>	<b>13,5</b>	<b>8,8</b>	<b>4,6</b>

Fonte: Óbitos: SIM – SES/SC; Nascidos Vivos: SINASC, 2005.

A Figura 23 localiza espacialmente os CMI segundo as SDRs. Observa-se que os menores coeficientes encontram-se predominantemente na região litorânea do estado. As SDRs que apresentaram as maiores taxas foram Campos Novos, Joaçaba, Lages, São Joaquim e Palmitos respectivamente, superando 20 óbitos por mil nascidos vivos.

Figura 23: Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo Secretarias de Desenvolvimento Regional, Santa Catarina, 2004.



Fonte: SIM – SES/SC, 2005.

### 3.3.1.1 Aspectos do Nascimento

O monitoramento permanente da ocorrência de deficiências e incapacidades nas crianças é estratégia corrente no planejamento dos serviços com adoção de medidas preventivas. Assegurar o nascimento saudável e o acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento infantil é imperativo aos serviços públicos de saúde.

O nascimento saudável, entre outras variáveis, pode ser assegurado através de cuidados durante a gestação. A Tabela 28 apresenta dados para análise do nascimento em Santa Catarina no período entre 1996 e 2004. O acesso a no mínimo seis consultas pré-natal apresentou crescimento na ordem de 28,8%, e o percentual de mães sem pré-natal diminuiu 69%, no período analisado, demonstrando um aumento na qualidade da atenção neste setor em nível estadual. Apesar da tendência decrescente e de valores inferiores ao encontrado no país (22,7%) e na Região Sul (20,5%), o percentual de mães adolescentes em Santa Catarina (18,9%) é merecedor de maior atenção, considerando a significativa correlação positiva com baixo peso ao nascer ( $p=0,022$ ) e implicações diretas no desenvolvimento e crescimento infantil.

É preocupante a tendência crescente do percentual de partos cesáreas no Estado, um dos maiores do país em 2003 (46,2%) e em 2004 (48,2%). O percentual deste tipo de parto no Brasil em 2003 foi de 39,9% e manteve-se estável no período 1996 a 2003, na ordem de 4,7%. A Região Sul apresentou percentual semelhante ao catarinense no ano de 2003 (45,8%) e o seu crescimento foi de 0,1%. No mesmo período, o crescimento de cesáreas em Santa Catarina foi de 5,3% e entre 2002 e 2004 ampliou-se em 10%.

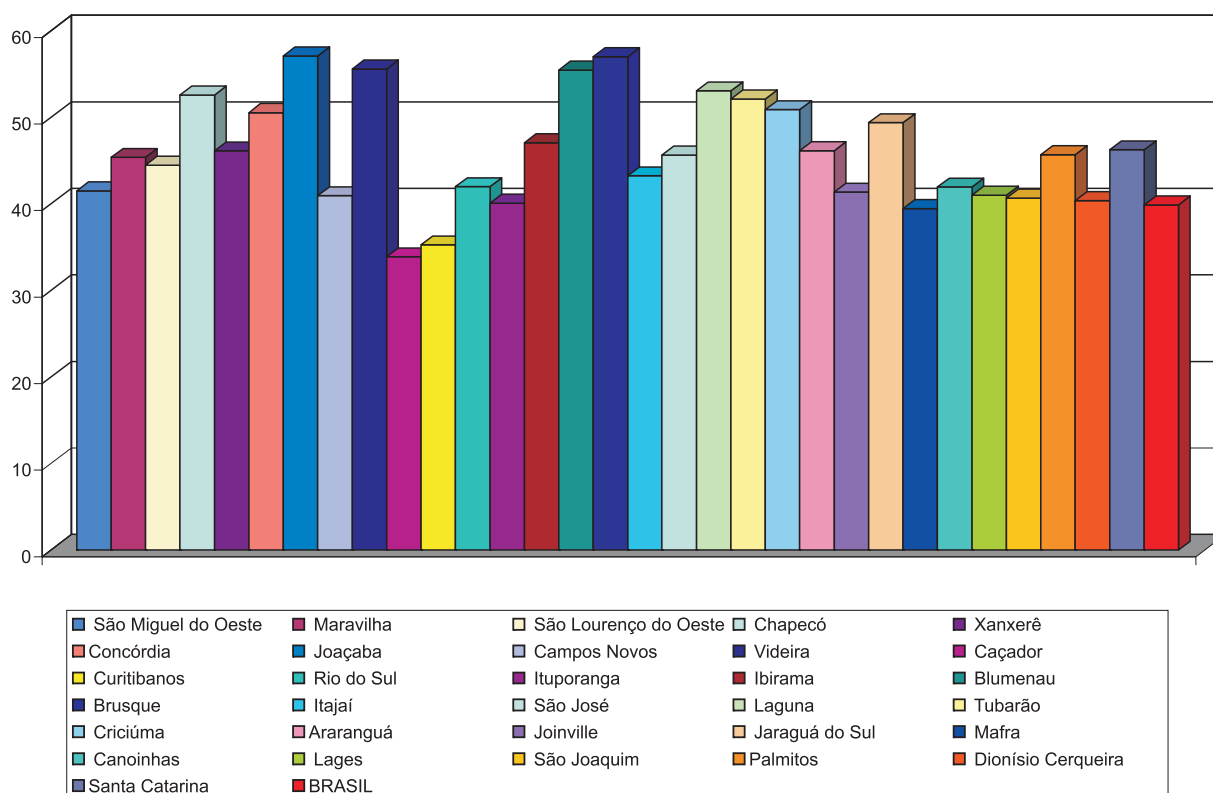
Tabela 28: Aspectos relativos ao nascimento em Santa Catarina no período de 1996 a 2004.

Condições	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Número de nascidos vivos	100.307	97.243	95.269	98.896	94.540	87.874	85.954	82.812	82.286
% prematuridade	4,9	5,4	5,0	5,3	6,3	6,0	6,1	6,5	6,6
% de partos cesáreos	41,6	41,7	40,6	40,0	41,5	42,2	43,8	46,2	48,2
% de mães de 10-19 anos	20,5	20,7	21,0	20,4	20,8	20,5	19,9	19,2	18,9
% com baixo peso ao nascer	6,9	7,2	7,5	7,3	7,2	7,8	7,9	8,1	7,7
% mães sem pré-natal	2,9	2,9	2,9	2,4	1,9	1,5	1,3	1,1	0,9
% mães > 6 consultas pré-natal	47,2	45,3	46,0	47,7	4,1	49,2	54,0	56,8	60,8

Fonte: CADERNO DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE- SES/SC, 2006.

Quando comparadas entre si as Regionais de Saúde apresentam diferenças no comportamento relativo à opção pelo parto cesáreo. A Figura 24 apresenta o excesso de cesáreas efetuadas no Estado e nas SDRs comparado ao comportamento nacional em 2003. Santa Catarina excedeu em 16,8% o percentual de cesáreas realizadas no país, enquanto as Regionais de Videira, Joaçaba, Laguna, Brusque, Chapecó, Tubarão e Blumenau excederam em pelo menos 30%. As SDRs de Caçador, Curitiba, Mafra e Dionísio Cerqueira apresentaram percentuais inferiores ao nacional.

Figura 24: Excesso de partos cesáreas (%) em Santa Catarina comparado ao comportamento nacional em 2003.



Fonte: SINASC, 2006.

O aleitamento materno exclusivo até pelo menos os seis meses e complementado com alimentos adequados até os dois anos de idade ou mais é considerado uma medida decisiva para o desenvolvimento e crescimento infantil, com grande potencial preventivo para doenças na infância e na idade adulta (MS, 2005). Considerada uma importante estratégia de promoção ao aleitamento materno, os bancos de leite têm como principal objetivo apoiar as mulheres que desejam amamentar seus filhos. Santa Catarina conta com 11 bancos de leite, distribuídos desigualmente entre as macrorregiões, considera-se como um imperativo a implantação deste serviço nas regiões Extremo Oeste e Oeste.

Outro aspecto relevante a ser observado desde o nascimento é a imunização, sendo considerada uma das ações importantes em epidemiologia, contribuindo para uma significativa redução de enfermidades na infância. Em Santa Catarina o esquema vacinal básico atingiu cobertura próxima ou superior a 100% em todos os tipos de vacinas de rotina na infância nos anos 2003 e 2004.

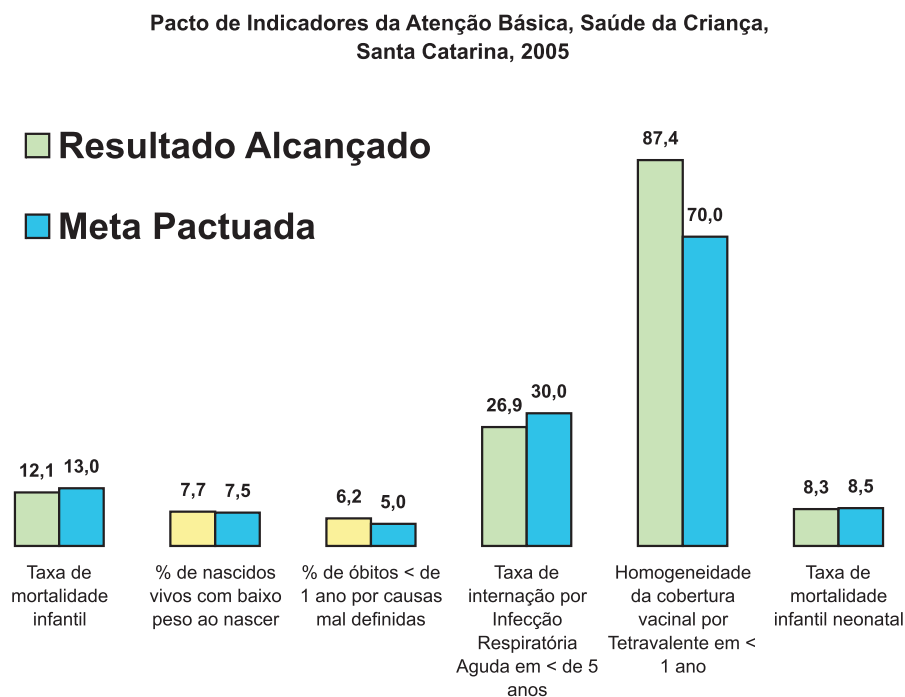
### 3.3.1.2 O desempenho da Atenção Básica na saúde da criança

A atenção básica no âmbito da saúde da criança em Santa Catarina não apresentou em 2005 o mesmo desempenho do ano anterior, quando as metas acordadas nos seis indicadores pactuados para este grupo etário foram atingidas. O **percentual de óbitos por causas mal definidas em menores de 1 ano** ficou acima do pactuado, o mesmo acontecendo com o **percentual de nascidos com baixo peso**. Este último permanece estável desde 2001, enquanto o primeiro esboçou declínio entre 2002 e 2004, apresentando comportamento ascendente em 2005 (Figuras 25 e 26).

Em contrapartida, os indicadores **taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos** e **homogeneidade da cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano** superaram a meta pactuada em 11,4% e 24,8% respectivamente.

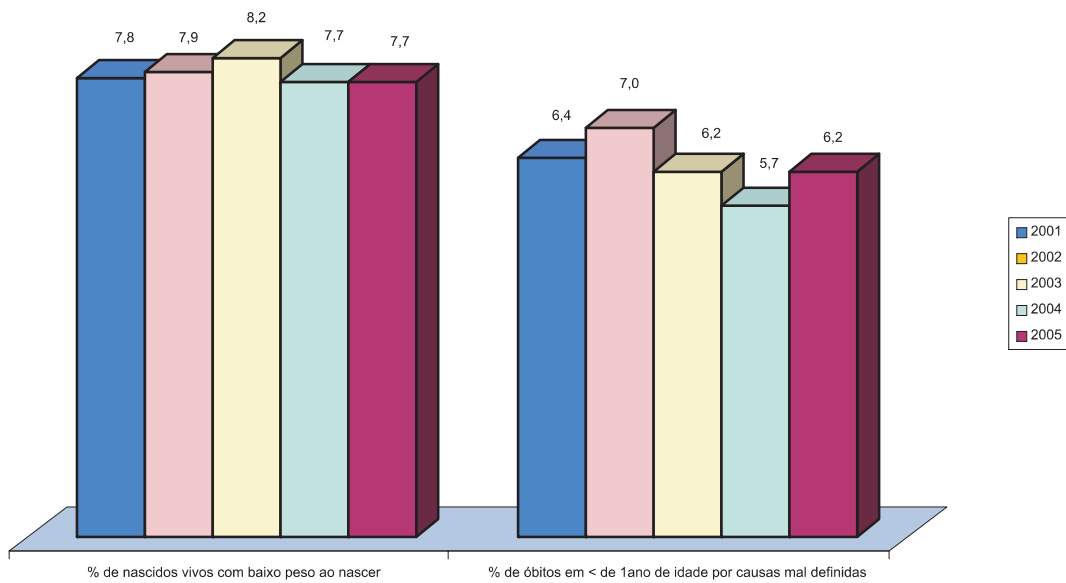
Na Figura 27 pode-se observar que SC vem conseguindo reduzir o número de internações por **Infecção Respiratória Aguda (IRA)** em menores de 5 anos sugerindo que os tratamentos padronizados vêm sendo adotados como estratégia da atenção básica. As internações por IRA são mais freqüentes no Meio Oeste (64,3/mil), Extremo Oeste (44,9/mil) e no Planalto Serrano (48,2/mil), provavelmente em decorrência de fatores climáticos.

Figura 25: Comparativo entre meta pactuada e resultado alcançado no bloco saúde da criança.



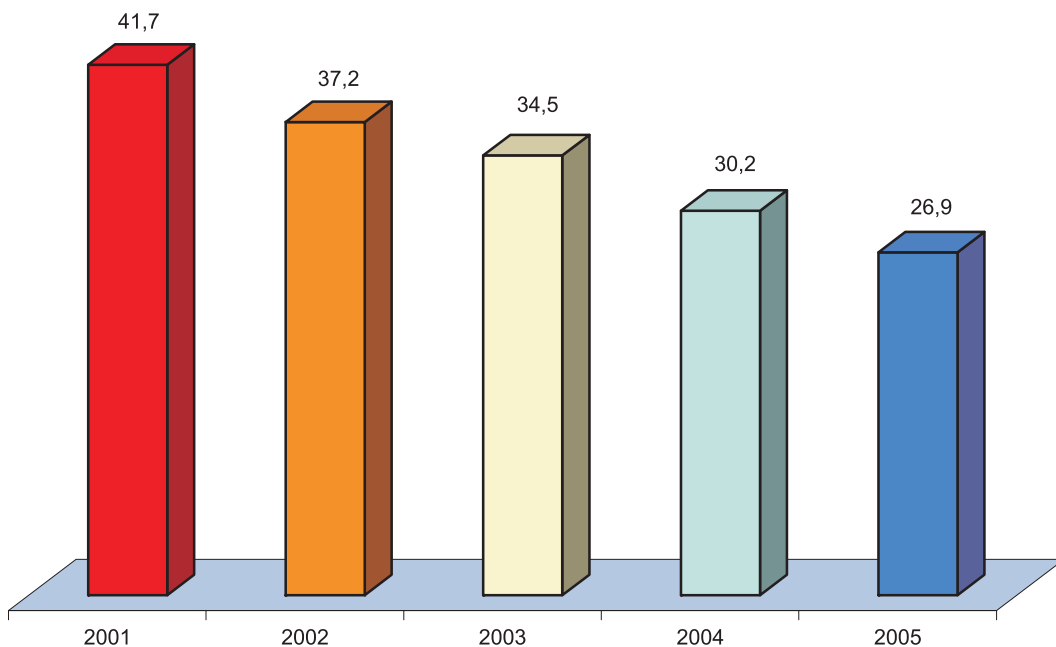
Fonte: Caderno de Informações em Saúde - SES/SC, 2006.

Figura 26: Comportamento dos indicadores percentual de nascidos com baixo peso ao nascer e óbitos em menores e 1 ano de idade por causas mal definidas entre 2001 e 2005 em Santa Catarina.



Fonte: Caderno de Informações em Saúde - SES/SC, 2006.

Figura 27: Comportamento da taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade (internações por 1000) em Santa Catarina no período 2001 e 2005.



Fonte: Caderno de Informações em Saúde - SES/SC, 2006.

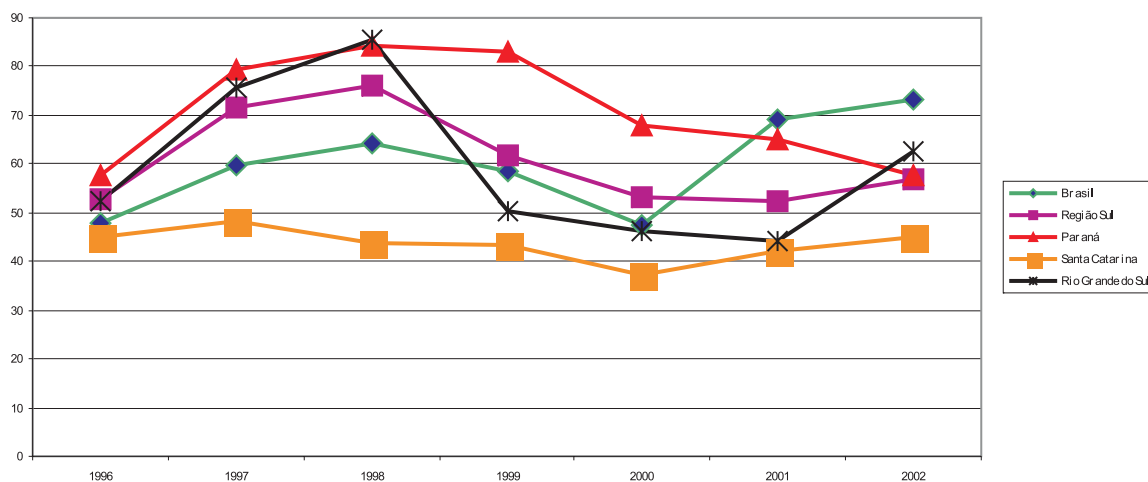


### 3.3.2 Saúde da Mulher

O coeficiente de mortalidade materna estima a frequência de óbitos femininos atribuídos a complicações na gravidez, no parto e puerpério em relação ao total de gestações, representado pelo número de nascidos vivos. Este indicador reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher. Em Santa Catarina o referido coeficiente apresentou uma curva estável entre os anos de 1999 e 2002, variando entre 37,2 e 45,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos, chegando a 42,6 em 2004. Durante todo o período de análise, o coeficiente esteve abaixo do valor encontrado no Brasil e na Região Sul, bem como daqueles encontrados nos estados do Paraná e Rio Grande do Sul, como mostra a Figura 28.

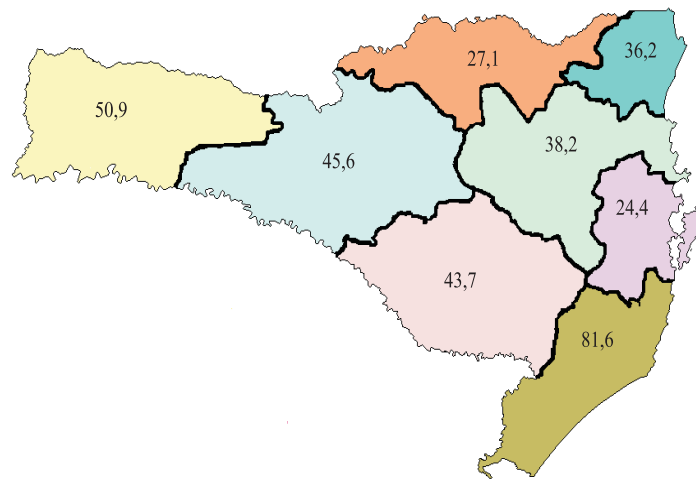
A mortalidade materna entre as macrorregiões está apresentado na Figura 29. Os maiores e menores coeficientes foram registrados no Sul e na Grande Florianópolis, aproximando-se respectivamente ao dobro e a metade do coeficiente estadual.

Figura 28: Comportamento do Coeficiente de Mortalidade Materna do Brasil, Região Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul no período 1999 a 2002.



Fonte: SIM, 2005.

Figura 29: Coeficiente de Mortalidade Materna (100 mil nascidos vivos) segundo Macrorregião de residência. SC, 2004



Fonte: Caderno de Informações em Saúde- SES/SC, 2006.

Dentre as principais causas de morte na população feminina entre 10 e 49 anos de idade, no ano de 2004, o grupo das **neoplasias** ocupa o primeiro lugar (24,4%), seguido das **causas externas** (22,3%) e **doenças do aparelho circulatório** (20,0%), conforme Tabela 29. Neste estudo agruparam-se os eventos classificados nos capítulos doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, aparelho digestivo, aparelho geniturinário e sistema nervoso como **demais causas** por apresentarem baixos percentuais de contribuição. Observa-se importante variação da mortalidade materna proporcional entre as regiões, bem como elevado índice das **causas mal definidas** em algumas regiões quando comparadas ao desempenho do estado: Ituporanga (28,6%), São Joaquim (22,2%) e Curitibanos (16,1%). Esse fator dificulta a análise comparativa do risco da mortalidade materna entre as regiões.

O alto percentual de contribuição das **neoplasias** motivo preocupação. **Câncer de mama** (30,4%) e **colo de útero** (21,2%) configuraram os principais tipos de neoplasias neste grupo populacional em 2004 com valores discrepantes em relação aos demais. A mortalidade feminina por **câncer de mama** mantém-se estável desde 2002 enquanto por **câncer de colo de útero** apresenta tendência de redução passando de 5,5 óbitos por 100 mil mulheres em 1999 para 3,8 em 2004. A implementação de ações preventivas e de diagnóstico precoce é de fundamental importância para que se consiga reduzir a taxa de mortalidade por essas causas.

Tabela 29: Mortalidade Proporcional (%) em mulheres de 10 a 49 anos segundo principais grupos de causas, 2004.

Regiões de Saúde	Doenças do aparelho circulatório	Neoplasias (tumores)	Doenças do aparelho respiratório	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Causas externas	Demais (definidas)	Sub-total (definidas)	Mal Definidas
Araranguá	26,0	14,0	8,0	8,0	28,0	16,0	100,0	10,7
Blumenau	19,7	29,6	4,9	10,6	22,5	12,7	100,0	4,7
Brusque	19,1	25,5	2,1	10,6	25,5	17,0	100,0	4,1
Caçador	12,0	12,0	4,0	12,0	24,0	36,0	100,0	13,8
Campos Novos	25,0	25,0	10,0	15,0	10,0	15,0	100,0	4,8
Canoinhas	15,4	33,3	5,1	5,1	15,4	25,6	100,0	7,1
Chapecó	9,4	20,8	5,7	5,7	39,6	18,9	100,0	10,2
Concórdia	23,5	44,1	5,9	2,9	11,8	11,8	100,0	2,9
Criciúma	24,1	18,5	4,6	13,0	21,3	18,5	100,0	6,1
Curitibanos	30,8	11,5	0,0	7,7	34,6	15,4	100,0	16,1
Dionísio Cerqueira	26,7	40,0	6,7	6,7	20,0	0,0	100,0	0,0
Grande Florianópolis	19,2	22,7	6,7	15,7	22,7	12,9	100,0	1,2
Ibirama	13,0	30,4	13,0	0,0	17,4	26,1	100,0	8,0
Itajaí	21,3	18,6	6,0	18,0	18,6	17,5	100,0	6,2
Ituporanga	20,0	26,7	13,3	6,7	26,7	6,7	100,0	28,6
Jaraguá do Sul	23,9	28,3	10,9	6,5	21,7	8,7	100,0	4,2
Joaçaba	33,3	17,9	10,3	7,7	20,5	10,3	100,0	0,0
Joinville	14,8	25,5	8,1	8,7	22,8	20,1	100,0	7,5
Lages	20,5	25,3	7,2	7,2	20,5	19,3	100,0	10,8
Laguna	9,8	27,5	5,9	13,7	13,7	29,4	100,0	0,0
Mafra	24,0	26,0	4,0	8,0	22,0	16,0	100,0	10,7
Maravilha	7,1	28,6	7,1	21,4	28,6	7,1	100,0	6,7
Palmitos	15,0	30,0	5,0	5,0	25,0	20,0	100,0	0,0
Rio do Sul	24,2	30,3	0,0	9,1	24,2	12,1	100,0	8,3
São Joaquim	21,4	21,4	7,1	14,3	21,4	14,3	100,0	22,2
São Lourenço do Oeste	10,5	21,1	0,0	5,3	47,4	15,8	100,0	9,5
São Miguel do Oeste	18,5	51,9	3,7	3,7	18,5	3,7	100,0	6,9
Tubarão	26,2	19,7	3,3	13,1	24,6	13,1	100,0	0,0
Videira	18,5	40,7	3,7	11,1	7,4	18,5	100,0	3,6
Xanxerê	24,5	18,4	8,2	10,2	26,5	12,2	100,0	2,0
Santa Catarina	20,0	24,4	6,1	11,1	22,3	16,1	100,0	6,0

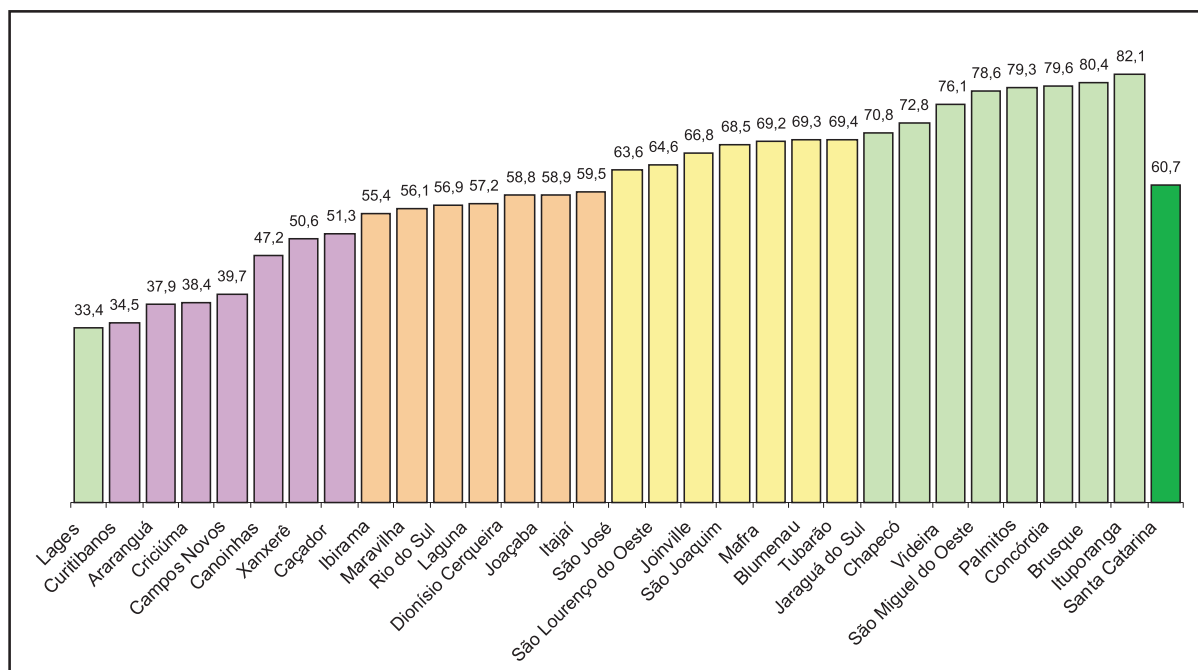
Fonte: Cadernos de Informações de Saúde/SC.

A mortalidade por **causas externas** na população feminina em idade fértil seguiu o padrão da população geral, sendo a principal causa neste grupo os **acidentes de trânsito** (54%), seguida pelos **homicídios e suicídios** em 2004. Semelhante situação foi observada nas **doenças cerebrovasculares** e as **isquêmicas do coração**, que juntas são as principais causas de óbito entre as **Doenças do Aparelho Circulatório**, respondendo por 70% das mortes entre mulheres em idade fértil neste capítulo.

Uma importante medida dentre as ações voltadas à saúde da mulher são os exames preventivos de câncer de colo de útero e de mama, com garantia do acompanhamento e tratamento quando detectado algum problema. Em Santa Catarina, no ano de 2004, foram realizados 376.290 exames de papanicolaou, com financiamento extra teto significando uma cobertura aproximada de 25%, muito abaixo do ideal (80%) para que se consiga diminuir em setenta por cento a mortalidade por esta patologia. Foram realizadas 76.659 mamografias, além das mamografias diagnósticas (mulheres com alterações no exame de mama), estando igualmente aquém da meta desejada, 370 mil correspondendo ao rastreamento de todas as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.

O acesso à assistência pré-natal é um problema significativo no país bem como em Santa Catarina. As normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde definem um número mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal realizados por médico ou enfermeiro, conforme a Portaria nº 570 de 1 de junho de 2000. Em 2004, 60% das gestantes catarinenses tiveram acesso a mais de seis consultas pré-natal. Nos dados referentes ao ano de 2004 por SDR, apresentados na Figura 30, pode-se observar que 15 das 30 Secretarias apresentaram cobertura acima da média estadual. Ituporanga (82,1%) e Lages (33,4%) se destacam como as SDRs de melhor e pior cobertura pré-natal.

Figura 30: Proporção de Nascidos Vivos com mães que realizaram mais de 6 consultas de pré-natal, segundo SDRs em Santa Catarina, 2004.



Fonte: Cadernos de Informações de Saúde – SES/SC – SINASC, 2005.

### 3.3.3 Saúde do Idoso

Conforme relatado anteriormente a população catarinense vem envelhecendo rapidamente desde o início da década de 60, decorrente principalmente do declínio das taxas de fecundidade e do declínio nas taxas de mortalidade. Esse processo de envelhecimento pode ser visualizado na Figura 4 pelo estreitamento das bases das pirâmides etárias de 2000 e 1980 e Tabelas 1 e 2 deste Plano. Em 1980, o grupo etário de menores de 15 anos representava 43% do total da população catarinense. No censo de 2000, enquanto a participação dos menores de 15 anos foi reduzida para menos de 14% a dos maiores de 60 anos passou de 5,0% para 8% do total. Também a expectativa de vida na faixa etária de 60 a 65 anos apresentou um incremento de aproximadamente 1 ano e meio no período 1996/2005. O ganho em tempo de vida é maior no sexo feminino. Enquanto os homens obtiveram um ganho de 1,2 anos as mulheres dessa faixa etária aumentaram sua expectativa de vida em 1,6 anos (Tabela 30).

Tabela 30: Expectativa de Vida na faixa etária de 60 a 65 anos em Santa Catarina, 1996-2005.

Sexo	1996	2005
Masculino	16,8	18,0
Feminino	20,4	22,0
Total	18,6	20,1

Fonte: Datasus, 2006.

Como conseqüência desse processo observa-se uma redução do crescimento demográfico o que teoricamente permitiria ao Estado atender de modo mais adequado as demandas sociais da população, inclusive as demandas por serviços de saúde. No entanto, o contexto de desigualdade e a velocidade com que ocorrem estas transformações apontam para complexidade crescente nas alternativas de atenção às necessidades desta nova estrutura etária emergente. A especificidade da transição demográfica no Brasil coloca obstáculos ao enfrentamento dos problemas característicos da população da terceira idade que aumenta progressiva e rapidamente.

Definir e implementar estratégias de prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas num contexto de desigualdades regionais e sociais, onde a mortalidade infantil e as doenças transmissíveis ainda são desafios a serem enfrentados é muito difícil, porque implica em considerar não apenas um novo perfil epidemiológico, mas um perfil que se sobrepõe ao anterior. A análise do perfil epidemiológico desse grupo etário pode ajudar ainda na definição das prioridades e dos investimentos em saúde necessários para minimizar o impacto do envelhecimento populacional sobre a qualidade de vida dos catarinenses e proporcionar maior eficiência na utilização de recursos de saúde.

### 3.3.3.1 A Mortalidade na Terceira Idade em Santa Catarina

Nessa faixa etária a predominância de óbitos relacionados às doenças crônico-degenerativas é evidente. Em primeiro lugar aparecem as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 41% do total das causas definidas. As doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração respondem por aproximadamente dois terços das mortes incluídas nesse grupamento, com importante contribuição das doenças hipertensivas (Tabela 31).

Tabela 31: Mortalidade Proporcional (%) em maiores de 60 anos, por principais grupos de causas. Santa Catarina, 2005.

Grupos de Causas	N	%
Doenças do aparelho circulatório	6.581	41,0
Neoplasias (tumores)	3.392	21,1
Doenças do aparelho respiratório	2.400	14,9
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.093	6,8
Doenças do aparelho digestivo	775	4,8
Causas externas	524	3,3
Algumas doença infecciosas e parasitárias	393	2,4
Doenças do aparelho geniturinário	351	2,2
Demais definidas	677	3,5
<b>Sub-total (definidas)</b>	<b>16.066</b>	<b>100,0</b>
Mal Definidas	1.864	10,4
<b>Total</b>	<b>17.930</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Datasus, 2006.

As neoplasias são a segunda causa mais importante de morte na terceira idade, totalizando mais de um quinto das causas definidas (21,1%). A Tabela 32 mostra as principais localizações de neoplasias segundo o sexo. O câncer de pulmão é a principal localização de neoplasia em ambos os sexos, mas entre os homens a importância relativa desse tipo de câncer no grupamento é o dobro da observada entre as mulheres. Em segundo lugar aparecem o câncer de próstata para os homens e o de mama para as mulheres. Também o câncer de estômago aparece com uma frequência significativa como causa de morte ocupando a terceira colocação nos dois sexos. O câncer de colo de útero aparece em sétimo lugar na ordenação e contribui com quase 4% das mortes por neoplasias no sexo feminino.

