



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2012 - 2015

FLORIANÓPOLIS – SC

2011

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

GOVERNADOR

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO

VICE GOVERNADOR

EDUARDO PINHO MOREIRA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

DALMO CLARO DE OLIVEIRA

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ESTADO DA SAÚDE

ROSINA MORITZ DOS SANTOS

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

WALTER VICENTE GOMES FILHO

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

MARIA TERESA ROGÉRIO LOCKS

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/SC

DALMO CLARO DE OLIVEIRA

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
DE SANTA CATARINA

PRESIDENTE DO COSEMS/SC

ELÓI TREVISAM

SUPERINTENDÊNCIAS

1. SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

WALTER VICENTE GOMES FILHO

2. SUPERINTENDÊNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

WINSTON LUIZ ZOMKOWSKI

3. SUPERINTENDÊNCIA DA REDE DE SERVIÇOS PRÓPRIOS

LESTER PEREIRA

4. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

CARLA GIANI DA ROCHA

DIRETORIAS

1.1. DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS

MARIA TEREZA ROGÉRIO LOCKS

1.2. DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

JOÃO ALEXANDRINO DANIEL FILHO

1.3. DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

PAULO LUIZ CANTANHEDE ORSINI

2.1. DIRETORIA DO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA

GILBERTO ALVES

2.2. DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

MARIA TERESA BERTOLDI AGOSTINI

2.3. DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

LUIZ ANTÔNIO SILVA

2.4. DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

RAQUEL RIBEIRO BITTENCOURT

3.1. DIRETORIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

MAURICIO CHEREM BUENGENS

3.2. DIRETORIA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

ROBERTO SOUZA MORAIS

3.3. DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES

MARISE REGINA WIETHORN RODRIGUES

3.4. DIRETORIA DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

JAMIL C. SCHNEIDER

- 3.5. DIRETORIA DO HOSPITAL NEREU RAMOS**
ANTÔNIO FERNANDO BARRETO MIRANDA
- 3.6. DIRETORIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA**
RICARDO MAIA SAMAWAYS
- 3.6. DIRETORIA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA**
PAULO MÁRCIO DE SOUZA
- 3.7. DIRETORIA DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**
KATIA MELO MACHADO GERENT
- 3.8. DIRETORIA DO HOSPITAL SANTA TERESA**
TEREZINHA REGINA GIORDANI SERRANO
- 3.9. DIRETORIA DO HOSPITAL DR. WALDOMIRO COLAUTTI**
- 3.10. DIRETORIA DA MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS**
LUIZ MANN
- 3.11. DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT**
RENATO ALMEIDA COUTO DE CASTRO
- 3.12. DIRETORIA DO HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS**
LUIZ ALBERTO SUSIN
- 3.13. DIRETORIA DA MATERNIDADE DARCY VARGAS**
FERNANDO MARQUES PEREIRA
- 3.14. DIRETORIA DO CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS**
RAFAEL KLEE DE VASCONCELOS
- 3.15. DIRETORIA DO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**
DENISE LINHARES GERENT

SECRETARIAS REGIONAIS – GERÊNCIAS DE SAÚDE

- 1ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (SÃO MIGUEL DO OESTE)**
- 2ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DE (MARAVILHA)**
- 3ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (SÃO LOURENÇO DO OESTE)**
- 4ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CHAPECÓ)**
- 5ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (XANXERÊ)**
- 6ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CONCÓRDIA)**
- 7ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (JOAÇABA)**
- 8ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CAMPOS NOVOS)**
- 9ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (VIDEIRA)**
- 10ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CAÇADOR)**
- 11ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CURITIBANOS)**
- 12ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DE (RIO DO SUL)**

- 13ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (ITUPORANGA)**
- 14ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (IBIRAMA)**
- 15ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (BLUMENAU)**
- 16ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (BRUSQUE)**
- 17ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (ITAJAÍ)**
- 18ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (GRANDE FLORIANÓPOLIS)**
- 19ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (LAGUNA)**
- 20ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (TUBARÃO)**
- 21ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CRICIUMA)**
- 22ª SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL (ARARANGUÁ)**
- 23ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (JOINVILLE)**
- 24ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (JARAGUÁ DO SUL)**
- 25ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (MAFRA)**
- 26ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CANOINHAS)**
- 27ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (LAGES)**
- 28ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DE (SÃO JOAQUIM)**
- 29ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DE (PALMITOS)**
- 30ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (DIONÍSIO CERQUEIRA)**
- 31ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (ITAPIRANGA)**
- 32ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (QUILOMBO)**
- 33ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (SEÁRA)**
- 34ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (TAIÓ)**
- 35ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (TIMBÓ)**
- 36ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (BRAÇO DO NORTE)**

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

COORDENAÇÃO

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

MARIA TERESA ROGÉRIO LOCKS – DIRETORA

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DO SUS

ÂNGELA MARIA BLATT ORTIGA - GERENTE

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

ÂNGELA MARIA BLATT ORTIGA

ISABEL QUINT BERRETTA

MARCUS AURELIO GUCKERT

VIVIANE DE SOUZA BRITO DA SILVA

ROSANI RAMOS MACHADO

HELEN B. BUNN SCHMITT

MARIA CATARINA DA ROSA

WINSTON L. ZOMBOWSKI

DULCE MARIA BRANDÃO DE CASTRO QUEVEDO

ALBA SÔNIA DOS SANTOS

SIMONE CAROLINA DE SOUZA

THAÍSA CURSIO MUZZI

ADRIANA PATRICIA DE OLIVEIRA

ISOLENE HOFFMANN

DOUGLAS CALHEIROS MACHADO

GILBERTO ANTONIO SCUSSIATO

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	12
1. INTRODUÇÃO.....	22
2. ANÁLISE SITUACIONAL	25
2.1. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	25
2.1.1. Aspectos Demográficos.....	25
2.1.2. Situação de Saúde.....	29
2.1.2.1. Morbidade	29
2.1.2.2. Mortalidade	30
2.1.2.3. Grupos Populacionais Específicos	36
2.1.2.3.1. Criança.....	36
2.1.2.3.2. Mulher.....	41
2.1.2.3.3. Adolescente e jovem.....	48
2.1.2.3.4. Homem.....	49
2.1.2.3.5. Idoso	51
2.1.2.3.6. Trabalhador.....	54
2.1.2.3.7. Pessoa com deficiência.....	61
2.1.2.3.8. Indígenas.....	63
2.1.2.3.9. População Prisional	68
2.1.2.4. Pacto pela Vida.....	70
2.1.2.5. Áreas de Atenção Especial	70
2.1.2.5.1. Saúde Bucal.....	70
2.1.2.5.2. Saúde Mental	73
2.1.2.5.3. Alimentação e Nutrição	77
2.1.3. Atenção Integral à Saúde	78
2.1.3.1. Atenção Básica.....	78
2.1.3.2. Média e Alta Complexidade	85
2.1.3.2.1. Atenção Ambulatorial Especializada	85
2.1.3.2.2. Atenção Hospitalar	89
2.1.3.2.3. Transplantes	95
2.1.3.2.4. Urgência e Emergência.....	98
2.1.3.3.1. Vigilância Sanitária	102
2.1.3.3.2. Vigilância Epidemiológica.....	102

2.1.3.3.2.1. DST/AIDS	102
2.1.3.3.2.2. Sífilis Congênita	109
2.1.3.3.2.3. Hepatites Virais	110
2.1.3.3.2.4. Tuberculose.....	117
2.1.3.3.2.5. Hanseníase – 2006 a 2010	121
2.1.3.3.2.6. Doenças Diarreicas Agudas	123
2.1.3.3.2.7. Zoonoses.....	125
2.1.3.3.2.8. Doenças Imunopreveníveis e Imunização	135
2.1.3.4. Vigilância Laboratorial.....	143
2.1.3.5. Assistência Farmacêutica	144
2.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	148
2.2.1. Aspectos Sócio-Econômicos.....	148
2.2.2 Ambiente e Saúde (Saneamento e Poluição Ambiental)	149
2.2.3. Educação.....	160
2.2.4. Promoção da Saúde.....	161
2.3. GESTÃO EM SAÚDE	163
2.3.1 Regionalização.....	163
2.3.1.1 Plano Diretor de Regionalização.....	163
2.3.1.2 Plano Diretor de Investimento	166
2.3.1.3 Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.....	166
2.3.2 Financiamento	167
2.3.3. Planejamento	172
2.3.4. Regulação.....	172
2.3.5. Auditoria.....	176
2.3.6. Contratualização	177
2.3.7. O Pacto de Gestão em Santa Catarina.....	178
2.3.8. Participação Social	180
2.3.9. Gestão do Trabalho	181
2.3.10. Educação Permanente.....	187
3. LISTA DE PROBLEMAS PRIORITÁRIOS.....	194
4. OBJETIVOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	202
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	212

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores Demográficos segundo Macrorregionais de saúde, Santa Catarina.	27
Tabela 2: Proporção % das internações hospitalares do SUS, segundo faixa etária, Santa Catarina, 2010.....	29
Tabela 3: Mortalidade Proporcional (%) por principais causas, Santa Catarina, 2009	31
Tabela 4: Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas e sexo. Santa Catarina, 2009.....	31
Tabela 5: Mortalidade Proporcional por Neoplasias, segundo localização e sexo, Santa Catarina, 2009.....	32
Tabela 6: Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas, segundo macrorregiões do Estado. Santa Catarina, 2009.	34
Tabela 7: Aspectos relativos ao nascimento em Santa Catarina no período de 2000 a 2009.	40
Tabela 8: Mortalidade Proporcional (%) em mulheres de 10 a 59 anos segundo principais grupos de causas, 2009.....	44
Tabela 9: Aspectos relativos ao nascimento em Santa Catarina no período de 2000 a 2009.	45
Tabela 10: Distribuição das internações hospitalares de homens de 20 a 59 anos, segundo grupo de causas, Santa Catarina, 2009.....	51
Tabela 11: Distribuição (nº e %) de internações hospitalares de residentes em Santa Catarina maiores de 60 anos, segundo sexo e grupos de causas, em 2009.	52
Tabela 12: Mortalidade Proporcional (%) em maiores de 60 anos, por principais grupos de causas, Santa Catarina, 2009.	53
Tabela 13: Acidentes liquidados discriminados por consequência em Santa Catarina, no período de 2007 a 2009.	56
Tabela 14: Variação percentual dos acidentes de trabalho registrados segundo motivo e doença do trabalho por macrorregião em Santa Catarina no período 2002-2009.	58
Tabela 15: Acidentes de Trabalho liquidados segundo consequência, Santa Catarina, 2005-2009.....	59
Tabela 16: Doenças do trabalho registradas, segundo diagnóstico, Santa Catarina, 2005-2009.....	60
Tabela 17: Causas de Amputação dos Atendidos em Prótese, em 2008 e 2009	62
Tabela 18: Meios Auxiliares de Locomoção Concedidos, 2008 e 2009, por tipo.....	62
Tabela 19: Distribuição proporcional da população indígena segundo o Pólo Base de abrangência, Santa Catarina, 2010.....	65

Tabela 20: Percentual de crianças indígenas menores de 60 meses, segundo o estado nutricional e ano, Santa Catarina, 2007 a 2010.	66
Tabela 21: Necessidade de ações odontológicas confrontadas com as ações odontológicas produzidas Santa Catarina, 2010.	71
Tabela 22: Indicadores de Saúde Bucal na Atenção Básica no Estado de Santa Catarina no período de 2006 a 2010 e metas, conforme Pacto, para o ano 2011.....	73
Tabela 23: Percentual de crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos com excesso de peso no Brasil e em Santa Catarina no ano de 2009 e índices antropométricos utilizados.	77
Tabela 24: Produção ambulatorial e valor médio unitário do SUS, por Grupo de procedimentos do SIA, Santa Catarina, 2010.....	86
Tabela 25: Distribuição Percentual da Produção Ambulatorial (Quantidade Aprovada e Valor Aprovado), segundo grupos de procedimento da Atenção Básica do SIA, Santa Catarina, 2010.	88
Tabela 26: Número de Leitos SUS, segundo tipo e Regiões de Saúde de saúde. SC, 2010.	91
Tabela 27: Taxa de incidência de Aids/100.000 hab. (adultos e crianças), segundo macrorregional de residência e sexo, Santa Catarina, 2004 a 2010.....	104
Tabela 28: Incidência média anual (2004 a 2010) de AIDS (por 100.000 hab.) segundo faixa etária e macrorregião, Santa Catarina.....	105
Tabela 29: Taxa de mortalidade por AIDS segundo Macrorregiões e ano de diagnóstico, Santa Catarina, 2004 a 2010.....	108
Tabela 30: Coeficiente de incidência de hepatite B e C, segundo Macrorregiões de Saúde, Santa Catarina, 2006 a 2010.....	111
Tabela 31: Coeficiente de mortalidade e taxas de letalidade e internação das hepatites virais, Santa Catarina 2004 a 2010.	112
Tabela 32: Coeficiente de mortalidade, segundo macrorregião de saúde das hepatites virais, Santa Catarina 2004 a 2010.....	113
Tabela 33: Incidência/100.000 hab. de pacientes coinfetados com HIV e vírus da hepatite B e C segundo macrorregional, Santa Catarina, 2007 a 2010.....	114
Tabela 34: Taxa de Incidência Tuberculose Todas as Formas, por Macrorregião em Santa Catarina, período de 2006 a 2009.	118
Tabela 35: Taxa de Mortalidade por tuberculose,conforme macrorregião de saúde, em Santa Catarina, no período de 2006 a 2009.....	119

Tabela 36: Proporção da co-infecção TB/HIV/AIDS, Santa Catarina, período de 2006 a 2009.....	119
Tabela 37: Percentual de abandono dos casos novos de tuberculose por ano diagnóstico, Santa Catarina, período de 2006 a 2009.....	120
Tabela 38: Coeficiente de detecção da Hanseníase por 100.000 habitantes, por Macrorregião de Saúde, Santa Catarina, 2006 a 2010.	122
Tabela 39: Percentual de cura dos casos novos de Hanseníase, por Macrorregião de Saúde, Santa Catarina, 2006 a 2010.....	122
Tabela 40: Taxa de Incidência (por 1.000 habitantes) das Doenças Diarreicas Agudas, segundo Macrorregião de Saúde, Santa Catarina, 2006 a 2009.	124
Tabela 41: Surtos de Doenças Diarréicas Agudas registradas no SIVEP_DDA e notificados no SINAN- NET, segundo macrorregião de saúde, SC, 2006-2010	124
Tabela 42: Casos de Leptospirose segundo incidência/100 mil hab, óbitos e letalidade por Macrorregião de Saúde. SC, 2010.	127
Tabela 43: Número de acidentes por animais peçonhentos notificados por ano e tipo de animal em Santa Catarina no período de 2006 a 2010.....	134
Tabela 44: Número de casos e incidência de Varicela, Santa Catarina 1995 a 2010.	137
Tabela 45: Meta e número de PFA notificados, Santa Catarina, 2007 a 2010.....	140
Tabela 46: Número de casos e incidência por macrorregiões, SC, 2010.....	142
Tabela 47: Indicadores socioeconômicos da população, segundo regiões do Brasil e estados da região sul, 2009.	148
Tabela 48: Indicadores educacionais da população na idade de 15 anos e mais, segundo regiões do Brasil e estados da região sul, 2009.	161
Tabela 49: Distribuição per capita/ano dos recursos financeiros de transferência intergestores dos estados da Região Sul e Brasil, no período de 2006 a 2009.....	169
Tabela 50: Distribuição per capita/ano e percentual dos recursos financeiros de transferência intergestores para os blocos de financiamento em Santa Catarina no período 2006 a 2009.....	169
Tabela 51: Distribuição das despesas liquidadas segundo fonte e programa, Santa Catarina, 2010.....	170
Tabela 52: Número de profissionais nomeados por macrorregião de saúde.....	187
Tabela 53: Cursos da EFOS, com quantitativo de alunos e turmas no período 2007-2010.....	190
Tabela 54: Cursos da EFOS em andamento, com quantitativo de alunos e turmas no período 2007-2010.	191

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Mortalidade proporcional de adolescentes, em Santa Catarina, no ano de 2009, segundo causas capítulos da CID10.....	48
Quadro II: Mortalidade proporcional por causas externas, em adolescentes, no Estado de Santa Catarina, em 2009.....	49
Quadro III: Rede de Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina.....	75
Quadro IV: Frequência de internações por grupos em Santa Catarina – 2006 a 2009.....	76
Quadro V: Demonstrativo de investimentos da SES/SC nos Programas gerenciados pela Diretoria de Assistência Farmacêutica.....	146
Quadro VI: 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, 2005 a 2009.....	168
Quadro VII: 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, 2005 a 2009.....	168
Quadro VIII: Unidades Hospitalares da SES no SISREG.	173
Quadro IX: Cursos de pós-graduação e capacitação oferecidos pela ESP.....	192

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição espacial da população segundo porte dos municípios, Santa Catarina, 2010.....	25
Figura 2: Distribuição espacial da população segundo as Macrorregiões de Saúde, Santa Catarina, 2010.....	26
Figura 3: Pirâmides Etárias Santa Catarina, 2000 e 2009.....	27
Figura 4: Internações hospitalares segundo grupos de causas, Santa Catarina, 2010.	29
Figura 5: Mortalidade Proporcional segundo faixa etária. Santa Catarina, 2005 e 2009.	35
Figura 6: Evolução do coeficiente de mortalidade infantil em Santa Catarina, de 2000 a 2009.....	36
Figura 7: Composição percentual da taxa de mortalidade infantil (%) em Santa Catarina, segundo os componentes neonatal e infantil tardia nos anos de 1980, 1990, 2000 e 2009.....	37
Figura 8: Hospitais amigos da criança, bancos de leite humano e maternidades com leitos para o método canguru, por macrorregião de saúde de Santa Catarina, em 2009.....	41
Figura 9: Comportamento do Coeficiente de Mortalidade Materna do Brasil, região Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul no período de 2003 a 2008.	42
Figura 10: Coeficiente de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) segundo Macrorregião de residência, SC, 2009.	43
Figura 11: Proporção de nascidos vivos com mães que realizam mais de 6 consultas de pré-natal, segundo regiões de saúde, em Santa Catarina 2009.	46
Figura 12 : Taxa de partos cesáreos, por região de saúde de Santa Catarina, em 2009.....	47
Figura 13: Complexo industrial catarinense segundo tipo de atividade, grau de risco, número de empresas e de trabalhadores por macrorregião, 2008.....	55
Figura 14: Indicadores de Acidente de Trabalho, Santa Catarina e Brasil, 2009.....	58
Figura 15: Localização da População indígena segundo etnia predominante e Pólo-base de referência, Santa Catarina, 2011.....	64
Figura 16: Unidades prisionais de Santa Catarina, 2011.	69
Figura 17: Evolução do número de Equipes de Saúde da Família e de Equipes de Saúde Bucal, SC, 1995-2010.	80
Figura 18: Evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde em Santa Catarina no período de 1998 a 2010.....	81

Figura 19: Cobertura populacional de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, segundo macrorregião de Santa Catarina, 2010.	82
Figura 20: Recursos de co-financiamento (milhões) repassados anualmente para o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família em Santa Catarina.....	82
Figura 21: Média de Consultas Médias Básicas, por Habitante/Ano, Santa Catarina em 2010.....	83
Figura 22: Demonstrativo dos percentuais de quantidade de procedimento X recursos gastos em Santa Catarina, 2001 e 2010.....	89
Figura 23: Quantidade de Hospitais, segundo regiões de Saúde em Santa Catarina, 2011.	91
Figura 24: Distribuição de UTI'S SUS por região.	94
Figura 25: Busca de Leitos de UTI (Adulto, Pediátrico e Neonatal) por região em 2010.....	95
Figura 26: Cadastro único de receptores. Santa Catarina, 31/12/2010.	95
Figura 27: Rede de transplantes instalada em Santa Catarina, 2010.	96
Figura 28: Evolução das doações efetivas de pacientes com morte encefálica entre 2000 e 2010.....	97
Figura 29: Evolução das doações efetivas p.m.p de pacientes com morte encefálica entre 2003 e 2010.	97
Figura 30: Mapa de cobertura das OPO em Santa Catarina.....	98
Figura 31: Distribuição das Centrais de Regulação e alocação de Unidades implantadas até abril de 2006. Santa Catarina.....	100
Figura 32: Taxa de incidência de AIDS (por 10.000 hab.) segundo sexo e razão de masculinidade, Santa Catarina, 1984- 2010.	103
Figura 33: Taxa de incidência de AIDS segundo faixa etária e ano de diagnóstico, Santa Catarina, 1984-2010.....	105
Figura 34: Distribuição percentual de casos de AIDS adulto segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, Santa Catarina, 1984-2009.....	106
Figura 35: Taxa de mortalidade por Aids, Brasil e Santa Catarina, 1986-2010.....	107
Figura 36: Taxa de mortalidade por Aids, Brasil e Santa Catarina, 1986-2010.....	108
Figura 37: Taxa de incidência dos casos confirmados de sífilis congênita, segundo macrorregionais e ano de notificação, Santa Catarina, 2004 a 2010.	109
Figura 38: Incidência / 100.000 hab. dos casos confirmados de hepatite viral, segundo agente etiológico, Santa Catarina, 2004 a 2010.....	110
Figura 39: Distribuição espacial da média de incidências de hepatite C, segundo municípios nas respectivas macrorregiões, Santa Catarina, 2006 a 2010.....	112

Figura 40: Casos confirmados de hepatite viral, segundo faixa etária e agente etiológico, Santa Catarina, 2006 a 2010.....	114
Figura 41: Casos confirmados de hepatite viral, segundo provável fonte de infecção e agente etiológico, Santa Catarina, 2006 a 2010.....	115
Figura 42: Distribuição espacial das coberturas contra hepatite B na população menor de 1 ano, segundo macrorregião, Santa Catarina, 2010.....	116
Figura 43: Distribuição espacial das coberturas contra hepatite B na população de 1 a 19 anos, por macrorregião, Santa Catarina, 2010.....	117
Figura 44: Incidência (por 100 mil hab) e Letalidade (%) da Leptospirose. SC, 2000 – 2009.....	126
Figura 45: Casos de hantavirose segundo incidência por 100 mil habitantes e letalidade, Santa Catarina entre 1999 e 2009.	128
Figura 46: Número de casos notificados e casos confirmados de Dengue no estado de Santa Catarina de 2006 a 2010.....	129
Figura 47: Número de focos do mosquito Aedes aegypti e número de municípios com foco, Santa Catarina, 2006 e 2010.....	130
Figura 48: Distribuição dos casos de LTA segundo Macrorregião de Saúde.SC. 2006 a 2009.....	131
Figura 49: Incidência de coqueluche (100000/hab), Santa Catarina, 2004 a 2010.	136
Figura 50: Incidência de Varicela por 100.000/hab segundo Macrorregião no Estado de Santa Catarina, 2010.	138
Figura 51: Indicadores de PFA, Santa Catarina, 2009 e 2010.....	140
Figura 52: Série histórica do número de casos de rubéola, Santa Catarina, 1996 a 2010.	141
Figura 53: Incidência das meningites em geral, Santa Catarina, 1995-2010.	142
Figura 54: Percentual de famílias abastecidas por Rede Geral de Abastecimento de Água, por Macrorregião, em Santa Catarina, 2010.....	151
Figura 55: Percentual de famílias atendidas, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo, por município, Santa Catarina, 2010.....	152
Figura 56: Percentual de famílias com cobertura de esgotamento sanitário, por rede geral pública, por macrorregiões, em Santa Catarina, 2010.	153
Figura 57: Percentual de famílias com cobertura de saneamento básico. Santa Catarina, 2001 a 2010.	153
Figura 58: Percentual de cobertura de saneamento básico. Região Sul, 2010.	154

Figura 59: Percentual de amostras fora do padrão para coliformes totais, segundo a forma de abastecimento de água. Santa Catarina, 2009.....	155
Figura 60: Configuração das Regiões de Saúde e Macrorregiões de Saúde, 2009.....	164
Figura 61: Pontos de atenção de Urgência e Emergência aprovados pela CIB/2010.....	165
Figura 62: Proporção de exames realizados no Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde em 2010.	175
Figura 63: Situação atual do Estado de Santa Catarina quanto à adesão ao pacto de gestão, 2011.....	179
Figura 64: Evolução do número de servidores da SES/SC e percentual de incremento segundo o nível de escolaridade, no período 2006-2010.	181
Figura 65: Comparativo do processo de qualificação dos servidores da SES/SC em nível de pós-graduação, período 2006/2010.....	182
Figura 66: Distribuição do pessoal de nível superior da SES/SC, segundo categoria profissional, 2010.....	183
Figura 67: Distribuição do pessoal de nível médio e fundamental da SES/SC, segundo categoria profissional, 2010.....	183
Figura 68: Quadro de Pessoal da SES/SC por tipo de vínculo, período 2006 – 2010.....	184
Figura 69: Distribuição das habilitações de nível superior da SES por vínculo administrativo no exercício de 2010.	185
Figura 70: Distribuição das habilitações de nível médio e fundamental da SES por vínculo administrativo no exercício de 2010.	185
Figura 71: Número de profissionais nomeados nos editais de 2002, 2006 e 2010.....	186
Figura 72: Número de profissionais nomeados nos editais de 2002, 2006 e 2010 nas especialidades médicas.....	186

APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde referente ao quadriênio 2012-2015 é um instrumento de gestão fundamentado na Lei Orgânica nº 8.080/90, em seu art.15, inciso VIII, e no Decreto nº 7.508/11 no Capítulo III, que atribui aos gestores do SUS, o obrigatório papel de realizar o processo de planejamento em saúde com implementação de instrumentos competentes para a administração da política de saúde em nosso âmbito de governo.

Pensado para ser ascendente e integrado, este Plano de Saúde contém metas regionalizadas, a partir da necessidade dos municípios.

Para dar corpo à compatibilização das necessidades políticas em saúde com a disponibilidade de recursos financeiros, a construção deste plano contou com o empenho dos trabalhadores do SUS, dos gestores de saúde e do controle social, em uma agenda democrática, participativa e de construção coletiva.

Utilizamos como método a realização de oficinas objetivando um amplo debate sobre as condições de saúde do povo catarinense, os condicionantes e determinantes desta saúde, bem como, uma avaliação da gestão.

A partir da apresentação do diagnóstico e do debate com os participantes nestas oficinas, definimos os problemas prioritários a serem superados. Classificamos os problemas elencados por eixo e definimos objetivo geral, diretrizes e objetivos específicos para cada um dos eixos. Estes objetivos se transformam no caminho para a construção da programação anual de saúde.

A partir deste processo de construção coletiva, onde foram incorporados os mais diversos saberes, experiências e vivências, poderemos propor estratégias anuais de melhoria do sistema, incorporação das necessidades e interesses do usuário com permanente humanização do atendimento, levando à contínua construção de um Sistema Único de Saúde constitucional e legítimo.

Dalmo Claro de Oliveira
Secretária de Estado da Saúde

1. INTRODUÇÃO

O Plano de saúde é o instrumento que expressa as políticas e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos. Constitui a base para a execução, o monitoramento e a avaliação da gestão do sistema de saúde.

Como documento de orientação de políticas do setor, deve contemplar as perspectivas dos gestores, técnicos e conselheiros frente às necessidades epidemiológicas, estruturais e assistenciais identificadas. Para tanto, seu processo de formulação deve ser participativo e ascendente de forma a assegurar o princípio da unicidade do SUS e da participação social.

A atuação planejada sobre uma dada situação implica em um esforço de compreensão do posicionamento dos diversos atores sociais que interferem na situação, tornando possível construir uma explicação abrangente dos problemas, facilitando a definição das ações a serem implementadas para enfrentá-los e reduzi-los ou controlá-los.

O enfoque estratégico-situacional desenvolvido por Carlos Matus, adotado para o desenvolvimento do trabalho, é uma forma de organizar o processo e ações para atuar sobre situações relacionadas com o propósito de resolver problemas e atender às necessidades de uma população em um determinado território.

Com base nessas premissas a elaboração do PES 2012-2015 teve início em janeiro de 2011, com o levantamento das informações de saúde do território catarinense, pautado em documentos norteadores:

- Cadernos de Planejamento – Volume 2 – Instrumentos Básico – MS/2008;
- Diagnóstico situacional (2009-2010);
- Planos estruturantes (2003-2010);
- Eixos prioritários Conferência Estadual de Saúde;
- Plano Estadual de Saúde (2007 - 2011);
- Plano Nacional de Saúde (2008 - 2011);
- PPA (2008 – 2011);
- Plano de Governo 2011 – 2014;
- Plano Diretor de Regionalização 2008;
- Plano Catarinense de Desenvolvimento (2015);
- Pacto pela Saúde e as políticas, orientações e regulamentações subsequentes.

A partir daí foi apresentado aos dirigentes da SES uma proposta metodológica e a proposição de criação da Comissão Estadual para Elaboração do Plano Estadual de Saúde instituído em Portaria, com representação de áreas estratégicas da SES e do Conselho Estadual de Saúde - CES.

O enfoque estratégico-situacional desenvolvido por Carlos Matus foi adotado para o desenvolvimento do trabalho, por ser uma forma de organizar o processo e ações para atuar sobre situações relacionadas com o propósito de resolver problemas e atender às necessidades de uma população em um determinado território.

O processo de construção do PES incluiu a realização de oficinas, com o objetivo de tornar o processo democrático e participativo, com representantes das áreas técnicas da SES, dos Colegiados Intergestores Regionais, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS e do Conselho Estadual de Saúde.

Foram realizadas 05 Oficinas com palestras que embasaram a realização dos trabalhos e atividades de grupos, coordenados pela Comissão.

As oficinas contemplaram a formulação dos problemas a partir da análise do diagnóstico situacional construído com as áreas técnicas da Secretaria do Estado de Santa Catarina (SES); a explicação e priorização dos problemas e a definição objetivos, diretrizes e metas segundo 03 eixos orientadores: a) as condições de saúde da população; b) os determinantes e condicionantes de saúde e c) a gestão em saúde.

No eixo de Condições de Saúde estão apresentados os compromissos e responsabilidades do setor saúde. Para melhor disposição subdividimos o eixo em: aspectos demográficos, situação de saúde e atenção integral a saúde.

No eixo Determinantes e Condicionantes concentram-se as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores – intersetorialidade. Podemos assim analisar a integração do setor saúde no espaço de formulações, implementação e monitoramento das políticas públicas.

No eixo Gestão em Saúde concentra-se, entre outras, medidas que configuram essenciais a melhoria e/ou aperfeiçoamento da gestão na respectiva esfera, tais como recursos humanos, participação social, infra-estrutura, descentralização, etc.

O PES está organizado em capítulos/ítens: Análise situacional, problemas prioritários por eixo orientador; apresentação dos compromissos da gestão: objetivos, diretrizes e metas.

A análise situacional consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas de uma determinada realidade, com base na informação de dados consistentes, oportunos e com abrangência suficiente para refletir a situação ou o evento que se pretende medir.

A operacionalização do Plano será realizada mediante programações anuais, orientadoras de adequações do PES, a partir de relatórios de gestão, na conformidade dos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, estabelecidos pela Portaria nº 3.332/2006; além do objetivo desta Secretaria de adotar um processo dinâmico de construção, acompanhamento e avaliação do PES.

Todo o processo de construção do PES foi realizado em consonância com a elaboração do Plano Plurianual (PPA), que utilizou os três eixos sugeridos para a elaboração do PES.

2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

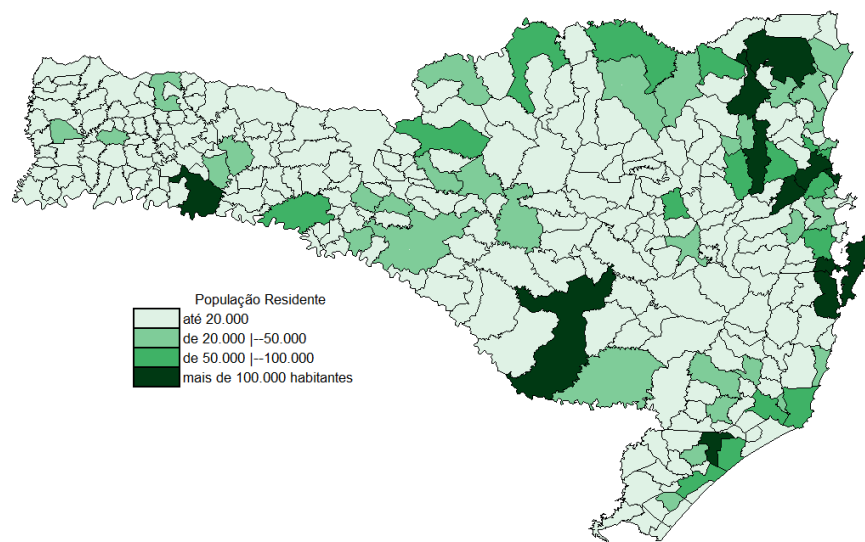
2.1.1. Aspectos Demográficos

Localizado na Região Sul do Brasil, Santa Catarina possui extensão territorial de 95.703.487 quilômetros quadrados distribuídos com uma densidade demográfica de aproximadamente 65 hab./ Km².

Segundo os resultados preliminares do Censo Demográfico de 2010, o estado abriga uma população de 6.248.436 habitantes, 84% deles vivendo em áreas urbanas (IBGE, 2011).

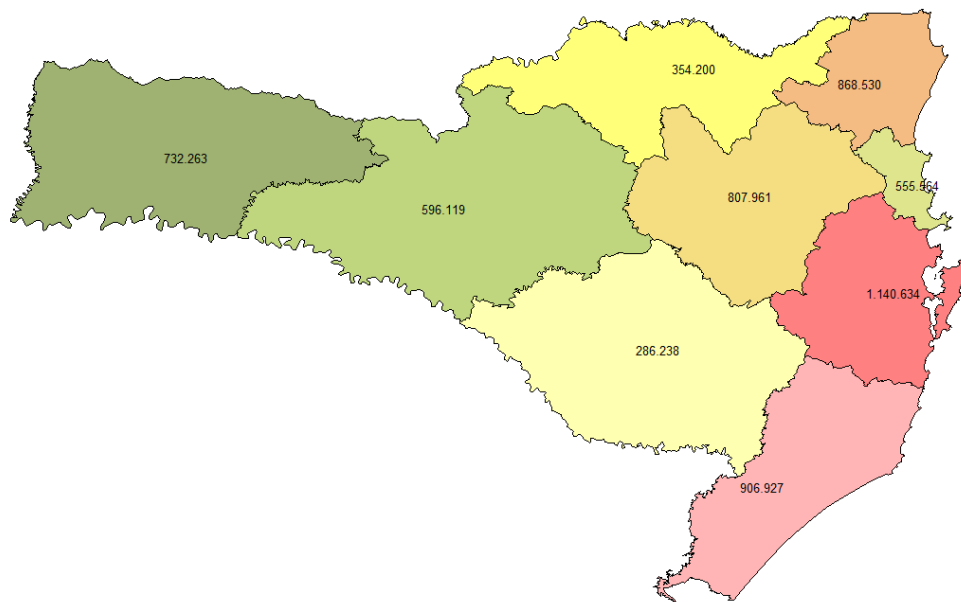
Aproximadamente 80% dos municípios têm menos de 20.000 habitantes e apenas 12 tem população superior a 100.000 habitantes (Figura 01).

Figura 1: Distribuição espacial da população segundo porte dos municípios, Santa Catarina, 2010.



A organização espacial dos serviços assistenciais do estado, desenhada no Plano Diretor de Regionalização - PDR, agrupa os municípios em 21 (vinte e uma) regiões de saúde e 09 (nove) macrorregiões de saúde (Figuras 02). Atualmente existem também, 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional - SDRs, responsáveis pelo planejamento e pela execução orçamentária das ações de saúde em âmbito regional.

Figura 2: Distribuição espacial da população segundo as Macrorregiões de Saúde, Santa Catarina, 2010.



Os maiores contingentes populacionais encontram-se no litoral, nas macrorregiões da Grande Florianópolis, Sul, Nordeste e Vale do Itajaí. Juntas, estas macrorregiões abrigam aproximadamente 60% da população do estado. O Planalto Serrano e o Planalto Norte são as menos povoadas e também aquelas que apresentam menor densidade demográfica, com menos de 20 hab./Km².

Acompanhando a tendência observada no restante do país, mas com um ritmo mais acelerado que a maioria dos estados, observa-se em Santa Catarina a redução nas taxas de crescimento, fecundidade e natalidade, aumento da esperança de vida e progressivo envelhecimento da população.

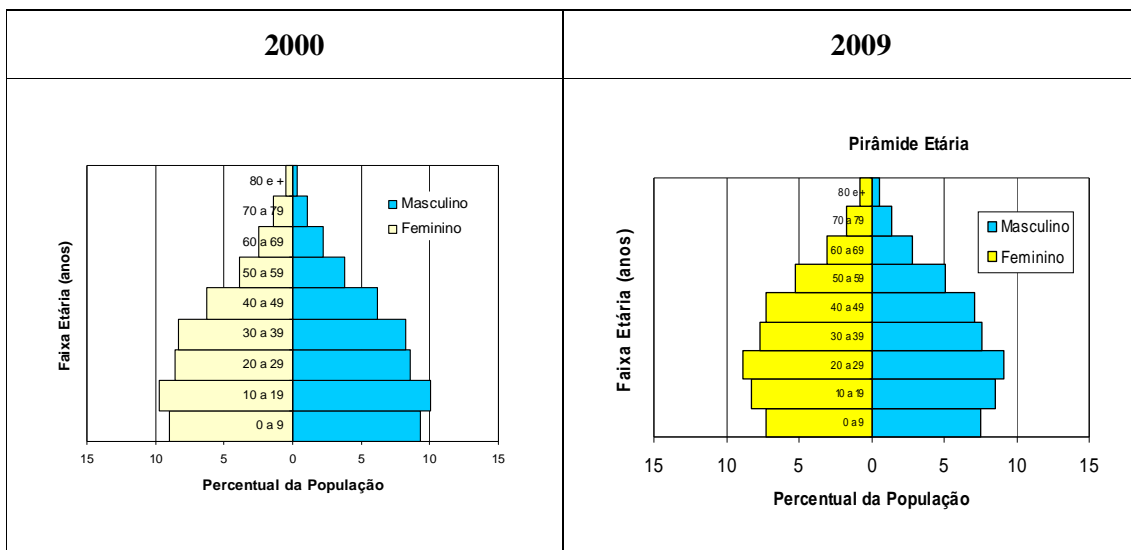
De 1980 a 2007 a taxa de crescimento sofreu uma redução de 37,6% .

A taxa de fecundidade total passou de 2 filhos em 2000 para 1,6 em 2010 e a expectativa de vida ao nascer passou de 73,5 anos em 2000 para 76 anos em 2009, representando um incremento de 2 anos e meio na década. 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 das mulheres ao risco de morrer pela maioria das causas ao longo da vida. Para Santa Catarina essa diferença é de mais de 07 (sete) anos.

A proporção de idosos na população passou de 6,7 % em 1990, para 8% em 2000, subindo para 10,5% em 2010. Por outro lado, a proporção de crianças menores de 5 anos diminuíram sua participação, passando de 11,2 % em 1990 para 8,9 % em 2000 e 6,5% em 2010.

As pirâmides da Figura 03 permitem visualizar as alterações na composição etária da população de Santa Catarina ocorridas na última década evidenciadas pelo estreitamento da base e alargamento proporcional das faixas de idades mais avançadas.

Figura 3: Pirâmides Etárias Santa Catarina, 2000 e 2009



Fonte: Cadernos de Saúde - SES, 2011

Essa transição demográfica implica em 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.

A tabela 01 mostra que os indicadores demográficos apresentam comportamento diferenciado nas macrorregiões.

Tabela 1: Indicadores Demográficos segundo Macrorregionais de saúde, Santa Catarina.

Macrorregiões de Saúde	Taxa de Crescimento Anual (2000-2007)	Taxa de Fecundidade	Percentual de Idosos	Esperança de Vida ao Nascer 2009		
				2010	2010	Masc.
Extremo Oeste	0,57	1,6	11,4	75,1	82,3	78,6
Foz do Rio Itajaí	2,80	1,6	9,6	72,5	79,0	75,6
Grande Florianópolis	2,16	1,4	10,2	72,6	80,3	76,4
Meio Oeste	0,27	1,7	11,4	69,8	79,02	74,4
Nordeste	1,94	1,6	9,1	73,5	81,2	77,4
Planalto Norte	0,71	1,7	10,2	73,0	79,6	76,3
Planalto Serrano	0,20	1,6	11,8	71,0	78,5	74,7
Sul	0,87	1,5	11,1	71,2	79,2	75,0
Vale do Itajaí	1,38	1,5	10,7	74,1	79,5	76,8
Santa Catarina	1,31	1,58	10,4	72,4	79,8	76,0

Fonte: RIPSA-SC

A taxa de crescimento anual do estado no período de 2000 a 2007, foi de 1,31%, mas enquanto as macrorregiões do Planalto Serrano e do Planalto Norte apresentaram crescimento inferior a 0,3%, a Foz do Rio Itajaí e a Grande Florianópolis cresceram mais de 2% ao ano, provavelmente por motivos imigracionais.

A expectativa de vida ao nascer também permite evidenciar grandes desigualdades espaciais no estado variando de 74,7 no Planalto Serrano até 78,6 anos no Extremo Oeste.

O Índice de desenvolvimento humano (IDH) é um indicador composto por três variáveis referentes aos aspectos de saúde, educação e renda das populações. Seu valor varia entre a 0 a 1 e valores mais altos indicam melhores condições de vida. Em Santa Catarina o IDH registrado em 2008 foi de 0,840, refletindo um alto desenvolvimento, sendo o maior da Região Sul e o segundo maior do Brasil, perdendo somente para o Distrito Federal (0,874). Destacam-se como municípios com maior IDH Florianópolis, Joinville, Blumenau e Tubarão.

2.1.2. Situação de Saúde

2.1.2.1. Morbidade

A taxa de internação hospitalar pelo SUS por 100 habitantes de Santa Catarina apresenta clara tendência de redução de 8,7 em 1995 para 7,6 em 2000 e 6,4 em 2009.

A tabela 02 mostra a proporção de internações hospitalares por faixa etária e o detalhamento de cada sexo.

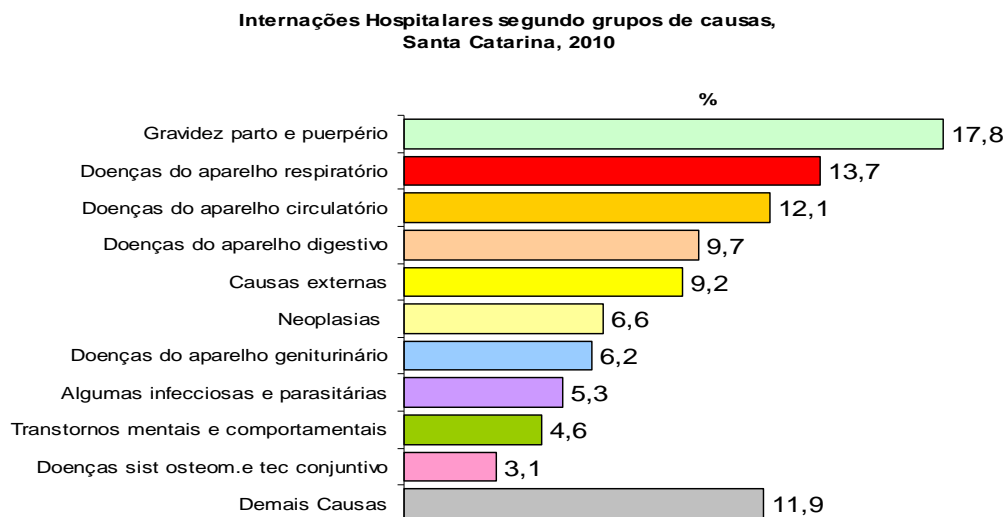
Tabela 2: Proporção % das internações hospitalares do SUS, segundo faixa etária, Santa Catarina, 2010.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<5	10,5	6,2	8,1
5-14	7,7	4,3	5,8
15-24	9,0	20,6	15,5
25-34	10,5	19,1	15,3
35-44	12,0	12,3	12,2
45-54	14,4	10,7	12,3
55-64	14,4	9,4	11,6
65 anos e +	21,6	17,5	19,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH

Os *partos* continuam sendo a principal causa de internação no Estado, representando 17,8% das internações hospitalares realizadas pelo SUS no ano 2010. As *doenças do aparelho respiratório* aparecem em 2º lugar, destacando-se neste grupo as *doenças pulmonares* e as *pneumonias bacterianas* e a *asma*. A *insuficiência cardíaca* e a *angina* lideram o grupo das *doenças do aparelho circulatório* que aparecem em 3º lugar na ordenação. (Figura 04).

Figura 4: Internações hospitalares segundo grupos de causas, Santa Catarina, 2010.



Em Santa Catarina, no período de 2006 a 2009, observa-se uma redução de 11,0% das internações por condições sensíveis à APS, redução inferior tanto à observada na região Sul (11,9%) quanto à do Brasil (13,0%).

2.1.2.2. Mortalidade

A análise da condição de saúde em Santa Catarina apresentada a seguir foi organizada considerando inicialmente o perfil de mortalidade geral segundo os principais grupos de causa, a distribuição por faixa etária e por sexo, destacando algumas particularidades regionais.

O coeficiente de mortalidade geral em 2009 foi de 5,4 óbitos/1000 habitantes, ficando na tendência linear dos coeficientes registrados nos anos 2004 (5,3), 2005 (5,0), 2006 (5,1), 2007 (5,3) e 2008 (5,3). Ocorre predominância do sexo masculino nos óbitos em 2009 (58%). Em termos comparativos o coeficiente de mortalidade geral em Santa Catarina no ano de 2009 foi próximo ao coeficiente nacional (5,7 óbitos/mil).

Nos últimos 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. A análise dos dados de mortalidade proporcional revelou uma concentração de 44,9% de óbitos na faixa etária maior ou igual a 70 anos de idade

As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos, representando 28,4% das causas definidas. Em segundo e terceiro lugar aparecem às neoplasias (19,6%) e causas externas (12,2%) respectivamente, conforme apresentado na Tabela 03. Ainda que se leve 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 40,8% dessas mortes ocorreram antes dos 70 anos, atingindo pessoas jovens em plena fase produtiva.

Tabela 3: Mortalidade Proporcional (%) por principais causas, Santa Catarina, 2009

Grupo de Causas		Nº	%
1	Doenças do aparelho circulatório	9.658	28,4
2	Neoplasias (tumores)	6.671	19,6
3	Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	4.138	12,2
4	Doenças do aparelho respiratório	3.660	10,8
5	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.810	5,3
6	Doenças do aparelho digestivo	1.616	4,8
7	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.386	4,1
8	Doenças do sistema nervoso	776	2,3
9	Doenças do aparelho geniturinário	666	2,0
10	Algumas afecções originadas no período perinatal	549	1,6
	Demais Causas (definidas)	1.019	3,0
Sub-total (definidas)		31.949	100,0
	Mal Definidas	2.093	6,2
Total		34.042	100,0

Fonte: SIM, 2009.

Na análise do óbito segundo o sexo, percebe-se particularidades na distribuição proporcional. As doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar do óbito em ambos os sexos com maior contribuição entre as mulheres (31,8%). As neoplasias ocupam o segundo lugar em ambos os sexos. As causas externas ocupam o terceiro lugar no sexo masculino representando 17,5% dos óbitos. As doenças do aparelho respiratório aparecem em terceiro lugar no sexo feminino correspondendo a 11,6% dos óbitos. (Tabela 04).

Tabela 4: Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas e sexo. Santa Catarina, 2009.

Masculino		Feminino	
Causas Capítulos	%	Causas Capítulos	%
Doenças do aparelho circulatório	25,9	Doenças do aparelho circulatório	31,8
Neoplasias (tumores)	19,4	Neoplasias (tumores)	19,8
Causas externas	17,5	Doenças do aparelho respiratório	11,6
Doenças do aparelho respiratório	10,1	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7,5
Doenças do aparelho digestivo	4,9	Causas externas	4,7
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,1	Doenças do aparelho digestivo	4,5
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,8	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,0
Doenças do sistema nervoso	1,9	Doenças do sistema nervoso	2,8
Doenças do aparelho geniturinário	1,8	Doenças do aparelho geniturinário	2,2
Algumas afec originadas no período perinatal	1,6	Algumas afec originadas no período perinatal	1,6
Demais causas definidas	3,0	Demais causas definidas	3,0
Sub-Total	100,0	Sub-Total	100,0
Mal Definidas	6,0	Mal Definidas	6,4
Total	100,0	Total	100,0

Fonte: SIM, 2009

As doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração, juntas são responsáveis por quase 61,4% das mortes por **doenças do aparelho circulatório**. Cerca de 2/3 dos óbitos deste grupo está relacionado 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 morbi-mortalidade por doenças do aparelho circulatório, priorizando áreas onde o problema assume maior importância.

As **neoplasias** ocuparam o segundo lugar entre os óbitos respondendo por 19,6% do total. A Tabela 05 apresenta as principais localizações de neoplasias no Estado, ordenadas segundo a sua importância relativa dentro do grupo, para cada sexo.

No sexo masculino, as duas principais localizações são: **traquéia, brônquios e pulmões e estômago**, que juntas, representam 28,1% 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 25,3% do total de óbitos neste grupo populacional. **Mama e colo de útero** ocupam o primeiro e sexto lugares dentre as neoplasias e representam 15,2% das mortes femininas por este grupo de causas, apontando ainda para a necessidade de implementar programas para o seu controle, com base em ações educativas e de promoção da saúde da mulher, apesar da redução de 5% em comparação a 2006. O câncer de colo de útero passou da quarta posição em 2006 para a sexta em 2009, porém o câncer de mama continua sendo a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres.

Tabela 5: Mortalidade Proporcional por Neoplasias, segundo localização e sexo, Santa Catarina, 2009.

Masculino		Feminino	
Localizações	%	Localizações	%
1 Traquéia, Brônquios e Pulmões	18,4	1 Mama	14,2
2 Estômago	9,7	2 Traquéia, Brônquios e Pulmões	11,1
3 Próstata	9,5	3 Cólon, Reto e Ânus	7,1
4 Esôfago	7,3	4 Estômago	5,6
5 Lábio, cavidade oral e faringe	5,4	5 Pâncreas	5,2
6 Cólon, Reto e Ânus	5,1	6 Colo do útero	5,0
7 Pâncreas	4,3	7 Leucemia	3,6
8 Laringe	3,6	8 Útero porção NE	3,3
9 Fígado e Vias Biliares Intra-Hepática	3,6	9 Ovário	3,0
10 Leucemia	3,4	10 Esôfago	3,0
Demais Localizações e as não especificadas	29,7	Demais Localizações e as não especificadas	38,8
Total	100,0	Total	100,0

Fonte: SIM, 2009.

As **causas externas**, que incluem os acidentes, homicídios e suicídios, são a 3ª causa de óbito (12,2%). Na distribuição proporcional por idade observou-se que 85,7% dos óbitos ocorreram entre 15 e 59 anos de idade, com predominância na faixa etária de 20 a 39 anos (51,9%). A análise detalhada das circunstâncias dos acidentes e violências mais frequentes, assim como das áreas mais atingidas é fundamental para nortear as medidas preventivas. Acidente de transporte (47,2%), homicídio (19,9%) e suicídio (12,4%) responderam por 79,5% dos óbitos. Entre os acidentes de transporte 28,8% são de motociclistas, sendo o tipo que mais cresce entre os acidentes de trânsito no País e em Santa Catarina, chegando a quadruplicar nos últimos dez anos.

No tocante a homicídios, o número de mortes aumentou nos últimos dez anos, destacando-se os homicídios por arma de fogo com aumento de 13% em relação aos homicídios. Destes homicídios por arma de fogo 77,3% ocorrem na faixa etária de 15 a 39 anos com predominância do sexo masculino (91%).

Se considerarmos os anos potenciais de vidas perdidos por morte prematura observaremos que a média estadual é 21,1 anos por 1000 habitantes e a maior faixa etária de concentração é de 20 a 24 anos com 47,5 por 1000 habitantes.

Na análise da mortalidade proporcional por grupos de causas das 21 Regiões de Saúde, apresentada na Tabela 06, verificamos que a ordenação observada no Estado se mantém com pequenas alterações, mas a importância relativa de cada grupo é diferente dependendo da região de saúde analisada.

As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias são as duas principais causas de morte em todas as regiões de saúde, mas a primeira causa aparece com maior importância nas regiões Sul e Grande Florianópolis, enquanto as neoplasias destacam-se na região do extremo-oeste.

Já a terceira causa de morte por região de saúde oscila entre as causas externas e as doenças do aparelho respiratório. As doenças do aparelho respiratório destacam-se como terceira causa de mortes nas regiões de saúde do Extremo-Oeste, Planalto Serrano, Meio-Oeste, Nordeste, Planalto Norte e Sul.

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 6,2% do total. Se essas causas pudessem ser definidas, o padrão de mortalidade dos catarinenses poderia alterar-se consideravelmente. A Tabela 06 permite observar que a proporção de óbitos por causas mal definidas apresenta variação importante nas Regiões de Saúde do Estado, o que impede a comparação de riscos de morte segundo causas entre as diferentes áreas geográficas. Enquanto na região de saúde da Grande Florianópolis o grupo representa 3,2% do total de óbitos, no Planalto Serrano chega a representar 11,3%. 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 a serviços de apoio diagnóstico, entre outros determinantes. Destaca-se no Estado a amplitude de variação das causas mal-definidas que vai de 2,4% a 11,3%. A avaliação mais cuidadosa desse conjunto de óbitos pode indicar ações de aperfeiçoamento nos serviços de saúde nas diversas regiões do Estado, destacando a necessidade de medidas de controle na definição das causas de óbitos.

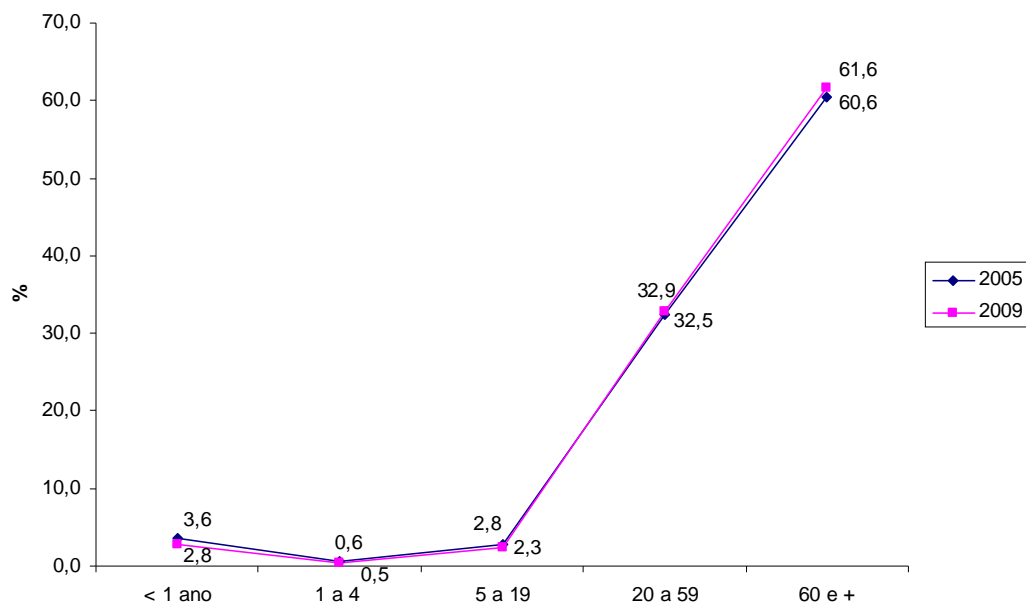
Tabela 6: Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas, segundo macrorregiões do Estado. Santa Catarina, 2009.

Causas Capítulos	Extremo Oeste	Grande Fpolis	Planalto Serrano	Meio Oeste	Nordeste	Planalto Norte	Sul	Vale do Itajaí	Foz do Rio Itajaí	Total
Doenças do aparelho circulatório	28,8	31,0	25,6	24,7	26,6	28,3	31,8	27,3	28,3	28,5
Neoplasias (tumores)	22,0	20,6	19,8	18,6	20,3	19,3	17,7	19,5	18,9	19,7
Causas externas	12,3	12,4	9,1	11,4	11,3	10,0	10,3	12,5	16,5	11,9
Doenças do aparelho respiratório	12,7	10,0	12,3	11,7	11,4	11,6	10,4	10,4	7,7	10,8
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,6	4,8	6,9	5,3	4,1	4,6	7,2	5,4	5,5	5,3
Doenças do aparelho digestivo	4,7	4,9	4,4	4,9	4,7	5,3	5,1	4,5	3,9	4,7
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,1	5,1	2,5	3,2	5,4	2,5	3,9	3,3	6,2	4,1
Doenças do sistema nervoso	2,8	2,1	1,7	2,5	2,1	2,1	2,2	2,5	2,4	2,3
Doenças do aparelho geniturinário	1,6	2,3	1,4	2,0	1,9	1,3	2,2	1,8	2,6	2,0
Algumas afecções originadas no período perinatal	1,5	1,4	2,9	1,5	1,9	1,4	1,6	1,6	1,5	1,6
Demais causas definidas	2,5	2,4	2,2	3,4	3,1	3,8	2,8	3,2	4,2	3,0
Subtotal (definidas)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mal Definidas	3,5	3,2	11,3	10,7	7,2	9,8	4,8	8,1	2,4	6,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM – SES / SC, 2011.

A Figura 05 apresenta a mortalidade proporcional por faixas etárias para Santa Catarina entre 2005 e 2009. 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 de menores de 1 ano e aumento de maiores de 60 anos.

Figura 5: Mortalidade Proporcional segundo faixa etária. Santa Catarina, 2005 e 2009.



Fonte: SIM, 2009

2.1.2.3. Grupos Populacionais Específicos

2.1.2.3.1. Criança

Conhecer o perfil da mortalidade infantil é fundamental para a formulação de estratégias que permitam o seu controle.

