



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 - 2023

FLORIANÓPOLIS

2019

GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA

CARLOS MOISÉS DA SILVA

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

HELTON DE SOUZA ZEFERINO

SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE

ANDRÉ MOTTA RIBEIRO

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Carmem Regina Delziovo

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

Vanderlei Vanderlino Vidal

SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

Ramon Tartari

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Raquel Ribeiro Bittencourt

SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Saule Luiz Pastre Júnior

SUPERINTENDÊNCIA DE HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS

Daniel Yared Forte

PARTICIPAÇÃO EXTERNA

Secretaria de Estado da Fazenda

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde

Conselho Estadual de Saúde

Conselho dos Secretários Municipais de Saúde

CONTRIBUIÇÃO TÉCNICA

Superintendências, Diretorias, Gerências e Coordenadorias da SES

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
INTRODUÇÃO	7
1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	8
1.1 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SES	8
1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS	18
1.2.1 Perfil Demográfico, Socioeconômico e Ambiental	18
1.2.2 Perfil Epidemiológico	23
1.2.2.1 Mortalidade Materna	23
1.2.2.2 Mortalidade Infantil	26
1.2.2.3 Morbimortalidade por Doenças e Agravos não Transmissíveis	28
1.2.2.4 Morbimortalidade por Agravos Imunopreveníveis	47
1.2.2.5 Morbimortalidade por Arboviroses e Zoonoses	64
1.2.2.6 Morbimortalidade por Agravos e Doenças Transmissíveis	81
1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis	112
1.3 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	135
1.3.1 Ciência, Tecnologia e Inovação	145
1.4 GESTÃO EM SAÚDE	146
1.4.1 Vigilância em Saúde	146
1.4.2 Atenção Primária à Saúde	147
1.4.3 Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar	154
1.4.3.1 Instituições Assistenciais Hospitalares	154
1.4.3.2 Capacidade Instalada de Leitos Hospitalares SUS	168
1.4.3.3 Média e Alta Complexidade	171
1.4.3.4 Política Hospitalar Catarinense	172
1.4.4 Complexo Regulador – Central de Regulação, Auditoria e Monitoramento dos Serviços	172
1.4.4.1 Central de Regulação de Internações Hospitalares Macrorregionais (CRIH) e Central Estadual de Regulação Ambulatorial – CERA	172
1.4.4.2 Publicização das Filas de Espera do SUS	187
1.4.4.3 Serviço de Telemedicina	189
1.4.4.4 Serviço de Tratamento Fora do Domicílio	192
1.4.4.5 Sistema Estadual de Transplantes	195
1.4.4.6 Controle, Avaliação e Auditoria	202

1.4.5 Assistência Farmacêutica.....	202
1.4.6 Apoio Diagnóstico e Terapêutico	204
1.4.6.1 Laboratório Estadual.....	204
1.4.6.2 Centro de Informações e Assistência Toxicológicas (Ciatox)	205
1.4.6.3 Exames de Apoio Diagnóstico.....	206
1.4.7 Tecnologia da Informação	211
1.4.8 Ouvidoria	213
1.5 FINANCIAMENTO.....	214
1.5.1 Cofinanciamento Estadual da Atenção Primária	217
1.6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	218
1.6.1 Rede Mãe Catarinense - Rede Cegonha.....	218
1.6.2 Rede de Urgência e Emergência	231
1.6.3 Rede de Atenção Psicossocial	234
1.6.4 Rede de Atenção à Pessoas com Condições Crônicas	237
1.6.5 Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa	239
1.6.6 Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.....	241
1.7 PROGRAMAS ESTRATÉGICOS DA SES.....	242
1.7.1 Acreditação.....	242
1.7.2 Qualifica APS.....	243
1.7.3 PlanificaSUS	244
1.7.4 Sala de Situação em Saúde	245
1.7.5 Contratualização dos Serviços de Saúde.....	245
1.7.6 Política Hospitalar Catarinense.....	246
1.7.7 Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS.....	246
1.7.8 Planejamento Regional Integrado	247
1.7.9 Fortalecimento das Escolas de Saúde Pública.....	247
1.7.10 Cuidado Farmacêutico	247
1.7.11 Qualificação das Unidades Hospitalares da SES	248
1.7.12 Integração SAMU/Bombeiros	248
2 DIRETRIZES OBJETIVOS METAS INDICADORES PRIORIZADOS	256
2.1 PERSPECTIVA SOCIEDADE	258
2.2 PERSPECTIVA GESTÃO	267
2.3 PERSPECTIVA FINANCEIRO	280
2.4 PERSPECTIVA PROCESSO	283

3 ALINHAMENTO ESTRATÉGICO	299
3.1 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE - PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO.....	299
3.2 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – LDO – LOA - PROGRAMAS ESTRATÉGICOS - PLANO DE GOVERNO	305
4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	323
CONSIDERAÇÕES FINAIS	325
REFERÊNCIAS	326
LISTAS DE SIGLAS	328

APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de fortalecer a Secretaria de Estado da Saúde (SES) nas ações estratégicas e intensificar o planejamento do Sistema Único de Saúde, foi criado um grupo de trabalho (GT) composto por representantes do corpo diretivo e gerencial de diversas áreas, do Controle Social, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Secretaria de Estado da Fazenda (SEF) e Superintendência Estadual do Ministério da Saúde. Para a execução desse projeto, faz-se necessário o desenvolvimento de ações de forma contínua, articuladas e integradas com a responsabilidade individual de cada um dos envolvidos da instituição.

Realizar ações de planejamento exige o envolvimento e a colaboração dos técnicos de todos os setores, uma vez que para a visualização das ações de saúde nos territórios, os instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) precisam estar compatibilizados com os instrumentos de planejamento e orçamento do governo (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual). Diante desta perspectiva, quanto maior o fortalecimento dos instrumentos de gestão das políticas públicas de saúde mais estaremos fortalecendo o SUS que tanto almejamos.

Durante as oficinas realizadas com o GT ocorreram amplos debates sobre as condições de saúde da população catarinense, os condicionantes e determinantes da saúde, bem como, uma avaliação da gestão.

A partir da apresentação do diagnóstico e do debate com os participantes junto aos seus setores, definimos os problemas prioritários a serem superados. Classificamos os problemas elencados por eixo e definimos os macroproblemas e os objetivos.

Para a análise situacional foi necessário o levantamento de informações de saúde por região e macrorregião do Estado.

INTRODUÇÃO

Dentre os instrumentos de gestão do SUS temos o Plano de Saúde, que é uma ferramenta central de planejamento para definição e implementação das prioridades no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Apresenta as necessidades de saúde da população e as características próprias de cada área geográfica. O documento menciona os compromissos do governo para o setor e configura-se como base para execução, acompanhamento e avaliação da gestão do Sistema de Saúde.

Em Santa Catarina a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 (PES 2020-2023) teve início no primeiro semestre de 2019. A base foi seguida conforme as Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, do Decreto Federal nº 7.508 de 2011, na Lei Complementar nº 141 de 2012 e na Portaria de consolidação nº1 de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. O processo para a elaboração do PES foi de forma ascendente, iniciando através dos problemas levantados pelos municípios, discutidos nas regiões e macrorregiões de saúde. Após a elaboração dos diagnósticos e macroproblemas foram elaboradas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores macrorregionais. Em paralelo foi criado um grupo de trabalho coordenado pela Superintendência de Planejamento em Saúde que trabalhou o Planejamento Estratégico da SES através de oficinas. A metodologia utilizada nas oficinas foi trabalhar por etapas como: identificação, análise situacional, missão, visão, valores, objetivos, metas e indicadores. O grupo validou a proposta apresentada quando foram colocados no processo as diretrizes da Conferência Estadual de Saúde e o processo vindo das macrorregiões de saúde. O GT teve a participação de todas as áreas da SES, do COSEMS e também do controle social com representantes do Conselho Estadual de Saúde (CES).

No total foram realizadas 6 oficinas de trabalho para a elaboração do PES, posteriormente os participantes levavam para suas áreas como tarefa, finalizar e aprimorar os documentos que foram trabalhados nas oficinas. Todos os documentos passaram pela validação dos Secretários de Estado e adjunto da Saúde. Quando o documento foi finalizado o mesmo foi apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Esse documento apresenta a análise situacional de Santa Catarina com todo aspecto sócio demográfico, o perfil epidemiológico, a situação de saúde, gestão do trabalho e do SUS, também apresenta como a secretaria está estruturada para todo o trabalho.

O PES serviu de base para a construção do Plano Plurianual (PPA) 2020-2023, que foi elaborado concomitantemente durante todo o processo das oficinas.

O PES está disponível em meio eletrônico para que todos possam ter conhecimento através do site da SES/SC. As premissas apresentadas no PES se concretizarão por meio da Programação Anual de Saúde (PAS), o monitoramento e as avaliações estarão expressos nos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior e no Relatório Anual de Gestão (RAG).

1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

A análise de situação de saúde é um processo contínuo e estratégico, de análise e síntese, que permite descrever, explicar e avaliar a tríade saúde-doença-atenção em uma população e contexto definidos, tendo em conta os seus determinantes sociais, com a finalidade principal de criar evidências válidas e oportunas para informar a decisão em saúde pública.

1.1 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SES

A Secretaria de Estado da Saúde como órgão gestor no âmbito estadual tem como missão “garantir o acesso à saúde à população catarinense, seguindo os princípios do SUS, para que esta possa viver mais e melhor”. Tem o desafio de formular, desenvolver e executar a Política Estadual de Saúde pautada nos seguintes valores: transparência, integridade, agilidade, qualidade, inovação, eficiência e simplicidade.

Desta forma tem como visão de futuro “ ***Ser uma instituição que valoriza o direito à saúde da população catarinense e os princípios do SUS, por meio de uma gestão pública eficiente e eficaz até 2023***”.

A representação visual da gestão estratégica elaborada pela equipe técnica da SES, durante as Oficinas de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS em 2019, está apresentada no Mapa Estratégico (Figura 1).

A SES na gestão da saúde em Santa Catarina tem em sua rede 295 Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O Estado conta com 20 Municípios em gestão plena do sistema, que atendem a média e alta complexidade sendo referência em conjunto com o Estado nestes serviços.

A rede de hospitais é composta por 195 unidades, sendo 13 próprios do Estado (quadro 1), destes 132 sob gestão estadual e 63 sob gestão municipal (dados de 07/02/2019, sujeitos à revisão). Contamos ainda com 05 hospitais e 02 Centros Assistenciais administrados por Organizações Sociais (OS) conforme quadro 2.

Quadro 1 - Rede de hospitais públicos estaduais

Hospitais Públicos Estaduais	Especialidade	Município
Hospital Governador Celso Ramos	Geral	Florianópolis
Hospital Infantil Joana de Gusmão	Infantil	Florianópolis
Hospital Nereu Ramos	Geral	Florianópolis
Maternidade Carmela Dutra	Maternidade	Florianópolis
Hospital Dr. Waldomiro Colautti	Geral	Ibirama
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Geral	Joinville
Maternidade Darcy Vargas	Maternidade	Joinville
Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos	Geral/Maternidade	Lages
Maternidade Dona Catarina Kuss	Maternidade	Mafra
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina	Cardiologia	São José
Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes	Geral	São José
Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina	Psiquiatria	São José
Hospital Santa Teresa	Geral	São Pedro de Alcântara

Fonte: CNES/Agosto 2019

Quadro 2 - Relação dos hospitais administrados por Organizações Sociais nos municípios

Hospitais Administrados por Organizações Sociais	Município
Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina - HEMOSC	Florianópolis
Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON	Florianópolis
Hospital Florianópolis	Florianópolis
Hospital Regional Terezinha Gaio Basso	São Miguel do Oeste
Hospital Materno Infantil Santa Catarina	Criciúma
Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria	Joinville
Hospital Regional de Araranguá	Araranguá

Fonte: SES/Site 2019

Figura 1 – Mapa estratégico

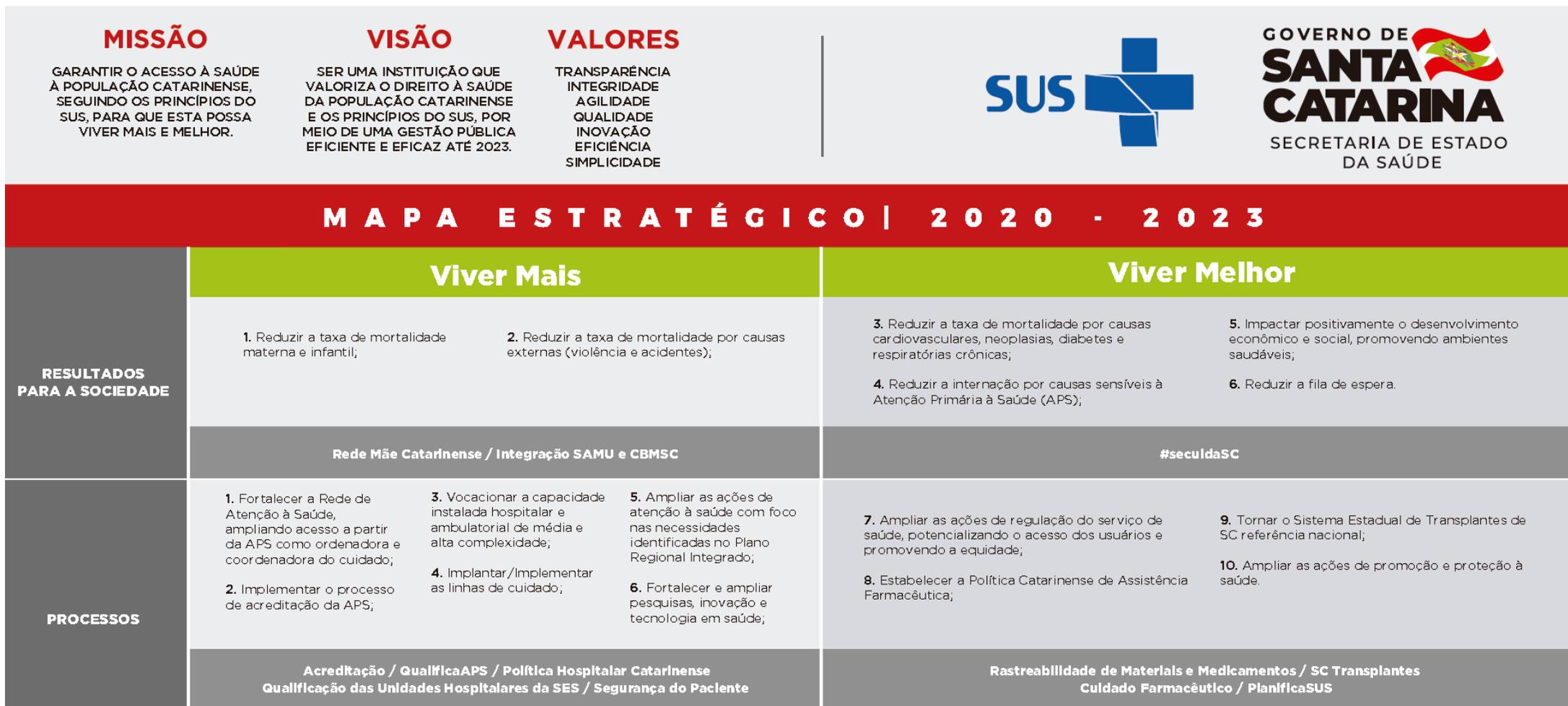


Figura 1 – Mapa estratégico (continuação)

<p>MISSÃO</p> <p>GARANTIR O ACESSO À SAÚDE À POPULAÇÃO CATARINENSE, SEGUINDO OS PRINCÍPIOS DO SUS, PARA QUE ESTA POSSA VIVER MAIS E MELHOR.</p>		<p>VISÃO</p> <p>SER UMA INSTITUIÇÃO QUE VALORIZA O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO CATARINENSE E OS PRINCÍPIOS DO SUS, POR MEIO DE UMA GESTÃO PÚBLICA EFICIENTE E EFICAZ ATÉ 2023.</p>		<p>VALORES</p> <p>TRANSPARÊNCIA INTEGRIDADE AGILIDADE QUALIDADE INOVAÇÃO EFICIÊNCIA SIMPLICIDADE</p>				
M A P A E S T R A T É G I C O 2 0 2 0 - 2 0 2 3								
GESTÃO REGIONALIZAÇÃO	<p>1. Incrementar intersetorialmente o desenvolvimento social e econômico;</p> <p>2. Aprimorar o planejamento e definir todos os processos de trabalho na SES;</p> <p>3. Estimular o planejamento das necessidades de saúde da população, de forma regional e ascendente;</p> <p>4. Articular as ações da APS com a Vigilância em Saúde;</p>		<p>5. Reestruturar a SES para potencializar o seu papel;</p> <p>6. Garantir modelo de gestão participativa e compartilhada, fortalecendo as instâncias de controle;</p> <p>7. Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria;</p> <p>8. Tornar os processos de trabalho mais transparentes e acessíveis à população;</p>		<p>9. Qualificar e valorizar o público interno, para o estabelecimento de vínculos estáveis;</p> <p>10. Tornar a Educação Permanente em Saúde e a Humanização no Trabalho eixos transversais às ações na saúde;</p> <p>11. Articular a integração das instituições formadoras de saúde com a gestão do SUS;</p> <p>12. Instituir um Programa de Provedimento e Formação de profissionais da APS;</p> <p>13. Fortalecer as instâncias regionais da SES alinhando as ações destas com as desenvolvidas pelo nível central;</p>		<p>14. Contratar serviços que atendam as necessidades de complementar a rede própria;</p> <p>15. Incorporar a informação em saúde como base para tomada de decisão;</p> <p>16. Reduzir a judicialização em saúde;</p> <p>17. Reorganizar processos de trabalho e articulações intersetoriais das ações de Vigilância em Saúde de acordo com os determinantes sociais.</p>	
	Plano Regional Integrado		Transparência / Participação / Controle		Fortalecimento das Escolas de Saúde Pública		Contratualização dos Serviços de Saúde / Sala de Situação de Saúde	
FINANCEIRO	<p>1. Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros redefinindo sua alocação conforme planejamento estratégico;</p>		<p>2. Prestar contas da aplicação de recursos orçamentários e financeiros de forma transparente;</p>		<p>3. Contribuir para a revogação da Emenda Constitucional 95;</p> <p>4. Implementar estratégias para captação de recursos financeiros;</p>		<p>5. Priorizar as funções de saúde do Estado.</p>	
	Garantir Recursos		Transparência na Aplicação dos Recursos		Mais Recursos			