Tabela 32: Mortalidade Proporcional (%) em > de 60 anos, por tipos de neoplasias e sexo. Santa Catarina, 2005.

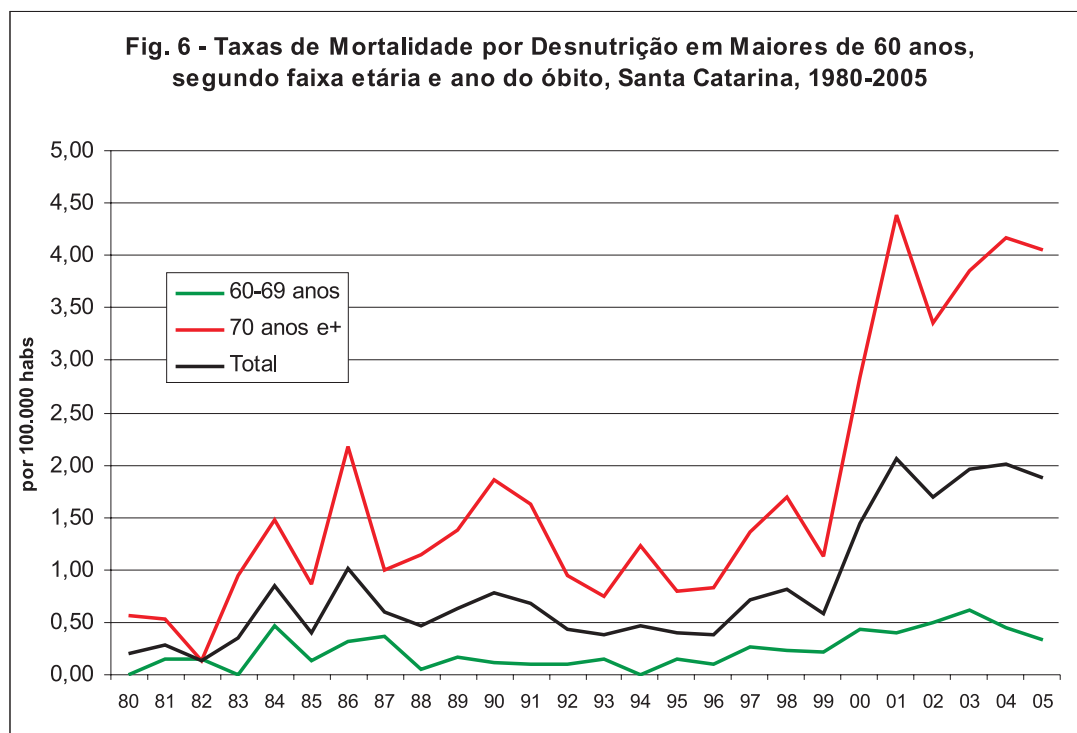
Ordem	Masculino	%	Ordem	Feminino	%
1	Pulmão	21,0	1	Pulmão	10,5
2	Próstata	15,0	2	Mama	10,0
3	Estômago	11,1	3	Estômago	8,1
4	Esôfago	8,0	4	Pâncreas	6,0
5	Pâncreas	3,9	5	Colon	4,9
6	Fígado	3,6	6	Fígado	4,7
7	Laringe	3,3	7	Colo de útero	3,8
8	Leucemias	2,7	8	Leucemias	3,5
9	Colon	2,4	9	Útero porção n/esp	3,1
10	Reto, Jrs, anus	1,5	10	Reto, Jrs, anus	2,7
	Demais	27,6		Demais	42,6
	Total	100,0		Total	100,0

Fonte Datasus, 2006.

No grupo das doenças do aparelho respiratório, que participam com aproximadamente 15 % das causas de morte de maiores de 60 anos, **a bronquite, o enfisema e a asma** são a principal causa (59%), com uma importância bastante superior no sexo masculino (68,5%). As pneumonias aparecem em segundo lugar (23,4%) e entre as mulheres chegam a responder por mais de um terço dos óbitos por doenças do aparelho respiratório.

O diabetes *mellitus* representa mais de 80% das mortes incluídas no capítulo das doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e tem uma incidência maior entre as mulheres. Essa doença é impactante para população idosa por sua elevada frequência e pelo fato de acarretar complicações macrovasculares (doença cardiovascular, cerebrovascular e de vasos periféricos) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Essas complicações contribuem para a queda da qualidade de vida dos idosos e determinam o aumento de consumo de recursos em saúde.

Ainda nesse grupo chama a atenção a ocorrência de mortes por desnutrição protéico-calórica, principalmente porque diversos estudos vêm demonstrando que a desnutrição em idosos está associada ao aumento da mortalidade e da suscetibilidade às infecções, a redução da qualidade de vida e a sobrevida dos pacientes (Figura 31).



Fonte Datasus, 2006.

As mortes violentas aparecem em sexto lugar na ordenação da mortalidade geral entre idosos tendo como causa principal os acidentes de transporte que representam quase 40 % das mortes violentas nessa idade. As quedas e outros acidentes ocupam a segunda posição e contribuem com 28%. As principais causas das quedas em idosos estão relacionadas com a existência de doenças neurológicas, cardiovasculares, osteoporose, problemas visuais e auditivos. Na maioria das vezes elas acontecem em decorrência de um ambiente inadequado, incluindo piso escorregadio, atrapalhar-se com objetos no chão, trombar em outras pessoas, subir em objetos para alcançar algo, queda da cama, problemas com degraus e outros congêneres.

No capítulo das doenças do aparelho digestivo as doenças do fígado e as úlceras gástrica duodenal e péptica são as principais causas de morte dos idosos. Entre as infecciosas e parasitárias, a septicemia representa mais de 60% dos óbitos, as infecções intestinais 12% e a AIDS 6% das mortes dentro do grupo. Finalmente, a insuficiência renal abarca aproximadamente 60% das mortes do aparelho geniturinário.

### 3.3.3.2 A Morbidade em Idosos

De um modo geral, indivíduos idosos são portadores de múltiplos problemas de saúde coexistentes simultaneamente. O número de condições crônicas como hipertensão, diabetes, asma e osteoartrite e de problemas como a dispnéia ao esforço, a diminuição da acuidade auditiva, visual e a insônia aumentam muito após os 60 anos de idade. Também são frequentes os problemas mentais que incluem uma série de diagnósticos relacionados com déficits cognitivos significativos, transtornos afetivos e depressão.

No que se refere à saúde bucal os problemas também adquirem proporções importantes nos idosos e estão relacionados principalmente a lesões periodontais, perda dental e uso de próteses sem manutenção adequada. As dificuldades operacionais para se obter dados de morbidade justificam o uso dos dados gerados



pelo Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares – SIH/SUS como a principal fonte para traçar o perfil das doenças e problemas de grupos populacionais específicos.

A Tabela 33 apresenta o número e o percentual de internações hospitalares em maiores de 60 anos realizadas pelo SUS no ano de 2005 em Santa Catarina, segundo o motivo da internação e o sexo do paciente. As doenças do aparelho circulatório são o principal grupo de causas de internação nessa faixa de idade, representando 30,9% do total. As três principais causas desse grupo foram **insuficiências cardíacas, isquêmicas do coração e acidentes vasculares cerebrais**. Juntas, corresponderam a quase 70% das internações incluídas nesse grupamento.

As **bronquites, enfisemas e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas** são responsáveis por mais da metade das internações por doenças do aparelho respiratório e as **pneumonias** por aproximadamente um terço delas.

No capítulo das doenças do aparelho digestivo, merecem destaque as **coletitíases e colecistites, as hérnias, as gastrites e duodenites e as úlceras**, que juntas respondem por 60% das internações por doenças digestivas.

As neoplasias são a 4ª causa de internação e constituem o grupo com a maior taxa de mortalidade hospitalar em pessoas acima dos 60 anos (14%). As principais localizações entre os homens foram **próstata e traquéia, brônquios e pulmão**, entre as mulheres, **mama e colo do útero**.

As doenças renais representam mais da metade das internações por doenças do aparelho geniturinário e a **insuficiência renal** é responsável por um quarto destas. Entre as mulheres também é significativa a ocorrência do prolapso genital e entre os homens a hiperplasia da próstata como motivo de internação.

Tabela 33: Distribuição (Nº e %) de Internações Hospitalares de residentes em > de 60 anos, segundo sexo e grupos de causas. Santa Catarina, 2005.

Grupos de Causas	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doenças do aparelho circulatório	12.809	28,9	14.870	32,7	27.679	30,9
Doenças do aparelho respiratório	11.205	25,3	8.824	19,4	20.029	22,3
Doenças do aparelho digestivo	4.402	9,9	4.269	9,4	8.671	9,7
Neoplasias (tumores)	4.160	9,4	3.546	7,8	7.706	8,6
Doenças do aparelho geniturinário	2.419	5,5	2.380	5,2	4.799	5,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.768	4,0	2.026	4,5	3.794	4,2
Lesões e outras conseq. causas externas	1.701	3,8	2.208	4,9	3.909	4,4
Doenças endóc.nutricionais e metabólicas	1.168	2,6	2.173	4,8	3.341	3,7
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.069	2,4	1.662	3,7	2.731	3,0
Demais causas	3.581	8,1	3.480	7,7	7.061	7,9
<b>Total</b>	<b>44.282</b>	<b>100,0</b>	<b>45.438</b>	<b>100,0</b>	<b>89.720</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Gerência de Controle e Avaliação (SES/SC), 2006.

Quase 40% das internações por doenças infecciosas e parasitárias nessa faixa etária foram por **infecções intestinais**. As doenças bacterianas, com destaque para a **septicemia**, que responde por cerca de um quinto das internações desse grupamento. Chama atenção ainda o fato de que em 2005 foram internadas 399 pessoas acima de 60 anos por seqüelas da hanseníase e 48 por doença pelo vírus HIV.

O principal tipo de lesão por causa externa que motivou internação hospitalar foram as **fraturas** res-

ponsáveis por quase 60% das internações incluídas nesse capítulo, sendo de longe a fratura de fêmur a mais freqüente.

Também nas internações hospitalares o **diabetes mellitus** lidera o grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sendo responsáveis por mais de 70% dessas internações. Além disso, merece destaque a **desnutrição** que em 2005 afetou 469 (quatrocentas e sessenta e nove) pessoas acima de 60 anos foram internadas com o diagnóstico principal de desnutrição. A importância de ações que tenham por objetivo o controle deste agravo em idosos é mais facilmente entendida se imaginarmos que ela está também presente como diagnóstico secundário agravando o quadro desses pacientes em um número de vezes muito superior.

### 3.3.4 Saúde do Trabalhador

O impacto dos processos produtivos na saúde dos trabalhadores pode ser avaliado de diversas formas, diretamente no ambiente de trabalho, através de estudos específicos, ou indiretamente, através dos indicadores de morbimortalidade, sociais, econômicos e ambientais.

As estatísticas oficiais são precárias e não permitem avaliar com profundidade a magnitude do impacto das atividades econômicas na saúde dos trabalhadores de Santa Catarina. Porém, os dados disponíveis apontam para uma situação preocupante. Por exemplo, analisando a distribuição das atividades econômicas segundo a participação no PIB, o Estado apresenta um predomínio das atividades industriais. Verificando-se estas informações a partir da classificação dada pelo Ministério do Trabalho, segundo grau de risco, observa-se o predomínio das atividades classificadas entre as de maior risco em graus 3 e 4.

O setor primário, especialmente o agrícola encontra-se distribuído em todas as regiões de SC. Em relação à participação no PIB, observa-se o predomínio deste setor nas macrorregiões do Extremo e Meio Oeste. Estas regiões são responsáveis pela produção de soja e milho para criação de suínos e frangos. No Planalto Serrano também predomina o setor agrícola, produzindo frutas para abastecer o mercado interno e milho para pecuária. Parte do Vale do Itajaí e Sul produzem fumo, arroz e hortifrutigranjeiros, constituindo uma alternativa para os minifúndios, com grande utilização da mão de obra familiar.

O principal problema de saúde que envolve a agricultura são as intoxicações agudas e crônicas que decorrem da utilização em larga escala de agrotóxicos como insumo básico. Os registros do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN dão conta de uma pequena parcela da ocorrência dessas intoxicações em trabalhadores rurais em Santa Catarina.

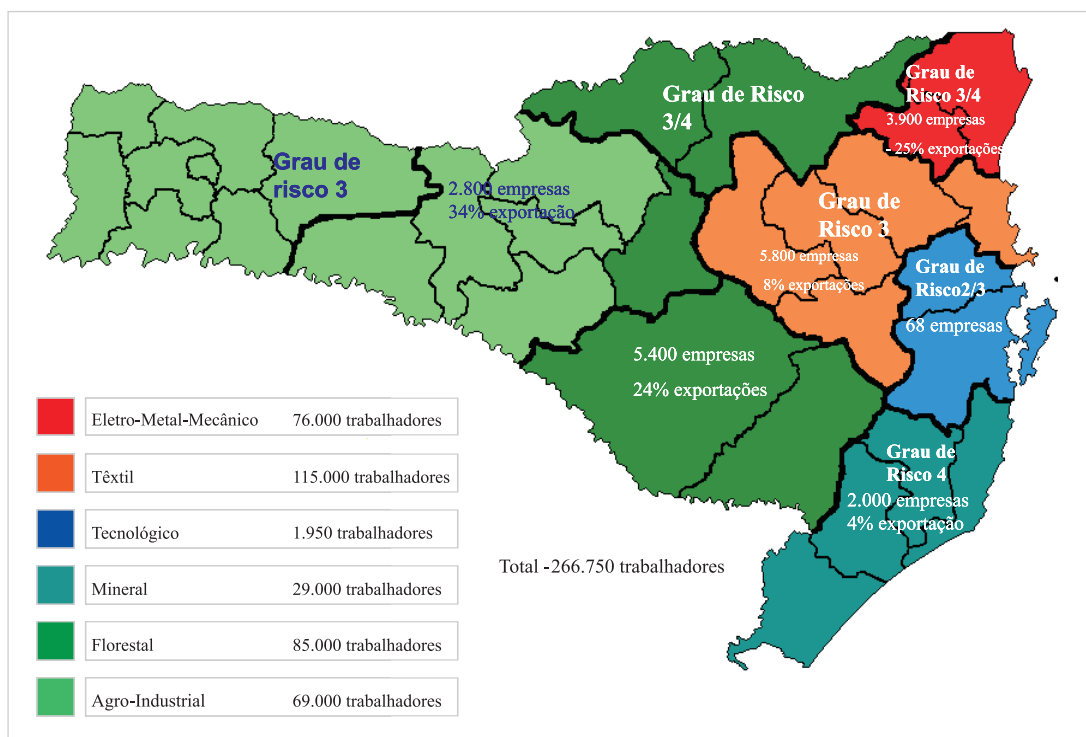
Na macrorregião Sul, mais especificamente na região carbonífera, a agricultura apresenta especificidade desde a década de 70, devido aos padrões de contaminação ambiental provocados pelos rejeitos decorrentes da exploração do carvão que alteram solo, água e ar. A acidez da água e a presença de ácido sulfúrico nos últimos anos têm favorecido a dissolução e precipitação de metais pesados presentes na calcopirita, que, entre suas conseqüências, têm levado a altos níveis de contaminação do meio ambiente por metais pesados como: ferro, manganês, cobre, chumbo, zinco, selênio, níquel, prata, mercúrio, arsênio, bário e cádmio, todos prejudiciais à saúde dos trabalhadores rurais e urbanos.

O efeito dos metais pesados presentes nos agrotóxicos e em outros processos de trabalho urbanos, sobre a saúde das populações de trabalhadores nas diversas regiões do estado não é conhecido. Estudos de outros países mostram que o níquel, o arsênio, o cádmio, o cromo e o chumbo estão associados a um risco maior de aparecimento de câncer de pulmão, bexiga, pele, laringe, próstata e rim, entre outros<sup>1</sup>. Além da agricultura, estes produtos podem ser encontrados com freqüência na indústria de fundições de metais, baterias, têxtil, cerâmica, prospecção mineral presentes no estado.

Avaliando a distribuição geográfica do setor secundário apresentada na Figura 32, verifica-se o predo-

mínio das atividades industriais de grau de risco 3 e 4 em todas as macrorregiões. Merece destaque a macrorregião Sul, que apresenta somente o grau de risco 4. Na macrorregião da Grande Florianópolis e parte da macrorregião de Blumenau e de Joinville, observa-se atividades industriais de médio risco, de tecnologia de ponta, representados pelo uso da informática e automação.

Figura 32: Complexo industrial catarinense segundo tipo de atividade, grau de risco, número de empresas e de trabalhadores por macrorregião, 2005.



Fonte: Dieese, 2006.

A região Oeste aparece em primeiro lugar (34%) nas exportações do estado com as agroindústrias de frango e suíno, seguido da região Nordeste (25%) principalmente com a produção de componentes elétricos e eletrônicos, peças e componentes para indústria automotiva, eletrodomésticos, ferramentas, componentes para agricultura. O Planalto Serrano e Planalto Norte respondem por 24% das exportações, com a produção de mobiliário, madeira, papel e celulose. As demais regiões produzem basicamente para o mercado interno (Figura 32). Vários estudos têm demonstrado correlação entre alta capacidade de exportação, uso de tecnologia de ponta em alguns setores e o adoecimento dos trabalhadores. Os trabalhadores além de estarem expostos aos tradicionais fatores de risco: químicos, físicos e musculares, encontram-se também expostos a outros fatores relevantes para efeitos de transtornos mentais e psíquicos.

A implantação de novas formas de organização do trabalho tem como conseqüências o aumento da precarização, da intensificação do trabalho acompanhada ou não de aumento da jornada, da terceirização do risco e da ampliação da informalidade e do desemprego. Não se trata de riscos e padrões de desgaste relacionados somente à organização das atividades industriais, mas também dos setores de serviços, que se ampliam nesses novos tempos.

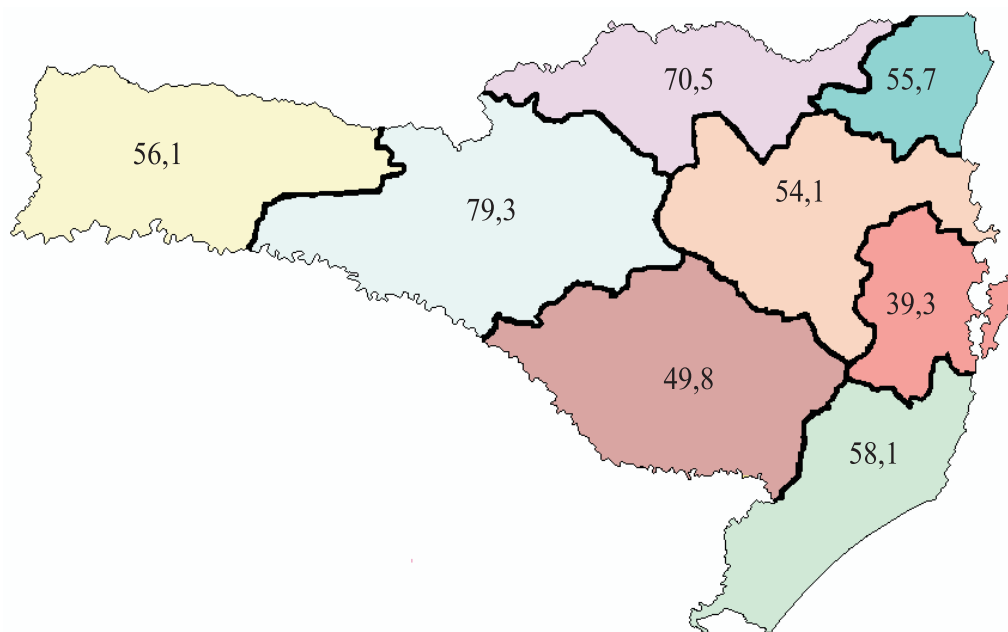
### 3.3.4.1 Aspectos de morbimortalidade dos trabalhadores

Três quartos da população catarinense se encontram na faixa etária produtiva, portanto, a análise de morbimortalidade geral apresentada anteriormente se aplica ao contexto deste grupo populacional. Neste sentido, serão discutidos aspectos especificamente relacionados às atividades ocupacionais e cujas informações estão disponíveis nos sistemas oficiais de informação.

A taxa de mortalidade por acidentes de trabalho do estado de Santa Catarina é de 56 óbitos por 100 mil habitantes, com diferenças regionais importantes. Cerca de 77% dos óbitos ocorreram na faixa etária de 20 a 49 anos de idade. A macrorregião da Grande Florianópolis apresenta a mais baixa taxa (39,3 óbitos/100 mil hab.) corroborando com o grau de risco do tipo de atividade ocupacional predominante, indústria de tecnologia de ponta conforme comentário anterior. O Meio Oeste apresentou a taxa mais elevada, aspecto intrigante frente ao tipo de atividade produtiva predominante (agroindústria), cujo grau de risco é menor que outras macrorregiões. Importante investigar as causas específicas para orientar aspectos de prevenção, chama atenção o registro de mortes por acidentes de trabalho em crianças de 5 a 14 anos de idade em quase todas as macrorregiões, com exceção do Nordeste e Planalto Serrano, totalizando 18 óbitos no período analisado. Destes óbitos quatro ocorreram em crianças de 5 a 9 anos de idade nos anos 2001, 2002, 2004 e 2005 sendo três no Extremo Oeste e uma no Vale do Itajaí.

Cabe aqui enfatizar a urgência de investigação em todo Estado não apenas sobre a existência de trabalho altamente precarizado, mas da inclusão de crianças na exploração da força de trabalho (Figura 33).

Figura 33: Taxa de mortalidade por acidentes de trabalho (100 mil hab.) segundo macrorregião. Santa Catarina. 1996 a 2006.



Fonte: SIM, 2006.

A mortalidade por acidentes de trabalho segundo registro na Declaração de Óbito entre 1996-2006 mostra altos percentuais de registro do campo 'ignorado' em todas as macrorregiões. Chama atenção, por exemplo, o percentual de 53,26% na Região da Grande Florianópolis, demonstrando a fragilidade na fonte de captação da informação do sistema em todo estado. A falta de acesso ao registro da ocupação no sistema de informações dos óbitos é também fator limitante para estabelecer a relação da causa de morte com a atividade de

trabalho.

Ao analisar o Índice Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por acidentes de trânsito, aqui incluídos os acidentes de trajeto de trabalho, verificou-se que a média de anos perdidos para cada óbito nas macrorregiões varia entre 35,1 a 39,7 anos. Na avaliação do indicador por outros acidentes, incluídos os acidentes típicos de trabalho, observa-se que a prematuridade das mortes é ainda maior. Estas informações refletem o alto índice de morte prematura da força de trabalho em todo estado e trazem subsídios para um conhecimento de sua distribuição espacial, frente às desigualdades regionais observadas na Tabela 34.

Tabela 34: Anos Potenciais de Vida Perdidos por macrorregião e causas selecionadas. Santa Catarina, 2005.

Macrorregião	Acidentes de trânsito		Outros acidentes	
	APVP/óbito	Idade média	APVP/óbito	Idade Média
Extremo Oeste	37,1	32,9	38,9	31,1
Grande Florianópolis	35,9	34,1	38,6	31,4
Planalto Serrano	39,7	30,3	39,9	30,1
Meio Oeste	37,4	32,6	39,1	30,9
Nordeste	35,1	34,9	39,1	30,9
Planalto Norte	39,7	30,3	39,9	30,1
Sul	37,3	32,7	36,6	33,4
Vale do Itajaí	36,0	34,0	38,1	31,9

Fonte: Datasus/SIM, 2006.

A principal fonte de informações de morbidade por acidentes e doenças do trabalho é a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), emitida para processamento de benefícios da Previdência Social. No entanto, estes dados não refletem necessariamente o perfil de morbidade dos trabalhadores.

Segundo Wunsch Filho<sup>2</sup> isso gera limitações para a compreensão dos reflexos da condição do trabalho sobre a saúde dos indivíduos pelos seguintes motivos: "a) as informações estão basicamente restritas às regiões urbanas, e b) os dados restringem-se aos trabalhadores formais e, ainda são incompletos, não atingem os funcionários públicos, os autônomos e os pequenos comerciantes". Para o autor faz-se necessário criar um sistema de informações que identifique a magnitude da ocorrência dos agravos relacionados com as condições de trabalho, permita avaliar e controlar os fatores e as condições responsáveis pelos efeitos adversos à saúde do trabalhador.

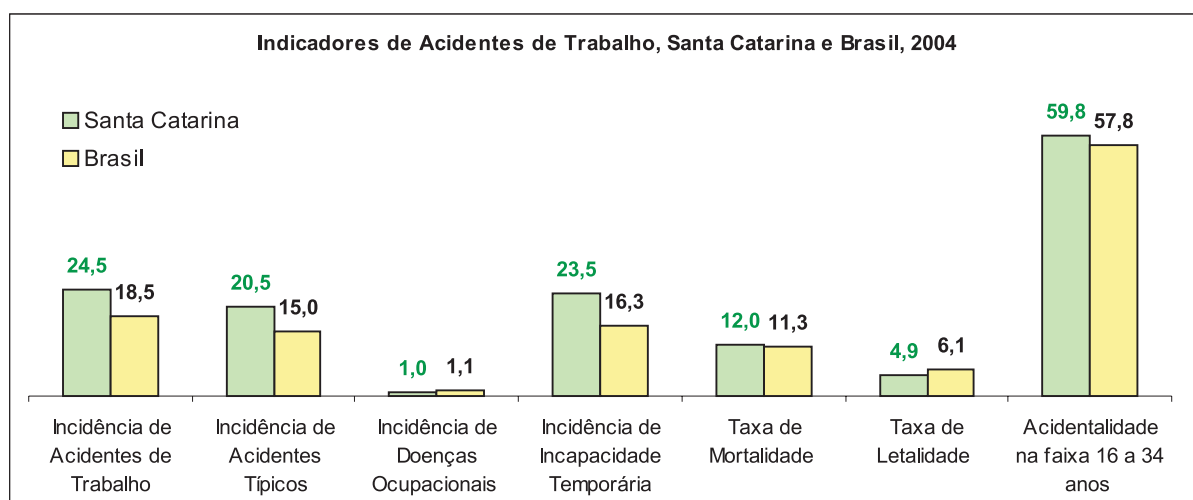
A Portaria nº 1679 de 19/09/2002, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS, na qual Santa Catarina se encontra habilitada - através de 06 Centros Regionais e 01 Estadual - explicita a necessidade de estabelecer rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados sobre saúde do trabalhador e de alimentação regular das bases de dados estaduais e municipais, incluindo a instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no estado, com indicação dos fatores de risco diretos ou indiretos.

Neste sentido, algumas medidas oficiais para solucionar estes problemas foram implementadas em 2004. A Portaria nº 777 /GM/ 2004 do Ministério da Saúde, que determina procedimentos sobre a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador no SUS, possibilitará ampliar o sistema de informações, incluindo os Centros de Referências Regionais, mas até, o presente momento, não aplicada em Santa Catarina.

Analisando os dados das CATs registrados no período de 1994 a 2004 na DATAPREV em Santa Catarina, observa-se um total de 277.251 registros, com média 2.310 acidentes por mês e 77 por dia. Quando se obser-

vam os dados segundo motivo, os registros dos acidentes típicos sofrem pequena variação, já os acidentes de trajeto sofrem acréscimo de 49,82% e as doenças do trabalho, que são legalmente equiparadas ao acidente de trabalho, variam para mais em 79,23% no período analisado. Quando se verifica a idade no período de 2000 a 2004, quase 80% dos acidentados do trabalho registrados na Previdência Social estão concentrados na faixa etária de 20 a 44 anos; a idade de 25 a 29 anos mostra maior incremento no período analisado. Os menores de 20 anos respondem por 7% de todos os acidentes registrados.

Comparando os indicadores de Acidentes de Trabalho de Santa Catarina com o Brasil, em 2004, é possível verificar que, com exceção da taxa de letalidade, que mede a gravidade dos acidentes, as demais taxas colocam Santa Catarina numa posição muito pior que a média nacional. No entanto, é possível também que haja maior percentual de comunicações no estado do que em outras regiões do país (Figura 34).



Fonte: DATAPREV/CAT, 2006.

O maior incremento do número de registros de acidentes observado no triênio ocorreu na macrorregião Sul (32,2%). O Planalto Serrano também apresentou um aumento significativo dos acidentes registrados (26,4%), chamando atenção as notificações de doenças do trabalho, que passaram de apenas 1 caso em 2002 para 26 em 2003 e 13 em 2004. O Vale do Itajaí foi a única macrorregião onde se observou redução dos acidentes registrados (-15,9%). A notificação das doenças do trabalho também apresentou incremento importante no Nordeste (329,5%) e Planalto Norte (150%) (Tabela 35).

Tabela 35: Variação percentual dos acidentes de trabalho registrados segundo motivo e doença do trabalho por macrorregião em Santa Catarina no período 2002/2004.

Macrorregião	Total	Típico	Trajeto	Doença do Trabalho
Extremo Oeste	13,8	13,0	26,5	-11,8
Grande Florianópolis	16,1	12,3	27,7	29,4
Planalto Serrano	26,4	19,8	103,8	1200,0
Meio Oeste	15,6	15,4	70,9	-23,5
Nordeste	17,2	10,6	12,8	329,5
Planalto Norte	17,3	11,7	91,3	150,0
Sul	32,2	26,8	57,5	68,2
Vale do Itajaí	-15,9	-18,7	-0,1	-1,3

Fonte: Dataprev, CAT, 2006.

A análise dos registros dos acidentes no trabalho das CATs por critérios da CNAE<sup>3</sup> mostra que a Fabricação de Produtos Alimentícios foi a atividade econômica que mais registrou Acidentes de Trabalho no período de 2002 a 2004 (8,3%), esta atividade predomina no Meio e Extremo Oeste classificada em grau de risco 3. Em segundo lugar, aparece a Fabricação de Produtos de Madeira (7,4%), atividade predominante no planalto Norte e Lages, classificada em grau de risco 3 e 4. Em terceiro, a agricultura, a pecuária e os serviços relacionados (6,6%), que juntos representaram mais de 1/5 do total dos registros.

A análise dos acidentes de trabalho liquidados pela Previdência Social segundo conseqüência, no período 2000/2004, somam 89,5% com afastamento e 52,6% destes referem-se a um período superior a 15 dias ou permanente. Tal situação demonstra a gravidade dos acidentes registrados na Previdência Social e a subnotificação dos acidentes sem afastamento (Tabela 36).

Tabela 36: Acidentes de Trabalho liquidados segundo conseqüência. Santa Catarina, 2000-2004.

Conseqüência	Nº	%	
Assistência Médica	14.275	9,9	
< 15 Dias	61.481	42,4	
Incapacidade	> 15 Dias	65.100	44,9
Permanente	3.233	2,2	
Óbitos	755	0,5	
Total	144.844	100,0	

Fonte: Dataprev, CAT, 2006.

A análise das doenças do trabalho registradas nas CATs apresentada na Tabela 37, mostra que 70% das doenças profissionais ocorridas no período 2000/2004 são doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com destaque para a **sinovite** e a **tenossinovite**, que representaram um quarto de todas as notificações de doenças profissionais.

As lesões no ombro e as dorsalgias também têm freqüência significativa neste grupamento. As doenças do sistema nervoso aparecem em segundo lugar (7,3%), onde a quase totalidade dos casos são as mononeuropatias. As doenças do ouvido, principalmente a perda de audição, representam mais de 6,2% do total. Causa estranheza os casos de doenças do trabalho classificadas nos capítulos XIX e XX, que teoricamente deveriam

ser utilizados apenas para codificar os acidentes típicos ou de trajeto. Também gera estranheza 02 casos incluídos no capítulo de complicações da gravidez, parto e puerpério.

Tabela 37: Doenças do trabalho registradas, segundo diagnóstico. Santa Catarina, 2002-2004.

Capítulos da CID-10	Nº	%
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	1.329	70,1
Doenças do sistema nervoso	138	7,3
Lesões envenenamento e algumas outras conseq. causas externas	134	7,1
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	118	6,2
Doenças do aparelho respiratório	38	2,0
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	35	1,8
Contatos com serviços de saúde	33	1,7
Transtornos mentais e comportamentais	28	1,5
Demais Causas Definidas	43	2,3
<b>Total Causas Definidas</b>	<b>1.896</b>	<b>100,0</b>
Não classificado	02	0,1
<b>Total</b>	<b>1898</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Dataprev, CAT, 2006.

O perfil da morbimortalidade em SC leva a concluir que:

- os trabalhadores vêm adoecendo e morrendo prematuramente, porém as informações não permitem estabelecer padrões que diferenciem a classe trabalhadora das demais frações da sociedade;
- os diferenciais nos indicadores não possibilitam ainda analisar as circunstâncias favoráveis e desfavoráveis para saúde na organização dos ambientes de trabalho, porém indicam a necessidade de estabelecer ações que tenham início na porta de entrada do SUS e se estendam para as ações de média e alta complexidade, tendo o trabalho como fator determinante para compreensão e intervenção no processo saúde e doença no estado.

### 3.3.5 Saúde da População Indígena

A comunidade indígena em Santa Catarina corresponde a 0,13% do total de catarinenses. Os agravos e eventos prevalentes na população indígena no período 2002/2003 foram doenças do aparelho respiratório, verminoses, doenças diarréicas e de pele. No período, 2004/2005 as doenças respiratórias permaneceram com o maior número de registros, seguidas em ordem decrescente por doenças de pele, verminoses e hipertensão. A desnutrição e as verminoses foram os agravos que sofreram maior percentual de redução no quadriênio (64,3% e 26,5%). No entanto, é preocupante o crescimento dos registros de alcoolismo (1010,0%) e das doenças respiratórias, com destaque para as pneumonias que cresceram 212,0% no período analisado (Tabela 38).