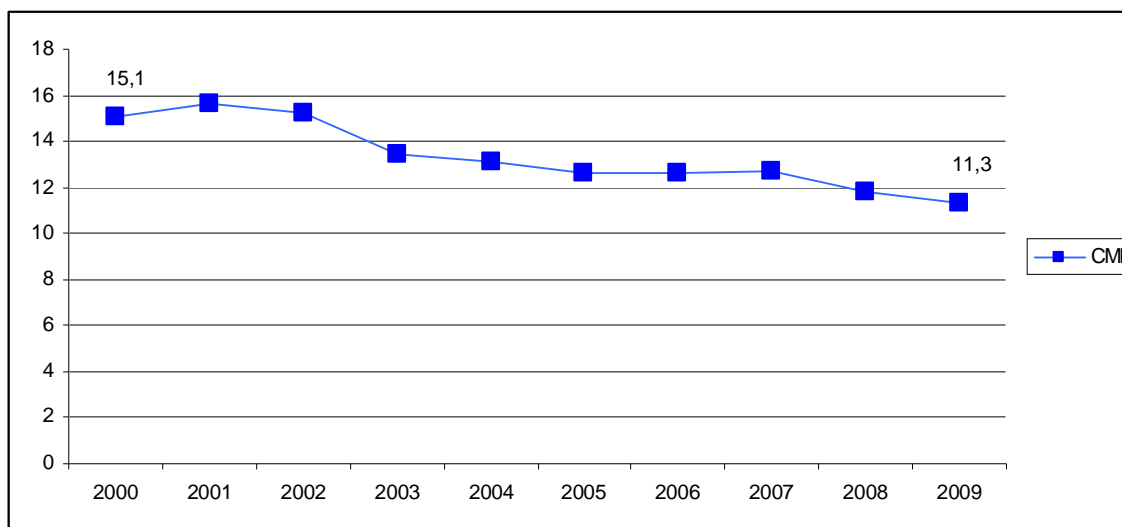
O coeficiente de mortalidade infantil é um indicador bastante utilizado e dividido tradicionalmente em: **mortalidade infantil neonatal** e **mortalidade infantil tardia ou pós-neonatal** que correspondem aos óbitos que ocorrem respectivamente, antes e a partir dos 28 dias de vida.

A mortalidade infantil neonatal é, por sua vez, dividida em **mortalidade infantil neonatal precoce** que compreende os óbitos ocorridos entre o nascimento e o 7º dia de vida e **mortalidade infantil neonatal tardia**, correspondente àqueles óbitos ocorridos entre sete e 28 dias de vida.

Enquanto as mortes neonatais são, em quase sua totalidade, devido às chamadas causas perinatais e as anomalias congênitas, a mortalidade infantil tardia deve-se fundamentalmente a causas ligadas a fatores ambientais, tais como doenças infecciosas e a desnutrição.

Quando o CMI é muito baixo, ele é quase que 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.

Figura 6: Evolução do coeficiente de mortalidade infantil em Santa Catarina, de 2000 a 2009.



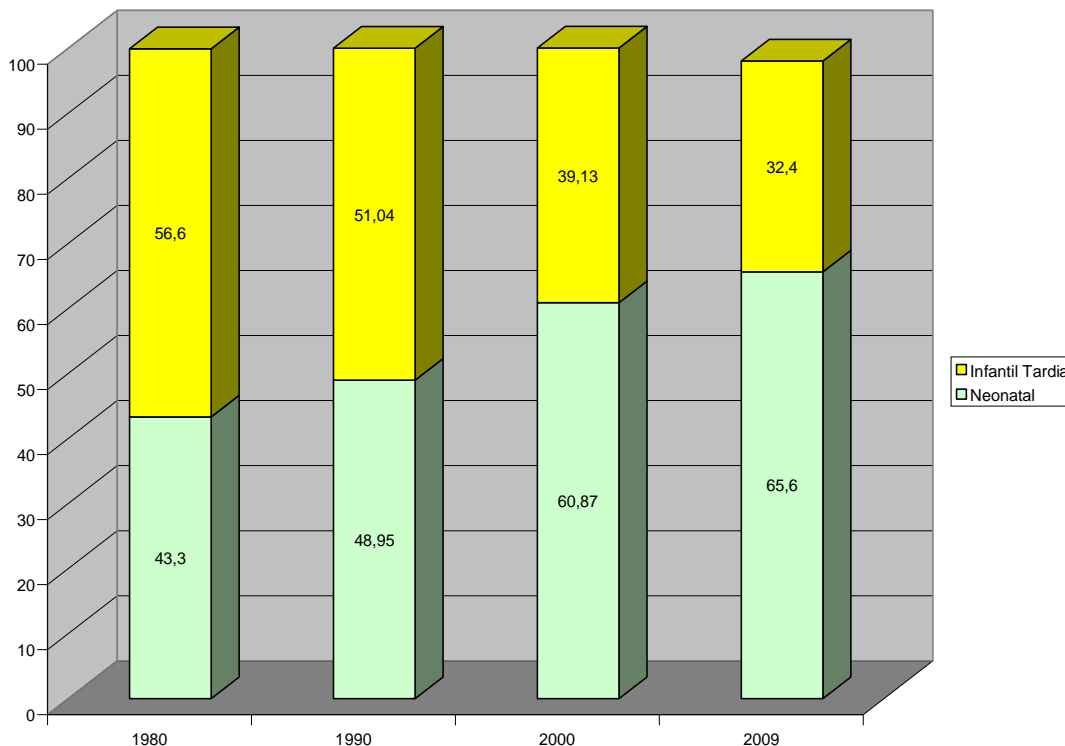
Fonte: SIM/SINASC-2009

Na análise do comportamento do coeficiente de mortalidade infantil em Santa Catarina no período de 2000 a 2009 (Figura 06), observa-se uma redução acentuada passando de 15,1 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2000, para 11,3 em 2009.

O declínio da mortalidade infantil se deu, predominantemente, em razão da diminuição dos componentes neonatal precoce e pós-neonatal. No período analisado a mortalidade neonatal precoce teve uma redução de 31,6%, sendo de 39,3% a queda da mortalidade pós-neonatal.

A redução da mortalidade infantil no Estado foi possível devido a adoções de diversas ações, entre as quais se destacam: aumento da cobertura vacinal e introdução de novas vacinas, utilização de terapia de reidratação oral, aumento da cobertura do pré-natal, ampliação dos serviços de saúde com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), redução da fecundidade, melhorias das condições ambientais e nutricionais da população e promoção do aleitamento materno.

Figura 7: Composição percentual da taxa de mortalidade infantil (%) em Santa Catarina, segundo os componentes neonatal e infantil tardia nos anos de 1980, 1990, 2000 e 2009.



Fonte: SIM/SINASC – 2009

Observa-se na Figura 07 o aumento proporcional do coeficiente de mortalidade infantil neonatal em 33,9% e a redução do coeficiente de mortalidade infantil tardia em 42,7% entre os

anos de 1980 a 2009. O declínio do CMI nesse período se deu mais às custas da diminuição da mortalidade infantil tardia do que da mortalidade neonatal.

As principais causas de mortalidade infantil em 2009 foram afecções originárias no período perinatal e anomalias congênitas. Juntas elas representaram 80,6% do total de óbitos neste período.

No grupo das afecções de origem no período perinatal, as causas de óbitos mais frequentes foram transtornos específicos do período perinatal como anóxia, hipóxia, síndrome de aspiração neonatal, hemorragia pulmonar e pneumonia congênita.

As mortes por doenças infecciosas e parasitárias ocorreram quase na sua totalidade, no período pós-neonatal, sendo a septicemia e as doenças infecciosas intestinais responsáveis por 76% dos óbitos deste grupo.

O percentual de óbitos infantis por causas mal-definidas demonstrou redução em relação ao ano de 2004 (5,7% dos óbitos nesta faixa etária).

A macrorregião do Planalto Serrano apresentou, em 2009, o maior coeficiente de mortalidade infantil do Estado (20,2), mesmo com redução em comparação ao ano de 2004 que era de 22,5 óbitos por 1000 nascidos vivos. Este risco é 1,8 vezes maior do que a média do Estado e quase 2,2 vezes maior do que observado na macrorregião da Grande Florianópolis, onde encontramos, naquele ano, o melhor indicador (9,3).

Os coeficientes de mortalidade infantil neonatal e tardia estavam abaixo dos pactuados no pacto pela saúde em 2009, superando as expectativas de análise.

A taxa de mortalidade na infância (menores de cinco anos de idade), de 2000 a 2009, também apresentou tendência de queda, com uma redução de 30% neste período.

De 2000 a 2009 as causas externas aparecem entre as principais causas de mortes entre as crianças de um a quatro anos de idade, junto com as doenças do aparelho respiratório, seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias. Já entre as crianças de cinco a nove anos as causas externas tem aumentado significativamente correspondendo a 45% do total de óbitos, seguido das neoplasias. Os acidentes de transporte ocupam o primeiro lugar das causas externas (58,5%).

Embora Santa Catarina apresente os melhores indicadores de mortalidade em crianças do País, ainda há muito que melhorar, pois a maioria dos óbitos é evitável por meio de ações que contemplem adequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, como também por medidas de prevenção e atenção á saúde deste grupo populacional.

Comparando-se com países onde se conseguiu os melhores indicadores de mortalidade infantil (Japão = 3, Cuba = 5, entre outros) ainda há muito que se fazer para alcançar, no Estado, índices considerados aceitáveis.

As diferenças importantes nos indicadores de mortalidade de crianças, entre as diversas regiões do Estado, sugerem prioridade de ação naquelas regiões em que se identificam os maiores riscos.

Em 2009 as internações de menores de 10 anos correspondem 11,5% do total de internações no Estado de Santa Catarina. As doenças do aparelho respiratório apareceram entre as principais causas de internação (40,2%) seguidas das doenças infecciosas e parasitárias (11,9%) e das doenças originárias no período perinatal (11,6%).

A faixa etária de um a quatro anos foi aquela onde as internações predominaram. Dentre as causas de internações nesta faixa etária destacaram-se as doenças do aparelho respiratório (49,6%) seguidas das doenças infecciosas e parasitárias (14,6%). A pneumonia (65,1%) ocupa o primeiro lugar entre as causas de internação por doenças do aparelho respiratório.

Na faixa etária de cinco a nove anos destacam-se as doenças do aparelho respiratório (30,3%) e lesões e envenenamento e consequência de outras causas externas (16%). A pneumonia continua sendo a principal razão das internações por doenças do aparelho respiratório (41,8%). Já nas causas por lesões e envenenamento e consequência de outras causas externas, as fraturas de ossos dos membros (54,9%) e traumatismo intracraniano (11,8%) são predominantes.

Em Santa Catarina, as principais causas de internação de crianças são por afecções que se, em sua maioria, forem atendidas adequadamente na atenção primária de saúde não necessitariam atendimento hospitalar.

Portanto, o fortalecimento da atenção primária em saúde para o atendimento adequado ao pré-natal e à criança, visando à prevenção dos riscos à sua saúde, é a principal medida a ser tomada para a redução das internações de crianças, no Estado.

O Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), além de fornecer informações sobre o quantitativo de crianças nascidas no Estado, base para o cálculo de muitos indicadores de saúde, possibilita a análise de alguns fatores de risco no nascimento, contribuindo para o planejamento das ações que visem reduzir a morbi-mortalidade infantil e materna.

O nascimento saudável, entre outras variáveis, pode ser assegurado através de cuidados durante a gestação.

A Tabela 07 apresenta dados para análise do nascimento em Santa Catarina no período entre 2000 a 2009.

Tabela 7: Aspectos relativos ao nascimento em Santa Catarina no período de 2000 a 2009.

Condições	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
nº de nascidos vivos	94.450	87.874	85.954	82.812	82.286	84.584	84.133	81.833	84.506	83.730
% com baixo peso ao nascer	7,2	7,8	7,9	8,1	7,7	7,8	8,0	8,0	8,0	7,9
% prematuridade	6,3	6	6,1	6,5	6,6	7,0	7,3	7,4	7,7	7,4

Fonte: SINASC, 2009.

São considerados como de baixo peso, os nascidos vivos com peso abaixo de 2.500g e como sobrepeso os nascidos com mais de 5.000g. Em crianças com peso entre 1.500g e menos de 2.500g, o risco de morte é sete vezes maior do que em crianças com peso considerado normal, aumentando em 58 vezes quando o peso situa-se entre 1.000g e 1.500g, e muito maior em crianças com peso abaixo de 1.000g.

Crianças com sobrepeso ao nascer têm uma razão de chance de morrer antes de um ano de idade, três vezes maior do que aquelas que nasceram com o peso normal (Ministério da Saúde, 2006).

Em Santa Catarina, a proporção de nascidos vivos com peso baixo ao nascer foi de 7,9 em 2009 com oscilações na série histórica entre 2000 e 2009.

A IIª Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal, em 2008, mostrou que Florianópolis, representando Santa Catarina, apresentava prevalência de aleitamento materno exclusivo em torno de 52% das crianças até seis meses de idade com duração mediana de 86,5 dias.

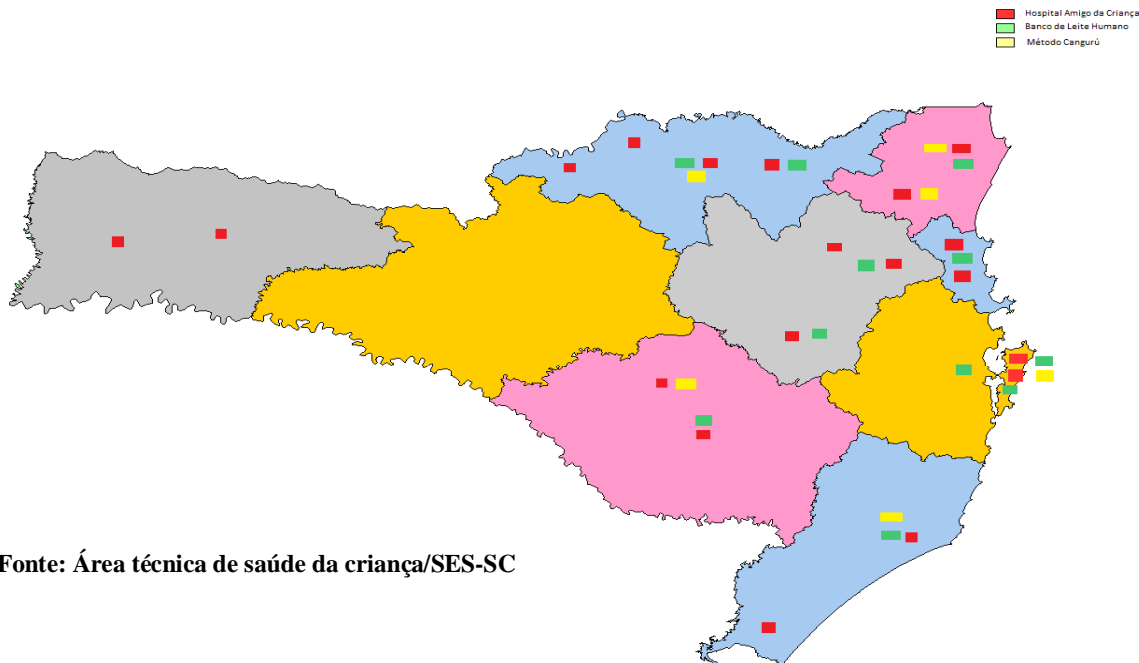
Estes dados representaram importante melhora neste indicador em relação à primeira pesquisa efetuada em 1999, mas de acordo com critérios da Organização Mundial da Saúde, são classificados como bom, em relação à prevalência nos primeiros seis meses e muito ruim, em relação à duração mediana de aleitamento materno.

Considerada uma importante estratégia de promoção do aleitamento materno, os bancos de leite possuem como principal objetivo apoiar as mulheres que desejam amamentar seus filhos. Santa Catarina conta com 11 bancos de leite, distribuídos desigualmente entre as macrorregiões (figura 09), considera-se como um imperativo a implantação deste serviço nas regiões Extremo Oeste e Oeste.

Em Santa Catarina há 19 hospitais amigos da criança e seis maternidades que possuem leitos para o método canguru. (figura 08).

A figura 08 mostra a localização dos hospitais amigos da criança, dos bancos de leite humano e das maternidades que possuem leitos para o método canguru, no Estado, de acordo com a sua localização por macrorregião de saúde.

Figura 8: Hospitais amigos da criança, bancos de leite humano e maternidades com leitos para o método canguru, por macrorregião de saúde de Santa Catarina, em 2009.



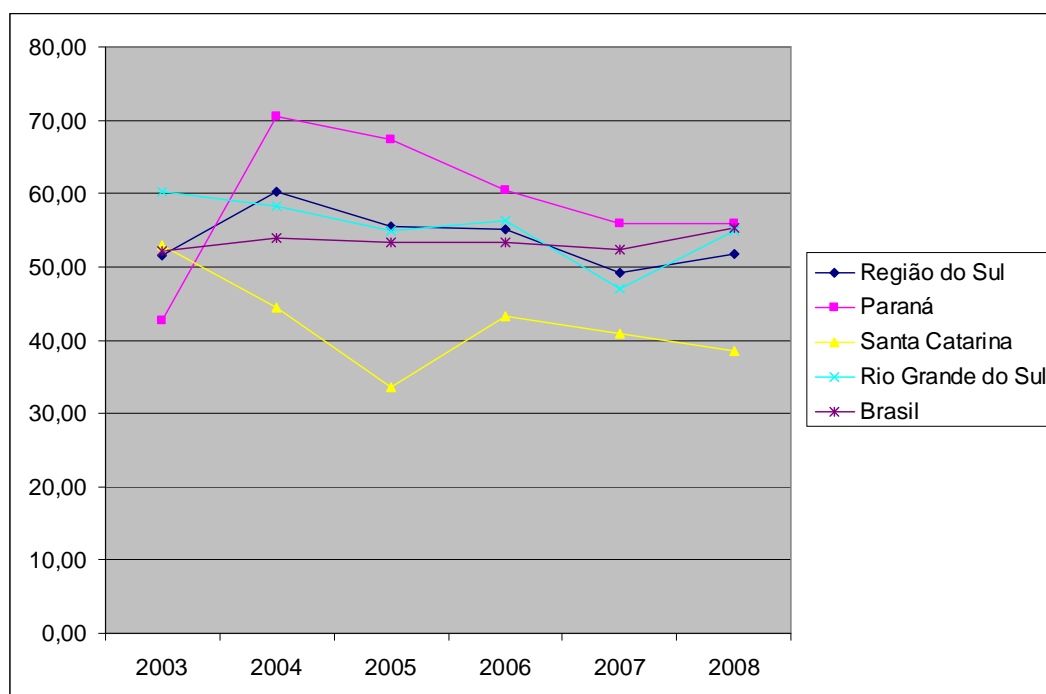
Fonte: Área técnica de saúde da criança/SES-SC

Os dados demonstram a necessidade de continuação das ações de incentivo ao aleitamento materno, no Estado, como uma das estratégias de promoção da saúde da criança e redução da mortalidade infantil.

2.1.2.3.2. Mulher

O coeficiente de mortalidade materna estima a frequência de óbitos atribuídos a complicações na gravidez, no parto e puerpério em relação ao total de gestações, representado pelo número de nascidos vivos. Este indicador reflete as condições de vida e a assistência a saúde prestada à mulher. Em Santa Catarina este coeficiente apresentou uma queda entre os anos de 2003 a 2005 variando de 52,9 a 33,6 óbitos por 1000 nascidos vivos. Em 2006 foi registrado um crescimento (43,3) e certa estabilidade entre os anos de 2007 e 2008. Durante todo o período analisado o coeficiente esteve abaixo do valor encontrado no Brasil e na Região Sul, excluindo o ano de 2003, como mostra a Figura 09.

Figura 9: Comportamento do Coeficiente de Mortalidade Materna do Brasil, região Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul no período de 2003 a 2008.

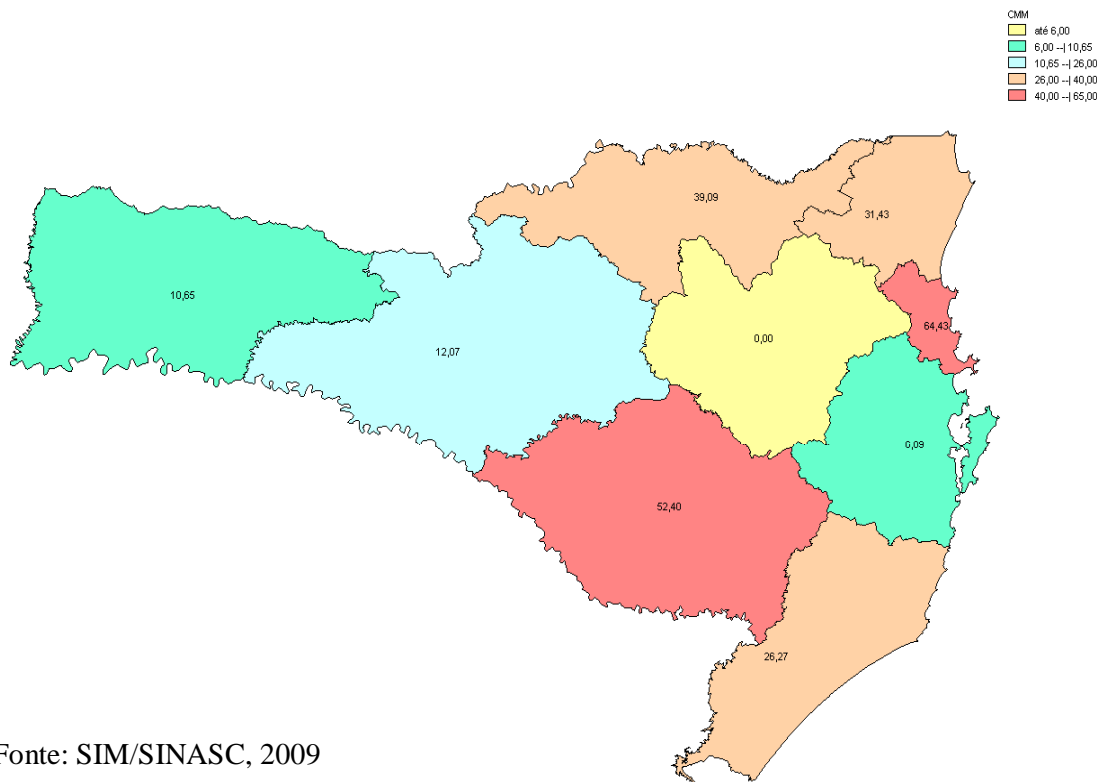


Fonte: SIM/SINASC, 2008

A mortalidade materna entre as macrorregiões está representada na Figura 10. No ano de 2009 o coeficiente de mortalidade materna no Estado de Santa Catarina foi de 22,8 por 100.000 nascidos vivos. Os maiores coeficientes foram registrados nas macrorregiões do Planalto Serrano (64,4) e Foz do Rio Itajaí (52,4). Na macrorregião do Vale do Itajaí não foram registrados óbitos maternos, por este motivo o coeficiente foi zero.

Já os menores coeficientes estão localizados nas macrorregiões da Grande Florianópolis (6,9) e Extremo Oeste (10,6).

Figura 10: Coeficiente de Mortalidade Materna (100.000 nascidos vivos) segundo Macrorregião de residência, SC, 2009.



Fonte: SIM/SINASC, 2009

Cerca de 47,3% de óbitos maternos ocorreram por causas obstétricas diretas. Observa-se uma concentração percentual de óbitos maternos na faixa etária de 20 a 39 anos de idade, sendo que as duas principais causas de morte são infecção puerperal (44,4%) e hemorragia pós-parto (22,2%), apresentando-se como problema o baixo índice de investigação de óbitos em mulheres em idade fértil no estado.

No elenco das principais causas de morte da população feminina entre 10 e 59 anos de idade, no ano de 2009, o grupo de neoplasias ocupa o primeiro lugar (29,3%), seguido das doenças do aparelho circulatório (20,3%) e causas externas (12,4%) conforme tabela 08.

Observa-se ainda um alto índice de causas mal definidas em algumas regiões de saúde quando comparadas ao desempenho do Estado: Araranguá (28,7%), Mafra (21,6%) e Balneário Camboriú (20,1%).

Tabela 8: Mortalidade Proporcional (%) em mulheres de 10 a 59 anos segundo principais grupos de causas, 2009

Causas Capítulos	2009	%
Neoplasias (tumores)	1089	29,3
Doenças do aparelho circulatório	755	20,3
Causas externas	460	12,4
Doenças do aparelho respiratório	332	8,9
Doenças do sistema nervoso	89	2,4
Alg doenças infecciosas e parasitárias	301	8,1
Mal Definidas	169	4,6
Demais Causas	517	13,9
Total	3712	100,0

Fonte: SIM, 2009

O alto percentual de contribuição das neoplasias deve ser motivo de preocupação. Em relação a 2004 o aumento foi de 5,1%. O câncer de mama (20,1%) e de brônquios e pulmões (9,1%) configuram os principais tipos de neoplasias neste grupo populacional. A mortalidade feminina por câncer de mama apresentou um aumento de 9% em relação a 2004, enquanto que por câncer de colo de útero apresenta tendência de redução (13%) em relação a 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.

As doenças isquêmicas do coração (33,9%) e as doenças cerebrovasculares (30,4%) são as principais causas de óbitos entre as doenças do aparelho circulatório. Já na mortalidade por causas externas na população feminina destacam-se os acidentes de trânsito (52,4%), seguindo o padrão da população em geral, e as agressões (37,3%). A violência é um dos principais indicadores de discriminação de gênero contra a mulher. Segundo pesquisa coordenada pela OMS (2002) a violência é um grave problema de saúde pública e poucas mulheres buscam atendimentos em hospitais e centros de saúde.

Dentre fatores de risco direcionados à prevenção da morbi-mortalidade voltada à saúde da mulher devemos destacar a deficiência nas ações de prevenção e atenção à violência contra a mulher. Os serviços e profissionais de saúde ocupam um lugar estratégico na identificação da violência doméstica, bem como na assistência à vítima e seu encaminhamento a serviços especializados, antes que incidentes mais graves aconteçam. Alguns autores apontam as dificuldades que os profissionais de saúde apresentam em lidar com o problema da violência contra a mulher.

Uma importante medida dentre as ações voltadas à saúde da mulher são os exames de detecção precoce de câncer de colo de útero e mama, com garantia do acompanhamento e tratamento para as lesões diagnosticadas. Em Santa Catarina, no ano de 2009, foram realizados

469.098 exames significando uma cobertura de aproximadamente 26,3%, ficando abaixo da meta (30%). Em 2010 foram realizados 254.827 exames o que significa uma cobertura de aproximadamente 70,2%, ficando próximo aos 75% que é a meta de cobertura para o estado. O indicador de acompanhamento e seguimento das lesões alteradas de colo de útero está em fase de alcance da meta. Em 2010 o estado apresentou 1.012 lesões intra epitelial de alto grau, destas 227 foram acompanhadas o que representou uma cobertura de 22,4%. Também em 2010 foram realizadas 95.894 mamografias de rastreamento nas mulheres de 50 a 69 atingindo 100% da meta.

O acesso a assistência pré-natal é um problema significativo no país bem como em Santa Catarina, principalmente quanto à qualidade do atendimento prestado. A falta de um protocolo para diagnóstico, tratamento e acompanhamento da mulher no período reprodutivo identificando precocemente a gestante com risco para a gravidez expõe as mulheres ao risco de morte materna. As normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde definem um número mínimo de seis consultas de acompanhamento no pré-natal realizadas por médicos ou enfermeiros.

No Estado o percentual de mulheres com no mínimo seis consultas de pré-natal apresentou um crescimento da ordem de 26,8%, e o percentual de mães sem pré-natal diminuiu 57%, no período analisado, demonstrando melhora na condição de acesso a este serviço.

O percentual de mães adolescentes seguiu declinando (16,9%) demonstrando a mesma tendência observada no país (20,4%) e Região Sul (18,36%), porém esta área ainda merece atenção, considerando a significativa correlação positiva com baixo peso ao nascer e implicações diretas no desenvolvimento e crescimento infantil.

Tabela 9: Aspectos relativos ao nascimento em Santa Catarina no período de 2000 a 2009.

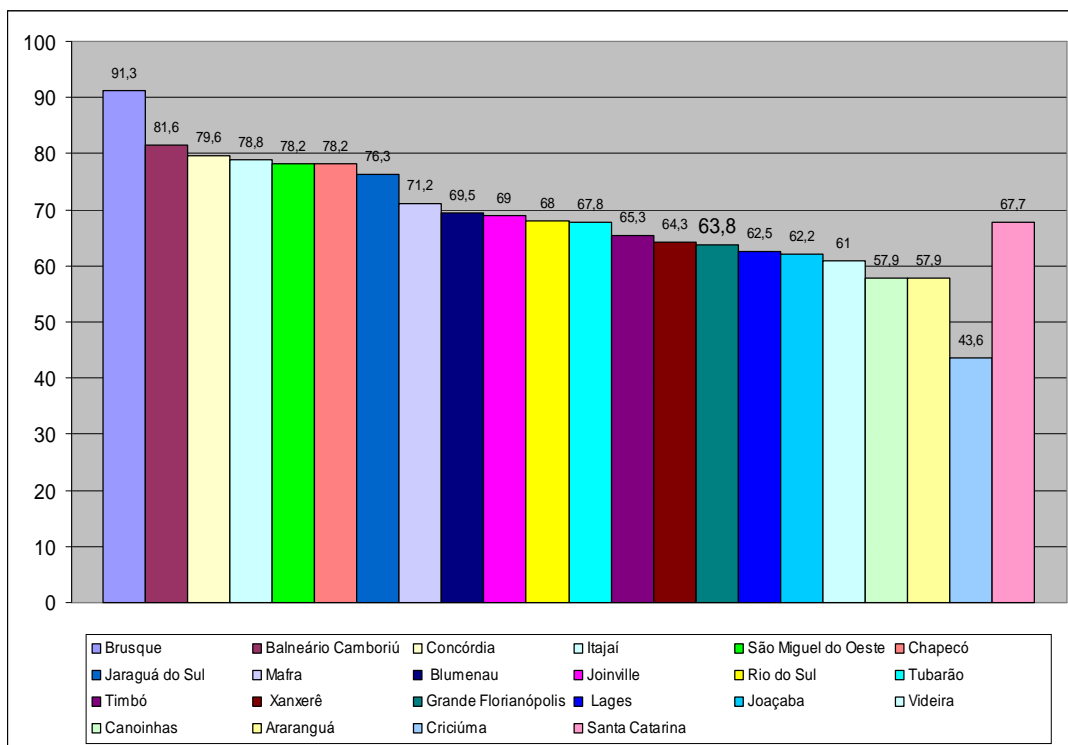
Condições	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
nº de nascidos vivos	94.450	87.874	85.954	82.812	82.286	84.584	84.133	81.833	84.506	83.730
% de mães de 10 a 19 anos	20,8	20,5	19,9	19,2	18,9	18,5	18,2	18,3	17,6	16,9
% de partos cesáreos	41,5	42,2	43,8	46,8	48,2	50,3	51,6	53,1	54,7	55,8
% mães > 6 consultas pré-natal	41	49,2	54	56,8	60,8	63,1	65,3	66,5	68,2	67,8
% mães sem pré-natal	1,9	1,5	1,3	1,1	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8

Fonte: SINASC, 2009.

Em 2009 (67%) das gestantes catarinenses tiveram acesso a mais de seis consultas pré-natal. Nos dados referentes, por região de saúde, apresentados na Figura 11, pode-se observar que 12 das 21 regiões de saúde apresentam cobertura acima da média estadual. Brusque (91,3%) e Criciúma (43,6%) se destacam entre as regiões de melhor e pior cobertura de pré-natal. Nesta

análise percebe-se que as mães adolescentes foram as que tiveram menor acesso às consultas de pré-natal em relação às mães maiores de 19 anos de idade (55% das mães adolescentes fizeram sete ou mais consultas, ante 70% das mães com mais de 19 anos de idade).

Figura 11: Proporção de nascidos vivos com mães que realizam mais de 6 consultas de pré-natal, segundo regiões de saúde, em Santa Catarina 2009.



Fonte: SINASC, 2009.

A Tabela 09 também demonstra um aumento significativo de partos cesáreos e de prematuridade. O aumento de partos cesáreos (14,3%) pode estar relacionado ao aumento da prematuridade (7,4%). O aumento dos índices de prematuros em decorrência da prematuridade iatrogênica é um fenômeno novo e preocupante.

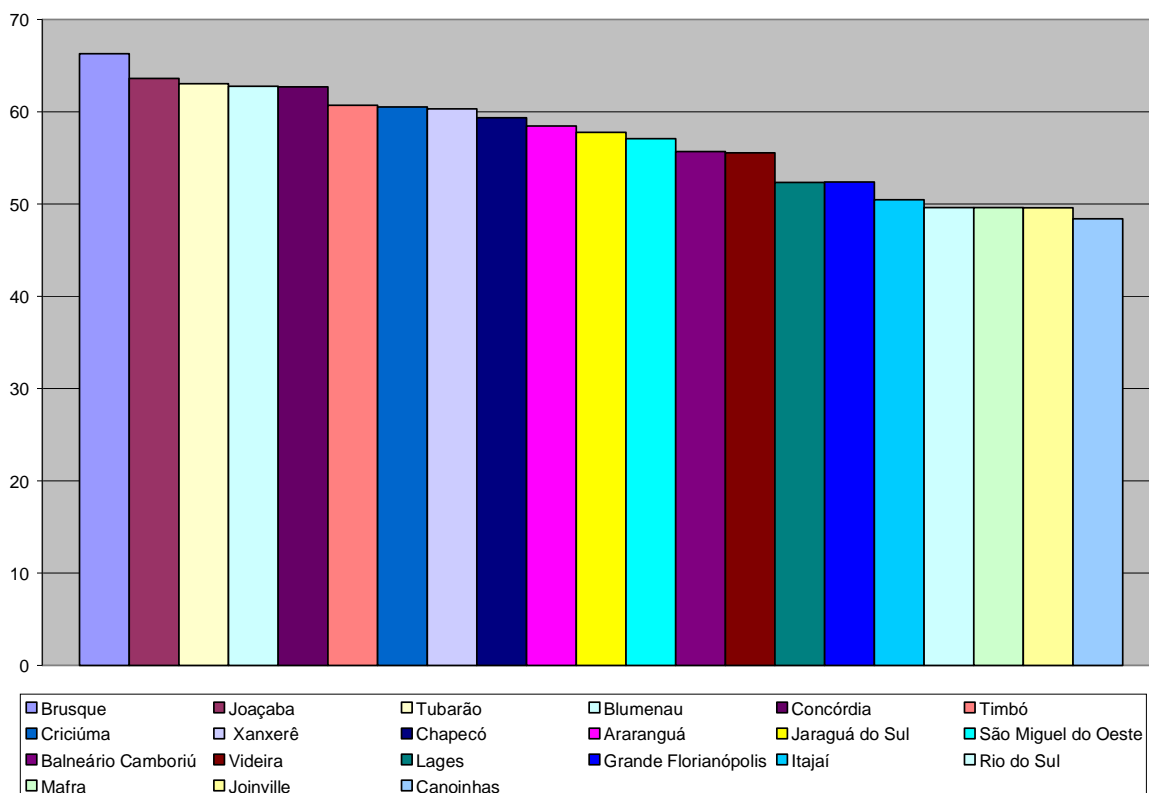
Segundo o Ministério da Saúde, a técnica da cesariana representou 43% dos partos realizados no sistema público de saúde brasileiro, percentual acima de 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os números do setor privado, que incluem os planos de saúde, são mais preocupantes sendo que a frequência chega a 80%.

O Estado de Santa Catarina se situou acima da média nacional de partos cesáreos e apresentou a taxa de 55,8%, em 2009, não alcançando a meta pactuada no pacto pela saúde em 2009, inclusive superando-a em 15,65%.

Quando comparadas entre si as Regiões de Saúde apresentam diferenças no comportamento relativo à opção pelo parto cesáreo.

A Figura 12 apresenta o percentual de partos cesáreos efetuados em média, em Santa Catarina, por região de Saúde, em 2009.

Figura 12 : Taxa de partos cesáreos, por região de saúde de Santa Catarina, em 2009.



Fonte: SINASC-2009

Santa Catarina excedeu em 12,8% o percentual de cesáreas realizadas no país, enquanto as Regiões de Brusque, Joaçaba, Blumenau, Concórdia e Tubarão excederam em pelo menos 22%. Nenhuma Região de Saúde apresentou percentuais inferiores à média nacional e somente as regiões de Rio do Sul, Maфра, Joinville e Canoinhas apresentaram índices abaixo de 50%.

Ações de incentivo ao parto vaginal em todo o Estado deverão ser planejadas a fim de reduzir este indicador.

Em relação às internações hospitalares nas mulheres de 10 a 59 anos destacam-se as internações por parto, gravidez e puerpério (45,7%), seguidas das doenças do aparelho geniturinário (7,7%) e doenças do aparelho circulatório (7,1%), sendo que as ações direcionadas à prevenção da morbi-mortalidade desta doença está relacionada a diferentes fatores de risco, devendo incluir orientação sobre hábitos de vida saudável.

2.1.2.3.3. Adolescente e jovem

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende a segunda década de vida, 10 a 19 anos.

Para o Ministério da Saúde (2005), vulnerabilidade é a capacidade do indivíduo de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associado aos fatores que o rodeiam, pelos contextos socioculturais e pela sua realidade. O uso e o abuso de álcool e outras drogas tem sido um dos principais desencadeadores de situações de vulnerabilidade na adolescência e juventude, para acidentes, suicídios e violência, elevando de forma considerável as taxas de mortalidade por causas externas nestes grupos populacionais.

Os fatores biológicos, psicológicos, culturais, socioeconômicos, políticos e étnico-raciais tornam esta população mais vulnerável aos agravos de saúde, principalmente os acidentes e violências.

No Brasil, a mortalidade de adolescentes por causas externas alcançou tal magnitude, que passou a ser reconhecida como um problema de saúde pública. Seu efeito não passou somente as crescentes taxas de mortalidade, abordando também seqüelas físicas, psicológicas, sociais e morais, de forma individual e coletiva, além do impacto econômico e a sobrecarga do sistema de saúde (BRASIL, 2008a).

Em Santa Catarina, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade, em 2009, as causas externas foram responsáveis pelo maior percentual das mortes de adolescentes, seguidas das neoplasias, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório, nessa ordem, conforme mostra o quadro abaixo.

Quadro I: Mortalidade proporcional de adolescentes, em Santa Catarina, no ano de 2009, segundo causas capítulos da CID10.

<i>Causas</i>	<i>Número</i>	<i>Percentual</i>
Externas	439	66,4%
Neoplasias	68	10,2%
D. sistema nervoso	30	4,5%
D. aparelho respiratório	27	4,0%
D. aparelho circulatório	24	3,6%
Demais causas	73	11,3%
Total	661	100%

Fonte: SIM/SC

A análise da série histórica dos últimos anos mostra uma tendência contínua das causas externas como a maior causa de mortes de adolescentes. Nos anos de 2006, 2007 e 2008 as causas externas foram responsáveis por 69,5%, 70,2% e 71,3% do total de mortes de pessoas de 10 a 19 anos.

Dentro das causas externas, os acidentes de transporte e os homicídios se destacam, como as principais causas de mortes neste grupo etário, seguindo a tendência da média do Brasil.

O quadro II mostra as principais causas externas de mortalidade de adolescentes em Santa Catarina, em 2009.

Quadro II: Mortalidade proporcional por causas externas, em adolescentes, no Estado de Santa Catarina, em 2009.

<i>Causas Externas</i>	<i>Número</i>	<i>Percentual</i>
Ac. Transportes	199	45,3%
Homicídios	125	28,4%
Afogamentos	50	11,3%
Suicídios	30	6,8%
Ev. intenção indeterminada	11	2,5%
Demais causas	24	5,7%
Total	439	100%

Fonte: SIM/SC

A mortalidade por causas externas em adolescentes é um fenômeno de múltiplas causas, o que leva a procurar várias formas de se trabalhar a questão, entre elas a articulação das instituições governamentais e não governamentais, além de grande investimento científico, tecnológico, econômico e de recursos humanos capacitados. O trabalho intersetorial e multidisciplinar em ações supervisionadas e de continuidade são imprescindíveis na busca de soluções concretas para situação de tamanha magnitude, já que é uma das principais causas do aumento de anos potenciais de vida perdidos.

2.1.2.3.4. Homem

Em 2010 o Estado de Santa Catarina desenvolveu um Plano Operativo com ações estratégicas para a Saúde do Homem a serem desenvolvidas em 2011, orientadas pelos seguintes eixos: Implantação da política nacional de atenção à Saúde do Homem; Implantação e expansão do sistema de atenção à Saúde do Homem e qualificação de profissionais da saúde.

A população masculina de 20 a 59 anos corresponde a 29% da população do Estado, totalizando 1.776.053 habitantes, sendo essa população um pouco menor nas macrorregiões do Planalto Norte e Planalto Serrano.

A esperança de vida ao nascer para o sexo masculino é de 70,54 anos sendo que o ganho de esperança de vida do homem foi de 3,9 anos nos últimos dez anos.

As estatísticas oficiais em saúde apontam que os homens ainda adentram aos serviços de saúde pela atenção secundária ou terciária de saúde, com a cronificação de muitas doenças que seriam preveníveis se fossem detectadas e tratadas precocemente na atenção primária. Portanto, percebe-se que é de responsabilidade do poder público a disponibilidade e a divulgação dos serviços à sociedade, para que a população masculina recorra a eles sempre que necessitar.

A mortalidade de homens em Santa Catarina na faixa etária de 20 e 59 anos é maior do que a mortalidade de mulheres na mesma faixa etária. Em 2009 do total de óbitos registrados no Sistema de Informação de Mortalidades (SIM), segundo a causa, nesta faixa etária, 38,7% são do sexo masculino e 24,9% do sexo feminino.

Ainda em 2009 as causas externas apresentam o primeiro lugar representando 36,7% dos óbitos, seguidas das doenças do aparelho circulatório (16,6%) e neoplasias (16,6%).

Analisando as causas de mortalidade, observa-se o predomínio das causas externas na faixa etária de 20 a 29 anos, e das doenças do aparelho circulatório e neoplasias na faixa etária de 50 a 59 anos.

Entre as causas externas dos óbitos masculinos em 2009, dos 48,6% correspondem a acidentes de transportes, 22,26% a homicídios e 12,7% a suicídios. Já entre as doenças do aparelho circulatório, o infarto agudo do miocárdio corresponde a 6% dos óbitos. As neoplasias correspondem a 17% do total de óbitos, sendo que o câncer de próstata corresponde a 1,65% do total de óbitos neste grupamento.

A morbidade hospitalar de homens na faixa etária de 20 a 59 anos no ano de 2009 é de 52,8% do total de internações. As maiores taxas de internações são por causas externas (19,7%), doenças do aparelho digestivo (13,6%) e doenças do aparelho circulatório (11,8%). Destacam-se ainda os transtornos mentais, que pesam na hospitalização de homens, jovens e adultos, e cuja associação com o uso de álcool (34,3%) está relacionada e evidenciada pela alta taxa de internação.

A compreensão das barreiras sócio-culturais bem como as institucionais que não proporcionam horário adequado ao acesso desta parcela da população são importantes para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de

atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção para esta população.

Tabela 10: Distribuição das internações hospitalares de homens de 20 a 59 anos, segundo grupo de causas, Santa Catarina, 2009.

Causas	Total (nº)	%
Causas externas	17005	19,72%
Doenças do aparelho digestivo	11751	13,63%
Transtornos mentais e comportamentais	10202	11,83%
Doenças do aparelho circulatório	9851	11,42%
Doenças do aparelho respiratório	8916	10,34%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5005	5,80%
Neoplasias (tumores)	4714	5,47%
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4641	5,38%
Doenças do aparelho geniturinário	4202	4,87%
Doenças do sistema nervoso	2092	2,43%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1310	1,52%
Outras Causas	6537	7,58%
Total	86226	100,00%

Fonte: SIH, 2009

2.1.2.3.5. Idoso

O percentual da população com 60 anos ou mais, em relação à população total, em 1990 era de 6,35%; em 1996 7,36% e em 2000 era de 8,40%. Em 2009, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o total da população idosa em nosso Estado é de 633.510 representando 10,35%.

A esperança de vida aos 60 anos também apresentou um incremento de 2,3 anos no período de 2005/2009. O ganho do tempo de vida é maior no sexo feminino. Enquanto os homens obtiveram um ganho de 2,3 anos as mulheres aumentaram sua expectativa em 4 anos. O maior ganho de tempo de vida 4,6 anos está localizado na macrorregião do Extremo Oeste.

O índice de envelhecimento da população em Santa Catarina em 2009 foi de 45,1%. Observa-se assim o aumento da participação da população maior de 60 anos em relação aos jovens (menores de 15 anos) ao longo do período, passando de 20,4% em 1991 para 45,1% em 2009, refletindo novamente a queda dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida dos idosos.

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade.

A Tabela 11 apresenta o número e o percentual de internações hospitalares em maiores de 60 anos realizadas pelo SUS no ano de 2009, em Santa Catarina, segundo a causa da internação e o sexo.

Tabela 11: Distribuição (nº e %) de internações hospitalares de residentes em Santa Catarina maiores de 60 anos, segundo sexo e grupos de causas, em 2009.

Grupo de Causas	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Doenças do aparelho circulatório	13.029	27,20%	14.423	30,10%	27.452	28,70%
Doenças do aparelho respiratório	10.536	22,00%	8.910	18,60%	19.446	20,30%
Doenças do aparelho digestivo	4.913	10,30%	4.620	9,70%	9.533	10,00%
Neoplasias (tumores)	4.393	9,20%	3.511	7,30%	7.904	8,30%
Doenças do aparelho geniturinário	2.911	6,10%	2.756	5,80%	5.667	5,90%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.218	4,60%	2.554	5,30%	4.772	5,00%
Causas Externas (frat., fêmur, acid.e violências)	2007	42,40%	2727	57,60%	4.734	4,85%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.310	2,70%	2.232	4,70%	3.542	3,70%
Demais causas	1.523	3,20%	1.643	3,40%	10.590	11,10%
Total	47.823	100,00%	47.858	100,00%	95.681	100,00%

Fonte: SIH 2009

Na análise geral dos dados observa-se que as doenças do aparelho circulatório constituem o principal grupo de causas de internação nessa faixa etária, representando 28,7% do total, sendo que as três principais causas desse grupo foram insuficiências cardíacas, isquemias coronarianas e acidentes vasculares cerebrais, que juntas corresponderam a quase 50% das internações do grupo.

O principal tipo de lesão por causa externa que motivou as internações hospitalares foram às fraturas, responsáveis por quase 50% das internações incluídas neste capítulo, sendo a fratura de ossos dos membros e de fêmur as mais freqüentes.

Continuando a análise de distribuição de internações hospitalares, no grupo das causas de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, o diabetes mellitus lidera as internações com 70% do total. Destaca-se também a desnutrição que em 2009 correspondeu a 15% das internações.

Estas taxas demonstram a importância de ações para prevenção dos agravos das fraturas e das desnutrições para a redução do número de internações evitáveis e conseqüentemente aumento da qualidade de vida da população nesta faixa etária.

No pacto pela saúde consta um indicador: taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur. Apesar da meta alcançada em 2009 pelo Estado (19,4%), em relação à

fratura de fêmur, que está abaixo da pactuada (20,5%) ocorreu um aumento em relação a 2007 (17,3%) e 2008 (18,8%).

O padrão de causas de morte da população nessa faixa etária no Estado de Santa Catarina caracteriza-se em primeiro plano, pelo predomínio das enfermidades crônico - degenerativas. Em primeiro lugar aparecem as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 38,7% do total de causas definidas. As doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração correspondem por aproximadamente 60% das mortes incluídas neste grupamento, com importante contribuição das doenças hipertensivas.

Tabela 12: Mortalidade Proporcional (%) em maiores de 60 anos, por principais grupos de causas, Santa Catarina, 2009.

Causas Capítulos	Óbito	%
Doenças do aparelho circulatório	7.525	38,7%
Neoplasias (tumores)	4.230	21,7%
Doenças do aparelho respiratório	2.828	14,5%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.418	7,3%
Doenças do aparelho digestivo	991	5,1%
Causas externas	588	3,0%
Doenças do aparelho geniturinário	518	2,7%
Doenças do sistema nervoso	511	2,6%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	473	2,4%
Transtornos mentais e comportamentais	164	0,8%
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	78	0,4%
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	82	0,4%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	43	0,2%
Anomalias congênitas	14	0,1%
Total	19463	100%
Mal Definidas	1.485	7,6%
Total	20.948	100%

Fonte: SIM 2009.

As neoplasias são a segunda causa de maior importância de morte, totalizando 21,7 % das causas definidas. O câncer de pulmão é a principal localização de neoplasias em ambos os sexos, mas entre os homens a importância desse tipo de câncer no grupamento é 1,6 vezes maior da observada entre as mulheres. Em segundo lugar aparece o câncer de próstata entre os homens (4,85%) e de mama (4,48%) entre as mulheres.

No grupo das doenças do aparelho respiratório, que participa com aproximadamente 14,5% das causas de mortes em maiores de 60 anos, as doenças crônicas das vias aéreas inferiores (49,1%) e as pneumonias (34,7%) são as principais causas deste grupamento e juntas são responsáveis por mais de 80% dos óbitos por doenças do aparelho respiratório.

O diabetes mellitus continua a apresentar mais de 80% das mortes incluídas no capítulo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e tem maior incidência entre as mulheres. Essa doença é impactante para a população idosa por sua elevada freqüência e pelo fato de acarretar complicações macrovasculares e microvasculares. Essas complicações contribuem para a queda da qualidade de vida de idosos e determinam o aumento de recursos despendidos em saúde.

A violência contra idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. Faz parte da Rede Nacional de Promoção da Saúde o eixo da prevenção e controle da violência nos estados e municípios. Cabe à Vigilância Epidemiológica a notificação/investigação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências. O monitoramento através da coleta de informações de forma sistematizada junto aos municípios é importante para a análise quanto ao desenvolvimento de ações de prevenção à violência.

Durante o ano de 2010 foram acompanhados pelo Estado, os municípios com projetos de prevenção da violência para avaliação do SISPACTO 2009, sendo que 12 municípios catarinenses fazem parte dos Núcleos de Prevenção da Violência.

2.1.2.3.6. Trabalhador

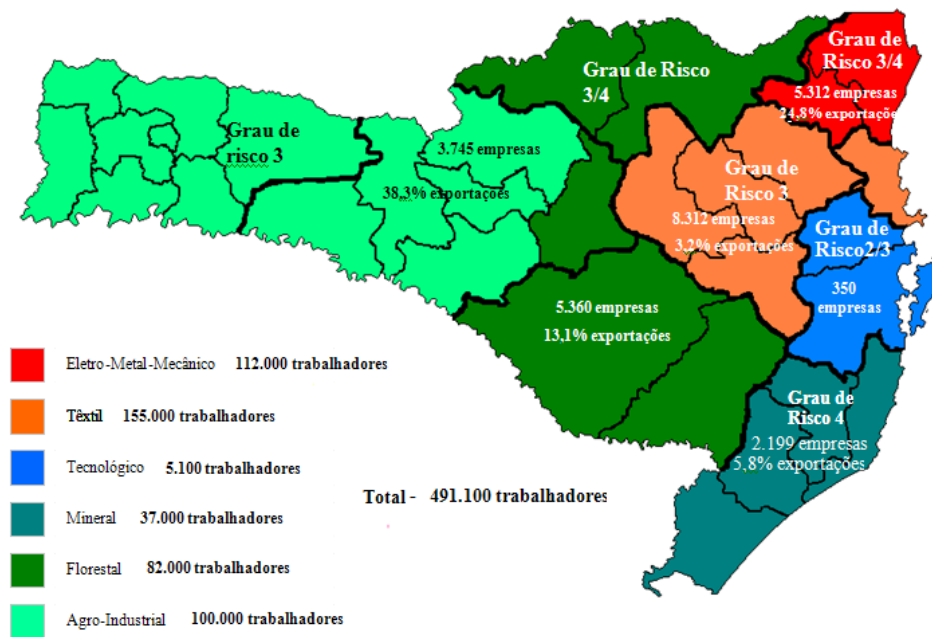
As estatísticas oficiais são precárias e não permitem avaliar com profundidade a magnitude do impacto das atividades econômicas na saúde dos trabalhadores de Santa Catarina. Porém, os dados disponíveis apontam para uma situação preocupante.

O setor primário, especialmente o agrícola encontra-se distribuído em todas as regiões do Estado. 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. Dados do SINAN , 2009, demonstram a ocorrência de 1927 intoxicações exógenas, das quais 165 estavam ligadas ao trabalho, sendo 49 nas regiões do Extremo e Meio-Oeste. Diante do mencionado acima se verifica a necessidade de ter ações voltadas para a prevenção e promoção a saúde dos trabalhadores.

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 tem 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, prejudiciais à saúde dos trabalhadores rurais e urbanos. Avaliando a distribuição geográfica do setor secundário apresentada na figura 13, verifica-se o predomínio das atividades industriais de grau de risco 3 e 4 em todas as macrorregiões. Merece destaque a macro Sul, que predomina o grau de risco 4. Na macrorregião da Grande Florianópolis e parte da macrorregião de Blumenau e Joinville, observa-se atividades industriais de médio risco, de tecnologia de ponta, representados pelo uso da informática e automação.

Figura 13: Complexo industrial catarinense segundo tipo de atividade, grau de risco, número de empresas e de trabalhadores por macrorregião, 2008.



Fonte: Fiesc, 2008.

A região Oeste, Nordeste, Planalto Serrano e Planalto Norte destacam-se nas exportações do estado. As demais regiões produzem basicamente para o mercado interno. 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, intensificação do trabalho acompanhada ou não do aumento da jornada de trabalho, terceirização do risco, 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.

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

De acordo com dados da Previdência Social de 2007 a 2009, 89,2% dos trabalhadores acidentados sofreram incapacidade temporária, sendo que 58,5% ficaram incapacitados temporariamente por mais de 15 dias, conforme tabela 13. Isso nos leva a refletir sobre a necessidade de se conhecer as causas dos acidentes, a fim de trabalhar a prevenção dos mesmos.

Tabela 13: Acidentes liquidados discriminados por consequência em Santa Catarina, no período de 2007 a 2009.

Ano	Assistência Médica	Incapacidade Temporária	Incapacidade Temporária menos 15 dias	Incapacidade Temporária mais 15 dias	Incapacidade Permanente	Óbito
2007	3.773	38.754	15.325	23.429	627	139
2008	4.377	46.844	15.115	31.729	985	154
2009	4.453	45.154	14.691	30.463	1.139	110
Total	12.603	130.752	45.131	85.621	2.751	403

Fonte: MPAS - AEPS

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no ano de 2009, ocorreram 225 mortes por acidentes de trabalho no estado de Santa Catarina. Isto representa uma taxa de 3,6 óbitos por 100 mil habitantes. A macrorregião da Grande Florianópolis, cuja atividade ocupacional predominante é a indústria de tecnologia de ponta, apresenta 36 óbitos, sendo 67% das mortes decorridas em função de acidentes de transporte e de queda. O Meio Oeste apresentou alto número de óbitos, aspecto intrigante frente ao tipo de atividade produtiva predominante, a agroindústria, cujo grau de risco é menor ao do que outras macrorregiões. Chama atenção o registro de mortes por acidentes de trabalho na faixa de 20 a 49 anos de idade em quase todas as macrorregiões, totalizando 150 óbitos no período analisado. Destes óbitos, 22% ocorreram na região da Grande Florianópolis no ano de 2009.

O trabalho infantil é um problema que atinge o Brasil e Santa Catarina. Segundo diagnóstico do IBGE (PNAD 2009), cerca de 187 mil crianças e adolescentes são exploradas economicamente em Santa Catarina. Dentre as dificuldades encontradas para sua erradicação, está a falta de oferta de ocupações (escola, lazer, esportes, cultura) para os jovens de baixa renda o que favorece a inserção precoce dos jovens no mercado de trabalho.

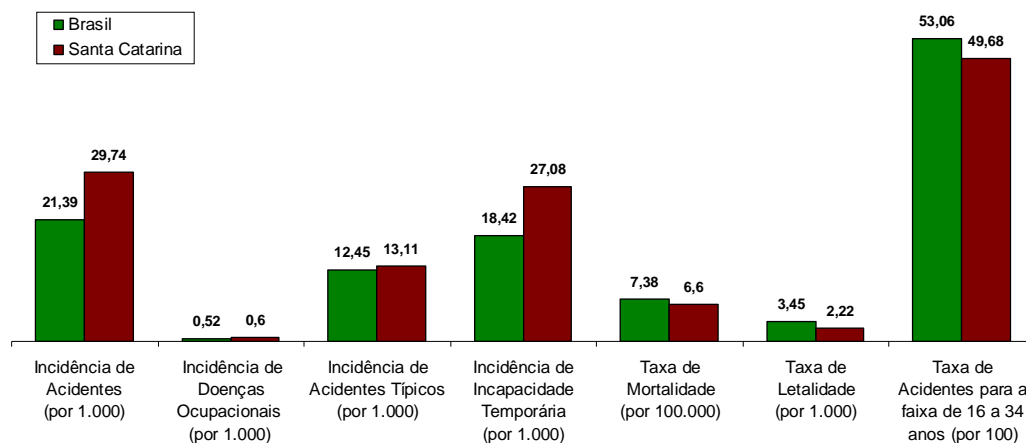
A principal fonte de informações de morbidade por acidentes e doenças do trabalho é a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), emitida para processamento de benefícios da Previdência Social. No entanto estes dados não refletem necessariamente o perfil de morbidade dos trabalhadores.

Os acidentes são fenômenos socialmente determinados, previsíveis e preveníveis, sendo necessária a notificação destes acidentes e sua investigação a fim de se conhecer as causas, para então planejar e implantar políticas de prevenção dos mesmos. Um dos grandes problemas quanto às informações disponíveis advém da incompatibilidade entre os sistemas dos diversos órgãos. Os dados contabilizados no DATAPREV são referentes aos trabalhadores regulamentados pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), ou seja, só se consegue contabilizar cerca de 50% dos dados do mercado formal, aqueles que emitem a CAT, deixando de fora os trabalhadores informais, os servidores públicos e os autônomos. Um dos instrumentos que pode ser utilizado para identificar a realidade dos acidentes e agravos relacionados ao trabalho como um todo é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual permite retirar dados que possuem maior abrangência. A partir do momento em que se aumentar a notificação dos acidentes (de todas as esferas, seja ela formal ou informal), o número de subnotificações deverá diminuir, possibilitando então um diagnóstico real das situações dos acidentes de trabalho.

Analisando os dados das CATs registrados no período de 2000 a 2009 no DATAPREV em Santa Catarina, observa-se um total de 234.772 registros, com média 1956 acidentes por mês e 64 por dia. Quando se observa os dados segundo o motivo, os registros dos acidentes típicos sofrem pequena variação, já os acidentes de trajeto sofrem acréscimo de 92,11% e as doenças do trabalho, que são legalmente equiparadas ao acidente de trabalho, variam para mais em 7% no período analisado. Quando se verifica a idade no mesmo período cerca de 75% dos acidentados do trabalho registrados, estão concentrados na faixa etária de 20 a 44 anos. Os menores de 20 anos respondem por 6,3% de todos os acidentes registrados.

Comparando os indicadores de Acidentes de Trabalho de Santa Catarina com o Brasil, em 2009, 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 exista maior percentual de comunicações no estado do que em outras regiões do país (Figura 14).

Figura 14: Indicadores de Acidente de Trabalho, Santa Catarina e Brasil, 2009.



Fonte: DATAPREV/CAT, 2009.