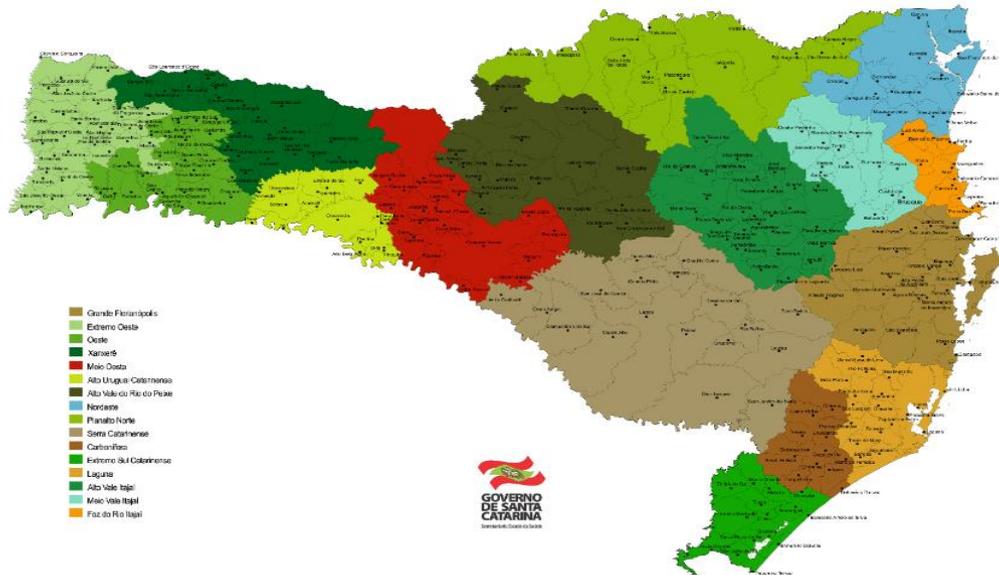
A SES em função da regionalização e da publicação da resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 337/2018, e seguindo os critérios da Lei nº 8080 e o Decreto Federal nº 7508 de 28 de junho de 2011, iniciou o processo de revisão do seu Plano Diretor Regional (PDR). Após diversas reuniões e oficinas nas regiões a divisão assistencial da saúde foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), nº195/2018 com a seguinte configuração: 16 Regiões de Saúde e 07 Macrorregiões, como mostrado na Figuras 2 e 3.

Dentre as instâncias de negociação e pactuação em Santa Catarina temos 16 Comissões Intergestores Regionais (CIR) e 01 Comissão Intergestores Bipartite. Na instância do controle social cada município tem seu Conselho Municipal de Saúde e no âmbito do Estado o Conselho Estadual de Saúde.

A SES tem uma estrutura no nível central e também descentralizada, estando presente nas 16 Regiões de Saúde. Desenvolve ações no âmbito da gestão do SUS e também presta serviços por meio de unidades próprias e rede contratualizada.

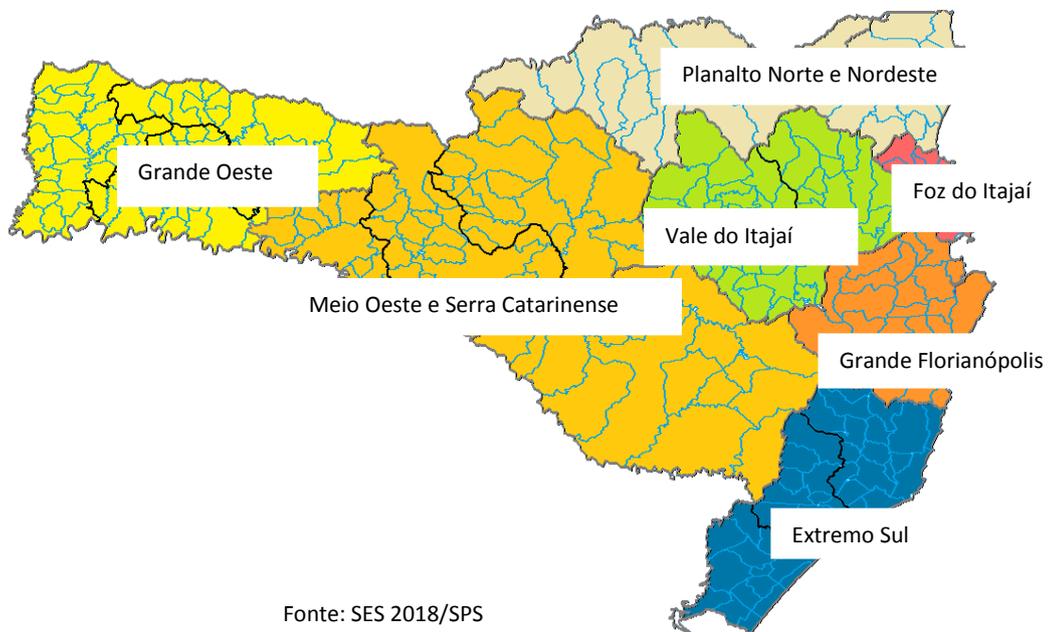
A estrutura física da SES central localizada na capital Florianópolis, é adequada em termos de acessibilidade, em especial para os portadores de deficiência, e no tocante às normas da vigilância sanitária parcialmente adequada, considerando os diferentes prédios em que os serviços estão instalados. As estruturas descentralizadas nas Regiões de Saúde estão em diferentes estágios de adequação de estrutura física, muitas delas necessitam de melhorias estruturais e aquisição de equipamentos. Neste sentido tanto nas unidades centrais quanto nas descentralizadas faz-se necessário o investimento em adequação de estrutura física as normativas vigentes, em especial no âmbito da vigilância sanitária, além de aquisição de equipamentos, em especial, de informática.

Figura 2 - Mapa das 16 Regiões de Saúde de Santa Catarina



Fonte: SES/SPS 2018

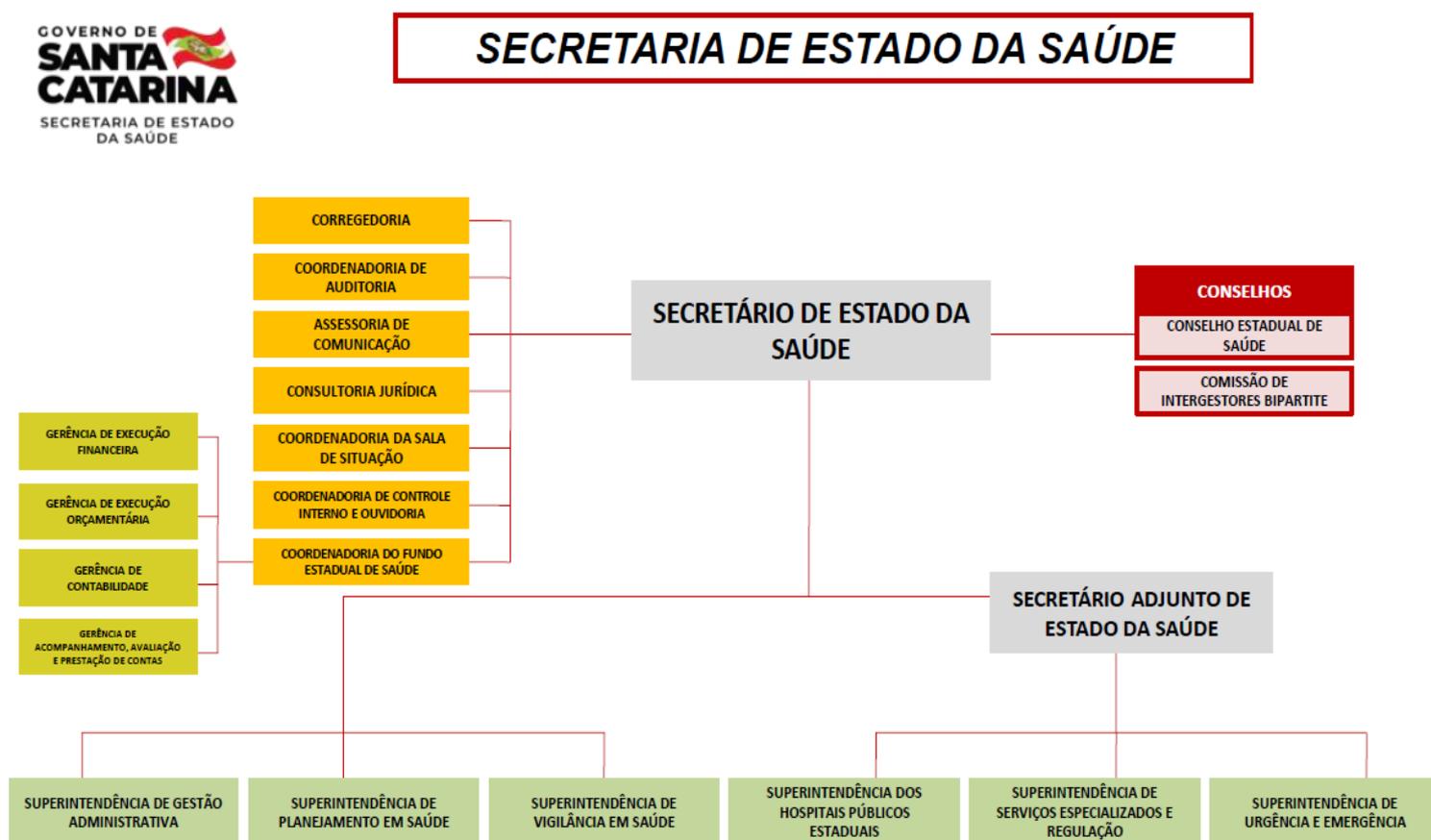
Figura 3 - Mapa das 07 Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina



Fonte: SES 2018/SPS

Quanto à estrutura organizacional, foi aprovada nova estrutura pela Lei Complementar nº 741 de 12 de junho de 2019, que estabelece as Superintendências de Gestão Administrativa, Planejamento em Saúde, Serviços Especializados e Regulação, Vigilância em Saúde, Urgência e Emergência, dos Hospitais Públicos Estaduais, além, da Coordenação do Fundo Estadual de Saúde e as estruturas dos Gabinetes dos Secretários de Estado (Figura 4).

Figura 4 - Organograma da Secretaria de Estado da Saúde



No âmbito das competências, a Lei Complementar nº 741/2019 estabelece que a SES compete em observância aos princípios e às diretrizes do SUS:

- I – Desenvolver a capacidade institucional e definir políticas e estratégias de ação voltadas às macro funções de planejamento, gestão, regulação, acompanhamento, avaliação e controle na área da saúde;
- II – Organizar e acompanhar, no âmbito municipal, regional e estadual, o desenvolvimento da política e do sistema de atenção à saúde;

- III – Garantir à sociedade o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, de forma descentralizada, desconcentrada e regionalizada;
- IV – Monitorar, analisar e avaliar a situação da saúde no Estado;
- V – Coordenar e executar, em caráter complementar, ações e serviços de vigilância, investigação e controle de riscos e danos à saúde;
- VI – Formular e coordenar a política estadual de assistência farmacêutica e de medicamentos;
- VII – Formular, articuladamente com o órgão central do Sistema Administrativo de Gestão de Pessoas, a política de desenvolvimento e formação de pessoal da área da saúde, considerando o processo de descentralização e desconcentração dos programas, dos projetos, das ações e dos serviços de saúde;
- VIII – Criar e implementar mecanismos de participação social como meio de aproximar as políticas de saúde dos interesses e das necessidades da população;
- IX – Formular e implementar políticas de promoção da saúde, de forma articulada com os Municípios do Estado e a sociedade civil organizada;
- X – Garantir a qualidade dos serviços de saúde;
- XI – Gerenciar as unidades assistenciais próprias do Estado;
- XII – Desenvolver mecanismos de gestão e regulação aplicáveis às unidades assistenciais próprias, sob gestão descentralizada, que permaneçam em sua organização administrativa;
- XIII – Coordenar as políticas e ações programáticas de assistência em saúde no SUS;
- XIV – Coordenar as políticas da atenção primária, da média e alta complexidade, no que concerne à Administração Pública Estadual; e
- XV – Coordenar as políticas de hematologia, hemoterapia e oncologia.

Os serviços descentralizados estão presentes nas Macrorregionais, Regionais e Agências de Saúde, os quais estão subordinados técnica e administrativamente à SES (Quadro 3).

Quadro 3 - Divisão territorial e administrativa na Saúde de Santa Catarina

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde		Coordenação Macrorregional de Saúde	Supervisão Regional de Saúde
Grande Oeste	Extremo Oeste	30		São Miguel do Oeste
	Oeste	27	Chapecó	
	Xanxerê	21	Chapecó	
Meio Oeste e Serra Catarinense	Alto Vale do Rio do Peixe	20	Joaçaba	
	Alto Uruguai Catarinense	13	Joaçaba	
	Serra Catarinense	18	-	Lages
	Meio Oeste	20	Joaçaba	
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	28	Blumenau	
	Médio Vale do Itajaí	14		Rio do Sul
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	22	Florianópolis	
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	13	Joinville	
	Planalto Norte	13		Maíra
Sul	Extremo Sul Catarinense	15	Criciúma	
	Carbonífera	12	Criciúma	
	Laguna	18		Tubarão
Foz do Rio Itajaí	Foz do Rio Itajaí	11	Itajaí	
7 Macrorregiões	16 Regiões	295 Municípios	7 Coordenações Macrorregionais	5 Supervisões Regionais

Fonte: SES/SPS/SUR

1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS

1.2.1 Perfil Demográfico, Socioeconômico e Ambiental

Santa Catarina está situada na região sul do Brasil (Figura 5), suas dimensões territoriais abrangem uma área de 95.730,921 km², conforme cálculos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Diário Oficial da União nº 53 de 19/03/2019), e densidade demográfica de 73,90 habitantes por km², distribuídos em 295 municípios. Faz divisa com o Paraná e Rio Grande do Sul, fronteira com a Argentina e tem 450 quilômetros de costa oceânica no Atlântico. A população estimada pelo IBGE no ano de 2018 é de 7.075.494, sendo a sua maioria residente em áreas urbanas (84%) e uma taxa de crescimento da população de 1,4% ao ano.

Figura 5 - Mapa do Brasil com indicação do Estado de Santa Catarina



Fonte: Google Mapas, 2019

A taxa de fecundidade de 1,75 filhos por mulher em 2015 tem previsão de manutenção até 2020 pelo IBGE no Estado. Tem a maior esperança de vida ao nascer do país para ambos os sexos, 79,7 anos e segundo o IBGE deverá se manter nesta posição ao longo dos próximos anos.