Os dados de morbidade por pólo-base, apresentados na Tabela 39, permitem identificar diferenças regionais no perfil epidemiológico da população indígena em 2004. A taxa das Infecções Respiratórias Agudas registrada em Florianópolis, por exemplo, corresponde a 4,2 vezes a de José Boiteux, quatro vezes a de Chapecó e o dobro da taxa em Araquari. As doenças crônico-degenerativas apresentaram destaque no pólo-base de José Boiteux, cuja taxa corresponde a 8,4 vezes a taxa de Florianópolis, o quádruplo de Araquari e 3,5 vezes a de Chapecó. As doenças diarréicas foram a terceira causa de procura aos serviços de saúde, com predomínio



no pólo de Araquari cuja taxa foi 15,7 vezes a de José Boiteux e o triplo de Chapecó. Araquari e José Boiteux se destacaram também no registro de desnutridos que corresponde aproximadamente ao dobro dos registros da média estadual.

Apesar das discrepâncias regionais e do quadro evolutivo no período analisado, todos os agravos registrados caracterizam-se como de baixa complexidade no atendimento, a maioria destes passíveis de resolução pela qualificação da atenção básica.

Tabela 38: Agravos e eventos registrados no atendimento à população indígena nos anos 2002, 2003, 2004 e 2005 em Santa Catarina (nº de casos por mil habitantes).

CAUSAS	2002 (N=7.979)	2003 (N=8.156)	2004 (N=7.435)	2005 (N=8.078)	Comportamento no período
Doenças do Ap. Respiratório	283,5	209,0	514,0	453,2	96,4%
Doenças Diarréicas	87,7	56,0	35,9	39,7	-47,4%
Pediculose	47,7	54,1	79,1	31,8	8,9%
Verminose	148,4	89,0	104,8	69,7	-26,5%
Doenças de Pele	34,1	96,5	98,2	93,0	46,4%
Hipertensão	31,2	57,9	74,4	43,2	32,0%
Pneumonia	5,5	7,0	19,2	19,8	212,0%
DST (Tricomoniase)	11,1	9,2	10,7	4,4	-25,6%
Neoplasias	0,6	1,3	0,5	1,8	21,1%
Desnutrição	49,1	44,4	23,0	10,4	-64,3%
Alcoolismo	0	1,0	9,9	1,2	1010,0%
Anemia	15,7	41,9	31,9	15,1	-18,4%

Fonte: Funasa, 2006.

Tabela 39: Morbidade da população indígena segundo Pólo-Base. Santa Catarina, 2004 (nº de casos por mil habitantes).

CAUSAS	Chapecó (N=5.201)	Florianópolis (N=404)	Araquari (N=259)	José Boiteux (N=1.571)	Geral (N=7.435)
Desnutridos	9,0	-	15,4	12,7	9,5
Diarréias - consultas	60,0	-	169,9	10,8	50,2
Doenças Crônico-Degenerativas	48,1	19,8	38,6	167,4	71,5
DST	26,0	9,6	7,7	6,4	20,3
IRAS-consultas	374,2	1477,7	702,7	348,2	440,1
Tuberculose	-	2,5	15,4	-	0,7
Alcoolismo	-	-	61,8	2,5	2,7

Fonte: Funasa, 2006.

A Tabela 40 apresenta dados de mortalidade da população indígena catarinense no quadriênio 2002/2005. A taxa de mortalidade geral da população indígena em 2005 foi de 3,3 óbitos por mil habitantes, abaixo da

mortalidade geral catarinense não indígena, sendo as causas externas responsáveis por 20,7% dos óbitos, seguido por doenças do aparelho circulatório (13,8%) e doenças do aparelho respiratório, especificamente pneumonia (10,3%).

No biênio 2002/2003 a mortalidade infantil dos índios catarinenses se assemelhava à mortalidade da população de alguns estados nordestinos como Sergipe (40,6/mil), Maranhão (40,9/mil) e Alagoas (52,6/mil), ficando muito superior à média dos estado para o mesmo período e idade (DATASUS, 2005).

É importante ressaltar que o coeficiente de mortalidade infantil no quadriênio 2002-2005, passando de 58,2 óbitos a cada mil nascidos vivos para 8,7 óbitos (Tabela 40). No período 2002-2005 observa-se aumento das taxas de mortalidade devido a septicemia (108,0%), cirrose hepática (100,0%) e pneumonia (73,0%).

Óbitos por doenças do aparelho circulatório sofreram redução de 60,5% no quadriênio 2002/2005, comportamento semelhante nos óbitos devido a causas externas (29,2%), havendo registros de óbitos por meningite, traumatismo, desidratação, choque séptico e hipovolêmico no último ano do período, causas não registradas nos anos anteriores. No primeiro biênio analisado, as principais causas de óbito na população indígena foram respectivamente causas externas, doenças do aparelho circulatório e desnutrição. No segundo biênio permaneceram em primeiro lugar as causas externas, seguidas por pneumonia e doenças do aparelho circulatório.

Segundo a Funasa, os principais fatores de risco para a população indígena são carência alimentar, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, vulnerabilidade às DST/AIDS, precariedade de moradias em algumas aldeias e deficiência de saneamento básico, com destaque para inadequação do destino dos dejetos sólidos e líquidos. Tais aspectos ficaram evidentes na análise acima descrita e ratificam a afirmação de que os problemas da população indígena são passíveis de resolução majoritariamente no primeiro nível de atenção. Portanto, considera-se que os parâmetros de cobertura e de atenção adotados pelo SUS são aplicáveis à população indígena, resguardando-se as peculiaridades culturais desta população.

Tabela 40: Coeficiente de mortalidade geral da população indígena, segundo causa nos anos 2002, 2003, 2004 e 2005 em Santa Catarina (óbitos por 10 mil habitantes).

CAUSA DO ÓBITO	2002 (N=7.979)	2003 (N=8.156)	2004 (N=7.435)	2005 (N=8.078)
Causas externas	6,3	9,8	4,0	7,4
Desnutrição	6,3	1,2	-	-
Pneumonia	2,5	1,2	2,7	3,7
Neoplasias	2,5	-	-	2,5
Meningite Meningocócica	-	-	-	1,2
Cirrose hepática	1,2	-	1,2	1,2
Aparelho Circulatório	6,3	6,1	-	4,9
Prematuridade	2,5	1,2	-	-
Septicemia	2,5	-	2,7	2,5
Insuficiência renal crônica	1,2	-	-	-
Causa Mal definida	6,3	3,7	6,7	3,7
Demais Causas	-	-	-	7,4
<b>MORTALIDADE GERAL (/1000)</b>	<b>5,1</b>	<b>4,2</b>	<b>1,8</b>	<b>3,34</b>
<b>MORTALIDADE INFANTIL(/1000)</b>	<b>58,2</b>	<b>42,2</b>	<b>20,9</b>	<b>8,7</b>

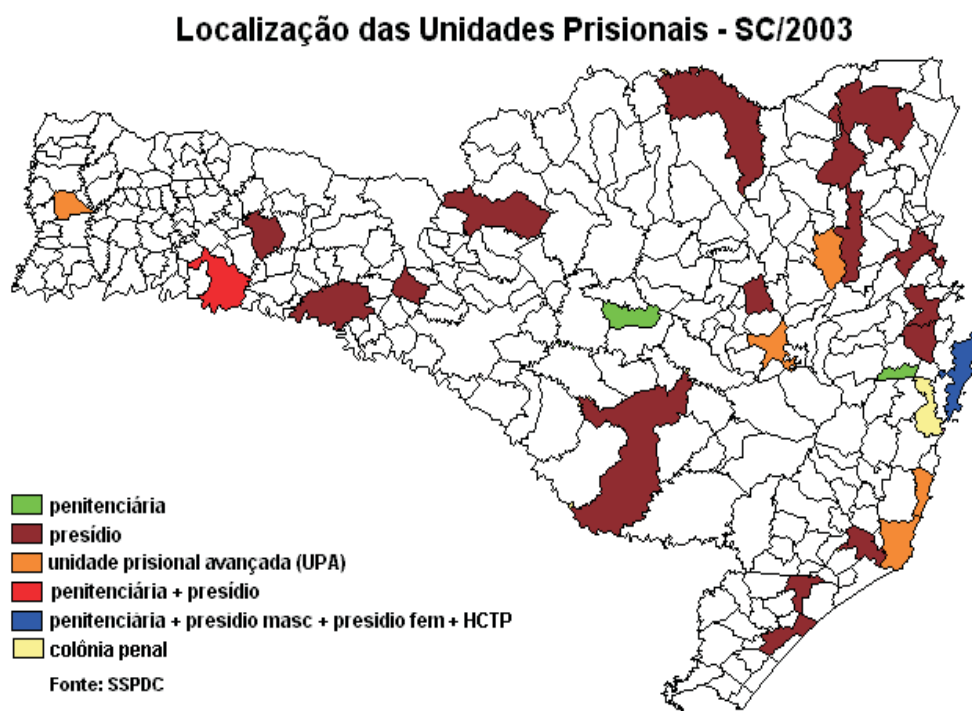
Fonte: Funasa, 2006.

### 3.3.6 Saúde da População Prisional

Os Ministérios da Saúde e da Justiça aprovaram em 2004 o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. A necessidade de implementação, acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios devem-se aos fatores de risco a que essa população está exposta. Apesar de não estarem disponíveis dados epidemiológicos em nível nacional ou estadual confiáveis, estima-se que ocorra nesta população um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

O Sistema Prisional de Santa Catarina possui 31 unidades prisionais, sendo 04 penitenciárias masculinas, 20 presídios (01 masculino, 01 feminino e 18 mistos), 05 unidades prisionais avançadas mistas, 01 Colônia Penal que está subordinada administrativamente a Penitenciária de Florianópolis, localizada no município de Palhoça e 01 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), conforme Figura 35. Do total destas unidades, 24 possuem mais de 100 pessoas presas e 07 possuem menos de 100 pessoas presas sendo a população total de presos estimada em 7287 pessoas.

Figura 35



A SES tem o Plano Operativo Estadual desde 2003, em conformidade ao exigido no Anexo II da PT-IM nº 1777/03. As necessidades e orçamentos de cada unidade prisional, em termos de recursos físicos, materiais, humanos, financeiros e gerenciais, estão apresentados em projetos específicos, num total de 31 projetos, distribuídos em 27 municípios. A implantação destas ações, entretanto, vêm sendo proteladas e não efetivadas por uma série de motivos, colocando essa fração da população com risco ampliado em situação de atenção precária à sua saúde.

## 3.4 Áreas de Atenção Especial

### 3.4.1 Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais e comportamentais têm ocorrência relativamente comum durante a infância e a adolescência, e com frequência não são detectados. Constituem grave problema de saúde pública, principalmente pelo fato de que muitos dos transtornos ocorridos nessas fases do desenvolvimento humano podem continuar a se manifestar durante a idade adulta, e alguns deles constituir fatores de risco para a ocorrência de co-morbidades diversas, especialmente o uso de álcool e outras drogas.

O primeiro Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil em 2001 disponibilizou dados relativos à dependência do álcool (11,2%), tabaco (9,0%), benzodiazepínicos (1,1%), maconha (1,0%), solventes (0,8%) e estimulantes (0,4%). Na região Sul o tabaco ocupou o primeiro lugar dentre as drogas analisadas (12%), seguida do álcool (9,5%), enquanto a maconha atingiu 1,6%. A faixa etária onde se registrou o maior percentual de dependentes de álcool foi 18 a 24 anos.

O uso de drogas, inclusive álcool e tabaco, tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde dos adolescentes e dos jovens, entre os quais se destacam acidentes de trânsito, agressões, depressões e distúrbios de conduta, ao lado do comportamento de risco no âmbito sexual e da transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis, além de outros problemas de saúde decorrentes dos efeitos da substância ingerida e vias de administração.

No último meio século o modelo de atenção em saúde mental mudou da institucionalização de indivíduos portadores de transtornos mentais para um enfoque baseado na atenção comunitária, apoiada na disponibilidade de leitos para casos agudos em hospitais gerais. A rede de serviços públicos de saúde mental compreende três áreas de atendimento: a de atenção básica, onde atuam principalmente as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e os serviços municipais de saúde mental, a rede ambulatorial especializada, composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residências terapêuticas e o atendimento hospitalar, realizado em hospitais gerais e em hospitais especializados.

O Quadro 4 mostra a extensão da rede física de atenção em saúde mental em Santa Catarina.

Quadro 4: Rede de Atenção em Saúde Mental em Santa Catarina, 2004.

Serviços	Quantitativo
Serviço Municipal de Saúde Mental - rede básica	127
Centro de Atenção Psicossocial	36
Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental*	02
Centro de Convivência Santana (Hosp.Colônia Santana)	360 leitos
Instituto de Psiquiatria/SC	160 leitos
Instituto São José	120 leitos
Casa Saúde Rio Maina	160 leitos
Hospitais Gerais	366 leitos
Total Geral leitos psiquiátricos	1.166
Leitos por mil habitantes	0,21

\* em processo de cadastramento no SUS.

Fonte: Gerência de Atenção Básica SES/SC, 2005.

Nos anos de 2002, 2003 e 2004 foram realizados em Santa Catarina respectivamente 221.570, 251.187 e 281.208 consultas ou procedimentos psiquiátricos nos CAPS. Em nível hospitalar foram realizadas nos mesmos períodos respectivamente 20.315, 20.786 e 20.363 internações de transtornos mentais e comportamentais sendo 32,8% delas decorrentes do uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

A rede de saúde mental de SC sofreu importantes transformações nos últimos cinco anos, através do franco crescimento da área ambulatorial, diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e pelo aumento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, conforme se pode observar no Quadro 5. Esse comportamento decorre da atual política nacional de saúde mental, com destaque para os seguintes aspectos:

- adoção do parâmetro de acesso a serviço: 1CAPS/100 mil habitantes em Santa Catarina, por essa referência deveria dispor de no mínimo 56 CAPS (atualmente com apenas 36).
- o parâmetro de cobertura assistencial: 0,45 leitos/1000 habitantes. Nosso estado tem uma concentração de 0,21 leitos por 1000 habitantes.

Algumas regiões destacam-se pela escassez de serviços de atenção em Saúde Mental. A Grande Florianópolis, por exemplo, por concentrar leitos psiquiátricos, apresenta poucos serviços de saúde mental em nível ambulatorial. Em todo o Estado, inexistem leitos especializados em psiquiatria para tratamento de crianças e adolescentes, bem como tratamento específico para mulheres.

Quadro 5: Evolução da oferta de Saúde Mental.

Tipo de Serviço	Até 2003	Em 2004	Variação (%)
Serviços Municipais	107	127	18,7
CAPS	30	36	20,0
<b>LEITOS/INSTITUIÇÃO</b>			
Instituto de Psiquiatria/SC	140	160	14,3
Hospital Colônia Santana	500	360	-28,0
Instituto São José	134	120	-10,4
Casa de Saúde Rio Maina	180	160	-11,1

Fonte: Gerência de Atenção Básica SES/SC, 2005.

A perspectiva de uma política de atenção integral em Saúde Mental no estado implica em solucionar vários problemas como a insuficiência de recursos materiais e financeiros, carência de recursos humanos especializados e falta de vagas para algumas categorias (por não constar no quadro de recursos humanos de algumas Secretarias Municipais de Saúde), baixa remuneração e contratos de trabalho temporários, necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde, falta de comunicação entre os serviços da rede de assistência, ausência de protocolos que orientem as equipes de saúde mental quanto aos procedimentos adequados. Neste sentido, há necessidade de conscientizar determinados gestores municipais de saúde a alocar recursos para remuneração de profissionais especializados, evitando a transferência excessiva de pacientes para outras regiões.

### 3.4.2 Saúde Bucal

A escassez de estudos epidemiológicos em Santa Catarina impossibilita conhecer o patamar da doença **cárie** bem como dificulta traçar a sua trajetória. No entanto, o declínio na experiência de cárie nas populações tem sido fartamente documentado pelos pesquisadores.

Dados coletados num levantamento nacional em 1986 configuravam um quadro epidemiológico severo. O CPOD de 6,65 aos 12 anos de idade mantinha a doença em nível de prevalência muito alto. Na Região Sul, o valor do índice, nessa faixa etária, era 6,31. Esse índice mede o ataque da cárie dental à dentição permanente e é considerado o principal indicador de saúde bucal. Novo estudo realizado pelo MS em 2003, registrou para o Brasil CPOD médio de 2,8 dentes e 2,3 na Região Sul, considerando-se a mesma faixa etária. Quatorze municípios catarinenses fizeram parte da amostra nacional.

Levantamentos epidemiológicos realizados por municípios, apesar de servirem unicamente para ilustrar situações locais e conjunturais (Tabela 41) sugerem o alcance da meta preconizada pela OMS na referida faixa etária (CPO-D  $\leq$  3,0).

Tabela 41: Índice CPOD aos 12 anos de idade, segundo municípios de Santa Catarina e período investigado.

Município	Ano	COP-D (12 anos)
Chapecó	1999	2,4
Blumenau	1998	1,8
Criciúma	1999	1,5
Florianópolis	1996	2,7
Joinville	2003	1,2

Fonte: Gerência de Atenção Básica (SES/SC), 2005.

O Estado de Santa Catarina dispõe de uma ampla rede ambulatorial de atenção em Saúde Bucal, quase toda inserida no nível da atenção básica. Existem instalados 2.451 equipos odontológicos (SES/2004) onde atuam 1.618 cirurgiões dentistas (SES/2003). Destes, 519 (agosto de 2005) estão inseridos nas equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, sendo 499 na modalidade I (um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário) e 13 na modalidade II que inclui um técnico em higiene dental à equipe.

As ações de saúde bucal executadas na área são de caráter coletivo e individual seguindo as recomendações da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001). Dentre as atividades de saúde bucal destacam-se:

- a) Fluoretação da água de abastecimento público:** considerada a medida mais efetiva na prevenção da cárie por ser segura, econômica e de grande alcance. No Estado, 79% dos municípios têm suas águas fluoretadas, beneficiando 72% da população catarinense. Maior atenção a fluoretação deve ser prioridade nas SDRs de Dionísio Cerqueira, São Miguel do Oeste, Xanxerê, Jaraguá do Sul e Aranguá, cuja cobertura populacional é de no máximo 50%.
- b) Procedimentos coletivos:** corresponde a um conjunto de procedimentos de promoção e prevenção de saúde bucal, de baixa complexidade tecnológica, e que dispensam equipamentos odontológicos.
- c) Procedimentos individuais:** atividades de atenção primária, secundária e terciária segundo as necessidades individuais. O Quadro 6 e a Tabela 36 indicam os parâmetros assistenciais da odontologia, as necessidades de ações individuais de acordo com estes parâmetros, a produção das ações

individuais na área e a comparação entre esperado e alcançado, por macrorregião, para o ano 2003.

Dos procedimentos odontológicos individuais realizados no estado em 2003, em torno de 5% foram procedimentos odontológicos especializados. Há um déficit de 31,9% na oferta da atenção básica esperada e em menor proporção nas ações especializadas (6,4%). Exceto o Extremo Oeste, todas as demais macrorregiões não atingem as necessidades de ações básicas segundo os parâmetros estabelecidos. No caso das ações especializadas os déficits de cobertura foram identificados no Planalto Norte (97,6%), Meio Oeste (75,4%), Vale do Itajaí (45,5%) e Sul (18,4%) (Tabela 42).

Recentemente SC foi contemplada com recursos para implantação de 47 Centros de Especialidades Odontológicas, os quais serão alocados nas macrorregiões seguindo critérios populacionais, déficit de cobertura nas especialidades e proximidade espacial.

Quadro 6: Parâmetros assistenciais adotados para procedimentos básicos e especializados em Saúde Bucal. Santa Catarina. 2003.

Parâmetro geral (pop. X 1,50)	Parâmetro para procedimentos básicos (pop. X 1,44)	Parâmetro para procedimentos especializados (pop. X 0,06)
----------------------------------	--	---

Tabela 42: Necessidade de ações odontológicas confrontadas com as ações produzidas. Santa Catarina, 2003.

Macrorregião	População	Necessidade de ações básicas	Produção de ações básicas	Déficit/ superávit de ações básicas	Necessidade de ações especializadas	Produção de ações especializadas	Déficit /Superávit de ações especializadas
Extremo Oeste	678.464	1.017.696	1.187.753	+170.057	40.708	42.318	+1.610
Sul	851.394	1.277.091	625.602	-651.489	51.084	41.659	-9.425
Planalto Serrano	285.521	428.282	322.699	-105.583	17.131	23.625	+6.492
Grande Florianópolis	920.674	1.381.011	624.333	-756.678	55.248	89.280	+34.032
Vale do Itajaí	1.141.432	1.712.148	1.323.559	-388.589	68.486	37.278	-31.208
Nordeste	730.932	1.096.398	796.134	-300.264	43.856	67.246	+23.390
Planalto Norte	342.832	514.248	118.813	-395.435	20.570	482	-20.088
Meio Oeste	576.458	864.687	649.541	-215.146	34.587	8.494	-26.093
<b>Total</b>	<b>5.527.707</b>	<b>8.291.561</b>	<b>5.648.434</b>	<b>-2.643.127</b>	<b>331.662</b>	<b>310.382</b>	<b>-21.280</b>

Fonte: Gerência de Atenção Básica SES/SC, 2004.

## *O desempenho da atenção básica em saúde bucal*

O monitoramento das ações básicas voltadas para a saúde bucal, está baseado em três indicadores. A **cobertura de primeira consulta odontológica** que avalia o acesso aos serviços de saúde bucal apresentou declínio desde 2001, com o menor percentual registrado em 2005 (15,6%). Comportamento semelhante observou-se na análise do indicador **razão de procedimentos odontológicos coletivos na faixa etária de 0 a 14 anos** que dimensiona o acesso e a cobertura das ações de prevenção, apresentando em 2005 o pior resultado desde 1999 (0,2) ficando muito aquém da meta pactuada.

Por outro lado, o indicador que mede a **proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais**, teve o melhor desempenho entre os indicadores da saúde bucal (5,9%), superando em 10% a meta estadual pactuada. A análise deste indicador permite verificar a orientação dos modelos propostos para assistência odontológica individual, visto que apresenta a participação dos procedimentos individuais mutiladores no total de procedimentos individuais realizados.

É preciso salientar que a base de dados que gera os indicadores de Saúde Bucal é o **Sistema Informações Ambulatoriais (SAI)**, que também apresenta problemas de fidedignidade relacionadas ao registro, digitação e processamento dos dados.

Observa-se que um número expressivo de municípios tem deixado de apresentar a quantidade dos procedimentos realizados, seja porque não recebem mais por produção, seja porque interpretam o registro como “duplo”, visto que já digitam essas produções no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

De outra forma, apesar da lista de procedimentos do SIA orientar sobre quais procedimentos devem ser incluídos em cada grupamento, não existe, por parte dos odontólogos, padronização de entendimento conceitual desses grupos. Tais problemas prejudicam o acompanhamento e avaliação do desempenho no setor.



## 4. ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE

Um dos problemas da atenção básica é a referência para os níveis secundário e terciário da atenção. Em Santa Catarina parte desse problema deve-se ao fato dos serviços de agendamento e de regulação de vagas enfrentarem limitações tecnológicas e de recursos humanos. A histórica concentração de recursos de alta densidade tecnológica na macrorregião da Grande Florianópolis e a precariedade da oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nas outras macrorregiões do estado são outros aspectos que dificultam o acesso aos serviços de saúde e influenciam negativamente os índices de qualidade de vida da população. Parte desse problema está sendo minimizada com a implantação de Sistemas de Regulação, da Programação Pactuada Integrada – PPI e de políticas que visam maior disponibilidade de serviços à população, bem como de outros processos reguladores efetivos e eficazes.

A **Programação Pactuada Integrada - PPI** é uma das principais ferramentas para a gestão dos serviços e do acesso da população aos procedimentos de saúde e das responsabilidades de cada gestor na organização do sistema de saúde. Facilita o acompanhamento e avaliação dos resultados e contribui para a equidade na distribuição dos recursos. Prevê o cadastramento e a constante atualização do cadastro dos serviços de saúde, que fornece instrumentos complementares para o aperfeiçoamento da gestão, através do conhecimento da capacidade instalada dos serviços existentes.

O **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**, bem como o **Plano Diretor de Investimentos (PDI)**, já estruturados e aprovados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em Santa Catarina, apontam caminhos para a desconcentração de recursos em saúde, na medida em que direcionam a alocação de recursos e a implementação de serviços dando ênfase às macrorregiões com carências estruturais e às diferentes realidade epidemiológicas.

A implantação do **Sistema Estadual de Regulação**, já iniciada, com a gradativa criação de centrais e a incorporação de novos procedimentos a serem regulados, formando uma rede de serviços, pressupõe um processo de comunicação e informação eficiente e coordenado em todas as macrorregiões de saúde. Cada macrorregião conterà um Complexo Regulador, cujas Centrais têm a responsabilidade de organizar e controlar o fluxo de pacientes intra e inter-regionais, além de encaminhar à referência estadual.

### 4.1 Descentralização da Gestão

Nos últimos anos o processo de descentralização da gestão vem se consolidando em nível nacional, onde todas as unidades federadas estão habilitadas em gestão plena do sistema estadual, 645 municípios que concentram 51% dos brasileiros são gestores plenos do sistema municipal e praticamente todos os demais municípios são gestores da atenção básica de saúde.

Santa Catarina está habilitada como Gestor Pleno do Sistema Estadual desde 2000. Todos os municípios estão habilitados em uma das condições de gestão, cumprindo todos os requisitos exigidos na NOB 01/96, na NOAS 01/02 e na Portaria GM/MS 2023/04. Dos 293 municípios catarinenses, 20 (6,83%) estão habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, nos quais reside 37,15% da população do Estado, e os demais estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica.

As avaliações sistemáticas realizadas por profissionais da SES e a análise dos Planos Municipais de Saúde e dos Relatórios de Gestão revelam que os gestores municipais vêm imprimindo grandes avanços no SUS e que

somente através da descentralização da gestão das ações e serviços de saúde é possível reestruturar o setor, aumentando a qualidade das respostas às demandas e melhorando o acesso do usuário.

O Governo de Santa Catarina em 2003 estabeleceu um novo modelo de gestão para a Administração Pública, tendo como objetivo a desburocratização, descentralização e desconcentração dos circuitos de decisão. A estrutura está organizada em dois níveis:

- » *o nível setorial*, compreendendo as Secretarias Setoriais, com o papel de formular, normatizar e controlar as políticas públicas do Estado;
- » *o nível de Desenvolvimento Regional*, compreendendo as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional, com o papel de coordenar e executar as políticas do Estado nas suas respectivas regiões e as estruturas descentralizadas da Administração Indireta do Estado.

Dentro da lógica de descentralização e desconcentração preconizada na Reforma Administrativa do Estado, compete às Secretarias de Estado Setoriais apoiar as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional na execução de programas e ações. Para concretizar esse novo modelo foram criadas 30 Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDRs), instaladas em cidades pólos, com atuação em unidades territoriais em SC. Estas SDRs estão classificadas segundo sua estrutura organizacional como mesorregiões (8) ou microrregiões (22). O Quadro 7 especifica a estrutura organizacional prevista em cada tipo de SDRs e a Figura 36 apresenta a área de abrangência de cada SDR.

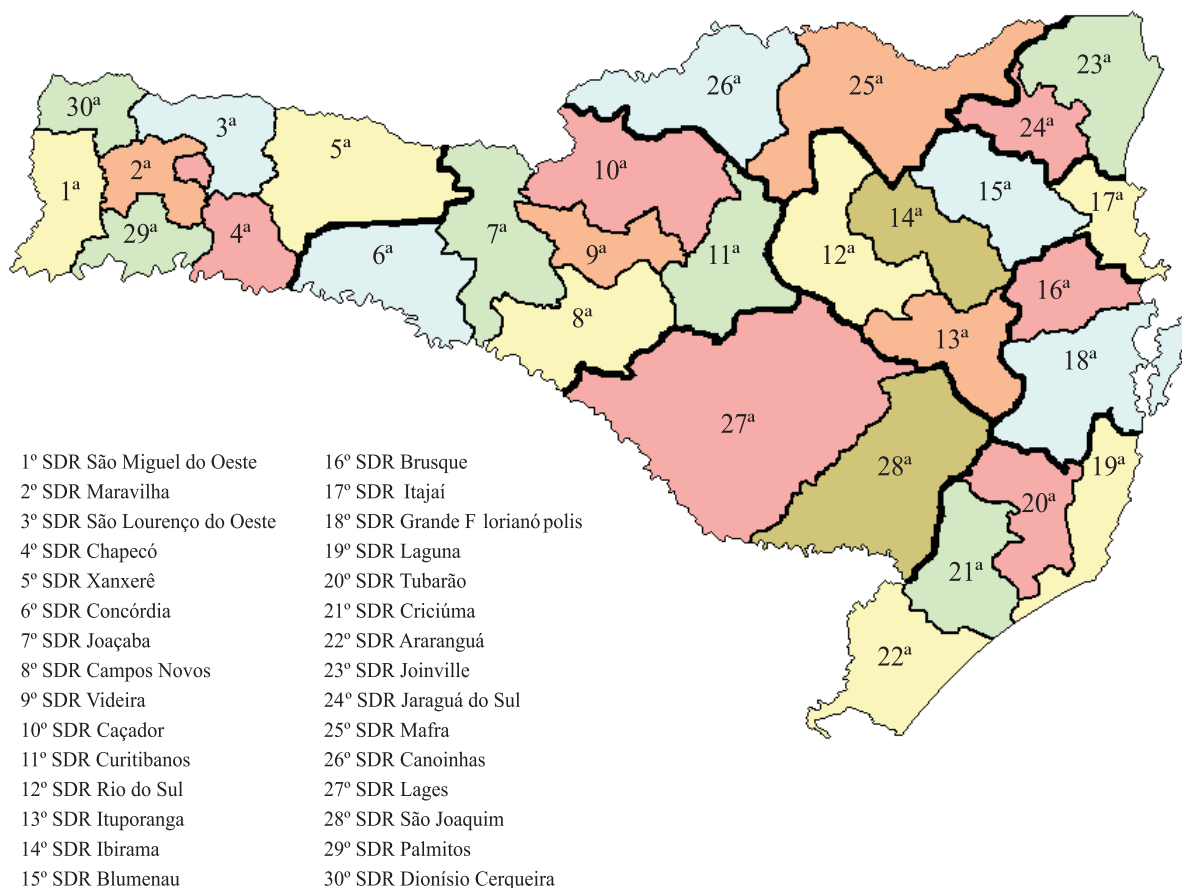
Quadro 7: Estrutura organizacional segundo porte da SDRs. Santa Catarina, 2005.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL (Gerências)	MESORREGIÃO	MICRORREGIÃO
Recursos humanos	X	
Administração e Finanças	X	X
Planejamento e Avaliação	X	X
Tecnologia de informação	X	X
Infra-estrutura	X	
Saúde	X	X
Educação, Ciência e Tecnologia	X	X
Metrologia	X	
Programas e Ações	X	X
Administração do Terminal Rita Maria	*	

\* específica para a SDR Grande Florianópolis.

Fonte: Secretaria de Planejamento de SC, 2006.

Figura 36: Distribuição espacial das Secretarias de Desenvolvimento Regional em Santa Catarina.



Fonte: Secretaria de Planejamento de SC, 2007.

Esse arranjo institucional colocou novos desafios para a gestão do SUS, considerando que as 18 estruturas regionais de saúde anteriores passaram a estar vinculadas às SDRs e não mais à estrutura organizacional da SES. Vários problemas se apresentaram para a operacionalização da função saúde em 12 regiões anteriormente desprovidas de uma unidade gestora regional e específica no município pólo. Dentre eles merecem destaque a ausência de estrutura organizacional e lotacional; restrições administrativas e financeiras; ausência de vinculação hierárquica de subordinação bem como falta de clareza das atribuições nesse novo processo junto as gerências de saúde/SDRs.

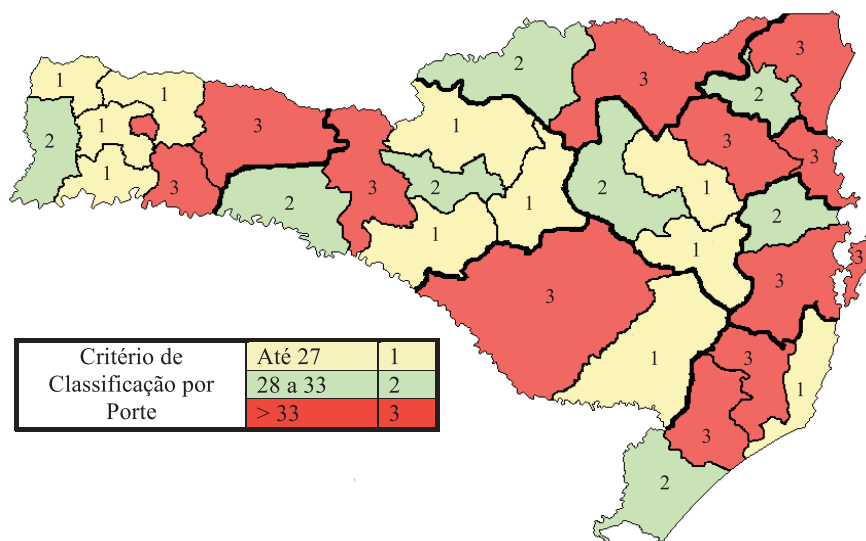
Um dos grandes desafios da Secretaria de Estado da Saúde na atualidade é o de buscar o aperfeiçoamento das estratégias de organização regionalizada do SUS, através do modelo de estruturação e de atuação das Gerências de Saúde, de modo que sejam observadas a vinculação administrativa junto às SDRs e a vinculação técnica à SES.