O maior incremento do número de registros de acidentes observado durante o período de 2002 à 2009 ocorreu na macrorregião da Foz do Rio Itajaí, correspondendo a um aumento de 142,5% no total de acidentes registrados. A Grande Florianópolis também apresentou um aumento significativo no total de acidentes registrados (127,6%). Outra situação importante são as doenças do trabalho no Planalto Serrano, que passaram de 1 caso em 2002 para 16 em 2009. As macrorregiões do Extremo Oeste, Meio Oeste, Planalto Norte, Planalto Serrano e Vale do Itajaí apresentaram reduções importantes no número de acidentes típicos, conforme observado na tabela 14.

Tabela 14: Variação percentual dos acidentes de trabalho registrados segundo motivo e doença do trabalho por macrorregião em Santa Catarina no período 2002-2009.

Macrorregião	Típico	Trajeto	Doença	Total de Acidentes
Extremo Oeste	-33,36	38,34	509,80	96,76
Foz do Rio Itajaí	29,84	282,35	130,43	142,57
Grande Florianópolis	32,71	99,23	9,91	127,65
Meio Oeste	-36,60	134,19	-15,69	69,38
Nordeste	36,30	84,68	28,00	67,78
Planalto Norte	-46,25	20,93	-57,14	19,79
Planalto Serrano	-13,40	103,77	1500,00	91,51
Sul	34,37	97,23	-2,80	106,29
Vale do Itajaí	-35,94	-6,35	-80,39	44,12

Fonte: DATAPREV, AEAT INFOLOGO 2011

A análise dos registros dos acidentes no trabalho das CATs por critérios da CNAE¹ mostra que a Fabricação de Produtos Alimentícios foi a atividade econômica que mais registrou Acidentes de Trabalho no período de 2006 a 2009 (8,98%), Esta atividade predomina no Meio e Extremo Oeste e se classifica no grau de risco 3. Em segundo lugar aparece o Comércio Varejista (6,85%), em terceiro a Fabricação de produtos têxteis (4,72%). Juntas, essas 3 atividades representaram mais de um quinto do total dos registros.

A análise dos acidentes de trabalho liquidados pela Previdência Social segundo consequência, no período 2005 a 2009, somam 48,1% com afastamento dos quais 28,2% refere-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 15).

Tabela 15: Acidentes de Trabalho liquidados segundo consequência, Santa Catarina, 2005-2009.

Consequência	n	%
Assistência Médica	18.839	8,68
Incapacidade temporária (menos de 15 dias)	81.666	37,63
Incapacidade temporária (mais de 15 dias)	111.801	51,52
Incapacidade Permanente	4.009	1,85
Óbito	709	0,33
Total	217.024	100,00

Fonte: DATAPREV, AEPS INFOLOGO,2011.

A análise das doenças do trabalho registradas nas CATs apresentada na Tabela 16, mostra que 69,26% doenças profissionais ocorridas no período 2005 a 2009 são decorrentes de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, como ferimentos, traumas e fraturas dos punhos e das mãos, estando presente em 27,3% de todas as CATs registradas do período.

Em segundo lugar, com 21,2% das doenças profissionais, estão às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com destaque para dorsalgia, correspondendo a 9,4%, lesões no ombro correspondendo a 2,4% e as sinovites e tenossinovites, com 2,4% de todos os casos registrados.

¹ Classificação Nacional de Atividades Econômicas

Cabe ressaltar que estranhamente foram registrados 48 casos incluídos no capítulo de complicações da gravidez, parto e puerpério e 65 casos no capítulo de malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas.

Tabela 16: Doenças do trabalho registradas, segundo diagnóstico, Santa Catarina, 2005-2009.

Capítulo	CID-10	n	%
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	498	0,24
II	Neoplasmas	346	0,17
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	37	0,02
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	34	
V	Transtornos mentais e comportamentais	3747	1,81
VI	Doenças do sistema nervoso	3136	1,51
VII	Doenças do olho e anexos	1882	0,91
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	374	
IX	Doenças do aparelho circulatório	1096	0,53
X	Doenças do aparelho respiratório	621	0,30
XI	Doenças do aparelho digestivo	1064	0,51
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	802	0,39
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	44080	21,27
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	128	0,06
XV	Gravidez, parto e puerpério	48	0,02
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	12	0,01
XVII	Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	65	0,03
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	480	0,23
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	143567	69,26
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	3470	1,67
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	866	0,42
Total Causas Definidas		206.353	99,55
Não classificado		925	0,45
Total		207.278	100

Fonte: DATAPREV, AEPS INFOLOGO, 2011.

O perfil da morbi-mortalidade no Estado 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 do Estado.

2.1.2.3.7. Pessoa com deficiência

Os dados sobre deficiência no Brasil indicam que, até a última década do século XX, o país ressentia-se da inexistência de dados oficiais sobre a população com deficiência. Os estudos, as pesquisas e os projetos voltados para essa população tomavam como referência a estimativa da OMS segundo a qual 10% da população do país possuía algum tipo de deficiência.

O Censo demográfico de 2000 avançou no sentido de superar as dificuldades conceituais com relação às deficiências, o que provocou impacto positivo no sentido de aproximação com a realidade e com os dados internacionais. Os resultados refletem isso, foram identificadas 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o equivalente a 14,5% da população brasileira.

Do total de 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil, 48,1% são definidas como deficiência visual, 26,9% deficiência motora/física, 16,7% deficiência auditiva e 8,3% deficiência intelectual.

A política Nacional da Pessoa com deficiência, inserida no setor Saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósitos reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A atenção especializada se dá em Serviços de Reabilitação com equipe multiprofissional e o fornecimento de recursos ópticos, órteses e próteses ortopédicas, aparelhos auditivos, implante coclear e os leitos de reabilitação. Em Santa Catarina não existe um banco de dados efetivo sobre as diferentes deficiências, utilizando-se assim o parâmetro nacional.

Em relação à Reabilitação Física atualmente Santa Catarina possui um serviço implantado de média complexidade e uma serviço de alta complexidade. Conforme critérios definidos pela Portaria GM/MS nº 818, de 05/06/2001, que estabelece este serviço, o Estado deveria contar com cinco serviços, 03 de média complexidade e 02 de alta, o que demonstra a necessidade de fortalecimento desta rede. A concessão de Órteses, Próteses e Meio Auxiliares de Locomoção (OPMAL) ainda é centralizada pelo Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), referência em medicina física e de reabilitação.

Em 2009 deu-se início aos atendimentos para OPM não constantes na tabela SUS, reduzindo assim as demandas judiciais para este serviço e melhorando a qualidade e efetividade das ações.

Quanto ao perfil dos usuários que receberam próteses, nos anos de 2008 e 2009, temos um maior número de usuários amputados devido a acidentes de trânsito, totalizando 23,7% (2008) e

24% (2009), por causas vascular, 17,5% (2008) e 19% (2009), seguido de doenças como o diabetes, 16,5% (2008) e 20,6%, (2009).

Tabela 17: Causas de Amputação dos Atendidos em Prótese, em 2008 e 2009

Causas de Amputação	2008		2009	
	%	Quantidade	%	Quantidade
Trauma no trânsito	23,7	72	24	79
Vascular	17,5	53	19	63
Diabetes	16,5	50	20,6	68
Trauma no trabalho	13,3	40	13,3	44
Trauma	7,6	23	5,5	18
Outras	9,2	28	7	23
Congênita	6,2	19	6,4	21
Tumoral	6,0	18	4,2	14
Total	100	303	100	330

Fonte: SES/CCR/Serviço Social/OPMAL. 2010. Dados de Concessão em 2008 e 2009.

Provavelmente, essas variações (acréscimo e decréscimo) de meios auxiliares de locomoção concedidos apresentados na tabela 18, podem estar relacionadas ao perfil patológico e às complicações no estado de saúde dos usuários do serviço, que não foram alvo deste estudo e que não têm relevância direta em relação aos números de procedimentos.

Observando o número total de órteses concedidas em 2008 e 2009, temos um aumento de aproximadamente 15%. Em relação aos meios auxiliares de locomoção 50% destes são cadeira de rodas (adulto) e muletas (canadense e axilar).

Observa-se também um aumento de mais de 100% nos meios auxiliares concedidos no ano de 2009, em relação ao ano de 2008, isto se deve à ampliação do recurso financeiro destinado para estes fins, pela SES. Atualmente está sendo atendida 100% da demanda que ingressa no serviço.

Tabela 18: Meios Auxiliares de Locomoção Concedidos, 2008 e 2009, por tipo

Tipo de Meio Auxiliar	2008		2009		2010	
	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade
Cadeira de Rodas (Adulto)	29,1	160	22,3	231	22,9	259
Muleta Canadense	26,2	144	26,2	272	24,4	276
Cadeira de Banho	15,3	84	21,4	222	17,4	197
Andador	11	59	12	124	13,8	154
Cadeira de Rodas (Tetra)	8,6	47	3,1	32	7,9	89
Muleta Axilar	6,2	34	11,8	122	9,6	109
Cadeira de Rodas (Infantil)	3,6	20	3,2	33	4	45
Total	100	548	100	1.036	100	1.129

Fonte: SES/CCR/Serviço Social/OPMAL. 2010. Dados de concessão 2008 e 2009

Em relação à **Deficiência Visual** Santa Catarina deve contar com dois serviços para atendimento, porém somente um serviço está habilitado não conseguindo atender a demanda do Estado. A regulação deste serviço atualmente é inexistente, sendo necessária para fortalecer o gerenciamento da rede.

No período de 2005 a 2010, foram avaliados (avaliação de 1ª vez) pela Fundação Catarinense de Educação Especial, 1601 usuários com baixa visão e 800 com solicitação de prótese ocular. Destes usuários com Baixa Visão, 70% receberam recursos ópticos, 22% aguardam em lista de espera, e os 8% restantes foram considerados não elegíveis ou foram encaminhados para outras terapias.

Em relação à **Deficiência Auditiva** Santa Catarina está com sua rede 100% implantada com seis serviços sendo três de média complexidade e três de média e alta complexidades. Percebe-se no Estado a necessidade de controle e avaliação deste serviço e a construção da Rede de Terapia, que ainda encontra-se fragilizada. O serviço de implante coclear que anteriormente era realizado no Estado de São Paulo está atualmente sendo realizado no Hospital Universitário. A capacidade instalada é de quatro avaliações iniciais/semanais e duas cirurgias/mês.

Em relação a **Deficiência Intelectual** possuímos 60 serviços implantados no Estado sendo que sua implantação segue as Normativas Estaduais Complementares e de critérios deliberados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

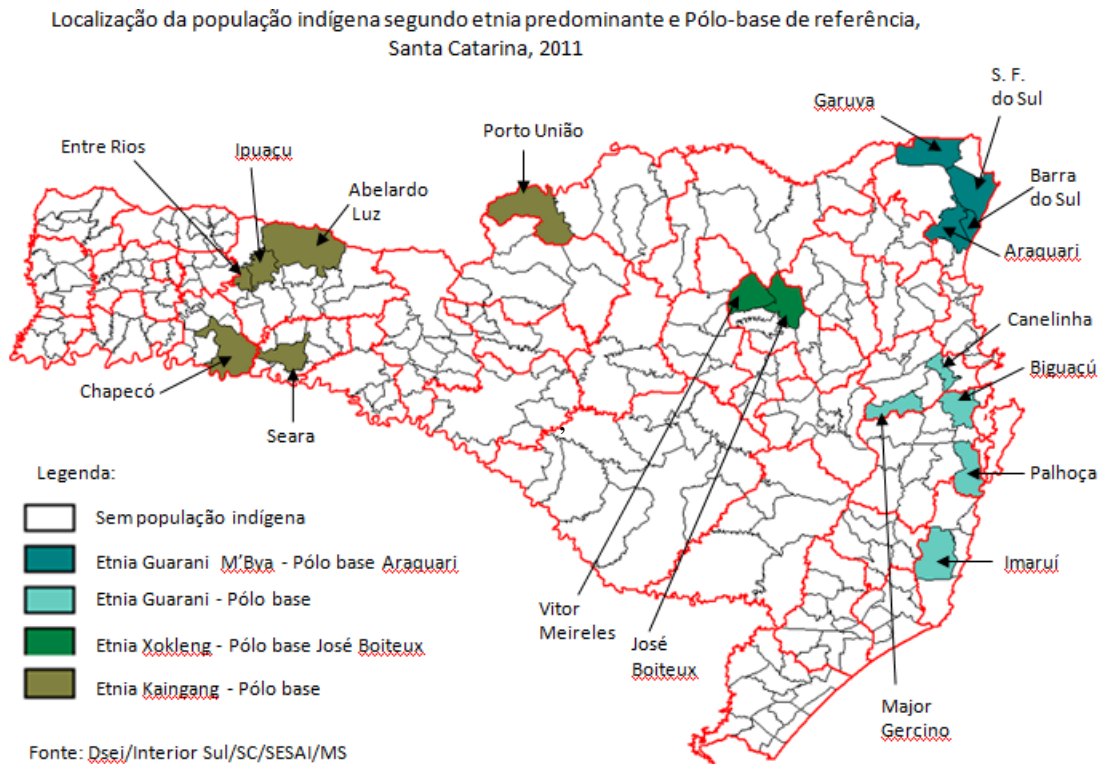
O Estado atualmente possui 2.304 pacientes com estoma que fazem uso de dispositivos coletores. No ano de 2010 foram aprovadas as diretrizes estaduais e alguns serviços estão se regularizando para formação da rede assistencial de forma descentralizada e regionalizada. O Estado realiza a compra dos materiais (dispositivos coletores e adjuvantes) através de processo licitatório com complementação do que é concedido pela Tabela SIA. É o segundo estado no nível nacional em quantidade e variedade de dispositivos concedidos. Atualmente são concedidos 39 itens sendo que destes, 08 itens não estão incluídos na Tabela SUS, contabilizando um investindo de mais de duzentos mil reais nestes dispositivos coletores e adjuvantes.

2.1.2.3.8. Indígenas

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em Santa Catarina, é denominado DSEI-Interior Sul e conta com quatro pólos localizados nos municípios de Araquari, Chapecó, Florianópolis e José Boiteux. A população indígena está distribuída em 44 aldeias de 17 municípios catarinenses. A etnia predominante dessa população é: Guarani M'Bya, Guarani, Xokleng e Kaingang (Figura 15).

As informações das ações de saúde indígena são inseridas no Sistema de Informação da Atenção Indígena – SIASI e partir desse sistema são obtidas as informações por área programática.

Figura 15: Localização da População indígena segundo etnia predominante e Pólo-base de referência, Santa Catarina, 2011



A população indígena, residente em Santa Catarina em 2009, é composta por 9.340 indígenas e representa 0,16% da população catarinense. Na distribuição da população indígena por município verifica-se que Ipuacu e Entre Rios apresentam os maiores percentuais de representatividade populacional no município. A população indígena, residente em Ipuacu representa 57,58% da população geral no município e em Entre Rios esse percentual é de 38,88% (tabela 19).

A população indígena residente em Santa Catarina, segundo a sua distribuição por Pólo Base, está concentrada no Pólo de Chapecó, região oeste de Santa Catarina (tabela 19).

Tabela 19: Distribuição proporcional da população indígena segundo o Pólo Base de abrangência, Santa Catarina, 2010.

Pólo Base	População	
	Nº	%
Araquari	496	5,30
Chapecó	6.654	71,09
Florianópolis	611	6,53
José Boiteux	1.599	17,08
Total	9.360	100,00

Fonte: Dsei Interior Sul/SC/SESAI/MS

Ao avaliar a composição populacional indígena residente em Santa Catarina por faixa etária pode-se identificar que mais da metade da população indígena (54,23%) está na faixa etária até 20 anos de idade e 82,97% até 39 anos.

Na distribuição proporcional da média de morbidade, segundo o capítulo do Código Internacional de Doenças, obtidos através dos dados no SIASI demonstram que quase 25% dos registros são referentes às doenças aparelho respiratório, e em torno de 10% dos registros são incluídos em doenças do aparelho digestivo.

A estruturação da Atenção à Saúde Bucal em Santa Catarina é bastante recente, teve seu início em 2006. Para a assistência especializada utiliza-se o sistema de referência e contra-referência, respeitando os princípios e diretrizes do SUS, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) dos municípios, quando existente.

Da mesma forma que as demais áreas, as informações das ações de saúde bucal são inseridas no SIASI, porém ainda existem problemas quanto ao registro, digitação e processamento dos dados no sistema.

O SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) I foi implantado em Santa Catarina no ano de 2007. Anteriormente ao Sisvan Indígena, o Dsei Interior Sul - SC realizava sistematicamente ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD) das crianças indígenas dos Pólos Base, dentro da área programática da saúde da mulher e da criança. Os casos de déficit nutricional e de desenvolvimento eram acompanhados pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e, quando necessário, encaminhados para os outros níveis da atenção.

A área de alimentação e nutrição está em constante procura de parcerias governamentais e não governamentais, em busca da auto-sustentabilidade da população indígena. Atualmente há parcerias com a CONAB, com a distribuição de cestas básicas, com a EPAGRI, FUNAI, Ministério Público, CONSEA/SC, Mesa Brasil, Fundação Padre Facchine, entre outros.

Desde a implantação do SISVAN I, a cobertura de acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de 60 meses e gestantes teve um aumento significativo. Houve um incremento de 2007 para 2010 de 18% e 46% respectivamente. Esse incremento pode estar relacionado ao maior comprometimento da equipe multidisciplinar com a situação nutricional da população bem como a melhor compreensão do público alvo da sua própria condição nutricional.

Conforme tabela 20, o perfil nutricional das crianças indígenas menores de 60 meses no período de 2007 a 2010 mostra que o estado nutricional de muito baixo peso, nos últimos quatro anos, manteve-se dentro dos parâmetros aceitáveis. O baixo peso, em 2007, apresentava um valor 3 vezes acima do parâmetro aceitável e foi reduzido para 1,7 vezes em 2010. Apesar de ainda estar acima do parâmetro aceitável, teve uma redução de 4% no período de 2007 a 2010 indicando uma melhoria gradual nesse indicador. O indicador risco nutricional que estava em 14% em 2007 diminuiu para 12% em 2010. O risco de sobrepeso que se manteve em 2% de 2007 a 2009 aumentou para 3% em 2010. A eutrofia, também identificada como normalidade, em 2007 era de 75% e em 2010 aumento para 79%.

Conforme os valores de prevalência de desnutrição reconhecidos pela OMS, determinados pelos indicadores de Peso/Idade pode-se classificar a desnutrição da população indígena, em Santa Catarina como de baixa prevalência (< 10%) nos últimos 4 anos.

Tabela 20: Percentual de crianças indígenas menores de 60 meses, segundo o estado nutricional e ano, Santa Catarina, 2007 a 2010.

Estado Nutricional	Parâmetro OMS	% encontrado em crianças indígenas			
		2007	2008	2009	2010
Muito baixo peso (P1)	Até 3%	0%	1%	1%	1%
Baixo peso (P3)	Até 3%	9%	7%	7%	5%
Risco nutricional (P10)	Até 7%	14%	14%	13%	12%
Risco de sobre peso (> ou =P97)	Até 3%	2%	2%	2%	3%
Eutrófico (> P10 e < P97)		75%	76%	78%	79%

Fonte: Dsei Interior Sul/SC/SESAI/MS

Dos indicadores de saúde da população infantil indígena destaca-se a taxa de mortalidade. Essa taxa, ficou 2,4 vezes menor em 2010 se comparada ao ano de 2007, com redução de 41,5%. Acredita-se que as principais ações que contribuíram para essa redução foram: capacitação e implantação do SISVAN Indígena, capacitação para Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI, ações de campo desenvolvidas pela EMSI, parcerias de sustentabilidade com órgãos governamentais e não governamentais, incentivo ao aleitamento materno, incentivo às hortas comunitárias, entre outras ações.

Os indicadores do estado nutricional da gestante indígena referentes ao período de 2007 a 2010 mostram que não há muita variação dos indicadores quando vistos individualmente no período de 2007 a 2010. Dentre os indicadores, a condição de eutrófico apresenta o maior percentual (em média 60%) seguido da condição de risco de sobrepeso (média de 22%).

Para a população indígena os dados disponíveis para o indicador “Pré natal com 4 ou mais consultas” são referentes aos anos de 2009 e 2010 nos quais se registrou um incremento de 8% em 2010 (84% e 92% respectivamente).

A assistência farmacêutica, no subsistema de atenção à saúde indígena, é uma estratégia para assegurar o acesso da população indígena aos medicamentos. Na Portaria n° 3185/MS de 19 de outubro de 2010, estão relacionados 89 itens que compõem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais da Saúde Indígena.

A Portaria 2.759 de 25 de outubro de 2007 do Ministério da Saúde, que estabelece as **Diretrizes Gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas**, surgiu buscando reordenar e prover as condições para que se estruture uma rede de atenção à saúde que tenha condições de subsidiar aos desafios que representam os transtornos de saúde mental para as comunidades indígenas, notadamente o uso abusivo de álcool e suas comorbidades e conseqüências.

A partir de 2008, as ações de Saúde Mental concentraram-se mais especificamente na região de Chapecó, em resposta a preocupação manifesta pelas lideranças com o aumento do consumo de álcool, principalmente entre os jovens e estudantes. Foram realizadas oficinas com o objetivo de capacitar jovens como multiplicadores para atuarem na prevenção ao uso abusivo de álcool e drogas.

Em 2008 também foi priorizado atendimento psicológico aos indígenas do Pólo Base de José Boiteux, a partir de registros de uso abusivo de drogas de prescrição (como antidepressivos e benzodiazepínicos) e uma prática comum de medicalização, na maioria das vezes, agregados a fatores psicológicos e sociais.

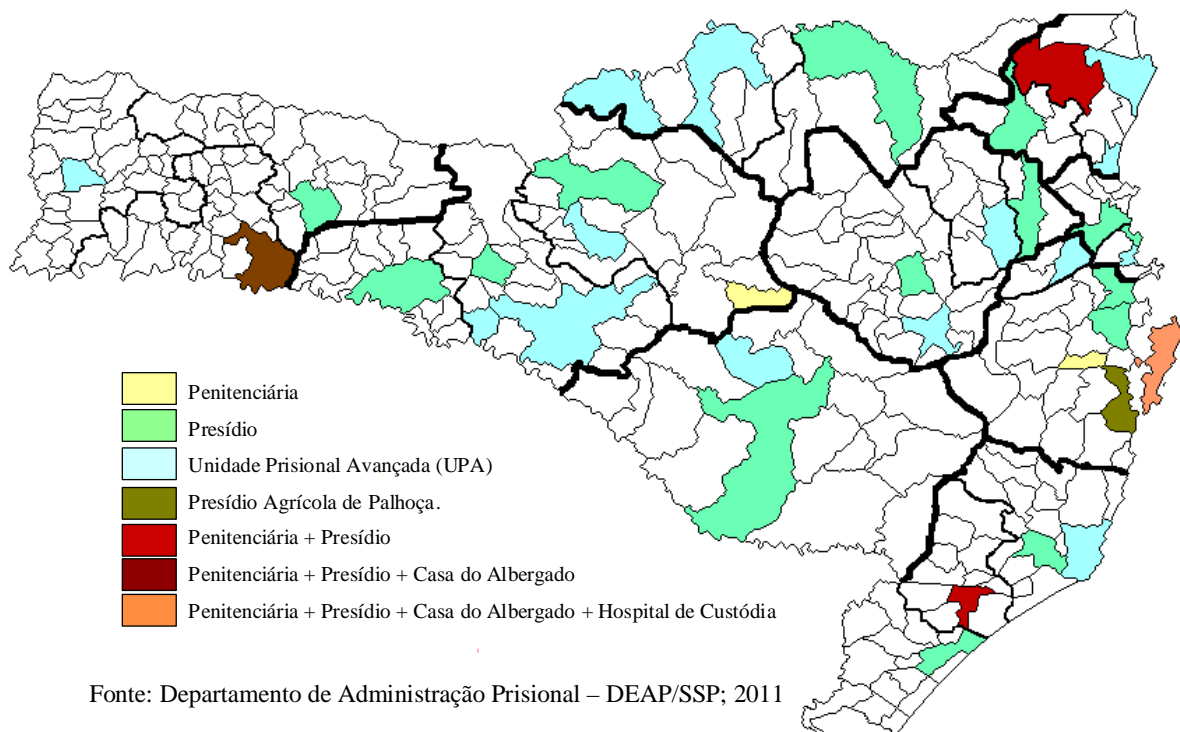
Alguns dados preliminares de mortalidade ocorrida na região do litoral de Santa Catarina, nos últimos quatro anos, apontam que na maioria dos casos o consumo abusivo de álcool pode estar associado, seja como fator direto influenciando a saúde, ou como fator desencadeante em atropelamentos e violência. Entre os indígenas maiores de 15 anos, cerca de 7,2% são etilistas sendo que alguns destes, encontram-se em tratamento, com períodos de abstinência. A observação direta indica também que há casos de transtornos mentais como Transtorno Bipolar e Depressão, os quais se encontram em tratamento na referência dos Centros de Atenção Psicossocial – (CAPS) e municípios, quando existente.

2.1.2.3.9. População Prisional

O Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça aprovaram, por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/GM de 9 de setembro de 2003, 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, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus. A assistência a saúde desta população ainda sofre com inadequações no acesso ao atendimento tanto na Unidade Básica de Saúde quanto durante as internações hospitalares.

O Sistema Prisional de Santa Catarina possui 48 unidades prisionais, sendo 06 penitenciárias masculinas; 21 presídios (03 masculinos, 01 feminino e 17 mistos); 15 unidades prisionais avançadas mistas; 01 Colônia Penal que está subordinada administrativamente a Penitenciária de Florianópolis, mas se localiza no município de Palhoça e 01 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), 02 Casas do Albergado e 02 Cadeiões, conforme Figura 16.

Figura 16: Unidades prisionais de Santa Catarina, 2011.



Do total de unidades, 40 possuem mais de 100 pessoas presas e 08 possuem menos de 100 pessoas presas. A população total de presos está estimada em 15.064 pessoas o que representa o dobro da população existente quando foi elaborado e aprovado o Plano Operativo Estadual em 2004.

O referido plano, em conformidade ao exigido no Anexo II da PT-IM nº 1.777/03, apresenta as necessidades e orçamentos de cada unidade prisional, em termos de recursos físicos, materiais, humanos, financeiros e gerenciais, apresentados em projetos específicos, num total de 31 projetos, distribuídos em 27 municípios. O não cumprimento de algumas exigências quanto à estrutura física e quadro de pessoal, de responsabilidade da Secretaria de Justiça e Cidadania, tem protelado a realização de ações previstas no mesmo, com recursos do incentivo financeiro específico para o atendimento dessa população, mantendo uma situação de atenção precária à sua saúde.

Das unidades inauguradas mais recentemente somente a Penitenciária Industrial de Joinville já possui plano específico em fase de aprovação pelo Ministério da Saúde. As demais deverão ter seus planos elaborados este ano na medida em que forem sendo aprovados os já existentes.

2.1.2.4. Pacto pela Vida

O pacto pela vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

De acordo com o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 haverá alterações nos indicadores de saúde e na forma de pactuação dos compromissos de gestão.

2.1.2.5. Áreas de Atenção Especial

2.1.2.5.1. Saúde Bucal

As ações de caráter individual e coletivo no campo da odontologia têm possibilitado a ampliação do acesso da população às medidas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal no Estado de Santa Catarina.

Ainda que a escassez de dados epidemiológicos em Santa Catarina, no que refere à Saúde Bucal, impossibilite conhecer no nível local a real situação da doença cárie e dificulta traçar o seu percurso, é lícito ressaltar o declínio na experiência de cárie na população brasileira.

No levantamento epidemiológico realizado, em 2010 com o Projeto SBBrasil 2010, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, que está em fase final de compilação e análise de dados, oito municípios de Santa Catarina participaram e em resultados parciais, foi observado que a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros, embora se tenha evidenciado uma melhora entre 2003 e 2010. O índice CPO-D aos 12 anos é de 2,10 em 2010, com uma redução de 25,0% em relação a 2003 (CPO-D=2,8).

No que se refere à saúde bucal do idoso, esta merece especial atenção pelo fato de que, historicamente, os serviços odontológicos não tinham como prioridade a atenção a este grupo populacional. A frequência nos idosos, de edentulismo (ausência total ou parcial de dentes), acarreta uma alta demanda por reabilitação protética. Estimativas do Ministério da Saúde, baseadas em levantamentos referidos, revelam que três milhões de idosos necessitam de prótese total e outras quatro milhões precisam de prótese parcial.

Dentre as atividades de caráter individual e coletivo, segundo as recomendações da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), destacam-se:

a) **Fluoretação da água de abastecimento público:** é considerada a medida mais efetiva na prevenção da cárie por ser segura, econômica e de grande alcance, caracterizando elemento essencial da estratégia de promoção da saúde, eixo norteador da Política Nacional de Saúde Bucal. É ação obrigatória em todo território brasileiro. No Estado, 93,5% dos municípios têm suas águas fluoretadas, beneficiando 98,8% da população catarinense. Dos 19 municípios que não

efetuam a adição de flúor na água de abastecimento público, 16 deles (85,0%) têm população inferior a 5 mil habitantes, o que implicaria em soluções não convencionais para adoção da medida.

b) **Procedimentos coletivos:** visam o controle epidemiológico da cárie e da doença periodontal e correspondem a um conjunto de procedimentos de promoção e prevenção de saúde bucal, de baixa complexidade tecnológica, e que dispensam equipamentos odontológicos. São ações educativas preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde. Os procedimentos coletivos estão implantados em 257 municípios (87,7% do total do Estado) e foram realizados em 2010, segundo o SIA, 2.882.705 procedimentos.

c) **Procedimentos individuais:** consistem nas atividades de atenção primária, secundária e terciária segundo as necessidades individuais. A tabela 21, refere a produção das ações individuais na área da odontologia e a comparação entre esperado e o alcançado, por macrorregião, para o ano 2010, de acordo com os parâmetros estabelecidos.

Tabela 21: Necessidade de ações odontológicas confrontadas com as ações odontológicas produzidas Santa Catarina, 2010.

Macrorregião de Saúde	População Estimada 2009	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	731.679	731.679	1.004.699	273.020	58.534	55.761	-2.773
Meio Oeste	593.939	593.939	528.026	-65.913	47.515	19.208	-28.307
Vale do Itajaí	789.367	789.367	799.834	10.467	63.149	41.563	-21.586
Foz do Rio Itajaí	512.600	512.600	608.680	96.080	41.008	39.165	-1.843
Grande Florianópolis	1.101.314	1.101.314	557.413	-543.901	88.105	74.618	-13.487
Sul	894.217	894.217	1.429.503	535.286	71.537	56.578	-14.959
Nordeste	830.083	830.083	463.998	-366.085	66.407	33.992	-32.415
Planalto Norte	363.671	363.671	260.547	-103.124	29.094	18.154	-10.940
Planalto Serrano	301.867	301.867	212.852	-89.015	24.149	32.009	7.860
Total	6.118.743	6.118.743	5.865.552	-253.191	489.498	371.048	-118.450

Fonte: SIA/SUS

Dos procedimentos odontológicos individuais realizados no Estado, em 2010, registrados no SIA, em torno de 6,32% (371.048) foram procedimentos odontológicos especializados. Há um déficit de 4,14% (-253.191 procedimentos) na oferta da atenção básica esperada para o ano e em maior proporção nas ações especializadas com o déficit de 24,2% (-118.450 procedimentos realizados). As macrorregiões de saúde Extremo Oeste, Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí e Sul atingem as necessidades de produção na assistência básica em saúde bucal e as demais

apresentam déficit de cobertura. No caso das ações especializadas somente o Planalto Serrano atinge a meta assistencial programada.

O Estado de Santa Catarina dispõe de uma ampla rede ambulatorial de atenção em saúde bucal. Segundo o CNES/2010, existem instalados 1522 equipamentos odontológicos completos disponíveis ao SUS, onde atuam 2347 cirurgiões-dentistas. Destes, 774 estão inseridos nas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

Estão implantados, atualmente, 38 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e outros 5 em fase de habilitação, o que resulta em 81,0% da meta estabelecida de 53 CEO implantados para 2010.

O atendimento odontológico nos hospitais direciona-se quase que exclusivamente aos pacientes portadores de trauma bucomaxilofacial. Outras situações também exigem atuação hospitalar como o atendimento a pacientes sob anestesia geral, dando suporte à rede ambulatorial e o atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais que pela complexidade do agravo, não tenham condições de atendimento ambulatorial. Somente 10% dos estabelecimentos hospitalares realizaram algum tipo de procedimento odontológico em 2010.

Ainda que em Santa Catarina ocorra uma contrapartida no financiamento das ações de Saúde Bucal por parte do Estado, esta participação não é suficiente para equiparar a defasagem dos valores definidos pelo Ministério da Saúde, especialmente quando se refere aos Centros de Especialidades Odontológicas, à Atenção Hospitalar e às Equipes de Saúde Bucal.

d) Inserção da Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família (ESF): a inserção da saúde bucal na ESF possibilita a criação de um espaço de políticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da Saúde Bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Com uma população estimada em 6.118.743 de habitantes, de acordo com as normas definidas pela Política Nacional da Atenção Básica, Santa Catarina tem como número máximo 2521 equipes de Saúde Bucal. Até dezembro de 2010, estavam habilitadas 774 Equipes de Saúde Bucal na ESF, com 31,0% do teto do Estado, atuando em 274 (93,0%) municípios do total de 293. Das 774 Equipes de Saúde Bucal, 745 (96,25%) são da modalidade I, constituídas pelo cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal e 29 equipes, (3,75%) são da modalidade II, com cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal.

O desempenho da atenção básica em saúde bucal

A Divisão de Saúde Bucal da Gerência de Coordenação da Atenção Básica realiza o monitoramento das ações básicas voltadas para a saúde bucal baseado em quatro indicadores: a cobertura de primeira consulta odontológica programática, a média anual de escovação bucal supervisionada, a cobertura estimada pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a relação ESB/ESF.

Conforme a tabela 22, todos os indicadores tiveram melhorias no ano de 2010, com relação ao ano anterior. No entanto, é necessário destacar que os indicadores foram calculados utilizando a base de dados do SIA e a base de estimativa populacional do IBGE. Ressalta-se que inconsistências relacionadas à padronização de entendimento conceitual dos procedimentos odontológicos pelos cirurgiões-dentistas e problemas de coleta, digitação e processamentos dos dados ainda persistem. Além disso, a ausência no Sistema de Informação da Assistência Básica (SIAB) de registro de produção dos procedimentos odontológicos tem promovido dificuldades no acompanhamento das ações desenvolvidas em Saúde Bucal.

Tabela 22: Indicadores de Saúde Bucal na Atenção Básica no Estado de Santa Catarina no período de 2006 a 2010 e metas, conforme Pacto, para o ano 2011.

Ano	Primeira Consulta Odontológica Programática.	Escovação Dental supervisionada	Cobertura Estimada Equipe de Saúde Bucal %	Relação ESF/ESB
2006	16,7	2,6	35,1	2,0
2007	16,9	3,5	34,9	2,0
2008	15,0	3,3	39,9	1,8
2009	14,5	2,6	43,0	1,7
2010	17,7	2,7	43,8	1,7
Meta 2011	20,0	3,50	45,0	1,5

Fonte: SIA/IBGE/DAB/MS

2.1.2.5.2. Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental de base comunitária, que possibilita a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e comunidade. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais e nos CAPS III), Urgência e Emergência, o Programa de Volta para Casa, que oferece auxílio e reabilitação psicossocial para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, consultórios de rua, unidades residenciais terapêuticas transitórias (URTT) e redução de danos.

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves).

No Brasil, a prevalência aproximada de transtornos mentais da população adulta é de cerca de 30% no período de um ano, enquanto que aproximadamente 20% da população adulta demandam algum tipo de atenção em saúde mental num período de 12 meses. Na população feminina são mais comuns os transtornos de ansiedade, transtornos somatoformes e transtornos depressivos. Entre os homens, o alcoolismo é o problema mais importante, vindo a seguir os transtornos de ansiedade. Na população infantil atendida na Atenção Básica, a prevalência de problemas de saúde mental também é elevada, podendo atingir 25%, mas freqüentemente os casos passam despercebidos pelos profissionais. 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 IIº Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005) disponibilizou dados relativos à dependência do álcool (12,3 %), tabaco (10,1 %), maconha (1,2 %), benzodiazepínicos (0,5 %), solventes (0,2 %) e estimulantes (0,1 %). Na região Sul o álcool e o tabaco são as drogas mais utilizadas pela população; a dependência de tabaco foi maior que a de álcool, respectivamente, 10,7 % e 9,0 %; a maconha atingiu 1,1 % de dependência. A faixa etária onde se registrou a maior prevalência de dependentes de álcool foi de 18 a 24 anos.

A relação entre o uso do álcool, outras drogas e as situações de violência, evidencia o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco. Os acidentes e violências ocupam a 2ª causa de mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos entre pessoas de 10 a 49 anos de idade.

O quadro abaixo mostra a extensão da rede física de atenção em saúde mental em Santa Catarina, em dezembro de 2010.

Quadro III: Rede de Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina.

Especificação	Quantitativo
Serviço Municipal de Saúde Mental - Atenção Básica*	165
Ambulatório de Psiquiatria (Hospital Universitário/UFSC, Jaraguá do Sul e Tubarão)	03
Núcleo Apoio Saúde da Família – NASF/SC	165
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ²	74
Centro de Convivência Santana (Hospital Colônia Santana)	247 leitos
Leitos hospitalares especializados	355
Leitos hospitalares gerais	515
Serviço residencial terapêutico	03
Consultório de rua	02
Unidades residenciais terapêuticas transitórias -URTT	01

* Muitos desses serviços foram absorvidos pelas equipes de ESF e NASF, portanto, os serviços nessa lógica de atendimento, com equipes exclusivas, não tem mais sido cadastrado.

O Ministério da Saúde utiliza o indicador: CAPS/100.000 habitantes para fins de avaliação de cobertura. Santa Catarina apresenta um índice de cobertura de 89% representando a 6ª posição no cenário nacional.

Quanto à área hospitalar para internação em psiquiatria, há no Estado, deficiência de leitos em várias regiões, tais como: Blumenau, Itajaí, Mafra, Canoinhas, Tubarão, Brusque, Jaraguá do Sul e Chapecó. Há dificuldades também, para o internamento da população com idade inferior a 18 anos aumentando para menores de 15 anos, pois não há leitos psiquiátricos cadastrados nos 04 hospitais infantis (Florianópolis, Lages, Itajaí e Joinville), nem nos hospitais gerais.

O quadro a seguir mostra a frequência de internações psiquiátricas – SUS em três grupos de diagnósticos.

Quadro IV: Frequência de internações por grupos em Santa Catarina – 2006 a 2009.

Ano	Alcoolismo (F10)	Outras drogas (F11 a F19)	Transt. Mentais (F00 a F09 e F20 a F99)	Total geral
2006	5.386	2.369	13.497	21.252
2007	5.125	1.957	12.970	20.052
2008	4.436	2.297	13.022	19.755
2009	4.205	2.221	11.641	18.067
2010	4.416	2.404	11.119	17.939

Fonte: SES/DIPA/Gerência de Processamento de Serviços Assistenciais

O processo de desinstitucionalização mantém-se lento, considerando que estão internados no Centro de Convivência Santana (CCS), 247 pacientes, conforme verificado no CNES-2010. Isto se deve a dificuldade de implantação de Serviço Residencial Terapêutico (SRT), cuja responsabilidade é dos municípios.

A perspectiva de uma política de atenção integral em saúde mental no Estado implica em solucionar vários problemas: a carência de recursos humanos especializados e a falta de vagas para algumas categorias, por não constar no quadro de recursos humanos de algumas secretarias municipais de saúde; contratos de trabalho temporários; necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde; falta de integração entre os serviços da rede de assistência, falta de monitoramento sobre as práticas exercidas nas comunidades terapêuticas, insuficiência de dispositivos de atenção à rede de álcool e outras drogas, como consultório de rua, redução de danos e unidades residências terapêuticas; intersetorialidade incipiente pela falta de ações efetivas relacionadas a saúde mental, dificuldade de articulação das ações de saúde mental entre a Atenção Básica, CAPS, hospitais gerais e urgência e emergência, consultórios de rua, redução de danos, unidades residências terapêuticas transitórias e programa de volta para casa (PVC); falta de regulação dos leitos psiquiátricos pela rede saúde mental; dificuldade de desinstitucionalizar 250 pacientes no Centro de Convivência Santana, para SRT e PVC; inexistência de rede extra-hospitalar em saúde mental no município de São José, elevando o número de internações psiquiátricas na Grande Florianópolis; dificuldade de abertura de leitos psiquiátricos nos hospitais estaduais e regionais, incluindo o HIJG.

2.1.2.5.3. Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) possui como propósito a “garantia da qualidade dos alimentos colocados para o consumo no país, a promoção das práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos”.

Em 2009, dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN demonstram que o estado apresenta índices de excesso de peso acima da média nacional nas diferentes fases do ciclo da vida (tabela 23) reforçando a necessidade de ações estratégicas que tornem a população mais saudável em relação ao peso. O excesso de peso está claramente associado ao aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso.

Tabela 23: Percentual de crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos com excesso de peso no Brasil e em Santa Catarina no ano de 2009 e índices antropométricos utilizados.

Faixa Etária	Brasil	Santa Catarina	Índices Antropométricos Utilizados
Crianças de 5 a 10 anos	6,2%	7,2%	> Percentil 97 de peso para idade
Adolescentes	17,3%	25,1%	> Percentil 85 de IMC para idade
Gestantes	35,0%	40,9%	IMC > 25 para idade gestacional
Adultos	44,9%	52,9%	IMC > 25
Idosos	42,1%	50,7%	IMC > 27

Fonte SISVAN/MS

De acordo com o SISVAN, nos anos de 2008 e 2009, 4,0% e 3,8% das crianças menores de 05 anos apresentaram baixo peso para idade, respectivamente. Nesse mesmo período a meta pactuada pelo estado foi de 5,0%.

Outra ação voltada para o fortalecimento da área de alimentação e nutrição é o Programa Bolsa Família (PBF), programa do Governo Federal de transferência direta de renda com condicionalidades para famílias em situação de pobreza, que associa o benefício financeiro ao acesso aos direitos sociais básicos, como a saúde, a educação e a assistência social. No setor saúde as condicionalidades são: - acompanhamento nutricional e cobertura vacinal de crianças menores de 07 anos e o acompanhamento pré-natal e nutricional de gestantes.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação profilática de sulfato ferroso para todas as crianças de 6 a 18 meses de idade e sulfato ferroso e ácido fólico para gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) traçou o perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de 05 anos no Brasil, sendo que Santa Catarina encontra-se entre os índices de 20 % a 39,9%, classificando-se no perfil moderado de anemia, o que justifica a implementação do programa de prevenção no estado. Uma das dificuldades que não permitem o avanço do programa estão relacionados à: dosagem recomendada, efeitos colaterais aos suplementos, palatibilidade do suplemento destinado as crianças, irregularidade de fornecimento, dentre outros.

Outra ação relacionada à alimentação e nutrição é a obrigatoriedade da notificação e investigação da desnutrição grave (DG) em crianças que apresentem sinais clínicos de DG, mesmo quando o peso não estiver abaixo do percentil 0,1. A vigilância epidemiológica municipal deve comunicar imediatamente os casos notificados de DG infantil ao representante do Ministério Público e ao Conselho Tutelar, cabendo ao estado monitorar as ações de acompanhamento dos casos notificados.

2.1.3. Atenção Integral à Saúde

2.1.3.1. Atenção Básica

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolve-se por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006)

A portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

A inclusão da odontologia, equipes de Saúde Bucal - SB na equipe de Saúde da Família teve início em 2001 e se amplia em ritmo acelerado. Santa Catarina tem a ESF implantada em 100% de seus municípios, com cobertura de 73% da população para a SF e 41% de SB.

A ESF está presente em todos os municípios do Estado sendo que 78,8% destes possuem 100% de cobertura da ESF. Nos municípios com população acima de 100.000 habitantes a ESF apresenta uma diminuição de cobertura variando entre 50 a 60%, com exceção do município de Florianópolis, que possui 84,5% de cobertura e o maior número de equipes de Estado.

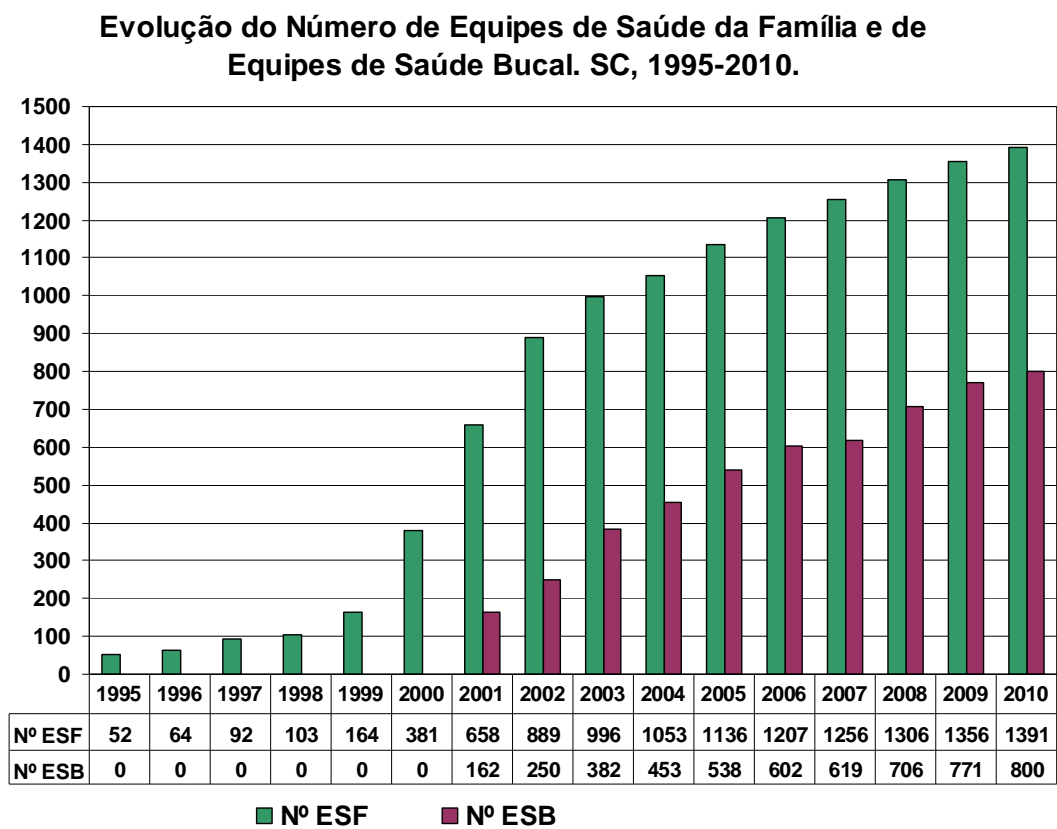
Outro fator significativo para o fortalecimento da ESF é a continuidade do cuidado por parte dos profissionais que integram as equipes, porém os municípios vêm enfrentando problemas quanto à fixação destes profissionais, centrado principalmente na figura do médico. Vários fatores podem estar relacionados a não fixação dos profissionais, dentre eles podemos citar: o cumprimento da jornada de trabalho conforme determinado pela política; a cultura dos profissionais em se fixar nos grandes centros e a insuficiência da especificidade na grade curricular.

Apesar dos avanços da ESF o modelo assistencial ainda predomina no Estado, observando-se assim a necessidade da definição das linhas guias de atenção à saúde e a reorientação do modelo de atenção à saúde.

No ano de 2009 teve início no Estado de Santa Catarina o processo de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde, nas macrorregiões Nordeste e Planalto Norte, orientada por seis princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária (STARFIELD, 2002). Um dos possíveis avanços será a mudança do processo de trabalho das equipes da ESF e organização dos fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde.

As figuras seguintes demonstram a evolução e cobertura do número de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Estado desde sua implantação em 1995 até 2010.

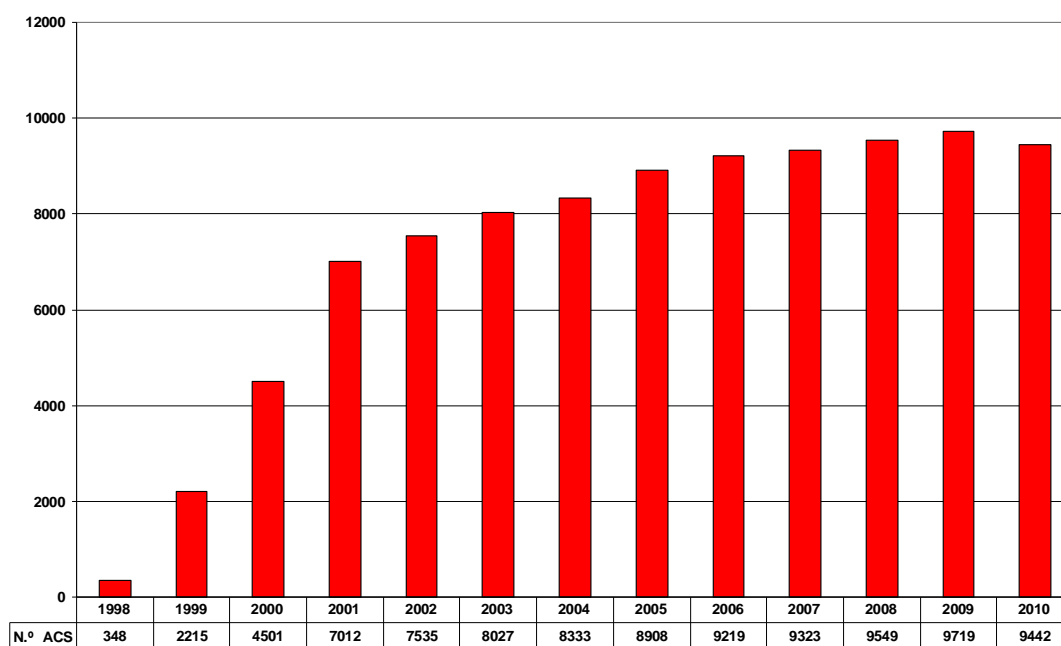
Figura 17: Evolução do número de Equipes de Saúde da Família e de Equipes de Saúde Bucal, SC, 1995-2010.



Fonte: GEABS, 2010

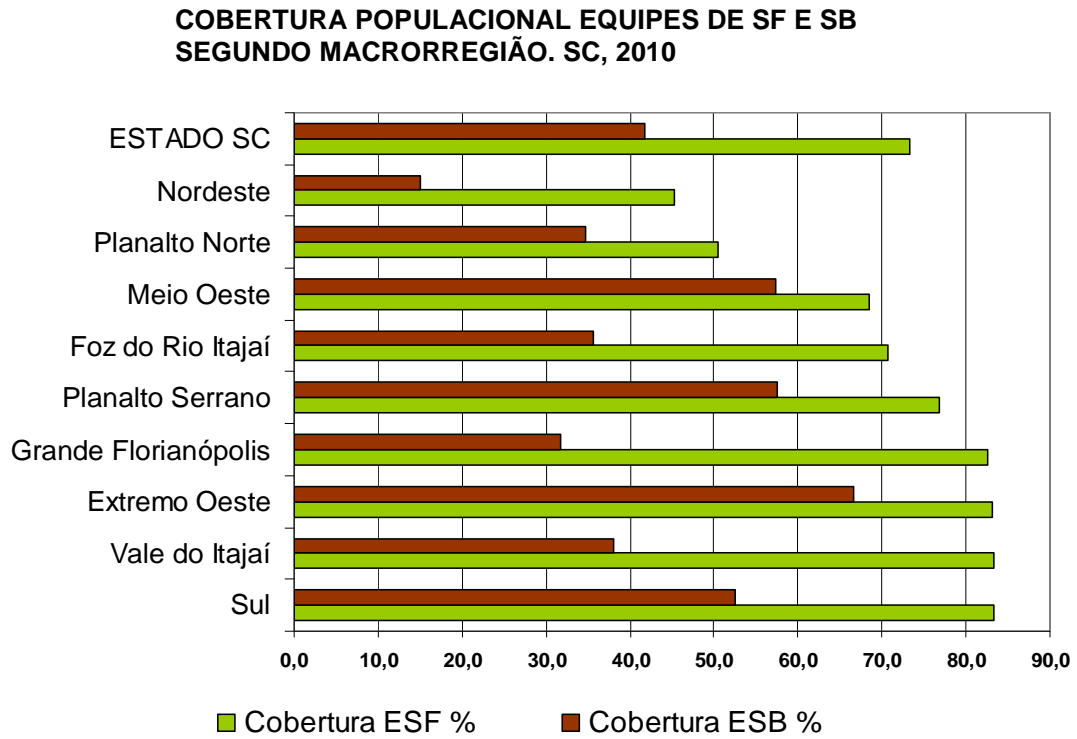
Figura 18: Evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde em Santa Catarina no período de 1998 a 2010

Evolução do Número de ACS no Estado de Santa Catarina: 1998 a 2010.



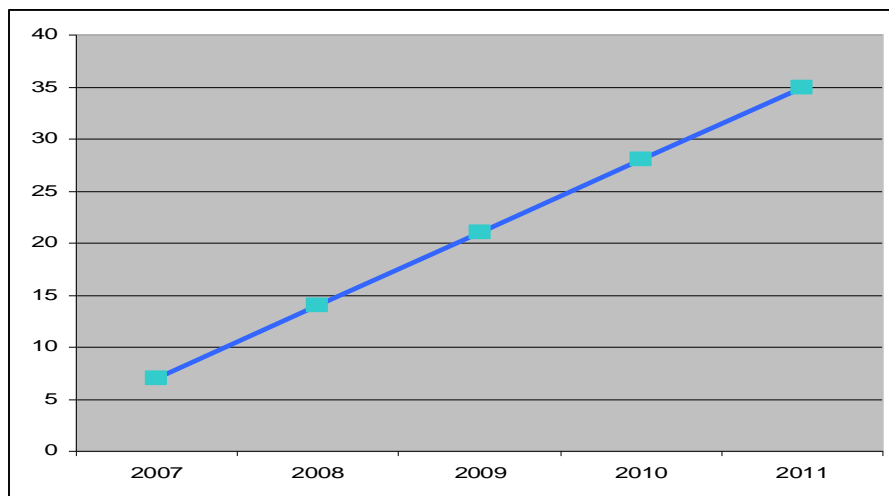
Fonte: GEABS, 2010.

Figura 19: Cobertura populacional de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, segundo macrorregião de Santa Catarina, 2010.



Desde 2007 a SES investe recursos no co-financiamento para a Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica, sendo seus critérios discutidos e aprovados anualmente na Comissão Intergestores Bipartite.

Figura 20: Recursos de co-financiamento (milhões) repassados anualmente para o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família em Santa Catarina.

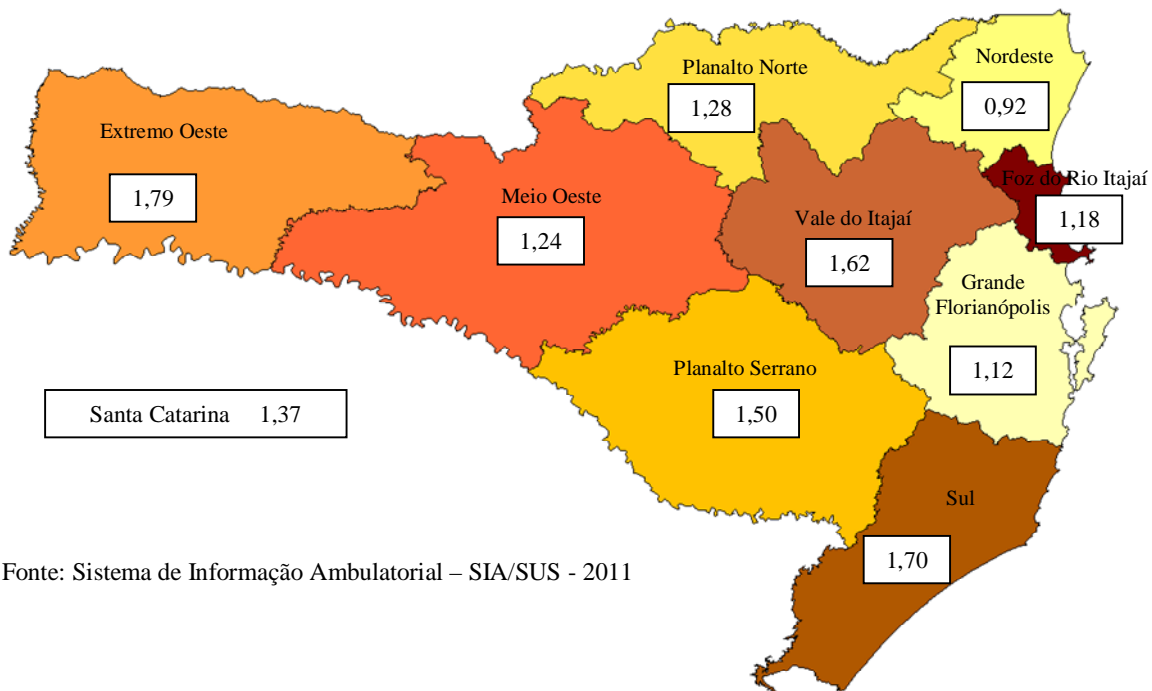


Fonte: GEABS, 2011

Em 2007 o co-financiamento era de 7 milhões e em 2011 já atinge 35 milhões totalizando um acréscimo de 400%.

Apesar dos investimentos na Atenção Básica algumas macrorregiões apresentam a média de consultas médicas básicas por habitante/ano menor do que a média do Estado que é de 1,37.

Figura 21: Média de Consultas Médicas Básicas, por Habitante/Ano, Santa Catarina em 2010.



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS - 2011

a) Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)

Para apoiar o avanço da implantação da Atenção Primária a Saúde (APS) estruturada na ESF, o Ministério da Saúde (MS) criou os NASF I e II, cujo objetivo principal é ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como a resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços. Os NASF devem buscar intuir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF. Até o momento, em 23 municípios foram credenciados .

A partir do ano de 2009 o Estado passou também a co-financiar os NASFSC, com o objetivo cobrir uma lacuna que impossibilitava municípios com menos de oito equipes credenciarem-se para terem o NASF Federal.

A maioria dos municípios de Santa Catarina (230) possuem menos de 8 equipes e a criação dos NASFSC possibilitou entre 2009 e 2010, o credenciamento de 122 NASFSC, sendo

28 na modalidade NASFSC I , municípios que tem entre 4 e 7 equipes, e 94 na modalidade NASFSC II municípios com até 3 equipes.

Os NASF são constituídos por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas e que atuam em parceria com os profissionais das ESF, diretamente no apoio matricial às equipes. Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, é recomendado que cada NASF conte com pelo menos 01 (um) profissional da área de saúde mental

A responsabilidade compartilhada entre as equipes SF e NASF prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de AB/SF atuando no fortalecimento de seus atributos.