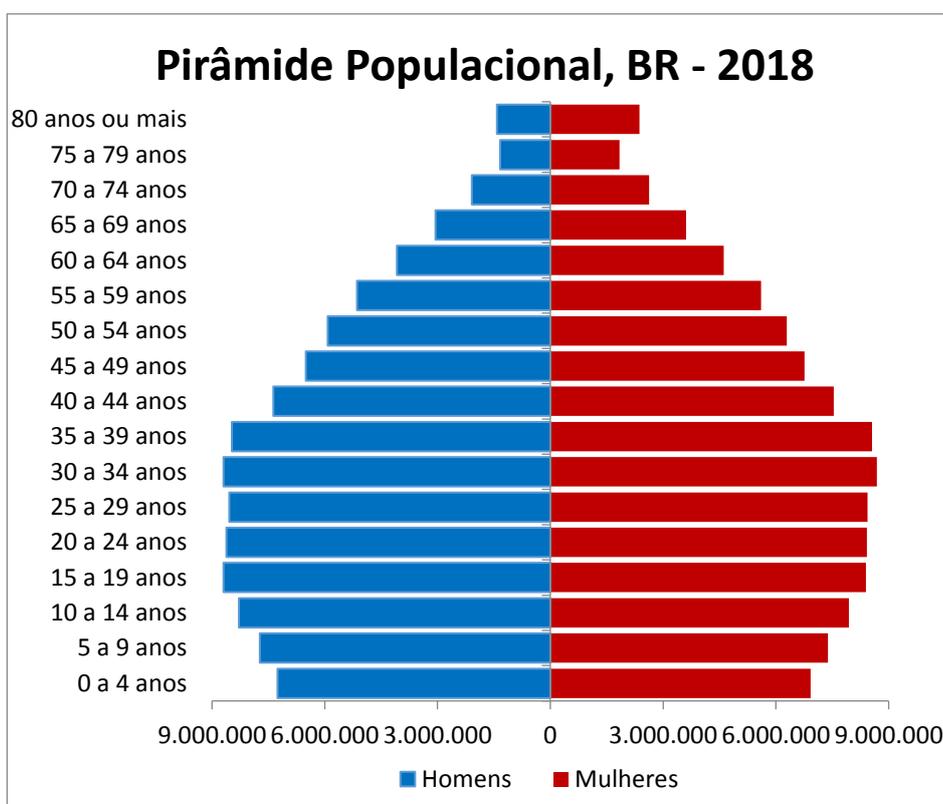
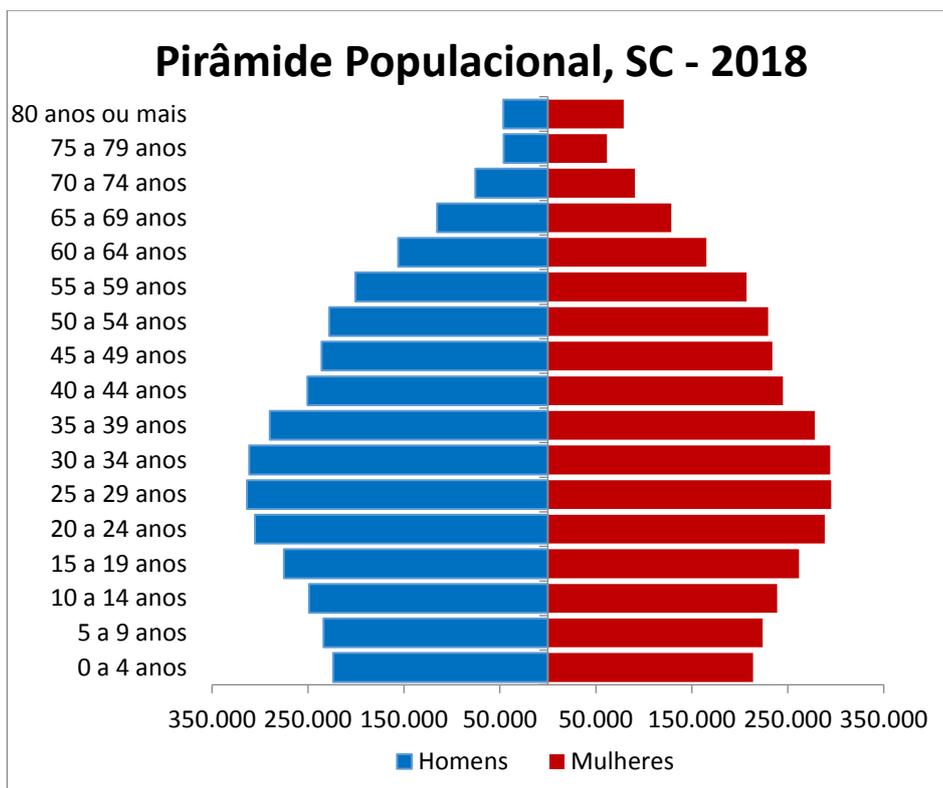
O Censo 2010 apontou que 50,4% da população residente é do sexo feminino e que 4,1% da população feminina se encontra na faixa dos 10 aos 14 anos.

A pirâmide populacional estadual e do Brasil segundo dados projetados do IBGE para o ano de 2018, é apresentada na Figura 6. Tanto na pirâmide estadual como na nacional constata-se que a base se estreita cada vez mais, concentrando a população nas idades mais avançadas. O envelhecimento da população demanda de alteração da agenda das políticas sociais voltadas para a terceira idade, como a saúde, acessibilidade, ocupação e lazer. Em Santa Catarina a proporção de homens acima de 65 anos corresponde a 8,0% e de mulheres, 10,1%, demonstrando o quanto o século XX se caracterizou por profundas e radicais transformações. O aumento de cerca de 30 anos ao longo do século, da expectativa de vida é o fato mais significativo no âmbito da saúde pública e provocou uma profunda revolução da demografia e da saúde pública. A garantia de vida com qualidade para este contingente populacional é um desafio que reclama modelos inovadores e sintonizados com a contemporaneidade.

Santa Catarina se destaca como maior longevidade do país, com 3,2 anos acima da média nacional, o que tem relação com a qualidade de vida nos municípios catarinenses. Nesta qualidade incluem-se fatores como renda, educação, alimentação, atividade física e acesso a serviços de saúde.

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças, com forte predomínio das condições crônicas. O modelo de atenção às condições crônicas, têm uma elevada prevalência de mortalidade e morbidade por condições agudas, decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos são portadores de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social.

Figura 6 - Pirâmides populacionais do Brasil e de Santa Catarina em 2018



Fonte: SES/DIVE

Os índices sociais estão entre os melhores do país. Santa Catarina é o sexto Estado mais rico da Federação, com uma economia diversificada e industrializada. Importante polo exportador e consumidor é um dos responsáveis pela expansão econômica nacional, respondendo por 4% do Produto Interno Bruto (PIB) do país. O percentual da população catarinense que se encontra em extrema pobreza segundo o censo IBGE 2010 é de 1,49, no entanto, o PIB per capita em 2013 foi de 32.290,00 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,774, superior ao do país que apresentou 0,755. Ainda assim existem desigualdades regionais, as regiões do Planalto Norte e Serra Catarinense concentram os municípios com menor IDH. Em Santa Catarina 50 municípios tem o IDH abaixo da média do Estado.

Um dos fatores que eleva o IDH tanto de Santa Catarina como do Brasil é a esperança de vida ao nascer que no ano de 2017 foi de 79,4 anos e no país 76 anos. Santa Catarina também se destaca com a menor desigualdade de renda entre os Estados, com Índice de Gini de 0,421 sendo que no Brasil é de 0,546 em 2017.

As desigualdades entre o rendimento domiciliar per capita teve uma média nacional de R\$1.373,00 em 2017. Santa Catarina é o 4º Estado com o maior rendimento, R\$ 1.597,00. A renda média em SC é 25,9% mais alta do que a brasileira.

A renda total apropriada pelos 10% com maiores rendimentos é de 2,1 vezes maior que o total apropriado pelos 40% com menores rendimentos (Índice de Palma) em 2017, enquanto no país é de 3,5 vezes.

Segundo a linha de pobreza proposta pelo Banco Mundial (rendimento de até US\$5,5 por dia), o Estado tem menor proporção da população vivendo abaixo da linha de pobreza, são 8,5% dos catarinenses que vivem com menos de R\$ 406,00/mês. Santa Catarina tem 1,7% de pessoas com renda inferior a US\$1,90 por dia, que estariam na extrema pobreza, a menor taxa do país.

O Estado possui 202.452 pessoas analfabetas e, em comparação com os achados do Censo de 2000, houve um decréscimo de 2,2% no número de pessoas com 15 anos ou mais que não sabem ler e escrever. A proporção de pessoas de 25 a 34 anos com ensino superior completo em 2017 foi de 19,7%.

A economia catarinense é bastante diversificada e está organizada em vários pólos distribuídos por diferentes regiões do Estado. A diversidade de climas, paisagens e relevos estimula o desenvolvimento de inúmeras atividades, da agricultura ao turismo, atraindo investidores de segmentos distintos e permitindo que a riqueza não fique

concentrada em apenas uma área. A Grande Florianópolis destaca-se nos setores de tecnologia, turismo, serviços e construção civil. O Norte é polo tecnológico, moveleiro e metal-mecânico. O Oeste concentra atividades de produção alimentar e de móveis. O Planalto Serrano tem a indústria de papel, celulose e da madeira. O Sul destaca-se pelos segmentos do vestuário, plásticos descartáveis, carbonífero e cerâmico. No Vale do Itajaí, predomina a indústria têxtil e do vestuário, naval e de tecnologia. O turismo é outro ponto forte da economia catarinense.

No que tange a qualidade da água, a Portaria de Consolidação GM/MS Nº 05 de 2017 Anexo XX, determina que a água para consumo humano deve ser isenta de *Escherichia coli* em qualquer situação, caracterizando risco a saúde da população, especialmente dos grupos mais vulneráveis.

De acordo com relatórios gerados no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) referente ao período de 2015 a 2018 aproximadamente 16% das amostras coletadas anualmente têm apresentado resultados não conformes com a norma vigente para potabilidade da água no que se refere ao percentual de coliformes totais. Além disso, as amostras analisadas no mesmo período apresentaram uma média anual de 6% de amostras com presença de *Escherichia coli*, o mais preciso indicador da contaminação da água por material fecal, sendo a sua presença um indício da ocorrência de outros microrganismos patogênicos.

No período de 2015 a 2018, aproximadamente 20 % da população do Estado não possuía informações no SISAGUA sobre as formas de abastecimento e tratamento realizado na água para consumo humano, e apesar de vir apresentando uma relativa melhora na alimentação do sistema, até dezembro de 2018, 16% dos municípios catarinenses não monitoravam o teor de cloro residual livre nas amostras, este que é o principal indicador de desinfecção da água tratada.

Esse quadro se agrava ainda mais quando são analisados os resultados obtidos para as soluções alternativas coletivas, por meio das quais na maioria das vezes a água bruta é captada e distribuída à população sem qualquer tipo de tratamento, como também as soluções alternativas individuais, as quais necessitam de uma atenção especial do setor saúde. Neste último caso é disponibilizado pela Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVS) frascos de 50 ml de hipoclorito de sódio a 2,5% para os municípios distribuírem à população que não dispõe de água tratada.

1.2.2 Perfil Epidemiológico

Para iniciar as análises em Santa Catarina escolhemos indicadores de mortalidade, que apesar de serem medidas negativas, são ainda utilizadas como indicadores de saúde, pois podem refletir a situação atual e as mudanças de saúde dos grupos populacionais. Na saúde pública tem especial importância o estudo das mortes por grupos de causas ocorridas nas populações, a mortalidade materna e a infantil que precisam ser acompanhadas com o objetivo de mudar o cenário de saúde que a população se encontra.

1.2.2.1 Mortalidade Materna

Santa Catarina tem indicadores melhores que a média brasileira em relação à mortalidade materna, conforme os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Enquanto que o Brasil, em 2016, teve 64 óbitos de mulheres por 100.000 nascidos vivos (NV), por causas ligadas à gestação, o Estado teve 32 óbitos de mulheres por 100 mil nascidos vivos (dados corrigidos por fator de correção entre 1,07 e 1,15). Apenas SC dentre as Unidades da Federação apresentou Razão de Mortalidade Materna (RMM) abaixo da meta do Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) de 35,8 (Brasil, 2019).

Apesar de ter um bom indicador quando a análise é desagregada por Regiões de Saúde percebe-se que algumas tem a RMM mais elevada que a média do Estado, entre elas: Xanxerê, Foz do Rio Itajaí, Médio Vale do Itajaí, Alto Uruguai Catarinense, Serra Catarinense e o Extremo Sul que no último ano teve a maior razão de mortalidade materna (Quadro 4).

Quadro 4 - Razão de mortalidade materna (por 100 mil NV) por Região de Saúde em residentes de SC, 2016 a 2018

Regiões de Saúde	2016	2017	2018*
Extremo Oeste	0,0	66,9	32,8
Oeste	0,0	37,4	18,2
Xanxerê	35,0	68,0	96,7
Alto Vale do Itajaí	51,5	-	0,0
Foz do Rio Itajaí	58,4	37,5	72,7
Médio Vale do Itajaí	41,4	19,8	38,9
Grande Florianópolis	38,4	24,3	30,2
Meio Oeste	0,0	37,8	0,0
Alto Vale do Rio do Peixe	91,1	71,0	0,0
Alto Uruguai Catarinense	0,0	97,5	52,4
Nordeste	14,3	20,9	20,9
Planalto Norte	19,5	97,8	0,0
Serra Catarinense	47,2	71,1	48,9
Extremo Sul Catarinense	0,0	37,1	148,4
Carbonífera	17,6	34,9	0,0
Laguna	0,0	41,3	0,0
Santa Catarina	30,4	38,6	32,2

Fonte: SIM/SINASC (dados brutos) * 2018: Dados Preliminares

As principais causas da mortalidade materna estão ligadas a hipertensão, complicações no trabalho de parto (hemorragias) e as infecções puerperais. A importância da análise desse indicador está em saber claramente as causas para então, atuar na diminuição dessas mortes. A garantia da atenção integral e de qualidade à mulher, desde a orientação quanto à saúde reprodutiva, planejamento familiar, assistência adequada ao pré-natal, referência às gestantes de risco, vinculação e acompanhamento de qualidade ao parto e ao puerpério até o tratamento das emergências obstétricas são desafios a serem superados pela gestão na redução deste desfecho trágico.

No quadro 5 apresentamos a série histórica dos últimos 3 anos dos óbitos maternos em número absoluto por Regiões de Saúde.

Quadro 5 - Distribuição dos óbitos maternos por Região de Saúde em residentes de SC de 2016 a 2018

Região de Saúde	2016	2017	2018*
Extremo Oeste	0	2	1
Oeste	0	2	1
Xanxerê	1	2	3
Alto Vale do Itajaí	2	0	0
Foz do Rio Itajaí	6	4	8
Médio Vale do Itajaí	4	2	4
Grande Florianópolis	6	4	5
Meio Oeste	0	1	0
Alto Vale do Rio do Peixe	4	3	0
Alto Uruguai Catarinense	0	2	1
Nordeste	2	3	3
Planalto Norte	1	5	0
Serra Catarinense	2	3	2
Extremo Sul Catarinense	0	1	4
Carbonífera	1	2	0
Laguna	0	2	0
Santa Catarina	29	38	32

Fonte: SIM * 2018: Dados Preliminares

O Ministério da Saúde (MS) estimou que aproximadamente 95% dos óbitos maternos são evitados por fatores ligados ao adequado atendimento e à qualidade dos serviços de saúde prestados à mulher durante a gestação, parto e puerpério. Destacando-se assim ações que podem trazer benefícios substanciais à atenção prestada às mulheres, entre elas:

✓ Medidas como a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

✓ Classificação de risco da gestante, como por exemplo, a identificação adequada da pré-eclâmpsia;

✓ Ações de educação permanente para a qualificação de médicos e enfermeiros para a atenção pré-natal, ao parto e às emergências obstétricas.

Em 2018, o Brasil reiterou o compromisso de alcançar até 2030 a meta de redução da mortalidade materna para 30 mortes por 100 mil nascidos vivos. O fortalecimento das ações de vigilância na investigação dos óbitos maternos e discussão de estratégias nos Comitês de Mortalidade são ações importantes no enfrentamento deste problema. É necessário investir em práticas eficientes e eficazes, baseadas em evidências científicas e comprometidas com políticas públicas que reduzam as iniquidades em saúde e desigualdades sociais.

1.2.2.2 Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade Infantil (TMI) estima o risco de um indivíduo morrer em seu primeiro ano de vida e tem o potencial de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações da atenção ao pré-natal e parto, e é um indicador utilizado para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU), o mundo ainda não está fazendo o suficiente para prevenir novas mortes. Em 2016 o Brasil apresentou TMI de 14,0 óbitos de crianças menores de 01 ano a cada 1.000 nascidos vivos, um aumento de 4,8% em relação ao ano anterior. O Estado vem apresentando queda na TMI de 11,7 óbitos por 1.000 NV em 2011 para 9,9 em 2017. Apesar da redução a maior proporção de 55% ocorreu no período neonatal precoce (0 a 27 dias), sendo que destes 74,5% por causas originadas no período perinatal. Os fatores que determinam estes óbitos estão relacionados a qualidade do pré-natal e da assistência hospitalar ao parto e ao recém-nascido.

As crianças na faixa etária de 28 a 364 dias tiveram a TMI de 27,7 óbitos, sendo 28,1% atribuído às malformações congênitas seguida das causas originadas no período perinatal com 22,5%.

Existem diferenças substanciais e preocupantes quando as TMI são avaliadas por Regiões de Saúde. O Extremo Oeste, Xanxerê, Foz do Rio Itajaí, Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Planalto Norte, Serra Catarinense, Extremo Sul Catarinense

apresentam as taxas mais elevadas, acima da média estadual, com destaque para a Serra Catarinense (Quadro 6).

O fato da maior parte dos óbitos se concentrar no primeiro mês de vida evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto para a redução da mortalidade na infância. O fortalecimento da rede de atenção perinatal, com a continuidade do cuidado integral desde o pré-natal da gestante à assistência neonatal é uma estratégia importante que deve ser incentivada.

Ainda com relação às taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil é importante considerar que a Secretaria desenvolve desde 2015 uma ação de qualificação da vigilância do óbito materno, infantil e fetal com capacitação das equipes dos serviços de atenção primária à saúde, vigilância epidemiológica e serviços hospitalares para qualificação de informação nesta área e melhoria do processo de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento.

Quadro 6 - Taxa de mortalidade infantil por Regiões de Saúde em residentes de SC, de 2016 a 2018

Região de Saúde	2016	2017	2018*
Extremo Oeste	10,0	11,4	13,5
Oeste	11,2	10,4	8,9
Xanxerê	10,2	10,9	10,6
Alto Vale do Itajaí	6,9	13,6	6,1
Foz do Rio Itajaí	9,3	9,7	10,3
Médio Vale do Itajaí	7,5	9,1	9,6
Grande Florianópolis	7,2	9,1	7,5
Meio Oeste	12,7	8,7	10,4
Alto Vale do Rio do Peixe	14,3	10,4	11,7
Alto Uruguai Catarinense	8,6	13,0	6,8
Nordeste	6,5	9,1	8,9
Planalto Norte	6,4	9,2	10,2

Serra Catarinense	14,6	14,3	13,7
Extremo Sul Catarinense	12,5	10,7	10,8
Carbonífera	6,7	9,2	9,3
Laguna	9,1	8,3	9,4
Santa Catarina	8,7	9,9	9,5

Fonte: SIM/SINASC * Dados Preliminares

O aumento de 12,5% na taxa de mortalidade infantil de 2016 a 2017 com tendência a manter-se ligeiramente ascendente também para o ano de 2018 (base de dados ainda incompleta) aliado ao aumento no número de óbitos maternos, sugere que a descentralização do sistema para os municípios esteja refletindo na maior cobertura e oportunidade do registro dos dados. A melhoria na vigilância do óbito com diminuição da subnotificação dos óbitos maternos entre os óbitos de mulheres em idade fértil e dos óbitos infantis que estariam notificados como fetais são processos que precisam ser qualificados durante as investigações dos óbitos.