O modelo proposto para adequação das Gerências de Saúde considerou uma classificação por porte, segundo critérios e indicadores preestabelecidos (Figura 37). Esta classificação constitui a principal estratégia de orientação para o desenvolvimento das potencialidades das estruturas regionais de saúde. A atuação das Gerências de Saúde sustenta-se em um arranjo organizacional desenhado por níveis de competência, com a finalidade de apoiar os municípios e gestores locais nas diferentes atividades do setor. Suas funções estão fundamentadas por um processo de trabalho voltado para o planejamento, o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações de vigilância e da promoção da saúde, bem como do planejamento e da regulação da

assistência, de forma solidária e cooperativa.

Embora a reestruturação do Governo do Estado tenha configurado 30 SDRs, modificando as estruturas regionais de saúde anteriormente existentes, os objetivos permanecem inalterados, uma vez que a organização da atenção à saúde continua sendo uma prioridade. Com a criação das Gerências de Saúde nas SDRs explicitam-se as responsabilidades, os compromissos e os vínculos com a população, oferecendo a oportunidade de consolidar os fluxos dos serviços e de cumprir com as responsabilidades inerentes ao sistema de saúde e ao acesso da população ao sistema. É um modelo ímpar para tornar real a garantia de atenção à saúde de todo cidadão no seu município ou região de origem, evitando seu deslocamento para outros centros.

Figura 37: Classificação das Gerências de Saúde por Porte.



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde, 2006.

A configuração das 30 SDRs organiza, de forma administrativa, política, econômica e cultural, os 293 municípios catarinenses que, no setor saúde, agrupam-se, ainda, em 8 macrorregiões de saúde, que se consolidam para oferecer aporte de referência em serviços de média e alta complexidade nas áreas de vigilância, de assistência e de regulação, conforme apresentado na Figura 38.

Figura 38: Distribuição espacial das oito macrorregiões no estado de Santa Catarina.



Fonte: Secretaria de Planejamento de SC, 2006.

Um aspecto importante para a gestão estadual da saúde reside na potencialidade da estruturação das 30 Gerências de Saúde em cumprir com as recomendações que estão sendo feitas no processo do Pacto de Gestão, proposto pelo Ministério da Saúde e em fase de aprovação pelos gestores estaduais e municipais. Um dos principais eixos temáticos desse pacto concentra-se na regionalização, concebida não como um espaço vulnerável às instabilidades políticas, mas como um instrumento capaz de intervir favoravelmente nos acordos supra e intermunicipais, com base em decisões tomadas em um fórum de desenvolvimento regional e formalizadas em um planejamento regionalmente institucionalizado. A estruturação das Gerências de Saúde contribuirá definitivamente para a criação de sistemas regionais de saúde como espaços de pactuação, orçamentação e gestão, de natureza deliberativa.

## 4.2 A Estrutura Organizacional da SES

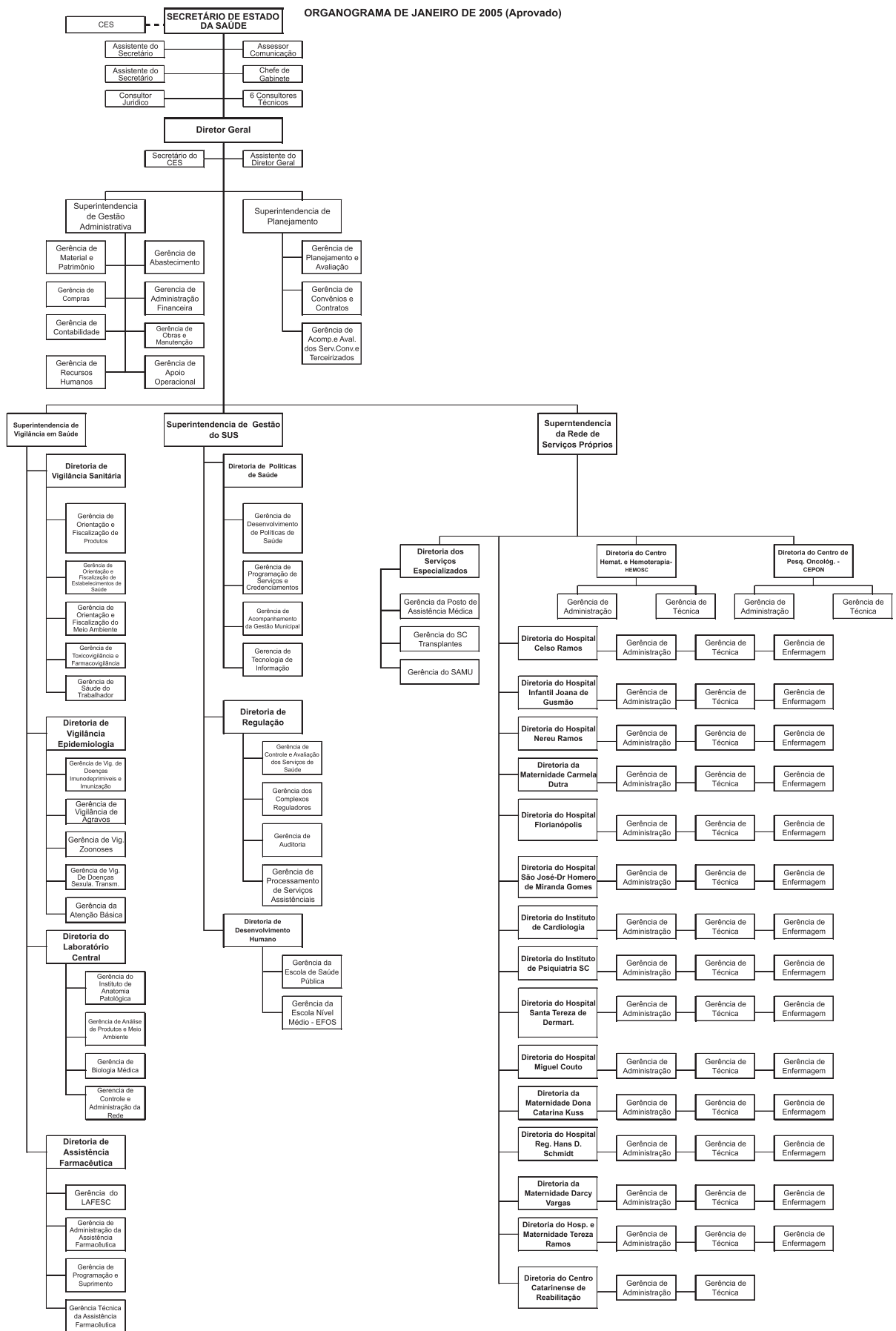
Compete à Secretaria de Estado da Saúde assegurar aos catarinenses o acesso aos serviços de saúde, coordenando, planejando e avaliando a política e as ações de saúde, tendo como referência a resolutividade dos serviços, estímulo à parcerias, regionalização da saúde e o controle social, visando ainda a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população. Para o cumprimento dessas competências, sua estrutura administrativa se baseia na distribuição de funções representadas pelo Planejamento, Regulação, Acompanhamento, Avaliação e Auditoria das ações de Saúde, que através de cinco Superintendências (Serviços Próprios, Administrativa Financeira, Gestão do SUS, Vigilância em Saúde e dos Hospitais Públicos Estaduais) são responsáveis pela:

- » Promoção, descentralização e regionalização das ações e dos serviços de saúde;
- » Coordenação da rede estadual de Laboratórios de Saúde Pública e Hemocentros, bem como as Unidades Assistenciais Próprios do Estado;
- » Promoção das articulações de ações em saúde com os gestores municipais e regionais de saúde;
- » Formulação, implementação e avaliação da política estadual de Ciência e Tecnologia em saúde;

- » Coordenação das ações programáticas de assistência à saúde, sendo: saúde do idoso; saúde bucal; saúde da criança e do adolescente e saúde da mulher; e
- » Criação e acompanhamento de mecanismos de participação social como meio de aproximar as políticas de saúde dos interesses e das necessidades da população.

Com o processo de reestruturação dos serviços pertencentes à estrutura do governo, com base em princípios de descentralização das ações, a SES-SC procura, reiteradamente, ajustar seu desenho organizacional de forma que este possa representar um ajustamento a prioridades emanadas por órgãos colegiados tais como Comissão Intergestora Bipartite e Conselho Estadual de Saúde e a concomitante racionalização na utilização e distribuição dos recursos destinados às ações em saúde.

Figura 39



## 4.3 O Financiamento

A Constituição Federal prevê a co-responsabilização financeira das três esferas de governo para atenção à saúde. Nos Fundos de Saúde são alocados recursos de despesas de custeio e de capital; de investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e por ele aprovados; de investimentos previstos em Planos de Governo; e de cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos gestores, destinados especialmente a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

No Fundo Estadual de Saúde – FES, os recursos programados para o custeio e manutenção das ações de saúde têm sido concretizados dentro das disponibilidades financeiras cabendo ressaltar a obtenção de recursos através de convênios com o Ministério da Saúde, além de uma maior obtenção de recursos destinados à saúde em decorrência da aprovação da Emenda Constitucional nº 29 a partir do ano 2000.

A aprovação da Emenda Constitucional 29 buscou resolver ou minimizar um dos principais problemas desde a implementação do SUS, que ampliou a cobertura da atenção à saúde em quase 80%, sem que estivesse clara a alocação de recursos financeiros para sua execução. Em Santa Catarina, dos 212 municípios que encaminharam o relatório de gestão, 189 (89%) informaram o cumprimento da EC29 no ano de 2004.

Os valores apresentados no Quadro 8 permitem avaliar o percentual de participação no orçamento geral do Estado nos recursos destinados ao setor saúde, considerando todas as fontes de financiamento e os recursos próprios do Tesouro Estadual no período 1992 a 2004. Observa-se o cumprimento das metas da EC 29 previstas para 2003. Dados preliminares indicam um percentual de 11,32% de recursos do orçamento estadual destinados à saúde em 2004.

No Quadro 9, apresenta-se a distribuição dos recursos próprios do Tesouro Estadual constantes no orçamento do setor saúde, classificados nos itens de pessoal e encargos, despesas corrente e capital no período de 1992/2004. Deve-se considerar que o item “Outras Despesas Correntes” envolve despesas com prestação de serviços em geral e material de consumo. “Despesas de Capital” envolve despesas com obras, equipamentos e transferências para investimentos em órgãos públicos e privados sem fins lucrativos e o item “Pessoal e Encargos” envolve despesas com salários, diárias, obrigações patronais, salário-família.



Quadro 8: Percentual de participação no orçamento geral do Estado dos recursos destinados ao setor saúde, considerando todas as fontes de financiamento e os recursos próprios do tesouro estadual. Santa Catarina, 1992 a 2003.

Ano	Recursos Próprios (%)
1992	6,39
1993	6,43
1994	6,72
1995	6,16
1996	6,57
1997	6,64
1998	6,95
1999	7,05
2000	7,16
2001	7,58
2002	8,31
2003	11,14
2004	*11,32

Nota: Os anos de 2000 a 2004 foram calculados de acordo com os critérios estabelecidos pelas Emendas Constitucionais 20 e 29. Assim, os percentuais mencionados, constam como pareceres próprios emitidos pelo Tribunal de Contas do Estado de SC, portanto não conclusivos e não coincidentes com o relato do Plano Estadual de 2002. \* Valor definido em Parecer Prévio do TCE encaminhado para apreciação da ALESC.

Quadro 9: Distribuição dos recursos próprios do tesouro estadual constantes no orçamento do setor saúde, classificados nos itens de pessoal e encargos, despesas corrente e capital. Santa Catarina, 1992 a 2004.

ANO	PESSOAL, ENCARGOS e DIÁRIAS	%	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	%	CAPITAL	%	TOTAL
1992	39.666.015,43	64,55	6.723.335,36	10,94	15.057.906,03	24,51	61.447.256,82
1993	48.715.675,86	67,35	9.532.663,12	13,18	14.082.969,21	19,47	72.331.308,19
1994	39.454.045,20	69,07	4.428.205,97	7,75	13.237.742,93	23,18	57.119.994,10
1995	43.180.000,00	77,78	4.790.000,00	8,63	7.542.000,00	13,59	55.512.000,00
1996	87.687.900,00	80,64	14.150.010,00	13,01	6.907.000,00	6,35	108.744.910,00
1997	109.327.000,00	83,14	15.102.300,00	11,48	7.054.700,00	5,36	131.484.000,00
1998	102.271.280,00	72,13	17.131.516,00	12,08	22.392.853,00	15,79	141.795.649,00
1999	122.200.000,00	78,75	17.150.000,00	11,05	15.820.354,00	10,20	155.170.354,00
2000	126.424.243,00	65,70	62.339.839,69	32,40	3.648.423,53	1,90	192.412.506,22
2001	133.135.975,00	54,33	90.759.880,60	37,04	21.167.641,97	8,64	245.063.497,57
2002	198.617.623,00	62,85	89.426.141,00	28,30	27.952.668,00	8,85	315.996.432,00
2003	245.586.518,00	46,65	245.062.926,11	46,55	35.836.395,89	6,81	526.485.840,00
2004	242638.967,27	43,54	272.597.640,90	48,92	42.037.481,56	7,54	557.274.089,73

Nota: Os valores e percentuais correspondentes aos anos de 2000 a 2004 constam como posição Orçamentária em dezembro de cada ano.

A execução orçamentária é realizada a partir do efetivo controle dos registros contábeis, tanto da Secretaria quanto do Fundo Estadual de Saúde. Auditorias para fiscalização das unidades hospitalares, com a análise e as diligências realizadas sobre todos os recursos repassados a terceiros são instrumentos rotineiramente utilizados. Tais ações são desenvolvidas no sentido de cumprir os prazos determinados pelo Ministério da Saúde para execução dos recursos disponibilizados, tendo em conta igualmente a prestação de contas do efetivamente utilizado, atendendo igualmente às diligências da Fundação Nacional de Saúde.

Para melhor elucidação do financiamento estadual na atenção à saúde apresentam-se discriminadamente os valores absolutos e relativos *per capita* repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para Santa Catarina e demais estados da Região Sul (Tabela 43). No período entre 2001 e 2005, o valor de recursos transferidos aos estados no nível nacional teve um aumento de 106,0%, observando-se variações no percentual de acréscimo entre os estados e regiões. A Região Sul foi contemplada com 59,7%, sendo o Rio Grande do Sul o estado mais beneficiado (84,8%). Uma análise mais atenta permite verificar que mesmo com maior percentual de incremento no período, o Rio Grande do Sul permanece com o menor valor *per capita* da região em 2005 (R\$100,2), aquém da média nacional (R\$115,0). O Paraná mesmo sendo o estado com menor incremento permanece com o maior valor *per capita* da região (R\$121,7).

Tabela 43: Distribuição *per capita*/ano dos recursos financeiros de transferência intergestores dos estados da Região Sul e Brasil, no período de 2001 a 2005.

Variáveis	Paraná	Santa Catarina	Rio G. do Sul	Região Sul	BRASIL
Ano					
2001	82,74	76,38	54,20	69,82	55,83
2002	93,67	86,44	53,57	75,90	62,36
2003	103,55	94,47	62,52	85,02	79,72
2004	113,92	110,66	95,11	105,63	105,26
2005	121,69	114,73	100,18	111,53	115,02
Incremento	47,1%	50,2%	84,8%	59,7%	106,0%

Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

Desde 2001, Santa Catarina apresenta valores *per capita* acima da média nacional. O maior percentual de gastos se dá na assistência de média e alta complexidade, comportamento este decorrente do alto custo desse tipo de atenção caracterizado por serviços especializados e com aporte tecnológico. Entretanto, no quinquênio analisado a atenção básica e as ações estratégicas que representavam respectivamente 28,3% e 1,8% do total de recursos em 2001, em 2005 passaram a representar 30,7% e 11,5% (Tabela 44). Ressalte-se que o incremento verificado decorre de políticas específicas nacionais que orientaram maior aporte de recursos nas ações estratégicas, do aumento de cobertura do Programa de Saúde da família e ajuste das portarias de incentivo dos programas da atenção básica.

Tabela 44: Distribuição *per capita*/ano e percentual dos recursos financeiros de transferência intergestores para assistência ambulatorial e hospitalar em Santa Catarina no período 2001 a 2005.

Ano	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)		Atenção Básica		Ações Estratégicas		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
2001	53,40	69,9	21,60	28,3	1,38	1,8	76,38	100,0
2002	54,57	63,1	25,64	29,7	6,23	7,2	86,44	100,0
2003	56,48	59,8	29,02	30,7	8,97	9,5	94,47	100,0
2004	66,11	59,7	33,88	30,6	10,67	9,6	110,66	100,0
2005	66,30	57,8	35,24	30,7	13,19	11,5	114,73	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

A síntese da posição das despesas liquidadas segundo fonte de recursos no exercício 2005 está apresentada na Tabela 45. Fortalecimento da gestão do SUS, apoio administrativo e assistência farmacêutica foram os programas com maior aporte de recursos no ano analisado, correspondendo a 94,3% do total de despesas liquidadas. Observa-se variação na alocação de despesas segundo fontes de recursos. Os recursos alocados no item fortalecimento da gestão no SUS foram destinados aos convênios de custeio e estruturação organizacional da SES, SDRs, municípios e entidades prestadoras de serviços. A manutenção e serviços administrativos, equipamentos de informática e administração de recursos humanos e encargos ficaram alocados no item apoio administrativo. Construção, reformas, mobiliário e equipamentos compõem o item

adequação física e tecnológica, enquanto os contratos para manutenção dos hospitais terceirizados compõem o item autonomia gerencial da rede assistencial. A vigilância em saúde e os demais programas aportam 1,5% do total dos recursos liquidados.

Tabela 45: Distribuição das despesas liquidadas segundo fonte e programa, Santa Catarina, 2005.

PROGRAMAS	RECURSOS PRÓPRIOS		OUTRAS FONTES		TOTAL	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
FORTALECIMENTO DA GESTÃO - SUS	180.476.229,66	30,1	245.788.360,68	84,5	426.264.590,34	47,9
APOIO ADMINISTRATIVO	337.453.700,86	56,3	-		337.453.700,86	37,9
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	45.475.018,91	7,6	30.095.212,58	10,3	75.570.231,49	8,5
ADEQUAÇÃO FÍSICA E TECNOLÓGICA DA SAÚDE	18.448.737,32	3,1	4.767.662,37	1,6	23.216.399,69	2,6
AUTONOMIA GERENCIAL DA REDE ASSISTENCIAL - SES	13.565.800,00	2,3	-		13.565.800,00	1,5
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	1.488.924,34	0,2	8.585.802,36	3,0	10.074.726,70	1,1
OUTROS	2.136.116,31	0,4	1.712.037,58	0,6	3.848.153,89	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>599.044.527,40</b>	<b>100,0</b>	<b>290.949.075,57</b>	<b>100,0</b>	<b>889.993.602,97</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Gerência de Planejamento e Avaliação, 2006.

## 4.4 Investimento em Saúde

Os investimentos em saúde no Estado de Santa Catarina se concentram em três grandes áreas, apresentadas separadamente: os eixos prioritários, os convênios e o PROCIS, além dos recursos implementados nos planos estruturantes. Esses recursos atendem basicamente as demandas regionais dos municípios, entidades conveniadas e da estrutura própria da SES – administração e unidades prestadoras de serviços ambulatoriais e hospitalares.

### 4.4.1 Eixos Prioritários

A SES definiu em 2004 seis eixos de orientação da política estadual de saúde, com aporte significativo de recursos financeiros, conforme apresentado na Tabela 46. O incentivo a atenção hospitalar e a diminuição das desigualdades regionais relativas ao acesso a serviços de média e alta complexidade orientaram a maioria dos investimentos realizados.

Tabela 46: Recursos financeiros segundo eixo prioritário na política estadual de saúde. Santa Catarina, 2005.

AÇÃO	RECURSOS (R\$)
Incremento da assistência farmacêutica básica	6.166.700,00
Incentivo à assistência hospitalar	20.205.547,00
Ampliação do número de leitos de UTI	5.130.000,00
Redução das desigualdades regionais na alta e na média complexidade	12.445.458,93
Descentralização de serviços especializados (ressonância magnética)	13.900.000,00
Regulação do acesso a serviços de saúde - Telemedicina	550.603,10

### 4.4.2 Convênios

Durante o ano de 2005 a Secretaria de Estado da Saúde manteve a diretriz de descentralizar recursos através de cooperação financeira com os municípios e instituições públicas e privadas filantrópicas, garantindo a ampliação e a qualificação da estrutura do Sistema Único de Saúde à disposição da população.

Comparando-se os valores financeiros transferidos através de convênio nos últimos cinco anos, pode-se notar uma ampliação expressiva dessas transferências, com impacto significativo no equipamento, reequipamento e modernização de áreas físicas e serviços de atenção básica e de transporte de pacientes. No período analisado Santa Catarina ampliou em 1.438,8% os valores transferidos por convênios, com maior aporte no item investimento o qual teve um incremento de 740,2% de recursos. Observa-se ainda aumento no percentual de contribuição da SES nos valores transferidos que em 2001 correspondia a 78,7% e ao final período atinge 95,7% (Tabela 47). Importante ressaltar a distribuição percentual dos convênios entre os itens custeio e investimento apresentada na Figura 40. Observa-se um deslocamento significativo dos valores para o item investimento que em 2001 representava 51,7% e em 2005 correspondeu a 71,8% do total de recursos transferidos.

Uma análise particularizada dos valores dos convênios celebrados entre a SES, municípios e instituições de assistência de saúde, segundo Secretaria de Desenvolvimento Regional, permite identificar que a maioria dos recursos foi alocada para custeio das ações e aquisição de equipamentos (69,6%) e obedeceu ao critério

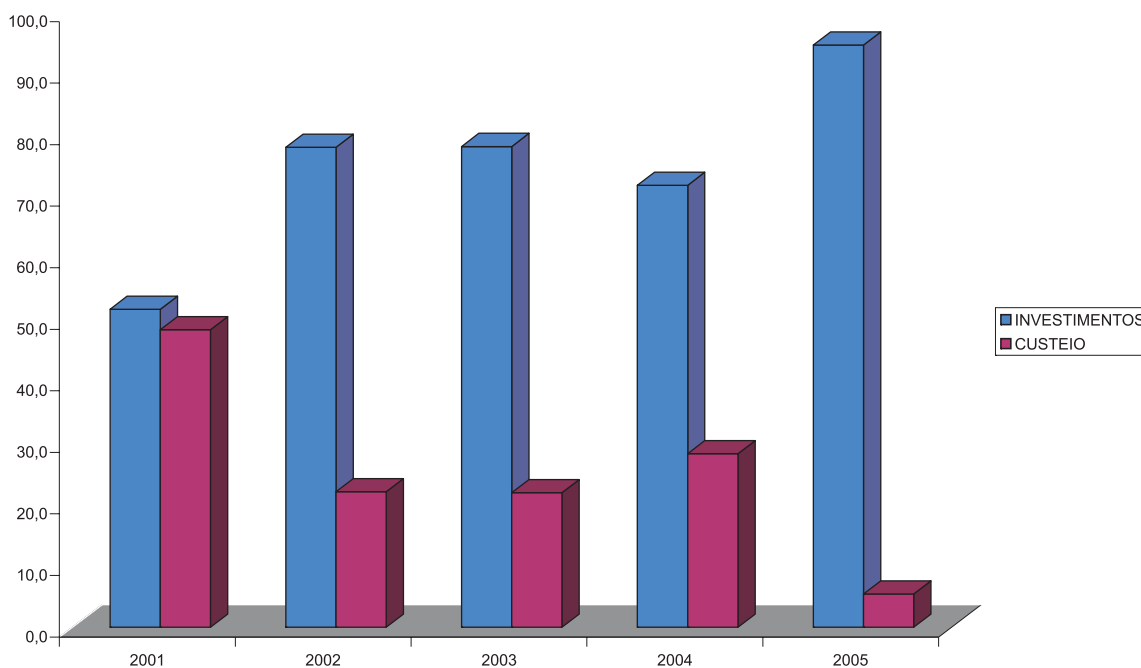
de beneficiar os locais que abrigam hospitais administrados por terceiros com convênios de custeio. Grande Florianópolis, Criciúma, Itajaí, Brusque, Joinville e Mafra foram as SDRs com maior aporte de recursos por convênios em 2005.

Tabela 47: Recursos transferidos por convênio de investimento e de custeio, segundo fonte pagadora, no período 2001/2005. Santa Catarina, 2006.

FONTE	INVESTIMENTOS				
	2001	2002	2003	2004	2005
SES	3534970,51	3.446.309,78	14.694.553,09	9.088.880,00	
FES	34050	200.000,00	10.000,00	0,00	
CONVENIO/MS	0	241.187,15	1.069.356,76	287.204,81	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>3569020,51</b>	<b>3.887.496,93</b>	<b>15.773.909,85</b>	<b>9.376.084,81</b>	<b>54.919.252,39</b>
FONTE	CUSTEIO				
	2001	2002	2003	2004	2005
SES	1867743,96	372.500,00	3.704.840,00	3.408.600,00	
FES	972556,2	150.000,00	169.856,52	0,00	
CONVENIO/MS	499474,91	574.252,00	544.606,14	276.035,09	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>3339775,07</b>	<b>1.096.752,00</b>	<b>4.419.302,66</b>	<b>3.684.635,09</b>	<b>3.133.100,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6.908.795,58</b>	<b>4.984.248,93</b>	<b>20.193.212,51</b>	<b>13.060.719,90</b>	<b>58.052.352,39</b>

Fonte: SES/SC, 2006.

Figura 40: Distribuição percentual dos recursos transferidos por convênios, segundo investimento e custeio no período de 2001/2005. Santa Catarina, 2006.

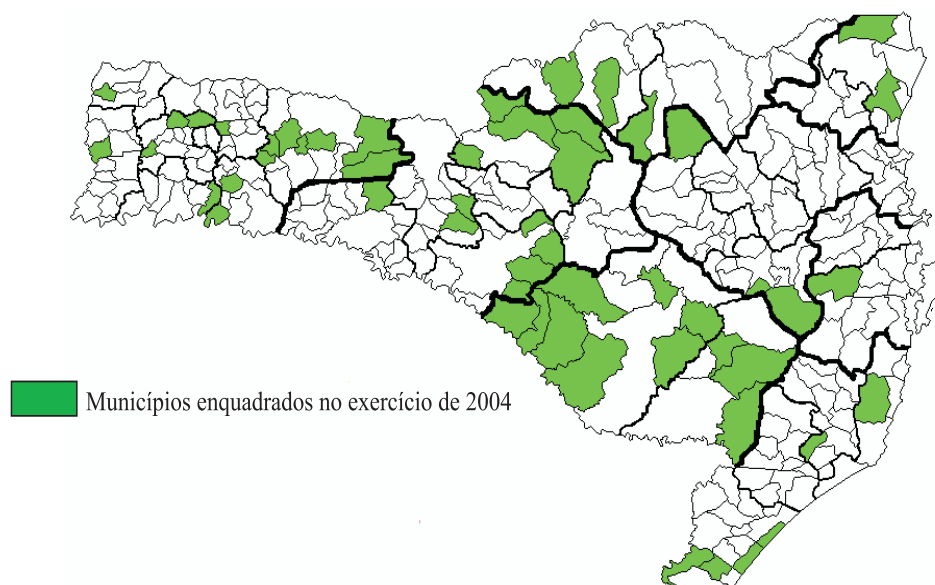


Fonte: SES, 2006.

### 4.4.3 PROCIS — Programa Catarinense de Inclusão Social

Criado em 2002 o PROCIS consiste em disponibilizar recursos mensais, com repasse fundo a fundo a 56 municípios com os menores Índices de Desenvolvimento Social – IDS, do Estado, onde vivem 336.184 catarinenses (Figura 41). O componente saúde desse programa, implementado em 2004, incentiva a universalização da Assistência Farmacêutica Básica e da Estratégia de Saúde da Família.

Figura 41: Programa Catarinense de Inclusão Social – PROCIS, Componente Saúde, Exercício 2004.



Fonte: Gerência de Orçamento SES/SC, 2006.

Em relação ao Incentivo ao Programa de Saúde da Família, foram repassados R\$ 12.000,00/ano para cada Equipe de Saúde da Família, implantadas nesses municípios além dos incentivos federais. O incentivo à universalização da Assistência Farmacêutica Básica foi calculado em R\$ 2,60 habitante/ano, transferidos em dinheiro ou medicamentos segundo a opção do município.

O PROCIS discriminou positivamente os municípios e comunidades mais pobres do Estado, transferindo R\$ 1.930.078 durante o exercício de 2004 com o objetivo de contribuir com a redução das desigualdades e a ampliação da cidadania em Santa Catarina. Em 2005 foram disponibilizados R\$ 87 mil/mês para o incentivo ao PSF e R\$ 338.844,55/mês para medicamentos na atenção básica. No próximo orçamento está previsto acréscimo no incentivo da assistência farmacêutica que passará para R\$ 3,00 hab/ano.

## 4.5 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

A gestão de recursos humanos perpassa, prioritariamente pelo perfil do gestor, que no cenário atual, deve ser um desencadeador de processos e desenvolvimento de competências de sua equipe, pois especialmente na área da saúde a forma como são tratadas as pessoas tende a refletir na qualidade do serviço prestado ao usuário e na produtividade dos trabalhadores.

Algumas das principais questões de gestão do trabalho na área da saúde são:

- » a composição da equipe de saúde;
- » a incorporação tecnológica aos processos de trabalho e a assistência à população;
- » as formas de inserção do profissional no mercado de trabalho;
- » as fronteiras jurisdicionais das profissões e ocupações;
- » prerrogativas monopolistas das profissões constituídas e regulamentadas (jornada de trabalho, piso salarial, código de ética profissional);
- » a globalização do exercício profissional, com o rompimento das barreiras geográficas;
- » a flexibilização do trabalho, com o progressivo aumento da terceirização dos serviços em saúde e da precarização das condições de trabalho, com perdas de garantias trabalhistas;
- » a desregulação do mercado são algumas das conseqüências da política de Estado mínimo.

A Diretoria de Desenvolvimento Humano da SES de Santa Catarina criada em 2005 é responsável pela proposição e formulação de políticas relativas à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores para o SUS fundamentadas na lógica da educação permanente que visem ao fortalecimento do sistema. Considera-se desenvolvimento de trabalhador, “as atitudes, circunstâncias e ações que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização e a prestação de serviços de qualidade à população usuária do sistema” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2000). Entende-se, portanto, que o desenvolvimento de trabalhador repercutirá diretamente no seu engajamento institucional e na sua consciência e cidadania.

Frente às múltiplas possibilidades que se apresentam considerou-se necessária a construção de uma agenda estratégica para o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, buscando subsídios em documentos como Plano Estadual de Saúde, Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOBRH/SUS), orientações da 1ª Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de Santa Catarina, entre outros.

Após um amplo processo de reflexão e debate, visando organizar a forma de atuação e as estratégias para o desenvolvimento de trabalhadores e gestores do SUS priorizou-se como eixos temáticos:

1. Políticas e Gestão do Trabalho no SUS;
2. Atenção e Educação na Saúde;
3. Controle Social;
4. Pesquisa e Extensão.

Estes eixos orientarão as metas e as ações a serem desenvolvidas pela diretoria no próximo período.

## **4.6 Informação em saúde**

As informações, os indicadores epidemiológicos e o uso das tecnologias são importantes ferramentas de apoio à gestão dos serviços e das ações de saúde no SUS. Neste sentido, intensifica-se o debate sobre a construção e a efetivação das Políticas Nacional e Estadual de Comunicação, Informação e Informática para o SUS, que atendam a todas as áreas inerentes ao setor saúde.

Em Santa Catarina vários passos foram dados nos últimos três anos para a construção de uma política Estadual de Comunicação, Informação e Informática em Saúde. A aplicação de recursos financeiros permitiu a renovação de cerca de 70% do parque de informática e um acréscimo no número de estações de trabalho em mais de 100%. Permitiu ainda a expansão da rede lógica através de conexão (via fibra ótica) com toda a região

metropolitana de Florianópolis, onde estão concentradas as maiores e mais complexas unidades próprias da SES prestadoras de serviços, melhorando substancialmente a capacidade de comunicação. Outro avanço foi a ampliação do acesso à internet via banda larga nas unidades da SES e em todas as Gerências Regionais de Saúde. Investimentos significativos na informatização das unidades hospitalares (equipamentos e soluções) também foram implementados. Garantiu-se a popularização da comunicação via e-mail e uso da intranet. Por fim, investiu-se na capacitação de recursos humanos para o uso das ferramentas tecnológicas e de segurança dos dados.

Com relação aos sistemas de informação, destacam-se iniciativas pioneiras em fase de implantação tais como: o uso da Telemedicina para o processo de descentralização dos serviços, com emissão inclusive de laudos à distância, bem como para o apoio à decisão nos processos de regulação da assistência; a implementação de sistemas de controle para o programa de Medicamentos Excepcionais no SUS e para a Regulação da Assistência, incluindo o SAMU (Sistema de Atendimento Móvel de Urgência); e ainda a realização de intercâmbio de cooperação para a troca e o desenvolvimento de soluções em parcerias com outros estados, com o CIASC e com o DATASUS.

## **4.7 Participação social**

A participação da sociedade no processo decisório das políticas públicas de saúde em Santa Catarina se dá através das instâncias definidas legalmente quais sejam as Conferências e o Conselho Estadual de Saúde.