Recentemente, o Ministério da Saúde criou o NASF 3, com prioridade no atendimento da atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas, para municípios com menos de 20.000 habitantes. Este deverá realizar suas atividades vinculadas a no mínimo quatro e no máximo sete equipes de Saúde da Família.

A discussão sobre o NASF e estes novos conceitos que nascem com a Estratégia é muito recente no campo da saúde, estando em processo de construção, tanto na metodologia, quanto no conhecimento. O desafio que nos impõe esta discussão diz respeito às práticas profissionais que precisam ser repensadas, no sentido de “fazer saúde pública” e gestão, considerando os interesses da comunidade, as necessidades do território e os objetivos institucionais, além da atuação em rede, em prol da integralidade da atenção à saúde.

2.1.3.2. Média e Alta Complexidade

2.1.3.2.1. Atenção Ambulatorial Especializada

Segundo informações do cadastro do SIA/SUS em dezembro de 2009, 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 Diagnóstico e Terapia, responsável por procedimentos de média complexidade.

A produção ambulatorial do SUS em Santa Catarina no ano de 2009 está apresentada na tabela 24. O total de procedimentos aprovados foi de 112.004.784, 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 24: Produção ambulatorial e valor médio unitário do SUS, por Grupo de procedimentos do SIA, Santa Catarina, 2010.

Categoria de Procedimentos	Quantidade Aprovada	
	Nº	%
01 Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	15.940.911	0,02%
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	15.659.922	89,65%
0102 Vigilância em saúde	280.989	10,35%
02 Procedimentos de Finalidade Diagnostica	22.579.074	31,09%
0201 Coleta de material	1.425.590	0,48%
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	15.589.421	48,82%
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	557.651	4,52%
0204 Diagnóstico por radiologia	2.034.068	14,91%
0205 Diagnóstico por ultra-sonografia	288.521	5,28%
0206 Diagnóstico por tomografia	55.970	4,20%
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	17.575	3,07%
0208 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	9.616	1,90%
0209 Diagnóstico por endoscopia	33.938	1,31%
0210 Diagnóstico por radiologia intervencionista	363	0,09%
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	754.748	7,22%
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	397.802	8,22%
0213 Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	2.961	0,00%
0214 Diagnóstico por teste rápido	1.410.850	0,00%
03 Procedimentos Clínicos	43.217.327	44,97%
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	37.556.455	42,86%
0302 Fisioterapia	1.277.565	3,17%
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	60.986	0,85%
0304 Tratamento em oncologia	465.528	30,67%
0305 Tratamento em nefrologia	291.632	19,31%
0306 Hemoterapia	283.211	2,40%
0307 Tratamentos odontológicos	3.251.485	0,16%
0309 Terapias especializadas	30.465	0,57%
0310 Parto e nascimento	0	0,00%
04 Procedimentos Cirúrgico	3.075.767	2,56%
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	2.518.580	34,51%
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	97	0,01%
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	37.367	2,58%
0405 Cirurgia do aparelho da visão	21.670	47,78%
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	15.486	3,65%
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	2.595	0,51%
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	7.629	2,11%
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	1.004	0,20%
0410 Cirurgia de mama	68	0,01%
0411 Cirurgia obstétrica	456	0,07%

0412 Cirurgia torácica	92	0,01%
0413 Cirurgia reparadora	1.426	0,14%
0414 Bucomaxilofacial	462.275	4,98%
0415 Outras cirurgias	2.324	0,55%
0417 Anestesiologia	2.184	0,30%
0418 Cirurgia em nefrologia	2.514	2,60%
05 Transplantes de órgão, tecidos e células	71.044	2,31%
0501 Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	57.018	81,19%
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	1.300	1,64%
0504 Processamento de tecidos para transplante	1.296	2,77%
0505 Transplante de órgãos, tecidos e células	113	0,94%
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	11.317	13,46%
06 Medicamentos	8.246.317	15,42%
0601 Medicamentos de dispensação excepcional	8.246.317	29,74%
0604 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	26.463.397	70,26%
07 Órteses, próteses e materiais especiais	306.378	2,65%
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	300.578	83,31%
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	5.800	16,69%
08 Ações complementares da atenção à Saúde	685.748	1,00%
0801 Ações relacionadas ao estabelecimento	28.995	0,00%
0803 Autorização / Regulação	656.753	100,00%
Total	120.585.963	100,00%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais - SES, 2011

Apesar dos esforços do governo em regionalizar a assistência, persistem disparidades na distribuição dos serviços ambulatoriais especializados. Na Região de Saúde da Grande Florianópolis foram realizados 15% dos serviços de média complexidade e 73,41% dos serviços de alta complexidade, o que explica a diferença da distribuição dos serviços nessa região quando comparada às demais. Nas demais regiões de saúde do estado a participação dos procedimentos de Alta Complexidade são inferiores a 1,9% em 06 Regiões de Saúde e inferior a 1% em 14 Regiões de Saúde (Tabela 25).

Tabela 25: Distribuição Percentual da Produção Ambulatorial (Quantidade Aprovada e Valor Aprovado), segundo grupos de procedimento da Atenção Básica do SIA, Santa Catarina, 2010.

Regiões de Saúde	% da Quantidade Aprovada				% Valor Aprovado			
	Atenção Básica	Média Complex.	Alta Complex	Não se Aplica	Atenção Básica	Média Complex	Alta Complex	Não se Aplica
São Miguel do Oeste	71,88%	23,61%	0,43%	4,08%	63,77%	23,54%	9,65%	3,04%
Chapecó	70,71%	26,41%	1,76%	1,12%	33,65%	35,86%	27,75%	2,75%
Xanxerê	78,84%	20,08%	0,28%	0,80%	60,76%	30,70%	8,02%	0,52%
Concórdia	73,65%	25,34%	0,26%	0,75%	53,33%	38,27%	8,16%	0,24%
Joaçaba	56,81%	40,01%	0,82%	2,35%	44,69%	30,25%	24,09%	0,96%
Videira	56,27%	41,42%	0,76%	1,55%	50,53%	36,81%	11,78%	0,89%
Rio do Sul	63,48%	35,63%	0,55%	0,34%	54,45%	33,32%	11,65%	0,58%
Timbó	78,76%	20,43%	0,31%	0,51%	56,60%	32,92%	10,37%	0,12%
Blumenau	63,26%	34,54%	1,88%	0,31%	28,74%	41,15%	29,46%	0,65%
Itajaí	65,52%	33,48%	0,85%	0,16%	30,99%	42,88%	22,99%	3,14%
Balneário Camboriú	65,36%	33,97%	0,33%	0,34%	49,38%	42,70%	7,91%	0,01%
Brusque	66,06%	32,72%	0,74%	0,48%	43,01%	38,63%	18,28%	0,08%
Grande Florianópolis	12,32%	13,32%	73,25%	1,11%	16,95%	27,56%	51,16%	4,33%
Tubarão	78,51%	20,72%	0,37%	0,40%	53,45%	31,18%	15,23%	0,14%
Criciúma	67,77%	30,50%	1,18%	0,55%	37,11%	36,23%	26,49%	0,17%
Araranguá	57,13%	41,34%	0,65%	0,89%	60,34%	29,43%	10,04%	0,19%
Joinville	43,64%	54,30%	1,63%	0,43%	28,06%	46,74%	21,86%	3,34%
Jaraguá do Sul	52,85%	42,47%	2,02%	2,66%	35,34%	36,95%	25,04%	2,68%
Mafra	61,16%	36,94%	1,04%	0,85%	48,56%	33,33%	17,71%	0,40%
Canoinhas	65,26%	33,22%	0,21%	1,30%	52,78%	36,55%	9,86%	0,81%
Lages	54,71%	41,37%	0,51%	3,40%	46,63%	35,77%	15,02%	2,57%
Total	44,06%	25,30%	29,61%	1,03%	34,13%	33,98%	29,49%	2,40%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais - SES, 2011

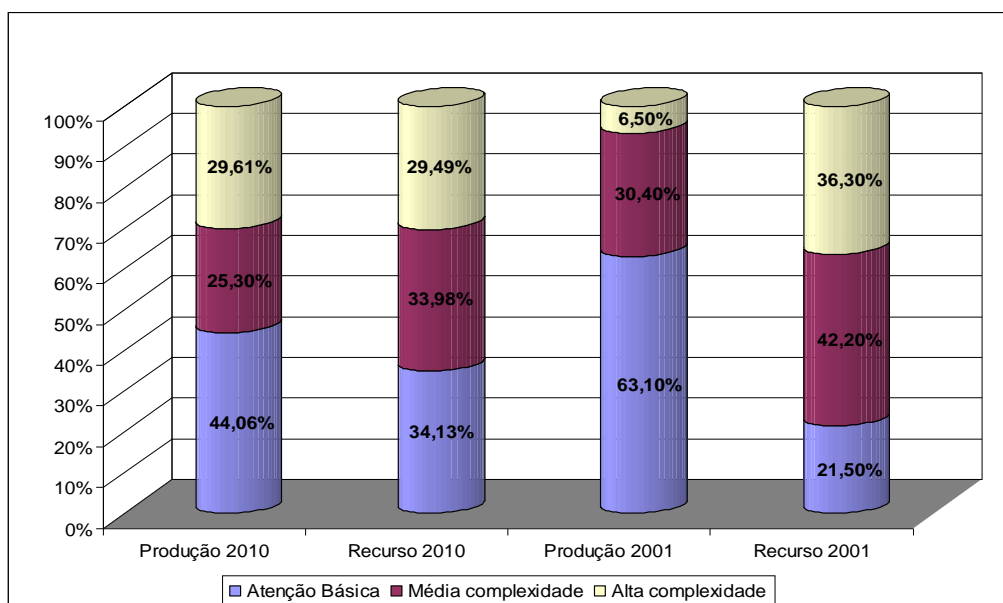
Os serviços de Média Complexidade apresentam déficit em todo o estado. Os serviços deste nível hierárquico dão resolutividade à rede de serviços com um custo moderado, quando comparados aos valores da Alta Complexidade.

Na alta complexidade existe escassez de recursos humanos para atuar nas especialidades inerentes aos 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 déficit de cobertura assistencial nas especialidades de cirurgia cardíaca, cirurgia ortopédica, terapia intensiva, urgência e emergência, 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, coração e fígado.

O Estado 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 as referencias macrorregionais e apontando as necessidades de investimento para induzir a desconcentração da oferta.

Figura 22: Demonstrativo dos percentuais de quantidade de procedimento X recursos gastos em Santa Catarina, 2001 e 2010.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS - SES, 2011

2.1.3.2.2. Atenção Hospitalar

A assistência em saúde é um sistema complexo, em que as estruturas e os processos da organização estão interligados e que o funcionamento de um componente interfere em todo o seu conjunto. Neste sentido, o positivo aumento da cobertura das ESF nos municípios catarinenses, e a ampliação da estrutura ambulatorial do estado através das policlínicas e UPAS vem alterando os encaminhamentos a rede hospitalar e a morbidade dos pacientes que a ela recorrem.

Os hospitais públicos e os privados contratualizados tem sido uma preocupação constante do governo absorvendo quase 70% das despesas públicas em saúde em Santa Catarina.

Alguns hospitais são centros de excelência em determinadas áreas, enquanto alguns estão “abaixo dos padrões” requeridos.

A implantação de mecanismos de gestão eficientes, que garantam a viabilização do setor, tornam-se uma necessidade urgente, a fim de que se possa entender os requisitos necessários para a melhoria do desempenho institucional dos indicadores de saúde.

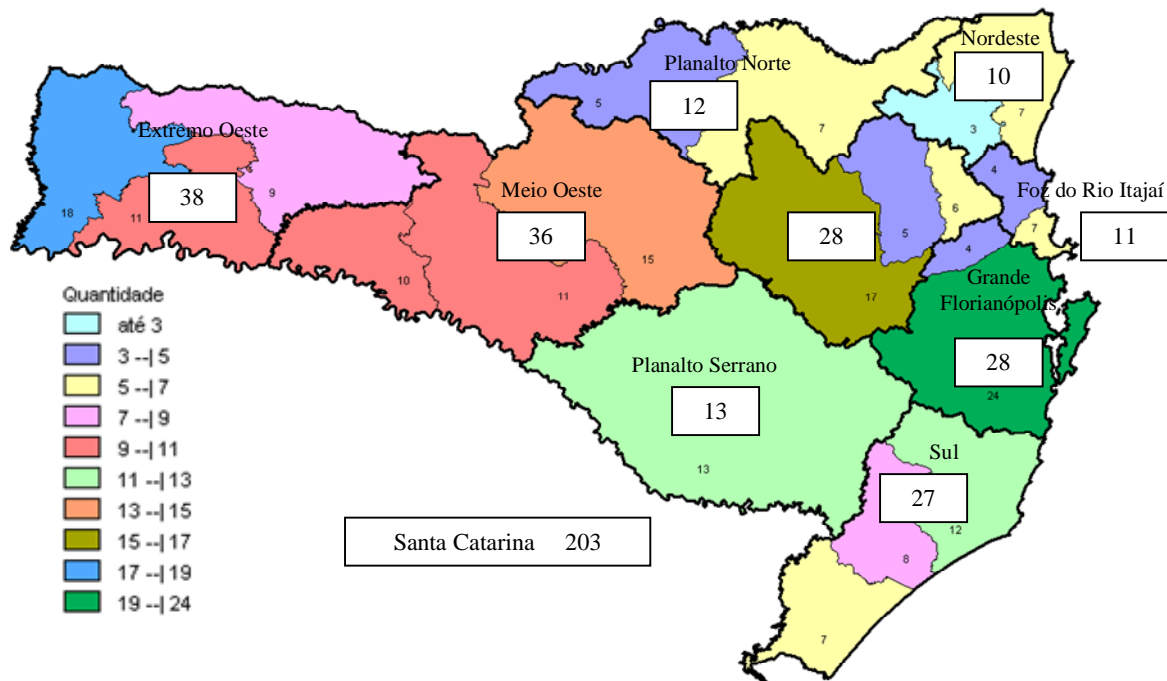
É na prática clínica que se concentram os custos mais importantes da saúde, os recursos humanos mais diferenciados e melhor remunerados; as tecnologias complementares de diagnóstico e terapêutica, em que os medicamentos assumem uma importância significativa; a inovação terapêutica, por tendência cada vez mais cara, mas eticamente irrecusável.

É necessário a criação e aplicação de indicadores do desempenho clínico que permitam, medir e comparar desempenhos na atenção ambulatorial e hospitalar e discriminar diferentes níveis de qualidade da atenção, dando credibilidade aos Sistemas de Saúde. A confiança no sistema tende a aumentar com este tipo de iniciativas premiando a excelência e reorientando os serviços que apresentam desempenhos não desejáveis.

A Estrutura Hospitalar Catarinense é composta por 213 hospitais vinculados ao SUS. Destes, 22 são públicos, 190 privados e 01 universitário e, estão distribuídos nas macrorregiões como mostra a figura 23. 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 26.

Figura 23: Quantidade de Hospitais, segundo regiões de Saúde em Santa Catarina, 2011.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, 2011

Tabela 26: Número de Leitos SUS, segundo tipo e Regiões de Saúde de saúde. SC, 2010.

Regional de Saúde	Total	/1.000 Hab	UTI	Cirúrg	Clínico	Obstét	Pediát.	Psiq	Outra Espec.	Hosp DIA
São Miguel do										
Oeste	475	2,0	0	68	207	73	106	20	1	0
Chapecó	546	1,8	22	112	228	54	70	47	9	4
Xanxerê	399	2,1	20	44	149	78	85	12	11	0
Concórdia	366	2,5	20	54	162	51	53	25	1	0
Joaçaba	438	2,5	10	43	160	67	89	35	4	30
Videira	518	1,9	31	80	176	83	107	37	4	0
Rio do Sul	749	2,8	25	158	276	98	98	50	43	1
Timbó	196	1,4	0	24	89	29	26	25	3	0
Blumenau	452	1,2	42	140	144	64	49	1	11	1
Itajaí	437	1,5	38	159	104	34	86	10	6	0
Balneário Camboriú	182	0,8	19	37	48	28	41		1	8
Brusque	134	1,1	6	51	49	8	20		0	0

Regional de Saúde	Total	/1.000 Hab	UTI	Cirúrg	Clínico	Obstét	Pediát.	Psiqu	Outra Espec.	Hosp DIA
Grande										
Florianópolis	2.608	2,7	120	666	873	184	133	560	30	42
Tubarão	662	2,0	30	120	308	71	87	34	12	0
Criciúma	903	2,3	31	129	319	87	111	223	3	0
Araranguá	314	1,8	10	56	143	53	49	2	0	1
Joinville	877	1,4	64	258	331	85	62	36	13	28
Jaraguá do Sul	232	1,1	19	81	66	32	27	3	4	0
Mafrá	362	1,6	21	64	131	83	53	7	3	0
Canoinhas	248	1,9	8	51	94	51	43	1	0	0
Lages	727	2,4	36	136	326	93	96	38	2	0
Santa Catarina	11.825	1,9	572	2.531	4.383	1.406	1.491	1.166	161	115

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES - Jun/2010

O Estado possui 188 hospitais conveniados com o SUS para atendimento obstétrico, tendo 1.760 leitos disponíveis para esta especialidade.

Noventa hospitais estão habilitados para o atendimento a pacientes psiquiátricos, com 1.285 leitos do SUS cadastrados.

Os Hospitais enfrentam ainda, dificuldade de acolher a demanda de cirurgias, devido a falta de equipamentos, falta de recursos humanos, inadequação das estruturas físicas das salas cirúrgicas, ocasionando grande fila de espera em especialidades de média e alta complexidade.

Outra característica da rede hospitalar do Estado é que os hospitais em sua maioria são de pequeno e médio porte com baixa resolutividade nas quatro clínicas básicas e em sua maioria realizam internações clínicas.

As edificações das unidades hospitalares da SES/SC são em sua maioria antigas, com mais de 30 anos de existência, necessitando constantemente de reformas de suas áreas físicas, para recuperação e adequação a legislação sanitária vigente.

Os hospitais não dispõem de Plano Diretor, que envolve não apenas a infra-estrutura física, administrativa, financeira, mas também aspectos culturais, epidemiológicos e sociais, para direcionar seu crescimento a partir das demandas potenciais e de suas possibilidades no contexto local e regional, definindo-se a vocação dos mesmos.

Somando-se a isso, possui um parque tecnológico em progressivo processo de sucateamento, bem como a natural defasagem tecnológica advinda da evolução da medicina,

principalmente no que tange aos meios de diagnósticos e terapêuticos, além da necessidade de implantação de novos serviços de referência e de uma qualificação superior de alguns de seus serviços.

Os hospitais públicos de Santa Catarina, como os demais hospitais públicos do país enfrentam: a falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa; limitações de ordem fiscal especialmente quanto à admissão e expansão de recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios para aquisição de insumos de necessidade urgente. A gestão burocrática e centralizada provoca a elevação dos custos de manutenção da rede hospitalar, dificultando o planejamento das ações.

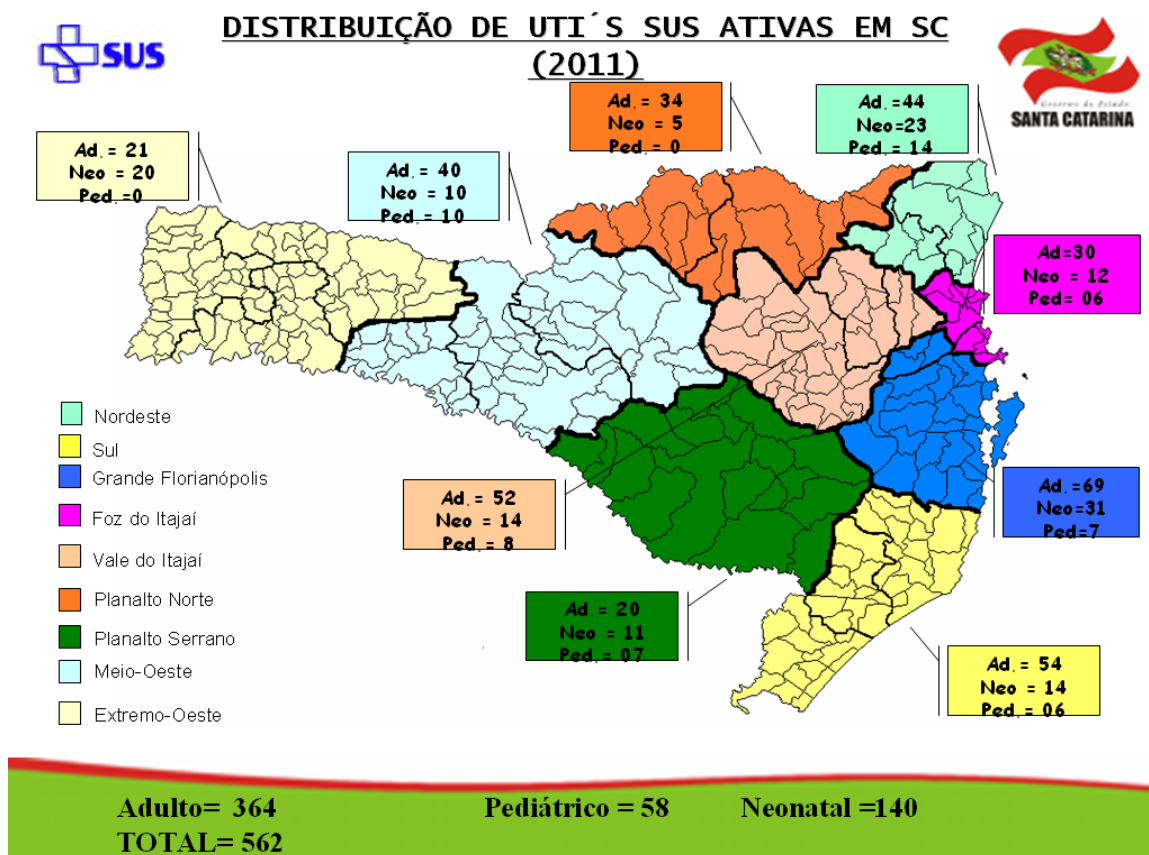
a) Unidade de Terapia Intensiva – UTI

As demandas crescentes por uma assistência cada vez mais complexa, sem o correspondente crescimento da oferta de serviços, aumentam os desafios para que a equidade seja concretizada, com acesso da população a uma assistência de forma adequada, oportuna e de acordo com as suas necessidades.

Os leitos de UTI constituem um recurso assistencial estratégico, escasso e caro ao SUS, devendo, portanto, ser utilizado de forma criteriosa, racional e otimizada.

Atualmente o Estado de Santa Catarina dispõe de 562 leitos de UTI em funcionamento, (figura 24) heterogeneamente distribuídos pelas 09 macrorregiões, estando 113 em Unidades próprias e 449 em Unidades filantrópicas ou privadas. A distribuição dos mesmos apresenta predomínio no litoral, incluindo Grande Florianópolis, Região Sul, Norte, Foz e Vale, com defasagem significativa de leitos pediátricos e neonatais em algumas regiões. Estes fatores favorecem a necessidade de regulação global de todos os leitos de UTI, para que o local do agravo não seja fator limitante para o acesso a um tratamento mais adequado em Unidade de Terapia Intensiva.

Figura 24: Distribuição de UTI'S SUS por região.



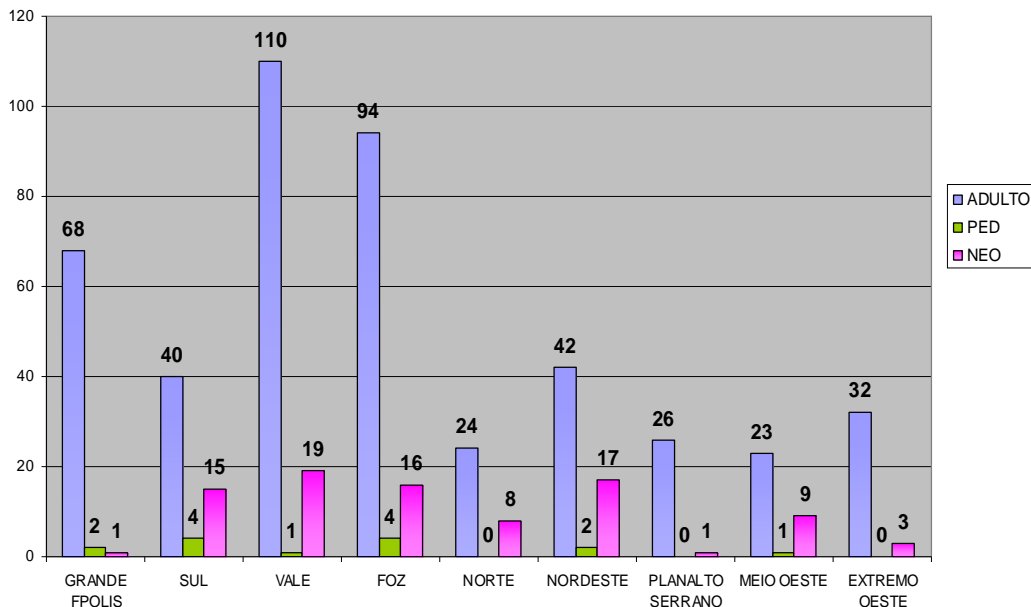
Fonte: GEUTI/2011

A Central de Leitos de UTI é responsável pela administração dos leitos de terapia intensiva habilitados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Santa Catarina, prestando suporte direto ao SAMU (Regional e Estadual) e à Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. A principal função que vem sendo exercida consiste na busca e viabilização do leito de UTI mais adequado ao paciente grave, no menor tempo resposta, de forma eficiente e eficaz, com atuação nas 24 horas do dia, porém ainda encontra-se dificuldade de controle de ocupação dos leitos de UTI em unidades contratadas/conveniadas.

Tendo em vista a necessidade de assegurar o acesso dos pacientes graves aos leitos de terapia intensiva, a proposta é que todos os leitos de UTI sejam efetivamente regulados e que seus fluxos sejam regulamentados. Para isso, a central vem estudando propostas de sistemas de regulação de leitos através do SISREG ou pelo portal da Telemedicina/UFSC.

A Central de leitos de unidade de terapia intensiva realizou em 2010, 562 buscas de leitos, (figura 25) e até fevereiro de 2011 foram mais de 800 buscas realizadas.

Figura 25: Busca de Leitos de UTI (Adulto, Pediátrico e Neonatal) por região em 2010.



Fonte: GEUTI/2011

2.1.3.2.3. Transplantes

Em Santa Catarina a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO/SC) foi criada em 1999 como unidade integrante da estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Saúde e está inserida na Gerência SC Transplantes, que organiza e gerencia informações de pacientes, listas de espera, estabelecimentos de saúde e equipes de profissionais autorizados para realizar retirada e transplantes de órgãos e tecidos, entre outros. O cadastro único estadual de receptores registrou em 31/12/2010 a demanda de 1741 pacientes para diferentes órgãos e tecidos, conforme a Figura 26, sendo a lista de espera para transplantes de Córnea a que tem maior número de pacientes (66,4).

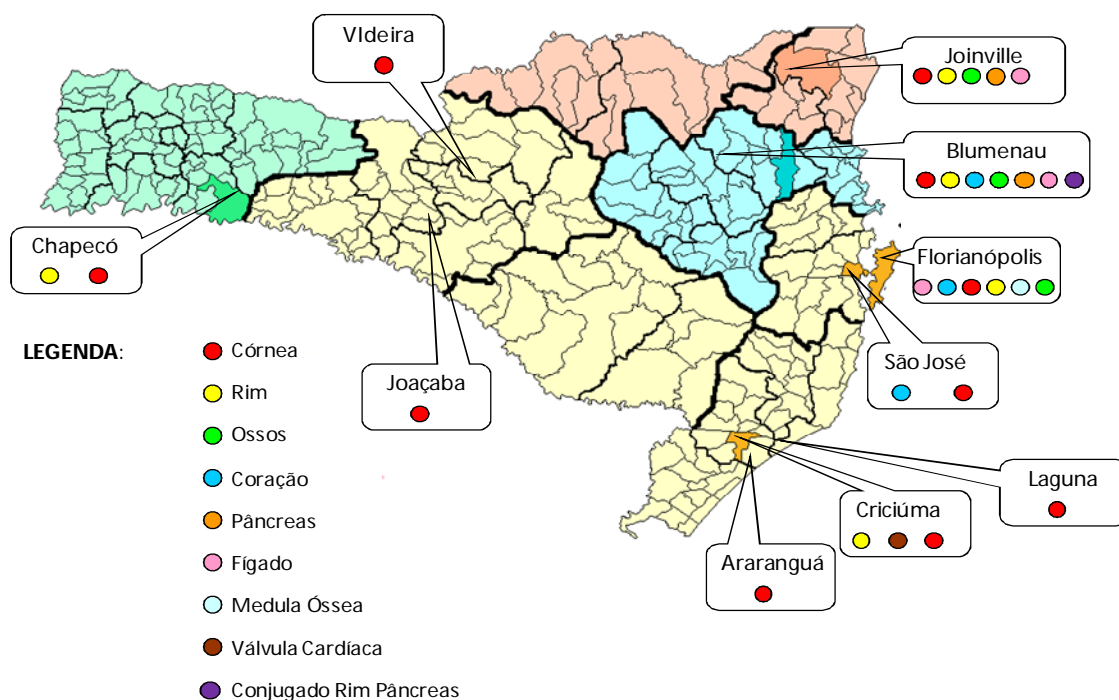
Figura 26: Cadastro único de receptores. Santa Catarina, 31/12/2010.

Órgão/tecido	Coração	Córnea	Fígado	Medula Óssea	Rim/Pâncreas	Rim	Osso	Total
Nº receptores	4	1156	171	40	18	299	53	1741
%	0,23%	66,40%	9,82%	2,30%	1,03%	17,17%	3,04%	100%

Para o atendimento das demandas por captação e transplante de órgão e tecidos o Estado conta com 18 Centros Transplantadores de Córnea (8 unidades públicas de saúde e 10 privadas), 68 profissionais cadastrados para realizar transplante de córnea, sendo distribuídas em 6 macrorregiões de saúde. Para realizar transplante de coração conta com 3 Centros Transplantadores, 1 no Vale do Itajaí e 2 na Grande Florianópolis. Para transplante de válvula cardíaca conta com 2 Centros Transplantadores, 1 na Grande Florianópolis e outro na região Sul com 7 profissionais cadastrados.

Para transplante de fígado conta com 3 Centros transplantadores, 1 no Vale do Itajaí, 1 na Região Nordeste e na Grande Florianópolis.

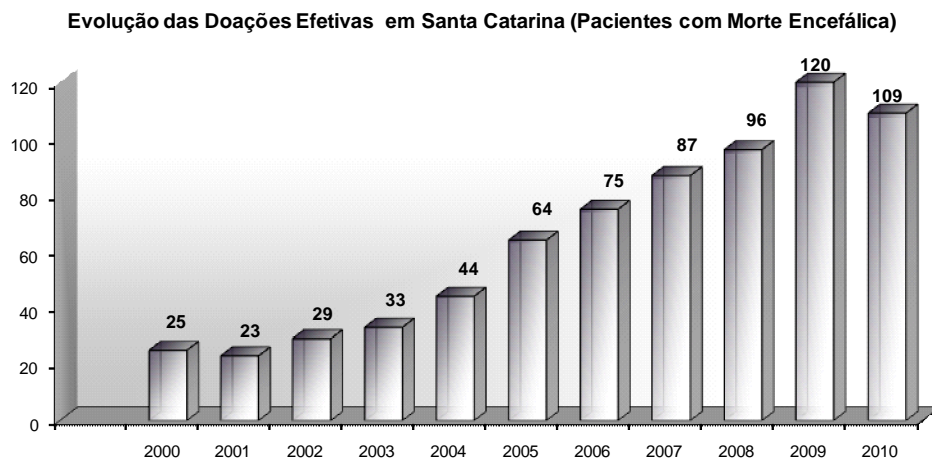
Figura 27: Rede de transplantes instalada em Santa Catarina, 2010.



Fonte: GETRA/2011

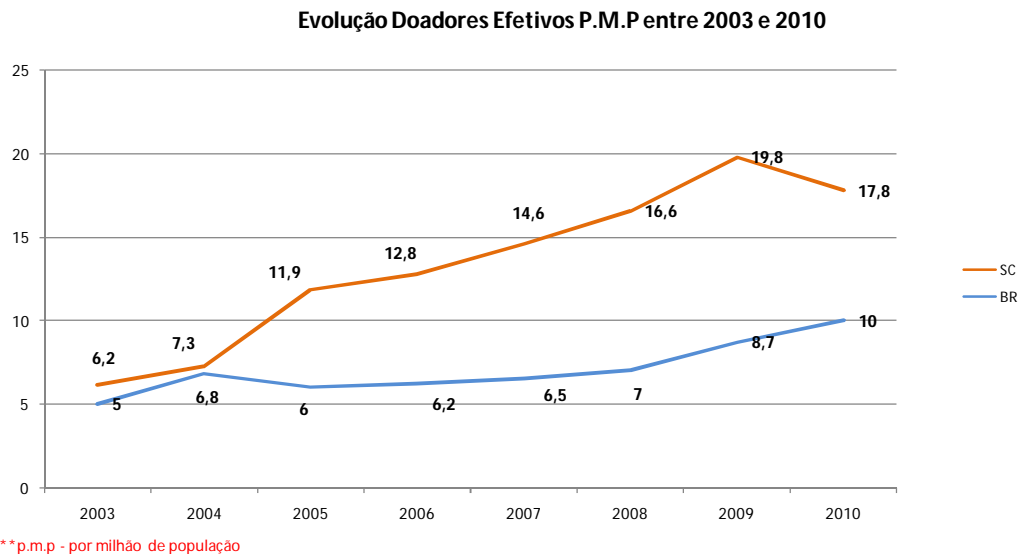
Desde que foi criada a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina, o Estado vem se consolidando como um dos mais importantes no processo doação e transplantes do Brasil, atingindo de 2006 a 2009 a liderança nacional em doações efetivas por milhão de população (p.m.p), conseqüentemente obtendo excelentes resultados na realização de transplante de órgãos e tecidos.

Figura 28: Evolução das doações efetivas de pacientes com morte encefálica entre 2000 e 2010.



Fonte: GETRA/2011

Figura 29: Evolução das doações efetivas p.m.p de pacientes com morte encefálica entre 2003 e 2010.

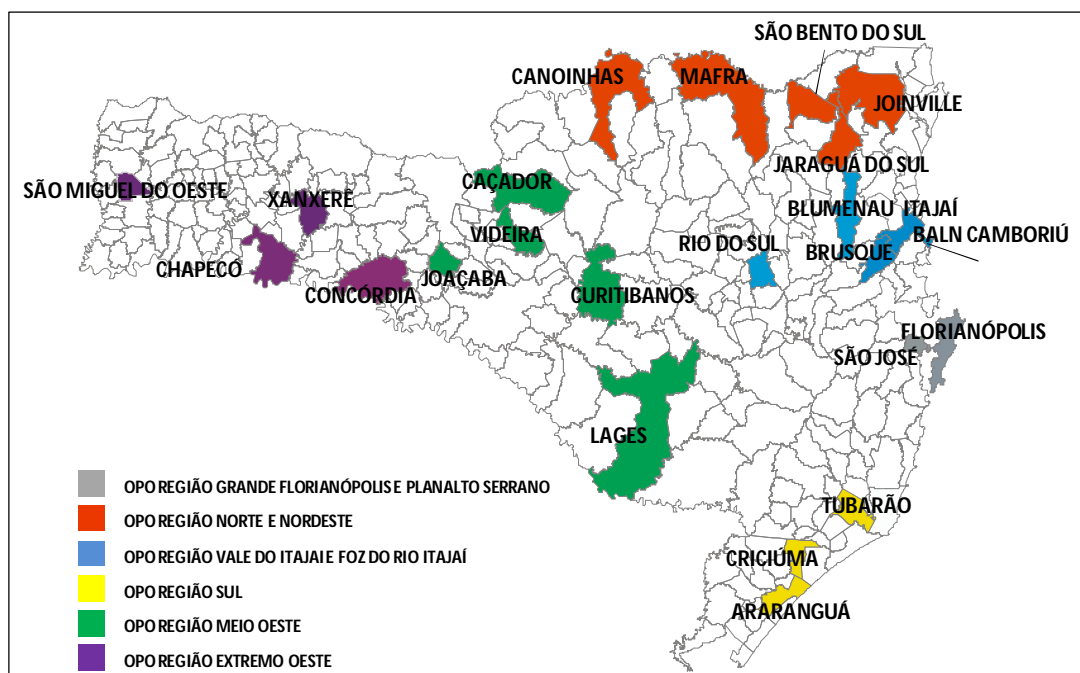


Fonte: GETRA/2011

Diversas ações propostas para elevar o número de Doações e Transplantes em Santa Catarina estão sendo realizadas:

- **Implantação de Organização de Procura de Órgãos (OPO)** que considera a distribuição populacional e a rede hospitalar e que aguarda parecer do MS, habilitar o Estado para viabilizar a contratação de profissionais e implantação das OPO.

Figura 30: Mapa de cobertura das OPO em Santa Catarina.



Fonte: GETRA/2011

- **Implantação de um Banco de Multitecidos** que atualmente realiza a captação de alguns destes tecidos, porém somente as córneas são processadas e armazenadas em Santa Catarina. As válvulas cardíacas e ossos são enviados para Bancos específicos no Estado do Paraná ou Rio de Janeiro, justificando-se a necessidade e a importância da implantação do banco de Multitecidos em nosso Estado, que será realizado em parceria entre HEMOSC e SC Transplantes, com financiamento do Ministério da Saúde

2.1.3.2.4. Urgência e Emergência

A Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina é constituída por três componentes: pré-hospitalar móvel, pré-hospitalar fixo e hospitalar.

O SAMU é um serviço Móvel de Atendimento Pré-Hospitalar que tem ainda, através das suas Centrais de Regulação, a visão global dos fluxos e serviços de atendimento às urgências no

Estado, atuando como elemento fiscalizador e ordenador de todo sistema de saúde nas questões urgentes.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina (SAMU - SC) constitui o componente pré-hospitalar móvel, implantado em 2005 e teve sua abrangência estadual em 2006. Constituindo uma rede de urgência para todo o Estado catarinense, este serviço é responsável pela regulação médica dos atendimentos de urgência, pelo atendimento médico pré-hospitalar e pelas transferências de pacientes graves.

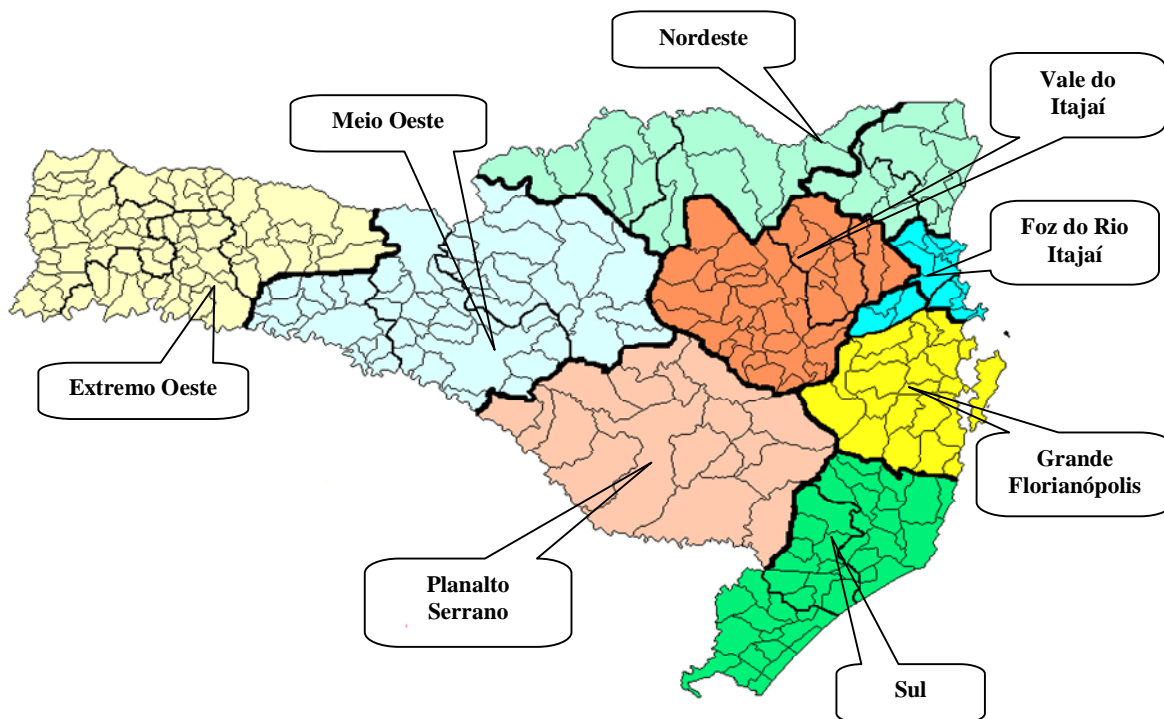
Desde julho de 2006, com a inauguração do SAMU Planalto Serrano, o Estado de Santa Catarina passou a ter cobertura de 100% da população catarinense, com atendimento do SAMU nos 293 municípios do Estado, com comando único, e financiamento das três esferas do governo cujos recursos federais são insuficientes para manter o serviço.

O SAMU Santa Catarina possui 08 Centrais de Regulação, 101 Unidades de Suporte Básico e 24 Unidades de Suporte Avançado, sendo 22 Unidades Terrestres, e duas Unidades Aéreas (um helicóptero em convênio com a polícia Rodoviária Federal e um helicóptero em convênio com o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina).

A Regulação Estadual, um componente adicional do SAMU Estadual, funciona com profissionais médicos como apoio às Centrais Regionais do SAMU e à Central de Regulação de leitos de UTI. É responsável pela regulação dos transportes inter-regionais e inter-estaduais, definindo fluxos, tipo de transporte e interceptações. Também atua no apoio aos reguladores regionais na garantia do acesso dos pacientes aos serviços pactuados quando necessário. Os reguladores estaduais possuem autonomia para contratação de serviço de transporte aéreo, também autorizam a contratação de serviço de transporte terrestre.

As Unidades do SAMU se diferenciam sendo a Unidade de Suporte Avançado (USA), uma UTI Móvel tripulada por médico, enfermeiro e motorista socorrista, e a Unidade de Suporte Básico (USB) uma Unidade medicalizada tripulada por técnico de enfermagem e motorista socorrista.

Figura 31: Distribuição das Centrais de Regulação e alocação de Unidades implantadas até abril de 2006. Santa Catarina.



Fonte: Gerência do SAMU; 2011

O SAMU trabalha em parceria com as demais instituições que atuam no atendimento pré-hospitalar que não são oriundos da saúde como bombeiros e polícias; participando do Termo de Cooperação Técnico Operacional entre a Secretaria de Segurança Pública (SSP) e a SES, constituindo as Centrais Regionais de Emergência. Possui hoje 06 centrais integradas, sendo quatro com a Polícia Militar (Balneário Camboriú, Blumenau, Lages e Criciúma), uma com a Polícia Militar e Bombeiro Militar (Florianópolis) e uma com a Polícia Militar e Bombeiro Voluntário (Joinville).

Um dos problemas enfrentados pelo SAMU-SC é a rotatividade de profissionais, principalmente médica, o que dificulta a criação de uma identidade de grupo e da capacitação do mesmo. Hoje 79% dos funcionários de diversas áreas são contratados em caráter temporário.

Outro desafio do serviço encontra-se na pactuação do financiamento, principalmente na micropactuação dos municípios em relação às USB. Para os que micropactuam, caberia aprovar em suas câmaras de vereadores, lei municipal autorizativa de transferência de recurso intermunicipal. Esta lei, entretanto não foi efetivada na maioria das cidades.

Na prática, a micropactuação tem fracassado, já que há diversos municípios inadimplentes e os mecanismos para cobrança são extremamente frágeis, resultando principalmente em sobrecarga para municípios sedes de pequeno porte.

É necessário avançar na Integração, revendo protocolos e fluxos com as diferentes instituições que atuam no atendimento pré-hospitalar. Os recortes do estado também são diferentes, o que demandará a utilização de ferramentas tecnológicas para cobertura da política de integração em todas as regionais de saúde.

O componente pré-hospitalar fixo da Urgência é composto por Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Salas de Estabilização (SE) e Prontos Socorro (PS). No Estado em 2009 foi aprovado o Plano da Rede de Urgência e Emergência no Estado, com a aprovação das UPAS e SE. Atualmente o Estado possui 11 estabelecimentos de saúde considerados Pronto Socorro Geral e 19 considerados Pronto Atendimento, conforme CNES. A rede de atendimento de urgência e emergência no Estado no componente fixo ainda é insuficiente, a partir de 2009, após a aprovação do Plano, esta rede está se organizando no Estado.

Para um atendimento adequado das urgências e emergências, seria interessante a implantação de redes de atendimento, que possibilitariam uma abordagem hierarquizada e pactuada de acordo com a complexidade. Uma forma de atingir este objetivo seria a implantação do protocolo de acolhimento e classificação de risco como forma de garantia de atendimento de acordo com a gravidade, nos diversos níveis de atenção. A dificuldade para implantação deste protocolo deve-se ao custo elevado da versão oficial, bem como à alta rotatividade dos profissionais nas Unidades de atenção à saúde.

2.1.3.3. Vigilância em Saúde

2.1.3.3.1. Vigilância Sanitária

A principal função da VISA é prevenir, eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido em suas áreas de atuação, promovendo e protegendo a saúde da população por meio de ações integradas e articuladas de coordenação, normatização, capacitação, educação, informação apoio técnico, fiscalização, supervisão e avaliação em Vigilância Sanitária. Esses riscos são entendidos não apenas na sua concepção estatística de probabilidade da ocorrência de eventos danosos, mas também como possibilidade baseada em incertezas produzidas pelas rápidas mudanças no sistema produtivo e nos conhecimentos científicos disponíveis.

Com função eminentemente preventiva e de caráter coletivo, sua atuação engloba produtos, serviços e ambientes que podem de alguma forma, trazer riscos e danos à saúde.

2.1.3.3.2. Vigilância Epidemiológica

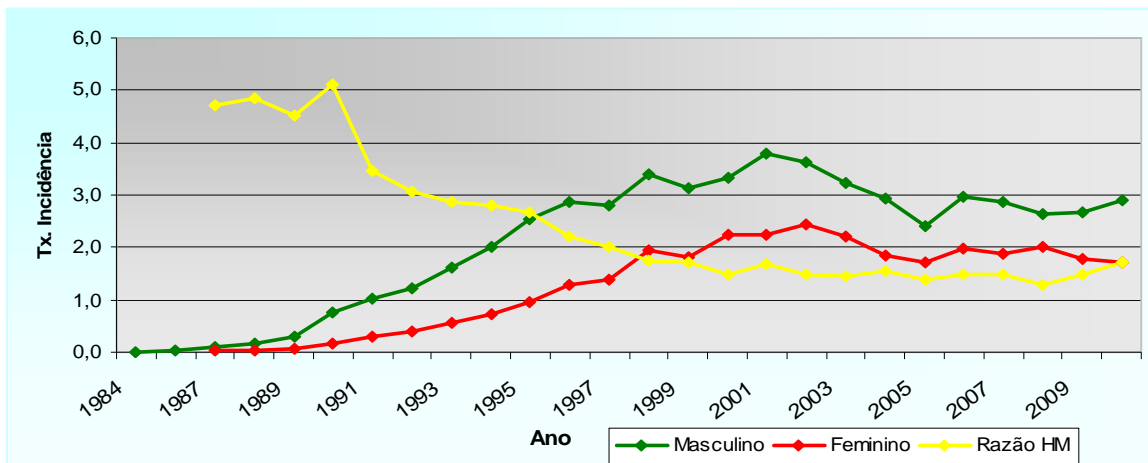
2.1.3.3.2.1. DST/AIDS

A epidemia de AIDS no Brasil está num processo de estabilização, embora em patamares elevados, tendo sido verificada em 2010 uma taxa de 23,6 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.

O Estado registra taxa de incidência da doença superior à do Brasil, praticamente desde o início da epidemia, em 1984. A razão de masculinidade, entre adultos, é de 1,7 homens para cada mulher. Apresenta crescimento gradual das taxas de incidência até o ano de 2001 para ambos os sexos e queda até o ano de 2006 (figura 33). A partir desse ano, houve ligeiro aumento nas taxas de incidência entre o público masculino, com oscilações ao longo dos anos, até 2010. Já entre as mulheres nota-se certa estabilidade de 2006 em diante.

No decorrer dos anos observa-se um aumento significativo do número de casos em mulheres até o ano 2002 quando passa a declinar com tendência a estabilidade. Situação semelhante é observada também entre os homens, no entanto a razão entre homem/mulher diminuiu de 4,8 homens para cada 1 mulher (1987) para atualmente quase 1 caso em homem para cada 1 mulher (2008). Uma das hipóteses para o aumento dos casos em mulheres pode estar relacionada à heterossexualização da epidemia.

Figura 32: Taxa de incidência de AIDS (por 10.000 hab.) segundo sexo e razão de masculinidade, Santa Catarina, 1984- 2010.



Fonte: GE-DST/AIDS/SINAN/DIVE/SES/SC -

No princípio dos anos 90 apenas duas regiões registravam taxa de incidência acima de 10 casos por 100.000 habitantes (Grande Florianópolis e Vale do Itajaí). Passados 10 anos torna-se nítida a interiorização da epidemia, com 77% das macrorregiões apresentando taxas de incidência entre 13 e 46 casos/100.000 habitantes. A macrorregional Foz do Rio Itajaí permanece, ao longo dos anos, com a maior taxa de incidência quando comparada às demais macrorregiões. No último ranking feito pelo Ministério da Saúde, em que foram elencados os 100 municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes e com as maiores taxas de incidência, tem-se a presença de 17 municípios catarinenses, sendo que Itajaí ocupa o 7º lugar no referido ranking.

Observa-se que as taxas de incidência, segundo macrorregional de residência e ano de diagnóstico, apresentam variações de acordo com a capacidade instalada de serviços, principalmente nas regiões da Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis e Nordeste; ao contrário do Planalto Norte, que possui serviços especializados e, no entanto desde 2007, não tem apresentado variações no número de casos diagnosticados, levando a questionar a taxa de detecção da doença. Em relação ao Planalto Serrano houve aumento, podendo refletir as falhas da prevenção primária e positiva (tabela 27).

Analisando a taxa de incidência, segundo sexo por macrorregião, identifica-se dois fatos citados no decorrer da história da doença, sendo estes a heterossexualização e a feminização da epidemia. No período de 2004 a 2009 foram marcados pelo declínio nas taxas das macrorregiões da Foz do Rio Itajaí e Grande Florianópolis para ambos os sexos. Na macrorregião Nordeste o

declínio ocorreu somente no sexo masculino. Quanto às outras macrorregiões houve aumento nas taxas, apresentando maior expressão no Planalto Serrano e Extremo Oeste.

Tabela 27: Taxa de incidência de Aids/100.000 hab. (adultos e crianças), segundo macrorregional de residência e sexo, Santa Catarina, 2004 a 2010.

Macrorregião	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Extremo Oeste	7,01	5,31	7,84	8,79	12,45	12,27	15,07	10,45	15,12	14,86	7,93	6,29	8,20	5,47
Meio Oeste	8,15	5,14	6,31	6,04	8,87	6,30	8,42	5,92	10,41	8,86	13,71	12,89	7,35	9,50
Vale do Itajaí	26,53	16,43	24,73	15,98	28,90	21,27	30,93	16,55	27,08	18,58	31,64	16,61	21,18	16,61
Foz do Rio Itajaí	64,80	40,40	52,02	38,89	50,11	27,61	59,16	45,19	60,12	36,36	59,71	32,90	51,75	28,31
Grande Florianópolis	47,59	33,15	37,88	23,90	53,28	33,21	41,04	24,44	37,89	28,11	46,76	26,95	46,76	20,88
Sul	31,61	25,23	24,35	19,33	27,42	24,24	32,52	21,87	31,83	25,73	35,42	25,73	36,32	29,27
Nordeste	43,04	22,61	31,62	22,13	41,99	24,85	36,90	24,73	36,02	21,93	40,61	24,98	44,96	20,41
Planalto Norte	7,47	2,90	7,86	3,40	11,67	7,29	5,48	6,67	8,80	5,02	7,64	6,65	6,00	6,09
Planalto Serrano	7,54	3,38	9,47	4,67	12,11	11,26	16,67	16,51	15,36	24,51	28,60	23,76	13,30	9,90
Santa Catarina	29,69	19,45	24,40	17,42	30,63	21,00	29,70	19,95	28,82	21,41	32,21	20,53	29,48	17,80

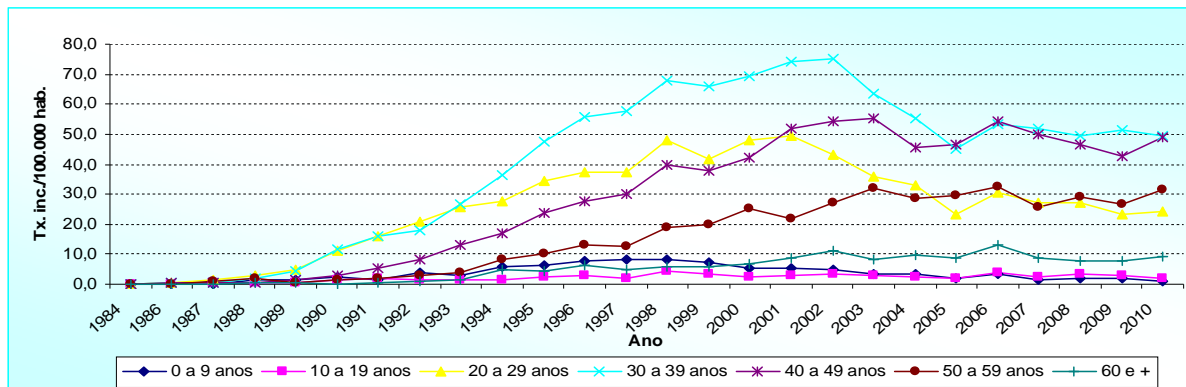
Fonte: GE-DST/AIDS/SINAN/DIVE/SES/SC

A faixa etária de 10 a 19 anos, mantém-se estável, com tendência a redução, principalmente após 2003, com a consolidação do programa de saúde e prevenção nas escolas, que trabalha o tema “saúde sexual a reprodutiva”.

A faixa etária de 20 a 49 anos compreende a população sexualmente ativa e responde por 84,5% do total de casos notificados. Até o ano de 1994 predominava a faixa etária de 20 a 29, sendo superada, então, pelo grupo etário de 30 a 39 anos que permaneceu em ascensão até o ano de 2002.

A partir de 1994, vem crescendo o número de casos em pessoas acima de 50 anos, sendo que uma destas hipóteses é a produção de novas drogas que possibilitam o tratamento da impotência sexual e as inovações na área da reposição hormonal (figura 33).

Figura 33: Taxa de incidência de AIDS segundo faixa etária e ano de diagnóstico, Santa Catarina, 1984-2010.



Fonte: GE-DST/AIDS/SINAN/DIVE/SES/SC

A tabela 28 demonstra a avaliação do estado com relação às macrorregiões, apontando a Foz do Rio Itajaí, como a de maior incidência média anual dos casos de AIDS (adulto +criança) segundo faixa etária. Acompanha o perfil da epidemia com o deslocamento para a faixa de 30 a 39 anos e o aumento na população acima de 50 anos. Outro fato a se observar é a taxa de incidência média anual na população menor de 5 anos. Segundo a pactuação da Programação Anual de Vigilância em Saúde (PAVS) de 2010 a meta proposta é de $\leq 3,2$. Três macrorregiões (Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis e Sul) estão acima do esperado e o Nordeste e o Planalto Serrano estão no limite, necessitando de maiores ações na prevenção da transmissão vertical.

Tabela 28: Incidência média anual (2004 a 2010) de AIDS (por 100.000 hab.) segundo faixa etária e macrorregião, Santa Catarina.

Macrorregional	2004 a 2010							
	<5	5 a 12	13 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e +
Extremo Oeste	1,7	1,9	2,0	13,5	21,0	17,5	14,2	3,9
Meio Oeste	1,9	3,4	1,3	10,3	20,1	16,0	9,6	2,8
Vale do Itajaí	1,8	2,0	2,2	29,3	47,2	40,4	28,8	8,5
Foz do Rio Itajaí	9,8	2,8	6,3	51,2	102,2	93,2	55,1	21,0
Grande Florianópolis	3,8	2,1	4,2	37,0	76,5	72,0	45,7	15,6
Sul	4,4	2,4	3,2	30,5	59,8	59,3	34,1	10,7
Nordeste	3,1	0,9	2,7	35,9	60,1	69,3	43,7	13,4
Planalto Norte	3,1	1,8	1,8	8,7	13,8	13,5	7,9	2,3
Planalto Serrano	0,0	2,2	2,9	14,0	32,5	33,5	18,2	3,9
Santa Catarina	3,4	2,1	3,0	28,1	52,6	50,4	31,3	9,8

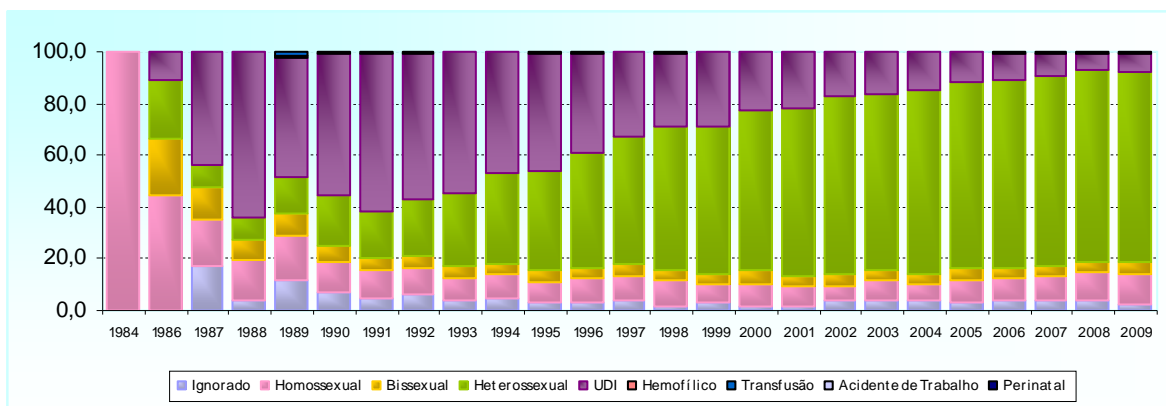
Fonte: GE-DST/AIDS/SINAN/DIVE/SES/SC

Ao contrário do ocorrido no Brasil e em outros países, onde o vírus HIV estava associado aos homens que fazem sexo com homens (HSH), a categoria homossexual é pouco representativa no estado de Santa Catarina. Somente nos anos de 1984 e 1986 seus casos superaram as demais categorias de exposição.