1.2.2.3 Morbimortalidade por Doenças e Agravos não Transmissíveis

As doenças do aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes *Mellitus*, são os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis, e são responsáveis pelas principais causas de óbito no mundo e no Brasil. Para o Ministério da Saúde, esses grupos de doenças podem ter seu impacto diminuído, através de ações amplas de promoção da saúde que busquem a redução de seus fatores de risco, além da melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

Em Santa Catarina no período de 2014 a 2017 ocorreram 92.069 óbitos causados por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo 39.871 por mortes prematuras de 30 a 69 anos.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade por DCNT em Santa Catarina. No período analisado, a taxa mais elevada entre os adultos de 30 a 69 anos foi de 177,8 óbitos/100 mil habitantes em 2014 na Região da Serra Catarinense, e em 2015 chegou a 182,7 na mesma região. No Extremo Sul Catarinense

em 2016 (165,9) e em 2017 na Região Carbonífera (157,0). As menores taxas ocorreram, consecutivamente, na Região do Alto Uruguai Catarinense.

Quadro 7 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos por 100.000 hab.) por Doenças Cardiovasculares nas Regiões de Saúde, SC, 2014-2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	99	87,4	114	99,4	135	116,3	103	87,1
Oeste	128	78,1	145	87,2	170	99,0	146	83,2
Xanxerê	115	125,6	80	86,0	87	92,1	91	94,1
Alto Vale do Itajaí	204	151,0	188	136,6	212	151,4	161	113,2
Foz do Rio Itajaí	362	119,8	355	112,9	395	119,8	341	99,9
Médio Vale do Itajaí	349	97,5	351	95,5	373	98,6	385	100,1
Grande Florianópolis	678	122,3	692	120,9	724	122,1	714	117,7
Meio Oeste	89	98,5	91	99,1	98	105,2	103	109,1
Alto Vale do Rio do Peixe	175	134,0	154	116,0	176	130,7	171	124,5
Alto Uruguai Catarinense	55	75,9	59	78,9	68	92,6	46	66,9
Nordeste	535	116,7	542	114,8	550	113,2	560	112,9
Planalto Norte	257	147,7	256	144,3	259	144,4	230	125,0
Serra Catarinense	243	177,8	252	182,7	228	163,1	214	150,5
Extremo Sul Catarinense	127	137,9	130	138,3	159	165,9	149	152,7
Carbonífera	338	167,1	295	142,4	320	151,0	339	157,0
Laguna	255	145,2	228	127,2	268	144,5	257	137,6
Santa Catarina	4009	123,3	3932	118,0	4222	123,4	4010	114,9

Fonte: SIM/DIVE/SES/SC; IBGE

Quadro 8 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos por 100.000 hab.) por Neoplasias nas Regiões de Saúde, SC, 2014-2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	130	114,8	156	136,0	166	143,1	183	156,2
Oeste	202	124,3	212	127,5	237	139,6	228	131,7
Xanxerê	120	131,1	139	149,4	129	136,6	121	126,5
Alto Vale do Itajaí	187	138,5	210	152,6	222	158,5	213	149,8
Foz do Rio Itajaí	388	128,4	423	134,6	455	139,4	388	114,7
Médio Vale do Itajaí	464	129,6	500	136,0	463	122,8	541	140,0
Grande Florianópolis	745	134,3	778	135,9	791	134,0	859	141,3
Meio Oeste	136	150,6	105	114,4	104	111,6	99	104,9
Alto Vale do Rio do Peixe	151	115,6	180	135,6	168	124,7	188	137,7
Alto Uruguai Catarinense	104	140,9	109	145,9	106	140,3	112	146,8
Nordeste	545	118,9	562	119,0	606	124,7	630	126,1
Planalto Norte	293	168,4	266	149,9	265	146,6	288	156,5
Serra Catarinense	236	172,7	222	160,9	245	176,1	257	183,3
Extremo Sul Catarinense	145	157,5	135	143,6	148	154,4	142	145,5
Carbonífera	296	146,4	299	144,4	317	149,6	297	137,1
Laguna	257	146,4	261	145,7	252	138,0	258	138,7
Santa Catarina	4399	135,3	4557	136,7	4674	136,9	4804	137,6

Fonte: SIM/DIVE/SES/SC; IBGE

Como observado no quadro 8, as taxas de mortalidade por neoplasias mais elevadas ocorreram na Região da Serra Catarinense em todos os anos analisados: 2014, 2015, 2016 e 2017 sendo respectivamente 172,7; 160,9; 176,1 e 183,3 óbitos por 100.000 habitantes. Foi observado que as menores taxas ocorreram em 2014 no Extremo Oeste (114,8 óbitos/100 mil hab.); em 2015 na Região Meio Oeste (114,4); em 2016 e 2017 no Meio Oeste com (111,6) e (104,9), respectivamente.

Na análise das doenças respiratórias crônicas na faixa etária dos 30 a 69 anos, de acordo com o quadro 9, foi observada a taxa de mortalidade mais elevada na Região do Alto Vale do Itajaí em 2014 e 2015 com (31,1 e 25,4 óbitos/100 mil hab.). Em 2016 na Região do Alto Vale do Rio do Peixe, a taxa de 31,2 foi a mais alta do referido ano e todo período analisado e na Serra Catarinense em 2017 atingiu (30,0 óbitos/100 mil hab.).

Quadro 9 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos por 100.000 hab.) por doenças respiratórias crônicas por 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014-2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	29	25,6	18	15,7	30	25,9	27	23,0
Oeste	27	16,6	19	11,4	26	15,3	30	17,3
Xanxerê	23	25,1	16	17,2	26	27,5	20	20,9
Alto Vale do Itajaí	42	31,1	35	25,4	34	24,3	42	29,5
Foz do Rio Itajaí	53	17,5	52	16,5	65	19,9	70	20,7
Médio Vale do Itajaí	50	14,0	71	19,3	73	19,4	53	13,7
Grande Florianópolis	77	13,9	76	13,3	75	12,7	69	11,3
Meio Oeste	16	17,7	18	19,6	24	25,8	19	20,1
Alto Vale do Rio do Peixe	40	30,6	33	24,9	42	31,2	30	22,0
Alto Uruguai Catarinense	17	23,0	17	22,7	17	22,5	17	22,3
Nordeste	72	15,7	65	13,8	56	11,5	74	14,8
Planalto Norte	45	25,9	40	22,5	43	23,8	46	25,0
Serra Catarinense	39	28,5	31	22,5	36	25,9	42	30,0
Extremo Sul Catarinense	19	20,6	23	24,5	13	13,6	22	22,5
Carbonífera	26	12,9	42	20,3	32	15,1	35	16,2
Laguna	32	18,2	30	16,7	30	16,4	36	19,4

Santa Catarina	607	18,7	586	17,6	622	18,2	632	18,1
-----------------------	------------	-------------	------------	-------------	------------	-------------	------------	-------------

Fonte: SIM/DIVE/SES/SC; IBGE

As menores taxas de mortalidade registradas foram: 12,9 óbitos/100.000 habitantes na região Carbonífera em 2014; 11,4 no Oeste em 2015; 11,5 na região Nordeste em 2016 e na Grande Florianópolis 11,3 em 2017.

A Região de Saúde com a mais elevada taxa de mortalidade (quadro 10) por Diabetes *Mellitus* foi Laguna com (40,4 óbitos/100 mil hab.) no ano de 2014, seguida da Serra Catarinense nos anos seguintes: 2015 (49,3), 2016 (41,7) e 2017(42,1). Enquanto as menores taxas ocorreram nas regiões da Grande Florianópolis nos anos de 2014 (8,8), 2015 (11,5) e 2016 (8,8). Em 2017, o Extremo Oeste e a Região Carbonífera apresentaram 12,0 (óbitos/100 mil hab.).

Quadro 10 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos por 100.000 hab.) por diabetes *mellitus* por 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014-2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	14	12,4	14	12,2	28	24,1	14	12,0
Oeste	18	11,1	23	13,8	29	17,1	24	13,9
Xanxerê	14	15,3	18	19,3	25	26,5	13	13,6
Alto Vale do Itajaí	32	23,7	23	16,7	42	30,0	21	14,8
Foz do Rio Itajaí	87	28,8	89	28,3	81	24,8	73	21,6
Médio Vale do Itajaí	86	24,0	75	20,4	71	18,8	71	18,4
Grande Florianópolis	49	8,8	66	11,5	52	8,8	79	13,0
Meio Oeste	12	13,3	21	22,9	23	24,7	16	16,9
Alto Vale do Rio do Peixe	38	29,1	33	24,9	26	19,3	45	33,0
Alto Uruguai Catarinense	9	12,2	14	18,7	14	18,5	16	21,0
Nordeste	60	13,1	77	16,3	85	17,5	65	13,0
Planalto Norte	48	27,6	59	33,3	54	29,9	41	22,3

Serra Catarinense	50	36,6	68	49,3	58	41,7	59	42,1
Extremo Sul Catarinense	28	30,4	20	21,3	24	25,0	24	24,6
Carbonífera	37	18,3	33	15,9	29	13,7	26	12,0
Laguna	71	40,4	64	35,7	65	35,6	67	36,0
Santa Catarina	653	20,1	697	20,9	706	20,7	654	18,7

Fonte: SIH,IBGE

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde

As Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (CSAP) são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz.

Quando a atenção primária à saúde não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui um percentual de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), um indicador indireto que vem sendo utilizado na saúde. O ICSAP permite analisar os serviços de saúde, a capacidade de resolução por parte da atenção primária, auxiliar no planejamento e organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária e da gestão. O indicador deve ser analisado conjuntamente com outras informações em saúde tais como: número de pessoas por equipe, acesso a outros serviços de saúde e da rede de atenção à saúde, vulnerabilidade do território e da população e outros dados epidemiológicos.

Enquanto reduções nas proporções ou taxas de ICSAP sugerem possíveis melhorias na atenção primária à saúde, valores altos para estes indicadores não são necessariamente indicativos de deficiências na atenção básica, mas um sinal de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde elas ocorrem.

Para a construção do ICSAP utiliza-se a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária - publicada pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008), contempla todos os 19 (dezenove) grupos de causas, com os diagnósticos classificados de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10, sendo assim abrangente o que torna o indicador mais sensível.

Em Santa Catarina no período de 2016 a 2018 (quadro 11) observamos que o indicador vem se mantendo estável, indicando que do total de internações hospitalares SUS, 40% delas são causadas por condições ou causas que poderiam ser tratadas na Atenção Primária em Saúde (APS), na porta de entrada do SUS com acesso a serviços de qualidade e em tempo adequado.

As regiões de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, Médio Vale do Itajaí, Grande Florianópolis, Planalto Norte e Nordeste apresentam percentuais menores em relação ao Estado e as Regiões Extremo Sul Catarinense, Carbonífera, Laguna e Alto Vale do Itajaí os maiores percentuais.

Quadro 11 - Proporção de ICSAP em Santa Catarina de 2016 a 2018

Região de Saúde SC	2016	2017	2018
Extremo Oeste	41,7	42,0	41,7
Xanxerê	43,4	44,6	40,7
Oeste	38,0	37,4	40,8
Alto Uruguai Catarinense	35,6	33,5	32,2
Meio Oeste	47,8	44,1	42,0
Alto Vale do Rio do Peixe	40,1	39,2	38,8
Foz do Rio Itajaí	37,5	41,3	38,4
Alto Vale do Itajaí	42,7	44,0	45,8
Médio Vale do Itajaí	37,1	34,6	36,1
Grande Florianópolis	37,8	36,8	36,9
Laguna	44,4	46,2	45,0
Carbonífera	49,1	45,9	48,4
Extremo Sul Catarinense	45,3	47,7	47,1
Nordeste	36,7	36,1	37,5
Planalto Norte	36,2	35,9	36,1
Serra Catarinense	44,4	44,8	42,6

Santa Catarina	40,5	40,2	40,1
-----------------------	-------------	-------------	-------------

Fonte: SIH/SUS

Quando analisamos o número absoluto de ICSAP por grupo de causas (quadro 12) destacamos que as internações do Grupo 15 – Infecção no Rim e Trato Urinário possuem os maiores números nos três últimos anos, totalizando 32.859 internações, seguidas de doenças pulmonares, insuficiências cardíacas e pneumonias bacterianas. Essas internações poderiam ser reduzidas ou até evitadas se a APS fosse oportuna e eficaz.

Quadro 12 - Número de ICSAP por ano internação segundo grupo CID 10/ICSAP em Santa Catarina de 2016 a 2018

Grupo CID 10/ICSAP	2016	2017	2018
15-Infecção no Rim e Trato Urinário	10.408	11.215	11.236
8-Doenças pulmonares	9.218	9.516	9.189
11-Insuficiência Cardíaca	9.587	9.321	8.622
6-Pneumonias bacterianas	8.555	8.215	8.386
12-Doenças Cerebrovasculares	8.185	8.200	8.128
2-Gastroenterites Infecciosas e complicações	8.051	7.486	7.151
13-Diabetes <i>mellitus</i>	4.438	4.152	4.127
16-Infecção pele e tecido subcutâneo	2.961	3.358	3.655
10-Angina	3.433	3.339	3.137
7-Asma	2.267	2.471	2.561
19-Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	1.932	2.201	2.167
9-Hipertensão	1.954	2.017	2.140
14-Epilepsias	1.861	1.734	1.709
18-Úlcera gastrointestinal	1.464	1.703	1.631
5-Infecções de ouvido, nariz e garganta	1.067	1.440	1.455

4-Deficiência Nutricionais	1.416	1.407	1.303
17-Doenças Inflamatória órgãos pélvicos femininos	806	869	929
1-Doenças preveníveis por imunização e cond sensíveis	614	653	713
3-Anemia	309	345	387
Total	78.526	79.642	78.626

Fonte: SIH/SUS

Violência Sexual

A violência sexual resulta em grande impacto na saúde física, psíquica e na vida produtiva da pessoa agredida e demais membros da família, produzindo vulnerabilidades e insegurança. As pessoas agredidas vivenciam situações de medo, pânico, fragilidades emocionais e perda da autonomia. Pode ainda estar associada com traumatismos físicos, gravidez indesejada, aborto, complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis, transtornos de estresse pós-traumático e complicações relacionadas à gravidez, como o aborto espontâneo, o trabalho de parto prematuro e o baixo peso ao nascer. A atenção integral à saúde das pessoas vítimas de violência requer a organização de serviços com equipes multiprofissionais, articuladas a outros serviços da rede de atenção.

É importante destacar que, segundo dados da Secretaria de Segurança Pública, o Estado de Santa Catarina teve a segunda maior taxa de estupro do país, com 57,0 agressões para cada 100 mil mulheres em 2017. A taxa nacional de estupros é de 29,4 por cada 100 mil mulheres. Com relação a tentativa de estupro, a taxa nacional é de 2,9 para cada 100 mil mulheres, Santa Catarina ocupa o primeiro lugar no *ranking* nacional, com 10,8 tentativas de estupro para cada 100 mil mulheres.

Na área da saúde, os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual são de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pelos profissionais de saúde da rede pública e privada; sendo que, desde 2003 (Lei nº 10.778/2003) são de notificação imediata.

De acordo com os dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina (DIVE), nos anos de 2010 a 2015, foram notificados 5.103 casos de violência sexual, o que equivale a 10% do total de 51.933 casos de todos os tipos de

violência notificados no mesmo período. Em relação à violência sexual, 4.628 dos casos foram de pessoas do sexo feminino e 777 do sexo masculino, atingindo predominantemente o sexo feminino de 10 a 14 anos, seguidas das crianças de 5 a 9 anos de idade.

Contudo, nem todos os casos são notificados, o que gera a subnotificação, ou seja, algumas pessoas procuram apenas os serviços de segurança pública e outras não buscam nenhum tipo de atendimento. Faz-se necessário uma rede estruturada e organizada para a atenção em tempo oportuno, em até 72 horas da agressão, para as vítimas de violência sexual, reduzindo os danos causados pela agressão. Em Santa Catarina temos alguns serviços que vêm prestando atenção nesta área, mas, ainda não temos rede regionalizada organizada em todas as Regiões do Estado. Esta rede de atenção demanda ação intersetorial em especial entre Saúde, Segurança Pública, Assistência Social, Conselho Tutelar e Ministério Público. Trabalhar com a população para intervir diminuindo os atos violentos e em especial as agressões sexuais demanda também ação intersetorial em especial envolvendo a educação e os meios de comunicação.

Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho

Desde o ano de 2017 o Ministério Público do Trabalho (MPT) disponibiliza uma inovadora ferramenta de gestão, o Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho (MPT-OIT), com indicadores de incidência, número de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT's), gastos previdenciários acumulados, dias perdidos de trabalho, mortes acidentárias, localização geográfica, ramos de atividade e perfil das vítimas para serem utilizados na elaboração de políticas públicas de prevenção de acidentes e doenças no trabalho (Figuras 7 a 10).

Segundo os registros, em Santa Catarina no período de 2012 a 2018 foram gastos com benefícios acidentários ativos R\$79.000.041.558, ainda que anteriormente concedidos. Somente considerando as novas concessões no período, o valor é de R\$29.145.635.014.