Em 2003 o Estado realizou a IV Conferência Estadual de Saúde, etapa preparatória para a XII Conferência Nacional. Participaram representantes de 85% dos municípios catarinenses, sendo 996 delegados e 341 observadores, correspondendo à maior representatividade já alcançada em Santa Catarina comparativamente às edições anteriores.

O Conselho Estadual de Saúde criado em 1993 e modificado em 1998, conta atualmente com 32 conselheiros titulares. É presidido pelo Secretário de Estado da Saúde ou pelo Secretário-Adjunto, sendo a vice presidência exercida por um conselheiro do plenário.

O Conselho Estadual tem a seguinte organização: Plenário, Comissões, Grupos de Trabalho e Secretaria Executiva. As reuniões plenárias ordinárias realizam-se na última quarta-feira útil de cada mês, com duração definida previamente na reunião anterior. As atuais comissões em funcionamento são: "Comissão Permanente de Acompanhamento Orçamentário, Comissão Permanente pelo Cumprimento dos Princípios Éticos e Legislação do SUS, Comissão de Comunicação, Divulgação, Articulação e Apoio Institucional, Comissão de Vigilância em Saúde, Comissão de Educação, Ciência e Tecnologia e Comissão Saúde do Trabalhador e Recursos Humanos".

O Conselho tem participado ativamente com contribuições significativas no aperfeiçoamento de temas ligados à saúde dos catarinenses, repercutindo nos movimentos dos diversos grupos com interesse setorial.



## 5. ANÁLISE EM RELAÇÃO AO SETOR DE SAÚDE

### 5.1 Ambiente e Saúde

As alterações do meio ambiente decorrentes da atividade humana e industrial interferem diretamente na saúde da população, com destaque para a qualidade da água, do solo, do ar, permanentemente afetados pela destinação inadequada de dejetos e poluentes setoriais. Em Santa Catarina, é preciso considerar ainda as alterações ambientais provenientes das atividades agrícola e pecuária, importantes setores da economia do oeste e Meio Oeste catarinense.

As ações de vigilância em saúde devem ser desenvolvidas por diversos órgãos e instituições de forma integrada, através da produção e processamento de informações que norteiam a tomada de decisões. Em Santa Catarina, as ações de Vigilância Ambiental são desenvolvidas pela Diretoria de Vigilância em Saúde, especificamente pela Gerência de Fiscalização Ambiental, Gerência de Toxicovigilância e Farmacovigilância, Diretoria de Vigilância Sanitária, LACEN e outros órgãos da administração estadual como Defesa Civil, EPAGRI, CIDASC e SEDUMA.

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIÁGUA) é realizada em Santa Catarina, através de ações contínuas para garantir o acesso à água de qualidade, compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente. Conta com o apoio do sistema de informações SISÁGUA e com aporte laboratorial para controle da qualidade da água.

O Laboratório Central de Saúde Pública coordena as ações laboratoriais para atendimento ao VIGIÁGUA. Além do LACEN, cinco laboratórios regionais realizam análise de água para consumo humano: Criciúma, Joinville, Joaçaba, Lages e São Miguel do Oeste, atendendo atualmente a 258 municípios catarinenses. No entanto, a capacidade laboratorial instalada não é suficiente para atendimento às diretrizes do plano de amostragem para vigilância da qualidade da água, tanto em número de amostras, quanto para as determinações previstas na legislação vigente.

A principal limitação do indicador de cobertura da água não é considerar o uso efetivo pela população e nem a qualidade ou intermitência do fluxo do abastecimento. Para sanar esta debilidade o MS criou o Programa Nacional de Controle de Qualidade da Água para consumo humano. Este programa prevê que os municípios se responsabilizem pela coleta e análise de amostras para controle da potabilidade da água. Muitos municípios catarinenses não cumprem esta prerrogativa e justificam sua atitude por não possuírem recursos laboratoriais. A Vigilância Sanitária acompanha o controle da qualidade da água juntamente com o LACEN e dá suporte técnico aos municípios. No momento, apenas 92 municípios de SC disponibilizam informações no Sistema de Vigilância das Águas o que implica uma cobertura de 43,8% da população catarinense, enquanto a meta prevista é de 60%.

O Quadro 10 apresenta indicadores de cobertura relacionados ao abastecimento de água, saneamento básico e coleta de lixo, tendo como referência os dados do censo demográfico de 2000. Apesar das limitações dos indicadores selecionados, é possível, a partir de suas análises, obter uma aproximação da realidade, considerando que baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental. Em Santa Catarina a cobertura populacional de “adequado esgotamento sanitário” está acima da média nacional e da região sul, enquanto a cobertura de água e de serviços de coleta de lixo se encontra

em patamares similares.

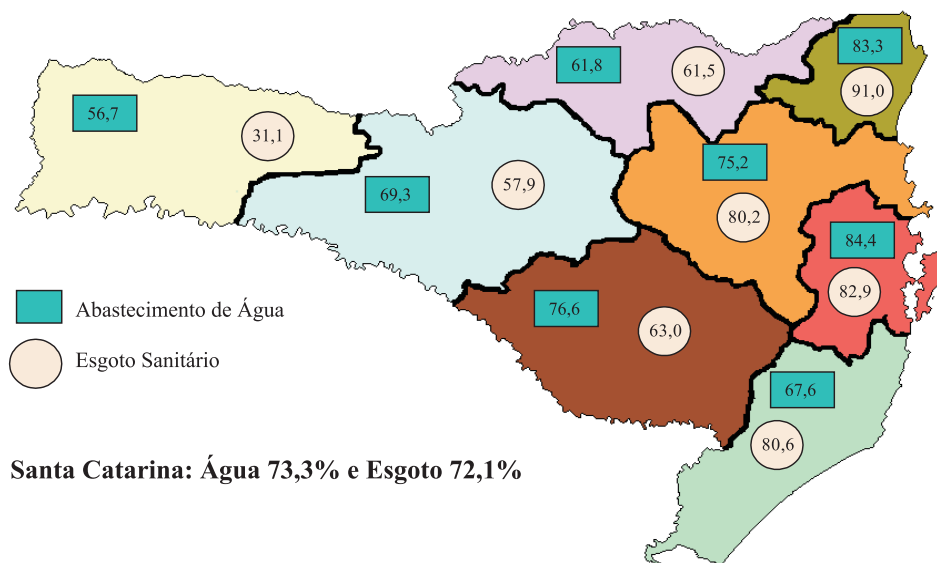
Quadro 10: Indicadores de cobertura de água, saneamento básico e coleta de lixo – IDB (2001).

Regiões/UF	% da população coberta (2000)		
	Água (1)	Esgoto (2)	Coleta de lixo (3)
Norte	47,1	33,5	54,8
Nordeste	64,6	36,0	58,1
Centro-Oeste	72,8	40,2	81,6
Sudeste	87,6	81,0	89,4
Sul	79,1	62,2	82,5
– Paraná	82,6	51,6	82,1
– Santa Catarina	73,3	72,1	81,8
– Rio G. do Sul	78,9	67,0	83,2
<b>Brasil</b>	<b>75,8</b>	<b>59,2</b>	<b>76,4</b>
(1)	Mede a cobertura de abastecimento adequado de água à população de distribuição através de rede geral, com ou sem canalização interna.		
(2)	Mede a cobertura população que dispõe de escoadouro de dejetos através de ligação do Domicílio à rede coletora ou fossa séptica.		
(3)	Mede as coberturas população atendidas, diretas ou indiretamente por serviço de coleta de lixo Domiciliar.		

Fonte: IDB (2001).

As desigualdades macrorregionais podem ser visualizadas na Figura 42. As macrorregiões com melhor cobertura de abastecimento público de água são Grande Florianópolis e Nordeste, superando 80,0%. As mais baixas coberturas situam-se nas macrorregiões do Extremo Oeste e do Planalto Norte, onde os serviços cobrem pouco mais da metade do contingente populacional. No item esgotamento sanitário, as regiões litorâneas possuem as melhores coberturas, enquanto a macrorregião do Oeste ainda apresenta cobertura muito baixa, podendo-se inferir que o risco de adoecimento e óbito por infecções de veiculação hídrica é maior nessas regiões.

Figura 42: Percentual da população coberta com abastecimento público de água e com sistema de esgotamento de resíduos adequado. Santa Catarina, 2000.



Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa /Ministério da Saúde.

## 5.2 Pesquisa em Saúde

Santa Catarina possui importante parque científico-tecnológico com capacidade e potencialidade para promover inovações e contribuir para a resolução de problemas de saúde no estado. Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Fundação de Apoio a Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina – FAPESC, apresentou projeto ao Departamento de Ciência Tecnologia (DECIT), subordinado à Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, tendo gerado em 2003, a assinatura de convênio como forma de aderir ao **Projeto de Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde** do Ministério da Saúde. Este convênio contou com o apoio da UNESCO e possibilitou a captação de recursos para a implantação da área de Ciência e Tecnologia junto à estrutura organizacional da SES.

A iniciativa de institucionalizar a área de ciência e tecnologia no âmbito da SES com incentivo financeiro teve como objetivo apoiar técnica e administrativamente o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, mediante a indução, geração e aplicação de conhecimento e incorporação de tecnologias, com foco na resolução de problemas de saúde, no aprimoramento de políticas públicas e na qualidade e eficiência dos serviços do SUS.

Foram desenvolvidas ações concomitantes relacionadas a dois componentes:

### a) Desenvolvimento Institucional

- » Implementação de instância de gestão em ciência e tecnologia no âmbito da SES/SC
  - Criação da Divisão de Ciência e Tecnologia junto a estrutura organizacional da SES;
  - Aquisição de equipamentos e mobiliários;
  - Aquisição de software para gerenciamento de projetos;
  - Desenvolvimento de Portal de Informação na internet;
- » Capacitação de técnicos da SES e FAPESC em:
  - Gestão tecnológica em saúde;

- Elaboração de Projetos de Pesquisa em Saúde;
- Gerenciamento de projetos.

#### b) Fomento à pesquisa

- » Criação do Comitê Gestor Estadual de Ciência e Tecnologia, com representação da Secretaria de Estado da Saúde, Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina e DECIT/Ministério da Saúde.
- » Elaboração e publicação de dois editais no período 2003/2004, com o objetivo de apoiar estudos e pesquisas que promovam o desenvolvimento científico e tecnológico na área da Saúde, de modo a fortalecer a gestão do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. O financiamento das pesquisas foi tripartite com a participação da Secretaria de Estado da Saúde, da Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina e do Ministério da Saúde. Foram aprovados 21 projetos no primeiro edital, concluídos em 2005 e 37 projetos no segundo e atualmente em fase de execução.

## 5.2.1 Outras ações de fortalecimento da gestão de Ciência e Tecnologia

### a) Implantação da Estação BVS

Como objetivo ampliar o acesso das secretarias estaduais às informações disponíveis na Biblioteca Virtual na área da Saúde Pública foi implantado em 2005 a Estação BVS. Esta ação resulta de parceria entre o Ministério da Saúde e o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) com o Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciência da Saúde- BIREME. Santa Catarina foi selecionada para implantar a Estação BVS, juntamente com mais 11 estados, devido a criação da Divisão de Ciência e Tecnologia em Saúde.

### b) Criação do Comitê de Ética da SES

Em 2004, a Divisão de Ciência e Tecnologia da SES, foi contemplada com aprovação do projeto para implementação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Cabendo a este CEP a revisão ética de toda a pesquisa acadêmica/experimental, contribuindo para o aperfeiçoamento dos projetos e para a defesa dos interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade.

Além do CEP da Secretaria Estadual de Saúde atuam no estado os seguintes comitês: Centro de Pesquisas Oncológicas; Hospital Infantil Joana de Gusmão; Hospital Regional de São José; Instituto de Psiquiatria de Florianópolis; Maternidade Carmela Dutra; Hospital Geral Celso Ramos; Universidade do Contestado; Universidade Estadual de Santa Catarina – campus Florianópolis; Universidade do Sul de Santa Catarina; Universidade do Vale de Itajaí; Universidade do Sul Catarinense; Universidade do Planalto Catarinense; Universidade de Joinville; e Universidade do Oeste de Santa Catarina – Campus Joaçaba.

## 5.3 Tecnologia e Insumos Estratégicos

### 5.3.1 Assistência Farmacêutica

No Brasil, o acesso aos medicamentos segue um padrão de iniquidade social, contribuindo para a manutenção das desigualdades em saúde. Apesar do mercado brasileiro de medicamentos estar entre os cinco maiores do mundo, cerca de 70 milhões de brasileiros não têm acesso a medicamentos. Enquanto os 15% da população que concentra renda acima de 10 salários mínimos consomem 48% do total de medicamentos do mercado, 51% da população com renda entre zero a quatro salários mínimos consomem apenas 16%. Não obstante, os medicamentos constituem uma das primeiras causas de intoxicações no Brasil, causando agravos diretos e indiretos à saúde das pessoas, com reflexos importantes tanto do ponto de vista da saúde pública como dos aspectos econômicos inerentes.

Até final de 2002, havia 23 programas do Ministério da Saúde relacionados à distribuição de medicamentos, sem uma coordenação unificada ou articulada entre eles. A fragmentação nas estruturas de planejamento e organização contribuiu para desarticular a Assistência Farmacêutica do conjunto das ações de atenção à saúde, dissipando responsabilidades, verticalizando e centralizando o poder e a tomada de decisões.

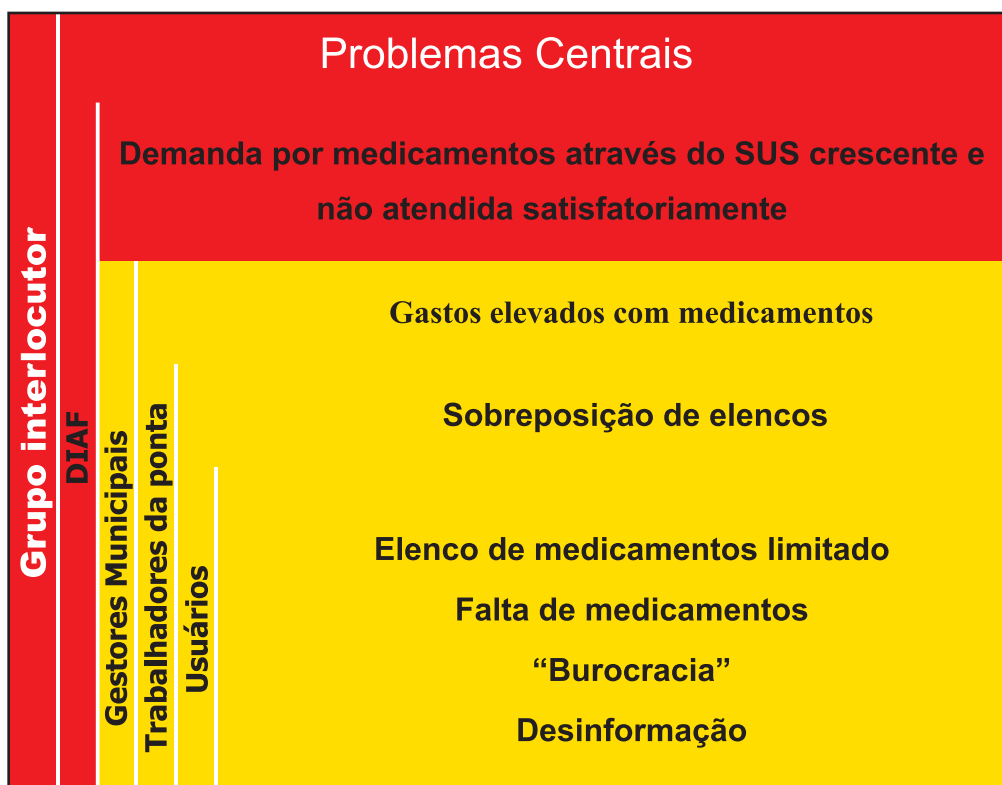
A Política Estadual de Medicamentos, em Santa Catarina, instituída em março de 2001, cumpriu apenas as determinações do Ministério da Saúde. Nenhuma definição estratégica foi concretizada no âmbito estadual nesse período, tão pouco existiram iniciativas de construção de ações intermunicipais.

Todas as etapas da Assistência Farmacêutica, sob a lógica organizacional do SUS, ainda necessitam ser consolidadas. Este fato foi constantemente apontado nas Conferências Regionais, Estadual e Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizadas em 2003. Sua reversão constitui um dos objetivos da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF).

Nas discussões e nas manifestações das Conferências, percebeu-se a priorização de diferentes problemas relacionados à Assistência Farmacêutica, dependentes do grupo interlocutor, embora não sejam contraditórios (Figura 43).

Aspectos relativos ao financiamento, elenco de medicamentos, burocracia e desinformação foram apontados. **Demanda por medicamentos através do SUS crescente e não atendida satisfatoriamente** foi o problema central na perspectiva do grupo da DIAF. O grupo indicou duas causas principais deste problema: definições políticas inadequadas ou ausentes para o setor e a falta de entendimento, nos diferentes níveis, do conceito de Assistência Farmacêutica, estando atualmente envolvido na sua resolução.

Figura 43: Problemas centrais relacionados à Assistência Farmacêutica, conforme o grupo interlocutor.



Fonte: DIAF (SES/SC), 2006.

Como subsídio de diagnóstico a DIAF utiliza ainda o trabalho de Santos (2003), que procurou elucidar aspectos básicos da estruturação da Assistência Farmacêutica em municípios catarinenses em 2001. Os problemas identificados no estudo concentram-se nos itens seleção de medicamentos, programação e aquisição de medicamentos, forma de aquisição, normas de recepção, armazenamento e controle de estoque e dispensação de medicamentos.

Com base neste diagnóstico a DIAF estabeleceu metas e ações centradas nos seguintes eixos:

- » Adequação do elenco, do quantitativo dos medicamentos essenciais e dos programas governamentais;
- » Qualificação, acompanhamento e avaliação dos serviços;
- » Fomento à produção local de medicamentos e insumos farmacêuticos.

No aspecto financiamento, entre 2003/2005 a SES aumentou significativamente os recursos destinados à Assistência Farmacêutica Básica. Sendo responsabilidade do Estado o repasse de R\$ 0,50 *per capita*/ano para a compra de medicamentos dessa área. À União e aos municípios cabem, respectivamente, R\$ 1,00 e R\$ 0,50, somando R\$ 2,00. Em 2003 foi ampliado em 20%, passando para R\$ 0,60 centavos no nível estadual. **Por iniciativa do Governo do Estado em 2005 foi reajustado para R\$ 1,00 *per capita*/ano.** Considerando o aumento da população de 2002 a 2005, isto significou um aumento de 108% no valor investido na área equivalente a **R\$ 6.166.700,00**. Os principais programas de medicamentos com financiamento da SES em vigor na atualidade estão apresentados na Tabela 48.

Tabela 48: Principais programas de medicamentos e valores gastos em Santa Catarina nos últimos anos.

PROGRAMA	(valores em R\$)		
	2001	2002	2003
1. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, PROCIS <sup>1</sup> e Diabetes e Hipertensão <sup>2</sup>	1.987.354,81	3.800.000,00 <sup>1</sup> 4.202.557,60 <sup>2</sup>	4.324.484,23
2. Medicamentos Estratégicos Tuberculose Hanseníase DST/AIDS	371.107,91	330.006,72	338.687,20
3. Medicamentos de Dispensação Excepcional	18.252.312,21	16.962.521,28	50.079.176,95
4. Saúde Mental		79.168,10	1.714.738,87
5. Decisões Judiciais <sup>3</sup>	338.362,07	269.303,16	3.521.309,94

<sup>1</sup> Programa iniciado em 2002 com 20 municípios e ampliado em 2003 para 56 municípios

<sup>2</sup> Programa da SES, iniciado em 2002.

<sup>3</sup> Embora não se trate de um programa, os valores foram incluídos aqui, devido à relevância do mesmo.

O financiamento para a implementação dos programas relacionados à distribuição de medicamentos, não contemplou os serviços e a gestão, que passaram a incorporar novas competências, implicando problemas na condução dos trabalhos no setor. Tais reflexos foram identificados nos diagnósticos realizados, em 2002 pelo NESCON e em 2003 pela DIAF, apontando debilidades na estrutura e nos processos de trabalho como fragilidades da Assistência Farmacêutica na rede pública em Santa Catarina.

## 5.3.2 Hemoderivados

A SES/SC tem sua hemorrede pública composta por um hemocentro coordenador (Florianópolis), cinco hemocentros regionais (Joaçaba, Criciúma, Lages, Chapecó e Joinville), uma unidade de coleta em Tubarão e em construção o hemocentro regional de Blumenau, além das nove agências transfusionais em hospitais públicos do Estado.

O HEMOSC alcançou um índice de 98,8% de atendimento das solicitações de hemocomponentes. No entanto, considera-se haver superestimação deste percentual uma vez que as cirurgias eletivas estão sendo eventualmente adiadas ou suspensas em caráter preventivo, de forma a evitar-se um colapso no abastecimento, em caso de emergência. Verifica-se, portanto, dificuldades no atendimento, causados principalmente pelo credenciamento e/ou reclassificação de novos serviços de alta complexidade (exemplo: ortopedia, cardiologia, transplante, oncologia, dentre outros) e desativação de bancos de sangue particulares.

O limite do teto financeiro, apesar do aumento no repasse negociado na Câmara Técnica da Hemoterapia e Hematologia, ainda não comporta a nossa realidade, inviabilizando alguns serviços prestados, impossibilitando o investimento em larga escala na capacitação de recursos humanos e incorporação de novas tecnologias ao processo de apoio finalístico do HEMOSC, além das dificuldades de manutenção das despesas de custeio, que devido ao aumento ocasionado pela taxa de inflação, reajustes aplicados e aumento da produção, estão superando todas as expectativas.

O crescimento do 1º semestre de 2005 no fornecimento de hemocomponentes aos conveniados foi de 11% em relação ao mesmo período de 2004. Houve também um avanço do índice de doadores espontâneos

(75%) e repetição (48,3%) dos índices de referência nacional.

Com tais resultados deve ser considerada com a informação do concomitante aprimoramento do controle de qualidade, com procedimentos padronizados em toda a Hemorrede e o avanço do Programa de Qualidade em todas as unidades que compõem o sistema, com perspectiva de extensão da Certificação ISO 9001 a toda Hemorrede Pública Catarinense.

Cabe destacar, que no início de novembro do corrente ano, o Hemocentro Coordenador passou pela auditoria de recertificação, tendo como escopo o Ciclo do Sangue e Fornecimento de Treinamento em Hemoterapia, sendo recomendada a sua recertificação. Tais resultados proporcionam segurança no cumprimento da missão do setor, voltada para o atendimento pleno e qualificado às demandas da comunidade.

### **5.3.3 Apoio ao Diagnóstico — Rede Laboratorial**

O Laboratório de Saúde Pública de Santa Catarina (LACEN) possui uma rede com laboratórios localizados em Joinville, Chapecó, Joaçaba, Lages e Criciúma, dois laboratórios em implantação – Blumenau e Mafra, e três laboratórios microrregionais em Tubarão, Araranguá e São Miguel do Oeste, além de um laboratório de fronteira em Dionísio Cerqueira. Estes laboratórios realizam exames de média e alta complexidade aos 293 municípios de SC, bem como vigilância laboratorial subsidiando as ações de vigilância em saúde nas áreas de produto, água e meio ambiente, de agravos em saúde e programas ministeriais.

O Laboratório de Fronteira no município de Dionísio Cerqueira deve agilizar o fluxo das exportações e importações de produtos do Mercosul com a ativação da aduana justaposta e o porto seco.

Recentemente, o Instituto de Anatomia Patológica (IAP) se incorporou à direção do LACEN, atuando nas áreas de Anatomia Patológica, Citopatologia e Serviço de Verificação de Óbitos.

Atualmente, encontram-se cadastrados ao SUS no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) 272 Laboratórios de análises clínicas, atuando de forma complementar à rede pública.

O LACEN/SC faz parte do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB, que é um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância sanitária e assistência médica.

A rede de laboratórios de saúde pública catarinense, tendo o LACEN como unidade central, apresenta duas estruturas técnicas finalísticas para realização dos exames: a Gerência de Biologia Médica e a Gerência de Produtos e Meio Ambiente.

A Gerência de Biologia Médica dá cobertura laboratorial às vigilâncias epidemiológicas estadual e municipais, e realiza exames nas áreas de Bacteriologia, Virologia, Imunologia, Micologia, Leptospirose, Hanseníase, Tuberculose e Análises Neonatais. Realiza ainda exames para diagnóstico de Toxoplasmose, Doença de Chagas, Sífilis, Febre Tifóide, Citomegalovírus e também de contagem de linfócitos CD4/Cd8, os quais são identificados como indicadores para pacientes HIV positivos.

A produção de exames da Área de Biologia Médica ao longo do período 2002/2005 pode ser visualizada na Tabela 49. Observa-se o crescimento na produção de exames no período analisado. A produção se concentra em análises neonatais (56,4%), seguido na virologia (21,7%) e imunologia (13,1%).



Tabela 49: Número de exames da Gerência de Biologia Médica – LACEN, no período de janeiro de 2002 a outubro de 2005.

BIOLOGIA MÉDICA	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Análises Neonatais	392.885	374.031	391.884	393.501	1.552.301
Malária/Chagas Agudo/Leishmaniose Tegumentar	0	0	143	605	748
Tuberculose	14.648	16.440	17.823	17.742	66.653
Hanseníase	2.534	2.671	2.895	2.688	10.788
Leptospirose	8.584	9.071	6.182	6.215	30.052
Bacteriologia	19.783	18.939	24.160	21.235	84.117
Micologia	1.474	1.367	1.519	1.447	5.807
Carga Viral/HIV	5.622	6.300	5.851	5.691	23.464
CD4/CD8	5.519	6.418	5.632	5.347	22.916
Virologia	139.266	142.777	149.106	166.344	597.493
Imunologia	71.668	85.081	89.492	113.292	359.533
<b>TOTAL</b>	<b>661.983</b>	<b>663.095</b>	<b>694.687</b>	<b>734.107</b>	<b>2.753.872</b>

Fonte: Setor de Custos do LACEN, 2006.

As ações na área de Produtos e Meio Ambiente se dão a partir das estratégias do Ministério da Saúde, mais precisamente o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – Fiocruz/MS, e atende a demandas do setor de vigilância sanitária em SC. A Área de Produtos e Meio Ambiente conta com cinco setores: Análise Físico-química, Microbiologia de Alimentos, Análise de Água e Meio Ambiente, Microscopia de Alimentos, Toxicologia, Controle de Qualidade de Medicamentos.

A produção de exames da Área de Produtos e Meio Ambiente no período de 2002/2005 pode ser visualizada na Tabela 50. A análise da água e meio ambiente configura 84,3% da produção total no período analisado.

Segundo documento do planejamento estratégico do LACEN, os principais problemas do órgão são:

- » Sucateamento da rede;
- » Não informatização da Rede de Laboratórios;
- » Ausência de autonomia;
- » Fragilidade das ações de controle e avaliação do Sistema de Saúde.

Os principais desafios assumidos para ações no período são a reestruturação da Rede LACEN (LACEN e Laboratórios Regionais) e a estruturação da Rede Catarinense de Laboratórios – RCLAB (Rede LACEN e laboratórios públicos/privados conveniados com o SUS), conforme Portaria 2031/09/02/MS.

Tabela 50: Número de exames da Gerência de Produtos e Meio Ambiente – LACEN, no período de janeiro de 2002 a outubro de 2005.

PRODUTOS E MEIO AMBIENTE	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Análise de Água e Meio Ambiente	23.302	18.939	22.430	28.115	92.786
Microscopia de Alimentos	1.586	208	876	180	2.850
Físico-Química Alimentos	804	304	177	113	1398
Microbiologia de Alimentos	3.339	1.976	2.958	4.258	12.531
Toxicologia	0	0	0	0	0
Medicamentos	0	3	3	7	13
Rotulagem	0	153	177	112	442
<b>TOTAL</b>	<b>29.031</b>	<b>21.583</b>	<b>26.621</b>	<b>32.785</b>	<b>110.020</b>

Fonte: Setor de Custos do LACEN, 2006.

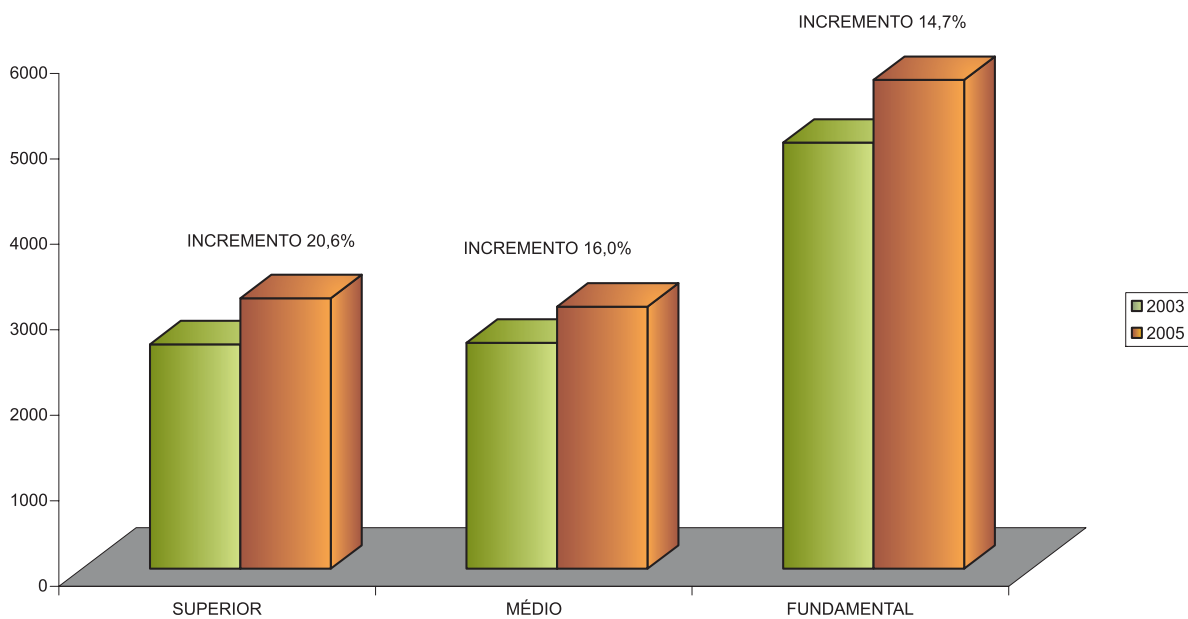
## 5.4 Força de Trabalho em Saúde

A força de trabalho em saúde está distribuída entre funcionários públicos estaduais, municipais, federais e privados conveniados ao SUS. Uma das diretrizes organizacionais do SUS determina a descentralização e a municipalização dos serviços que teve como consequência o deslocamento do volume de profissionais de saúde para o âmbito municipal na década de 1990.

A oferta de empregos na área da saúde aumentou significativamente em função da implantação da política de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Dados mais recentes (Figura 44) indicam um total de 11.949 funcionários lotados na SES/SC, com maior número de pessoal do nível fundamental (47,8%), cujas atribuições asseguram o funcionamento da estrutura da rede própria de SES. Entre 2003 e 2005 houve um incremento no quadro de pessoal em torno de 16,5%, com maior percentual nos níveis superior (20,6%) e médio (16,0%).

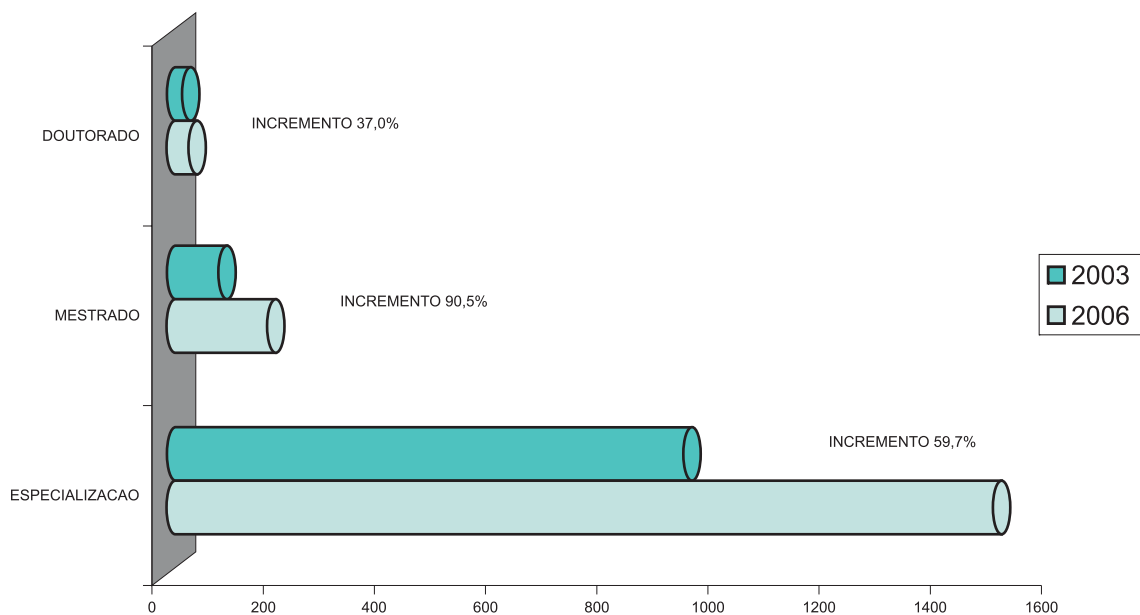
Em termos de aprimoramento profissional em nível de pós-graduação, observa-se na Figura 45 um salto qualitativo do quadro de pessoal da SES/SC, no período 2003-2006. O número de especialistas teve um incremento de 59,7%, o número de mestres quase duplicou (90,5%) e o número de doutores cresceu 37,0%.