De 1987 a 1995 caracteriza-se pela transmissão sanguínea, especialmente na subcategoria de usuários de drogas injetáveis (UDI), coincidindo com o processo de pauperização e interiorização da epidemia. Em 1995 alcançou o percentual de 45,8% entre os casos notificados. Sua redução passa a ser acentuada somente após o ano de 2005.

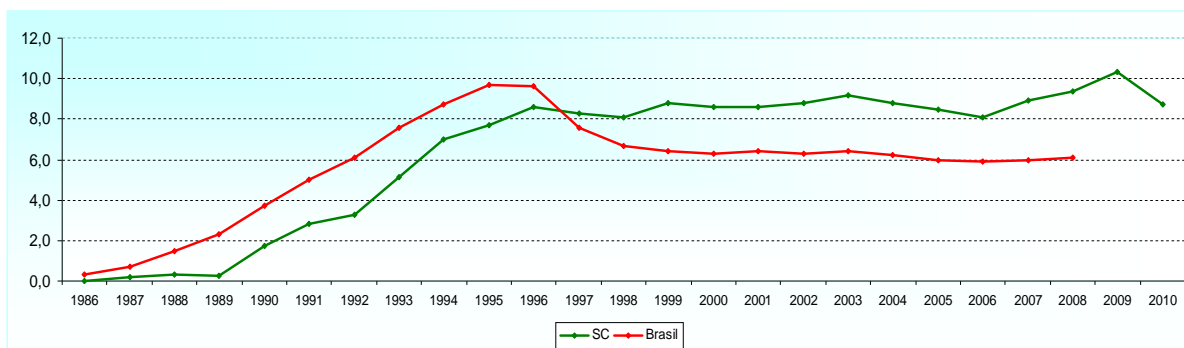
De 1996 até os dias atuais a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV (heterossexualização da epidemia) e vem apresentando maior tendência de crescimento com o passar dos anos, acompanhada de uma expressiva participação das mulheres na dinâmica da epidemia. Em 2008 atingiu seu maior percentual (74,2%) desde então. Entretanto, acredita-se que o número de indivíduos bissexuais esteja subestimado, contribuindo assim, no aumento dos casos entre os heterossexuais (figura 34).

Figura 34: Distribuição percentual de casos de AIDS adulto segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, Santa Catarina, 1984-2009.



Fonte: GE-DST/AIDS/SINAN/DIVE/SES/SC

Figura 35: Taxa de mortalidade por Aids, Brasil e Santa Catarina, 1986-2010



Fonte: GE-DST/AIDS/SINAN/DIVE/SES/SC

As transformações do perfil de morbimortalidade da população, resultantes da transição epidemiológica, fizeram com que a AIDS assumisse papel importante como causa de morte. Em 2004, a AIDS foi a 11ª causa de morte em Santa Catarina e a 5ª na faixa etária de 20 a 49 anos, sendo necessário conhecer melhor as características epidemiológicas da doença no Estado para enfrentá-la com maior eficácia.

O valor máximo da taxa de mortalidade por AIDS no estado deu-se em 2009, ano em que ocorreram 130 óbitos, sendo que casos eram crianças. A taxa de mortalidade neste ano foi de 12,7/100.000 hab. e a taxa de letalidade foi de 40,4%.

A análise da mortalidade segundo local de residência mostra que a macrorregião mais atingida é a Foz do Rio Itajaí, seguida por Florianópolis. As macrorregiões com menor taxa de mortalidade são: Planalto Norte seguido pelo Meio-Oeste e Extremo-Oeste, evidenciando o caráter litorâneo da epidemia. Embora as taxas de mortalidade do Extremo Oeste e Meio Oeste estejam em patamares inferiores as demais, têm apresentado aumento nos últimos 05 anos (tabela 29).

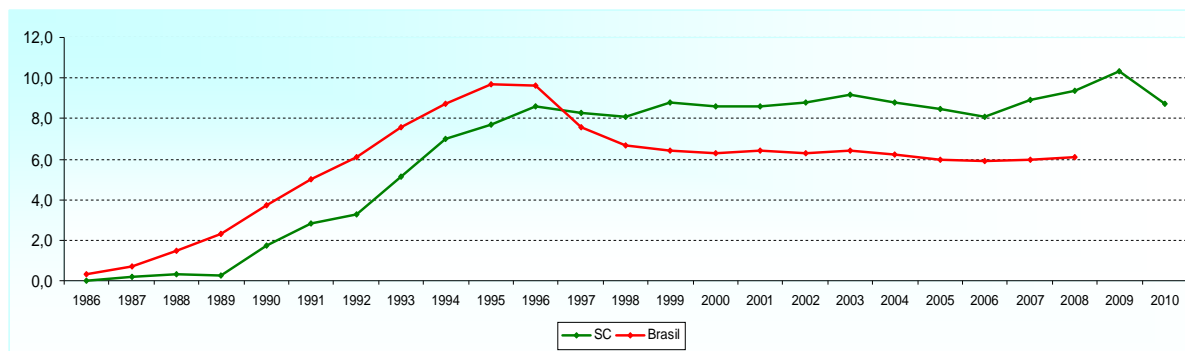
Tabela 29: Taxa de mortalidade por AIDS segundo Macrorregiões e ano de diagnóstico, Santa Catarina, 2004 a 2010.

Macrorregional	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Extremo Oeste	2,64	2,48	3,05	4,5	4,26	4,1	4,24
Meio Oeste	3,07	2,84	2,31	2,61	2,71	4,04	3,7
Vale do Itajaí	6,88	5,89	7,39	7,16	8,45	7,09	7,35
Foz do Rio Itajaí	21,6	17,8	19,35	16,81	21,71	25,36	16,39
Grande Florianópolis	13,79	14,14	12,61	13,26	13,92	15,35	13,35
Sul	10,09	8,68	8,34	8,79	10,6	11,07	9,84
Nordeste	10,24	9,8	7,62	10,59	8,8	11,44	9,76
Planalto Norte	1,15	3,67	2,23	3,86	3,88	2,75	1,37
Planalto Serrano	5,1	8,73	7,01	8,63	4,99	7,62	6,29
Estado	8,83	8,56	8,12	8,89	9,38	10,39	8,74

Fonte: GE-DST/AIDS/SINAN/DIVE/SES/SC

A tendência ascendente verificada na taxa de mortalidade por AIDS em Santa Catarina é diferente do comportamento observado no Brasil. 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, com sutis oscilações (± 8 óbitos por 100.000 habitantes) (Figura 36).

Figura 36: Taxa de mortalidade por Aids, Brasil e Santa Catarina, 1986-2010.



Fonte: GE-DST/AIDS/SINAN/DIVE/SES/SC

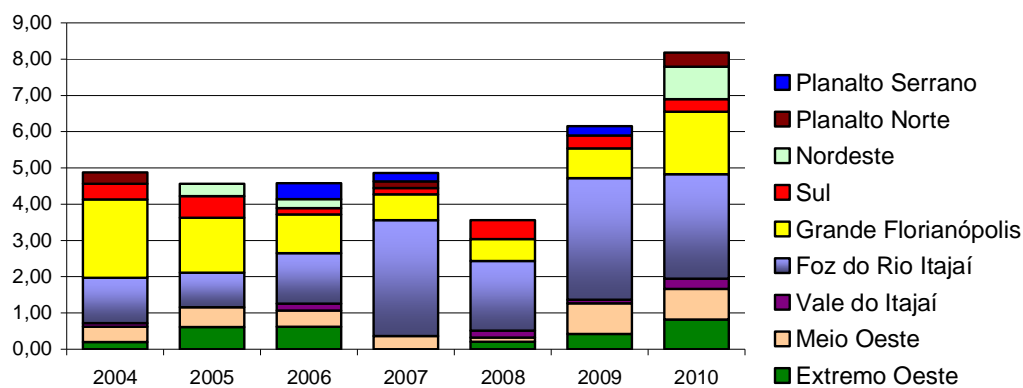
O diagnóstico tardio, a resistência dos pacientes aos antirretrovirais, falhas no atendimento, dificuldades de adesão além do tratamento inadequado de co-infecções como

hepatite e tuberculose contribuem na mortalidade. Por isso é imprescindível a ampliação da oferta do diagnóstico a população, possibilitando cuidados específicos o mais cedo possível.

2.1.3.3.2. Sífilis Congênita

O Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, publicado no de 2007 em todo território nacional, tem como objetivo geral: Reduzir a transmissão Vertical da sífilis com vistas à eliminação da Sífilis Congênita até 2011.

Figura 37: Taxa de incidência dos casos confirmados de sífilis congênita, segundo macrorregionais e ano de notificação, Santa Catarina, 2004 a 2010.



Fonte: GE-DST/AIDS/SINAN/DIVE/SES/SC

Analisando a figura 37, percebe-se o declínio das taxas de sífilis congênita no período de 2006 a 2008, com exceção da Foz do Rio Itajaí, que apresentou a queda somente no ano de 2008. Uma das hipóteses para esta redução no período está relacionada à mudança da plataforma do SINAN-W para SINAN-Net, quando não houve possibilidade de inclusão de casos novos, situação somente resolvida no final do ano de 2008, e que sem dúvida implicou em um menor número de casos identificados.

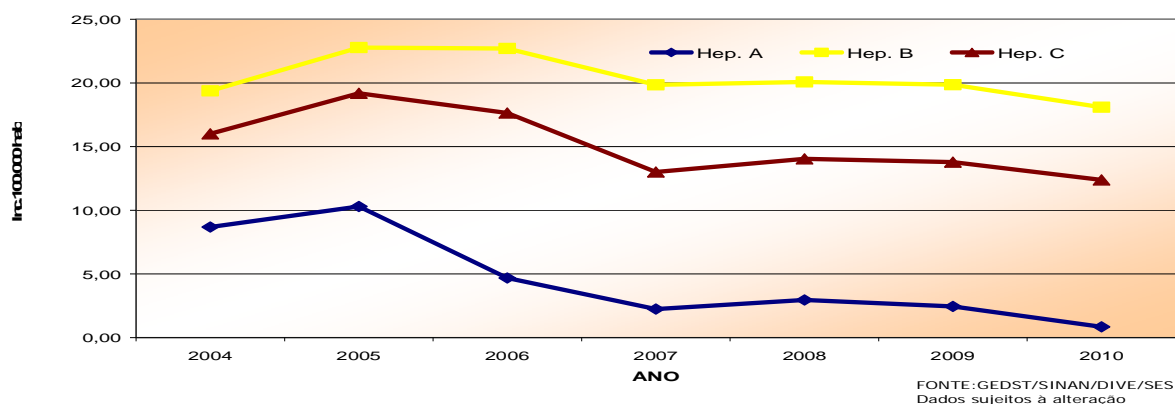
A partir de 2008, à medida que vem melhorando a captação dos casos de sífilis congênita, principalmente pelo aumento da oferta de diagnóstico e tratamento na rede pública, não só nas maternidades com captação através da testagem rápida no momento do parto, mais principalmente pela melhoria na assistência pré-natal ofertada pela rede de atenção básica dos municípios.

2.1.3.3.2.3. Hepatites Virais

As hepatites virais vem se destacando nas últimas décadas como um problema mundial de saúde pública, especialmente a partir dos anos 80, quando passaram a ser melhor estudadas e avaliadas do ponto de vista do impacto econômico .

A redução ocorrida na notificação dos casos confirmados de hepatite viral nos últimos 3 anos, traduz o trabalho pontual ocorrido no ano de 2005 através de uma campanha a nível nacional, mantendo estabilidade após este período. Uma estratégia foi atrelar a notificação às solicitações de exames sorológicos, biologia molecular e medicação (Figura 38).

Figura 38: Incidência / 100.000 hab. dos casos confirmados de hepatite viral, segundo agente etiológico, Santa Catarina, 2004 a 2010.



Os diagnósticos de Hepatite B e C tiveram distribuição diferenciada segundo região entre 2006 a 2010. A prevalência de hepatite B encontra-se no oeste catarinense, com relevância nas SDRs de Chapecó, São Miguel do Oeste e Concórdia. Observa-se que a macrorregião Nordeste, vem aumentando sua taxa de detecção para hepatite B, importante ressaltar que, a região absorveu uma grande população oriunda do oeste paranaense, uma área também caracterizada como endêmica para hepatite B, ao contrário da macrorregião da Foz do Rio Itajaí que apesar de apresentar alta incidência de AIDS em adultos no Estado, expressa baixa detecção do vírus B. (Tabela 30).

Tabela 30: Coeficiente de incidência de hepatite B e C, segundo Macrorregiões de Saúde, Santa Catarina, 2006 a 2010.

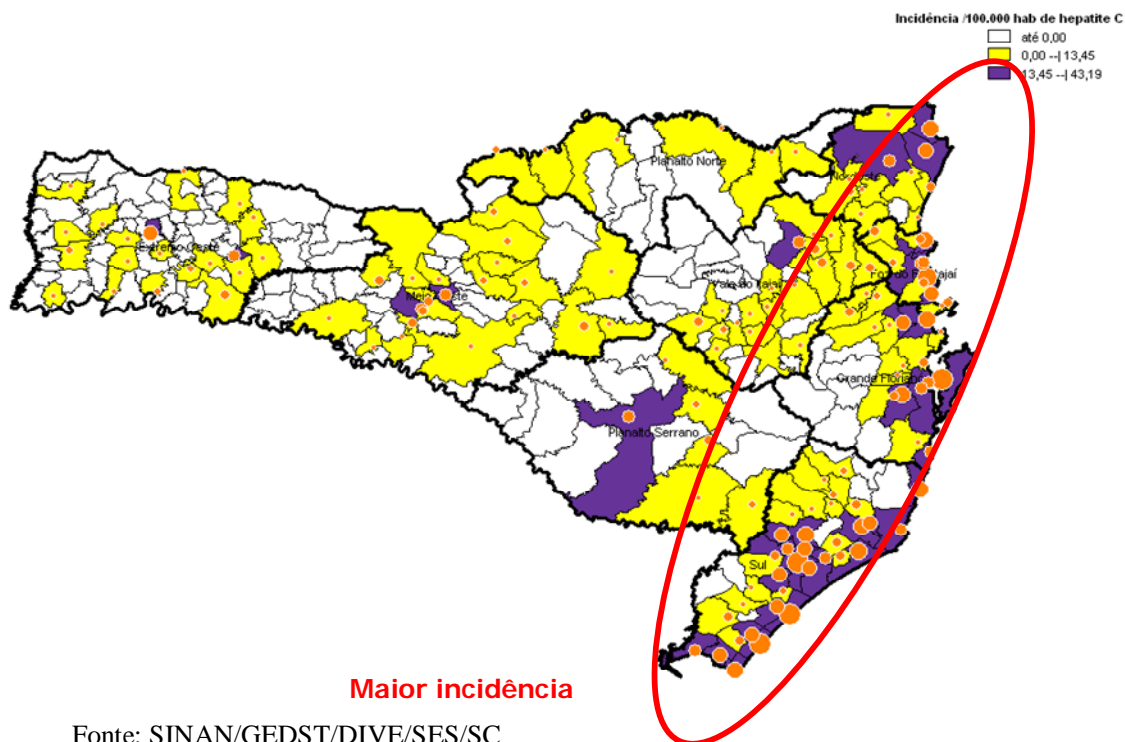
Macrorregiões	2006		2007		2008		2009		2010	
	Hep.B	Hep.C	Hep.B	Hep.C	Hep.B	Hep.C	Hep.B	Hep.C	Hep.B	Hep.C
Extremo Oeste	67,77	3,49	57,43	2,61	65,89	3,85	60,55	5,60	54,81	3,01
Meio Oeste	30,53	4,62	31,34	4,57	23,84	4,23	25,42	5,05	31,32	5,72
Vale do Itajaí	15,17	9,37	10,28	9,37	10,63	8,45	9,75	6,08	5,07	4,31
Foz do Rio Itajaí	18,73	19,56	14,81	19,22	10,76	18,93	15,61	23,41	10,14	17,95
Grande Florianópolis	17,13	33,12	13,08	22,75	14,85	25,91	14,26	22,16	13,35	26,06
Sul	15,45	35,07	12,80	25,15	13,53	24,36	11,29	21,14	10,51	18,68
Nordeste	19,91	15,12	17,21	10,83	13,32	12,83	17,95	15,78	16,75	14,58
Planalto Norte	3,63	2,51	2,76	0,83	1,66	2,49	1,65	1,92	3,57	1,37
Planalto Serrano	4,34	12,68	0,66	3,32	0,67	8,98	0,99	10,93	3,64	14,91
ESTADO	22,89	17,64	19,06	13,06	19,08	14,08	19,07	13,78	17,70	13,19

Fonte: GEDST/SINAN/DIVE/SES

Para os casos de hepatite C, o sul do estado mantém as maiores incidências. Foi a região que primeiro iniciou a maior parte dos tratamentos, seguida da Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí. Pode-se inferir que o destaque dessas regiões esteja relacionado à estruturação dos serviços com mais recursos para diagnóstico e acompanhamento, que facilitaram a detecção de casos e à sensibilização dos profissionais para a notificação.

A maioria dos casos distribuídos no restante do Estado foi diagnosticada e são tratados nestas estruturas da região litorânea. O maior desafio é a descentralização da oferta destes serviços para o interior do Estado. Os círculos em vermelho apontam à proporção das taxas de incidência nos diversos municípios (Figura 39).

Figura 39: Distribuição espacial da média de incidências de hepatite C, segundo municípios nas respectivas macrorregiões, Santa Catarina, 2006 a 2010.



Fonte: SINAN/GEDST/DIVE/SES/SC

O aumento na taxa de letalidade demonstra que os casos quando descobertos se apresentam nas formas mais graves, o que leva a um coeficiente de mortalidade elevado.

Tabela 31: Coeficiente de mortalidade e taxas de letalidade e internação das hepatites virais, Santa Catarina 2004 a 2010.

Ano	Coef. Mortalidade/ 100.000 hab.	Taxa Letalidade (%)	Taxa Internação (%)
2004	5,77	12,91	18,23
2005	5,28	9,95	15,63
2006	5,12	11,18	14,66
2007	5,17	14,56	18,79
2008	5,75	15,34	14,63
2009	5,79	15,87	15,07
2010	5,9	14,86	13,01

Fonte: GEDST/SINAN/DIVE/SES

A análise da mortalidade segundo local de residência mostra que a macrorregião do Planalto Serrano teve a maior incidência do período em 2004, seguida da região sul que mantém

as maiores taxas durante o período avaliado. A macrorregião com menor taxa de mortalidade é o Extremo-Oeste, apesar da endemicidade do vírus B, porém o vírus C apresenta maior letalidade, evidenciando o caráter litorâneo da epidemia. (tabela 32).

Tabela 32: Coeficiente de mortalidade, segundo macrorregião de saúde das hepatites virais, Santa Catarina 2004 a 2010.

Macrorregionais	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Extremo Oeste	4,25	4,96	3,78	5,08	6,6	4,51	4,24
Meio Oeste	6,14	4,67	5,28	5,22	4,73	5,05	4,88
Vale do Itajaí	4,68	5,49	5,28	4,95	6,15	5,7	8,49
Foz do Rio Itajaí	5,85	4,24	4,74	5,4	6,77	4,49	5,07
Grande Florianópolis	5,84	4,52	5,46	4,7	5,53	4,99	6,63
Sul	6,69	6,4	7,1	7,01	6,09	8,28	6,71
Nordeste	3,94	5,53	3,44	4,57	3,91	6,14	5,3
Planalto Norte	3,46	5,93	3,63	4,97	4,16	5,77	5,77
Planalto Serrano	11,56	4,37	5,67	2,32	7,98	4,64	4,97

Fonte: GEDST/SINAN/DIVE/SES

Dados sobre vacinação contra hepatite B em pacientes portadores de HIV, demonstram que: 58,6% dos casos notificados não informavam situação vacinal, destes, 54,0% apresentavam o perfil sorológico HBsAg /Anti-HBs/AntiHBc total negativo ou não realizado, significando uma população suscetível ao vírus B, tal fato implica na adoção de medidas efetivas de vacinação ao cidadão que vive com HIV/AIDS.

O diagnóstico tardio, falhas no atendimento, protocolos clínicos desatualizados, além da coinfeção com HIV/AIDS contribuem na mortalidade. Por isso é imprescindível a ampliação da oferta do diagnóstico à população, possibilitando cuidados específicos o mais cedo possível.

A infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) vem se tornando um agravo importante na saúde do portador do vírus HIV com a piora significativa no prognóstico, devido à insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular. Frente a esta situação, determinar a prevalência da co-infecção HIV/HCV é de extrema importância.

Os dados confirmam a alta prevalência da hepatite C em pacientes com HIV em Santa Catarina, principalmente na macrorregião da Grande Florianópolis, demonstrando a necessidade da sorologia para o HCV de rotina em todos os pacientes portadores do HIV.

Tabela 33: Incidência/100.000 hab. de pacientes coinfectados com HIV e vírus da hepatite B e C segundo macrorregional, Santa Catarina, 2007 a 2010.

Macrorregional	2007	2008	2009	2010
Extremo Oeste	0,87	0,96	0,96	0,14
Meio Oeste	0,16	1,01	0,51	2,36
Vale do Itajaí	2,08	1,28	0,76	0,38
Foz do Rio Itajaí	3,00	4,78	6,24	3,90
Grande Florianópolis	8,01	7,65	7,35	7,81
Sul	6,34	4,29	2,91	2,46
Nordeste	4,09	4,28	4,46	4,22
Planalto Norte	0,00	0,28	0,00	0,00
Planalto Serrano	0,33	1,00	2,65	2,98
Santa Catarina	3,59	3,42	3,27	3,11

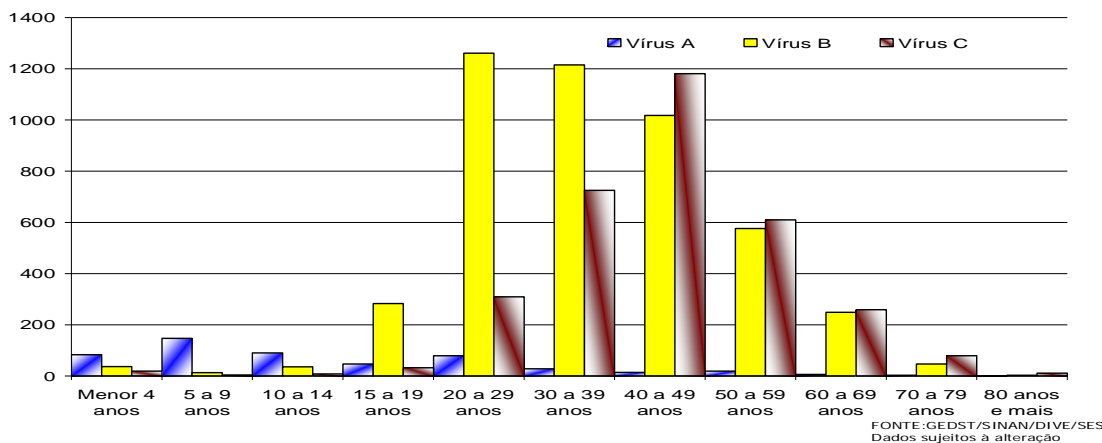
Fonte: GEDST/SINAN/DIVE/SES

Dados sujeitos à alteração

Apesar da taxa de incidência da hepatite C ser maior na macrorregião Sul, quando se trata de coinfeção temos uma mudança do panorama para a macrorregião da Grande Florianópolis, ponto a ser discutido visto que as maiores incidências de AIDS se concentram nas macrorregiões da Foz do Rio Itajaí e Vale do Itajaí.

As faixas etárias mais acometidas pelas hepatites virais variam de acordo com o agente etiológico, seguindo o referenciado pela literatura é: entre 15 a 49 anos para hepatite B, entre 39 a 59 anos para hepatite C e os menores de 14 anos para hepatite A.(Figura 40)

Figura 40: Casos confirmados de hepatite viral, segundo faixa etária e agente etiológico, Santa Catarina, 2006 a 2010.

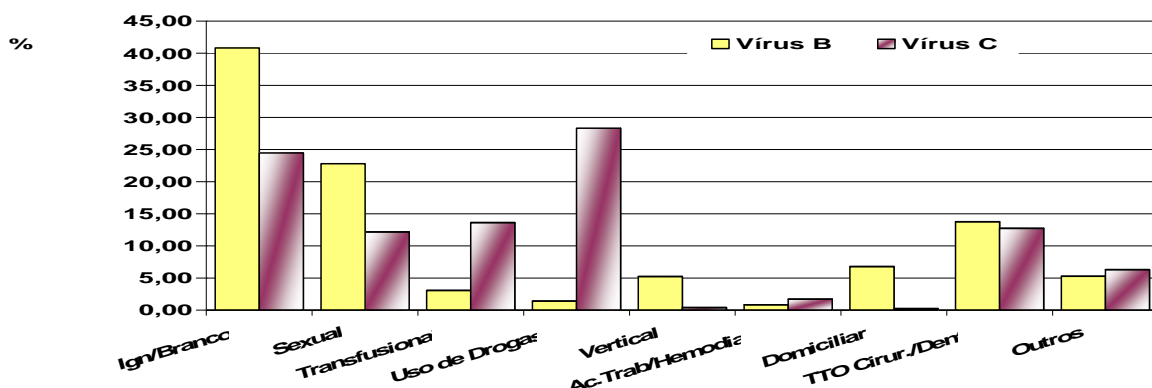


Fonte: GEDST/SINAN/DIVE/SES

Avaliando-se os casos de hepatite viral onde é possível obter a informação da fonte de infecção, detectamos ser a via sexual (23%) a causa principal nas infecções pelo vírus B e o uso de drogas injetáveis como risco para os portadores do vírus C (28%). As outras fontes citadas se diferenciam através do agente etiológico. A fonte ignorado/branco, não demonstra necessariamente a fragilidade da investigação epidemiológica, mas por ser um agravo que identifica o comportamento social e/ou sexual de um grupo, torna esta variável muito controversa (Figura 41).

Um aspecto na feminização das hepatites B/C tem haver com o uso de materiais perfurocortantes, utilizados por manicures e podólogos, na colocação de piercing ou realização de tatuagens, sem a esterilização, adequada, tornam estes procedimentos importantes mecanismos de transmissão da doença.

Figura 41: Casos confirmados de hepatite viral, segundo provável fonte de infecção e agente etiológico, Santa Catarina, 2006 a 2010.



Fonte: GEDST/SINAN/DIVE/SES

Dados sujeitos à alteração

Em termos de vigilância das hepatites virais, a notificação da hepatite A vem decrescendo com o passar dos anos, podemos traduzir pela melhoria da qualidade no saneamento básico ou descaso por parte dos profissionais em suspeitar deste agravo, que na maioria das vezes confunde-se com virose ou mais atualmente com o surto de rotavírus, casos em que não é solicitado uma sorologia para diagnóstico diferencial. .

Para a análise dos dados é importante elencar alguns indicadores que permitam avaliar o desempenho da vigilância epidemiológica e fazer o seu acompanhamento, incluindo os indicadores pertencentes à PAVS e ao Pacto pela Vida. A escolha dos indicadores levou em consideração a característica do agravo. Desta forma, foram considerados os seguintes indicadores de vigilância: investigação oportuna, encerramento oportuno, casos de hepatite B e C

confirmados por sorologia, cobertura vacinal contra hepatite B em menores de 1 ano (figura 42) e na população de 1 a 19 anos (figura 43), que para os próximos anos será expandida até 29 anos.

Observa-se que a cobertura vacinal contra hepatite B na população menor de 20 anos não vem alcançando a meta proposta de 95%, lembrando que até 2012 a faixa etária será ampliada até 29 anos, desta forma é importante a intensificação das ações de imunização, na busca ativa de faltosos, oferta da vacina em escolas, empresas, caminhoneiros, setor de beleza e populações mais vulneráveis.

Figura 42: Distribuição espacial das coberturas contra hepatite B na população menor de 1 ano, segundo macrorregião, Santa Catarina, 2010.

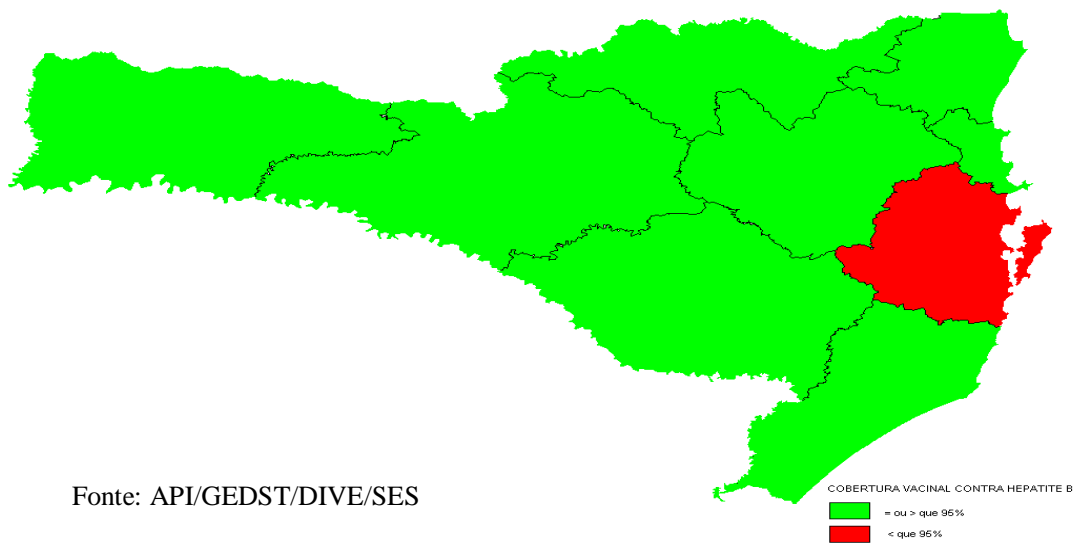
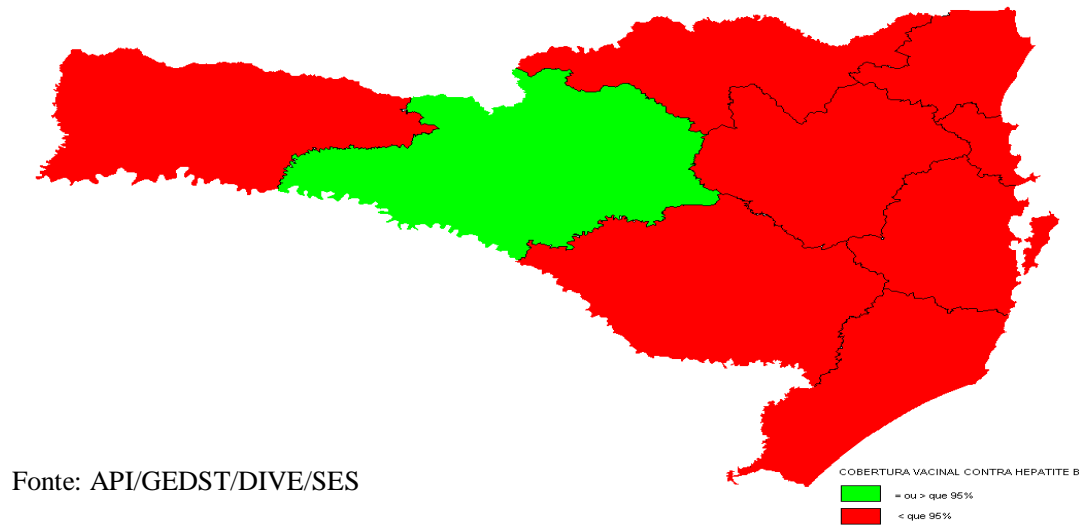


Figura 43: Distribuição espacial das coberturas contra hepatite B na população de 1 a 19 anos, por macrorregião, Santa Catarina, 2010.



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. Necessário que se estabeleça credenciamento desse procedimento em cada macrorregião do Estado.

2.1.3.3.2.4. Tuberculose

É prioridade detectar e curar todos os doentes possíveis, controlar o aumento da transmissão da tuberculose pela infecção HIV e aumentar a adesão ao tratamento prevenindo o aparecimento de casos resistentes.

Santa Catarina sempre esteve entre os estados com baixas taxas de incidência em tuberculose (27/100.000 hab.), porém nos últimos anos as taxas vem se mantendo praticamente estáveis com redução de 0,2% ao ano em contraste com o declínio apresentado na incidência do Brasil que é de 1,4%. Isto pode estar relacionado a situações de caráter social ligadas ao índice elevado de casos soropositivos para HIV, co-infecção TB/HIV/Aids, aumento do uso de drogas ilícitas, migração de populações empobrecidas de outros estados e altíssima incidência da doença na população carcerária do estado (1.100/100.000 habitantes).

Observamos na Tabela 34, que as macrorregiões têm taxas de incidência bem distintas, destacando as regiões da Grande Florianópolis e de Itajaí, indicando que os riscos para aumento da tuberculose têm relação direta com a urbanização, aglomeração, pauperização e convivência prolongada dos indivíduos. Outro fator importante que mantém a incidência alta nestas regiões é o alto percentual de casos com co-infecção TB/HIV/Aids.

Tabela 34: Taxa de Incidência Tuberculose Todas as Formas, por Macrorregião em Santa Catarina, período de 2006 a 2009.

Macrorregiões	2006	2007	2008	2009
Extremo Oeste	8,3	8,4	8,8	7,8
Meio Oeste	14,7	12,2	12,2	10,1
Vale do Itajaí	13,9	17,7	17,9	18,1
Foz do Rio Itajaí	71,4	65,9	68,5	77,3
Grande Florianópolis	36,5	33,8	40,2	40,0
Sul	24,4	27,2	28,4	30,4
Nordeste	36,4	34,2	34,7	27,8
Planalto Norte	15,9	21,0	20,5	16,8
Planalto Serrano	9,3	14,6	17,3	13,3
Santa Catarina	26,6	26,7	28,4	27,8

Fonte: GEVRA/SINAN/DIVE/SES

O Estado também apresenta uma das menores Taxas de Mortalidade por tuberculose do país, atingindo no período de 2006 a 2009 uma taxa de 0,9/100.000 habitantes, com tendência a redução. Acreditamos que reflete o acesso, a melhoria do diagnóstico e atendimento aos casos. As regiões com maior mortalidade por tuberculose são: Planalto Norte, Foz do Rio Itajaí e Grande Florianópolis (Tabela 35).

Tabela 35: Taxa de Mortalidade por tuberculose, conforme macrorregião de saúde, em Santa Catarina, no período de 2006 a 2009.

Macrorregião	2006	2007	2008	2009
Extremo Oeste	0,29	0,15	0	0,55
Foz do Rio Itajaí	1,65	1,4	1,59	1,76
Grande Florianópolis	1,04	0,64	1,11	1,18
Meio Oeste	0,66	0,82	1,18	0,51
Nordeste	1,11	0,96	0,73	1,08
Planalto Norte	1,67	0,83	1,66	2,47
Planalto Serrano	1,00	0,33	1,66	0,33
Sul	0,45	1,11	1,24	0,78
Vale do Itajaí	0,92	0,39	0,51	0,76
Santa Catarina	0,91	0,74	0,97	0,99

Fonte: GEVRA/SINAN/DIVE/SES

O percentual de co-infecção TB/HIV/AIDS aumentou de 19% em 2006 para 21,6 em 2009, mostrando uma tendência de acréscimo quando se avalia a série histórica dos últimos anos (Tabela 36). Esse índice é considerado alto pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose e requer uma atenção especial e urgente, reforçando a necessidade de ampliação da realização de medidas de prevenção como o Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb) para os casos soropositivos.

Tabela 36: Proporção da co-infecção TB/HIV/AIDS, Santa Catarina, período de 2006 a 2009.

Macrorregião de Saúde	2006	2007	2008	2009
Extremo Oeste	5,3	10,3	7,6	5,3
Foz do Rio Itajaí	10,1	2,7	10,8	8,3
Grande Florianópolis	14,2	12,6	12,2	25,2
Meio Oeste	22,7	21,7	25,1	23,5
Nordeste	26,3	24,7	28,7	30,2
Planalto Norte	18,1	24,1	19,4	19,1
Planalto Serrano	15,9	15,1	14,8	13,4
Sul	10,5	9,2	9,5	0,0
Vale do Itajaí	7,4	25,0	34,0	35,0
Santa Catarina	19,1	19,0	20,8	21,6

Fonte: GEVRA/SINAN/DIVE/SES

Outro problema enfrentado é a gravidade da tuberculose multirresistente (TBMR) que é demonstrada pelas conseqüências, ou seja, alta mortalidade, tratamento difícil e prolongado, risco elevado de transmissão, maior dificuldade da cura, alto custo, entre outros.

O Estado apresenta um perfil diferenciado, em relação ao Brasil, com maior percentual de resistência em casos co-infectados (TB/HIV/Aids), usuários de drogas e população carcerária.

As ações e implantação do Programa de Controle da Tuberculose devem ser obrigatórias e ainda encontramos algumas regiões onde municípios não priorizam as ações de prevenção ou combate ao agravo. Sabemos que a ocorrência da tuberculose está diretamente ligada a qualidade de vida e a alta incidência nos mostram de certa forma, dificuldades ou deficiências nos serviços de saúde prestados a população local.

De acordo com o Pacto pela Saúde, todos os municípios deveriam realizar ações de controle da tuberculose, como curar pelo menos 85% dos casos descobertos. Dos 293 municípios, 280 (96%) tem o Programa de Controle da Tuberculose implantado, representando um incremento de 5,5% em relação à cobertura de 2004.

O percentual de abandono do tratamento da tuberculose apresenta um leve declínio nos últimos anos, conforme Tabela 37 Chamamos a atenção para o aumento do abandono nas macrorregiões da Grande Florianópolis., enquanto as demais apresentaram redução do indicador no ano de 2009. A meta é chegar a 5%, considerado como limite suportável para o controle da doença, sendo que cinco macrorregiões estão acima deste limite.

Tabela 37: Percentual de abandono dos casos novos de tuberculose por ano diagnóstico, Santa Catarina, período de 2006 a 2009.

Macrorregião de Saúde	2006	2007	2008	2009
Extremo Oeste	1,9	8,8	3,2	0
Foz do Rio Itajaí	3,8	0,0	1,5	3,5
Grande Florianópolis	2,9	2,3	2,2	6,6
Meio Oeste	6,4	11,4	12,0	9,1
Nordeste	9,0	13,4	12,6	9,7
Planalto Norte	2,9	2,6	2,9	2,8
Planalto Serrano	5,2	4,0	9,4	7,3
Sul	5,5	1,4	7,2	6,8
Vale do Itajaí	19,2	7,3	4,3	0
Santa Catarina	6,0	7,2	8,4	7,1

Fonte: GEVRA/SINAN/DIVE/SES

Embora sob controle, a tuberculose está entre as doenças com maiores incidência entre as doenças de notificação compulsória no Estado.

Uma das iniciativas para eliminação da tuberculose como problema de saúde pública foi a implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Este pressupõe uma mudança de

atitude dos profissionais que ao instituir o tratamento passam a compartilhar com o doente a responsabilidade do sucesso do mesmo.

É necessário, para o período de 2012 a 2015, ampliar a capacidade de atuação, firmar compromissos com gestores, população e profissionais de saúde para intensificar esforços, fazer ainda melhor, mais rápido, intensificar as ações já incorporadas na rotina dos serviços para controlar a tuberculose e alcançar nossos objetivos e metas, ou seja, focar num conjunto de ações para diagnóstico precoce e principalmente no acompanhamento e tratamento adequados, visando a cura e interrupção da cadeia de transmissão da doença com a implantação do TDO em todo território catarinense.

2.1.3.3.2.5. Hanseníase – 2006 a 2010

A Hanseníase é uma doença infecto contagiosa, causada pelo Bacilo de Hansen, ou *Mycobacterium Leprae* e não é prevenida por vacinas.

Tem grande potencial para provocar incapacidades físicas e deformidades. É curável quanto mais precocemente diagnosticada e tratada corretamente.

O Brasil continua sendo o 2º país com o maior número de casos novos (37.610 casos). Dos 40.474 casos novos das Américas, 93% são casos notificados no Brasil.

A partir de 2007, a Coordenação Nacional de Hanseníase abandonou o compromisso com a OMS de eliminação da Hanseníase no Brasil e adotou a estratégia de “controle da doença”.

O Estado atingiu a meta de eliminação da hanseníase segundo critério anterior, em 1997 (menos de um doente para 10 mil habitantes) e vem mantendo o controle desde então. Apresenta uma das menores taxas de detecção do Brasil (3,3/100.000 hab. em 2010, dado preliminar), mas a doença continua sendo um grave problema de saúde pública, pois a percentagem de casos com algum grau de incapacidade física instalada, ainda é considerada alta.

No período de 2006 a 2010 foram descobertos em média no Estado, 200 casos novos por ano, a taxa de detecção média foi de 3,4 por 100.000 habitantes. A média do coeficiente de detecção da hanseníase apresentou-se maior nas macrorregiões Planalto Norte e Extremo Oeste e menor nas macrorregiões Sul e Planalto Serrano.

Tabela 38: Coeficiente de detecção da Hanseníase por 100.000 habitantes, por Macrorregião de Saúde, Santa Catarina, 2006 a 2010.

Macrorregiões	2006	2007	2008	2009	2010*
Extremo Oeste	6,1	5,4	6,5	6,7	8,5
Meio Oeste	1,7	1,6	1,9	1,5	2,9
Vale do Itajaí	2,1	1,8	1,9	1,6	1,1
Foz do Rio Itajaí	4,7	7,0	5,0	2,3	1,8
Grande Florianópolis	3,3	3,2	2,9	3,1	3,0
Sul	1,7	1,7	0,8	1,6	1,4
Nordeste	5,4	4,7	5,3	4,9	5,1
Planalto Norte	8,1	7,7	9,4	3,6	5,4
Planalto Serrano	1,3	2,0	0,0	0,7	0,3
Santa Catarina	3,7	3,6	3,5	3,1	3,3

Fonte: SINAN-NET/GEVRA/DIVE/SES (* dados preliminares)

O percentual de abandono de tratamento da hanseníase ficou em 1,2%, o que é interpretado como bom por estar abaixo de 10%. No período de 2006 a 2010 o percentual de cura dos casos novos de Hanseníase foi 90%, ficando acima das metas pactuadas para estes anos.

Os 293 municípios do Estado dispõem de condições técnicas para realizar suspeição diagnóstica, acompanhar o tratamento e fazer o controle de contatos. Os municípios sede das Gerências Regionais de Saúde referendam as situações de suporte e diagnóstico da Hanseníase, bem como, as intercorrências da doença.

A média estadual de percentual de cura de casos novos alcançou o indicador do pacto estabelecido para o ano de 2010.

Tabela 39: Percentual de cura dos casos novos de Hanseníase, por Macrorregião de Saúde, Santa Catarina, 2006 a 2010.

Macrorregiões	2006	2007	2008	2009	2010*
Extremo Oeste	94,4	90,6	96,8	95,0	92,3
Meio Oeste	100,0	88,9	91,7	90,0	77,8
Vale do Itajaí	86,7	94,1	83,3	100,0	100,0
Foz do Rio Itajaí	84,2	93,3	100,0	94,9	94,4
Grande Florianópolis	92,9	100,0	78,1	93,8	70,6
Sul	90,0	87,5	75,0	100,0	100,0
Nordeste	85,1	90,5	95,7	89,3	82,6
Planalto Norte	88,9	93,3	100,0	93,8	90,9
Planalto Serrano	100,0	100,0	100,0	80,0	0,0
Santa Catarina	89,6	92,8	91,6	93,9	87,0

Fonte: SINAN-NET/GEVRA/DIVE/SES (* dados preliminares)

O coeficiente de prevalência da Hanseníase encontrado no período foi de 0,4 por 10.000 habitantes. O grau de incapacidade I e II no diagnóstico nos anos em questão atingiu média percentual de 43%, o que demonstra que ainda existem problemas quanto ao diagnóstico precoce.

2.1.3.3.2.6. Doenças Diarreicas Agudas

Em Santa Catarina, o Monitoramento das Doenças Diarréicas (MDDA) foi implantado em 2000 e tem por objetivos monitorar a ocorrência de casos de Doenças Diarréicas Agudas (DDA), a detecção precoce de surtos e a intensificação das atividades de educação em saúde visando diminuir sua morbidade. Tem por finalidade também, ser o alerta para impedir a entrada de determinadas doenças ou identificar a ocorrência de problemas na cadeia de produção dos alimentos, nos sistemas públicos de abastecimento de água, no meio ambiente e em outras condições de vida que possam provocar danos à saúde da população.

A alteração do perfil epidemiológico das DDA, face ao surgimento de novos agentes etiológico, transmitidos por água e alimentos que apresentam como principal sintoma a diarreia, nem sempre são leves e sem gravidade e podem manifestar-se como importantes e severas síndromes, devido às toxinas potentes e deixando seqüelas ou levando o paciente a óbito. Além disso, o protótipo de surto não é mais necessariamente aquele restrito a uma instituição fechada, mas casos aparentemente isolados, em diferentes cidades, estados ou mesmo países, podem ser componentes de um mesmo surto, decorrente de uma fonte comum de exposição (alimentar e/ou hídrica), que pode passar despercebida, se a investigação epidemiológica não foi capaz de levantar a relação entre os casos. As baixas taxas de mortalidade por diarreia observado nas últimas décadas, aliado ao fato de serem consideradas comuns e tratadas com certa naturalidade pela população e pelos médicos, são fatores que contribuem para a sub notificação de casos e surtos de DDA, dificultando as investigações e estabelecimento de causas.

Na Tabela 40 observamos que as regiões têm incidências bem diversas. Ao contrário das regiões litorâneas e do Planalto Serrano que apresentam as menores incidências, as demais além de terem as maiores incidências, também apresentaram aumento nas taxas ano a ano.

Tabela 40: Taxa de Incidência (por 1.000 habitantes) das Doenças Diarreicas Agudas, segundo Macrorregião de Saúde, Santa Catarina, 2006 a 2009.

Macrorregião de Saúde	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Extremo Oeste	28,2	29,0	34,8	31,4	38,6	32,5
Meio Oeste	24,2	22,5	29,2	24,5	30,4	26,1
Planalto Norte	22,6	20,0	28,6	25,5	28,0	25,0
Nordeste	22,9	15,9	24,7	17,4	28,2	21,8
Sul	16,4	14,7	25,3	14,7	22,9	18,8
Foz do Rio Itajaí	8,0	9,0	18,6	18,7	28,5	16,7
Planalto Serrano	22,1	15,2	15,6	10,8	6,1	13,9
Vale do Itajaí	11,7	11,0	13,2	12,0	14,5	12,5
Grande Florianópolis	4,6	5,2	9,5	8,2	6,1	6,7
Santa Catarina	16,7	15,0	21,5	17,3	22,1	18,5

Fonte: SIVEP-DDA/DIVE/SES

Em relação à mortalidade por DDA, verificamos que a média (1,3) é baixa em todas as regiões, sugerindo detecção e tratamento precoce dos casos.

Na Tabelas 41 apresentamos os surtos de DDA segundo o Sistema de Informação, e podemos observar que o Sistema de Informação da MDDA - SIVEP_DDA apresenta mais que o dobro dos surtos notificados no SINAN NET, sugerindo maior agilidade na detecção dos surtos que na investigação dos mesmos. Os surtos notificados no SINAN NET são aqueles em que houve a investigação em conjunto com as vigilâncias sanitárias, buscando identificar a fonte de exposição (se alimento ou água) ou o modo de transmissão (se pessoa a pessoa) com envio de amostras ao Lacen para identificação do agente etiológico.

Tabela 41: Surtos de Doenças Diarréicas Agudas registradas no SIVEP_DDA e notificados no SINAN- NET, segundo macrorregião de saúde, SC, 2006-2010

Macrorregião de Saúde	2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	SIVEP/DDA	SINA/NET	SIVEP/DDA	SINA/NET	SIVEP/DDA	SINA/NET	SIVEP/DDA	SINA/NET	SIVEP/DDA	SINA/NET	SIVEP/DDA	SINA/NET
Extremo Oeste	33	12	116	46	45	24	81	35	48	11	323	128
Sul	62	18	38	26	53	21	14	19	53	26	220	110
Vale do Itajaí	34	28	24	26	53	18	26	22	82	10	219	104
Meio Oeste	14	6	93	10	16	9	21	38	29	17	173	80
Planalto Norte	5	7	13	15	38	9	63	12	24	9	143	52
Planalto Serrano	3	2	25	16	39	4	17	6	4	6	88	34
Grande Florianópolis	0	3	23	9	3	6	14	8	36	5	76	31
Foz do Rio Itajaí	4	4	4	3	8	2	40	9	14	8	70	26
Nordeste	4	0	15	2	2	0	6	2	4	1	31	5
Santa Catarina	155	80	336	153	255	93	276	151	290	93	1.343	570

Fonte: SIVEP-DDA/SINAN - NET/DIVE/SES

A identificação e monitoramento do perfil epidemiológico das DDA e o conhecimento da realidade e seus condicionantes indicam, sobretudo, a natureza das ações em saúde pública que devem ser tomadas para seu controle e prevenção.

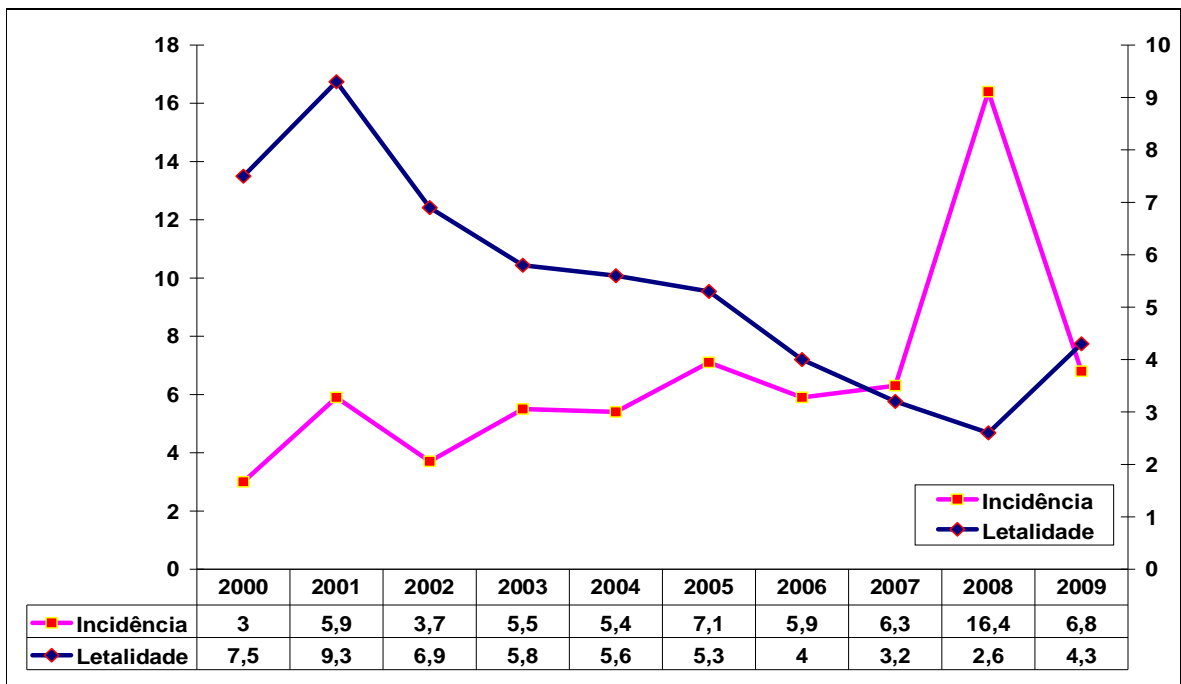
2.1.3.3.2.7. Zoonoses

Dentre as zoonoses são relevantes em Santa Catarina a leptospirose, hantavirose, dengue, leishmaniose tegumentar e visceral e febre amarela.

A **leptospirose** é uma zoonose de importância social e econômica por apresentar 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 importantes transmissores ao homem. A leptospirose tem sido relacionada com atividades ocupacionais, recreacionais e com baixas condições de saneamento básico. Em relação aos casos graves a letalidade pode atingir 40% dos casos.

Em Santa Catarina, a curva de incidência desta zoonose tem apresentado uma tendência crescente na notificação da doença registrando um surto em 2008, ocasionado pelas enchentes na região do Vale do Rio Itajaí. A letalidade da leptospirose tem igualmente variado no período com maior taxa registrada em 2001 (9,3%) e a menor em 2008 (2,6%) (Figura 44). É importante registrar que a letalidade aqui é calculada tendo como denominador o total de casos confirmados, não considerando apenas os casos graves.

Figura 44: Incidência (por 100 mil hab) e Letalidade (%) da Leptospireose. SC, 2000 – 2009.



Fonte: GEZOO/SINAN/DIVE/SES

Observa-se a existência de diferenças regionais no comportamento deste agravo em Santa Catarina que necessitam ser acompanhadas. Podemos observar (Tabela 42) que em 2010, as macrorregiões que registraram as maiores taxas de incidência de leptospireose foram: Nordeste (17,3/100 mil hab), Grande Florianópolis (8,8/100 mil hab) e Vale do Itajaí (6,1/100 mil hab). As taxas de letalidade também apresentam uma variabilidade entre as macrorregiões, sendo as que apresentaram as maiores taxas foram o Planalto Norte (11,1/100 mil hab), a Foz do Rio Itajaí (10,5/100 mil hab) e o Meio Oeste (7,1/100 mil hab). As questões ambientais, o tipo de atividade econômica (agrícola, pecuária, etc) e a atuação dos serviços de vigilância interferem na variação desses indicadores.

Tabela 42: Casos de Leptospirose segundo incidência/100 mil hab, óbitos e letalidade por Macrorregião de Saúde. SC, 2010.

Macrorregião de Saúde	Incidência	Óbito	Letalidade
Extremo Oeste	5,3	0	0
Meio Oeste	2,4	1	7,1
Vale do Itajaí	6,1	3	6,3
Foz do Rio Itajaí	3,7	2	10,5
Grande Florianópolis	8,8	4	4,1
Sul	4,6	1	2,4
Nordeste	17,3	8	5,6
Planalto Norte	2,5	1	11,1
Planalto Serrano	0,7	0	0,0
Santa Catarina	6,7	20	4,8

Fonte: SES/DIVE/GEZOO/SINAN-NET

*População IBGE 2009

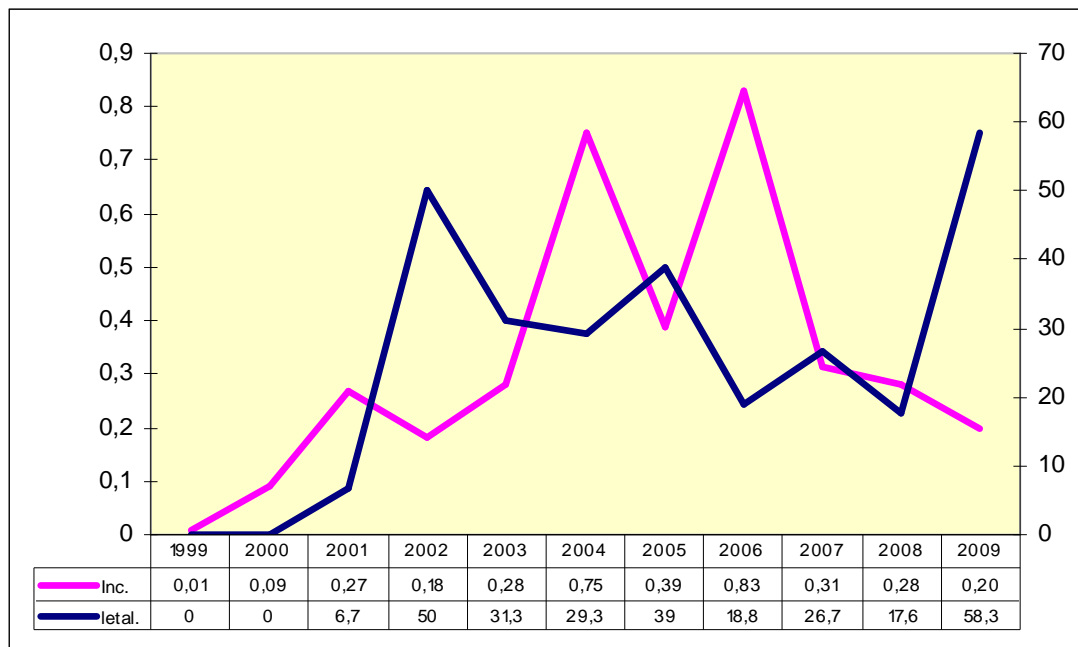
Hantavirose

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.

Em Santa Catarina, a doença foi confirmada em 1999 e a partir daí vem registrando casos todos os anos. Até o ano de 2009 foram confirmados 209 casos, com maior incidência ocorrendo em 2006 (0,83 casos por 100 mil habitantes).

Nos 11 anos de registro de casos em Santa Catarina, a letalidade variou entre zero e 58,3%.

Figura 45: Casos de hantavirose segundo incidência por 100 mil habitantes e letalidade, Santa Catarina entre 1999 e 2009.



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2009.

A doença no Estado caracteriza-se por ser de área rural, com predominância no sexo masculino (75%) em idade produtiva, em geral trabalhadores da agricultura.

No ano de 2004, devido à 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.

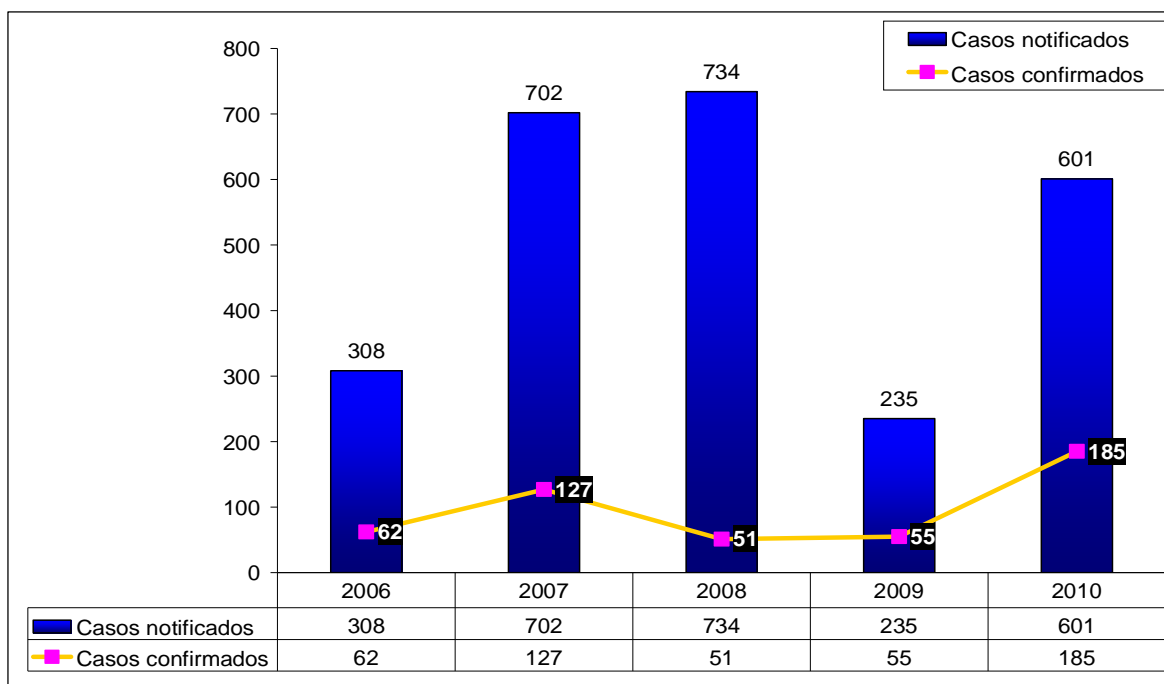
Medidas de prevenção estão voltadas para a orientação da população de regiões de risco quanto à doença, roedores envolvidos e via de transmissão, para o controle da população de roedores e para ações junto aos locais prováveis de infecção com o objetivo de limpar e descontaminar o ambiente.