Os dados de acidentes no mesmo período apontam 4.503.631 registros de acidentes de trabalho, sendo que foi notificado o total de 16.455 mortes acidentárias.

O impacto previdenciário dos afastamentos no Estado foi de R\$ 1.628.275.553,79, com a perda de 351.796.758 dias de trabalho.

Figura 7 - Setores econômicos com mais registros de comunicações de acidentes de trabalho

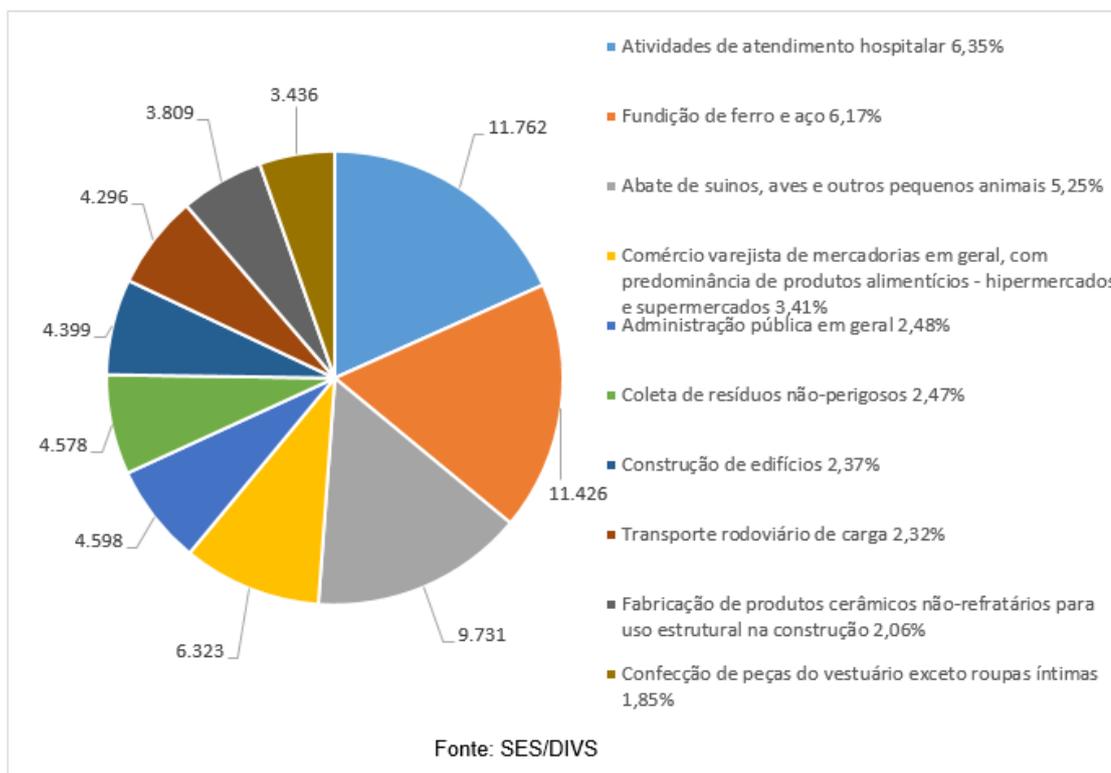


Figura 8 - Setores Econômicos com mais Registros de Afastamento do Trabalho

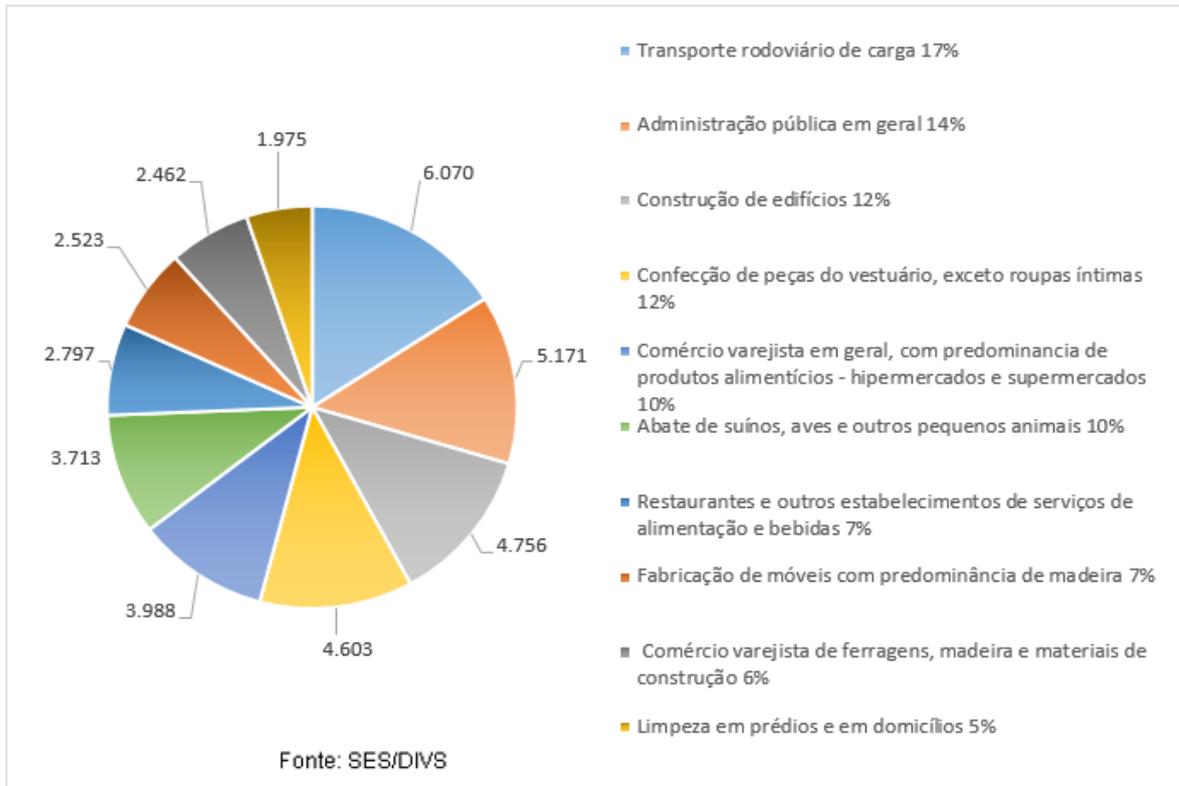


Figura 9 - Motivos mais frequentes (acidentes e doenças)

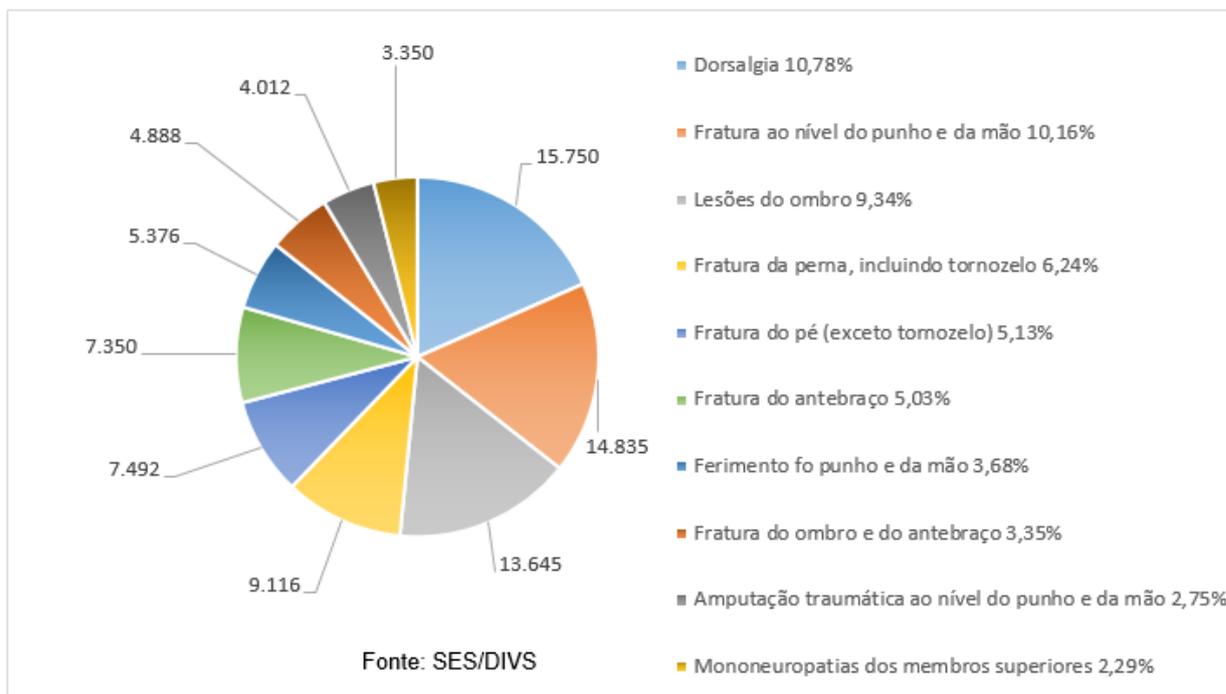
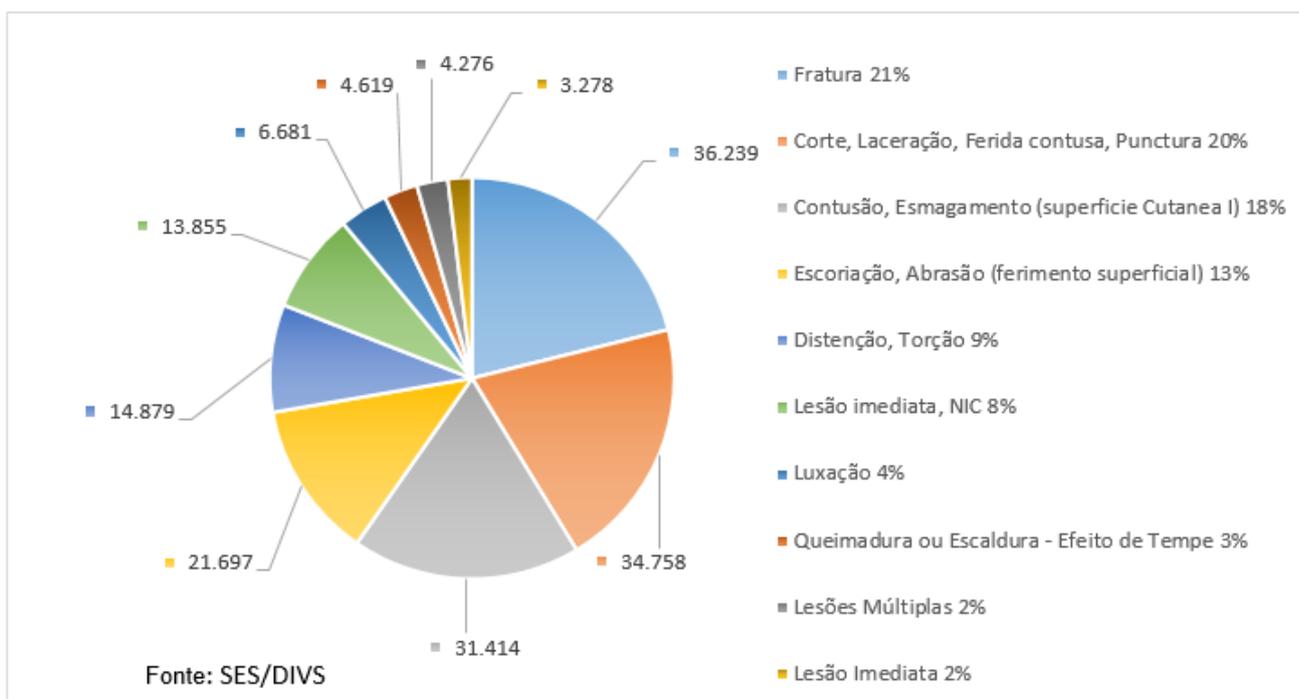


Figura 10 - Lesões mais frequentes



Os dados relacionados aos Setores Econômicos com maior registro de comunicações de acidentes de trabalho por Macrorregião de Saúde apontam os seguintes resultados, por ordem de ocorrência (quadros 13 a 19):

Quadro 13 - Macrorregião de Saúde Sul

Classificação	Atividade Econômica
1º	Transporte Rodoviário de cargas
2º	Administração Pública em geral
3º	Atividade de atendimento hospitalar
4º	Confecção de peças de vestuário, exceto roupas íntimas
5º	Desdobramentos de madeira
5º	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção
5º	Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - hipermercados e supermercados

Fonte: SES/DIVS/IBGE

Quadro 14 - Macrorregião de Saúde do Grande Oeste

Classificação	Atividade Econômica
1º	Administração pública em geral
2º	Transporte rodoviário de carga
3º	Abate de suínos, aves e outros pequenos animais.
4º	Fabricação de Móveis com predominância de madeira.
5º	Desdobramento de madeira

Fonte: SES/DIVS/IBGE

Quadro 15 - Macrorregião de Saúde do Meio Oeste e Serra Catarinense

Classificação	Atividade Econômica
1°	Administração Pública em Geral
2°	Transporte Rodoviário de Carga
3°	Desdobramento de madeira
4°	Abate de suínos, aves e outros pequenos animais
5°	Produção Florestal – florestas plantadas
5°	Atividade de atendimento hospitalar

Fonte: SES/DIVS/IBGE

Quadro 16 - Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí

Classificação	Atividade Econômica
1°	Comércio varejista de mercadorias em geral com predominância de produtos alimentícios hipermercados e supermercados
2°	Preservação do pescado e fabricação de produtos do pescado
3°	Construção de edifícios
3°	Administração pública em geral
4°	Transporte rodoviário de carga
5°	Construção de rodovias e ferrovias
5°	Atividades de correios
5°	Hotéis e similares
5°	Coleta de resíduos não perigosos
5°	Atividade de atendimento hospitalar
5°	Construção de embarcações e estruturas flutuante
5°	Incorporação de empreendimentos imobiliários

Fonte: SES/DIVS/IBGE

Quadro 17 - Macrorregião do Alto Vale do Itajaí

Classificação	Atividade Econômica
1º	Confecção de peças do vestuário, exceto roupas íntimas
2º	Administração pública em geral
3º	Desdobramento de madeira
3º	Distribuição de energia elétrica
4º	Acabamento em fios, tecidos e artefatos têxteis
4º	Fabricação de estrutura de madeira e de artigos de carpintaria para a construção
4º	Transporte rodoviário de carga
5º	Abate de pequenos suínos, aves e pequenos animais
5º	Comércio varejista de mercadorias em geral com predominância de produtos alimentícios hipermercados e supermercados
5º	Fabricação de madeira laminada e de chapas de madeira compensada, pensada e aglomerada

Fonte: SES/DIVS/IBGE

Quadro 18 - Macrorregião de Saúde da Grande Florianópolis

Classificação	Atividade Econômica
1º	Transporte rodoviário de carga
2º	Construção de edifícios
3º	Administração pública em geral
3º	Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – hipermercados e supermercados
4º	Atividades de correio
4º	Comércio varejista de ferragens, madeira e materiais de construção
5º	Construção de rodovias e ferrovias

5º	Desdobramento de madeira
5º	Transmissão de energia elétrica

Fonte: SES/DIVS/IBGE

Quadro 19 - Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste

Classificação	Atividade Econômica
1º	Confecção de peças de vestuário, exceto roupas íntimas
2º	Transporte rodoviário de cargas
2º	Fabricação de madeira laminada e chapas de madeira compensada, prensada e aglomerada
2º	Desdobramentos de madeira
2º	Atividade de Correio
2º	Administração Pública em geral
3º	Fundição de ferro e aço
3º	Fabricação de Móveis com predominância de madeira
3º	Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - hipermercados e supermercados
3º	Atividade de atendimento hospitalar
4º	Fabricação de papel
4º	Fabricação de artefatos de material plástico não especificados anteriormente
4º	Construção de rodovias e ferrovias
4º	Construção de edifícios
4º	Captação, tratamento e distribuição de água
5º	Produção florestal – florestas plantadas
5º	Produção de tubos de aço com costura
5º	Gestão de Portos e terminais
5º	Fundição de metais não-ferrosos e suas ligas

5º	Fabricação de tecidos de malha
5º	Fabricação de produtos de metal não especificados anteriormente
5º	Fabricação de geradores, transformadores e motores elétricos
5º	Fabricação de colchões
5º	Fabricação de artefatos de tancaria e de embalagens de madeira
5º	Fabricação de artefatos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes
5º	Distribuição de Energia Elétrica
5º	Cultivo de cereais
5º	Comércio varejista de ferragens, madeira e materiais de construção
5º	Atividades de organizações associativas profissionais
5º	Armazenamento

Fonte: SES/DIVS/IBGE

Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres

Os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) correspondem às lesões causadas pelo trânsito de veículos e pessoas. Segundo a OMS, os ATT apresentam uma carga alta de mortalidade em todo o mundo. Os meios de transporte motorizados são responsáveis por um total de 15 milhões de mortes e 79,6 milhões de anos de vida saudável perdidos anualmente, conforme publicação recente do Banco Mundial e do Instituto de Métrica em Saúde e Avaliação dos Estados Unidos.

No Estado de Santa Catarina 6.406 óbitos ocorreram em consequência dos ATT nos anos de 2014 a 2017.