Figura 44: Evolução do número de servidores da SES/SC e percentual de incremento segundo o nível de escolaridade, no período 2003/2005.



Fonte: Gerência de Recursos Humanos – SES/SC, 2006.

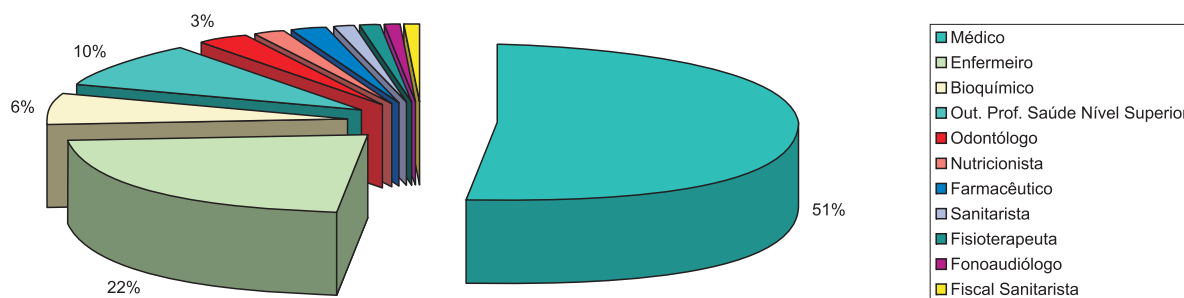
Figura 45: Comparativo do processo de qualificação dos servidores da SES/SC em nível de pós-graduação, período 2003/2006.



Fonte: Gerência de Recursos Humanos/SES, 2006.

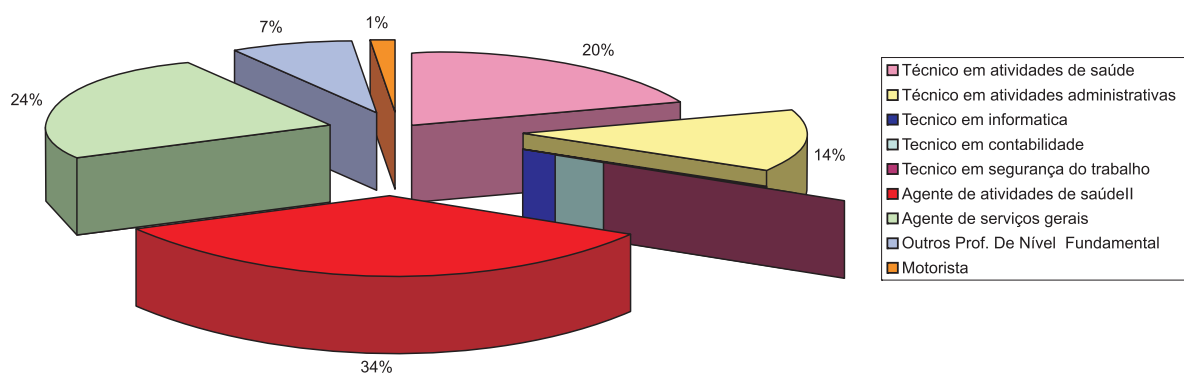
Na análise da composição do quadro de servidores por categoria profissional observa-se que a categoria médica é a mais representativa dos profissionais de nível superior, seguida pelos enfermeiros e bioquímicos, que correspondem a aproximadamente 4/5 dos servidores desse grau de escolaridade. Nos níveis médio e fundamental as categorias mais freqüentes são os agentes de atividades em saúde (34,0%), técnicos em contabilidade (24,0%) e técnicos em atividade de saúde (20,0%) (Figuras 46 e 47).

Figura 46: Distribuição do pessoal de nível superior da SES/SC, segundo categoria profissional, 2005/2006.



Fonte: Gerência de Recursos Humanos – SES/SC, 2006.

Figura 47: Distribuição do pessoal de nível médio e fundamental da SES/SC, segundo categoria profissional, 2005/2006.

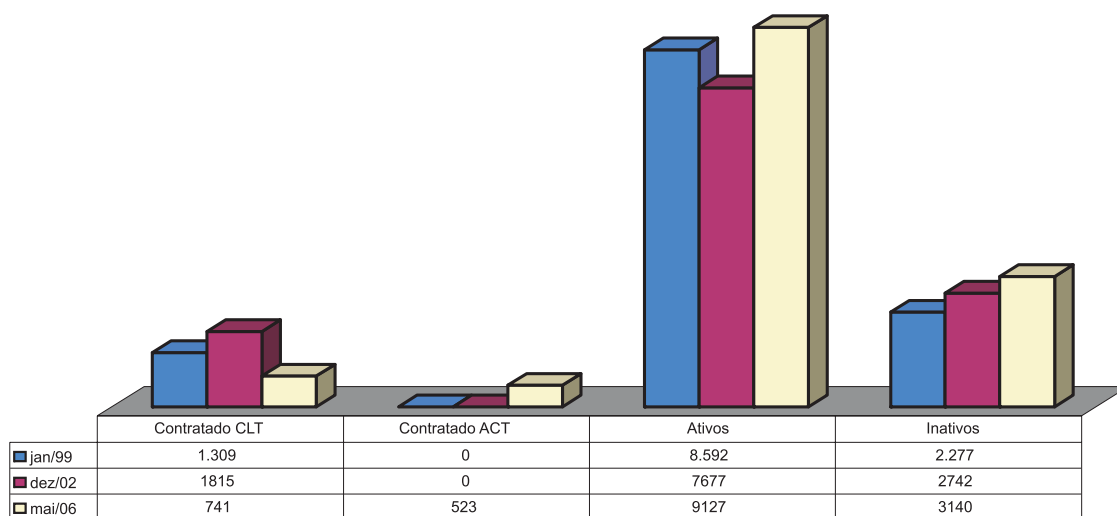


Fonte: Gerência de Recursos Humanos – SES/SC, 2006.

### 5.4.1 Vínculo da Força de Trabalho da SES/SC

A Figura 48 apresenta o quantitativo de pessoal da SES por tipo de vínculo, e a variação ocorrida entre 1999/2006. Destaca-se a **ampliação** do Quadro de Pessoal com a reposição dos servidores aposentados no período, e a tendência de **desprecarização** dos vínculos irregulares contratados pela CLT. Neste sentido, observa-se que os contratos pela CLT foram reduzidos no período, sendo substituídos por alguns contratos ACT e por servidores concursados. O incremento de pessoal foi positivo mesmo levando-se em conta as aposentadorias ocorridas no período.

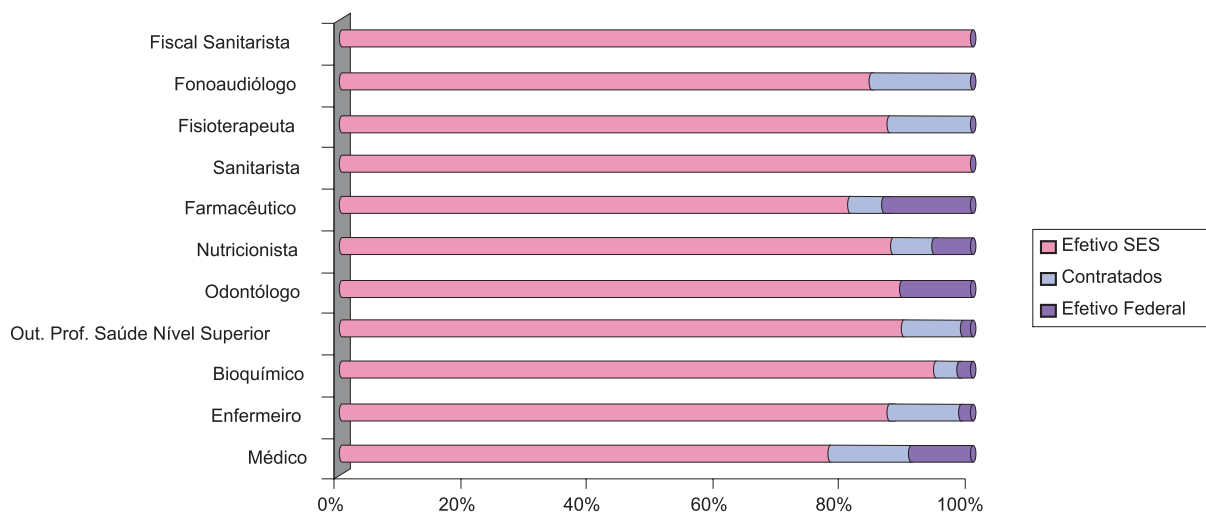
Figura 48: Quadro de Pessoal da SES/SC por tipo de vínculo, Período 1999/2006.



Fonte: Gerência de Recursos Humanos – SES/SC, 2007.

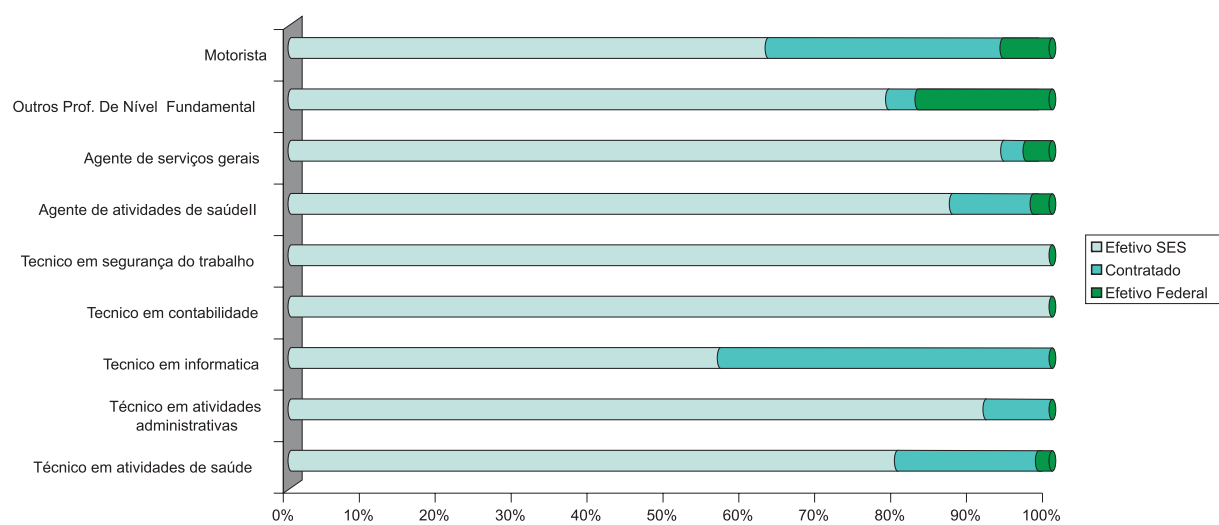
Observa-se, entre os servidores de nível superior, que algumas profissões (médicos, sanitaristas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos) têm os maiores percentuais de vínculos não estáveis. Salienta-se também a participação significativa de vínculos federais no quantitativo atual de farmacêuticos, médicos, nutricionistas e odontólogos que atuam na SES (Figura 49). Nos níveis médio e fundamental são motoristas, técnicos de informática e de saúde e técnicos em atividades de saúde as categorias com os maiores percentuais de vínculos não estáveis (Figura 50).

Figura 49: Distribuição das habilitações de nível superior da SES por vínculo administrativo no exercício de 2005/2006.



Fonte: Gerência de Recursos Humanos – SES/SC, 2007.

Figura 50: Distribuição das habilitações de nível médio e fundamental da SES por vínculo administrativo no exercício de 2005/2006.



Fonte: Gerência de Recursos Humanos – SES/SC, 2007.

## II – PROBLEMAS PRIORITÁRIOS





# 1. LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

<b>Atenção Básica</b>
1.1 Implementação incipiente da Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS.
1.2 Insuficiente implementação das ações de monitoramento e avaliação das metas dos indicadores de atenção básica, por parte dos gestores estadual e municipal.
1.3 A alta rotatividade aliada à insuficiência de oferta de cursos às equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde compromete a qualificação das equipes, ocasionando baixa produção e qualidade no atendimento à população.
1.4 Entre os indicadores de saúde não pactuados, pela maioria dos municípios, destaca-se o percentual de óbitos de mulheres em idade fértil, ocasionando a subenumeração dos óbitos maternos.
1.5 Os indicadores média mensal de visitas domiciliares por família e procedimentos odontológicos coletivos em saúde bucal na população até 14 anos apresentaram os piores percentuais em relação à meta pactuada por SC.
1.6 Problema de fidedignidade dos dados dos Sistemas de Informação com ênfase para o SIAB.
1.7 Duplicidade de registros de informações em diversos sistemas.
1.8 Tendência de diminuição do indicador consultas médicas básicas.
<b>Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar</b>
1.9 Déficit de cobertura assistencial nas especialidades médicas e odontológicas, exames, assistência farmacêutica e na alta complexidade.
1.10 Desigualdades macrorregionais na oferta dos serviços ambulatoriais de alta complexidade.
1.11 Escassez e má distribuição de recursos humanos para atuação nas especialidades médicas.
1.12 Baixa resolutividade dos serviços ambulatoriais e hospitalares.
1.13 Existência de hospitais que limitam-se a oferta das especialidades básicas.
1.14 Desigualdades macrorregionais na distribuição de leitos por habitantes.
<b>Serviços de Urgência e Emergência</b>
1.15 Insuficiente Regulação da rede assistencial hierarquizada pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar.
<b>Transplante de Órgãos e Tecidos</b>
1.16 Ausência de comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante, efetivas e atuantes nas Unidades de Saúde aptas para o atendimento de captação de órgãos e tecidos.

## 2. CONDIÇÃO DE SAÚDE

Mortalidade
2.1 Doenças do aparelho circulatório são a principal causa de óbito no Estado e apresentam alto percentual de internação hospitalar. Os principais fatores causais estão associados à hipertensão arterial, fumo e alta taxa de colesterol.
2.2 As neoplasias são a segunda causa de morte em SC, com destaque para as localizadas na região da traquéia, brônquios e pulmões e estômago.
2.3 Predomínio do câncer de mama e de colo de útero entre os óbitos femininos por neoplasias.
2.4 Altas taxas de morbimortalidade por acidentes e violência em especial no sexo masculino.
2.5 As mortes relacionadas ao aparelho respiratório, especialmente as relacionadas a doenças crônicas, têm importância significativa na população acima de 60 anos. Esse agravo está entre as principais causas de internação hospitalar.
2.6 Diabetes mellitus é uma importante causa das mortes por doenças endócrinas tendo maior incidência entre as mulheres.
2.7 Alta taxa de mortalidade por AIDS em Santa Catarina, com destaque para a Grande Florianópolis e o Vale do Itajaí.
2.8 O percentual de óbitos por causas mal definidas é alarmante, devido principalmente a debilidades no serviço de SVOs.
Morbidade Notificação Compulsória
2.9 Alta taxa de incidência de AIDS.
2.10 Alta prevalência de Hepatite B e C.
2.11 Alta prevalência de Tuberculose.
2.12 As doenças diarreicas agudas são causas importantes de morbimortalidade entre os catarinenses de 0 a 5 anos.
2.13 Aumento do número de casos de varicela nos anos de 2003 e 2004 com a agravante da não disponibilidade de vacina na rotina.
2.14 Aumento do número de caso de intoxicações e envenenamentos no Estado.
2.15 Risco de ocorrência de doenças zoonóticas.
2.16 Alta incidência de leptospirose no estado em 2005 se comparada com a média nacional no mesmo período.
Grupos Popacionais Específicos Saúde da Criança
2.17 Elevadas taxas de morbimortalidade em menores de 5 anos por causas evitáveis.
2.18 A mortalidade infantil no Estado ainda pode ser reduzida e o componente neonatal representa maior parcela das mortes menores de 1 ano.
2.19 Alto percentual de óbitos por causas mal definidas em menores de 1 ano.
Saúde da Mulher
2.20 O coeficiente de mortalidade materna é elevado em algumas macrorregiões.
2.21 Insuficiente oferta de consultas pré-natais em quantidade e qualidade.
2.22 Aumento do número de gravidez na adolescência.
2.23 O percentual de cesáreas é alto e com tendência crescente.
2.24 Aumento da incidência de AIDS entre mulheres a partir do ano de 2000, superando a média nacional.
2.25 Precária estrutura assistencial e inexistência de ações e políticas em relação a violência contra mulheres e crianças.
Saúde do Trabalhador
2.26 Presença de atividades econômicas de alto risco para saúde dos trabalhadores e falta de processo de alimentação cadastral das atividades de maior risco em todas as macrorregiões de SC.

2.27 Alto percentual de óbitos por acidentes de trabalho em faixa etária jovem, com destaque para mortes de crianças e adolescentes no Extremo e Meio Oeste, Planalto Norte e Vale do Itajaí.
2.28 Alto índice de perdas prematuras na faixa etária produtiva por acidentes de trânsito e outros acidentes incluindo acidentes de trabalho.
2.29 Alto percentual de registros ignorados no campo referente ao acidente de trabalho da Declaração de Óbito.
2.30 Incremento de registros nas CATs dos acidentes de trabalho com destaque para macrorregionais Sul, Planalto Serrano, Nordeste e Planalto Norte
2.31 Altos índices percentuais de doenças do trabalho relacionadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.
2.32 Falta de sistema de notificação dos agravos relacionados ao trabalho informal, do setor público, dos autônomos e especiais.
2.33 Falta de fluxo sistemático de informações entre os Centros Referência em Saúde do Trabalhador (Regionais e Estadual).
2.34 Falta de capacitação da rede básica e Pronto Atendimento Hospitalar para suspeitar e diagnosticar os agravos relacionados ao trabalho.
<b>Saúde da População Indígena</b>
2.35 As principais causas de adoecimento e morte na população indígena decorrem das precárias condições de vida a que são submetidos: carência alimentar, consumo de bebidas alcoólicas, vulnerabilidade às DST/AIDS, precariedade de moradias e deficiência de saneamento básico.
<b>Saúde Mental</b>
2.36 Incremento de transtornos mentais e comportamentais devido o uso de álcool e substâncias psicoativas.
2.37 Insuficiência de recursos materiais e financeiros.
2.38 Carência de recursos humanos e existência de contratos de trabalho temporários.
2.39 Despreparo no atendimento aos usuários dos serviços de saúde.
2.40 Falta de comunicação entre os serviços da rede de assistência e de protocolos que orientem as equipes de saúde mental quanto aos procedimentos adequados.
2.41 Concentração de leitos psiquiátricos na Grande Florianópolis.
2.42 Inexistência de leitos especializados em psiquiatria para tratamento de crianças e adolescentes, bem como tratamento específico para mulheres em todo Estado.
<b>Saúde Bucal</b>
2.43 Precariedade nas informações epidemiológicas e nos indicadores de avaliação da atenção.
2.44 Descumprimento das leis federal e estadual sobre a obrigatoriedade de fluoretação das águas de abastecimento público.
2.45 Baixa cobertura dos procedimentos coletivos odontológicos.
2.46 Déficit na oferta da Atenção Básica e nas ações especializadas em especial em algumas macrorregiões.

### 3. GESTÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE

3.1 Precária atuação dos organismos formais de controle social nas esferas do SUS.
3.2 Inexistência de definição dos perfis institucionais e inadequação dos perfis profissionais.
3.3 Concentração dos serviços de alta e média complexidade em algumas macrorregiões de saúde.
3.4 Ineficácia dos processos de regulação existentes, caracterizado pela precariedade dos sistemas de referência e contra referência determinante da qualidade do acesso aos serviços de saúde.
3.5 Inadequação do modelo organizacional da SES e das SDRs quanto à política de descentralização.
3.6 Estruturas e processos administrativos insuficientes para a gestão complexa dos serviços de saúde nas esferas de governo.
3.7 Insuficiência no financiamento da Atenção Básica.
3.8 Inexistência de um Plano Diretor de Investimento que contemple as necessidades regionais e os aspectos tecnológicos, físicos e humanos.
3.9 Subfinanciamento das necessidades de SC levando a um per capita menor entre os outros estados da região sul.
3.10 Fragmentação das ações entre as diversas áreas técnicas e administrativas das três esferas de gestão.
3.11 Dificuldades para a regulamentação da emenda constitucional N° 29.
3.12 Falta de autonomia administrativa para as unidades produtivas da SES.

## 4. SETOR SAÚDE

Ambiente e Saúde
4.1 Capacidade laboratorial insuficiente para o atendimento às diretrizes do Plano de Vigilância da Qualidade da Água (VIGIÁGUA).
4.2 Cobertura de água com indicador inferior ao observado na Região Sul, com destaque para as macrorregiões Extremo Oeste e Planalto Norte que apresentaram pouco mais da metade do contingente populacional coberto pelo serviço de abastecimento.
4.3 Os serviços de coleta, tratamento e destino de lixo aparecem com o pior índice de cobertura em relação aos estados vizinhos.
4.4 A macrorregião Oeste ainda apresenta coberturas muito baixas da rede coletora de dejetos ou fossa séptica nos domicílios, acarretando maior risco de adoecimento e óbito por infecções de veiculação hídrica aos habitantes da região.
4.5 Muitos municípios não cumprem as determinações do Programa Nacional de Controle de Qualidade da Água para consumo humano.
4.6 Ausência de avaliação e controle na utilização de tecnologias e produtos em saúde.
Pesquisa em Saúde
4.7 Insuficiência de recursos humanos tecnicamente preparados para ampliação das ações relativas à área de ciência e tecnologia.
Tecnologia e Insumos estratégicos – Assistência Farmacêutica
4.8 Definições políticas inadequadas ou ausentes para o setor e disparidades na concepção de Assistência Farmacêutica, nos diferentes níveis de gestão do SUS.
4.9 Demanda por medicamentos através do SUS crescente e não atendida satisfatoriamente.
4.10 Gastos elevados com medicamentos, agravado pelo crescimento das ações judiciais.
4.11 Elenco de medicamentos limitado.
4.12 Ausência de recursos financeiros para estruturar e qualificar os serviços de assistência farmacêutica.
4.13 Problemas no planejamento e execução das etapas do ciclo da assistência farmacêutica.
4.14 Insuficiência de recursos humanos tecnicamente preparados e não incorporação do profissional farmacêutico no processo de gestão e execução da assistência farmacêutica na rede pública de saúde.
4.15 Indefinição política de fomento ao desenvolvimento tecnológico e produção de medicamentos em SC.
4.16 Baixa incorporação da assistência farmacêutica nos diversos níveis de planejamento e desenvolvimento de ações de saúde.
4.17 Desconhecimento dos princípios norteadores do uso racional de medicamentos nos serviços de saúde.
Hemoderivados
4.18 Dificuldades no atendimento das solicitações de hemocomponentes, causados principalmente pelo credenciamento e/ou reclassificação de novos serviços de alta complexidade.
4.19 Recursos humanos e financeiros insuficientes para atender a demanda de Hemoterapia e Hematologia, ocasionando não prestação de alguns serviços, baixo investimento na capacitação de recursos humanos e dificuldades na incorporação de novas tecnologias ao processo de apoio finalístico do HEMOSC.
Apoio ao Diagnóstico – Rede Laboratorial
4.20 Rede de laboratórios públicos insuficiente para o atendimento da demanda.

4.21 Não informatização da Rede de Laboratórios.
4.22 Fragilidade das ações de controle e avaliação do Sistema de Saúde no atendimento do serviço de laboratório.
4.23 Insuficiência de Recursos humanos para atendimento da demanda.
<b>Força de trabalho em Saúde</b>
4.24 Dificuldade em levantar dados relativos à força de trabalho e capacidade instalada da saúde em SC, que impossibilita uma análise fidedigna das deficiências e das potencialidades.
4.25 Insuficiência de recursos humanos em saúde, no setor público, com ênfase nas Gerências Regionais de Saúde.
4.26 Concentração de profissionais especializados na Grande Florianópolis e Joinville em detrimento das demais regiões.
4.27 Política de qualificação dos trabalhadores do SUS com fragmentação entre as áreas e pouca ligação entre educação e gestão.
4.28 Pouca valorização salarial dos trabalhadores do SUS.
4.29 Percentual elevado de profissionais de nível médio e fundamental com vínculos não estáveis com destaque para as categorias: motoristas, técnicos de informática e de saúde.

III - OBJETIVOS, DIRETRIZES  
(METAS) E PREVISÃO  
ORÇAMENTÁRIA



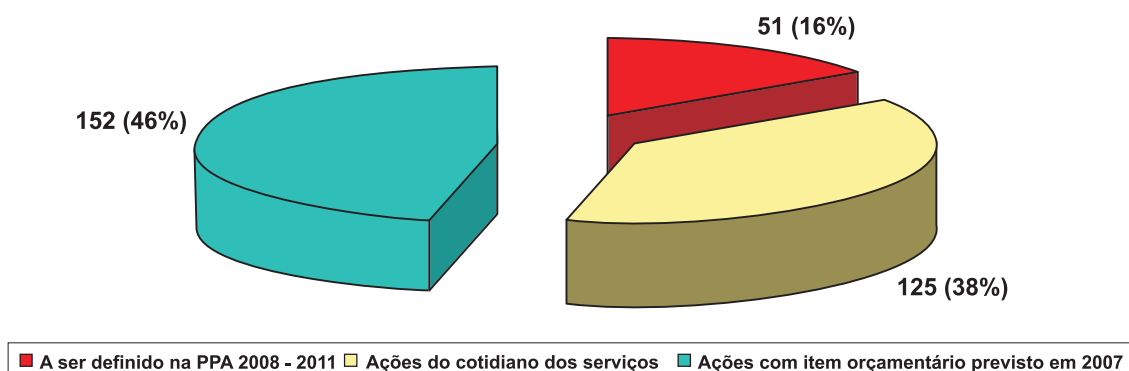


Neste capítulo analisa-se a factibilidade das ações propostas para 2007/2010, tendo como eixo norteador a proposta orçamentária para o referido exercício. Note-se que, sendo o Plano Estadual de Saúde um plano onde algumas ações estão previstas para um período além de 2007 e considerando a exigüidade do atual Plano Plurianual, identificaram-se as ações a serem priorizadas no próximo exercício e as que serão incluídas no PPA 2008-2011.

Observa-se ainda que algumas ações compõem o cotidiano das atividades administrativas da SES/SC, não havendo necessidade de previsão orçamentária, justificando-se assim a existência de ações sem indicação de item orçamentário específico.

A Figura 51 apresenta a distribuição das ações segundo itens de programas orçamentários. Percebe-se que das 328 ações previstas para resolver os 103 problemas priorizados no PES, cerca de 46% têm previsão orçamentária para o ano de 2007 e 38% são ações pertinentes ao cotidiano, incluídas no custeio administrativo da SES, ou seja, 84% das ações podem ter início no primeiro ano.

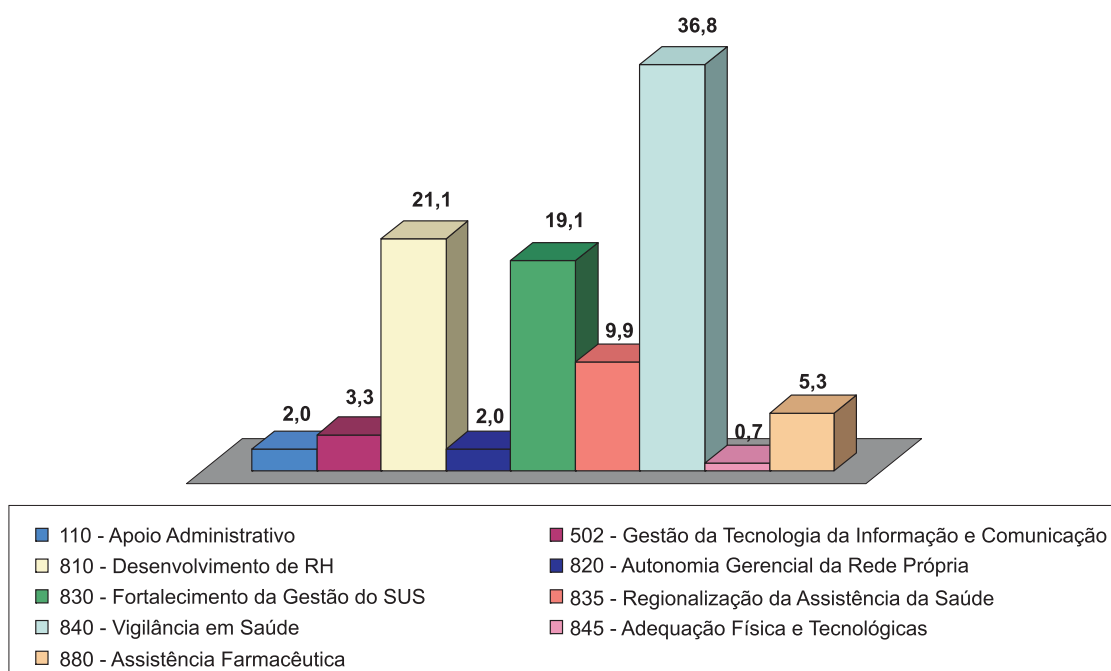
Figura 51: Distribuição das ações previstas no Plano Estadual de Saúde segundo origem dos recursos financeiros para sua execução.



Fonte: Gerência de Orçamento, SES/SC (2007).

Na Figura 52 observa-se que das 152 ações incluídas no orçamento de 2007, com exceção daquelas de custeio, a maioria refere-se a ações de Vigilância em Saúde (36,8%), desenvolvimento de recursos humanos (21,1%) e fortalecimento da gestão do SUS (19,1%).

Figura 52: Distribuição das ações previstas no orçamento para 2007, segundo itens de programas.



Fonte: Gerência de Orçamento, SES/SC (2007).

A seguir são apresentados individualmente os itens orçamentários de cada ação proposta.

# 1. LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

## Objetivos

- » Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias para assegurar qualificação na assistência e no acompanhamento dos municípios.
- » Reorganizar a atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção, a estruturação da rede de atenção às urgências e o incremento do sistema estadual de transplantes.
- » Regionalizar a oferta de tecnologia de maior complexidade observando as necessidades locais, e garantindo o acesso universal a sua utilização.