Dengue

A dengue é considerada 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. Ao longo do período de 2006 a 2010 houve um aumento no número de notificações dos casos suspeitos. Entretanto, o maior número de casos confirmados ocorreu em 2007 (127 confirmações dos 702 casos suspeitos), retratando a relação direta com a grande epidemia ocorrida no país durante aquele ano, uma vez que o estado apresenta grande fluxo de turistas, bem como intenso transito de cargas de outros estados e países vizinhos. Em 2010, este número voltou a subir (com 185 casos positivos dos 681 casos suspeitos), mais uma vez reflexo da situação nacional. (Figura 45). O primeiro caso autóctone do Estado foi confirmado em 2011

Figura 46: Número de casos notificados e casos confirmados de Dengue no estado de Santa Catarina de 2006 a 2010.



Fonte: GEZOO/SINAN/DIVE/SES

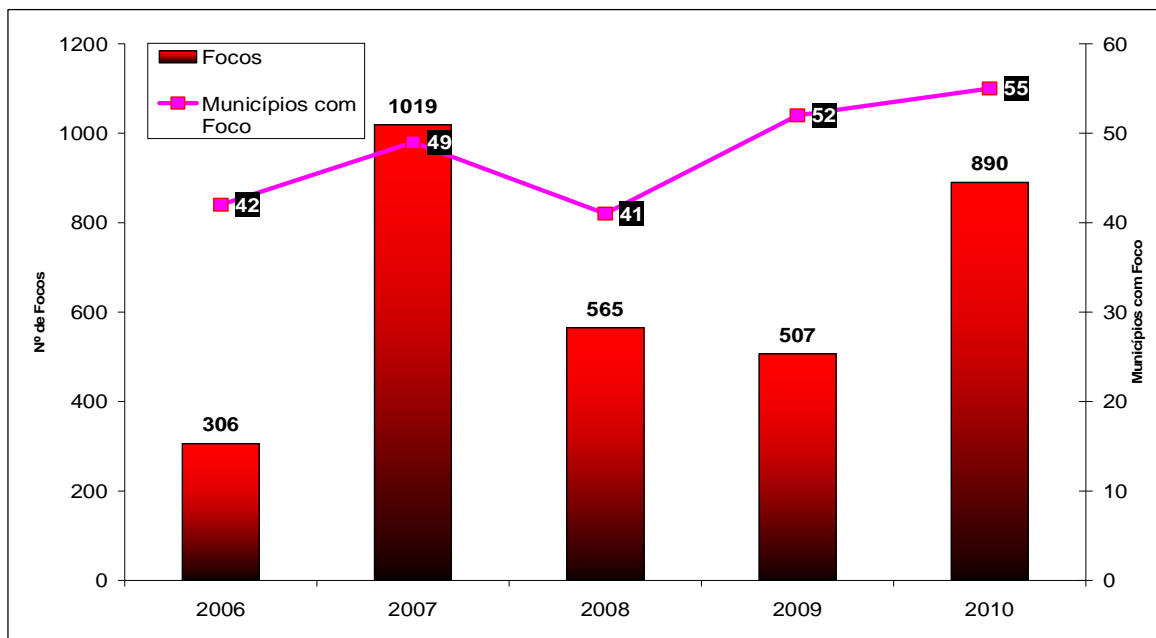
Com relação à situação entomológica do estado, visando a detecção precoce do mosquito transmissor da Dengue, em 2005 o Programa de Controle da Dengue implantou a metodologia de rede de armadilhas (larvitampas) nos 293 municípios do Estado.

Ao longo do período analisado observa-se que o número de focos apresenta o mesmo comportamento da situação epidemiológica de casos, sendo 2007 o ano com maior registro (1019 em 49 municípios).

Em 2010, dos 855 focos detectados, 43% foram localizados nos municípios de Chapecó e São Miguel D'Oeste, considerados os que, atualmente, têm o vetor instalado, ficando evidente o

risco maior para a população dessas regiões, que são consideradas estratégicas, pois se situam em rotas de cargas para países vizinhos do Mercosul (Figura 47).

Figura 47: Número de focos do mosquito *Aedes aegypti* e número de municípios com foco, Santa Catarina, 2006 e 2010.



Fonte: Laboratórios de Entomologia das Gerências Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina.

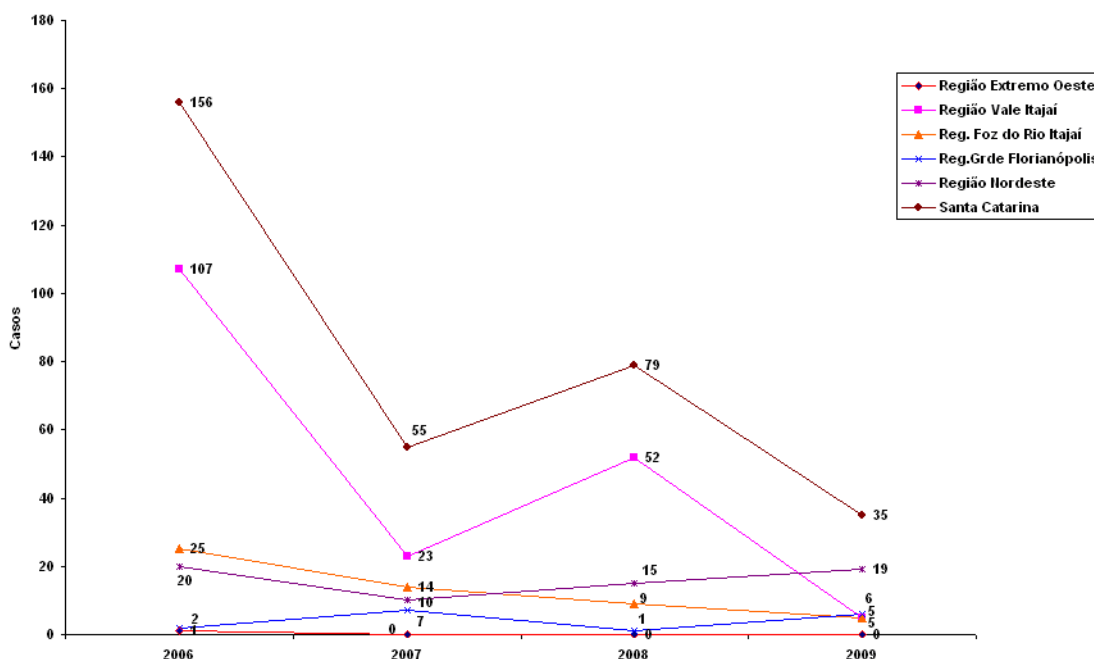
O fato de a doença estar disseminada por todo o país, com número de casos elevados, faz com que Santa Catarina esteja sempre alerta para a possibilidade de transmissão da doença, mantendo a vigilância e o controle do mosquito vetor. O Programa de Controle da Dengue gerencia, no âmbito estadual, as notificações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

Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)

É uma afecção dermatológica que se constitui problema de saúde pública devido à sua magnitude e risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano, com reflexos no campo psicológico, social e econômico, atingindo principalmente o sexo masculino e a faixa

etária maior de 10 anos. Em Santa Catarina os primeiros casos da doença ocorreram em municípios da região Oeste, na década de 80. A partir de 1997, os casos autóctones são registrados anualmente em municípios da região do Vale do Rio Itajaí. Desde 2001 a LTA vem apresentando uma expansão na sua distribuição espacial no estado, atingindo até o momento as regiões: Vale e Foz do Rio Itajaí, Nordeste, Extremo Oeste e Grande Florianópolis. Nos anos de 2005 e 2006 a ocorrência de surtos epidêmicos, nas regiões do Vale, Foz do Rio Itajaí e Nordeste, contribuíram para a modificação do padrão epidemiológico existente (Figura 48).

Figura 48: Distribuição dos casos de LTA segundo Macrorregião de Saúde.SC. 2006 a 2009.



Fonte: Sinan/SES-SC/DIVE/GEZOO

Embora Santa Catarina tenha apresentado médio coeficiente de detecção (2,62) no ano de 2006, na Figura 47 podemos verificar o alto e médio risco de transmissão da doença nas macrorregiões do Vale do Itajaí e Foz do Rio Itajaí, respectivamente. O declínio dos coeficientes de detecção observados no período subsequente deve-se ao comportamento sazonal da LTA.

Leishmaniose Visceral (LV)

A leishmaniose visceral (LV) é uma zoonose transmitida ao homem pela picada de fêmeas infectadas do inseto vetor (flebotomíneo), tendo como reservatórios animais silvestres e o

cão. É uma doença de evolução crônica, com acometimento sistêmico e, se não tratada, pode levar ao óbito até 90% dos casos humanos. É mais freqüente em menores de 10 anos (58%) e o sexo masculino é proporcionalmente o mais afetado (61%).

Na área urbana, o cão (*Canis familiaris*) é a principal fonte de infecção e a enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos. No ambiente silvestre, os reservatórios são as raposas (*Dusicyon vetulus* e *Cerdocyon thous*) e os marsupiais (*Didelphis albiventris*). Dentre as medidas mais efetivas para se evitar e controlar uma possível transmissão humana destaca-se: a redução da população de flebotomíneos, eliminação dos reservatórios urbanos e atividades permanente de educação em saúde.

Em maio de 2010, foram confirmados, os primeiros casos de Santa Catarina, no município de Florianópolis, na localidade do Canto dos Araçás-Lagoa da Conceição. Nas ações de investigação realizadas até dezembro, foram identificados 20 cães positivos os quais foram submetidos a eutanásia.

Sendo assim, de acordo com o Programa Nacional de Vigilância e Controle da LV do Ministério da Saúde, o município de Florianópolis passou a ser considerado área com transmissão de leishmaniose visceral canina, devendo ser desencadeadas todas as ações preconizadas no Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (Ministério da Saúde), visando a detecção precoce de casos humanos e evitando óbitos.

Febre Amarela

A Febre Amarela constitui importante causa de morbidade e mortalidade na América. O vírus da F.A. é responsável pela doença que se apresenta sob dois ciclos distintos, o ciclo urbano e o ciclo silvestre.

O estado de Santa Catarina até recentemente era considerado como área indene, isto é, sem a presença da doença e do vírus.

A partir de 2001 com a ocorrência de epizootias em primatas não humanos (PNH) no Rio Grande do Sul e a identificação do vírus amarílico em mosquitos do *Haemagogus* neste estado, os Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul passaram a pertencer a área epizoótica ou de transição, devido aos seus limites geográficos.

Considerando-se a dinâmica de transmissão do vírus na última década, com evidente deslocamento no sentido leste e sul do país, em 2008, foi estabelecida estratégia adicional à vigilância a partir de áreas sentinelas (Chapecó, Palmitos, Maravilha, São Miguel do Oeste,

Itapiranga e Dionísio Cerqueira), nas quais foram desenvolvidas ações específicas de monitoramento, visando à prevenção do aparecimento da doença em humanos.

Em 2009, com a ocorrência de epizootias de PNH por febre amarela no estado do Rio Grande do Sul, em municípios contíguos ao estado de Santa Catarina, foi identificada uma área geográfica de vigilância permanente para FA, composta por 16 municípios: Abdon Batista, Campos Novos, Capinzal, Piratuba, Celso Ramos, Zortéa, Joaçaba, Herval d'Oeste, Erval Velho, Vargem, Anita Garibaldi, Capão Alto, Campo Belo do Sul, Cerro Negro, Lages, e São José do Cerrito. Nesta área foi implantada a vigilância de epizootias de PNH (notificação e investigação) e Vacinação da população de 12 municípios (Anita Garibaldi, Campos Novos, Celso Ramos, Cerro Negro, Zortéa, Capão Alto, Capinzal, Piratuba, Campo Belo do Sul, Abdon Batista, Vargem e São José do Cerrito).

Em Santa Catarina, no ano de 2009 foram notificadas 28 epizootias envolvendo 45 PNH e em 2010 ocorreram epizootias nos municípios de Biguaçu, São José do Cerrito e Florianópolis com o acometimento de 15 PNH. Em decorrência das epizootias, foi definido vacinar 100% da população de 162 municípios do Estado.

Acidentes por Animais Peçonhentos em Santa Catarina no Período de 2006 a 2010

Apesar de não se tratar de uma doença infecciosa ou parasitária, os Acidentes por Animais Peçonhentos constituem um agravo de interesse nacional. O perfil epidemiológico deste agravo em Santa Catarina apresenta uma tendência diferente do panorama nacional, onde os acidentes causados por serpentes têm um destaque maior.

No período de 2006 a 2010 foram registrados 38.735 casos de acidentes causados por animais peçonhentos, atingindo na sua maioria a faixa etária de 20 a 64 anos de idade. Estes eventos têm comportamento sazonal com aumento da incidência durante o período entre outubro e abril. Podemos observar na tabela 43 que houve um aumento no número de acidentes causados por aranhas e que 5% (1686) dos casos ainda tem o tipo de animal ignorado/branco.

Em 2010 foram registrados 8.436 casos de acidentes por Animais Peçonhentos, correspondendo a uma incidência de 135,0 casos por 100 mil habitantes.

Tabela 43: Número de acidentes por animais peçonhentos notificados por ano e tipo de animal em Santa Catarina no período de 2006 a 2010.

Tipo de Acidente	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Abelha	827	784	602	823	749	3.785
Aranha	3781	4.816	4.828	4.933	5.511	23.869
Escorpião	152	194	205	202	205	958
Lagarta	397	509	541	617	545	2.609
Serpente	891	892	857	905	767	4.312
Outros	242	300	291	345	338	1.516
Ign/Branco	367	367	345	286	321	1.686
Total	6.657	7.862	7.669	8.111	8.436	38.735

Fonte: DIVE/GEZOO/ SINAN-NET, dados atualizados em 31/01/2011. * Em 2010 dados parciais.

O araneísmo no Estado tem uma grande representatividade entre os acidentes causados por animais peçonhentos, 66% (5.511) do total de casos, e assim como em todo o país os gêneros de maior importância para a saúde pública são *Loxosceles* sp, *Phoneutra* sp e *Latrodectus* sp este último com menor ocorrência de casos.

Esses acidentes são distribuídos em todo o Estado ao longo do ano com ligeira queda nos meses de junho e julho. As faixas etárias mais afetadas são as de 20 a 64 anos com predominância no gênero feminino. Verifica-se maior ocorrência de casos na zona urbana com 55% dos casos.

Vale ressaltar que a soroterapia está indicada para todos os casos classificados como moderados e graves e que dos 1028 assim classificados, 637 não receberam tratamento adequado.

Os acidentes causados por serpentes têm grande magnitude pela gravidade e seqüelas. Em 2010 observamos uma ligeira queda no número de acidentes causados por serpentes, 767 (12,0/100 mil habitantes), distribuídos ao longo do ano, com maior concentração nos meses de novembro a março. Foram registrados três óbitos com letalidade de 0,40%.

Os acidentes causados por abelhas constituem uma ocorrência de grande importância neste Estado, assim como o ofidismo traz muita preocupação pelos casos graves que acarretaram em óbito. No período de 2006 a 2010 ocorreram 5 casos de óbitos causados por abelhas, configurando letalidade de 0,4%. A incidência desses acidentes em 2010 foi de 11,8 por 100 mil habitantes, estando acima do esperado para a região Sul, que é de 07 por 100 mil. Os acidentes ocorrem durante todo o ano, observando-se maior número de casos nos meses de janeiro a março.

O escorpionismo vem adquirindo magnitude crescente em todo o país, assim como em Santa Catarina e representa uma grande preocupação pelo risco para a saúde humana,

principalmente na faixa etária de > de 15 anos Estes acidentes têm uma predominância na zona urbana pela facilidade de proliferação.

2.1.3.3.2.8. Doenças Imunopreveníveis e Imunização

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 e introdução de mais uma campanha anual de vacinação contra a gripe para população de 60 anos ou mais. Tais alterações demandaram a necessidade de readequação da rede e capacitação técnica nos estados e municípios. Santa Catarina iniciou este processo em 2003.

Em 2004 a criação da Central Estadual de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos no Estado favoreceu a segurança dos imunobiológicos quanto na adequação da distribuição de outros insumos de imunização. Outra iniciativa importante foi a criação em 2005 do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Coqueluche

Considerada atualmente doença transmissível com tendência declinante comparado a períodos da década de 60 e 70, tem relação com as práticas de imunização com elevadas coberturas vacinais principalmente nas faixas etárias de abrangência da vacina. Santa Catarina mantém a média de 95,8% de cobertura vacinal para proteção contra a coqueluche na população menor de 1 ano nos últimos 05 anos. Embora a média de casos entre 1994 e 2010 revele que 60% dos casos concentrem-se nos menores de 01 ano, é importante considerar que nessa faixa etária, muitas crianças podem estar com esquema vacinal de 03 doses básicas da vacina (02, 04 e 06 meses) incompleta. Com o objetivo de reduzir o número de susceptíveis, em 2004, a faixa etária para o 2º 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. De 2007 a 2010, apenas 02 casos de coqueluche, dos casos notificados e confirmados (n=135), evoluíram para óbito, representando uma letalidade de 1,48%. Analisando o período de 2004 a 2010 ocorreu um aumento do número de casos em 2007 e 2008 e uma redução nos anos posteriores (Fig. 49).

Figura 49: Incidência de coqueluche (100000/hab), Santa Catarina, 2004 a 2010.



Fonte: SINAN/GEVIM/DIVE/SES

Difteria

Considerada como doença transmissível com tendência de queda na incidência no Estado de Santa Catarina. De acordo com o SINAN NET, de 2007 até o ano de 2010 foram notificados 35 casos suspeitos sendo que o último caso confirmado foi em 2008 (2 casos) com evolução para cura. A manutenção de adequada cobertura vacinal é fator determinante para a redução dessa incidência.

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 77,6/100 mil habitantes) e em 2010, apenas 806 casos (incidência de 1,32/100 mil habitantes). A faixa etária de maior incidência continua sendo a de 1 a 9 anos, apesar de em 2004 ter sido 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 falhas vacinais primárias e reduzir a ocorrência da doença nessa faixa etária.

Varicela

Doença que pode apresentar quadros graves que levam a internação e ao óbito principalmente em crianças com estado nutricional comprometido ou em adultos. A varicela

caracteriza-se como uma doença comum da infância. Em Santa Catarina, em média ocorreram 6129 por ano, entre 1995 e 2009 sendo que a maioria dos casos ocorreu 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. Santa Catarina estabeleceu no ano de 1994 a varicela como de notificação obrigatória, e a investigação de casos graves e óbitos desde 2004. No ano de 2010 foram registrados em Santa Catarina 20.674 (Tabela 44). O aumento no número de casos está relacionado com surtos notificados em todo o Estado .

Tabela 44: Número de casos e incidência de Varicela, Santa Catarina 1995 a 2010.

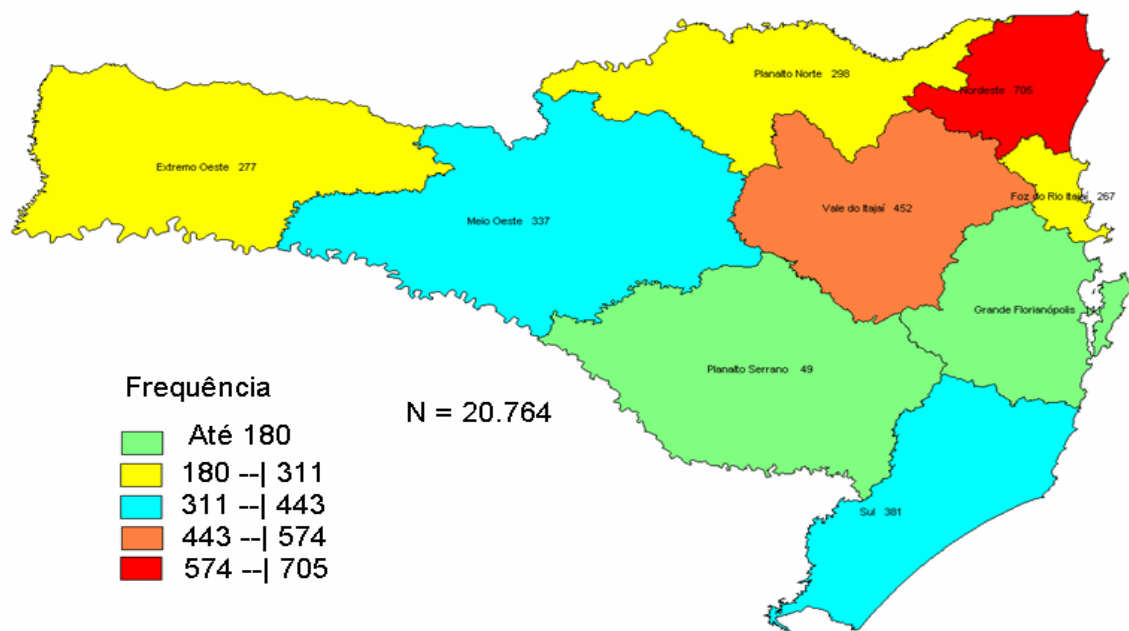
Ano	Casos	Incidência 100.000	Internados/ varicela grave	óbitos	Letalidade entre os casos graves
1995	276	6			
1996	424	9			
1997	1.053	21			
1998	1.221	24			
1999	1.577	31			
2000	1.557	29			
2001	1.574	29			
2002	3.781	68			
2003	9.801	175			
2004	9.000	158	78	0	0
2005	12.573	214	119	1	0,8
2006	12.757	214	95	1	1,1
2007	11.453	189	71	0	0,0
2008	16.011	265	42	1	2,4
2009	8.874	145	41	3	7,3
2010	20.674	338	52	6	11,5

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

Desde 2004 ocorreram 11 óbitos relacionados à varicela grave, sendo seis no ano de 2010 onde ocorreu a maior letalidade entre esses casos (11,5%).

A incidência de varicela em Santa Catarina no ano de 2010 foi de 338 casos /100.000 hab. Observa-se maior incidência na Macrorregião Nordeste com 705 casos/100.000 hab, seguida pela Macrorregião do Vale do Itajaí com 452 casos/100.000 hab. (Figura 50).

Figura 50: Incidência de Varicela por 100.000/hab segundo Macrorregião no Estado de Santa Catarina, 2010.



FONTE: SINAN/GEVIM/DIVE/SES

*Dados sujeitos a alteração

Influenza H1N1

A influenza ou gripe é uma infecção aguda do sistema respiratório, de natureza viral, distribuição global e elevada transmissibilidade. Os vírus da Influenza são subdivididos nos tipos A, B e C, de acordo com os perfis antigênicos característicos. Constitui-se hoje uma das grandes preocupações das autoridades sanitárias mundiais, seja pelas repercussões na morbimortalidade decorrente das suas variações antigênicas cíclicas sazonais, seja pela semelhança da sua forma pneumônica com outras pneumonias atípicas com elevado potencial de transmissão e gravidade.

O Estado conta com três unidades sentinelas para a vigilância do vírus da Influenza implantadas em Florianópolis, que têm por objetivo monitorar os atendimentos por síndrome gripal, através da coleta de secreção de naso e orofaringe, a fim de identificar a circulação dos principais vírus responsáveis por infecções agudas do sistema respiratório na comunidade. O desempenho em relação à coleta de amostra não vem sendo satisfatório, apesar dos contatos e orientações.

Em 1999, foi implantada a vacina contra influenza para população de 65 anos e mais, com ampliação para a faixa etária para 60 anos e mais no ano seguinte. As campanhas de vacinação

têm recebido maior adesão nos últimos anos, alcançando os indicadores mínimos de cobertura preconizados pelo MS, em nível estadual e também municipal. O impacto, verificado em diversos estudos mostrou que houve queda nas hospitalizações por gripe e pneumonia.

Em 2009, o país foi acometido pela pandemia da gripe Influenza A H1N1. No período de maio a dezembro de 2009 foram notificados 7.599 casos suspeitos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), sendo confirmados 2.999 (39,46%) casos para influenza A H1N1. O encerramento por critério laboratorial foi de 97,6% e somente 2,40% por clínico epidemiológico.

A taxa de incidência de influenza A (H1N1) foi de 49,01/100.000 habitantes (estimativa populacional IBGE, 2009). Ocorreram 304 (4,1%) óbitos, sendo confirmado laboratorialmente 146 (48,2%) para Influenza A (H1N1), 19 (6,2%) Influenza Sazonal.

Dos óbitos confirmados para Influenza A (H1N1) 87 (59,58%) são do sexo feminino e 59 (40,41%) do sexo masculino.

Quando se avalia as taxas de mortalidade por SRAG causada por Influenza A H1N1, observa-se que crianças e adolescentes (faixa etária até 19 anos) apresentam taxas menores que os adultos e os idosos (2,4 por 100.000 habitantes). A faixa etária com maior mortalidade foi entre 50 e 59 anos, provavelmente pela presença de comorbidades. A taxa de mortalidade por Influenza A (H1N1) na população geral é de 2,3 por 100.000 habitantes.

Em 2010 no Estado observou-se uma diminuição dos casos notificados e confirmados para Influenza A H1N1. Foram notificados 662 casos suspeitos de Influenza A, destes 23 casos positivos para Influenza A H1N1 (3,47%) e 9 casos positivos para Influenza A Sazonal (1,35%), dentro dos critérios de definição de caso de paciente internado com febre, tosse e dispnéia e gestante com síndrome gripal. Tivemos 5(21,73%) casos positivos para Influenza A H1N1 em gestante e 02 óbitos confirmados para Influenza A H1N1. O maior número de casos positivos ocorreram nas faixas etárias de 10 a 20 anos e 21 a 30 anos ambos com 6 casos. A taxa de incidência de casos de Influenza A H1N1 foi de 0,375/10000hab e a taxa de mortalidade foi de 0,032/100.000 hab. Os casos positivos foram predominantes no sexo feminino totalizando 12 (52,17%) casos.

Nesse mesmo ano foram vacinados no Estado 3.158.919 pessoas dentro dos grupos prioritários definidos pelo Ministério da Saúde. Foram alcançadas as seguintes coberturas vacinais por grupo: 133% dos trabalhadores de saúde, 88,2% de indígenas aldeados, 90,3% em gestantes, 160,54 de portadores de doença crônica, 118,7% de crianças menores de 2 anos, 78% de 2 a 4 anos, 91,3% entre 20 a 29 anos e 82,4% de adultos de 30 a 39 anos.

Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite

A meta do estado é notificar ao menos 01 caso de PFA por 100.000 habitantes menores de 15 anos. Apesar de no ano de 2007 o Estado ter conseguido alcançar o número preconizado de notificações de PFA (15), nos anos de 2008 a 2010 esse indicador não foi alcançado (o número mínimo de casos preconizados passa a ser 14 a partir de 2008), evidenciando problemas na vigilância das PFAs conforme analisado na tabela 45.

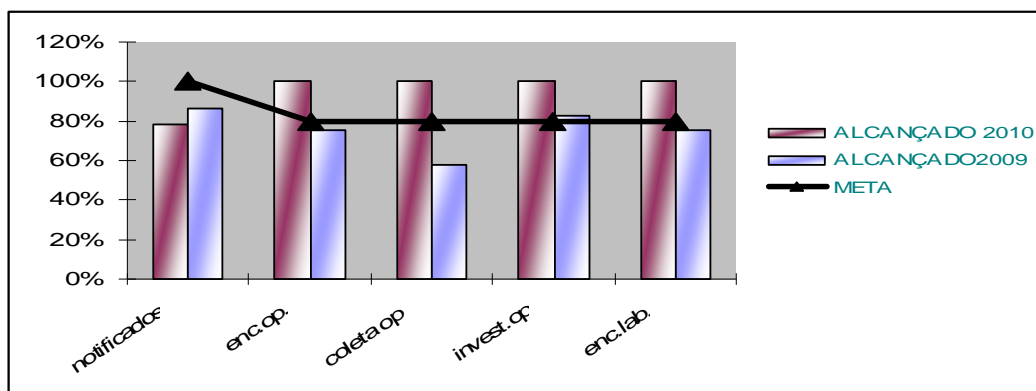
Tabela 45: Meta e número de PFA notificados, Santa Catarina, 2007 a 2010.

<i>Ano</i>	<i>Meta</i>	<i>Alcançado</i>
2007	15	26
2008	14	13
2009	14	11
2010	14	12

Fonte: SinanNet/DIVE/SES/SC

Apesar de o Estado não ter alcançado o número de notificações mínimas necessárias para o ano, ao se comparar os anos de 2009 e 2010, observa-se que houve uma melhora no alcance dos indicadores epidemiológicos de coleta oportuna, notificação oportuna, encerramento por laboratório e encerramento oportuno (Fig.51) demonstrando que os casos, depois de notificados, foram conduzidos pela vigilância epidemiológica dentro da rotina preconizada e de maneira eficaz.

Figura 51: Indicadores de PFA, Santa Catarina, 2009 e 2010.

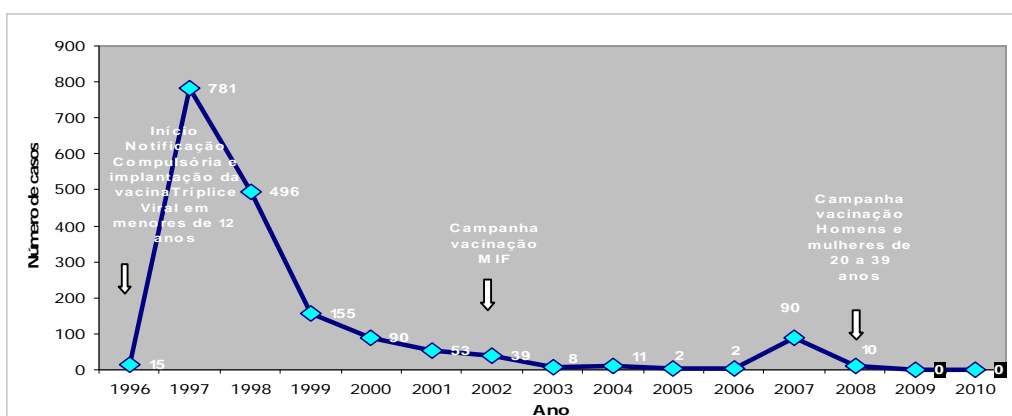


Fonte: SINAN/GEVIM/DIVE/SES

Doenças Exantemáticas: Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita

O sarampo é considerado mundialmente uma importante causa de morbimortalidade infantil. No Brasil, a doença apresenta-se controlada, com os últimos casos autóctones confirmados em 2000. Foram registrados casos importados em Santa Catarina no ano de 2005, e na Paraíba, Rio Grande do Sul e Pará em 2010. A rubéola e a Síndrome da Rubéola Congênita tiveram sua eliminação de circulação do território brasileiro proposta pela Organização Pan-americana da Saúde. Para isso em 2008 foi realizada uma grande campanha de vacinação de adultos, sendo vacinados em Santa Catarina, homens e mulheres de 20 a 39 anos. Além disso, a vacinação de rotina com a tríplice viral diminuiu grandemente o número de suscetíveis para rubéola e registrou seus últimos casos autóctones em 2009 (Fig 52).

Figura 52: Série histórica do número de casos de rubéola, Santa Catarina, 1996 a 2010.

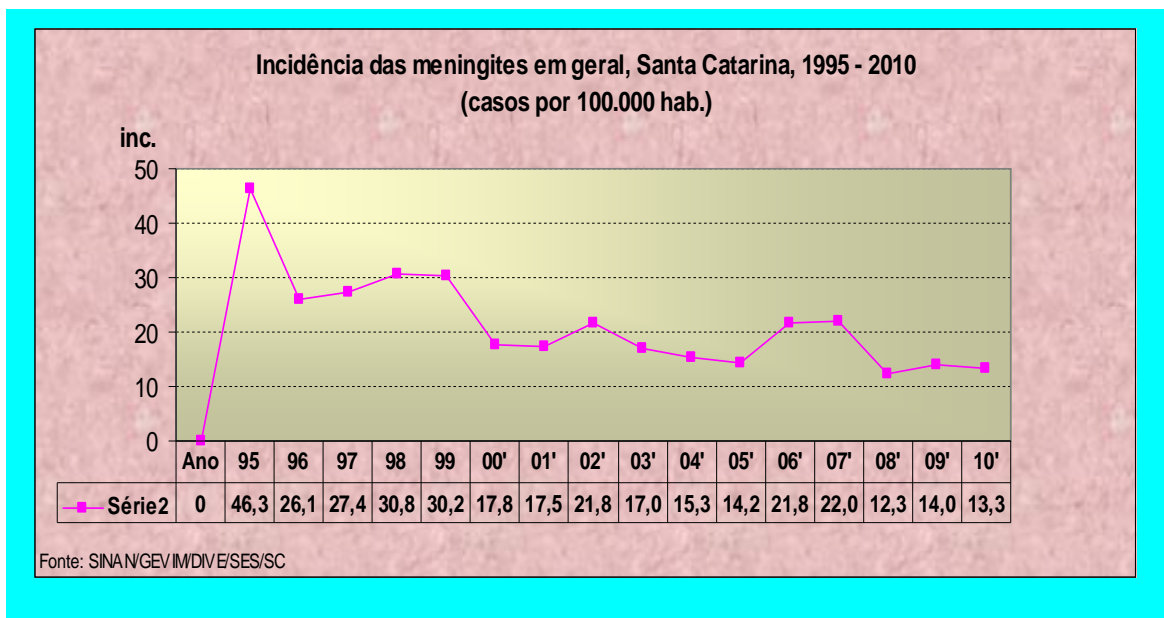


Fonte: SINAN/GEVIM/DIVE/SES/SC

Meningite

Em 2005 a incidência das Meningites em Geral no Estado de Santa Catarina foi de 14,25 casos/100.000 hab. e, nos dois anos subsequentes (2006 e 2007), devido à ocorrência de surtos de meningites virais em alguns municípios, aumentou ficando em 21,78 e 22 casos por 100.000 hab. respectivamente. Em 2008, não ocorreu aumento dos casos além do esperado e a incidência baixou significativamente para 12,27. Em 2009, pelo surgimento de surto de meningite viral no município de Criciúma e outros contíguos à ele, pertencentes à macrorregião Sul, chegou a 14 casos por 100.000 habitantes (Fig 53)

Figura 53: Incidência das meningites em geral, Santa Catarina, 1995-2010.



Em Santa Catarina no ano de 2010 foram registrados 811 casos confirmados de meningites em geral, cuja incidência ficou em 13,25 casos por 100.000 hab e uma letalidade de aproximadamente 10%. Observa-se que os casos de meningite não estão regularmente distribuídos em todo o Estado. A macrorregião nordeste culminou em 2010, com a maior incidência da doença, pois comporta o município de Joinville, com 147 casos confirmados, o qual ao longo dos últimos anos destacou-se pela freqüência alta deste agravo. Em 2º. lugar em incidência se destaca a macrorregião sul como demonstra a tabela 46.

Tabela 46: Número de casos e incidência por macrorregiões, SC, 2010

Macrorregião de Saúde	Casos	Incidência Por 100.000/Hab
Nordeste	201	24,21
Sul	197	22,03
Foz do Rio Itajaí	106	20,67
Vale do Itajaí	106	13,42
Grande Florianópolis	116	10,53
Planalto Norte	30	8,25
Meio Oeste	26	4,37
Planalto Serrano	13	4,3
Extremo Oeste	16	2,18

Fonte: SINANNET

Dos casos de 2010, 36,56% foram classificados como meningites virais; 27,86% como meningites bacterianas, 10,44% como meningites por outra etiologia, 4,22% como meningites tuberculosas; e 20,89% casos como não especificadas.

Embora, ao longo dos anos, os casos de meningite em geral vêm diminuindo, exceção nos anos em que ocorreram surtos de meningites virais, em alguns municípios a letalidade das meningites, dependendo da etiologia, continua alta. Trata-se de uma infecção no Sistema Nervoso Central, podendo culminar com encefalite ou choque séptico, além de outras complicações graves, daí a alta morbi-letalidade. Trata-se de um agravo complexo, pois qualquer agente infeccioso que penetre no SNC pode causar meningite e, cada agente, tem suas particularidades distintas. As Meningites com as mais altas letalidades são as bacterianas causadas pelo *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* (na forma clínica de Meningococemia), Bacilo de Koch (da Tuberculose) e as meningites causadas por fungos (*Cryptococcus Neoformes*).

Necessário se faz principalmente no caso das meningites bacterianas a identificação dos agentes etiológicos por cultura, látex, cief em amostras biológicas de líquido e sangue para decidir por medidas profiláticas conforme o tipo de meningite.

2.1.3.4. Vigilância Laboratorial

O Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN vinculado à Secretaria de Estado da Saúde atua como Referência Estadual e tem a missão promover ações de Vigilância em Saúde na área laboratorial. Como unidade coordenadora em Florianópolis, mantém laboratórios regionais localizados em Chapecó, Joaçaba, Criciúma e Joinville, laboratórios microrregionais em Tubarão e São Miguel do Oeste, além do Laboratório de Fronteira no município de Dionísio Cerqueira. Mantém, também, parceria com os laboratórios municipais de Blumenau, Canoinhas, Lages e Chapecó.

Integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, como membro da rede nacional de laboratórios organizada em sub-redes, por agravos ou programas de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde.

Organizada dessa forma, a Rede Catarinense de Laboratórios de Saúde Pública – RCLAB desenvolve suas atividades em processo de parcerias com o sistema federal, estadual e municipal de vigilância em saúde e da rede de assistência médica, abrangendo postos de saúde, hospitais e maternidades. Promove descentralização dos procedimentos laboratoriais de menor complexidade ou que envolvam aspectos legais junto à vigilância sanitária, bem como exerce a função de

coordenação geral e técnica da rede, por intermédio da supervisão, da capacitação, da normatização, da padronização, do repasse de tecnologia, da avaliação e da vigilância da qualidade, do desempenho e dos resultados da RCLAB.

A implantação de novas metodologias, se faz necessário, pois o LACEN, executa ações de diversos programas do Ministério da Saúde e ANVISA, sendo que a falta de recursos humanos, a falta de espaços físicos adequados e equipamentos, são fatores limitantes para que possamos ter uma atuação mais eficiente e rápida, fatores essenciais para quem trabalha na área de saúde pública.

2.1.3.5. Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica define como princípio que, a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

A missão da DIAF é promover o acesso e uso racional de medicamentos, em consonância com os princípios do SUS, através da Assistência Farmacêutica no Estado de Santa Catarina.

- **Assistência Farmacêutica Básica**

A Diretoria de Assistência Farmacêutica acompanha o trabalho desenvolvido pelos 293 municípios catarinenses na esfera de atenção básica, através do relatório de Gestão que é apresentado anualmente, como também é responsável pelo acompanhamento das REMUME's e o repasse financeiro dos valores devidos pelo Estado.

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada por recursos do Ministério da Saúde, Estados e Municípios.

- **Medicamentos Estratégicos**

São medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do ministério com protocolos e normas estabelecidas. Tem como objetivo garantir o acesso aos medicamentos para portadores de doenças que configuram problemas de saúde pública. Consideram-se como estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico. A responsabilidade pelos programas que atendem os pacientes é da Secretaria

de Vigilância em Saúde do Ministério que repassa os medicamentos aos Estados ou Municípios, de acordo com previsão de consumo. A distribuição é de responsabilidade dos estados e municípios. Os Programas Estratégicos são: Tuberculose, da Hanseníase, Lúpus Eritematoso, DST/AIDS, Endemias Focais, Sangue e Hemoderivados, Alimentação e Nutrição, Controle do Tabagismo, Doença Enxerto x Hospedeiro, Lúpus Eritematoso Sistêmico e Mieloma Múltiplo.

- **Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF)**

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) executado pela Secretaria de Estado da Saúde é financiado pelo MS e co-financiado pelos Estados e trata de medicamentos de elevado valor unitário destinados para tratamento de patologias específicas e que duram por toda a vida. Sua principal característica é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

Grupo 1- Medicamentos sob responsabilidade da União

Grupo 2- Medicamentos sob responsabilidade dos estados

Grupo 3- Medicamentos sob responsabilidade dos municípios

Há medicamentos 100% financiados pelo MS (Grupo1a), medicamentos co-financiados MS-Estado (Grupo1b) e MS-Estado–Município (Grupo3) e por fim medicamentos 100% financiados pelo Estado (Grupo2).

Desde o ano de 2009 vem sendo implantado o Sistema informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento dos Medicamentos do CMDE – SISMEDEX, que se deriva em dois módulos: Módulo Estadual e Módulo Nacional ou Base Nacional. O primeiro módulo tem como função disponibilizar ao estado um sistema que contemple desde o atendimento ao usuário até a dispensação dos medicamentos, bem como a geração de relatórios e acompanhamento do fluxo de estoque. O módulo nacional, denominado de base nacional, irá disponibilizar ao gestor, o acompanhamento, gerenciamento e monitoramento das informações prestadas pelos estados, bem como integrar as informações com os estados que possuem sistema e que, conseqüentemente, não irão adotar o módulo estadual do SISMEDEX. A implantação do sistema contribuirá para a melhora do gerenciamento dos processos nos estados. Inicialmente implantado em 6 locais: Farmácia Escola de Florianópolis, Farmácia Escola de Joinville, Secretaria Municipal de

Biguaçu, Secretaria Municipal de Pomerode, Secretaria Municipal de São Bento do Sul e Farmácia Escola de Criciúma. A Diretoria pretende até o final de 2011 estar com a implantação em todos os centros de distribuição dos medicamentos do Componente Especializado.

Juntamente com o CEAF, a DIAF atende as solicitações que ocorrem no Estado para patologia mucoviscidose e fórmulas especiais (suplementos/complementos nutricionais e dietas enterais) como também o Programa de Prevenção da Infecção causada pelo Vírus Sincicial Respiratório.

- **Demandas judiciais**

Tendo início nos anos 90 a judicialização da Assistência Farmacêutica reflete, em parte, a conscientização de uma parcela da população no que se refere aos seus direitos. Entretanto, a situação atual, com milhares de demandas judiciais consumindo milhões de reais de recursos públicos, tem causas complexas em que os interesses legítimos – coletivos ou individuais – nem sempre vêm em primeiro lugar. Má gestão, pressão das indústrias farmacêuticas e falhas na formação dos médicos são alguns dos fatores que ameaçam atropelar outros programas e projetos na área da saúde (VASCONCELOS; LOPES, 2006).

A Assistência Farmacêutica no Brasil apresenta diversos desafios a serem enfrentados dentre os quais podemos destacar: o acesso, o financiamento, a disponibilização de profissionais qualificados, controle e acompanhamento de procedimentos e políticas. Em Santa Catarina podem-se observar fragilidades da AF presentes na organização e estrutura, nas unidades de dispensação, no armazenamento, na estocagem e transporte de medicamentos, nos recursos humanos e que se refletem no grande número de ações judiciais visando o fornecimento de medicamentos.

Quadro V: Demonstrativo de investimentos da SES/SC nos Programas gerenciados pela Diretoria de Assistência Farmacêutica

PROGRAMA	(VALORES EM R\$ Compra)				
	2006	2007	2008	2009	2010
1 - Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e PROCIS	5.269.307,00 1.013.559,00	5.269.307,00 1.013.559,00	8.286.736,50 1.025.988,00	11.387.742,00 690.464,00	23.760.576,00 1.071.594,00
2 - Medicamentos Estratégicos (Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS)	96.287,23	212.532,43	250.494,93	190.059,27	359.852,91
3 - Medicamentos de Dispensação Excepcional ou Componente Especializado	60.751.004,69	114.958.994,27	126.087.197,09	164.535.165,04	163.456.524,56
4 - Decisões Judiciais ¹	21.483.216,50	33.635.444,92	53.751.723,57	51.621.762,51	56.227.836,81

¹ Embora não se trate de um programa, os valores foram incluídos aqui, devido à relevância do mesmo.

2.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

2.2.1. Aspectos Sócio-Econômicos

Indicadores relacionados à renda e condições de trabalho 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 47). O Estado também apresenta, comparativamente, excelentes indicadores de distribuição de renda. A razão de renda, a proporção de pobres e a taxa de desemprego registradas em Santa Catarina estão abaixo dos níveis nacionais e da região Sul. A taxa de trabalho infantil (9,9%) observada no Estado acompanha a média nacional, mas apresenta-se melhor do que a Região Sul como um todo (10,15%). Apesar disso, a inserção precoce no mercado de trabalho deve ser considerada uma prioridade do Estado, tendo em vista suas implicações socioeconômicas no médio e longo prazo.

Tabela 47: Indicadores socioeconômicos da população, segundo regiões do Brasil e estados da região sul, 2009.

Região/UF	Razão de renda	Proporção de pobres	Taxa de desemprego	Taxa de trabalho infantil	PIB per capita Ref 2000
Norte	15,45	15,49	6,42	10,88	8.706,43
Nordeste	18,96	23,1	7,53	13,56	6.663,58
Sudeste	13,49	5,5	7,54	5,78	18.615,63
Sul	13,8	4,84	4,73	10,15	16.020,11
Paraná	12,97	5,39	4,45	9,52	15.371,29
Santa Catarina	9,13	2,66	4,15	9,88	17.295,20
Rio Grande do Sul	16,68	5,54	5,32	10,99	15.939,53
Centro-Oeste	21,21	6,8	7,12	8,94	17.457,89
Brasil	16,12	11,33	6,99	9,56	14.056,27

Fonte: IDB, 2011

Santa Catarina possui uma economia diversificada e industrializada sendo um importante pólo exportador e consumidor, uma vez que o Estado é um dos responsáveis pela expansão econômica nacional e sexto maior em participação no PIB do Brasil (respondendo por 4% do mesmo). A economia se baseia na indústria (agroindústria, têxtil, cerâmica e metal-mecânica), no extrativismo e na pecuária. A pesca também desempenha importante papel na economia do país. Os principais centros industriais são Joinville e Blumenau.

2.2.2 Ambiente e Saúde (Saneamento e Poluição Ambiental)

Conceitualmente, a saúde ambiental compreende práticas intra e intersetoriais e transdisciplinares sobre as relações dos seres humanos com o ambiente, com vistas ao bem-estar, à qualidade de vida e à sustentabilidade. Visa à identificação de situações de risco ou perigos no ambiente que possam causar agravos, doenças e/ou incapacidades e mortes com o objetivo de se adotar ou recomendar medidas para a promoção da saúde e prevenção à exposição de situações de risco.

A Vigilância em Saúde Ambiental atua intersetorialmente, com outros órgãos da administração estadual como Secretaria de Desenvolvimento Econômico Sustentável, FATMA, Defesa Civil, EPAGRI e CIDASC, entre outros órgãos. Apesar dos avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde, parte da sociedade catarinense ainda vive problemas de saúde decorrentes de um quadro de vulnerabilidades socioambientais, expressos nos indicadores sociais e de saúde.

Devido à abrangência e complexidade da área de saúde ambiental, foram identificadas, para o Estado de Santa Catarina, como áreas prioritárias de atuação:

- Vigilância da qualidade da água para consumo humano;
- Vigilância de populações expostas a solo contaminado;
- Exposição humana a contaminantes atmosféricos;
- Riscos decorrentes de desastres naturais e/ou antropogênicos;
- Participação na fiscalização do transporte rodoviário de produtos perigosos;
- Avaliação e inspeção da destinação do esgotamento sanitário;
- Avaliação do gerenciamento e destinação adequada dos resíduos de serviços de saúde;
- Vigilância ambiental do cólera;
- Monitoramento de situações emergenciais e substâncias químicas.

Contexto Sócio Econômico Ambiental Regional

Em Santa Catarina, a região da Bacia Carbonífera é reconhecidamente uma das áreas mais degradadas ambientalmente. A atividade econômica da mineração do carvão foi responsável pelo comprometimento da qualidade das águas de grande parte dos rios (70%) e contaminação de aproximadamente 6 mil hectares de solo. As principais atividades econômicas da região hoje se concentram na extração mineral e indústria cerâmica.

A macrorregião Nordeste é considerada uma das mais importantes áreas industrializadas do Sul do país, com presença de indicadores de degradação ambiental originários do acelerado

processo de industrialização e urbanização local. Apresenta como principal atividade econômica o pólo de concentração de indústrias do ramo eletrometalmeccânico.

No Vale do Itajaí os efluentes urbanos e industriais, a ocupação das margens dos rios e a atividade agrícola intensiva, principalmente do arroz no Baixo Vale, têm produzido problemas relacionados com a contaminação das águas e o assoreamento dos canais fluviais. A Bacia do rio Itajaí, intensamente povoada e com significativa rede de cursos e vales fluviais, tem se caracterizado pela frequência de inundações em períodos de precipitação acentuada, cujos efeitos são agravados pela ocupação inadequada e pela degradação dos rios. Apresenta a maior concentração de indústrias do setor têxtil e de vestuário na América Latina.

No oeste catarinense (meio e extremo oeste), a agroindústria se destaca com a criação intensiva de aves e suínos, o que tem provocado danos ambientais como a contaminação intensa do solo e fontes de abastecimento de água, por coliformes fecais, problema que se agrava nos períodos de estiagens, quando se verifica, a exemplo dos últimos anos, a falta generalizada de água para consumo humano, tanto na área rural quanto urbana.

Ao longo do litoral, a partir da urbanização desenfreada das últimas duas décadas, verificou-se a tendência de formação de uma extensa mancha urbana contínua. Os balneários vêm apresentando condições de balneabilidade prejudicadas pela má destinação dos esgotos domésticos e industriais, que muitas vezes são conduzidos por valas, córregos, rios e canalizações pluviais até a praia. Destaca-se que toda essa área apresenta como uma das principais atividades econômicas da região o turismo.

Nas regiões serranas e norte catarinense destaca-se o setor de base florestal com impactos ambientais significativos devido à grande quantidade de resíduos madeireiros gerados aliados a emissão de gases como dióxido de enxofre, dióxido de carbono, óxido nítrico, metano, seja pelo desmatamento ou pelas queimadas ou pelos resíduos deixados a céu aberto, somados aos impactos ambientais decorrentes da monocultura de espécies exóticas como o *pinus*. O setor abrange indústrias madeireiras, moveleiras, de papel e de papelão.

Saneamento e Saúde Ambiental

O saneamento compreende um conjunto de serviços, infra-estruturas e instalações operacionais de abastecimento de água potável; esgotamento sanitário; limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos; e drenagem e manejo das águas pluviais urbanas.

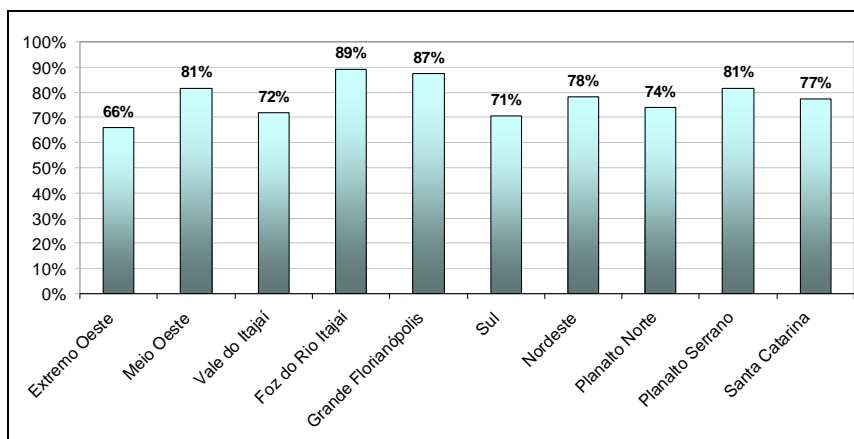
A falta de condições adequadas de saneamento básico, além de afetar a saúde humana, eleva os gastos do setor com o tratamento às vítimas de doenças decorrentes da falta de

abastecimento de água tratada, sistema universal de coleta e tratamento de esgoto, lixo e águas pluviais.

É possível considerar, a partir da análise dos indicadores de cobertura relacionados ao saneamento básico, tendo como fonte de informação o SIAB, que há importantes desigualdades regionais, sendo que a macrorregião de saúde do extremo oeste tem os indicadores mais baixos para todos os serviços de saneamento básico.

Analisando o indicador de cobertura para a rede de abastecimento de água (Figura 54) observa-se que dentro do Estado, as macrorregiões da Foz do Rio Itajaí e Grande Florianópolis apresentam os melhores indicadores, com mais de 85% das famílias tendo acesso a rede geral de abastecimento. A mais baixa cobertura situa-se na macrorregião do Extremo Oeste, com 66% das famílias possuindo abastecimento de água por rede geral, em 2010, o que equivale dizer que aproximadamente 35% das famílias são abastecidas por água não tratada.

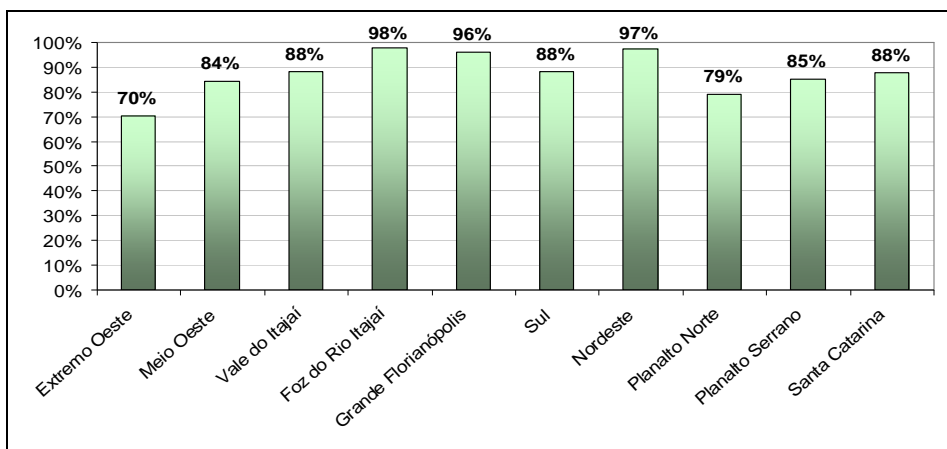
Figura 54: Percentual de famílias abastecidas por Rede Geral de Abastecimento de Água, por Macrorregião, em Santa Catarina, 2010.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

Em relação à coleta de lixo (Figura 55), a situação é bastante parecida com os resultados observados para água e reafirmam as macrorregiões que devem ser consideradas como áreas prioritárias de atuação para avaliação dos indicadores de doenças e agravos decorrentes de situações inadequadas de disposição de resíduos.

Figura 55: Percentual de famílias atendidas, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo, por município, Santa Catarina, 2010

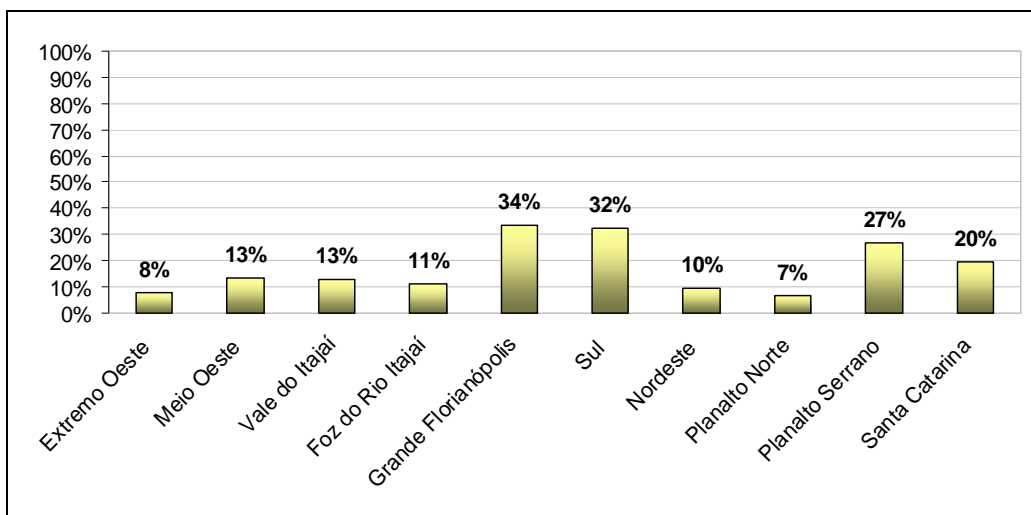


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

A coleta e tratamento do esgotamento sanitário é o serviço mais deficiente no Brasil e em Santa Catarina (Figura 56), sendo que os pequenos municípios apresentam dificuldades para obtenção de recursos de financiamento, uma vez que os recursos previstos no PAC estão direcionados para grandes empreendimentos.

As excreções humanas podem transmitir uma série de doenças, tais como: hepatite A, febre tifóide, cólera, amebíase, giardíase, verminoses e diarreias infecciosas. Por esse motivo, é fundamental o destino adequado dos esgotos domiciliares, impedindo que ele entre em contato com o ser humano, águas de abastecimento, alimentos e vetores. Só a coleta não é suficiente já que o esgoto coletado e não tratado é conduzido por tubulações para despejo “in natura”, transformando rios e mares em focos para disseminação de doenças, afetando a qualidade da água e o ecossistema ambiental.