De acordo com a quadro 20, a taxa de mortalidade por ATT no ano de 2014 foi mais elevada no Meio Oeste (44,8), enquanto as regiões do Alto Vale do Itajaí e Serra Catarinense apresentaram as mesmas taxas em 2015 (36,5). No ano de 2016 (33,2) e 2017 (34,6) em Xanxerê. A região que registrou menor taxa foi a Carbonífera nos anos de 2014 (20,7) e 2015 (17,3), seguida pela Grande Florianópolis em 2016 (18,2), 2017 (16,6).

Quadro 20 - Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre (por 100.000 hab.) nas 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014-2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	69	30,0	73	31,6	58	25,1	46	19,8
Oeste	97	28,4	74	21,4	90	25,7	99	28,0
Xanxerê	61	31,0	66	33,4	66	33,2	69	34,6
Alto Vale do Itajaí	94	33,0	105	36,5	90	31,0	89	30,4
Foz do Rio Itajaí	150	23,7	121	18,6	135	20,3	142	20,8
Médio Vale do Itajaí	227	31,0	175	23,5	146	19,3	169	21,9
Grande Florianópolis	253	22,8	218	19,3	210	18,2	194	16,6
Meio Oeste	84	44,8	50	26,5	51	26,9	47	24,6
Alto Vale Rio do Peixe	69	24,1	71	24,6	68	23,4	64	21,9
Alto Uruguai Catarinense	38	26,0	30	20,5	32	21,8	37	25,1
Nordeste	274	28,7	210	21,6	200	20,2	200	19,8
Planalto Norte	105	28,4	99	26,6	69	18,5	65	17,3
Serra Catarinense	111	38,2	106	36,5	72	24,8	71	24,5
Extremo Sul Catarinense	63	32,7	41	21,1	37	18,8	46	23,1
Carbonífera	86	20,7	73	17,3	90	21,1	84	19,5
Laguna	93	26,3	76	21,3	100	27,7	84	23,1
Santa Catarina	1874	27,9	1588	23,4	1514	22,0	1506	21,6

Fonte: SIM/DIVE/SES/SC; IBGE

O número de óbitos por ATT, conforme quadro 21, foi de 5.189 na população do sexo masculino e 1.297 no sexo feminino entre 2014 e 2017. Para os homens, o maior número de mortes foi observado nas faixas etárias de 20-29 anos (1.363) e 30-39 anos (1.000), e para as mulheres 308 e 220, respectivamente.

Quadro 21 - Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre por sexo e faixa etária. Santa Catarina, 2014-2017

Sexo	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+
Mas	8	29	40	64	454	1363	1000	853	681	405	214	78
Fem	10	26	31	25	123	308	220	149	159	119	80	47
SC	18	55	71	89	577	1671	1220	1002	840	524	294	125

Fonte: SIM/DIVE/SES/SC; IBGE

Os indicadores apresentados refletem a necessidade de uma vigilância e monitoramento sistemáticos dos ATT. Esses agravos precisam ser discutidos e inseridos como tema de grande relevância nos diversos níveis de gestão para definir ações intra e intersetoriais de prevenção e redução da mortalidade prematura, visto que foi observado que de forma geral que os ATT vitimam a população numa faixa etária jovem e produtiva.

1.2.2.4 Morbimortalidade por Agravos Imunopreveníveis

Influenza

Avaliando-se as Regiões de Saúde, as maiores incidências ocorreram no ano de 2016 na Região do Extremo Sul Catarinense com 50 casos e incidência de 25,4/100.000 hab, e de Laguna com 79 casos e incidência de 21,9/100.000 hab. Durante a sazonalidade o vírus da influenza circulou em todo o Estado e nos anos de 2014 a 2017 a distribuição de casos entre as Regiões de Saúde mostrou-se uniforme, sem grandes variações, conforme quadro 22.

Quadro 22 - Incidência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por vírus influenza, SC, 2014 a 2017

Região de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Nº	Incidência	Nº	Incidência	Nº	Incidência	Nº	Incidência
Extremo Oeste	8	3,5	10	4,3	43	18,6	12	5,2
Oeste	8	2,3	6	1,7	64	18,3	12	3,4

Xanxerê	0	0,0	1	0,5	7	3,5	3	1,5
Alto Vale do Itajaí	3	1,1	3	1,0	11	3,8	18	6,2
Foz do Rio Itajaí	29	4,6	9	1,4	52	7,8	26	3,9
Médio Vale do Itajaí	10	1,4	2	0,3	82	10,8	31	4,1
Grande Florianópolis	28	2,5	35	3,1	66	5,7	39	3,4
Meio Oeste	0	0,0	3	1,6	4	2,1	1	0,5
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0,0	16	5,5	12	4,1	25	8,6
Alto Uruguai Catarinense	4	2,7	0	0,0	9	6,1	2	1,4
Nordeste	29	3,0	10	1,0	112	11,3	27	2,7
Planalto Norte	8	2,2	1	0,3	46	12,3	29	7,8
Serra Catarinense	4	1,4	4	1,4	54	18,6	8	2,8
Extremo Sul Catarinense	10	5,2	7	3,6	50	25,4	8	4,1
Carbonífera	8	1,9	5	1,2	57	13,4	18	4,2
Laguna	20	5,6	9	2,5	79	21,9	40	11,1
Santa Catarina	169	2,5	121	1,8	748	10,8	299	4,3

Fonte : SES /DIVE/SinanNEt – dados atualizados em agosto 2018

Em relação aos tipos de vírus Influenza predominantes em 2014 em Santa Catarina, ocorreu maior circulação do vírus Influenza A (H3N2), com 146 casos e 9 óbitos. Em 2015, ocorreu uma baixa circulação de ambos os vírus. Em 2016, houve o predomínio do vírus Influenza A (H1N1) pdm09, com 722 casos e 114 óbitos. Em 2017, o vírus que circulou foi o A (H3N2), com 233 casos e 29 óbitos (quadro 23). Os subtipos H3N2 e H1N1, que circularam no Estado são de linhagens distintas e ambos têm potencialidade de causar doença grave.

Quadro 23 - Casos e óbitos confirmados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por influenza segundo classificação final, SC, 2014 - 2017

Classificação Final	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
SRAG por influenza	174	13	119	20	758	117	303	39
Influenza A (H1N1)pdm09	21	4	54	16	722	114	1	0
Influenza A (H3N2)	146	9	47	2	1	0	233	29
Influenza B	7	0	18	2	27	3	67	10

Fonte: SINAN INFLUENZA WEB. Dados atualizados em 20/08/2018

Doenças Exantemáticas Febris Sarampo e Rubéola

O monitoramento das ações de vigilância das doenças exantemáticas febris (sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita) é realizado mediante a análise de indicadores expressos através de dados mensuráveis, sensíveis e confiáveis permitindo fazer comparações com parâmetros recomendados (metas), norteando os profissionais na definição de prioridades e na tomada de decisões. Historicamente o Estado vem cumprindo os indicadores estabelecidos pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) pactuados internacionalmente por serem doenças de grande impacto em saúde pública e estarem em fase de eliminação na região das Américas.

No período de 2014 a 2017 foram notificados 1.121 casos suspeitos de doenças exantemáticas febris (187 suspeitos de sarampo e 934 de rubéola), sem registro de casos confirmados. A taxa de notificação variou de 5,1 a 2,5 acima da meta preconizada de 2 ou mais casos por 100.000 habitantes.

Entre os 8 indicadores preconizados 6 (75%) apresentaram resultados acima do pactuado entre os quais a investigação oportuna em até 48 horas após a notificação do caso, coleta oportuna até 28 dias após a notificação, envio oportuno de amostras ao Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) em até 5 dias após a coleta, notificação negativa semanal de rotina mesmo na ausência de casos. O encerramento por critério de laboratório foi o indicador que além de ultrapassar a meta se manteve no mesmo patamar durante os quatro anos avaliados (quadro 24).

Com relação ao indicador de resultado oportuno liberado pelo Lacen/SC, existiram alguns fatores nos anos de 2016 e 2017 que dificultaram o alcance destas metas entre os quais atraso na entrega e falta de Kits para sorologia, Kits de reagentes enviados pelo Ministério da Saúde que fazem reação cruzada com diferentes vírus (arbovirus, parvovirus, etc.) levando a amostra a que ser retestada várias vezes com a consequente liberação de resultado com atraso. Atualmente esta situação está mais controlada, no entanto, é necessário garantir a regularidade dos insumos para o Laboratório Central do Estado.

Quadro 24 - Indicadores de qualidade do sistema de vigilância de Doenças Exantemáticas Febris Sarampo e Rubéola, SC em 2014 a 2017

Indicadores	Meta	2014	2015	2016	2017
Taxas de notificação	>2/100mil hab.	5,1	4,4	4,3	2,5
Investigação oportuna (até 48 horas)	80,0	92,3	90,8	92,5	92,0
Coleta oportuna (até 28 dias)	80,0	97,3	88,1	90,5	100,0
Envio oportuno (até 5 dias)	80,0	93,0	87,2	88,0	94,0
Resultado oportuno (até 4 dias)	80,0	70,5	78,0	48,0	66,6
Notificação negativa oportuna	80,0	84,0	82,6	83,5	90,0
Encerramento por critério laboratorial	100,0	100,0	100,0	100	100,0
Homogeneidade da cobertura vacinal	70,0	76,0	66,7	62,3	63,5

Fonte: SES/DIVE/LACEN SC, dados atualizados em agosto/2018 sujeitos a revisão

Com o aparecimento de surtos de sarampo em vários continentes e também no Brasil se faz necessário a manutenção de estratégias oportunas e adequadas para contenção de casos que porventura possam surgir no Estado.

Coqueluche

No período de 2013 a 2017 foram confirmados 518 casos de coqueluche no Estado distribuídos nas 16 Regiões de Saúde com incidência variando de 3,43 a 0,64 por 100.000 habitantes. As regiões com as maiores incidências no período foram a Carbonífera em 2014 e 2017, a Extremo Sul Catarinense em 2014 e 2016. No ano de

2017 a maior incidência foi registrada na região de Laguna. A ocorrência de casos em menores de 6 meses (grupo de maior risco) manteve a média anual de 40% do total de casos confirmados ao longo dos 3 primeiros anos. Em 2017 o percentual de casos nesta faixa teve um decréscimo de 10%; não houve registro de óbitos no período avaliado.

Medidas de controle foram implementadas para a diminuição da incidência e ausência de óbitos no período entre 2013 a 2017 entre as quais a melhora no diagnóstico laboratorial, a implantação da vacinação de gestantes em novembro de 2014, a capacitação de profissionais e investimento em material informativo (quadro 25).

Quadro 25 - Coqueluche- casos e incidência por 100.000hab, segundo Regiões de Saúde, SC de 2014 a 2017

Regiões	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência
Extremo Oeste	3	1,30	7	3,03	0	0	0	0
Oeste	30	8,78	15	4,34	3	0,86	2	0,57
Xanxerê	4	2,04	7	3,54	2	1,01	4	2,01
Alto Vale do Itajaí	8	2,81	4	1,39	0	0,00	3	1,03
Foz do Rio Itajaí	15	2,37	17	2,62	4	0,60	3	0,45
Médio Vale do Itajaí	28	3,83	13	1,75	7	0,92	8	1,06
Grande Florianópolis	44	3,96	29	2,56	15	1,30	30	2,60
Meio Oeste	5	2,67	0	0,00	0	0,00	4	2,11
Alto Vale do Rio do Peixe	5	1,74	2	0,69	0	0,00	8	2,76
Alto Uruguai Catarinense	3	2,05	2	1,37	0	0,00	0	0
Nordeste	22	2,30	11	1,13	1	0,10	8	0,81
Planalto Norte	3	0,81	1	0,27	4	1,07	1	0,27
Serra Catarinense	9	3,10	1	0,34	0	0,00	1	0,34
Extremo Sul Catarinense	14	7,27	12	6,17	0	0,00	6	3,05
Carbonífera	30	7,21	10	2,38	7	1,64	13	3,05

Laguna	8	2,26	5	1,40	1	0,28	16	4,44
Santa Catarina	231	3,43	136	1,99	44	0,64	107	1,55

Fonte: SES /DIVE/SINANNET – dados atualizados em agosto 2018 sujeitos a revisão

Meningite e Doença Meningocócica

A distribuição da meningite é mundial e sua incidência varia conforme a região. A doença está relacionada à existência de aglomerados, aspectos climáticos, circulação do agente no ambiente e características socioeconômicas. As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus, são as mais importantes do ponto de vista da Saúde Pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos e por sua letalidade. No Brasil, a meningite é considerada uma doença endêmica, deste modo, casos da doença são esperados ao longo de todo o ano, com a ocorrência de surtos e epidemias ocasionais. Em 2014 a incidência das meningites em geral (exceto meningocócica) no Estado foi de 11,25 casos/100.000 hab. Observa-se a partir de então um decréscimo pouco significativo em relação aos anos posteriores e voltando a aumentar em 2017 com 13,50 casos por 100.000 hab. As maiores incidências têm ocorrido na Região Nordeste com 2,48 casos/100.000 hab em 2014, e chegou a 3,47 casos/100.000 hab no ano de 2017.

A Região da Grande Florianópolis mostrou um crescimento importante, em 2014 apresentou 1,74 casos/100.000 habitantes chegando a 2,57 casos/100.000 habitantes em 2017. Na Região Foz do Rio Itajaí também apresentou aumento na incidência dos casos chegando a 2,10 casos por 100.000 habitantes no ano de 2017 (quadro 26).

Quadro 26 - Casos e taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de meningites (geral) segundo regiões. SC, 2014-2017

Região de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência
Extremo Oeste	5	0,07	6	0,09	19	0,27	9	0,13
Oeste	25	0,37	22	0,32	20	0,29	42	0,60
Xanxerê	5	0,07	6	0,09	7	0,10	9	0,13

Alto Vale do Itajaí	11	0,16	19	0,28	25	0,36	22	0,31
Foz do Rio Itajaí	75	1,11	121	1,77	102	1,48	147	2,10
Médio Vale do Itajaí	105	1,56	94	1,38	74	1,07	88	1,26
Grande Florianópolis	117	1,74	117	1,72	125	1,81	180	2,57
Meio Oeste	28	0,42	11	0,16	13	0,19	5	0,07
Alto Vale Rio do Peixe	13	0,19	7	0,10	12	0,17	11	0,16
Alto Uruguai Catarinense	8	0,12	10	0,15	8	0,12	15	0,21
Nordeste	167	2,48	166	2,43	167	2,42	243	3,47
Planalto Norte	23	0,34	16	0,23	16	0,23	19	0,27
Serra Catarinense	6	0,09	11	0,16	4	0,06	3	0,04
Extremo Sul Catarinense	24	0,36	18	0,26	9	0,13	24	0,34
Carbonífera	113	1,68	86	1,26	62	0,90	93	1,33
Laguna	32	0,48	35	0,51	12	0,17	35	0,50
Santa Catarina	757	11,25	745	10,93	675	9,77	945	13,50

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

A doença meningocócica, é endêmica e de baixa incidência, porém tem valor epidemiológico importante devido a sua magnitude e capacidade de provocar surtos. Observa-se um aumento na incidência deste agravo nestes últimos 4 anos em praticamente todas as Regiões de Saúde. A maior incidência nos respectivos anos de 2014 e 2017 foram na Região da Grande Florianópolis que passou de 0,13 casos/100.000 hab. em 2014 para 0,21 casos/100.000 hab. em 2017. Na Região Foz do Rio Itajaí a incidência passou de 0,06 casos/100.000 hab. em 2014 para 0,26 casos/100.000 hab. no ano de 2017 (quadro 27).

Quadro 27 - Casos e taxa de incidência (por 100 mil hab) de doença meningocócica segundo regiões.SC, 2014-2017

Região de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência
Extremo Oeste	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Oeste	1	0,01	0	0,00	0	0,00	2	0,03
Xanxerê	0	0,00	7	0,10	1	0,01	3	0,04
Alto Vale do Itajaí	1	0,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Foz do Rio Itajaí	4	0,06	4	0,06	9	0,13	18	0,26
Médio Vale do Itajaí	5	0,07	0	0,00	3	0,04	8	0,11
Grande Florianópolis	9	0,13	13	0,19	12	0,17	15	0,21
Meio Oeste	0	0,00	1	0,01	0	0,00	0	0,00
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0,00	0	0,00	1	0,01	0	0,00
Alto Uruguai Catarinense	0	0,00	0	0,00	1	0,01	0	0,00
Nordeste	2	0,03	0	0,00	4	0,06	4	0,06
Planalto Norte	2	0,03	1	0,01	1	0,01	1	0,01
Serra Catarinense	2	0,03	0	0,00	1	0,01	2	0,03
Extremo Sul Catarinense	0	0,00	2	0,03	2	0,03	1	0,01
Carbonífera	2	0,03	1	0,01	2	0,03	1	0,01
Laguna	4	0,06	1	0,01	3	0,04	4	0,06
Santa Catarina	32	0,48	30	0,44	40	0,58	59	0,84

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

A introdução das vacinas Hib, Meningo C e Pneumococos, reduziram significativamente a incidência deste agravo desde 2009. Outras ações como quimioprofilaxia oportuna e diagnóstica precoce também são ações que visam prevenir surtos e diminuir a letalidade da doença. A identificação do agente etiológico através de exames laboratoriais como cultura, e o exame que mede a proteína C reativa (PCR) se fazem necessários para decidir as medidas profiláticas conforme o tipo de meningite e

na mesma lógica nos casos de doença meningocócica, classificar o sorotipo, importante para identificação de surtos.