## Diretrizes

### QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE - EXPANSÃO E EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
garantir a participação financeira da Secretaria de Estado da Saúde no co-financiamento da ESF	Incremento correspondente a 25% do valor repassado pelo Ministério da Saúde 100% das equipes	A partir de 2007	840 - 4096 - Ações prog. Atenção Básica e PSF (4.4.40.41)
garantir a referência e contra referência aos serviços de média e alta complexidade.	Criação de centros regionais especializados	2007-2009	840 - 4130 - Ações prog. Combate AIDS ser definido no PPA 2008-2011
incluir serviços de odontologia na cobertura dos PACS nos municípios de SC	100% dos municípios	2007-2010	840 - 4096 - Ações prog. Atenção Básica e PSF
garantir a aquisição de equipamentos ao funcionamento da ESF nas SDR/Gerências de saúde.	100% das SDRs	2007-2009	40 - 4096 - Ações prog. Atenção Básica e PSF
Manter a oferta de consultas médicas básicas no estado (clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral).	Manter a oferta de 1,6 consultas/hab.	2007-2009	41 - 4096 - Ações prog. Atenção Básica e PSF
implementar a educação/formação dos trabalhadores do SUS por meio dos pólos de educação permanente e escolas do SUS.	100% dos trabalhadores	2007-2009	810 - 4114 – Capac. RH
garantir a implantação da política nacional de humanização do SUS nos municípios.	100% dos municípios	2007-2008	810 - 4114 – Capac. RH Recurso Outras Fontes – MS
assegurar a capacitação dos gestores municipais para utilização dos instrumentos de gestão, avaliação e pactuação dos indicadores da Atenção Básica.	293 gestores	2007-2008	810 - 4114 – Capac. RH

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
estabelecer protocolos de atendimento nas áreas da assistência à saúde, a partir da central de regulação.	Protocolos estabelecidos (nº)	2007-2008	502 – 1880 Gestão da Tec. da informação e comunicação
aprimorar instrumentos de avaliação de desempenho em saúde	Instrumentos de avaliação de desempenho aprimorados e critério estabelecido.	2007-2008	840 – 4096 – Ações prog. em saúde - Atenção Básica
aumentar a cobertura e a qualidade dos sistemas de informação utilizados no monitoramento e na avaliação da atenção básica, com ênfase para o SIAB.	100% dos municípios	2007	840 - 4096 -Ações prog. Atenção Básica e PSF502 - 6251 – Aquis. Manutenção e desenvolvimento de Software
fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros do PROCIS nos municípios	100% dos municípios incluídos no PROCIS	2008	840 - 643 –Ações prog. ESF PROCIS
implementar equipes multiprofissionais para atuarem na atenção básica dos municípios, buscando a integralidade da atenção.	100% dos municípios	2008-2009	42 - 4096 - Ações prog. Atenção Básica e PSF
estabelecer indicadores sociais e epidemiológicos agregados por região que incluam a saúde mental.	Indicadores definidos	2008	502 – 1880 Gestão da Tec. da informação e comunicação
garantir a implantação de serviços de referência na rede básica de saúde contemplando a homeopatia, fitoterapia e acupuntura.	Serviços implantados	2008-2010	840 - 4096 - Ações prog. Atenção Básica e PSF
garantir a atenção básica (Programa de Saúde da Família - PSF, Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS e unidades básicas de saúde)	100% dos municípios	Permanente	840 - 4096 - Ações prog. Atenção Básica e PSF

## EXPANSÃO E EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE DE SAÚDE

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
desenvolver a contratualização para todas as unidades assistenciais conveniadas ou próprias.	Ações e metas estabelecidas em 30% dos contratos	2007-2010	
credenciar os consórcios intermunicipais de saúde no SUS .	Consórcios credenciados	2007-2010	
disponibilizar serviços de saúde de média e alta complexidade com base na necessidade da população e de acordo com parâmetros assistenciais.	Número de Grupos atualizado na PPI de acordo com os parâmetros assistenciais.	2007	835 – Regionalização da Assistência da Saúde840 - 5291 – Des. Manut. Complexos reguladores
otimizar a instalação do serviço de telemedicina	Serviços implantados	2007	835 – Regionalização da Assistência da Saúde840 - 5291 – Des. Manut. Complexos reguladores
descentralização através da informatização, a marcação de consultas e exames macrorregionais.	Agendamento descentralizado e Informatizado	2007-2008	835 – Regionalização da Assistência da Saúde840 - 5291 – Des. Manut. Complexos reguladores
organizar a rede de média complexidade ambulatorial e supri-la com equipamentos de diagnóstico para prestação de serviços de média complexidade, de acordo com o Plano Diretor de Investimentos.	100% SDR/Regionais de Saúde	2007	835 – Regionalização da Assistência da Saúde840 - 5291 – Des. Manut. Complexos reguladores
implementar ou adaptar em parceria com os gestores municipais, Centros de Referência de Apoio Diagnóstico, Exames Complementares e Consultas Especializadas, garantindo o acesso através das Centrais de Agendamento	100% SDR/Regionais de Saúde	2007	835 – Regionalização da Assistência da Saúde840 - 4077 – Ações prog – Laboratórios Saúde Pública
assegurar acesso aos serviços e exames anatomopatológicos e exames de diagnóstico referentes à doença celíaca.	Garantir a pactuação para os 293 municípios	2007	835 – Regionalização da Assistência da Saúde840 - 4077 – Ações prog – Laboratórios Saúde Pública
implantar o Sistema Estadual de Toxicovigilância no Estado.	Sistema Implantado	2007-2008	A ser definido na PPA 2008-2011
garantir o acesso descentralizado aos insumos (órteses, próteses, medicamentos e outros), necessários aos pacientes com deficiência.	100% dos processos deferidos	2008	835 – Regionalização da Assistência da Saúde840 - 5291 – Des. Manut. Complexos reguladores
criar mecanismos de referência e contra-referência entre unidades e níveis de complexidade para atendimento ao paciente intoxicado.	Referências nas 8 macrorregiões	2008-2010	835 – Regionalização da Assistência da Saúde840 - 5291 – Des. Manut. Complexos reguladores
apoiar a implantação de um laboratório de referência em análises toxicológicas no estado de SC.	01 (um) laboratório implantado	2008	A ser definido na PPA 2008-2011

## REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E DE ALTA COMPLEXIDADE

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
implantar/implementar a Política Nacional de Humanização nas Unidades Hospitalares próprias e conveniadas no SUS.	100% das Unidades (15 Unidades)	2007	A ser definido na PPA 2008-2011
garantir o acesso de atendimento pelo SUS nos hospitais públicos próprios e terceirizados, de forma que todos os hospitais vinculados à estrutura da SES sejam efetivamente 100% SUS na sua operacionalização.	100% da rede hospitalar vinculada à SES (7 unidades)	2007	
implantar a Câmara de compensação de AIHs Inter-Estadual.	Câmara de compensação implantada	2007	
promover o desenvolvimento de serviços de atenção materno infantil de alta complexidade com distribuição regional para garantia da assistência neonatal e da gestante de alto risco.	Todas as macrorregiões	2007-2009	830 Fortalecimento da Gestão – incentivo regionalizado
Implementar a Política de Incentivo Hospitalar para os hospitais vinculados ao SUS, de acordo com o porte da Unidade Hospitalar, objetivando aumentar a eficiência, eficácia e integração dos serviços ao SUS.	Número de Hospitais que aderiram ao Incentivo	2007	820 – Autonomia gerencial da rede 830 - (3284) Custeio das Unidades assistenciais conveniadas; (8947) Manutenção das Unid Assist. Próprias
Concluir a construção do hospital materno-infantil de Joinville e do hospital regional de São Miguel do Oeste.	Hospitais em Construído	2007-2010	830 - (8947) Manutenção das Unid Assist. Próprias
promover a implantação e ampliação dos serviços credenciados de medicina nuclear, ressonância magnética, hemodinâmica, tomografia e radiodiagnóstico (arteriografia).	Serviços implantados e/ou ampliados nas 8 macrorregiões de saúde	2007-2008	835 – 2608, 3007, 3026 – Implantar ou adaptação de Centros Regionais de Atend. Diag e Terap. A ser definido na PPA 2008-2011
implantar e desenvolver a política e os Planos de Alta Complexidade nas áreas de Cardiologia, Nefrologia, Oncologia, Neurologia e Ortopedia.	Política e planos implantados	2007-2008	
ampliar a oferta de leitos de UTI nos hospitais próprios e vinculados ao SUS.	Garantir a oferta de acordo com os parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde (4%) (160)	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Equipar e ativar o hospital materno-infantil de Joinville e do hospital regional de São Miguel do Oeste.	Hospitais Equipado	2008-2010	830 - (8947) Manutenção das Unid Assist. Próprias
executar o projeto de reestruturação do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) para constituir-se em Centro de Referência em Medicina Física e Reabilitação, inclusive para o treinamento de RH.	Projeto implantado	2008	840 - 0080 – Manutenção do Centro Catarinense de Reabilitação
compor grupo de trabalho para discutir parâmetros de ampliação gradativa e constante da oferta de leitos de UTI adequados à realidade do estado de Santa Catarina, os quais passarão a orientar o setor.	Grupo de trabalho estruturado e definição de parâmetros	2008	

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
garantir oferta de leitos hospitalares para internação por doenças infecto-contagiosas.	Leitos ofertados conforme portaria ministerial	2008-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
construir sede própria para o Instituto de Cardiologia.	Sede construída	2009-2010	830 – 00076 Construção e equip. Inst Cardiologia

## REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Ação	Meta	Período	PPA
readequar, ampliar e equipar os Setores de Emergência/Urgência das Unidades administradas pela Secretaria de Estado da Saúde.	100% das unidades administradas pela SES (8)	2007-2009	835 - 2027 Imp. Equip. Hosp Reg Urg/Emerg
viabilizar a implantação e manutenção do transporte do Sistema de atendimento pré-hospitalar móvel e inter hospitalar para pacientes graves.	Sistema implantado	Permanente	835 – 3271 Implant e manut. Transp SAMU

## IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
promover estratégias com o objetivo de ampliar a captação de órgãos, visando o aumento do número de transplantes de órgãos e tecidos.	Incremento de 50%no número de captação de órgãos	2007-2008	
definir a Política de captação e transplante de órgãos e tecidos no Estado.	Política definida	2007	
implementar a rede de captação de órgão e transplantes (CIHODT).	Rede implementada	2008-2011	A ser definido na PPA 2008-2011





## 2. CONDIÇÃO DE SAÚDE

### Objetivos

- » Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, considerando a realidade, o perfil epidemiológico de cada região e os grupos populacionais mais expostos.
- » Promover a atenção à saúde de grupos populacionais mais vulneráveis mediante a adoção de medidas que contribuam para sua qualidade de vida.

### Diretrizes

#### CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
promover ações de orientação e fiscalização de produtos e serviços de interesse para consumo humano, objetivando impulsionar o pleno desenvolvimento industrial e comercial de produtos locais, incluindo a indústria do turismo, de forma permanente e quando da realização das grandes festas típicas regionais.	100% das SDRs	2007-2008	840 – 4068 – Ações prog em saúde – Vig. Sant.
Intensificar ações de Vigilância Epidemiológica nos municípios visando a manutenção do controle da Hanseníase no estado.	Curar 80% dos casos novos no ano	2007-2008	840 – 4132 Ações prog em saúde – Vig. Epidemiológica – PPI VS
reduzir a morbimortalidade da tuberculose pulmonar baculífera	Detectar mais de 70% casos	2007-2008	840 – 4132 Ações prog em saúde – Vig. Epidemiológica – PPI VS
	Curar 85% dos casos	2007-2008	840 – 4132 Ações prog em saúde – Vig. Epidemiológica – PPI VS
Consolidar parceria com a Secretaria de Estado da Educação e Inovação, visando a integração e a participação das instituições de ensino fundamental e médio nas campanhas de promoção da saúde de agravos prioritários.	Parceria estabelecida	2007-2008	
Implantar a vigilância do óbito Materno e Infantil	100% municípios com população acima de 80 mil habitantes (em 2007 são 13 municípios)	2007-2010	
assessorar os municípios nos aspectos pertinentes à promoção, prevenção e assistência à saúde de grupos populacionais vulneráveis específicos, a exemplo dos quilombolas em Campos Novos e da população sem terra em todo o Estado.	100% dos municípios assessorados (47 municípios)	Permanente	

## PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Manter a erradicação da poliomielite:	-	2007-2008	840 – 4132 Ações programáticas em saúde – Vig. Epidemiológica PPI VS
- vigilância da Poliomielite e PFA (notificação de casos);	16 casos/100 mil menores de 15 anos/ano		
- manutenção de cobertura vacinal de rotina contra a poliomielite nos menores de 1 ano;	Cobertura de 95%		
- manutenção de cobertura vacinal na 1 etapa da campanha de vacinação;	Cobertura de 95%		
- manutenção de cobertura vacinal na 2 etapa da campanha de vacinação.	Cobertura de 95%		
Manter eliminada a circulação do vírus selvagem do sarampo:	-	2007	A ser definido na PPA 2008-2011
- Manutenção de cobertura vacinal de rotina em crianças de 1 ano;	Cobertura de 95% na vacinação de rotina da vacina tríplice viral		
- Implementar a vacinação contra sarampo através da vacina tríplice viral para os demais grupos definidos no calendário de vacinação.	20% para os demais grupos definidos no calendário de vacinação		
assegurar índices de cobertura vacinal.	Pelo menos 95% em relação às doenças do calendário básico para as vacinas contra pólio, tetravalente, hepatite B, tríplice viral,	2007-2010	
	90% para BCG		
	100% para febre amarela, nos 28 municípios em área de transição epidemiológica		
prevenir a ocorrência da influenza em grupos específicos:	-	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
- manter campanha de vacinação contra influenza para população de 60 anos e mais.	Cobertura de 75%		
- implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação – SIVEP-GRIPE	Plano implantado		
implantar e consolidar o programa das hepatites virais.	Programa implantado nas 8 macrorregiões	2007	840 - 4132 - Ações prog. em saúde – Vig Epid. PPI VS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
controlar a ocorrência de casos de varicela em surtos em creches através de bloqueio vacinal.	Realizar bloqueio vacinal em 100% das crianças quando houver surto na creche	Permanente	A ser definido na PPA 2008-2011
Capacitar as coordenações municipais do PSF sobre as doenças imunopreveníveis e a prevenção através da vacina	Capacitar 100% das coordenações municipais do PSF no Estado	2008-2009	
instituir lei para obrigatoriedade de vacinação para ingresso no serviço público.	Lei instituída	2009	
implantação da vacina contra rotavirus.	Vacina implantada	2006	

## VIGILÂNCIA E CONTROLE DAS ZOOZOSES

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
monitorar a floração da taquara e a ocorrência de ratada nos municípios.	100% das ocorrências monitoradas	2007	A ser definido na PPA 2008-2011
flebotomíneos nos municípios que notificarem o 1º caso autóctone de Leishmaniose Tegumentar Americana	100% de monitoramento nos municípios que tiveram 1º caso autóctone de LTA	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
capacitar municípios com incidência de leptospirose maior pi igual do que a média do Estado para o controle de Roedores	Número de municípios capacitados	2007- 2008	
manter a vigilância e o controle do Aedes aegypti nos municípios.	100% dos municípios	Permanente	

## PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
implementar o Sistema Estadual de Toxicovigilância no Estado.	Sistema implementado	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
criar mecanismos de referência e contra-referência entre unidades e níveis de complexidade para atendimento ao paciente intoxicado grave.	8 macrorregiões	2007	
disponibilizar antídotos para tratamento das intoxicações nas SDRs.	50% das SDRs	2007-2008	A ser definido na PPA 2008-2011
implantar um Laboratório de referência em análises toxicológicas no estado de SC	Laboratório implantado e em funcionamento	2007-2008	A ser definido na PPA 2008-2011

## PREVENÇÃO E CONTROLE DA AIDS E OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
implementar as ações de redução de danos nas equipes de Saúde da Família em municípios não qualificados na política de incentivos às ações do HIV/AIDS	Ampliar em 50% o número de municípios que desenvolvem ações de redução de danos;	2007-2008	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS
	Realizar um seminário regionalizado sobre redução de danos e um seminário estadual.		
reduzir a incidência por AIDS no Estado desenvolvendo ações para garantir o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a ampliação da oferta dos insumos de prevenção	Pelo menos 30%, enfatizando a prevenção da transmissão vertical	2007-2008	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS
avaliar o impacto das ações das DST/HIV/Aids no Estado.	100% das ações monitoradas e avaliadas	2007	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS
execução dos 5 eixos de monitoramento dos planos e metas de acordos com a portaria ministerial 1679; evolução das metas do PAM; indicadores e índice composto de DST; execução dos recursos financeiros e parcerias com OSC.	100% das supervisões programadas	2007	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS
implementar as ações de vigilância do HIV e Sífilis.	100% dos municípios	2007	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS
cumprir a pactuação conforme deliberação da CIB para aquisição e distribuição de preservativos e medicamentos para DST e I.O.	100% do pacto	2007	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS
realizar seminário estadual para discutir a política de AIDS.	Seminário realizado	2007	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
realizar campanhas pontuais sobre prevenção as DST/HIV/Aids para informar a população geral do Estado.	No Carnaval e em 1º de dezembro	2007	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS
realizar evento para mensurar a qualidade da assistência em parceria com a Sociedade Catarinense de Infectologia.	Evento realizado	2007	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS
ampliar o diagnóstico do HIV/Aids e co-infecção para médicos que atuam na rede de Santa Catarina.	100% médicos da rede	2007	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS
manter o repasse de recursos financeiros para 15 municípios de Santa Catarina que desenvolvem ações de DST/HIV/Aids, que não foram contemplados na política de incentivo.	Repassar 100% dos recursos	2007	840-4130 Ações prog em saúde - AIDS
manter o repasse de recursos para Organizações da Sociedade Civil de Santa Catarina, conforme definido em portaria ministerial.	100% dos recursos	2007	830 – 0395 Tranf. à OSC
implementar a vigilância do subtipo circulante do HIV no Estado.	Vigilância implementada	2007	
manter o serviço de diagnóstico no Hospital Nereu Ramos, no Hospital Infantil (HD), no Hospital Homero de Miranda Gomes (HD) que desenvolvem ações de DST/HIV/Aids.	Qualidade e instituições mantidas	Permanente	830 - (8947) Manutenção das Unidades Assistenciais Próprias

## PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS ESPECÍFICAS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
divulgar a Política Nacional e Estadual de Promoção da saúde, bem como conhecer divulgar experiências exitosas no estado	100% das GERSA e municípios com mais de 100.000 hab	2007-2008	
Apoio técnico para qualificação de profissionais para o tratamento intensivo do fumante	100% dos municípios com tratamento de fumantes implantado segundo as normas do INCA com profissionais qualificados	2007	
Desenvolver ações educativas para incentivar práticas de vida saudáveis	Elaborar e distribuir material educativo	2007	840 4096 Ações Prog. em saúde - AB
organizar a Rede Estadual de Assistência em Nefrologia, Cardiologia e oncologia no Estado de Santa Catarina definindo os mecanismos de referência e contra referência e orientando as ações de prevenção e tratamento de doenças renais.	Credenciar as unidades prestadoras e os centros de referência conforme definido nos planos estruturantes específicos (15)	2007-2008	

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Descentralizar a Vigilância Epidemiológica das DANT nas GERSA e municípios com mais de 100.000 habitantes.	Vigilância descentralizada para 100% dos municípios com mais de 100.000 hab. e respectivas GERSA	2007-2009	
Descentralizar a capacitação de profissionais de saúde em Tabagismo para as GERSA	100% dos municípios com tratamento do fumante implantado segundo as diretrizes do Inca, com capacitação descentralizada	2008	
Divulgar a Política Nacional e Estadual de Vigilância Epidemiológica das DANT, bem como conhecer e divulgar as experiências exitosas no Estado	100% das Gerências e municípios com mais de 100.000 hab.	2008	

### ADOÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
prestar assessoria técnica às gerências regionais de Saúde para implantação e implementação das ações de atenção e prevenção dos casos de violência contra criança.	36 Gerências de Saúde	2007-2010	840 4096 Ações Prog. em saúde - AB
implementar ações de promoção de qualidade da atenção básica à saúde da criança.	20% dos municípios	2007	
assessorar tecnicamente e acompanhar a criação de comitês de incentivo ao aleitamento materno com participação do controle social.	08 comitês (1 por macrorregião)	2007-2010	
incentivar e acompanhar os municípios no desenvolvimento de ações programáticas na área da saúde do escolar.	36 Gerências de Saúde	2007	
implementar o acesso de portadores de deficiência visual e/ou auditiva ao programa órteses e próteses do Estado.	Nº de prestadores em Deficiência Visual	2007	830 – 3284 Custeio das unidades assistenciais conveniadas ao SUS
	Nr de prestadores em Deficiência Auditiva	2007	830 – 3284 Custeio das unidades assistenciais conveniadas ao SUS
promover ações para garantir o acompanhamento do recém nascido com vacinas, teste do pezinho, agendamento de consultas de puericultura.	100% de nascidos vivos com teste do pezinho realizado	2007	

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
incentivar e acompanhar a implantação de comitês de mortalidade infantil, qualificando a informação sobre esses óbitos de modo a conhecer melhor suas causas e determinantes para corrigir as falhas da assistência	Comitês de Mortalidade Infantil implantado nas 8 Macrorregiões	2007-2010	
	100% dos óbitos menores de 1 ano por causas mal definidas investigados quanto a sua evitabilidade		
	1 Relatório anual do Comitê com análise dos dados		
assessorar tecnicamente e acompanhar os municípios para garantir as metas de redução da mortalidade infantil estabelecidas no Pacto pela Vida: redução da mortalidade neonatal em 5%; redução em 50% os óbitos por doenças diarreicas e 20% por pneumonia	100% dos municípios	Permanente	
manter, implementar e ampliar ações de promoção de qualidade na assistência médico-hospitalar, através da Habilitação de hospitais Amigo da Criança.	Pelo menos 3 por ano no Estado.	Permanente	810 – 4114 Capacitação RH

## PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
prestar assessoria técnica às gerências regionais de Saúde para implantação e implementação das ações de atenção e prevenção dos casos de violência, abuso e exploração sexual contra adolescentes, em parceria com a Promotoria Geral da Justiça e Centro de Promotoria da Infância.	36 Gerências de Saúde	2007-2010	
incentivar e assessorar tecnicamente as gerências regionais de saúde e os municípios para a capacitação de jovens como multiplicadores de informações e agentes de mudança na promoção de fatores de risco à sua saúde.	10% dos municípios	2007-2010	
desenvolver atividades intersetoriais dirigidas para a prevenção da gravidez na adolescência e outros riscos da faixa etária (violência, DSTs, drogadicão, etc).	Gerências regionais de educação	Permanente	
incentivar e assessorar tecnicamente a implantação de programas de atenção, prevenção e promoção à saúde para os adolescentes em conflito com a lei, nos municípios onde existam unidades de internação para estes adolescentes.	03 unidades de internação	2008-2010	

## PROMOÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
fortalecer e acompanhar as ações programáticas em saúde para prevenção e atendimento dos casos de violência contra mulheres através da estruturação de redes de atendimento.	19 GERSAS	2007-2010	
desenvolver ações de sensibilização e capacitação das maternidades para realização do abortamento legal, seguro e humanizado.	19 GERSAS	2007-2010	810 – 4114 Capacitação RH
desenvolver seminários de atenção obstétrica e neonatal para as maternidades	nº de maternidades de Alto Risco (10 Maternidades)	2007-2010	810 – 4114 Capac. RH840 4096 Ações Prog. em saúde -AB
capacitar as maternidades para implantar e implementar a Lei do Acompanhante;	19 GERSAS		811 – 4114 Capac. RH840 4096 Ações Prog. em saúde -AB
capacitar as Gerências de Saúde para implantação de Comitês Regionais Municipais/Hospitalares de Mortalidade Materna na definição de causa mortis e detecção de falhas da assistência.	Comitês de Mortalidade Materna implantado e consolidados nas 18 Regionais de Saúde.	2007	810 – 4114 Capac. RH810 – 4114 Capac. RH
capacitar a Vigilância Epidemiológica das Gerências de Saúde e dos municípios para a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil.	19 Gersas	2007-2009	811 – 4114 Capac. RH810 – 4114 Capac. RH
ampliar o credenciamento para a atenção obstétrica de alto risco nas maternidades que já realizam o atendimento.	nº de maternidades credenciadas	2007-2009	830 – 3284 Custeio das unidades assistenciais conveniadas ao SUS
capacitar a rede de Atenção Básica à Saúde quanto a implementação da atenção à saúde reprodutiva no Estado.	100% dos municípios	2007-2009	
fortalecer as ações de planejamento familiar com destaque para ampliação dos serviços de laqueadura e vasectomia.	36 SDR's	2007-2010	
viabilização junto à diretoria de regulação e MS da desvinculação do procedimento laqueadura e vasectomia da AIH	100% dos municípios	2007-2008	
implantar salas de vacina nas maternidades públicas estaduais e garantir a vacinação do recém-nascido nas primeiras 12 horas de vida nas maternidades credenciadas.20	nº de maternidades Públicas Estaduais com sala de vacina implantada	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
promover ações e pactos locais de forma a apoiar os gestores municipais na ampliação das ações de planejamento familiar, na atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e na atenção ao climatério.	36 SDR's	2007-2008	
promover ações para garantir o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.	Comitês de incentivo ao aleitamento materno implantado nas 8 macrorregiões	2007-2010	



Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Investigar todos os óbitos de mulheres em idade fértil.	100% dos óbitos	2007-2010	
Investigar e analisar todos os óbitos maternos ocorridos nas GERSAS	36 GERSAS	2007-2009	
promover ações e pactos locais envolvendo instituições e movimentos sociais de forma a apoiar os gestores municipais na qualificação da atenção a mulheres e crianças, ampliando o acesso e garantindo a atenção humanizada e a qualidade dos serviços de pré-natal.	Pelo menos 3 Hospitais habilitados como "Amigos da Criança"	2008-2009	
Assessorar tecnicamente e acompanhar os municípios para garantir a realização da cirurgia de alta frequência técnica para lesões de colo de útero.	100% dos municípios	2008-2010	
pactuar com o MS e municípios a aquisição dos insumos para o planejamento familiar.	100% dos municípios	2008	
Capacitação em SISCOLO	19 GERSAS	2008	
Capacitação em SISMAMA	19 GERSAS	2008-2010	

## PROMOÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO VOLTADA À QUALIDADE DE VIDA

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Prestar assessoria técnica às gerências regionais de Saúde para implantação e implementação das ações de atenção e prevenção dos casos de violência contra o idoso.	Nas 36 Gerências de Saúde	2007-2010	
Promover ações para articular o Programa de Saúde do Idoso com os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, com vistas à integração assistencial nas atividades de todas as equipes de PACS e PSF implantadas no Estado.	36 SDRs	2007-2008	
Capacitação das equipes de PSF e ACS acerca da atenção à saúde do idoso.	36 SDRs	2007-2010	

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Implantar e cadastrar Centros de Referência nas 8 macrorregiões de saúde, contemplando: assistência domiciliar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia geriátrico e leitos de hospitais gerais e assistência.	8 Macrorregiões	2007-2008	830 – 3284 Custeio das unidades assistenciais conveniadas ao SUS
Elaborar Manual de Atenção Básica e saúde para a pessoa idosa tendo como referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso para subsidiar a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços de atenção à saúde desse grupo populacional.	Manual elaborado	2007	840 – 4096 Ações Programáticas em Saúde - AB
Assessorar as GERSAS na organização da atenção à pessoa idosa, conforme orientado na Pacto pela Vida em especial nos aspectos do acolhimento, atenção diferenciada na internação e atenção domiciliar	100% GERSAS	2007-2010	
Atuar na divulgação da campanha de vacinação ao idoso contra influenza. Ações de conscientização do idoso quanto à necessidade da vacina contra a gripe.	36 SDRs	Permanente	
Elaborar o Plano Estadual de Saúde do Idoso de forma a contemplar as propostas aprovadas na Conferência Nacional da Pessoa Idosa, pertinentes às necessidades da referida população em Santa Catarina	Plano aprovado pelo CES	2008	

## ROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR COM MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DA ATENÇÃO À SAÚDE

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Garantir a política de saúde do trabalhador definida no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador.	30% dos municípios	2007	
Garantir a contratação e manutenção de equipe técnica para o CEREST Estadual, conforme preconiza a RENAST.	Equipe mínima de 15 técnicos	2007-2008	A ser definido na PPA 2008-2011
Implantar a investigação de óbitos na faixa etária produtiva em municípios da área de abrangência dos CERESTs regionais	30% dos municípios catarinenses	2007	
Implantar sistema de informações de abrangência estadual dos agravos relacionados ao trabalho, conforme Portaria MS 777/2004, estabelecendo a integração com as Vigilâncias Sanitárias e Epidemiológicas regionais e locais.	50% Gerências regionais e	2007-2008	

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
	20% dos municípios		
Promover capacitações dos profissionais da rede básica dos municípios e Pronto-Atendimento hospitalar para diagnosticar e notificar os agravos relacionados à saúde do trabalhador.	20% dos municípios	2007-2008	810 - 4114 Capacitação RH
Inserir no PPA ações de saúde do trabalhador, garantindo o financiamento efetivo do Estado.	Inserir financiamento para todos os municípios pólos de CERESTs	2007	
Incluir as ações de Saúde do Trabalhador na PPI das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e da Assistência, garantindo a atenção regional e as referências de média e alta complexidade necessárias para esta área.	20% dos municípios	2007	
Fortalecer o controle social em todas as suas instâncias, garantindo apoio logístico para manutenção da Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador (CIST Estadual) e criação das CISTs locais.	Manutenção da CIST estadual	2007	830 – 9092 Manutenção do CES e ações do controle social
Criar o Conselho Gestor para o acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador	Conselho Gestor criado	2007	830 – 9092 Manutenção CES
Promover e/ou participar de estudos, pesquisas e avaliações de risco e agravos à Saúde do Trabalhador existentes no processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam à saúde.	nº Produções científicas	2007	830 – 9091 Núcleo de C&T
Capacitar os profissionais das Gerências de Saúde do Estado visando garantir a implantação e manutenção das ações de Saúde do trabalhador em todas as macrorregiões do Estado.	50% da Gerências de Saúde	2007	810 – 4114 Capacitação RH
Gestionar junto à Secretaria de Estado da Educação e Inovação a inclusão de conteúdo teórico sobre promoção e prevenção da saúde do trabalhador no ensino fundamental, prestando assessoria sobre aspectos técnicos específicos.	Conteúdo incluído no plano de aula das unidades de ensino.	2007-2010	
Promover ações que assegurem a erradicação o trabalho infantil em Santa Catarina	nº de Ações implementadas	2007-2010	840 4068 Ações programáticas de Vigilância sanitária
Implementar ações de monitoramento das informações da saúde do trabalhador.	nº ações monitoradas	Permanente	840 – 4132 Ações programáticas de Vigilância Epidemiológica
Prestar cooperação técnica aos Municípios, para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador.	50% dos municípios	Permanente	

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Implantar o observatório estadual em saúde do trabalhador, incluindo a atualização das informações sobre os processos produtivos nas macrorregiões.	Observatório em funcionamento em 50% dos centros de regionais de saúde do trabalhador fornecendo informações para o observatório	2008-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Estabelecer normas complementares na área de saúde do trabalhador, no âmbito de atuação da SES, em especial o código sanitário estadual.	Inclusão de um capítulo específico no novo Código Sanitário Estadual	2008	

## MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Estabelecer parceria com a FUNASA a fim de assegurar que a rede de atenção à saúde da população indígena esteja orientada pelos princípios e diretrizes do SUS.	Município que assinaram o Termo de acesso a população indígena	2007-2008	

## CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Implantar a rede estadual de assistência à pessoa com deficiência física incluindo os vários níveis de atenção do sistema.	8 unidades de reabilitação de nível intermediário	2007	830 – 3284 Custeio das unidades assistenciais conveniadas ao SUS
Monitorar e avaliar sistematicamente as unidades cadastradas para prestação de Serviços de Reabilitação Física no Estado.	100% das unidades cadastradas	2007	A ser definido na PPA 2008-2011
Promover ações para capacitar técnicos das regionais e unidades credenciadas sobre o sistema de assistência em reabilitação, seus pressupostos, fluxos, instrumentos, sistema de avaliação.	nº Capacitações realizadas	2007	
Implantar a Rede Estadual de Atenção ao paciente com deficiência auditiva com a integração dos vários níveis de atenção do sistema de saúde.	Rede em funcionamento	2007-2008	830 – 3284 Custeio das unidades assistenciais conveniadas ao SUS
Disponibilizar informações necessárias para que a família, organizações profissionais e educacionais possam identificar sinais que caracterizem algum tipo de deficiência e façam o encaminhamento imediato.	Informações disponíveis	2007	

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Criar grupo de acompanhamento da rede de assistência à pessoa com deficiência composto por SES/CIB/CES/CONEDE, o qual deverá observar e gerenciar junto aos órgãos competentes o cumprimento das deliberações da I Conferência Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência e do Decreto 3298 sobre o acesso dos portadores de deficiência aos serviços de saúde.	1 grupo implantado e atuante	2007	
Implementar os serviços de atenção à pessoa com deficiência visual e ostomizados.	serviço p/ deficiência visual implantado	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
	serviço p/ ostomizados implantado	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Estabelecer critérios, rotinas e fluxos de concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.	Manual de concessão de órteses, próteses aprovada na CIB	2008	
Definir e implantar entre as regiões do Planalto Serrano, Planalto Norte, Meio Oeste e Extremo Oeste, a segunda unidade de referência de Serviços de Medicina Física e Reabilitação com a colaboração dos gestores municipais.	1 unidade de referência implantada	2008-2010	810 – 4114 Capacitação RH

## IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PRISIONAL

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Acompanhar a execução do Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional, em parceria com a Secretaria de Segurança Pública, da Comissão Conjunta das Secretarias, com participação de representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde.	Grupo de Acompanhamento Criado	2007	
Garantir a inclusão da população prisional na PPI da Assistência à saúde.	População prisional incluída nos parâmetros da PPI da assistência	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Designar farmacêutico à assistência das unidades prisionais.	Farmacêutico designado	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Realizar seminário estadual do Sistema Prisional sobre DST/AIDS.	Seminário Realizado	2007	840 – 4130 Ações Programática em Saúde - AIDS

## PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E COMBATE À DESNUTRIÇÃO

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Fomentar ações de promoção e prevenção em saúde específica para vigilância alimentar e nutricional nas regionais.	56 municípios do PROCIS	2007	
Implantar/implementar sistema de informações da Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN.	80% dos municípios (234 municípios)	2007-2010	502 Gestão Tec. Inform. E Comunicação
Implantar política de esclarecimento ao cidadão sobre a importância da segurança alimentar.	Atividade de promoção da saúde realizada	2007-2010	
Credenciar hospitais de porte II e III para a Terapia Nutricional Enteral e Parenteral	Nº Unidades credenciadas	2007	830 – 3284 Custeio das unidades assistenciais conveniadas ao SUS
Implantar Plano de Terapia Nutricional no Estado	Plano executado	2007	

## AMPLIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Expandir a rede ambulatorial em Saúde Mental, especialmente os Serviços de Saúde Mental (Atenção Básica) e os CAPS, incluindo CAPS I, II e III.	45 Serviços de Saúde Mental	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
	47 CAPS sendo: 22 I e II, 13 I, 9 II e 3 III.		
Identificar hospitais gerais para atendimento nas áreas de álcool e outras drogas, conforme Portaria ministerial, estabelecendo-se referências regionais.	08 macrorregionais	2007-2010	
Ampliar em, pelo menos, 50% dos municípios a implantação do Programa de Redução de Danos ao Uso de Drogas, com a formação de agentes redutores de danos.	50% dos municípios	2007-2010	840 - 4083 Ações Programáticas em Saúde – Saúde Mental
Oferecer atendimento hospitalar em Saúde Mental para crianças e adolescentes mediante o credenciamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.	26 leitos	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Aprovar e implementar o Projeto de redistribuição dos leitos psiquiátricos, visando contemplar a assistência hospitalar.	08 macrorregiões do Estado	2007-2010	
Implantar serviços de urgência psiquiátrica, preferencialmente, nos municípios com mais de 200 mil habitantes e estabelecer protocolos de funcionamento.	04 municípios	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Garantir a continuidade do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, conforme Lei 10.216/2001 e Portaria ministerial, que visa à redução gradual dos leitos de hospitais psiquiátricos.	80 leitos	2007-2009	840 - 4083 Ações Programáticas em Saúde – Saúde Mental
Realizar fóruns e/ou reuniões em parceria com as Gerências de Saúde e os municípios, com o objetivo de articular e implementar ações de saúde mental e organizar e consolidar a rede de serviços do SUS nos municípios.	Fóruns e reuniões nas 36 SDRs	2007-2010	840 - 4083 Ações Programáticas em Saúde – Saúde Mental
Estimular os gestores municipais de saúde a aderirem ao Programa de Volta para Casa, conforme Lei nº 10.708 de 31/07/03, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo período de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão do auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.	100 beneficiários	2007-2010	840 - 4083 Ações Programáticas em Saúde – Saúde Mental
Promover em parceria com os Pólos de Capacitação Permanente e/ou outros setores, a educação continuada dos profissionais da rede pública de saúde mental (área ambulatorial e hospitalar).	16 eventos	2007-2010	840 - 4083 Ações Programáticas em Saúde – Saúde Mental
Implantar e cadastrar Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no âmbito do SUS, conforme portarias ministeriais, para atendimento ao portador de transtorno mental, incluindo os pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.	16 SRTs	2007-2010	830 – 3284 Custeio das unidades assistenciais conveniadas ao SUS
Assessorar os municípios visando à implementação da rede de atenção em saúde mental.	100% dos municípios	2007-2010	
Monitorar periodicamente, os serviços (ambulatorial e hospitalar) de Saúde Mental, visando melhorar a qualidade da assistência prestada, bem como reforçar a importância do novo modelo de atenção em saúde mental.	600 supervisões in loco	2007-2010	840 - 4083 Ações Programáticas em Saúde – Saúde Mental

## AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Estabelecer mecanismos que permitam fiscalizar o grau de cumprimento da legislação sobre fluoretação das águas nos municípios catarinenses promovendo ações de Vigilância Sanitária em odontologia – heterocontrole do flúor.	50% dos municípios com SIS Água	2007-2010	
Organizar e implementar uma Rede de Serviços Odontológicos Especializados no Estado, regionalizando os serviços especializados de saúde bucal de acordo com a Política Nacional do setor.	Implantar 47 CEOs	2007-2010	840 – 589 Ações Prog. em Saúde Bucal - Especializada
	9 LRPD		841 – 589 Ações Prog. em Saúde Bucal - Especializada
Aumentar o acesso à atenção odontológica através da inserção transversal de saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: por linhas de cuidado (especialidade própria da idade – criança, adolescente, adulto e idoso) e por condição de vida – saúde da mulher, do trabalhador, do presidiário, dos diabéticos, dos portadores de necessidades especiais, etc.	Aumentar em 5% o acesso em 2006 (5.599.290)	2007-2010	
Expandir a todos os municípios os procedimentos coletivos em Saúde Bucal.	293 municípios	2007-2010	
Implantar/implementar ações de promoção e controle do câncer de boca.	100% dos CEOS do Estado	2007-2010	841 – 589 Ações Prog. em Saúde Bucal - Especializada
Estimular a integração entre o setor saúde e as escolas de odontologia de SC, visando a formação de cirurgiões-dentistas adequada à necessidade do SUS.	Reforma curricular nas sete faculdades de odontologia de SC, adequando à realidade do SUS	2007-2008	
Assegurar o cumprimento da Lei Federal 5060/1974 sobre a obrigatoriedade de fluoretação das águas de abastecimento público.	Assegurar cobertura em 100% dos municípios com ETA	2007-2010	
Instalar e operacionalizar Cursos de Formação de ACD e THD em SC.	2 Cursos	2007-2009	810 – 4114 Capact. RH
Definição de política de educação permanente para trabalhadores em saúde bucal, visando cursos de capacitação para CDs, ACDs, THDs e supervisores de odontologia das Gerências de Saúde.	10 Projetos de capacitação	2007	
Organizar e desenvolver medidas de prevenção e controle de infecções cruzadas em serviços de odontologia.	4 cursos regionalizados	2007	841 – 589 Ações Prog. em Saúde Bucal - Especializada 810 – 4114 Capact. RH



Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Implantar a atenção odontológica através do PSF.	1º - 100% dos municípios;	Permanente	
	2º - estabelecimento da relação 1,5 ESB/ESF		
Promover ações para qualificar a informação do SIA e SIAB criando indicadores que permitam o monitoramento e a avaliação das condições de saúde bucal da população.	100% dos municípios	Permanente	
Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, através do acompanhamento dos Indicadores de saúde bucal.	100% dos municípios	Permanente	
Estimular e assessorar os municípios de SC à realização de levantamento epidemiológico de saúde bucal.	100% dos municípios	Permanente	840 – 4096 Ações Prog. em Saúde - AB
Elaborar proposta de monitoramento das ações de odontologia com acompanhamento do impacto das ações especializadas na saúde da população.	1 Sistema aplicado em toda a rede.	Permanente	

## REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Consolidar a parceria com a Secretaria de Estado da Segurança Pública, visando o desenvolvimento de ações de combate à violência, especialmente a doméstica e Sexual. (Mulher, Criança e Adolescente).	Parceria Estabelecida	2007-2010	
	Ações desenvolvidas em 100% dos municípios com Rede de Atendimento a vítimas de Violência Doméstica e Sexual		
Elaborar e divulgar trabalhos sobre a morbimortalidade relacionada a acidentes e violências que possam contribuir como subsídio para definição de uma política estadual de redução de acidentes e violências.	Trabalho elaborado e divulgado	2007-2008	
Assessorar 13 GERSA's no desenvolvimento de ações em Saúde para prevenção da violência Doméstica e Sexual. ( Mulher, Criança e Adolescente)	13 GERSA's	Permanente	
Divulgar os resultados do inquérito de Violências (Viva) realizado em 2007	Inquérito divulgado	2008	
Realizar um encontro estadual sobre Dant.	Encontro Realizado	2008	810 – 4114 Capact. RH
Implantar a notificação de Violências nas unidades da Rede de Atendimento à Violência Sexual e Doméstica	100% dos municípios com unidades de atendimento à Violência Sexual e Doméstica implantada	2008	

### 3. GESTÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE

#### Objetivos

- » Aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão descentralizada.
- » Aprimorar os processos de negociação e pactuação dos serviços, assegurando a atenção integral de acordo com as necessidades e demandas locais.
- » Assegurar a destinação de incentivos financeiros próprios para investimento e custeio das ações de saúde

#### Diretrizes

##### QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO NA GESTÃO DO SUS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Elaborar e implementar a Política de Humanização para o Estado de Santa Catarina de acordo com as diretrizes pelo MS.	Todo o Estado	2007-2010	810 – 4114 Capacitação RH
Promover a capacitação gerencial dos profissionais em cargo diretivo das unidades da Secretaria de Estado da Saúde, fortalecendo a gestão do SUS/SC.	1 Curso/ano	2007-2010	811 – 4114 Capacitação RH
Realizar, em parceria com o Ministério da Saúde, o Curso de Gestão Municipal de Saúde aos gestores.	100% dos gestores	2008-2010	812 – 4114 Capacitação RH

##### APERFEIÇOAMENTO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA E REGIONALIZAÇÃO DO SUS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Constituir equipe multidisciplinar para atender todas as áreas que envolvem o trabalho das gerências de saúde	36 equipes	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Adequação da estrutura organizacional da SES quanto à política de descentralização.	Estrutura adequada	2007-2010	
Providenciar a estruturação organizacional das gerências regionais de saúde.	100% das SDRs	2007-2010	830 - Fortalecimento da Gestão
Modernizar as estruturas físicas e tecnológicas das unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde, proporcionando ambiente operacionalmente eficiente aos serviços novos e aos já existentes.	Nº Unidades Modernizadas	2007	
	Nº Obras concluídas	2007-2010	830 – Fortalecimento da Gestão e A ser definido na PPA 2008-2011

Acompanhar e apoiar os municípios para o cumprimento do "Pacto da Atenção Básica".	100% dos municípios	2007-2010	
Garantir, em parceria com os municípios, o cumprimento da Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência e a equidade do acesso da população aos serviços assistenciais.	Produção dos serviços de saúde de acordo com o preconizado na PPI.	2007-2010	
Atualizar o Plano Diretor de Regionalização das ações e serviços de assistência à saúde.	PDR revisado	2007	
Regulamentar o fluxo das pactuações no SUS, esclarecendo que as deliberações da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) devem ser submetidas à apreciação do respectivo Conselho Estadual de Saúde.	Fluxos regulamentados com apreciação do CES	2007	
Integrar os sistemas municipais de saúde em sistemas regionalizados e hierarquizados, através de sistemas eficientes de referência e contra-referência, centrais de regulação e instrumentos de controle ( autorização de procedimentos on-line)	Sistemas de referência e contra-referência eficientes	2007	
Participar do Pacto de Concertação com as três esferas de governo, coordenado pela Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão.	Participação efetivada	2007	

## CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Garantir o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 conforme resolução do Conselho Nacional da Saúde 322/04 em todas as esferas de governo em conformidade com os respectivos planos.	100% dos recursos alocado conforme recomendação da EC 29	2007-2010	

## Objetivo

- » Fortalecer a gestão democrática do SUS, garantindo a participação dos trabalhadores de saúde do sistema na gestão dos serviços e assegurando condições ao pleno exercício do controle social.

## Diretrizes

### APRIMORAMENTO DAS INSTÂNCIAS E PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Acompanhar o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, visando garantir o exercício do Controle Social.	100% da demanda	2007	831 – 9092 Manutenção do CES
Realizar anualmente Plenária Estadual de Conselheiros de saúde para discutir financiamento do SUS, cumprimento da EC 29 e organização do controle social no Estado.	1 plenária realizada/ano	2007-2010	832 – 9092 Manutenção do CES
Reavaliar a proposta metodológica de capacitação de conselheiros de saúde no Estado, integrando à proposta de Educação permanente do SUS.	reavaliar capacitação 1000 conselheiros capacitados	2007-2008	810 – 4114 Capacitação RH
Realizar as conferências temáticas previstas nos referidos conselhos.	Nº Conferência realizada	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Aprimorar os canais de comunicação com as entidades corporativas – associações, sindicatos e conselhos, possibilitando a formação e ampliação de consensos em torno de interesses coletivos.	Manutenção do Portal Controle Social	2007	
Divulgar, através dos meios disponíveis, as reuniões e as decisões tomadas pelos conselhos.	100% das deliberações e Atas do CES divulgadas	2007-2010	830 – 9092 Manutenção do CES
Promover o cadastramento dos CMS junto ao cadastro nacional de conselhos.	100% dos municípios	2007	
Estimular a criação de Conselhos Gestores nos hospitais públicos e privados contratados pelo SUS.	Nº de Conselhos Gestores Criados	2007	830 – 9092 Manutenção do CES
Assegurar a manutenção do Conselho Estadual de Saúde e ações do controle social.	CES funcionado	Permanente	830 – 9092 Manutenção do CES

## IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS DE GESTÃO PARTICIPATIVA

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Ampliar o Sistema de Ouvidoria da Saúde (0800 482 800), de forma a consolidar um canal de comunicação entre os gestores e os usuários do sistema de saúde, permitindo identificar necessidades e buscar soluções.	Nº de reclamações	2007-2010	830 – 9087 Manut. Unidades Administrativas da . SES
Estabelecer ações conjuntas com o Ministério Público, visando sanar as distorções ocorridas no atendimento do usuário do SUS.	Apurar 100% das reclamações e denúncias	Permanente	

## FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Implantar o Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde, tendo como referência a adequada formação profissional, os direitos trabalhistas e o desenvolvimento funcional.	PCCV implantado	2007-2008	110 – 4365 Administração de RH
Implementar a mesa estadual com o objetivo de estabelecer o fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS	Mesa de negociação implantada	2007-2008	
Contratação por concurso público, de profissionais especializados para atuarem nos serviços de saúde.	Nº de profissionais (SES) Contratados por Concurso	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Recompor o quadro funcional da Secretaria de Estado da Saúde, com destaque para as necessidades identificadas neste Plano: gerências de saúde, urgência e emergência, assistência farmacêutica, saúde mental, hemorrede, oncologia, laboratórios, assistência especializada em algumas macrorregiões.	100% das necessidades identificadas e quando da implantação de novos serviços	2008-2010	A ser definido na PPA 2008-2011

## Objetivo

- » Implementar uma política de educação permanente para o SUS, em conjunto com a Secretaria Estadual da Educação, os demais entes federados e as instituições formadoras, tendo como diretriz as necessidades de saúde e do SUS; enfocando os serviços de saúde como locais de ensino-aprendizagem; a inserção da temática da saúde na escola; o trabalho na equipe de saúde; e a realização de educação constante para a gestão das políticas sociais.

## Diretrizes

### IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E DA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Estabelecer a Política Estadual de Recursos Humanos para a Saúde, em consonância com a Política Nacional e gestão do trabalho e Educação na Saúde.	Obediência às tendências da NOB-RH	2007-2010	
Estabelecer a Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos que atenda às necessidades decorrentes da descentralização das ações e serviços de saúde.	Política implantada	2007-2010	
Realizar capacitações/formações dos trabalhadores do SUS de forma a superar as fragmentações por programas, construindo projetos baseados na lógica da educação permanente com discussão nos pólos de Educação Permanente e escolas do SUS.	100% das demandas atendidas	2007-2010	810 – 4114 Capacitação RH
Estabelecer parcerias com instituições de ensino superior, visando a especialização de profissionais na área da Saúde da Família.	Nº Parcerias estabelecidas	2007-2010	
Promover capacitação/formação de trabalhadores do SUS nas regionais de saúde com ênfase aos temas de prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, vigilância e controle de zoonoses, prevenção e controle das intoxicações e envenenamentos, prevenção e controle das DSTs/AIDS, prevenção de doenças crônicas específicas, atenção integral à saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, qualidade de vida, vigilância em saúde, atenção à pessoa com deficiência, população prisional, saúde mental, atenção a saúde bucal e vigilância sanitária.	1 curso realizado	2007-2010	810 – 4114 Capacitação RH
Implementar a política nacional de recursos humanos para o SUS, fortalecendo os pólos de educação. Permanente, as mesas de negociação e as escolas do SUS.	Política de RH implantada	2007	

Cooperar no processo de revisão dos currículos dos cursos de formação em Saúde em relação aos conteúdos necessários para o perfil exigido pelo SUS.	Nº de Projetos Pedagógicos de cursos alterados	2007-2010	
Criar estratégias que promovam a formação de trabalhadores que não dispõem de educação básica e qualificação profissional, prioritariamente, nas áreas essenciais ao funcionamento do SUS.	Nº de trabalhadores formados (9.000)	2007-2010	810 – 4114 Capacitação RH
Implantar a Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, visando ampliar o escopo das atividades de formação em nível pós-graduação.	Escola implantada	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Dotar a Escola de Formação Técnica em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de infra-estrutura física e tecnológica adequada às demandas de formação de profissionais para o SUS.	Escola funcionando com 100% de sua capacidade	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011

## **INSTITUIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO CIVIL PROFISSIONAL EM SAÚDE**

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Estabelecer convênios entre Universidades e serviços de saúde credenciados pelo MEC, para que os profissionais de saúde em formação façam estágios em campo, prestando serviços à comunidade.	Nº Convênios efetivados	2007	110 – 4365 Administração de RH
Fomentar a integração das residências em saúde e revisar as residências medicas co-financiadas pela SES, adequando-as às necessidades do SUS e reorientando-as para a formação de profissionais da atenção básica.	Nº de revisões realizadas	2008-2009	110 – 4365 Administração de RH



## Objetivo

- » Estabelecer a política estadual de informação em saúde voltada à construção de uma rede de informações qualificadas, capaz de subsidiar e fortalecer os processos de gestão, de comunicação social, de produção e difusão do conhecimento, da organização da atenção à saúde e de controle social, e de promover a elevação da consciência sanitária da população.

## Diretrizes

### CONSTRUÇÃO DE REDE DE INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO DO SUS E A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

#### DIFUSÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE - CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA SANITÁRIA DA POPULAÇÃO

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Estruturar a rede tecnológica no Estado, através do suprimento de equipamentos de software e hardware para notificação de agravos.	Rede estruturada com alcance em 100% dos municípios	2007-2010	502 – Gestão da Tec. Da Informação e Comunicação
Buscar o aperfeiçoamento, a integração e a articulação dos sistemas de informação e bases de dados existentes, de âmbito nacional, de interesse para a saúde do Estado, buscando a interoperabilidade desses sistemas para uma gestão mais qualificada das informações em saúde.	Sistemas de informação compatibilizados	2007-2010	
Otimizar os mecanismos de publicação das informações de saúde visando a difusão do conhecimento e a democratização da gestão do SUS, incrementando Cadernos de Informações de Saúde com aplicação de técnicas e uso de geotecnologias.	Nº de cadernos de Informação Atualizados	2007-2009	
Promover campanhas periódicas visando diminuir a prevalência de doenças, fatores de risco e promoção de campanhas de solidariedade, de modo a garantir o acesso à informação a toda população catarinense.	Nº de campanha	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Implementar uma política de tecnologias de videoconferência e outras mídias, inclusive telemedicina.	Rede de informação implantada	2007	830 – 8947 Manut. Das Unidades Ass.da SES
Estruturar as unidades da SES com meios para obter acesso ao Canal Saúde.	100% das unidades da SES	2007	830 – 8947 Manut. Das Unidades Ass.da SES

Elaborar o manual do usuário do SUS, em linguagem popular e com uso de imagens, a fim de esclarecer e orientar de maneira clara os usuários sobre seus direitos e deveres, atenção básica e responsabilidades do SUS.	250.000 cópias	2007	840 – 4096 Ações Prog. em Saúde - AB
Criar portal de controle social do Estado para troca de experiências e informações.	Portal em funcionamento	2007	830 – 9092 Manut. CES e Controle Social
Subsidiar os municípios com informações que possibilitem identificar as necessidades da população em seu território, reconhecer as iniquidades, oportunidades e recursos conforme diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.	Informações disponíveis	2007-2009	
Implementar o registro do Cartão Nacional de Saúde em todo o estado de Santa Catarina, como sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde.	100% dos municípios	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Manter de modo permanente a troca das experiências exitosas, inovadoras e bem sucedidas de saúde em âmbito nacional.	Nº de Trabalhos Científicos Apresentados em eventos	Permanente	
Implementar uma política de informação continuada que articule as estratégias de educação em saúde com as demandas da área ambiental nos municípios.	Política implementada	2008	840 – 4096 Ações Prog. em Saúde - AB

## Objetivo

- » Fortalecer a capacidade de gestão pública no âmbito do SUS e otimizar a aplicação dos recursos.

## Diretriz

### MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DAS AÇÕES DE SAÚDE E DOS RECURSOS FINANCEIROS DESPENDIDOS PELO SUS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Incluir os itens do termo de ajuste de conduta apresentado pelo MP a SES como ações do eixo de gestão desse plano.	Ajuste de conduta cumprido	2007	
Implantar um novo modelo de gestão da rede assistencial de saúde própria da SES – autonomia administrativa e financeira das unidades próprias.	100% das unidades da SES	2007-2009	
Implantar um novo modelo de gestão nas unidades hospitalares terceirizadas.	100% das unidades hospitalares conveniadas	2007-2009	
Concluir e consolidar a implantação do SAMU.	Nº de Unidades novas implantadas	2007	835 - 3271 Impl. E Man. SAMU
Garantir a transparência e equidade no controle das filas de espera, ampliando o controle social.	Nº de filas de espera disponíveis	2007	
Buscar a equidade na alocação de recursos – tetos financeiros - como diretriz essencial para redução das desigualdades existentes nos níveis regionais, estaduais e nacional.	Aumento do Teto Financeiro	2007	
Assegurar a transferência de recursos aos hospitais próprios e conveniados com garantia sob gestão estadual de contratualização.	100% dos recursos contratualizados	2007-2008	820 – Autonomia gerencial da rede 830 - (3284) Custeio das Unidades assistenciais conveniadas; (8947) Manutenção das Unid Assist. Próprias
Atualizar e implementar o Plano Diretor de Investimento – PDI considerando a redução das diferenças regionais, a estrutura do PDR e contemplando os aspectos tecnológicos, físicos e humanos.	Plano implantado	2007	
Implementar modelo de gestão de financiamento específico para hospitais de pequeno porte vinculando-os ao suporte da atenção básica.	Modelo implantado	2007-2009	
Cumprir o Plano Diretor de Investimentos atualizado, garantindo as transferências voluntárias pelo governo estadual (convênios e outros) em conformidade com o PDI	Plano diretor cumprido	2007-2009	

Construir estratégias de articulação técnica e política junto ao MS, CNS e tripartite.	Equalizar o per capita catarinense em relação aos demais estados da região sul	2007	
Gestionar junto ao MS que pacientes em trânsito sejam considerados extra ao teto preestabelecido para a unidade, confirmados pela APAC.	Recurso Solicitado	2007	
Implantar Complexos Reguladores compostos de central de consultas, exames e serviços e de internação hospitalar.	Nº de Complexos Reguladores Implantados	2008	835 – 2608, 3007, 3025 Implant. Ou adapt. Central de Regulação em 3 SDR. A ser definido na PPA 2008-2011
Investir recursos, em parceria com o Ministério da Saúde, para estruturação das macrorregiões de saúde em conformidade com o PDI.	100% das macrorregiões	2008 - 2010	A ser definido na PPA 2008-2011

## 4. EM RELAÇÃO AO SETOR SAÚDE

### Objetivos

- » Fomentar ações de saneamento ambiental voltadas à prevenção e ao controle de doenças.
- » Formular e implementar a política estadual de ciência, tecnologia e inovação em saúde, orientada por padrões éticos, buscando a equidade e a regionalização, com valorização de tecnologias nacionais.
- » Garantir a devida segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública, bem como combater adulterações de produtos, concorrências desleais e disfunções técnicas, visando à proteção da saúde da população.

### Diretrizes

#### AMPLIAÇÃO DA COBERTURA DOS SERVIÇOS DE SANEAMENTO AMBIENTAL

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Cadastrar e alimentar de dados no SISÁGUA em 100% dos municípios de SC assegurando a publicação periódica dos resultados do mesmo pela imprensa local.	100% dos municípios	2007-2008	
Implantar e/ou implementar laboratórios de saúde pública para análises de água nas oito macrorregionais.	8 macrorregionais	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Implantação de análises de solo e ar no LACEN.	Nº de Técnicas implantadas	2007	840 – 4077 Ações prog. em Saúde – Laboratório de SP
Fiscalizar o cumprimento da legislação ambiental sobre o uso do solo, uso dos mananciais hídricos, poluição ambiental e uso indiscriminado de produtos agrotóxicos.	100% dos municípios catarinenses	Permanente	840 – 4068 Ações Prog. em Saúde – Vig Sanitária
Implantação de análises para pesquisa de agrotóxicos em água para consumo humano no LACEN.	Nº de Análise implantadas (12)	2008-2009	840 – 4077 Ações prog. em Saúde – Laboratório de SP

## DESTINAÇÃO ADEQUADA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Implantar o Programa de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde, em parceria com os gestores municipais.	100% dos serviços de saúde	Permanente	
Mapear as áreas de risco para resíduos perigosos, cargas tóxicas, fontes de abastecimento de água e resíduos sólidos e, em parceria com a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, desenvolver Programa de Controle do Lixo Químico.	8 macrorregiões de saúde	2009-2010	

## CONSTRUÇÃO DA AGENDA ESTADUAL DE PRIORIDADES DE PESQUISA EM SAÚDE

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Adequação dos eixos prioritários de pesquisas para o SUS no âmbito estadual, contemplando as necessidades deste Plano Estadual de Saúde.	Seminário realizado	Permanente	

## REGULAÇÃO DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE - FOMENTO AO DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Assegurar a manutenção e aprimoramento da Biblioteca Virtual da Saúde-BVS (trabalhos próprios da ESP)	Nº de trabalhos inseridos a nível Estadual	2007	A ser definido na PPA 2008-2011
Realizar Seminário de Acompanhamento (resultados parciais e finais) das pesquisas apoiadas com recursos do Programa de Pesquisa para o SUS.	Nº de seminário	2007-2008	A ser definido na PPA 2008-2011
Definir estratégias para incorporação dos resultados de pesquisas realizadas.	Nº de Estratégias definidas	2007	
Fortalecer as instituições de Ciência e Tecnologia em Saúde (C&T/S), tendo como principal eixo de atuação a formação e capacitação de recursos humanos.	Nº de profissionais capacitados	2007-2008	810 4114 – Capac. RH
Implementar a política Estadual de Ciência e Tecnologia integrando centros de pesquisa, laboratórios oficiais, serviços de saúde e universidades, visando o desenvolvimento de pesquisas para o Estado de Santa Catarina no âmbito do SUS, incluindo a avaliação econômica de tecnologias em saúde.	Descentralização de crédito PPSUS	2007-2010	830 – 9091 Núcleo C&T

Acompanhar os projetos pesquisas aprovados em Edital.	Nº de projetos	2007-2008	A ser definido na PPA 2008-2011
Lançar o Portal de Ciência, Tecnologia e Inovação e Saúde.	Portal lançado	2007	
Implementar o Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde do Núcleo de Ciência e tecnologia em saúde da SES	Comitê em funcionamento	Permanente	A ser definido na PPA 2008-2011

## VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Estruturar as vigilâncias sanitárias nas GERSAs.	100% das SDRs	2007-2009	
Supervisionar o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária de Média e Alta Complexidade.	100% dos serviços descentralizados pactuados na CIB.	2007-2010	840 – 4068 Ações Prog. em Saúde V.Sanitária
Incentivar a estruturação da vigilância sanitária nos municípios.	100% dos municípios	2007-2009	
Elaborar plano estadual de Vigilância Sanitária.	Plano Estadual publicado	2007	
Cumprir as metas pactuadas com a ANVISA/MS.	100% das metas	Permanente	
Monitorar os eventos adversos em produtos de saúde pós-comercializados, com ênfase nas reações adversas a medicamentos (RAM), queixas técnicas de medicamento, desvio de qualidade em produtos para a saúde (materiais para diagnóstico, terapia e apoio na área médica), sangue e hemoderivados.	100% dos eventos monitorados	Permanente	840 – 4068 Ações Prog. em Saúde Vig. Sanitária

## FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Desenvolver e implementar um diagnóstico no intuito de verificar quantitativamente e qualitativamente a força de trabalho em saúde no estado de Santa Catarina.	Diagnóstico completo	2009-2010	A ser definido na PPA 2008-2011

## Objetivo

- » Qualificar a assistência farmacêutica e o acesso aos insumos estratégicos, observando as especificidades locais.

## Diretriz

### EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, APOIO DIAGNÓSTICO, HEMODERIVADOS E ONCOLOGIA

Ação	Meta	Período	ITEM ORÇAMENTÁRIO
Assegurar a manutenção do PROCIS.	Continuidade da ação	2007-2010	840 – 643 Ações Estrat. PROCIS
Adequar os Elencos de Medicamentos Essenciais para as principais causas de morbimortalidade do estado e situações especiais, através dos Programas Governamentais, através de:	-	-	-
- Levantamento das necessidades relacionadas a Assistência Farmacêutica	70% das necessidades relacionadas a Assistência Farmacêutica levantadas	2007	882 – Assist. Farmacêutica
- Manter o Programa de Medicamentos Especiais.	Programa de Medicamentos Especiais Implantado	2007	882 – Assist. Farmacêutica
Realizar a análise dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica.	100 % dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica analisados	2007-2010	
Promover capacitações para profissionais de saúde da SES para o uso racional de medicamentos.	Realização de no mínimo 5 capacitações para a seleção de medicamentos	2007-2010	880 – 00098 Ações Prog. em Estrat. e Qualif. da Assist. Farmacêutica
Implantar Curso de Especialização em Assistência Farmacêutica.	Projeto elaborado	2007-2009	880 – 00098 Ações Prog. em Estrat. e Qualif. da Assist. Farmacêutica
Implantar/implementar as sub-redes para descentralização de diagnóstico e monitoramento do HIV.	Sub-rede implantada e implementada 8 Macrorregiões	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Supervisionar os laboratórios públicos e privados conveniados com o SUS e os que realizam exames de interesse da saúde pública.	100% dos laboratórios cadastrados na rede	2007-2010	840 – 4068 Ações prog. em Saúde – V. Sanitária
Criar o Sistema Estadual de Informatização dos Laboratórios de Saúde Pública com interface com os Programas do Ministério da Saúde.	Sistema criado e implantado	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Assegurar a manutenção dos laboratórios regionais de saúde pública.	7 laboratórios	2007	840 – 4077 Ações Prog. em SP – Lab. SP



Implantar o Sistema de Controle de Qualidade nas atividades do Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN, com vistas à ampliação das ações de análise laboratorial, insumos e reagentes.	1 Sistema implantado	2007-2009	840 – 4077 Ações Prog. em SP – Lab. SP
Promover estratégias para ampliar a captação de doadores de sangue.	Atingir a Meta Nacional (3% de doadores na população)	2007-2010	
Concluir os Centros Oncológicos do hospital São Braz (Porto União), Hospital Santa Terezinha (Joaçaba) e Hospital Tereza Ramos (Lages).	Conclusão das obras	2007-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Institucionalizar a Rede Catarinense de Laboratórios de Saúde Pública–RCLAB	Rede institucionalizada	2007-2009	
Orientar e acompanhar pelo HEMOSC para promoção de estratégias de qualificação dos pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto	100% das maternidades e outros locais de parto	2007	
Incluir a Assistência Farmacêutica nas discussões da PPI.	Discussão da Assistência Farmacêutica articuladamente com as demais pactuações	2008-2009	880 – Assist. Farmacêutica
Desenvolver programa de divulgação dos conceitos de Assistência Farmacêutica e o uso racional de medicamentos no Estado.	Realização de no mínimo 20 cursos de atualização sobre Assistência Farmacêutica e uso racional de medicamentos	2008-2010	880 – 00098 Ações Prog. em Estrat. e Qualif. da Assist. Farmacêutica
Concluir a construção do complexo hospitalar do CEPON.	Complexo concluído	2008-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Expandir o diagnóstico laboratorial para todas as macrorregiões de saúde do Estado.	Laboratórios implantados	2008-2010	880 – 00098 Ações Prog. em Estrat. e Qualif. da Assist. Farmacêutica
Implantar o Hemocentro Regional de Blumenau, consolidando a hemorede pública em Santa Catarina.	Hemocentro implantado	2008-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Implementar o Sistema Gerencial de Bancos de Sangue, garantindo a integração de informações, desde a captação até a coleta e processamento, exames laboratoriais e a transfusão de sangue ao paciente.	Todos os hemocentros informatizados	2008-2010	A ser definido na PPA 2008-2011
Manter a certificação do Hemocentro Coordenador e qualificar os Hemocentros Regionais para garantia de qualidade dos serviços de acordo com a ISO 9001/2000.	Todos os hemocentros certificados	2009	



## IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Estadual de Saúde é um importante instrumento de orientação da política do setor, sendo sua operacionalização assegurada através da pactuação com técnicos da área, gestores, prestadores de serviço e importantes setores da sociedade. Trata-se de um documento em permanente construção, onde a dinâmica da situação de saúde impõe constante revisão das ações e metas.

A garantia do cumprimento das propostas, bem como as necessárias atualizações dentro do contexto sanitário, se darão através do monitoramento e a avaliação do Plano Estadual de Saúde sob duas perspectivas: a do corpo técnico e a da sociedade. Do ponto de vista técnico, ficará sob responsabilidade da Diretoria de Políticas de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Na perspectiva da sociedade, cabe ao Conselho Estadual de Saúde estabelecer mecanismos de acompanhamento do cumprimento das diretrizes e metas estabelecidas para o período de vigência deste documento.

É fundamental uma pactuação com os gestores municipais e gestor federal acerca das metas estabelecidas a fim de se consolidar um processo convergente de esforços garantindo maior efetividade e eficiência das ações. Outro ponto relevante é a necessidade de se constituir parcerias intersetoriais, considerando a magnitude e a transcendência dos problemas de saúde e sua multicausalidade. No contexto da SES/SC, as áreas técnicas específicas devem segui-lo quando de sua programação ou da elaboração de projetos e planos estruturantes.

O processo de monitoramento e avaliação deve pautar-se por indicadores especialmente selecionados, segundo os quatro eixos temáticos de fácil acesso e sensíveis a alterações ocorridas frente à implementação das ações ou decorrente de novos cenários político-epidemiológicos. Para tanto, a Gerência de Informações em Saúde assume o compromisso de constituir um grupo de trabalho com o objetivo de desenvolver modelos, elaborar e/ou selecionar indicadores de avaliação e monitoramento do PES, que serão constantemente alimentados e orientarão o acompanhamento do processo. Informações atualizadas serão disponibilizadas na página da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina para permitir aos técnicos e à sociedade acompanhar a evolução do processo.

A operacionalização deste Plano está condicionada à disponibilidade de recursos técnicos e financeiros, devendo o mesmo orientar documentos de planejamento e gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina com destaque para o Plano Plurianual (PPA) 2008/2011, o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e as Programações Pactuadas Integradas (PPIs) da Assistência e da Vigilância em Saúde.





ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

## RESOLUÇÃO 012/CES/2006

O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, no uso de suas atribuições,

### RESOLVE

Aprovar o Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina, do qual constam a análise situacional, os problemas prioritários, os objetivos e metas propostas para o período 2007-2010, alocadas em quatro itens: Linhas de Atenção à Saúde, Condição de Saúde da População, Gestão e Investimento em Saúde e Setor de Saúde, e cujos eixos orientadores das prioridades são:

- 1) redução das desigualdades em saúde;
- 2) ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção;
- 3) redução dos riscos e agravos;
- 4) reforma do modelo de atenção; e
- 5) aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e Controle Social.

Florianópolis, 25 de outubro de 2006.

**Carmen Emília Bonfá Zanotto**  
PRESIDENTE DO CES/SC

---

<sup>a</sup> *Encyclopedia of Occupational Health and Safety. International Labour Office. Geneva. 3ª Edição. 1983. Vol. 2:371-2.*

<sup>b</sup> WÜNSCH FILHO, V. Variações e Tendências da Morbimortalidade dos Trabalhadores. IN: MONTEIRO, C. A. (org). Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e suas doenças. HUCITEC/NUPENS/USP. 1995, p. 295-96.

<sup>c</sup> Classificação Nacional de Atividades Econômicas.





Composição e Impressão:  
ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Administração – SEA  
Diretoria de Gestão Documental – DGED

Florianópolis – SC

Fone: (48) 3239-6000

O.S. 89271