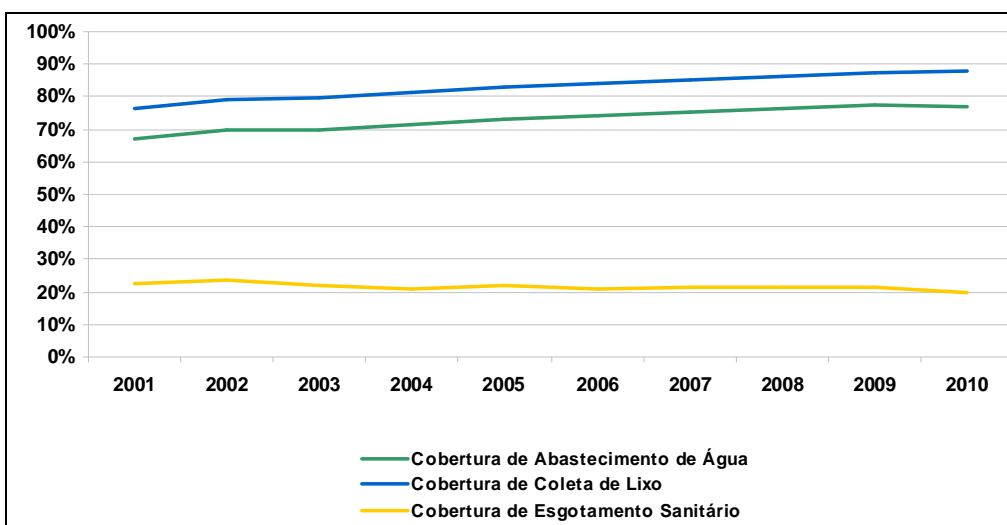
Figura 56: Percentual de famílias com cobertura de esgotamento sanitário, por rede geral pública, por macrorregiões, em Santa Catarina, 2010.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

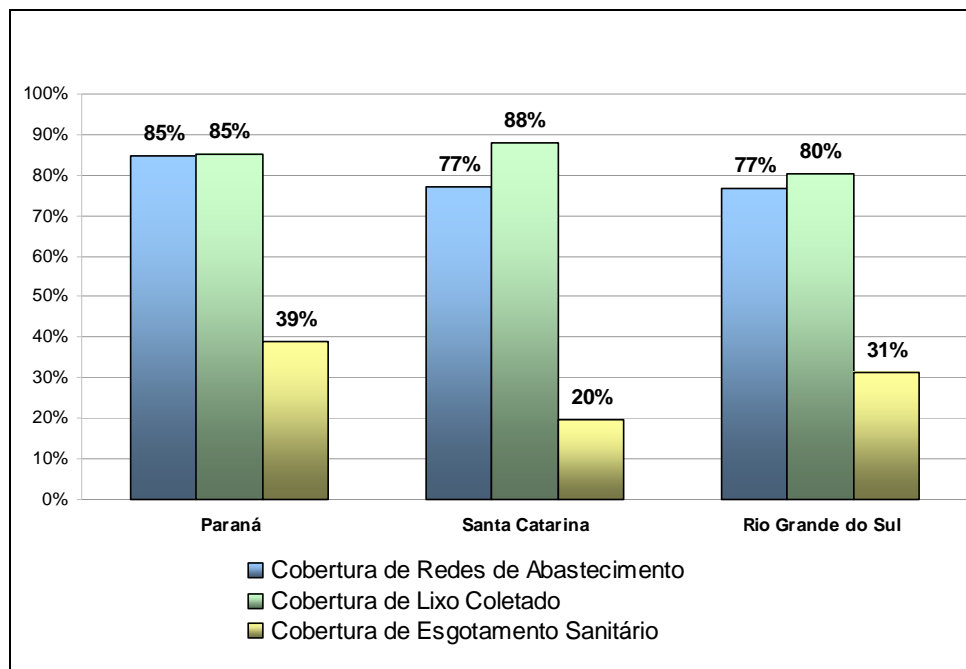
Análise da cobertura e acesso aos serviços públicos de saneamento em Santa Catarina, entre 2001 a 2010 revela que a situação praticamente não evoluiu no período, principalmente em relação ao esgotamento sanitário, o que leva Santa Catarina a se situar como o estado de mais baixa cobertura de esgotamento sanitário na Região Sul do Brasil (Figura 58).

Figura 57: Percentual de famílias com cobertura de saneamento básico. Santa Catarina, 2001 a 2010.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

Figura 58: Percentual de cobertura de saneamento básico. Região Sul, 2010.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da água para Consumo Humano consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir que a água consumida pela população seja potável, evitando riscos e agravos à saúde humana decorrentes do consumo de água contaminada, em determinado território.

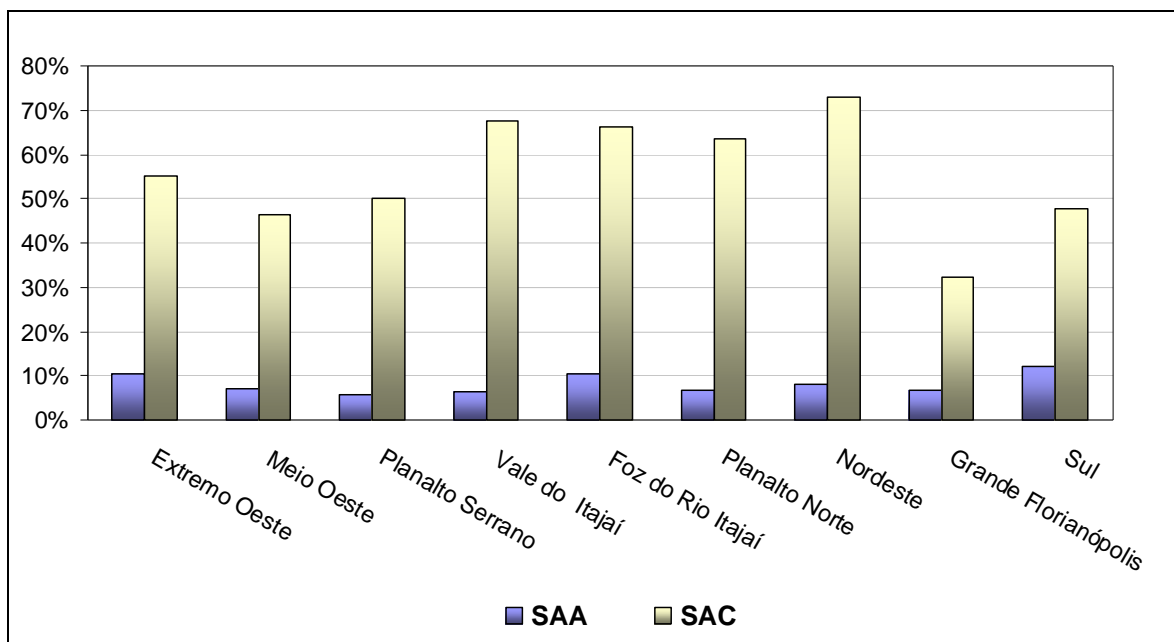
Desde 2008 a SES realiza a vigilância da qualidade da água através da coleta e análise de amostras fornecida por Sistemas de Abastecimento de Água (SAA), Soluções Alternativas Coletivas (SAC) e Soluções Individuais (SAI).

Vale lembrar que a capacidade laboratorial instalada da rede de laboratórios LACEN não é suficiente para o atendimento do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água, preconizado pelo MS, tanto em número de amostras, quanto para as determinações previstas na legislação. Outra deficiência refere-se ao número e distribuição espacial dos laboratórios regionais existindo regiões e municípios que distam em torno de 300 km de um laboratório de baixa complexidade para análise de água.

Analisando os dados de 2009 do Sistema de Informação da Qualidade da água (SISÁGUA), observa-se que dos 293 municípios, 72 (25%) não alimentaram o SISAGUA com parâmetros microbiológicos para Sistema de Abastecimento de Água (SAA). O isolamento de coliformes totais na água, embora não guarde uma relação exclusiva com re-contaminação de origem fecal, serve como indicador da integridade do sistema de distribuição. Águas insuficientemente tratadas, sem a garantia de cloro residual livre, podem permitir o acúmulo de sedimentos e de matéria orgânica e promover o desenvolvimento de bactérias, incluindo aquelas do grupo coliforme, vindo a causar surtos de agravos à saúde.

No Estado observa-se que as macrorregiões Nordeste, Planalto Norte, Vale do Itajaí e Foz do Rio Itajaí são as que apresentam o maior percentual de amostras fora do padrão para coliformes totais em SAC.

Figura 59: Percentual de amostras fora do padrão para coliformes totais, segundo a forma de abastecimento de água. Santa Catarina, 2009.



Fonte: Sistema de Informação da Qualidade da Água - SISAGUA, 2009.

Dos 221 (75%) municípios que alimentaram o sistema em 2009, 36 (16%) possuíam padrões de qualidade da água em situação muito crítica para o SAA (mais de 50% dos laudos em desacordo). Para as Soluções Alternativas Coletivas (SAC), 183 (57%) municípios não alimentaram o sistema. Dentre os 110 municípios que apresentaram parâmetros microbiológicos no SISAGUA para SAC, 75 (68%) tiveram situação muito crítica.

Quanto à turbidez para SAA, 218 (74%) alimentaram o SISAGUA e desses, 84 (38%) possuíam situação muito crítica em relação ao padrão. Chama a atenção o fato de 75 (29%) municípios não apresentarem resultados analíticos para turbidez no SISAGUA, para SAA

Em 2010, de 293 municípios, 252 (86%) possuíam cadastros no SISAGUA de SAA e outros 41 (14%) municípios apresentaram apenas cadastro de SAC. A meta prevista para o estado, na Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), era de 90% dos municípios com dados de cadastro dos SAAs.

No estado, também em 2010, 31 municípios não apresentaram nenhuma informação quanto a dados de cadastro no SISAGUA.

O cadastro é a primeira informação a ser registrada no Sistema, sem a qual nenhum laudo de análise de água pode ser incluído, portanto, sem quaisquer informações no que tange a qualidade da água.

O SISAGUA foi concebido para ser uma ferramenta para o desenvolvimento das ações do VIGIAGUA. Tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar os dados gerados rotineiramente de forma a produzir informações necessárias à prática da gestão municipal da saúde da população de determinado território.

Resíduos de Serviços de Saúde

Os resíduos de serviços de saúde (RSS) são parte importante do total de resíduos sólidos urbanos, não pela quantidade gerada, mas pelo potencial de risco que representam. A atividade hospitalar é responsável pela geração da maior quantidade e os instrumentos reguladores da matéria são a RDC ANVISA n° 306/04 e a Resolução CONAMA n° 358/05. Estes versam sobre o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (GRSS) em todas as suas etapas e concentram seu controle na inspeção dos serviços de saúde, com vista à saúde humana e ambiental.

No período de 2004 a 2008, foram realizadas inspeções nos estabelecimentos hospitalares do Estado, com o objetivo de verificar o cumprimento da legislação vigente quanto ao GRSS. A partir de 170 roteiros de inspeção sanitária aplicados nos estabelecimentos hospitalares, estabeleceu-se uma série histórica com informações sobre: geração, segregação, acondicionamento, coleta, transporte e armazenamento, observando-se que 61% dos hospitais apresentaram o PGRSS no momento da inspeção.

Apesar dos resultados da pesquisa indicarem melhorias significativas no decorrer do tempo, a situação dos hospitais do Estado está muito aquém do esperado, principalmente quanto à implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos.

Esta pesquisa foi realizada somente em hospitais, sendo que há aproximadamente 7.500 estabelecimentos geradores de RSS no Estado.

Na medida em que os técnicos de vigilâncias municipais participam da elaboração dos PGRSS das Unidades Básicas de Saúde e de outros serviços assistenciais das Secretarias Municipais de Saúde, o conhecimento passa a ser incorporado de tal forma que as inspeções e avaliações dos PGRSS em outras unidades não próprias será facilitado. Cabe a gestão municipal assumir a liderança no correto gerenciamento de RSS, a começar pelas unidades próprias. A Vigilância Sanitária Estadual cabe o apoio nas capacitações, na educação continuada, no treinamento em serviço, no monitoramento e análise da situação.

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Vigisolo)

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Vigisolo) tem como competência a identificação de populações expostas ou sob risco de exposição a solo contaminado a fim de recomendar medidas de promoção da saúde ambiental e humana, prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e agravos decorrentes da contaminação do solo por substâncias químicas.

O trabalho de identificação de áreas com populações expostas, ou sob risco de exposição a solo contaminado, conta, apenas, com 30 áreas identificadas no estado de SC. Este resultado não representa um censo das áreas de risco existentes, mas o resultado de um esforço de capacitação dos técnicos do estado para uma ação intersetorial e contínua, tanto em relação à identificação de áreas com populações expostas, quanto na complementação e qualificação das informações levantadas.

Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade do Ar (Vigiar)

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade do ar é um programa de vigilância e prevenção dos riscos à saúde humana decorrentes da exposição aos contaminantes presentes no ambiente atmosférico.

O programa encontra-se em fase de implantação no estado de Santa Catarina e tem como objetivo “identificar, monitorar e prevenir as doenças e os agravos relacionados aos diversos contaminantes atmosféricos seja eles de origem natural e/ou antrópica (proveniente de fontes fixas, de fontes móveis, de atividades relativas à extração mineral, da queima de biomassa e/ou de incêndios florestais), contemplando estratégias de ações intersetoriais.

No ano de 2010, conforme pactuado pelo estado na PAVS (2010-2011), foi aplicado o instrumento de identificação de Municípios de Risco – IIMR, em 23 municípios da Macrorregião

Sul de Santa Catarina. Essa ferramenta tem a finalidade de construir parâmetros para hierarquização de municípios com situações de maior probabilidade de impacto da poluição atmosférica, visando ações de vigilância e atenção integral nos serviços de saúde.

As situações de risco se antecipam às situações de surto e outras emergências em saúde, decorrentes da má qualidade do ar. As ações do Vigiar contribuem para subsidiar a qualificação das políticas estaduais de desenvolvimento econômico e socioambiental sustentáveis.

Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Decorrentes dos Desastres Naturais (Vigidesastres)

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos desastres naturais e/ou antropogênicos tem como objetivo desenvolver um conjunto de ações continuadas para reduzir a exposição da população aos riscos de desastres com ênfase nas inundações, deslizamentos, secas e incêndios florestais, assim como na redução da carga de doenças e agravos a estes relacionados.

As atividades desenvolvidas pelo Vigidesastres destinam-se ao atendimento de demandas dos municípios atingidos por desastres “naturais” e ou “antropogênicos”, em parceria com os demais órgãos da Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil. As enchentes, deslizamentos, enxurradas, estiagens, furacão, vendavais, geadas, tempestades e ventos fortes são os principais processos causadores de desastres no estado de Santa Catarina.

Durante o período de 2008 a 2011, houve 163 mortes decorrentes de desastres em Santa Catarina, sendo que somente em 2008 foram 135 vítimas, a maioria provocada por deslizamentos no Vale do Itajaí, resultante de múltiplos fatores e aliados a ocupação de áreas de encosta e sujeitas a maior instabilidade e riscos.

Outro fator de grande impacto são as perdas materiais e danos aos serviços essenciais como o abastecimento de água potável, a iluminação pública, as vias de transporte, as condições estruturais dos serviços de saúde como unidades básicas de saúde, hospitais, transportes de emergência, laboratórios, almoxarifados de medicamentos, comprometendo total ou parcialmente esses serviços em momentos de extrema fragilidade e ameaças a integridade humana.

O despreparo das equipes de saúde em situações de eventos extremos também é uma constante e recorrente nas ações diretas de atendimento da população atingida, principalmente nos locais de abrigo e unidades de internação de pacientes.

A ausência de um plano de preparação e resposta para atuar em situações de emergência como enchentes, enxurradas e deslizamentos (mais frequentes em nosso estado), eleva o nível de preocupação, aliada a inexistência de políticas efetivas para a construção de unidades de saúde,

laboratórios, hospitais, o que fragiliza o sistema de saúde e aumenta consideravelmente os gastos públicos.

Na promoção da saúde e prevenção de riscos muito pode ser feito junto às comunidades locais. Simulados em locais recorrentes atingidos por desastres, melhoram a capacidade de resposta da população e minimizam os riscos materiais e humanos. Programas educativos e informativos sobre doenças epidêmicas que normalmente preocupam a população durante e principalmente após a ocorrência de um desastre. Melhoria das condições de trabalho das equipes de saúde municipais, regionais e estadual, para ação de campo.

Quanto à gravidade, os desastres se configuram em situações de emergência ou estado de calamidade pública.

VIGIAPP – Vigilância em Saúde Ambiental relacionada a Acidentes com Produtos Perigosos

A Vigilância em Saúde Ambiental participa intersetorialmente de todas as operações de fiscalização do transporte de cargas perigosas nas rodovias federais e estaduais de Santa Catarina, em conjunto com a Defesa Civil, Secretarias da Fazenda, da Agricultura, Cidasc, Conselho Regional de Química, dentre outros. No entanto, devido à falta de recursos humanos, não há um trabalho sistemático de levantamento do número de acidentes químicos ocorridos em Santa Catarina, quais substâncias estiveram envolvidas, os impactos ambientais decorrentes desses acidentes, entre outras ações que poderiam compor uma análise situacional.

Monitoramento Ambiental do Cólera

Dentre as doenças e agravos de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA), destaca-se a cólera que continua a ser um risco presente, com o vibrião circulando em pelo menos três continentes – África, Ásia e Oceania, além do registro da recente epidemia no Haiti, América Central. Por ser um problema de saúde pública grave, podendo potencialmente causar muitas mortes, propagar-se de maneira rápida e eventualmente no âmbito internacional, e afetar as viagens e o comércio. Uma resposta bem coordenada, oportuna e eficaz é de importância primordial.

Embora seja impossível impedir a entrada da cólera no país, a propagação da doença dentro do estado pode ser evitada com a detecção e confirmação oportuna e resposta adequada.

A Vigilância em Saúde Ambiental coordena o monitoramento ambiental do cólera em SC, sendo este realizado através da colocação e retirada de mechas, pelas Vigilâncias Municipais de Imbituba, Porto Belo, Itajaí, Navegantes e São Francisco do Sul.

Como parte do programa, foi analisada em 2010 um total de 104 mechas colocadas em águas portuárias e periportuárias, não sendo isolada nenhuma amostra positiva para *V. cholerae*.

Importante atualização da vigilância epidemiológica da cólera foi repassada pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais de Saúde, em fevereiro de 2011, recomendando o monitoramento ambiental do *Vibrio cholerae* no esgoto sanitário devido ao aumento do fluxo migratório entre o Haiti e o Brasil.

Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada às Substâncias Químicas

A vigilância da saúde de populações expostas a substâncias químicas trabalha com os riscos à saúde, agudos e crônicos, decorrentes da exposição humana às substâncias químicas como agrotóxicos, produtos químicos industriais ou domésticos, metais, solventes, etc.

Entre os grupos de risco destacam-se os trabalhadores e suas famílias, constituindo comunidades que residem no entorno de áreas industriais e fortemente agrícolas.

Para apoiar esse processo está em discussão nas diferentes áreas técnicas que trabalham a questão relacionada a substâncias químicas, a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória, dentre elas as intoxicações por substâncias químicas.

2.2.3. Educação

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 48 apresenta a síntese de indicadores sobre os níveis educacionais da população maior de 15 anos no país. Santa Catarina encontra-se em posição de destaque em relação aos indicadores nacionais. O número de alfabetizados na população com idade de 15 anos e mais implica numa melhor inserção desta população no mercado de trabalho. O percentual nacional de indivíduos com oito ou mais anos de escolaridade, em torno de 54,54% no Brasil, na região Sul sobe para 56,96%, sendo a região Sudeste a que apresenta o maior percentual (60,62%). Santa Catarina (60,04%) supera o desempenho nacional, ficando próximo ao percentual da Região Sudeste (60,62%). Dentre os estados da região Sul, assume posição de destaque, ficando o Paraná com aproximadamente 58,52% e o Rio Grande do Sul com um pouco mais de 53,77%.

Importante ressaltar o bom comportamento do Estado também quanto ao analfabetismo (4,41%), menos da metade do comportamento nacional (9,96%) 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.

Tabela 48: Indicadores educacionais da população na idade de 15 anos e mais, segundo regiões do Brasil e estados da região sul, 2009.

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	10,73	11,21	10,26	12,65	11,69	24,23	51,43
Nordeste	19,41	21,06	17,89	19,08	12,66	24,55	43,7
Sudeste	5,81	5,25	6,32	7,46	8,38	23,54	60,62
Sul	5,45	5	5,87	7,17	9,14	26,73	56,96
Paraná	6,57	5,81	7,27	8,67	9,65	23,16	58,52
Santa Catarina	4,41	4,12	4,69	6,99	8,56	24,41	60,04
Rio Grande do Sul	4,97	4,73	5,19	5,87	8,97	31,38	53,77
Centro-Oeste	8,18	8,24	8,12	10,14	9,08	24,18	56,6
Brasil	9,96	10,16	9,78	11,13	9,94	24,38	54,54

Fonte: IDB, 2011.

2.2.4. Promoção da Saúde

A Política Nacional de Promoção a Saúde possui como objetivo a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Se constitui por meio de articulação e integração dos princípios e diretrizes, assim como das ações desenvolvidas por diversas áreas. Naquilo que se propõe essencialmente às atividades de vigilância em saúde, tais como a atenção primária, as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, assim como outras políticas públicas setoriais, objetivando a potencialização dos recursos e tecnologias disponíveis, para que de maneira consistente e sistemática possa se materializar o direito universal à saúde através da promoção e proteção dos indivíduos dentro de ambientes ecologicamente equilibrados.

Deste modo, a formulação e implementação de propostas nos diversos níveis de manifestação dos fenômenos poderão variar de acordo com as características da situação epidemiológica dos agravos ou doenças objetos da atenção à saúde em dado momento e também de acordo com o grau de desenvolvimento, disponibilidade de recursos e capacidade técnico-operacional das diferentes áreas e instituições responsáveis pelo “cuidado” a ser ofertado em dada situação.

A Política Estadual de Promoção da Saúde, ainda em desenvolvimento, propõe como objetivo o incremento da qualidade de vida através da promoção da saúde, vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e da vigilância de acidentes e violências. Destaca-se assim o incentivo de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; a prevenção de fatores de risco de doenças e agravos à saúde; o incentivo a atenção às doenças e agravos não transmissíveis em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; e o incentivo a adoção de práticas do viver sem violência dando ênfase à cultura da paz.

Esta política propõe como estratégias: a divulgação e implementação da Política de Promoção a Saúde, o desenvolvimento de ações intersetoriais para prevenção de fatores de risco à saúde e a implementação de ações de prevenção aos agravos decorrentes das causas externas (acidentes e violências) para diminuir o impacto no perfil de morbimortalidade da população e promover a saúde e estímulo à cultura de paz.

Um dos grandes desafios desta Política é o desenvolvimento de ações intersetoriais. Estas envolvem estruturas e organizações de trabalho diferentes.

2.3. GESTÃO EM SAÚDE

Este eixo trata dos componentes da organização da gestão de ações e serviços de saúde incluindo monitoramento e avaliação das políticas, contemplando os instrumentos de gestão do SUS.

2.3.1 Regionalização

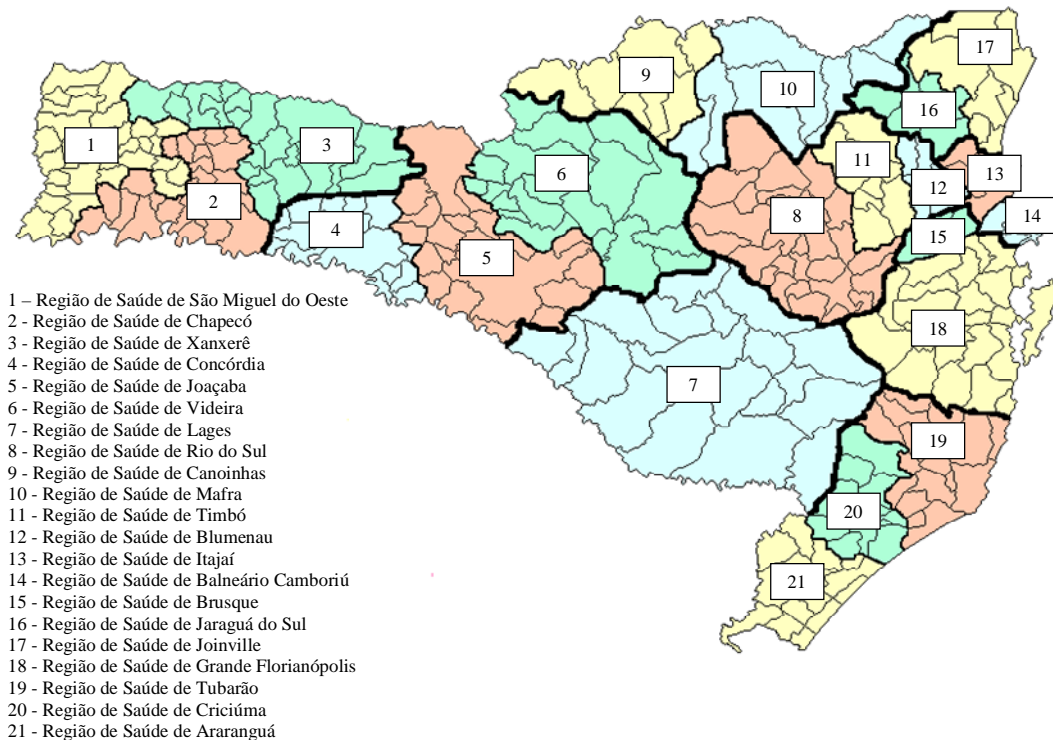
A Regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços e os processos de negociação e pactuação entre os gestores através da utilização de instrumentos de planejamento.

2.3.1.1 Plano Diretor de Regionalização

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) elaborado em 2002 e reformulado em 2008, buscou definir um plano de regionalização para o nosso Estado, além do simples desenho de referências o PDR buscou estabelecer o modelo assistencial do Estado, identificando os municípios de referência considerando o movimento natural das populações em busca das ações e serviços capazes de resolver suas necessidades de saúde. Propôs-se a reorganização da assistência, redefinindo os fluxos de pacientes e de investimentos que devem ser estabelecidos e garantidos por meio de processos reguladores e de acordos firmados por meio da Programação Pactuada Integrada – PPI.

Seguindo essas diretrizes o PDR, configurou se em 09 (nove) Macrorregiões de Saúde e 21 (vinte e uma) Regiões de Saúde.

Figura 60: Configuração das Regiões de Saúde e Macrorregiões de Saúde, 2009.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização - 2008

Ainda não se consolidou como importante instrumento de gestão, uma vez que sua utilização não ocorreu por todas as áreas técnicas da SES, sendo utilizados vários desenhos dependendo das conveniências.

Com a intenção de concretizar a proposta de regionalização solidária e cooperativa, com o objetivo de avançar na integração das ações e serviços e incrementar o desempenho do SUS em termos de acesso, equidade, eficiência econômica, eficácia clínica e de saúde coletiva, bem como, a qualificação dos profissionais de saúde, sua satisfação e a satisfação dos usuários, o Estado iniciou em maio de 2009 o **Projeto de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde**.

O desenho de Redes de Atenção à Saúde faz-se combinando quantidade e qualidade dos serviços, bem como condições de acesso. A situação ideal é obtida pela concomitância de acesso dos usuários a serviços de saúde de qualidade, produzidos com os benefícios de economias de escala. Quando houver conflito entre quantidade (escala) e acessibilidade, como acontece em regiões de baixa densidade demográfica, deve prevalecer o critério do acesso.

As redes de atenção à saúde têm como elementos constitutivos: a população adstrita, o modelo de atenção, que organiza o seu funcionamento, articulando os componentes, as

intervenções sanitárias, a população e a estrutura operacional. Esta última estruturada por cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação (concentrado na Atenção Primária à Saúde); os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e a governança das redes.

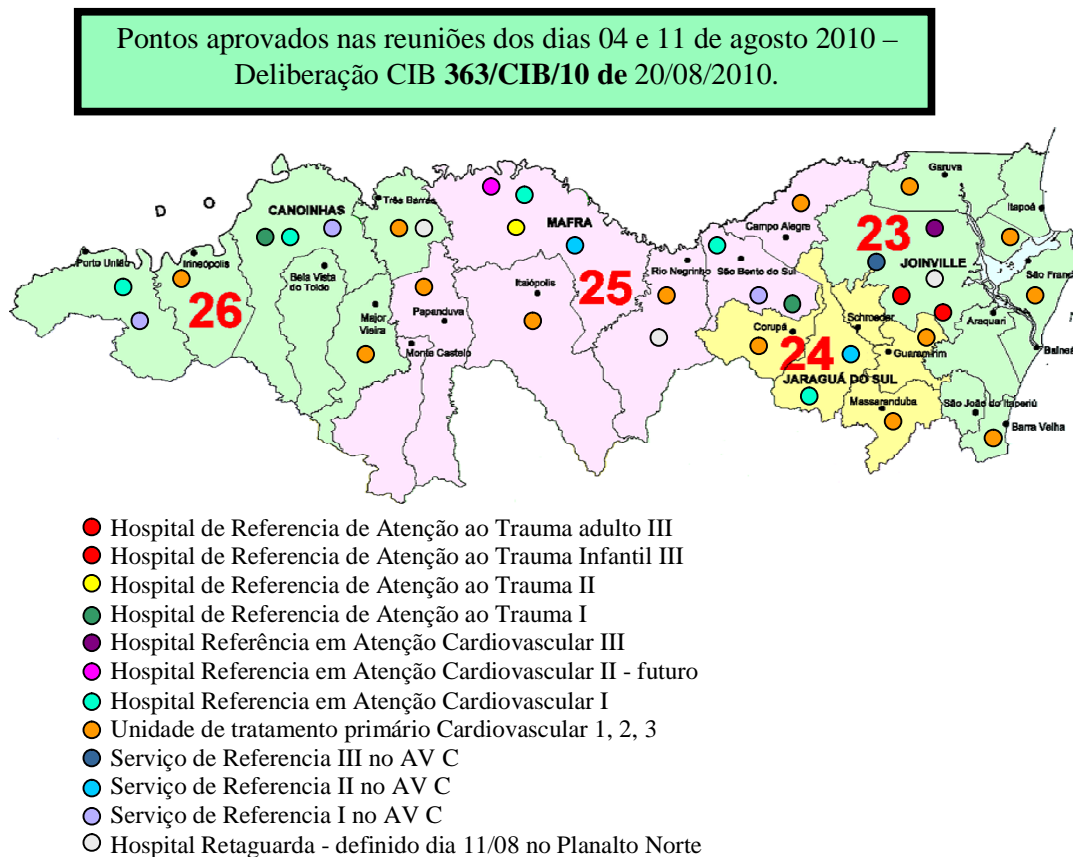
O processo das redes de atenção à saúde iniciou nas macrorregiões nordeste e planalto norte totalizando 26 municípios.

Para a construção da rede utilizou-se a metodologia de oficinas de trabalho para discussão e consolidação dos pontos de atenção, como a Atenção Básica, Serviços Especializados, Urgência e Emergência e a Rede Hospitalar.

A rede de urgência e emergência foi aprovada através de Deliberação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Foi definida uma tipologia própria para o Estado, que constitui em pontos de atenção da rede de trauma, atenção cardiovascular e acidente vascular cerebral, conforme apresentado na Figura 61.

Figura 61: Pontos de atenção de Urgência e Emergência aprovados pela CIB/2010.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização - 2008

Toda esta rede será regulada pelas Centrais de Urgência e Emergência do Serviço Móvel de Urgência (SAMU-192) e pela regulação estadual e municipal em processo de estruturação.

A estratégia fundamental de mudança proposta pelo Governo do Estado, através deste projeto, é a implantação de sistemas integrados, com a formação de Redes de Atenção à Saúde, capazes de responder às condições agudas e crônicas existentes no Estado.

Cada município destas macrorregiões elaborou o Plano de Fortalecimento da Atenção Básica, utilizando os atributos da Atenção Primária à Saúde, definidos por *Barbara Starfield, 2002* (Primeiro Contato, Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Resolutividade e Participação Popular).

Para que a Atenção Primária coordene o processo da formação das redes de atenção à saúde é necessário a instrumentalização das equipes e a mudança no processo de trabalho, além de investimentos para transformação do modelo vigente.

2.3.1.2 Plano Diretor de Investimento

O Plano Diretor de Investimento tem por objetivo direcionar os recursos de investimentos para a construção de redes assistenciais de saúde, de forma que estas possam tornar-se resolutivas e coerentes ao Plano Diretor de Regionalização. Para avaliar a necessidade de investimentos é necessário realizar um diagnóstico da existência e/ou suficiência tecnológica, com vistas à oferta de serviços necessários à conformação dos módulos assistenciais e da qualificação das regionais de saúde.

Atualmente o Estado de Santa Catarina não possui um Plano Diretor de Investimento aprovado.

2.3.1.3 Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

Outro instrumento de gestão é a Programação Pactuada e Integrada (PPI) que é um processo instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações e serviços de saúde.

A PPI tem o objetivo de organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população.

O recurso referente ao Bloco de Financiamento de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar está alocado na PPI que orienta a alocação dos recursos financeiros e

define os tetos financeiros de cada município considerando tanto sua população como as referências recebidas de outros municípios.

Os critérios e parâmetros utilizados para a definição da alocação dos recursos devem ser discutidos e pactuados tendo como pano de fundo os princípios da integralidade, regionalização e descentralização.

Nas responsabilidades gerais da gestão do SUS consta o dever de organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando uma rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, sendo este ainda um dos desafios.

Todos os municípios têm a responsabilidade de acompanhar a execução da PPI assegurando o acesso da população, consolidando a lógica da referência e contra-referência.

Apesar do Estado de Santa Catarina ter uma PPI extremamente atualizada e pautada em parâmetros, constata-se ainda a dificuldade do cumprimento da PPI em razão da oferta ainda estar baseada na lógica de mercado e não na necessidade do usuário.

A PPI é um processo de construção que está evoluindo, que ainda tem dificuldades de entendimento e operacionalização, bem como a insuficiência de alguns serviços.

2.3.2 Financiamento

A Constituição Federal prevê a co-responsabilização financeira das três esferas de governo para a 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, no entanto, 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.

Os valores apresentados no Quadro VI 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 2005 a 2009. Observa-se o cumprimento das metas da EC 29.

Quadro VI: 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, 2005 a 2009.

Ano	Recursos Próprios (%)
2005	10,79
2006	13,09
2007	13,35
2008	12,47
2009	12,14

Fonte: SIOPS / 2011

No Quadro VII, 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 2005 a 2009.

Quadro VII: 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, 2005 a 2009.

Ano	Pessoal, Encargos e Diárias	%	Outras Despesas Correntes	%	Capital	%	Total
2005	317.901.482,17	34,86%	500.089.074,97	54,85%	93.827.996,36	10,29%	911.818.553,50
2006	356.326.443,14	30,57%	726.524.545,59	62,33%	82.810.119,98	7,10%	1.165.661.108,71
2007	377.409.771,26	30,85%	802.314.797,87	65,58%	43.749.143,50	3,58%	1.223.473.712,63
2008	449.331.690,50	32,15%	859.967.621,93	61,53%	88.442.857,58	6,33%	1.397.742.170,01
2009	483.446.290,05	30,47%	1.029.122.601,47	64,87%	73.889.574,21	4,66%	1.586.458.465,73

Fonte: SIOPS / 2011

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 49). No período entre 2006 e 2009, o valor de recursos transferidos aos estados no nível nacional teve um aumento de 47,76%, observando-se variações no percentual de acréscimo entre os estados e regiões. A Região Sul foi contemplada com 48,11%, sendo Santa Catarina o estado mais beneficiado (57,90%). Uma análise mais atenta permite verificar que mesmo com maior percentual de incremento no período,

Santa Catarina permanece com o segundo menor valor per capita da região em 2009 (R\$ 228,07), superando a média nacional (R\$ 224,73).

Tabela 49: Distribuição per capita/ano dos recursos financeiros de transferência intergestores dos estados da Região Sul e Brasil, no período de 2006 a 2009.

Variáveis	Paraná	Santa Catarina	Rio Grande do Sul	Região Sul	BRASIL
Ano					
2006	157,07	144,44	171,42	160,08	152,09
2007	165,91	158,74	185,42	172,16	172,61
2008	190,82	208,07	214,97	204,15	196,65
2009	227,58	228,07	251,46	237,09	224,73
Incremento	44,89%	57,90%	46,69%	48,11%	47,76%

Fonte: Sala de Situação do Ministério da Saúde, 2011

Desde 2008, 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 aporte tecnológico. Entretanto, nos anos analisado os blocos da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde, foram os que obtiveram uma redução no percentual dos recursos distribuídos em aproximadamente de 10% e 30% respectivamente. Entretanto no período de 2006 a 2009, houve um acréscimo de 57,9% na distribuição per capita dos recursos nos blocos. (Tabela 50).

Tabela 50: Distribuição per capita/ano e percentual dos recursos financeiros de transferência intergestores para os blocos de financiamento em Santa Catarina no período 2006 a 2009.

Blocos	2006		2007		2008		2009	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Atenção Básica	36,02	24,93%	39,50	24,88%	44,41	21,34%	51,21	22,46%
Média e Alta Complexidade	91,68	63,47%	101,54	63,97%	125,53	60,33%	148,41	65,07%
Vigilância em Saúde	4,62	3,20%	4,97	3,13%	17,03	8,19%	5,64	2,47%
Assistência Farmacêutica	11,35	7,86%	11,49	7,24%	18,66	8,97%	18,59	8,15%
Gestão do SUS	0,61	0,42%	0,89	0,56%	1,61	0,78%	2,17	0,95%
Diversos	0,16	0,11%	0,35	0,22%	0,82	0,40%	1,11	0,49%
Investimentos	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,94	0,41%
Total	144,44	100,00%	158,74	100,00%	208,07	100,00%	228,07	100,00%

Fonte: Sala de Situação do Ministério da Saúde, 2011

A síntese da posição das despesas liquidadas segundo fonte de recursos no exercício 2010 está apresentada na Tabela 51, sendo que Descentralização da Média e Alta Complexidade foi o programa com maior aporte de recurso no ano analisado, correspondendo a R\$ 805.146.697,98,

equivalente a 49,91% do total de despesas liquidadas, sendo que destes R\$ 321.673.759,62 foram de recursos próprios o equivalente a 30,48%.

Os recursos alocados nos itens Estratégia de Saúde da Família e Descentralização da Média e Alta Complexidade são destinados aos convênios de custeio da SES com as SDRs, municípios e entidades prestadoras de serviços.

Tabela 51: Distribuição das despesas liquidadas segundo fonte e programa, Santa Catarina, 2010.

PROGRAMAS	RECURSOS PRÓPRIOS		OUTRAS FONTES		TOTAL	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Governança Eletrônica	7.235.074,40	0,69	2.070.000,00	0,37	9.305.074,40	0,58
Vigilância em Saúde	6.195.635,05	0,59	21.251.349,55	3,81	27.446.984,60	1,7
Estratégia de Saúde da Família	76.768.404,63	7,27	11.752.634,96	2,11	88.521.039,59	5,49
Descentralização da Média e Alta Complexidade	321.673.759,62	30,48	483.572.938,36	86,67	805.246.697,98	49,91
Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde	7.412.790,37	0,7	5.505.622,59	0,99	12.918.412,96	0,8
Novos Valores	1.260.847,77	0,12	-	-	1.260.847,77	0,08
Comunicação do Poder Executivo	4.384.820,33	0,42	-	-	4.384.820,33	0,27
Gestão Administrativa – Poder Executivo	630.414.289,89	59,74	33.818.090,85	6,06	664.232.380,74	41,17
TOTAL	1.055.345.622,06		557.970.636,31		1.613.316.258,37	

Fonte: Gerência de Orçamento, 2011

A seguir apresentaremos os investimentos realizados pela Secretaria Estadual de Saúde.

A) Investimentos na Atenção Básica

A Secretaria de Estado da Saúde - SES criou o incentivo as atividades de **Expansão e Fortalecimento da Atenção Básica**, em 2007, com os seguintes incentivos na Atenção Básica:

- Incentivo Financeiro Estadual ao Fortalecimento da Atenção Básica, onde inclui as Equipes de Saúde da Família - SF, Saúde Bucal - SB e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF Santa Catarina e aos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS microrregionais; e

- Criação de prêmios aos municípios e às equipes da Saúde da Família com melhor desempenho na avaliação da atenção básica

✓ **PROCIS – Programa Catarinense de Inclusão Social**

O Governo do Estado de Santa Catarina através da Lei nº 14.610, de 07 de janeiro de 2009 instituiu o **Programa Catarinense de Inclusão Social Descentralizado** com o objetivo de incentivar o desenvolvimento regional, social e econômico dos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano – IDH inferior a 90% (noventa por cento) do IDH médio do Estado, sendo efetuado por intermédio da implementação de políticas públicas compensatória, visando à eliminação da necessidade de contrapartida financeira, em todos os convênios a serem firmados pelo Estado com os municípios enquadrados nas disposições desta Lei. Na área da saúde esse Programa será aplicado em 25 municípios do Estado.

B) Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Através da Diretoria de Assistência Farmacêutica, a SES, definiu os seguintes incentivos Estaduais para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica: o incentivo estadual à Assistência Farmacêutica; e à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

A SES, desde 1999, através da Portaria GM/MS nº 176, de 08 de março de 2009, através da Diretoria de Assistência Farmacêutica, instituiu na forma de contrapartida estadual do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, o valor de R\$ 2,00 per capita habitante/ano para 268 municípios, e de R\$ 4,00 habitante/ano para os 25 municípios integrantes do PROCIS.

O incentivo Estadual à Assistência Farmacêutica no Programa de Medicamentos Especiais foi instituído com o repasse R\$ 2,00 per capita habitante/ano para os 293 municípios, conforme elenco de medicamentos estabelecidos.

C) Investimentos na Média e Alta Complexidade

A SES vem investindo na ampliação e estruturação dos serviços de Média e Alta Complexidade no estado, investido nas seguintes áreas: ampliação de leitos de psiquiatria, incentivo hospitalar, rede catarinense de telemedicina, serviço móvel de urgência e emergência (SAMU); transporte paciente em UTI móvel (terrestre e aéreo), ampliação dos leitos de UTI e convênios estaduais.

2.3.3. Planejamento

A SES e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS participam do processo para implantar os instrumentos de gestão no Estado, com a construção dos Instrumentos de Gestão (Planos de Saúde, Relatórios Anual de Gestão e Programação Anual) de acordo com o que é preconizado pela referencia do PlanejaSUS. Para tanto tem realizado cursos nas nove macrorregiões de saúde, possibilitando a participação de técnicos das regionais de saúde e de técnicos e gestores municipais.

A dificuldade para implementar os instrumentos, ocorre por conta da falta de institucionalização das áreas de planejamento no âmbito das secretarias municipais, o que dificulta a realização de um trabalho sistemático e de articulação entre as áreas técnicas, ocasionando dificuldade de visualização do todo, tornando os processos segmentados e pouco eficientes.

Além de contribuir para o fortalecimento da área de planejamento nos municípios o Estado de Santa Catarina desenvolveu alguns planos operativos de diversas áreas de atenção à saúde, com o objetivo de organizar e implantar a Rede Estadual de Atenção no Estado de Santa Catarina, bem como a de determinar o seu papel na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções, sendo estes: deficiência auditiva, cardiovascular, nefrologia, atenção ao portador de doença neurológica, oftalmologia, oncologia, deficiência física, transplantes, traumatologia e terapia nutricional.

Desde 2002 o Estado de Santa Catarina vem desenvolvendo planos de saúde a partir de um amplo diagnóstico do setor saúde bem como a elaboração de Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão que tem evoluído a cada ano na busca de aprimoramento dos mesmos.

2.3.4. Regulação

A Política Estadual de Regulação da Atenção à Saúde, aprovada em 2010, , propõe a estruturação dos Complexos Reguladores no Estado de Santa Catarina, integrando Centrais de Marcação de Consultas e Exames, Centrais de Regulação de Internações e Centrais de Regulação de Urgência.

O processo regulatório em saúde coloca-se como um dos mais importantes instrumentos de gestão para o ordenamento da relação dos usuários com os serviços, do gestor com os prestadores e dos fluxos municipais, intermunicipais e interestaduais, na perspectiva de: garantir o acesso dos cidadãos à Rede de Atenção à Saúde; operacionalizar a hierarquização da saúde em

todo o Estado; otimizar a utilização dos serviços de referência nos espaços supra-municipais, segundo os critérios das necessidades de saúde da população e oferecer sempre a melhor resposta assistencial disponível às demandas existentes.

A Política Estadual de Regulação foi concebida relacionando as proposições do PDR e da PPI, possibilitando, assim, uma articulação e correlação entre os diversos instrumentos de gestão, como também trabalhar a interface com o Controle e Avaliação.

A operacionalização do Sistema será estruturada como: **Complexo Regulador Estadual**, sob gestão da SES; **Complexo Regulador Regional**, sob gestão compartilhada entre SES e SMS que compõe a região; e **Complexo Regulador Municipal** sob gestão da SMS.

O Complexo Regulador Estadual, no estágio de implantação em que se encontra, busca sensibilizar as Unidades Hospitalares próprias da SES, no sentido de aumento da oferta de procedimentos que atendam a demanda dos usuários, inicialmente e prioritariamente no que diz respeito à Central de Regulação de Consultas e Exames (CRC). O quadro abaixo apresenta a situação ainda incipiente de oferta, demonstrando a disponibilização atual dos procedimentos de consultas e exames.

Quadro VIII: Unidades Hospitalares da SES no SISREG.

UNIDADES HOSPITALARES NO SISREG	CONSULTAS				EXAMES			
	CRC	INTERNO	TOTAL	DIF	CRC	INTERNO	TOTAL	DIF
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS - HGCR	2.523	2.300	4.823	223	369	580	949	-211
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE STA CATARINA - ICSC	713	1894	2.607	-1.181	268	1162	1430	-894
HOSPITAL SANTA TEREZA - HST	74	601	675	-527	0	0	0	0
HOSPITA INFANTIL JOANA DE GUSMÃO - HIJG	3538	7065	10.603	-3.527	657	0	657	657
HEMOSC	111	3992	4.103	-3.881	0	0	0	0
MATERNIDADE CARMELA DUTRA - MCD	226	1243	1.469	-1.017	553	225	778	328
HOSP. REGIONAL DR HOMERO DE MIRANDA GOMES	3496	4377	7.873	-881	264	778	1042	-514
CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO	233	1201	1.434	-968	0	0	0	0
HOSPITAL NEREU RAMOS - HNR	478	1426	1.904	-948	95	394	489	-299

Por outro lado, dos 2.739 procedimentos ambulatoriais disponíveis pelo Sistema Único de Saúde – SUS, 94 são totalmente regulados pela CRC tendo em vista a baixa oferta estadual. Destes 94 procedimentos, 16 não possuem protocolo de acesso definido e 78 apresentam protocolos incompletos necessitando de adequação, no sentido de propiciar a qualificação das autorizações pela Regulação.

Atendendo aos propósitos estabelecidos na Política Estadual, no próximo quadriênio o

Estado de Santa Catarina terá estruturado seu Sistema de Regulação que inclui a adequação do Complexo Regulador Estadual, a implantação dos Complexos Regionais e aporte para a estruturação dos Complexos Reguladores Municipais.

A implantação da Política Estadual de Regulação demandará, ainda, maior investimento em capacitação para instrumentalização das equipes reguladoras, no âmbito estadual e macrorregional, para definição e detalhamento do modelo de regulação estadual além de subsídio à elaboração dos protocolos assistenciais de acesso e clínicos.

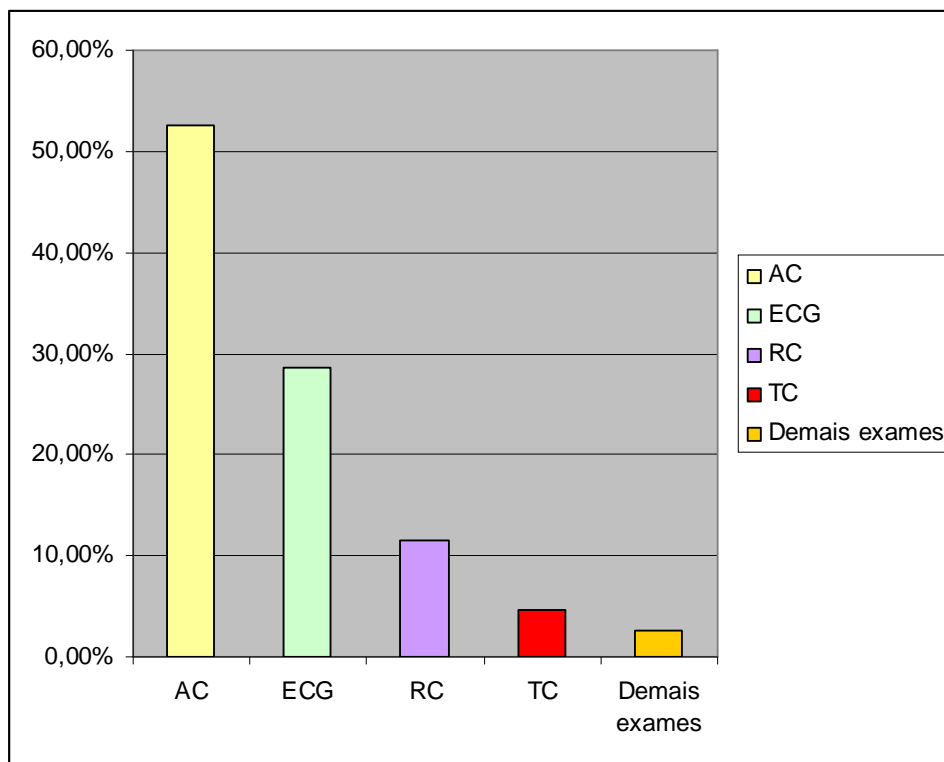
a) Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT)

A Telemedicina nasceu em Santa Catarina com o objetivo de facilitar o acesso do cidadão a exames diagnósticos. Assim, criou-se uma infraestrutura tecnológica que suporta o envio de exames e a emissão de laudos à distância por especialistas que não estejam necessariamente no mesmo local ou cidade do paciente.

Em 2005, a Universidade Federal de Santa Catarina, juntamente com a SES/SC, desenvolveu um sistema de telemedicina. O projeto prevê a oferta de equipamentos de média e alta complexidade, eletrocardiogramas, equipamentos de tomografia computadorizada, ressonância magnética e Raios-X.

No ano de 2010 foram realizados 458.403 mil exames por este sistema em todo o Estado.

Figura 62: Proporção de exames realizados no Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde em 2010.



Fonte: SCTT/SC

No Estado de Santa Catarina, o Projeto é coordenado pelo Grupo Cyclops, em parceria com HU/UFSC, Secretaria de Estado da Saúde, Escola de Saúde Pública do Estado e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). O Telessaúde tem como objetivo contribuir para a qualificação profissional e auxiliar os procedimentos assistenciais da rede de Atenção Primária. Para tanto, as Equipes de Saúde da Família dos municípios credenciados recebem apoio remoto através de serviços de segunda opinião formativa (tele consultorias e suporte a dúvidas clínicas) e de ensino à distância (capacitações, disponibilização de material de aprendizagem multimídia e de alto rigor científico).

Na primeira etapa, o Telessaúde proveu recursos tecnológicos em 100 unidades de saúde do interior do Estado, oferecendo serviços de capacitação continuada aos profissionais da área de saúde. Na segunda etapa, o Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina ampliou o número de municípios participantes (71) oferecendo a todos os serviços de educação permanente.

Em 2010, essas duas ações foram integradas e formaram o Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT). Agora, um único sistema oferece, além de laudos à distância

de diversas modalidades, acesso dos pacientes aos seus exames, palestras temáticas virtuais aos profissionais de saúde, segunda opinião formativa a profissionais da Atenção Básica e também capacitação continuada. Até o mês de agosto de 2010, o STT já estava presente em 259 dos 293 municípios catarinenses, sendo que mais de 193 já têm capacidade de enviar exames à distância. O volume de exames armazenados no sistema já ultrapassou 700 mil e engloba, dentre outros, eletrocardiogramas, exames dermatológicos, análises clínicas, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassom e raio-X.

b) Tratamento Fora do Domicílio.

Através da Portaria SAS/MS Nº 055, de 24/02/1999, o Ministério da Saúde normatizou a rotina do Tratamento Fora de Domicílio – TFD, no SUS, estabelecendo que as despesas relativas ao deslocamento de usuários deste Sistema possam ser pagas através do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, para garantia de acesso a serviços assistenciais fora do município e/ou estado de residência, com base nos códigos da Tabela Unificada dos Procedimentos/SUS, observando-se o teto financeiro definido para cada município/ estado.

Em Santa Catarina, os fluxos, as competências e responsabilidades do TFD estão sendo discutidos com o objetivo de atender à política de descentralização definida no Plano Diretor de Regionalização – PDR.

2.3.5. Auditoria

Tendo como objetivo maior a obtenção da qualidade das ações e serviços prestados no campo da saúde, as ações de auditoria se constituem em atividades de verificação analítica e operativa. Consiste também no exame sistemático e independente de uma atividade, elemento ou sistema, para determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas e com as normas e legislação vigentes.

O serviço de auditoria da SES conta com auditores no nível central (Gerência de Auditoria) e auditores em dezoito Gerências Regionais de Saúde constituindo as Equipes de Controle e Avaliação.

Desenvolve atividades de auditoria com fundamentação no Decreto Federal 1651/95, e está legalmente insituída na SES/SC através do Decreto Estadual Nº 688 de 2 de outubro de 2007 e respectivo Regimento Interno, com a finalidade de: I. Observar o cumprimento das normas inerentes à organização e funcionamento do SUS; II. Acompanhar a execução e desempenho das unidades prestadoras de serviços junto ao SUS; III. Antecipar-se ao cometimento de erros, abusos, práticas antieconômicas e fraude; IV. Contribuir com a implementação de programas,

projetos, atividades, visando a qualidade, eficiência, eficácia e economicidade na utilização de recursos destinados às ações e serviços de saúde do SUS; V. Auxiliar os Gestores do SUS a implementar de maneira eficaz, suas atribuições; VI. Avaliar a satisfação do usuário do SUS sobre a qualidade do serviço e assistência ofertados.

Embora dispondo de legislação específica, ainda se encontra dificuldade na execução das sanções previstas no regimento interno, bem como na adoção, por parte dos auditados, das recomendações contidas nos relatórios de auditoria.

A Gerencia de Auditoria da SES (GEAUD) realiza auditoria, de forma contínua e permanente no âmbito do SUS, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos Tribunais de Contas do Estado, da União e pelos órgãos de Controle Interno do Estado e dos Municípios.

As demandas apuradas pela GEAUD são oriundas das ouvidorias estadual e SES. Ainda, por procura direta do cidadão, Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Setores da SES, Gerências Regionais de Saúde, Gerências da DIPA, alarmes, outros órgãos do governo, Secretarias Municipais de Saúde, Ministério Público, Procuradorias, Controladoria Geral da União, Tribunal de Contas do Estado e da União.

Diante da gama de atividades desenvolvidas pela auditoria, percebe-se hoje dificuldade no tocante à atualização dos profissionais, essencialmente por parte do Ministério da Saúde. Inúmeros cursos de pós-graduação são oferecidos no mercado, sem, no entanto, um foco técnico em auditoria específica no Sistema Único de Saúde.

2.3.6. Contratualização

O gestor pode complementar a oferta de serviços de saúde com serviços privados, quando forem insuficientes as disponibilidades públicas para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área dando preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Neste prisma, o Ministério da Saúde publicou diversas Portarias SAS nº 635/05, GM nºs. 1.721/05, 1.034/2010, em substituição a Portaria GM nº 3.277/2006, que dispôs sobre a participação de forma complementar das instituições privadas de assistência a saúde no âmbito do SUS, criando o Instituto da Contratualização, substituindo os antigos processos de credenciamentos, bem como, atendendo os critérios da Lei nº 8.666/93, que estabelece que toda compra de serviço deve ser realizada através de convênio ou contrato administrativo.

Atualmente o Estado de Santa Catarina conta com 620 prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares que estão sob gestão estadual, destes somente 164 prestadores estão contratualizados de acordo com a legislação atual, portando 456 ainda mantêm vínculo com o SUS através de credenciamento.

Identificamos algumas dificuldades quanto ao processo de contratualização, como: a falta de interesse dos prestadores em aderirem aos editais, não possuir o rol de documentos exigidos no edital, principalmente Alvará Sanitário e CND's – Certidões Negativas de Débitos com diversas esferas e limitação de teto financeiro de acordo com a PPI da Assistência.

A partir do ano de 2004, o Ministério da Saúde, publicou novas Portarias criando uma nova política para habilitação de Unidades em Alta Complexidade, revogando as Portarias anteriores.

Com a criação dessas políticas conseqüentemente as Portarias que passaram a definir os critérios para habilitações ficaram mais criteriosas, tanto é que naquele momento para que os Estados pudessem habilitar as suas Redes de Alta Complexidade o Ministério da Saúde estipulou um prazo de três anos, para que os profissionais se especializassem nas áreas exigidas.

Para habilitação em Cardiologia e Ortopedia o Ministério da Saúde passou a exigir um Enfermeiro Coordenador com título de especialista na área a fim, reconhecido pelo MEC. Para tanto naquele momento o MS habilitou os serviços com pendências a serem sanadas dentro do prazo estipulado.

Atualmente o MS não habilita mais nenhum serviço que esteja com pendências, de acordo com as exigências de cada portaria específica.

2.3.7. O Pacto de Gestão em Santa Catarina.

O processo de formalização do Pacto pela Saúde foi através da publicação das portarias ministeriais em 2006, entretanto, foi somente em 2007 que o Estado de Santa Catarina começou a participar mais ativamente desta discussão nacional através da participação de alguns representantes na oficina do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Após este momento, foi instituído o Núcleo de Gestão do Pacto para articular o Termo de Compromisso de Gestão Estadual bem como auxiliar no entendimento da nova Política Nacional de Saúde e fortalecer a adesão dos municípios ao Pacto.

Várias estratégias foram utilizadas para o fortalecimento e o entendimento do processo como um todo, iniciando o mesmo com atividades internas na SES (Secretaria de Estado da Saúde), voltadas a criação de novos processos de trabalho, principalmente atividades relacionadas com as áreas responsáveis pela transferência da gestão das ações e serviços, especialmente o controle e avaliação, a programação, a contratualização dos serviços, o processamento e o pagamento de prestadores.