Tétano Neonatal e Tétano Acidental

Em relação ao tétano neonatal, o último caso ocorreu no ano de 1998 na Região Oeste no município de Ipumirim. Atribui-se esta queda expressiva de 75% na ocorrência de casos no país ao Plano Nacional de Erradicação do Tétano Neonatal. É oportuno lembrar o importante papel desempenhado pela APS através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em consonância com o Programa Nacional de Vacinação para o alcance de adequadas coberturas vacinais em gestantes.

Quanto ao Tétano Acidental a análise situacional, indica que a distribuição do número de casos confirmados, tem se mostrado estável nos últimos anos. Todas as 16 Regiões de Saúde rotineiramente registram casos confirmados de tétano. A região que mais registrou casos de tétano no período de 2014 a 2018 foi a Grande Florianópolis com 9 casos, seguido pela Região Nordeste 7 casos e as Regiões Médio e Alto Vale do Itajaí, ambas com 6 casos. A taxa de incidência manteve-se a cada ano, no patamar de 2,0 casos por 100.000 habitantes. No período avaliado ocorreram 14 óbitos, sendo o ano de 2016 com maior número (5 óbitos) e taxa de letalidade de 41,7, superando a média nacional que é de 31% (Quadro 28).

Quadro 28 - Distribuição dos Casos, Incidência (Inc.) e Letalidade (Letal.) de Tétano Acidental pelas 16 Regiões de Saúde 2014 a 2017 - SC

Região de Saúde	2014			2015			2016			2017		
	Casos	Inc.	Letalidade									
Extremo Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,4	0
Oeste	0	0	0	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0
Xanxerê	1	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alto Vale do Itajaí	2	0,7	50	1	0,3	0	2	0,6	50	1	0,3	100
Foz do Rio Itajaí	1	0,1	0	0	0	0	3	0,4	66,6	0	0	0
Médio Vale do Itajaí	1	0,1	0	1	0,1	100	3	0,3	33,3	1	0,1	100

Grande Florianópolis	3	0,2	0	1	0	0	0	0	0	5	0,4	20
Meio Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alto Vale do Rio do Peixe	1	0,3	100	0	0	0	0	0	0	2	0,6	50
Alto Uruguai Catarinense	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste	1	0,1	0	2	0,2	0	3	0,3	33,3	1	0,1	0
Planalto Norte	1	0,2	0	2	0,5	50	1	0,2	0	0	0	0
Serra Catarinense	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extremo Sul Catarinense	0	0	0	1	0,5	100	0	0	0	0	0	0
Carbonífera	0	0	0	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0
Laguna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2	0
Total	11	2,2	18,2	10	2	30	12	1,8	41,7	12	2,1	33,3

Fonte: SinanNet/ SES/DIVE/ SC, dados atualizados em agosto 2018 sujeitos a revisão

Situação da Cobertura Vacinal

O Estado apresentou até o ano de 2016 coberturas vacinais adequadas na maioria das vacinas preconizadas para crianças menores de 1 ano e 1 ano de idade no calendário de vacinação. Porém, em 2017, houve queda na cobertura vacinal (CV) de todas as vacinas (figura 11).

Consideramos que alguns fatores podem estar contribuindo para este declínio, sendo estes, o sucesso das ações de imunização pode estar causando falsa sensação de segurança, o desconhecimento individual sobre a importância e benefícios das vacinas, a incompatibilidade entre as novas rotinas familiares e o horário de funcionamento das unidades de saúde, circulação de falsas notícias, movimentos anti-vacinas e mudança do sistema nacional de informação em imunização.

Outro indicador importante é a homogeneidade, ou seja, a manutenção das coberturas em no mínimo 70% (206/295) dos municípios catarinenses (quadro 29).

Quadro 29 - Homogeneidade nas coberturas vacinais em SC de 2014 a 2017

Ano	BCG	Rota	Men C	Penta	Pn 10	Polio	Hep A	VTV	Tetra viral	FA**
2014	49,83	74,23	67,45	60,67	63,05	58,64	31,52	76,61	56,61	46,29
2015	55,59	77,28	70,5	65,42	66,77	65,76	61,35	62,37	26,1	46,91
2016	52,54	73,55	67,45	65,76	71,18	54,91	40	66,67	61,69	52,46
2017	44,4	62,03	66,1	57,62	73,55	56,61	55,59	63,05	55,25	45,67

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

Legenda: BCG: bacilo de Calmette e Guérin (vacina contra a tuberculose);

Rota: Rotavírus Humano;

Men C: Meningocócica C;

Penta: Pentavalente;

Pn 10: Pneumocócica valente 10;

Polio: Poliomielite;

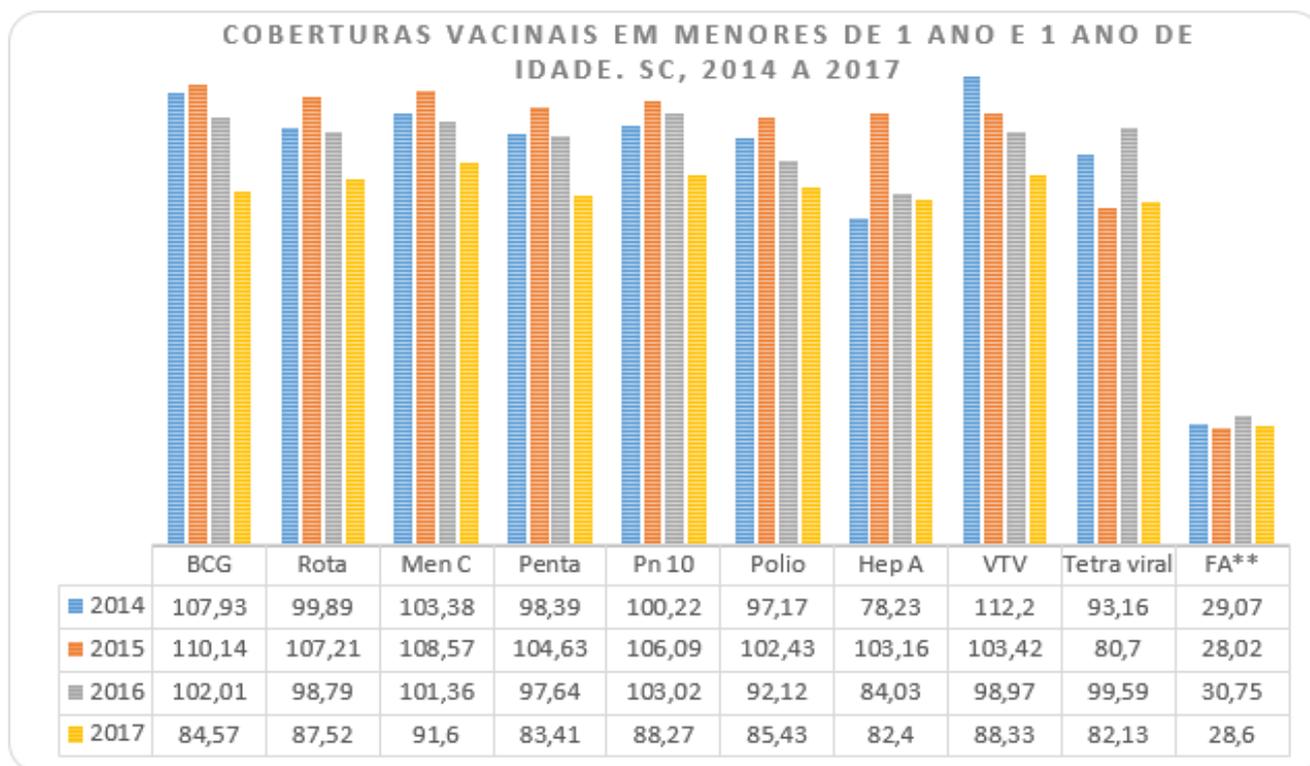
Hep A: Hepatite A;

VTV: Tríplice Viral (vacina contra o sarampo, a caxumba, a rubéola);

Tetra viral: vacina contra o sarampo, a caxumba, a rubéola e catapora;

FA: Febre Amarela

Figura 11 - Coberturas vacinais em menores de 1 ano de idade em SC



Fonte: SIPNI.Datasus.gov.br

** Municípios ACRV (162 municípios considerados área com recomendação de vacinação para Febre Amarela)

Ao se avaliar um indicador de cobertura vacinal, deve-se levar em consideração que este representa uma aproximação do que se pretende medir. Portanto, essa avaliação depende da qualidade dos dados coletados (registro correto das doses aplicadas) e da estimativa populacional utilizada. Denominadores podem ser superestimados ou subestimados, levando a distorções nos resultados e, por isso, devem ser interpretados com precaução. Essa é uma fragilidade dos indicadores de cobertura vacinal, ficando evidente quando se desagrega as coberturas por Regiões de Saúde e constatamos as variações dos valores apresentados com a média do Estado.

Abaixo, apresenta-se a homogeneidade de cobertura vacinal por Região de Saúde, sendo que destas 10 (dez) vacinas, 7 (sete) são utilizadas em menores de um ano (BCG, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumo 10, Poliomielite, Rotavírus Humano e Febre Amarela) e 3 (três) utilizadas em crianças de 1 ano de idade (Tríplice Viral, Tetra

viral e Hepatite A). Os valores variam entre Regiões e também entre as vacinas do calendário básico de vacinação (quadros 30 e 31).

No ano de 2016, 10 (dez) Regiões alcançaram a cobertura vacinal e 4 (quatro) alcançaram a homogeneidade. No ano de 2017, 5 (cinco) Regiões não atingiram a CV e 13 (treze) Regiões não atingiram a homogeneidade. Em 2016, 10 (dez) Regiões alcançaram a CV e 7 (sete) a homogeneidade. No ano de 2017, 7 (sete) Regiões de Saúde atingiram a meta vacinal e 4 (quatro) a homogeneidade.

Com o objetivo de acompanhar esses indicadores heterogêneos, os municípios foram classificados por situação de risco epidemiológico, obedecendo aos seguintes critérios:

- *Alto - prioridade 1*

- ✓ Municípios com CV < 95% para a vacina tríplice viral (SRC) e ou para a vacina poliomielite (VOP) independente do porte populacional e das coberturas vacinais para outras vacinas;
- ✓ Municípios com coberturas vacinais <50% e >120% para três ou + vacinas independente do porte populacional;
- ✓ Municípios com coberturas vacinais <95% em 3 ou mais vacinas independente do porte populacional.

- *Médio - prioridade 2*

- ✓ Municípios, independente do porte populacional*, com coberturas vacinais < 95% para até duas vacinas (desde que não seja a VOP ou SRC)
- ✓ Municípios de pequeno porte populacional (< 1.000 NV) com coberturas vacinais > 120% para uma ou duas vacinas.

- *Baixo - prioridade 3*

- ✓ Municípios c/ coberturas vacinais no intervalo entre 95% e 120% independente do porte populacional.

Quadro 30 - Coberturas vacinais e homogeneidades por Região de Saúde, SC em 2016

Região de Saúde	BCG		Rota		Meningo C		Penta		Pneumo 10		Pólio		FA		Hep A		VTV		Tetra	
	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %
Extremo Oeste	101,11	68,75	100,97	80	104,6	68,75	104,3	75	105,7	71,87	94,7	65,62	96,9	59,73	92,05	37,5	100	68,8	99,31	59,73
Xanxerê	128,65	80	123,28	90	125,8	80	121,5	80	128,4	90	110	65	114	75	101,3	55	124,9	90	119,9	85
Oeste	63,9	34,14	100,44	64	103,2	60	104	68	104,2	68	98,2	64	91,8	37,14	87,85	60	97,86	64	102,9	72
Alto Uruguai Catarinense	93,91	46,6	92,72	53,3	95,2	40	95,58	53,3	94,5	46,6	87,7	33,3	89,3	33,3	78,16	20	97,25	53,3	104,1	53,3
Meio Oeste	115,57	90	108,77	90	112,7	90	108,5	85	112,2	90	108	80	100	65	90,2	55	107,2	80	105	85
Alto Vale Rio dos Peixes	99,65	85	99,67	80	102,4	90	98,3	75	104,6	80	98,4	75	83,1	60	82,81	65	101,2	80	94,14	70
Foz do Rio Itajaí	108,85	18,18	92,12	63	93,59	45	88,96	36,6	96,49	54	83,9	18	0,49	0	78,55	27,3	91,93	54	89,83	36,3
Alto Vale do Itajaí	94,5	53,5	105,71	78,6	105,9	67,8	103,3	75	109,2	78,6	102	71,4	3,69	0	92,28	42,8	106,1	78,6	99,76	71,4
Médio Vale do Itajaí	99,22	28,6	97,89	71,4	97,77	71,4	94,19	57	99,81	64	88,7	50	0,33	0	90,67	50	92	57	97,59	71,4
Grande Florianópolis	109,21	22,7	97,62	72,7	104,1	68	96,62	59	103	68	91,4	50	0,6	0	82,6	36,3	100,8	72,7	103,7	63,6
Laguna	106,79	38,8	96,47	66,6	92,39	61,1	91,24	61,1	99,16	66,6	84,8	44,4	0,18	0	78,54	22,2	95	61,1	91,2	44,4
Carbonífera	91,5	50	89,07	66,6	91,95	66,6	85,77	66,6	97,5	66,6	80,8	33,3	0,43	0	71,23	16,6	90,52	41,6	86,26	58,3
Extremo Sul Catarinense	94,35	73,3	96,08	73,3	99,61	86,6	93,25	53,3	102,5	80	85,3	33,3	0,41	0	78,26	13,3	97,17	66,6	97,06	40
Nordeste	111,24	46,1	108,29	76,9	111,1	84,6	108,5	76,9	112	76,9	102	69,2	0,36	0	90,5	61,5	107,4	69,2	113,7	76,9
Planalto Norte	90,55	38,4	86,62	46	90,57	38,4	89,82	46	89,89	38,4	80,3	23	84,6	38,4	73,1	7,7	93,13	53,8	91,53	61,5
Serra Catarinense	100,1	16,6	94,09	16,6	95,23	55,5	91,89	55,5	97,94	66,6	88,5	38,8	75,2	22,2	78,71	22,2	94,21	44,4	89	27,7

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

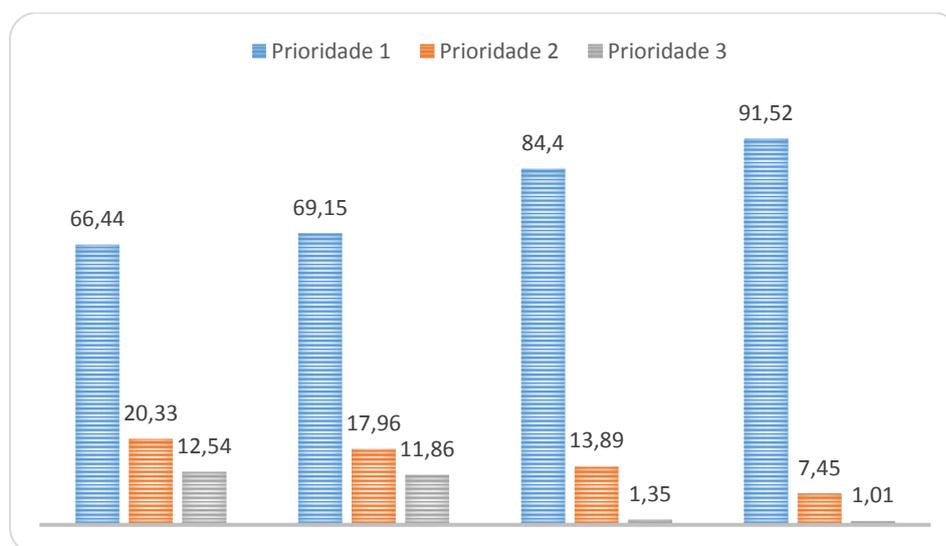
Quadro 31 - Coberturas vacinais e homogeneidades por Região de Saúde, SC, 2017

Região de Saúde	BCG		Rota		Meningo C		Penta		Pneumo 10		Pólio		FA		Hep A		VTV		Tetra	
	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %	CV %	Hg %
Extremo Oeste	99,86	65,62	96,46	62,5	98,09	68,75	94,73	46,87	101,7	65,62	95,7	50	89,3	40,62	97,26	53,1	101,4	56,3	98,89	56,25
Xanxerê	131,25	60	120,68	85	123,4	80	119	75	126,9	80	119	75	107	60	115,4	70	118	80	113,6	70
Oeste	115,51	48	98,06	76	99,86	68	97,64	68	103,5	76	96,8	60	93,4	37,14	100,1	60	99,33	64	98,06	56
Alto Uruguai Catarinense	106,08	66,6	102,16	73,3	102,1	66,6	97,84	46,6	101,2	73,3	100	46,6	91,5	33,3	92,34	40	93,42	53,3	89,05	33,3
Meio Oeste	109,75	90	105,37	80	108,2	80	105	95	111,3	90	105	65	99,8	55	106,3	65	110,2	75	104,3	70
Alto Vale Rio dos Peixes	99,05	95	95,7	90	99,44	75	92,98	70	101,1	90	95,9	75	77,8	70	99,56	70	97,74	80	94,6	70
Foz do Rio Itajaí	85,07	18,18	87,25	63	90,64	54	82,4	45	92,23	63	83,5	36,3	0,7	0	85,41	45	90,5	54	82,76	36,3
Alto Vale do Itajaí	101,87	46,4	103,9	78,6	104,4	71,4	100	60,7	106,7	75	101	64	3,72	0	100,2	71,4	101,4	75	103,3	68,8
Médio Vale do Itajaí	53,55	21,4	69,8	57	95,05	50	78,96	42,8	66,73	50	75,3	42,8	1,18	0	62,35	57	82,65	57	71,29	50
Grande Florianópolis	34,48	9	60,88	68	59,64	50	44,12	36,3	48,48	63,6	54,1	45	0,29	0	40,45	31	51,66	40,9	41,12	36,3
Laguna	105,64	38,8	92,28	66,6	94,52	55,5	85,47	38,8	97,28	66,6	88,3	44,4	0,55	0	82,12	38,8	88,46	33,3	83,3	44,4
Carbonífera	91,99	50	93,09	50	96,49	83,3	91,81	58,3	97,07	66,6	91,8	58,3	1	0	93,02	41,6	97,28	66,6	89,86	50
Extremo Sul Catarinense	106,08	73,3	106,32	86,6	105,9	93,3	99,76	66,6	111,2	86,6	99,9	60	0,69	0	95,72	60	103,9	80	95,88	60
Nordeste	99,54	53,8	96,2	92,3	98,94	92,3	93,26	69,2	99,15	84,6	94,3	69,2	0,91	0	99,75	76,9	100,1	84,6	97,49	76,9
Planalto Norte	92,63	38,4	87,68	53,8	87,97	53,8	84,94	38,4	90,45	61,5	85,5	38,4	77,2	23	82,77	23	83,98	30	81,32	23
Serra Catarinense	101,36	11,1	94,33	66,6	96,83	66,6	90,77	55,5	99,3	72,2	94,4	55,5	76,8	27,7	90,02	61,1	97,55	72,2	86,7	55,5

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

Conseqüentemente, com a queda da cobertura vacinal dos últimos anos, houve um aumento no número de municípios classificados como alto risco, conforme demonstrado no gráfico abaixo (Figura 12).