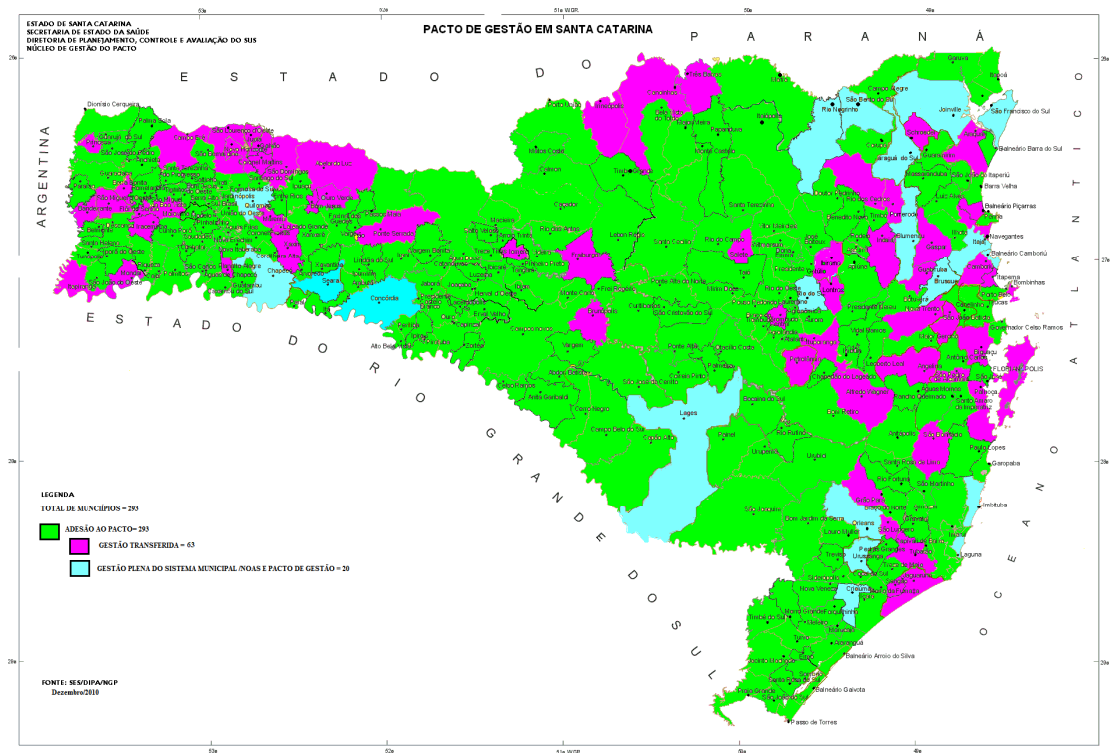
Com todas as estratégias utilizadas pela SES para fortalecer a adesão municipal ao Pacto de Gestão, encerramos o ano de 2010 com 100% de adesão ao Termo de Compromisso de Gestão

Municipal, atingindo deste modo a meta proposta para o ano. Entretanto, terem aderido ou assinado o Termo não significa que realmente assumiram os compromissos firmados, deste modo falta uma grande etapa do processo que é consolidar o que representa o Pacto de Gestão em sua essência: **gestão compartilhada e solidária do SUS**.

Atualmente, o Estado de Santa Catarina, encontra-se num importante momento de fortalecer os municípios que estão com o prazo vencido do Comando Único para que eles possam assumir os serviços ou estabelecimentos situados em seus territórios de forma tranqüila. Dos 293 municípios com portaria ministerial, temos 18 municípios com prazos vencidos desde 2008, 26 municípios em 2009 e 125 municípios cujos prazos venceram em Dezembro de 2010 e 17 para 2011.

No mapa abaixo, apresentamos a situação atual do Estado de Santa Catarina quanto à adesão ao pacto de gestão:

Figura 63: Situação atual do Estado de Santa Catarina quanto à adesão ao pacto de gestão, 2011.



2.3.8. Participação Social

A ampliação do processo de formulação e controle da política pública de saúde, envolvendo governo e sociedade foi um dos avanços da Constituição. Essa inovação cria a possibilidade e, simultaneamente, institui os mecanismos para a gestão participativa, cujo objetivo é agregar legitimidade às ações de governo, criando sustentabilidade às políticas e programas propostos.

Os Conselhos e as Conferências de Saúde são espaços institucionais de gestão compartilhada da saúde que, nos últimos anos, têm provocado grande transformação no processo político-institucional.

Em 2011 em Santa Catarina foi realizada a VIª Conferência Estadual de Saúde, etapa preparatória para a 13ª Conferência Nacional, que reuniu 994 participantes de 278 municípios catarinenses, entre usuários dos serviços públicos de Saúde (50%), representantes dos profissionais da área, gestores e prestadores de serviço em Unidades de Saúde.

Os debates desta etapa estadual da 6ª Conferência Estadual de Saúde tiveram foco em sete diretrizes: Financiamento, Controle Social, Gestão, Gestão do Trabalho e Educação, Intersetorialidade, Seguridade Social e Atenção à Saúde.

Organizada pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Conselho Estadual de Saúde, a Conferência reuniu autoridades em Saúde Pública de todo o país, como o médico sanitarista Gilson Carvalho, e culminou com a eleição dos delegados de Saúde que foram representar Santa Catarina na Conferência Nacional, em Brasília.

O Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina é constituído por 32 (trinta e dois) membros titulares e respectivos suplentes, nomeados pelo Governador do Estado, conforme regimento interno aprovado em 15 de julho de 2005.

Apesar dos conselhos de saúde, seja estadual, municipal ou local participarem ativamente, identificam-se atualmente lacunas importantes como a baixa capilaridade das resoluções e deliberações dos Conselhos e Conferências para o conjunto dos representados e a ausência de outras formas de participação, capazes de diversificar e construir novas modalidades de interlocução entre usuários e gestores.

Em 2007 foi aprovada a Política Nacional Estratégica Participativa com o objetivo de acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS, possuindo os seguintes componentes: Gestão participativa e controle social; Monitoramento e Avaliação da Gestão; Ouvidoria e Auditoria.

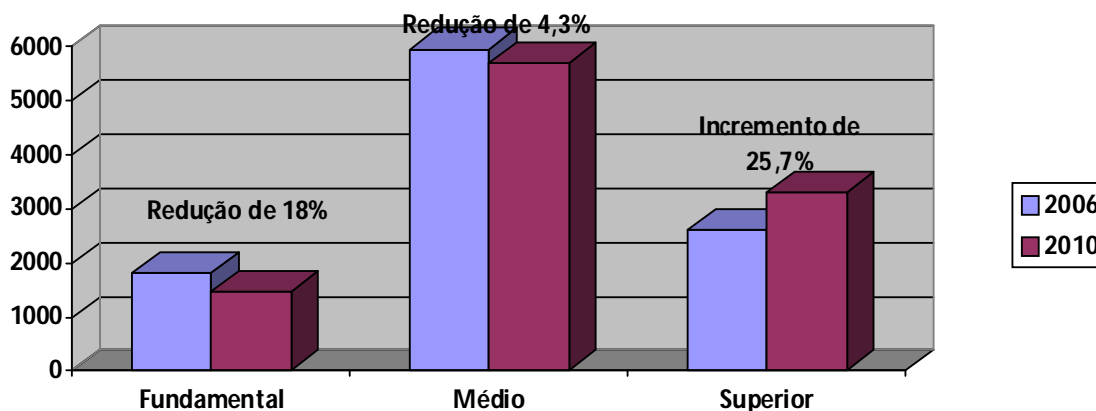
Um dos componentes desta política possui como objetivo o aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS com: a realização da capacitação contínua de Conselheiros de Saúde; a criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre conselheiros de saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem sucedidas destes conselhos; o aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e busca de novos canais de escuta da população; a implantação de Conselhos de Gestão Participativa nos Estabelecimentos de Saúde federais e municipais; e a intersectorialidade adotada como Prática de Gestão.

2.3.9. Gestão do Trabalho

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 indicam um total de 10.761 funcionários lotados na SES/SC, com maior número de pessoal do nível fundamental 13,61. Entre 2006 e 2010 houve um incremento no quadro de pessoal em torno de 3,65%, com maior percentual nos níveis superior 30,63% e médio de 52,93%.

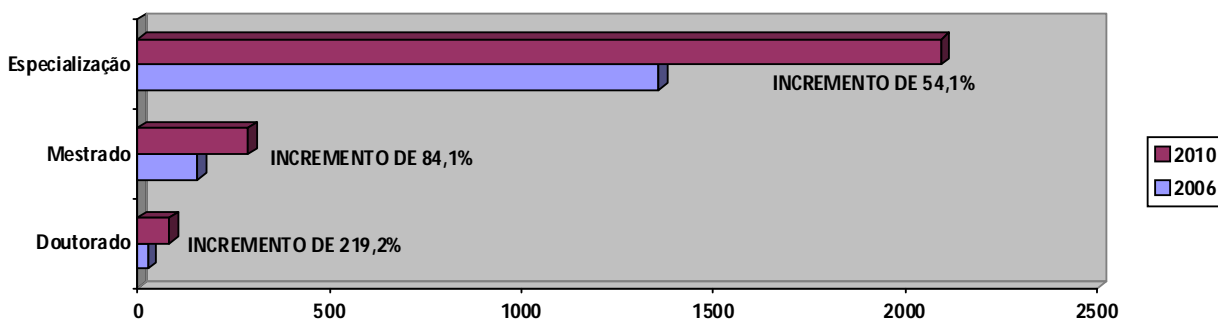
Figura 64: Evolução do número de servidores da SES/SC e percentual de incremento segundo o nível de escolaridade, no período 2006-2010.



Fonte: DIRH- SES, 2010.

Em termos de aprimoramento profissional em nível de pós-graduação, observa-se na Figura 65 um salto qualitativo do quadro de servidores ocupantes das competências de nível superior da SES/SC, no período 2006-2010. O número de servidores especialistas teve um incremento de 54,1%, o de mestres 84,1% e o de doutores 219,2%.

Figura 65: Comparativo do processo de qualificação dos servidores da SES/SC em nível de pós-graduação, período 2006/2010.



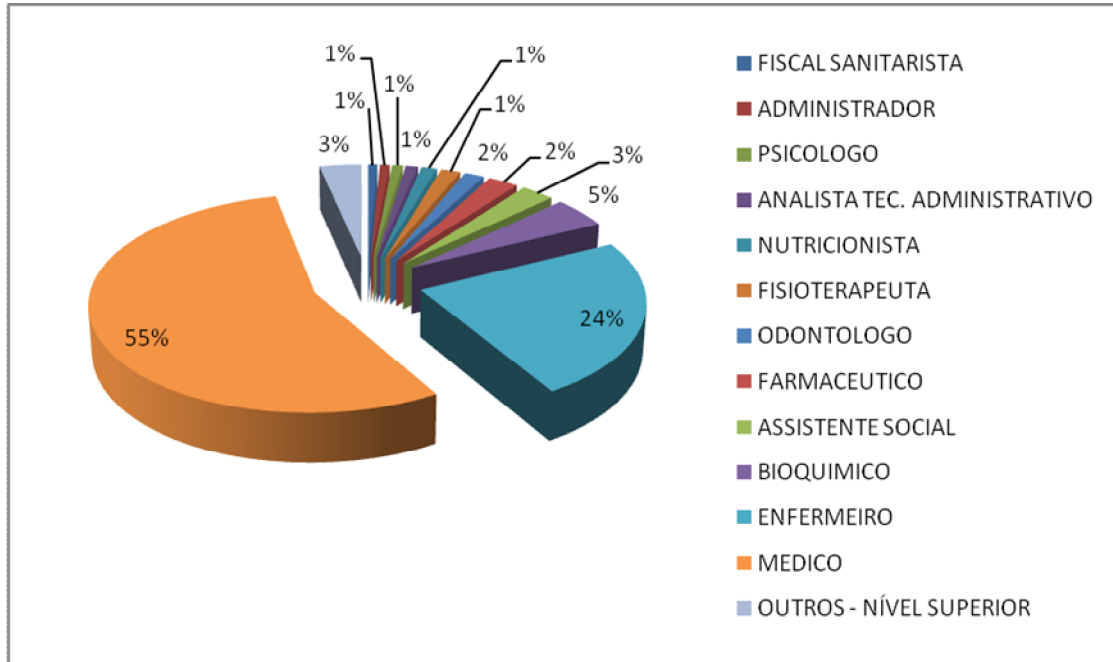
Fonte: Diretoria de Recursos Humanos

Apesar do processo de gestão de recursos humanos ter ganhado força nos últimos anos, principalmente do ponto de vista de qualificação profissional, é inegável a falta de adoção de parâmetros para o planejamento e dimensionamento na área de recursos humanos no SUS. Isso, talvez, deve-se ao fato da imposição de limites no quantitativo de pessoal por conta da Lei de Responsabilidade Fiscal, da necessidade de mecanismos que permitam maior agilidade na admissão de pessoal e da perda de servidores por aposentadorias e exonerações.

A estrutura de recursos humanos na Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais, na lógica do SUS, ainda mantém marcante dissociação entre as áreas de gestão do trabalho, trabalhando de forma isolada e culminando com o desconhecimento da força de trabalho no SUS.

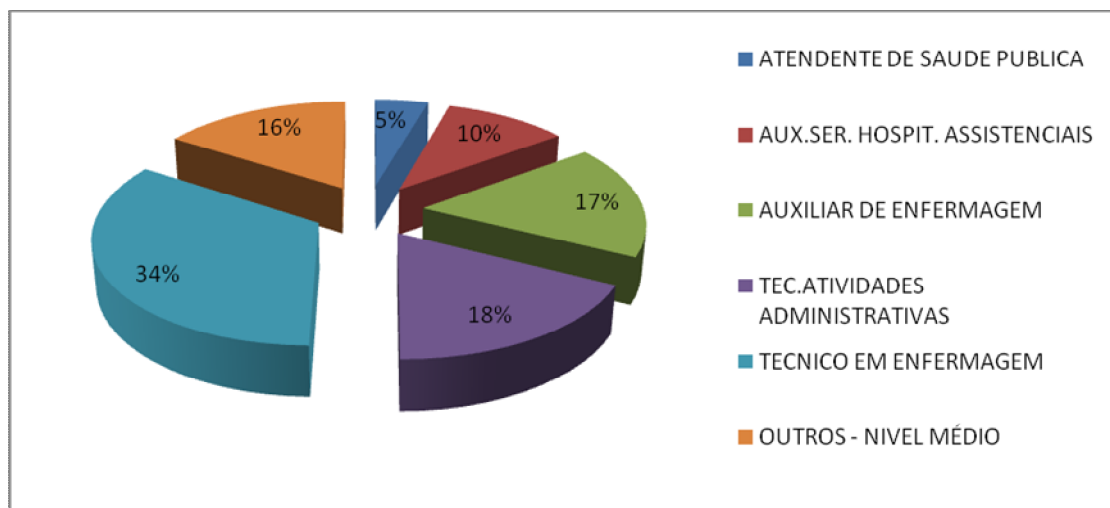
Na análise da composição do quadro de servidores por categoria profissional observa-se que a categoria médica é a mais representativa dos profissionais de nível superior, seguida pelos enfermeiros e bioquímicos que juntos correspondem a aproximadamente 83% dos servidores desse grau de escolaridade. No nível fundamental e médio as categorias mais frequentes são os técnicos em enfermagem (34,0%), técnicos em atividades administrativas (18,0%) e auxiliares de enfermagem (17,0%) de um total de 10.650 servidores ativos.

Figura 66: Distribuição do pessoal de nível superior da SES/SC, segundo categoria profissional, 2010.



Fonte: DIRH- SES

Figura 67: Distribuição do pessoal de nível médio e fundamental da SES/SC, segundo categoria profissional, 2010.

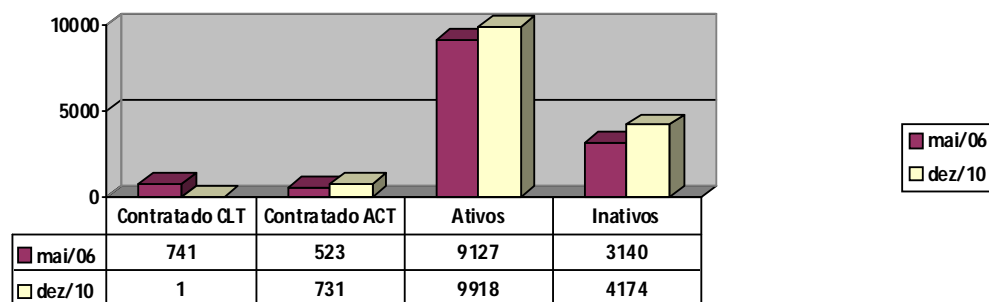


Fonte DIRH –SES

Vínculo da Força de Trabalho da SES/SC

A Figura 68 apresenta o quantitativo de pessoal da SES por tipo de vínculo, e a variação ocorrida entre 2006-2010. Destaca-se a ampliação do Quadro de Pessoal com a reposição dos servidores aposentados no período, e a manutenção da precarização dos vínculos irregulares contratados pela CLT e ACT. Para atender as demandas temporárias e emergenciais a Secretaria, visando à continuidade dos serviços, tem utilizado da contratação em caráter temporário admitida pela Lei Complementar 260/2004. O incremento de pessoal foi positivo mesmo levando-se em conta as aposentadorias ocorridas no período.

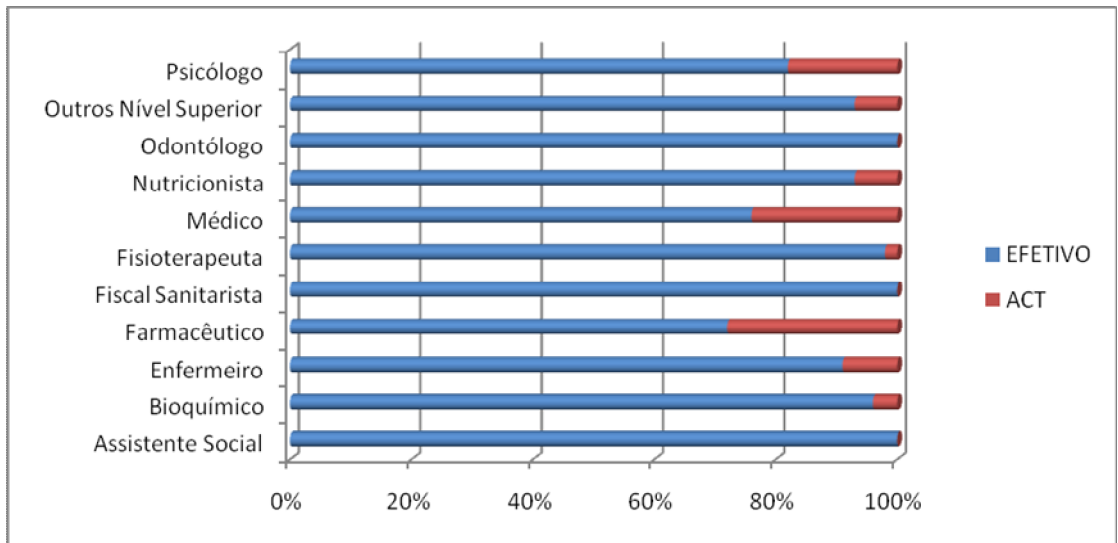
Figura 68: Quadro de Pessoal da SES/SC por tipo de vínculo, período 2006 – 2010.



Fonte: Diretoria de Recursos Humanos

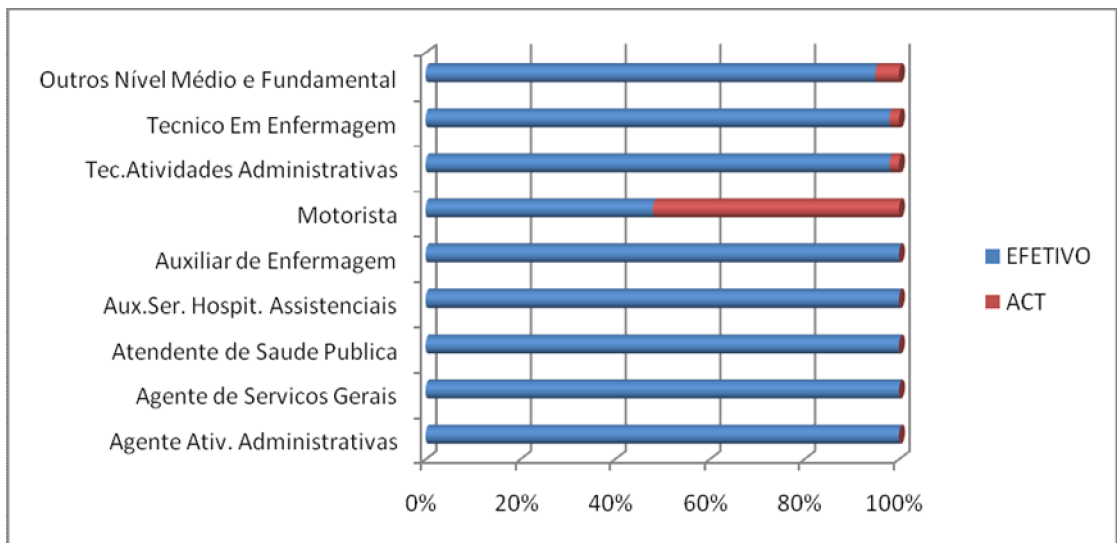
Observa-se entre os servidores de nível superior que algumas profissões (médicos, sanitaristas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos) têm os maiores percentuais de vínculos não estáveis. Salienta-se a participação significativa de vínculos federais no quantitativo atual de farmacêuticos, médicos, nutricionistas e odontólogos que atuam na SES (Figura 69). 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 70).

Figura 69: Distribuição das habilitações de nível superior da SES por vínculo administrativo no exercício de 2010.



Fonte: DIRH- SES

Figura 70: Distribuição das habilitações de nível médio e fundamental da SES por vínculo administrativo no exercício de 2010.



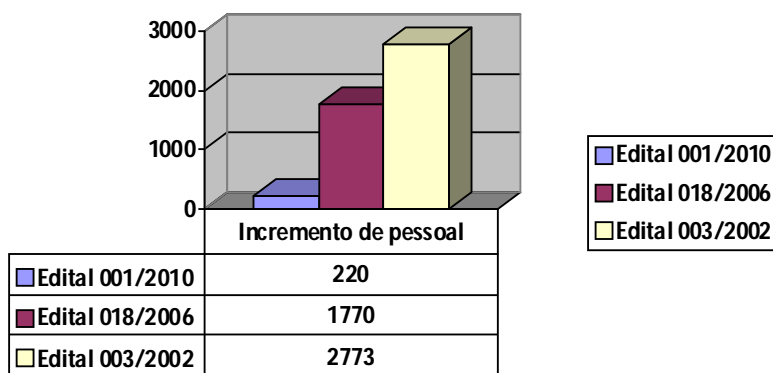
Fonte: DIRH - SES

Ingresso de novos servidores na SES/SC por concurso público

A Secretaria de Estado da Saúde teve forte incremento de pessoal após o ano de 2005 com o lançamento de dois concursos públicos para provimento de cargo efetivo (Edital 001/2010 e Edital 018/2006).

A nomeação dos aprovados nestes concursos representou um incremento de 1.990 servidores no quadro da SES.

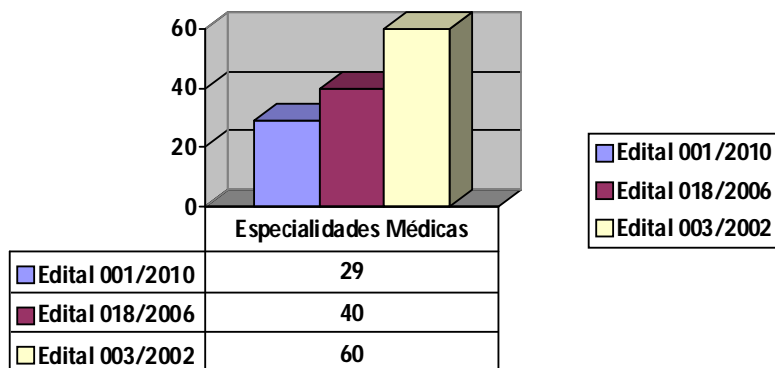
Figura 71: Número de profissionais nomeados nos editais de 2002, 2006 e 2010.



Fonte: DIRH- SES

Destacamos ainda o aumento do número de especialidades médicas advindo das nomeações nos três concursos.

Figura 72: Número de profissionais nomeados nos editais de 2002, 2006 e 2010 nas especialidades médicas.



Fonte: DIRH - SES

No que diz respeito a distribuição dos profissionais no território catarinense, as nomeações por concurso público atenderam diversas regiões, conforme tabela abaixo, organizado por macrorregião de saúde.

Tabela 52: Número de profissionais nomeados por macrorregião de saúde.

Macrorregião de Saúde	Edital nº 003/2002	Edital nº 018/2006	Edital nº 001/2010
Extremo Oeste	60	0	5
Foz do Rio Itajaí	2	0	1
Grande Florianópolis	2007	902	114
Meio Oeste	14	0	1
Nordeste	437	490	41
Planalto Norte	46	55	10
Planalto Serrano	93	304	18
Sul	27	0	2
Vale do Itajaí	87	20	27
Total	2.773	1.771	219

Fonte: DIRH / 2011

2.3.10. Educação Permanente

A Diretoria de Educação Permanente em Saúde tem o papel de fomentar a política de formação, tanto como política de Estado quanto para os serviços próprios da rede estadual de assistência hospitalar e serviços especializados.

O Estado conta atualmente com uma Escola de Formação em Saúde e uma Escola de Saúde Pública.

Estas ações se tornam reais no planejamento e acompanhamento dos estágios curriculares e não curriculares, nas residências médicas, na formação e capacitação de nível técnico, superior e de pesquisa para o SUS, preservando sempre os aspectos éticos das pesquisas por meio do Comitê de Ética, no fomento de instâncias locais planejadoras e de formação abrangendo os 293 municípios catarinenses e na gestão do trabalho no SUS.

Considerando estas ações, no ano de 2010 a operacionalização do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS foi desenvolvido em parceria com o Departamento de Ciência e Tecnologia-DECIT/SCTIES/MS, Conselho Nacional de Pesquisas Científicas e Tecnológicas-CNPq e Fundação de Apoio a Pesquisa Científica e Tecnológica de Santa Catarina-FAPESC Na Chamada Pública 003/2010 - FAPESC/MS/CNPq/SES foram aprovados R\$ 1.879.304,30 para financiar os projetos de pesquisa.

Na gestão dos Processos Seletivos para Médicos Residentes (PSMR), no último ano, houve um incremento de 38 para 42 novos programas. Em 11 unidades hospitalares estão cursando a residência 272 médicos, dez residentes a mais do que no ano de 2009.

Ainda são necessários o credenciamento de novos Programas de Residência Médica (PRM) em áreas como, por exemplo, de saúde da família, cirurgia de coluna, cirurgia do aparelho digestivo e cirurgia plástica e analisar a necessidade do SUS em termos de novas especialidades a ser credenciadas junto à Comissão Nacional de Residência Médica. A possibilidade de criação de um processo seletivo para médico residente unificado no estado precisa ser apreciada, bem como, a capacitação destes em Sistema Único de Saúde, Epidemiologia, Bioética e Estatística, entre outras disciplinas.

Outra política ligada a DEPS diz respeito a Política de Humanização. A SES mantém duas superintendências com o intuito de promover a política, na Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais e na Superintendência de Planejamento e Gestão.

Em 2009 houve a formação de 63 apoiadores institucionais de humanização em todo o Estado, fruto da atuação conjunta da Secretaria de Estado da Saúde juntamente com o Ministério da Saúde e Universidade Federal de Santa Catarina.

Durante os anos de 2008 a 2010, mantiveram-se as reuniões do Comitê de Humanização sob a coordenação da Diretoria de Educação Permanente em Saúde e perpassando também os espaços da pesquisa em saúde, porém existem algumas dificuldades da SES, entre elas de dar encaminhamentos as ações preconizadas pela Política de Humanização dentro da própria SES.

Outra forma de educação permanente se dá no Programa Novos Valores a partir do trabalho conjunto com a Secretaria de Estado da Administração (SEA) e Secretaria de Estado da Educação (SED). Este tem por objetivo assegurar ao estudante a oportunidade de trabalho pela aplicação prática do conhecimento teórico inerente à sua área de formação.

Desde então, 434 estudantes tiveram a oportunidade de estagiar em 13 Unidades da Rede de Serviços Próprios da SES e Administração Central. Deste total, atualmente 200 estagiários estão em atividade.

A educação permanente também tem seu foco no servidor público estadual, sendo que a Política Estadual de Capacitação, implantada desde 2006, tem como diretriz proporcionar condições para que o servidor público venha a ser agente de sua própria capacitação, nas áreas de interesse do respectivo órgão, devendo este promover, divulgar e possibilitar o acesso dos servidores e dirigente às ações contínuas de capacitação, com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços públicos prestados aos cidadãos.

Este plano vem sendo realizado anualmente porem sua aprovação necessita de algumas manifestações de Diretores de Unidades, fato que dificulta sua operacionalização.

Atendendo ao Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2008, ao Pacto de Gestão e a Portaria GM/MS nº 1.996/07, o Estado conta com a formação de dezesseis (16) Colegiados de Gestão Regional, com dezesseis (16) Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES).

Como problemas ligados à política podemos elencar prioritariamente a falta de monitoramento e avaliação sobre as ações de EPS no Estado, a dificuldade em trabalhar com os Sistemas de Informação em Saúde, a fim de utilizá-los para diagnóstico, planejamento e avaliação de ações no cotidiano de trabalho e como instrumento para avaliação das ações de EPS e outras políticas, a insuficiente qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de atenção de urgências e emergências, como também a carência de estrutura física e de recursos humanos em relação às Escolas Técnicas do SUS e da Escola de Saúde Pública nas regiões do estado. Enfrentamos ainda o problema da carência de profissionais de saúde, especialmente médicos especialistas, para estruturar redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde, as dificuldades para a elaboração, execução, monitoramento/avaliação de projetos, operacionalização do financiamento e processos administrativos da PNEPS, as dificuldades para a realização de ações de Educação Permanente em Saúde que fortaleçam a Política de Saúde Mental.

A realização de ações em saúde a partir dos pressupostos da Política Nacional de Humanização, a limitada compreensão do marco teórico/metodológico da PNEPS, ainda ocasiona, dificuldades de implementação de ações segundo os princípios da política e dificuldades para realizar atividades de qualificação de processos no âmbito da Gestão do SUS.

Na política também foi identificada a dificuldade de articulação para o desenvolvimento de projetos descentralizados das Escolas Técnicas em Saúde e Escola de Saúde Pública, bem como a desarticulação dos processos de capacitação entre as diversas áreas da SES.

Em 2007 a SES oportunizou a 536 servidores a participação em 85 eventos totalizando um investimento de R\$ 306.472,36. Em 2008 foram 586 servidores em 90 eventos com a soma de R\$ 316.765,77. Em 2009, foram 481 servidores em 88 eventos com a soma de R\$ 226.199,93 e por fim em 2010, foram 519 servidores em 87 eventos com a soma de R\$ 486.451,43.

Outro espaço de educação permanente em saúde consiste na organização do estágio curricular obrigatório nas unidades de saúde próprias.

Os últimos relatórios quantitativos das unidades hospitalares da SES/SC, apontam que no período compreendido entre o mês de julho de 2009 a julho de 2010, 19 unidades da SES/SC receberam 7.750 estagiários na modalidade “estágios obrigatórios”, provenientes de 43

instituições de ensino oriundos de 14 diferentes cursos de nível técnico-profissionalizante, graduação superior e pós-graduação dos estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul.

Escola de Formação em Saúde

As ações da Escola de Formação em Saúde (EFOS) estão voltadas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, a EFOS atua na Grande Florianópolis e também em outras regiões do estado de forma descentralizada ao ofertar cursos de formação e capacitação atendendo as necessidades das regiões Sul, Norte, Nordeste, Planalto Serrano, Oeste, Meio Oeste e Extremo Oeste.

Um problema a ser enfrentado consiste em que, para viabilizar as ações descentralizadas de formação/capacitação de nível médio no estado, a EFOS precisa necessariamente contar com a parceria das escolas locais de cada região para utilização de seus espaços físicos.

Conforme tabela abaixo, de 2007 a 2010 a EFOS ofereceu 361 turmas em 06 cursos, formando 9.310 profissionais.

Tabela 53: Cursos da EFOS, com quantitativo de alunos e turmas no período 2007-2010.

Curso	Nº de Turmas	Nº de Alunos
Técnico em Saúde Bucal	01	19
Técnico em Enfermagem	24	472
Técnico em Vigilância em Saúde	02	41
Informática Básica	40	754
Informática Avançada	10	150
Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde	284	7.874
Total	361	9.310

Fonte: EFOS

A tabela a seguir demonstra os cursos em andamento em 2011, totalizando 30 turmas, atualmente com 803 alunos.

Tabela 54: Cursos da EFOS em andamento, com quantitativo de alunos e turmas no período 2007-2010.

CURSO	Nº DE TURMAS	Nº DE ALUNOS
Técnico em Saúde Bucal	19	548
Técnico em Enfermagem	06	189
Técnico em Vigilância em Saúde	01	17
Especialização Técnica em Saúde Mental	01	24
Especialização Técnica em Saúde do Idoso	01	25
Total	30	803

Fonte: EFOS

Em parceria com a Comissão Interinstitucional de Ensino e Serviço da 18ª Regional de Saúde a EFOS desenvolve ainda outros cursos para a região.

Escola de Saúde Pública de Santa Catarina

A Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. MSc. Osvaldo de Oliveira Maciel (ESP/SES/SC) foi credenciada pelo Conselho Estadual de Educação em 2006, e se norteia pelos 5 eixos: Gestão do Trabalho no SUS; Atenção e Educação na Saúde; Controle Social; Pesquisa e Extensão; e Humanização como política transversal.

As metas da Escola visam fomentar a organização de cursos *Lato Sensu* e de extensão, realizar o acompanhamento da execução dos projetos, implantar o acompanhamento e avaliação de egressos dos cursos desenvolvidos pela ESP/SES/SC (pós-graduação e extensão) visando à retro-alimentação do processo, assim como planejar e promover pesquisas na lógica da educação permanente, sob orientação dos eixos norteadores das ações da Escola de Saúde Pública.

A Revista de Saúde Pública de Santa Catarina se baseia nos eixos citados e fomenta os subsídios necessários para a produção de conhecimentos em Saúde Pública, por meio do acesso aos artigos publicados semestralmente. A Revista teve sua primeira edição no ano de 2008 nos formatos on-line, digital e impresso, seguida de mais três edições somente no formato on-line: uma em 2009 e duas no ano de 2010 a qual já foi acessado por 14.427 usuários.

Foram realizadas duas pesquisas a primeira intitulada a “**Estratégia Saúde da Família e Análise da realidade social**: subsídios para as políticas de promoção da saúde e Educação Permanente”; e a segunda intitulada de “**Diagnóstico da eficácia dos grupos de trabalho de**

Humanização dos Atendimentos prestados em Hospitais Públicos do Estado de Santa Catarina: percepção de usuários, profissionais e gestores”.

Desde 2007 a ESP vem desenvolvendo cursos de pós-graduação e capacitações. descritos a seguir:

Quadro IX: Cursos de pós-graduação e capacitação oferecidos pela ESP.

Ano/Atividades	Curso Pós- Graduação Lato Sensus	Curso capacitação
2007	Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde	Formação de apoiadores institucionais para a Humanização da Gestão à Saúde
2008		Capacitação PlanejaSUS
		Desenvolvimento gerencial para servidores
		Acolhimento com Classificação de Risco
		Capacitação dos Grupos de Trabalho em Humanização (GTH s)
		Sensibilização dos Gestores Estaduais e Municipais para a Política de Humanização
2009	Saúde do Trabalhador	Capacitação dos Grupos de Trabalho em Humanização (GTH s)
	Saúde Pública	Curso PlanejaSUS
	Planejamento e Gestão da Informação em Saúde	Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais de Saúde
	Especialização em Assistência Farmacêutica	Curso Introdutório do ESF
		Qualificação dos Gestores do SUS
		Oficinas de iniciação para a Atenção Integral à Saúde de pessoas com ostomias intestinais e urinárias
2010		Capacitação PlanejaSUS
		Curso Tabwin
2011	Saúde Pública	Curso Introdutório do ESF
	Saúde Mental	Qualificação de gestores do SUS (à distância)
	Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	
	Especialização em Saúde da Família (UNASUS)	

Fonte: EPS/SES

As ações de educação permanente elencadas acima precisam necessariamente ser fortalecidas, porém a DEPS acredita que vem caminhando a passos largos para a mudança do conceito de educação na saúde, visando à transformação dos processos de trabalho de forma significativa para os trabalhadores da saúde, sendo necessária a articulação das diversas áreas e o incremento financeiro, além da reestruturação das áreas físicas das escolas do Estado.

3. LISTA DE PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

EIXO CONDIÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Morbidade e Mortalidade

- Internações por causas sensíveis da atenção básica e de tratamentos ambulatoriais são causas relevantes de internação no Estado.
- As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias são a principal causas de óbitos no Estado.
- Percentual de óbitos por causa mal definidas ainda é elevado no estado.
- Aumento do óbito e das internações relacionadas as doenças do aparelho respiratório na população acima dos 60 anos, especialmente as crônicas.
- Aumento constante do número de óbitos por causas externas predominância no sexo masculino, com destaque para os acidentes de trânsito.

Grupos Populacionais Específicos

Criança

- Prevalência de aleitamento materno ainda abaixo do recomendado pela OMS.
- Deficiência na atenção à saúde perinatal, elevando o índice de mortalidade infantil no Planalto Norte e Planalto Serrano.
- Ausência de dados que reflitam a realidade da criança / adolescentes em situação de risco no estado.
- Baixa cobertura do teste de orelhinha no estado.

Mulher

- O coeficiente de mortalidade materna é elevado no estado, com destaque nas macrorregiões do planalto serrano e na foz do rio Itajaí.
- Falta de informação sobre o seguimento das lesões intra-epiteliais de alto grau de colo de útero para acompanhar e tratar 100% destas lesões.
- Baixo índice de investigações de óbitos em mulheres em idade fértil.
- Taxa de cesariana (43%) acima do recomendado pela OMS (15%) e em elevação.

- Deficiência de ações de prevenção e atenção à violência contra a mulher.

Adolescente e Jovem

- Elevado índice de Doenças Sexualmente Transmissíveis -DST na adolescência.

Idoso

- Inexistência de um plano operativo estadual de atenção à saúde do idoso para implementar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- Alta taxa de seqüelas evitáveis por doenças crônicas degenerativas na população idosa.
- Elevada incidência de quedas e fraturas em idosos contribuindo para alta taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur.

Trabalhadores

- Falta de mapeamento das áreas e atividades produtivas pelo setor saúde.
- A fragilidade das ações de assistência aos trabalhadores que sofreram processo de intoxicações crônicas.
- Insuficiência de estudos e pesquisa ligados à saúde do trabalhador.
- Alto índice de óbitos na faixa etária produtiva por acidentes de trabalho incluindo acidente de trânsito e outros.
- Ausência de dados que reflitam a realidade sobre o absenteísmo causado por patologias relacionadas ao trabalho, inclusive as ligadas a saúde mental.

Pessoa com deficiência

- Existência de fila de espera na saúde auditiva em diferentes regiões de saúde.
- Centralização da rede de reabilitação visual estadual na Grande Florianópolis.
- Rede de Reabilitação Física não estruturada no Estado.

Indígenas

- Poucas ações em parceria com as instituições que devem promover a intersetorialidade e integralidade da atenção à saúde indígena.
- Inexistência do programa de saúde mental (álcool e drogas) nos municípios de jurisdição de aldeias, como serviços de referencia, para atender os povos indígenas da abrangência das aldeias.

População prisional

- Ambientes inadequados para a promoção de saúde e assistência a população prisional.
 - Inadequação do acesso a saúde que considere as peculiaridades da população carcerária na atenção básica.
 - Não cumprimento de exigências previstas para o recebimento do incentivo específico para a atenção primária à saúde da população carcerária.
-

Áreas de Atenção Especial

Saúde mental

- Insuficiência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e serviços extra-hospitalares (Serviços Residências Terapêuticos e Centros de Convivência).
- Insuficiência de dispositivos de atenção à rede de álcool e drogas, como consultórios de rua, redução de danos e Unidades Residências Terapêuticas transitórios.

Saúde Bucal

- Incidência de cárie e doença periodontal na população em geral.
- Defasagem dos valores de financiamento para as ações de odontologia.
- Oferta de serviços especializados em próteses dentárias principalmente em idosos.
- Ausência de fluxo de referência e dificuldade no atendimento odontológico em nível hospitalar.

Alimentação e Nutrição

- Prevalência de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias.
 - Alta prevalência de anemia em crianças por má situação nutricional.
 - Falta de segurança alimentar relacionado a fatores ambientais, sociais e culturais.
-

Atenção Integral à Saúde

Atenção Básica

- Dificuldade na implantação da Estratégia de Saúde da Família em municípios.

- Dificuldade de fixação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.
 - Inadequação na implementação e implantação no modelo de Atenção Primária à Saúde.
-

Média e Alta Complexidade

Atenção hospitalar

- Deficiência na infra-estrutura da rede hospitalar estadual própria na prestação de serviços de média e alta complexidade.
- Falta de Plano Diretor dos Hospitais e redefinição da vocação dos mesmos conforme necessidade da rede estadual de saúde.
- Hospitais de pequeno e médio porte com baixa resolutividade nas quatro clínicas básicas com a realização exclusivamente das internações clínicas.
- Dificuldade de implantação dos protocolos de acolhimento e classificação de risco.
- Demanda reprimida de cirurgias.
- Flexibilização dos critérios de habilitação de alta complexidade.
- Dificuldade de controle da ocupação dos leitos de UTI em unidades contratadas/conveniadas.
- Falta de fluxo regulamentado da central de regulação dos leitos de UTI.

Urgência e Emergência

Insuficiência da estrutura e qualificação do atendimento pré hospitalar fixo no estado.

Descumprimento pelos municípios da pactuação na corresponsabilidade no financiamento do SAMU.

Vigilância em Saúde

Vigilância Sanitária

- Consumo de produtos e serviços com risco potencial à saúde.

Vigilância Epidemiológica

- Descumprimento aos protocolos clínicos existentes com relação aos

exames de diagnóstico em DST/HIV/AIDS, hepatites virais e sífilis na atenção básica.

- Falta e uso inadequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e Equipamento de Proteção Coletiva (EPC).
- Baixa cobertura vacinal para hepatite B (menor que 95%) em menores de 29 anos e em portadores de HIV.
- Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais.
- Dificuldade na suspeição diagnóstica precoce e tratamento oportuno dos agravos de notificação compulsória.
- Baixa adesão da população susceptível nos 162 municípios com recomendação de vacinação de febre amarela.
- Baixa taxa de diagnóstico etiológico dentre as meningites bacterianas notificadas no estado.
- Risco de infestação pelo Aedes Aegypt e transmissão da dengue no Estado.
- Descumprimento da Legislação de Prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde.

Assistência Laboratorial

- Dificuldade de implantação na Rede LACEN de novas técnicas de diagnóstico.

Assistência Farmacêutica

- Falta de logística para transporte e armazenamento de medicamentos.
- Aumento das demandas judiciais na assistência farmacêutica no Estado.

EIXO - CONDICINANTES E DETERMINANTES

Ambiente e Saúde

- Descumprimento da legislação de potabilidade da água para consumo humano.
- Baixa Cobertura (20%) da rede geral coletora de Esgoto no Estado.

- Dificuldade de mapeamento e identificação de áreas com emissão de poluentes atmosféricos causadores de doenças respiratórias agudas e crônicas.
 - Fragilidade do monitoramento ambiental do vibrio cólera e outros, em áreas portuárias, aeroportos, fronteiras, etc.
 - Gerenciamento inadequado dos RSS em aproximadamente 80% dos hospitais que não possuem o PGRSS efetivamente implantado.
 - Baixa Cobertura (67%) da Rede Geral de Abastecimento de Água no Estado.
 - Grande parte dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA's) não atendem os parâmetros de qualidade da água para o consumo humano estabelecidos na legislação vigente.
 - Deficiência no sistema de prevenção, diagnóstico, tratamento, suporte laboratorial, notificação e investigação das intoxicações e exposições por substâncias químicas.
 - Falta de preparo do setor saúde para atuar em situação de desastres.
 - Ausência de monitoramento da população exposta ao solo com contaminantes químicos (30 áreas cadastradas).
 - Deficiência na utilização do SISÁGUA pelos municípios.
 - Deficiência no atendimento do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da água preconizado pelo MS.
 - Fluoretação inadequada das águas de abastecimento público dos municípios.
 - Deficiência nas ações de controle de roedores.
 - Falta de identificação e ausência de monitoramento de áreas contaminadas/ISSOLO no Estado.
-

Promoção da Saúde

- Deficiência nas ações para promoção da saúde principalmente em locais de alta vulnerabilidade socioambiental.

EIXO DE GESTÃO EM SAÚDE

Regionalização

- Dificuldade de incorporação do novo modelo de atenção à saúde baseado em Redes de Atenção à Saúde.
 - Dificuldade no cumprimento da PPI, por oferta de serviços baseada no mercado e não na necessidade do usuário.
 - Dificuldade de implementação de Redes que contemplem as ações programáticas do Ministério da Saúde.
 - Concentração de serviços especializados de saúde e hospitais com grande capacidade de resolução na macrorregião da Grande Florianópolis.
-

Planejamento

- Falta de institucionalização do processo de planejamento na gestão do SUS.
-

Regulação

- Pouca disponibilização de consultas dos hospitais próprios da SES na central de marcação de consultas.
 - Ausência de determinados protocolos clínicos e de acesso que qualifiquem as autorizações de procedimentos pela regulação.
 - Não implantação da Política Estadual de Regulação da Atenção à Saúde.
-

Auditoria

- Falta de implantação e implementação do sistemas de auditoria.
-

Contratualização

- Baixa adesão a contratualização dos prestadores de serviços do SUS.
 - Fragilidade no processo de monitoramento e avaliação da contratualização de serviços para o SUS.
 - Flexibilização dos critérios de habilitação em alta complexidade.
-

Pacto de Gestão

- Dificuldade dos gestores em assumir os Pactos pela Saúde como ferramenta de gestão.
-

Participação Social

- Não efetivação do Controle Social.
-

Gestão do Trabalho

- Falta de adoção de parâmetros para o planejamento e dimensionamento na área de recursos humanos no SUS.
 - Desconhecimento da força de trabalho do SUS.
 - Existência de vínculos de trabalho precarizados, principalmente no SAMU.
-

Educação Permanente

- Insuficiência de recursos financeiros para os processos de educação permanente.
 - Dificuldade na implementação da Política de Humanização e da Gestão do SUS.
 - Inadequação do Programa de Residência Médica em relação às especialidades e conteúdos programáticos, considerando pouca necessidade do SUS.
-

Informação em Saúde

- Inexistência e/ou inadequação e Subutilização e incompatibilidade dos Sistemas de Informação oficiais.

4. OBJETIVOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

CONDIÇÃO DE SAÚDE

1º OBJETIVO GERAL

✓ **Ampliar o acesso da população aos serviços e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde.**

1ª DIRETRIZ

✓ Aperfeiçoamento e Ampliação da Atenção Básica de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Ampliar a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios com menos de 50 mil habitantes.
- ✓ Ampliar cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios com mais de 50 mil habitantes.
- ✓ Ampliar a cobertura do número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) em relação ao nº de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- ✓ Incentivar a ampliação dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF) para apoiar as Equipes de ESF.
- ✓ Ampliar o valor do co-financiamento da atenção básica de saúde, com incrementos anuais.
- ✓ Co-financiar construção e/ou ampliação, reforma e aquisição de equipamentos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) anualmente.
- ✓ Oferecer apoio institucional para a execução de planificação do fortalecimento da Atenção Básica as 16 Comissões Intergestoras Regional (CIR).
- ✓ Estimular a implementação de terapias integrativas e complementares conforme a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica.

2ª DIRETRIZ

✓ Institucionalização do processo de monitoramento e avaliação da atenção básica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Realizar o monitoramento e avaliação da atenção básica nos municípios anualmente.

- ✓ Institucionalizar um conjunto de indicadores de saúde para a Atenção Básica em Santa Catarina.

3ª DIRETRIZ

- ✓ Aperfeiçoamento e Ampliação da Atenção a Segmentos Populacionais Específicos e/ou Vulneráveis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Reduzir a morbi-mortalidade por causas sensíveis na atenção básica e nas relacionadas ao trabalho.
- ✓ Reduzir os fatores de risco à saúde dos grupos populacionais específicos e/ou vulneráveis.
- ✓ Ampliar e aperfeiçoar o acesso aos serviços de saúde e de reabilitação física, auditiva, intelectual e visual, às órteses e próteses as pessoas com deficiência.
- ✓ Pactuar a integralidade da atenção à saúde indígena nos municípios com população residente.
- ✓ Ampliar e aperfeiçoar o acesso de atenção à saúde da população prisional no Estado.
- ✓ Expandir a implantação de bancos de leite humano no Estado, prioritariamente nas macrorregiões do extremo e meio oeste.

4ª DIRETRIZ

- ✓ Aperfeiçoamento e Ampliação da Atenção das Intervenções Específicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Ampliar e qualificar as ações de saúde mental, álcool e drogas, na atenção básica.
- ✓ Incentivar o aumento da oferta de leitos em hospitais gerais para a atenção em saúde mental, álcool e drogas, conforme legislação vigente.
- ✓ Expandir e qualificar a rede extra-hospitalar efetiva (Serviços residenciais terapêuticos, Centros de Convivência e CAPS) .
- ✓ Ampliar o acesso aos serviços de atenção básica em saúde bucal e aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).
- ✓ Estruturar referencia para atendimento odontológico, em nível hospitalar em um ponto de atenção da rede.

2º OBJETIVO GERAL

- ✓ **Ampliar o acesso da população aos serviços de Média e Alta Complexidade e promover a qualidade, integralidade, equidade e a humanização na atenção à saúde.**

1ª DIRETRIZ

- ✓ Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar Especializada.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Ampliar a oferta de consultas especializadas, ~~cirurgias~~, cirurgias eletivas e exames especializados com a elaboração e cumprimento de protocolos de acesso de forma regionalizada.

2ª DIRETRIZ

- ✓ Ampliação do acesso à rede laboratorial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Estruturar as redes para descentralização dos diagnósticos clínicos.
- ✓ Ampliar a rede pública de laboratórios.

3ª DIRETRIZ

- ✓ Implantação e/ou implementação de atendimento pré-hospitalar móvel e fixo e qualificação das portas de entrada das unidades de urgência e emergência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Ampliar o número de UPAS nos municípios ou regiões de saúde de forma solidária e regionalizada para a população acima de 50.000 habitantes.
- ✓ Ampliar a implantação do protocolo de classificação de risco nos pontos de atenção da rede de urgência e emergência.
- ✓ Ampliar a participação da SES, junto aos fóruns de discussão e instituições reguladores de trânsito.

4ª DIRETRIZ

- ✓ Ampliação do acesso a leitos em unidades intensivas aos pacientes críticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Habilitar novos leitos de UTI/SUS.
- ✓ Regular os leitos SUS de UTI.
- ✓ Habilitar leitos de UTI/SUS neonatal prioritariamente nos locais com maior deficiência.

3º OBJETIVO GERAL

- ✓ **Prevenir e controlar doenças e agravos de riscos à saúde da população decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.**

1ª DIRETRIZ

- ✓ Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Cumprir o Plano de Ação da Vigilância Sanitária, com descentralização para as 09 Macrorregiões de Saúde.

2ª DIRETRIZ

- ✓ Estruturação e ampliação da Saúde do Trabalhador.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Cumprir o Plano de Ação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) com apoio dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST).

4º OBJETIVO GERAL

- ✓ **Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, considerando o perfil epidemiológico de cada região e os grupos populacionais mais expostos.**

1ª DIRETRIZ

- ✓ Vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis e agravos não transmissíveis e inusitadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Intensificar as ações de vigilância epidemiológica.
- ✓ Ampliar a cobertura vacinal contra Hepatite B na população até 29 anos e grupos vulneráveis.
- ✓ Vacinar contra a Febre amarela a população residente nos municípios de risco.
- ✓ Aumentar o percentual de identificação do agente etiológico entre as meningites bacterianas.
- ✓ Eliminar a sífilis congênita.
- ✓ Reduzir a incidência de AIDS em adultos.
- ✓ Reduzir a transmissão vertical do HIV/Hepatite B.
- ✓ Ampliar/Intensificar as notificações dos agravos de notificação compulsória acrescentando as de interesse nacional e estadual no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

5º OBJETIVO GERAL

- ✓ **Promover a atenção à saúde da população mediante a implementação da assistência farmacêutica em todo o Estado.**

1ª DIRETRIZ

- ✓ Implementação de assistência farmacêutica, conforme legislação vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Reduzir a demanda judicial de medicamentos.
- ✓ Fomentar o uso racional de medicamentos no Estado de Santa Catarina.
- ✓ Implantar logística de transporte de medicamentos no Estado de Santa Catarina.

CONDICIONANTES E DETERMINANTES

1º. OBJETIVO GERAL

- ✓ **Reduzir os riscos decorrentes de fatores ambientais e antropogênicos que contribuem para a ocorrência de problemas de saúde na população.**

1ª DIRETRIZ

- ✓ Qualificação de ações específicas para reduzir os riscos de fatores ambientais e antropogênicos.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Ampliar as políticas públicas com prioridade aos grupos vulneráveis.

2ª DIRETRIZ

- ✓ Ampliação e aperfeiçoamento da participação do setor saúde para a promoção de ambiente saudável e sustentável e do acesso ao saneamento básico ambiental (drenagem pluvial urbana, abastecimento de água potável, coleta e tratamento de resíduos sólidos e efluentes).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Monitorar os indicadores de cobertura de acesso à água tratada e potável da população.
- ✓ Fomentar o acesso da população ao saneamento básico ambiental.
- ✓ Ampliar a vigilância da qualidade da água dos municípios.
- ✓ Ampliar a capacidade da rede laboratorial regionalizada para demandas da saúde ambiental.
- ✓ Ampliar a oferta de análises laboratoriais de média e alta complexidade pelo LACEN.
- ✓ Ampliar o monitoramento dos parâmetros laboratoriais do Vigiágua.
- ✓ Monitorar a cobertura de acesso ao sistema de esgotamento sanitário coletado e tratado.
- ✓ Adequar os serviços de saúde à legislação vigente relativa ao gerenciamento dos resíduos dos serviços de Saúde (RSS).

3ª DIRETRIZ

- ✓ Ampliação e aperfeiçoamento do monitoramento da população exposta a substâncias químicas com risco potencial à saúde humana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar os municípios quanto ao potencial de risco para a emissão de poluentes atmosféricos.

- ✓ Identificar e cadastrar áreas contaminadas com população exposta ou potencialmente exposta.
- ✓ Ampliar a cooperação com universidades para o desenvolvimento de pesquisas e monitoramento de áreas contaminadas.
- ✓ Implementar ações de promoção de saúde ambiental articuladas entre as Vigilâncias em Saúde e a Atenção Básica.

4ª DIRETRIZ

- ✓ Fortalecimento das ações de vigilância e controle de vetores, reservatórios e hospedeiros de importância para a saúde pública.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Promover ações intersetoriais e interinstitucionais para a vigilância e controle do *Aedes aegypti*, roedores urbanos e outros vetores.
- ✓ Desenvolver ações de educação ambiental visando à participação da população nas ações de prevenção de riscos e agravos a saúde.

5ª DIRETRIZ

- ✓ Promoção da saúde, prevenção dos riscos e mitigação dos efeitos decorrentes dos desastres de origem natural e antropogênica.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Elaborar e implantar, com participação social, o plano estadual regionalizado para atuar na promoção da saúde, na prevenção de riscos e nas respostas em situações de desastre.

GESTÃO EM SAÚDE

OBJETIVO GERAL

- ✓ Fortalecer a gestão do SUS nas esferas de governo estadual e municipal

1ª DIRETRIZ

- ✓ Aperfeiçoamento da gestão na saúde conforme as diretrizes do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Implantar a Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS nos Hospitais Públicos Estaduais.
- ✓ Aperfeiçoar a Programação Pactuada e Integrada da assistência como instrumento organizador do acesso, nas regiões de saúde e nas linhas de atenção prioritárias.
- ✓ Institucionalizar o processo de planejamento na gestão do SUS, no estado e nos municípios, com base nos Instrumentos de Gestão.
- ✓ Estabelecer Política Estadual de Atenção Hospitalar, na concepção das Redes.

2ª DIRETRIZ

- ✓ Qualificar o acesso aos serviços de atenção básica, média e alta complexidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Cumprir a Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência por meio dos processos de regulação e contratualização dos serviços.
- ✓ Ampliar e fomentar o uso do telessaúde como instrumento de aperfeiçoamento da assistência.
- ✓ Implementar a Política Estadual de Regulação de Atenção à Saúde.
- ✓ Regular todos os leitos de UTI.
- ✓ Monitorar, avaliar, controlar e auditar as ações e serviços de saúde.
- ✓ Implantar centros de referência de especialidades em cada macrorregião do Estado.

3ª DIRETRIZ

- ✓ Fortalecimento da participação e do controle social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Garantir a participação dos conselheiros estaduais nas conferências, plenárias de conselhos e demais fóruns de discussão do SUS.
- ✓ Qualificar e ampliar o serviço de ouvidoria do SUS.

4ª DIRETRIZ

- ✓ Estruturação de serviços para conformação de redes de atenção à saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Implantar a rede cegonha.
- ✓ Ampliar e Reestruturar a Rede Psicossocial.
- ✓ Ampliar e Reestruturar a rede de urgência e emergência.
- ✓ Reestruturar as redes de alta complexidade aprovados em planos operativos estaduais.

5ª DIRETRIZ

- ✓ Qualificação dos profissionais e do controle social por meio da educação permanente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Ampliar o uso da Educação à Distância como ferramenta de capacitação no SUS.
- ✓ Qualificar os trabalhadores do SUS, nas áreas consideradas estratégicas e específicas.
- ✓ Implementar a Política Estadual de Residência Multiprofissional.
- ✓ Ofertar curso de especialização e curso de residência multiprofissional em saúde da família.
- ✓ Ampliar as capacitações para qualificar os serviços e profissionais da urgência e emergência.
- ✓ Realizar capacitações sistemáticas de conselheiros de saúde no Estado.

6ª DIRETRIZ

- ✓ Fortalecimento da gestão do trabalho no SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Estabelecer a Política Estadual de Recursos Humanos para a Saúde, em consonância com a política nacional e gestão do trabalho e educação na saúde.
- ✓ Estimular a inserção dos profissionais da atenção básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação destes profissionais.

7ª DIRETRIZ

- ✓ Promoção e implantação de modelos públicos de gestão em hospitais das informações nos Sistemas de Informação do SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Garantir o Sistema de Saúde Estadual totalmente público e com funcionamento integrado com a rede de saúde.
- ✓ Respeitar a Resolução 003/2010 do CES e a Notificação Recomendatória nº 33.326/2011 do Ministério Público do Trabalho.
- ✓ Retomar gradativamente todos os serviços repassados às organizações sociais no Estado.

8ª DIRETRIZ

- ✓ Qualificação das informações nos Sistemas de Informação do SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Qualificar as informações e causas nas declarações de óbito.
- ✓ Monitorar as internações por causas sensíveis a atenção básica.
- ✓ Monitorar as internações das principais causas de óbito no Estado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Estadual de Saúde tem como objetivo orientar a política da saúde e está em constante aperfeiçoamento devido à intensa dinamicidade que a situação de saúde impõe ao setor.

Na perspectiva técnica este plano deve ser monitorado pela Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da Secretaria de Estado da Saúde e na 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.

O sucesso de um plano de saúde se deve a um processo convergente de esforços e da constituição de parcerias intersetoriais, considerando-se a magnitude e a transcendência dos problemas de saúde e sua multicausalidade.

No contexto da SES/SC, as áreas técnicas específicas devem pautar suas ações tendo este documento como referencial norteador.