Figura 12 - Classificação dos municípios segundo riscos epidemiológicos, 2014 a 2017, SC

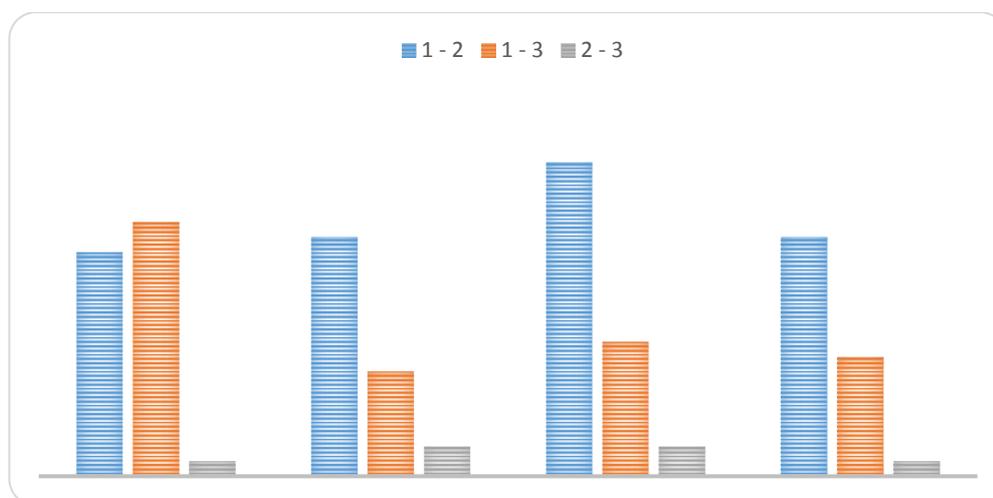


Fonte: sipni.datasus.gov.br

Durante as supervisões, além da verificação da estrutura física, são avaliados fatores que podem influenciar na cobertura vacinal que são: distorções no denominador (população superestimada ou subestimada pelo Programa Nacional de Imunização - PNI), erro de registros de doses aplicadas, oportunidades perdidas em vacinação, falta de acompanhamento pelos profissionais das equipes, cobertura de serviços oferecidos (acesso), mobilidade populacional, inconsistências nos relatórios do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), etc.

Após a avaliação destes fatores e a confirmação de que as crianças do município estão com as vacinas em dia, os mesmos podem ser reclassificados (Figura 13). Porém, se a reclassificação é realizada baseada em distorções no denominador (população superestimada ou subestimada pelo PNI), ela não é oficial, pois não há possibilidade de alteração deste dado, uma vez que PNI utiliza população do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) de dois anteriores para a faixa etária de crianças menores de um ano e um ano de idade.

Figura 13 - Reclassificação dos municípios segundo risco epidemiológico, 2014 a 2017, SC



Fonte: formsus.datasus.gov.br

Atualmente, com as constantes atualizações do calendário vacinal e com os sistemas de informações utilizados pelo PNI, o vacinador precisa analisar os esquemas de vacinação, sendo estes iniciados no sistema público ou privado, orientar e conduzir possíveis eventos pós-vacinais, realizar registro das doses aplicadas, fazer a solicitação e movimentação dos estoques de imunobiológicos.

Com objetivo de acompanhar o crescimento do PNI e manter um serviço de qualidade para a população, o Estado de Santa Catarina através da Portaria Nº 556, de 14 de julho de 2016 estabelece as normas técnicas para o credenciamento, licenciamento e funcionamento das salas de vacinação públicas, privadas e salas de prestação de serviços farmacêuticos de aplicação de vacina no Estado. O parágrafo 2º do artigo 8º menciona que “para os profissionais que atuam em salas de vacina na rede pública de saúde é exigido certificado de Capacitação em Sala de Vacina emitido pela Gerência de Vigilância de Doenças Agudas e Imunização (GEVIM)”. Por esta razão, anualmente são ofertados cursos de Capacitação para sala de vacina.

Entre os anos de 2014 a 2017, o Estado capacitou 1.035 profissionais para atuarem em salas de vacinas da rede pública, sendo 260 profissionais em 2014, 334 profissionais no ano de 2015, 183 profissionais em 2016 e 258 profissionais no ano de 2017. Segue no quadro 32 o número de profissionais capacitados para a sala de vacina por Região de Saúde no Estado.

Quadro 32 - Profissionais capacitados para a sala de vacina por Região de Saúde - SC, 2014 a 2017

PERÍODO	2014	2015	2016	2017
Extremo Oeste	7	7	14	9
Oeste	11	12	32	6
Xanxerê	8	9	6	11
Alto Vale do Itajaí	7	9	2	11
Foz Rio Itajaí	22	31	19	29
Médio Vale do Itajaí	9	32	31	19
Grande Florianópolis	32	115	20	31
Meio Oeste	17	7	2	20
Alto Vale do R.do Peixe	18	9	4	6
Alto Uruguai Catarinense	8	8	2	17
Nordeste	17	34	7	22
Planalto Norte	12	26	18	14
Serra Catarinense	20	5	1	8
Extremo Sul Catarinense	17	7	2	6
Carbonífera	40	10	18	35
Laguna	15	13	5	14
Total	260	334	183	258

Fonte: Arquivos Divisão Imunização

Apesar das capacitações em sala de vacina, a demanda é grande por parte dos municípios por novos cursos. A justificativa é a alta rotatividade de profissionais. Além de capacitar novos vacinadores é necessário manter educação continuada e supervisões para manter a qualidade dos serviços ofertados.

As vacinas selecionadas para a elaboração do indicador estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar

em relação à situação atual. A instituição do indicador de cobertura vacinal tem como o objetivo avaliar a proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade, por macrorregião de saúde:

- Pentavalente (3ª dose) – Previne difteria, tétano, coqueluche e infecções por *Haemophilus Influenzae* tipo B e hepatite B;
- Pneumocócica 10 valente (2ª dose) – Previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil;
- Poliomielite (3ª dose) – Previne a poliomielite em fase de erradicação global;
- Tríplice viral (1ª dose) – Previne contra o sarampo, caxumba e rubéola, sendo que o sarampo e a rubéola são doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.

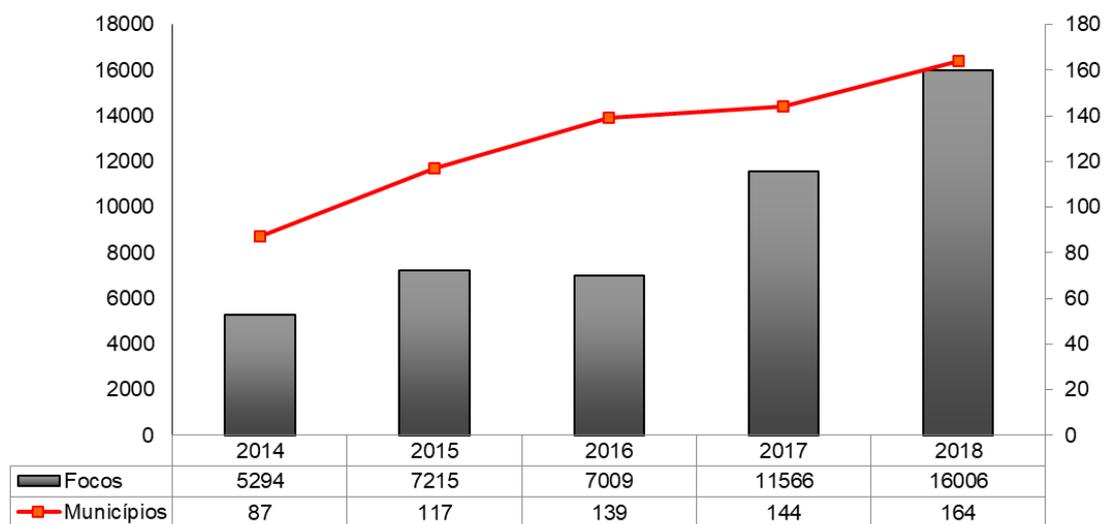
O indicador tem como meta 75% das 4 (quatro) vacinas selecionadas, com coberturas adequadas (cobertura vacinal preconizada pelo MS: mínimo de 95% do público alvo). Desta maneira, pelo menos 3 (três) vacinas das selecionadas com cobertura igual ou superior a 95%.

1.2.2.5 Morbimortalidade por Arboviroses e Zoonoses

Dengue, Febre de Chikungunya e Zika Vírus

No período de 2014 a 2018 foram identificados 47.090 focos do *Aedes aegypti* no Estado de Santa Catarina, conforme Figura 14. Percebe-se um aumento no número de focos identificados ao longo do período, assim como dos municípios com sua presença, sendo que em 2018, 164 municípios registraram a presença do mosquito. Quando se compara o mesmo período dos anos de 2017 e 2018 (janeiro a dezembro) há um aumento de 37,4% na presença de focos detectados.

Figura 14 - Focos de *Aedes aegypti* e municípios com a presença do vetor, Santa Catarina, 2014 a 2018



Fonte: Vigilantes/DIVE

Na análise realizada por Região de Saúde, observa-se que as regiões da Foz do Rio Itajaí, Oeste, Xanxerê, Extremo Oeste e Grande Florianópolis representam 95,7% dos focos detectados nesse período (quadro 33). Essa mudança no perfil entomológico do Estado contribuiu para a transmissão autóctone de dengue, febre de chikungunya e zika vírus nessas regiões, como será apresentado adiante.

Quadro 33 - Focos de *Aedes aegypti* por Região de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2018

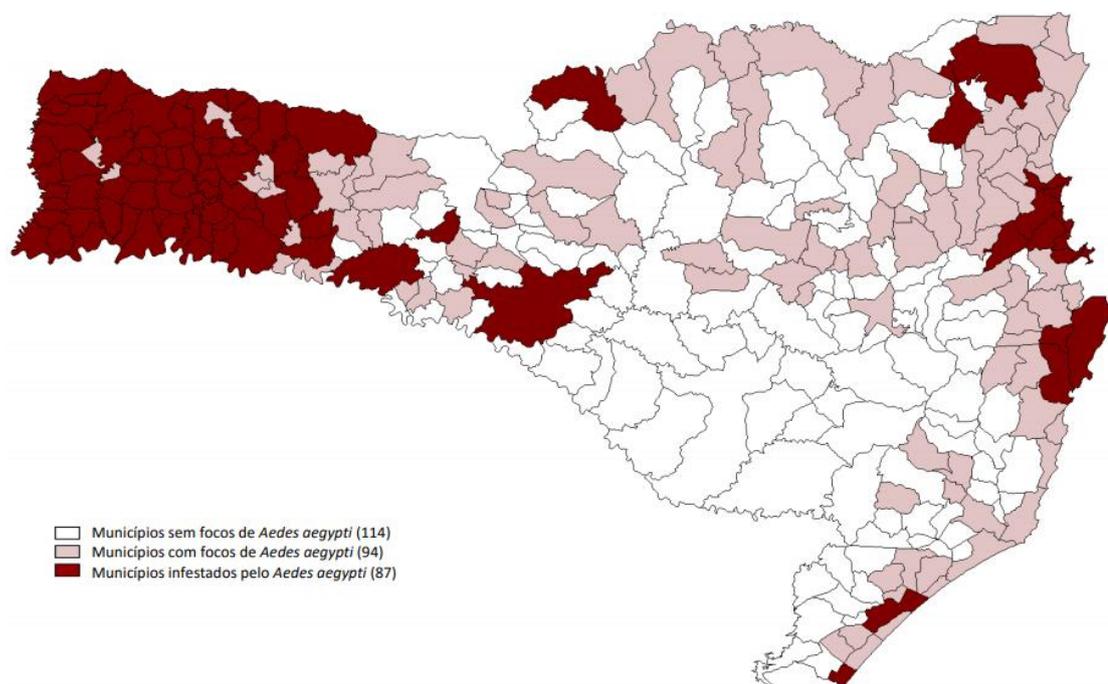
Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL FOCOS	TOTAL %
	Focos	%	Focos 2	Focos 3	Focos 3	3%	Focos 4	4%	Focos 6	5%		
FOZ DO RIO ITAJAÍ	786	14,8	2337	32,5	1685	24,1	3704	32	4973	40,1	13485	31,1
OESTE	2846	53,8	1429	19,9	1205	17,3	2047	17,7	3108	25,1	10635	24,5
EXTREMO OESTE	597	11,3	1125	15,7	1368	19,6	1803	15,6	2223	17,9	7116	16,4
XANXERÊ	381	7,2	1107	15,4	1446	20,7	2010	17,4	1785	14,4	6729	15,5

GRANDE FLORIANÓPOLIS	209	3,9	440	6,1	510	7,3	762	6,6	1628	13,1	3549	8,2
NORDESTE	294	5,6	298	4,1	221	3,2	364	3,1	915	7,4	2092	4,8
PLANALTO NORTE	22	0,4	60	0,8	170	2,4	456	3,9	321	2,6	1029	2,4
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	44	0,8	126	1,8	126	1,8	179	1,5	412	3,3	887	2
ALTO URUGUAI	26	0,5	36	0,5	48	0,7	50	0,4	344	2,8	504	1,2
EXTREMO SUL	21	0,4	109	1,5	44	0,6	69	0,6	136	1,1	379	0,9
CARBONÍFERA	24	0,5	76	1,1	65	0,9	31	0,3	40	0,3	236	0,5
LAGUNA	21	0,4	34	0,5	33	0,5	25	0,2	44	0,4	157	0,4
MEIO OESTE	15	0,3	16	0,2	36	0,5	38	0,3	41	0,3	146	0,3
ALTO VALE DO ITAJAÍ	5	0,1	6	0,1	17	0,2	24	0,2	16	0,1	68	0,2
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE	1	0	16	0,2	30	0,4	3	0	17	0,1	67	0,2
SERRA CATARINENSE	2	0	0	0	5	0,1	1	0	3	0	11	0
Total/Ano	5294	100	7215	100	7009	100	11566	100	16006	100	47090	100

Fonte: Vigilantes/DIVE

Associado a essa condição, o Estado vem registrando um aumento no número de municípios considerados infestados pelo mosquito (figura 15 e quadro 34). A infestação é definida quando existe a disseminação e manutenção de focos em determinada área do município. A Macrorregião de Saúde do Grande Oeste (composta por Regiões de Saúde do Extremo Oeste, Oeste e Xanxerê) soma 77% dos municípios considerados infestados. Quando a Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí é incluída, esse percentual atinge 86%.

Figura 15 - Mapa dos municípios segundo situação entomológica. Santa Catarina, 2019



Fonte: DIVE/SES/SC, atualizado em: 11/05/2019

Quadro 34 - Número de municípios infestados pelo *Aedes aegypti*, por Região de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2018

Ano	2014	2015	2016	2017	2018
Oeste	2	11	14	20	28
Xanxerê	2	6	10	12	13
Foz do Rio Itajaí	3	3	4	6	7
Extremo Oeste	1	5	14	17	18
Grande Florianópolis	-	1	2	2	3
Extremo Sul	-	1	1	1	1
Nordeste	-	1	1	1	1
Alto Uruguai Catarinense	-	-	1	1	2
Meio Oeste	-	-	1	1	1

Alto Vale do Rio do Peixe	-	-	1	-	-
Planalto Norte	-	-	1	1	1
Médio Vale do Rio Itajaí	-	-	-	1	1
Santa Catarina	8	28	50	63	76

Fonte: Vigilantos/DIVE

Em relação ao mesmo período de 2017 (janeiro a dezembro), há um aumento de 20,6% no número de municípios nesta condição em 2018. O monitoramento do Índice de Infestação Predial (IIP) obtido no Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti* (LIRAA), atividade que é realizada pelos municípios infestados, pode ser visualizado no quadro 35. Percebe-se que no início do ano a proporção de municípios com médio e alto risco é maior, condição que pode estar associada as questões climáticas que favorecem a reprodução do mosquito. No LIRAA realizado no final do ano, a proporção de municípios com baixo risco acaba sendo maior, embora isso não ocorreu no ano de 2015, condição que contribuiu para a transmissão de dengue, febre de chikungunya e zika vírus no Estado em 2016.

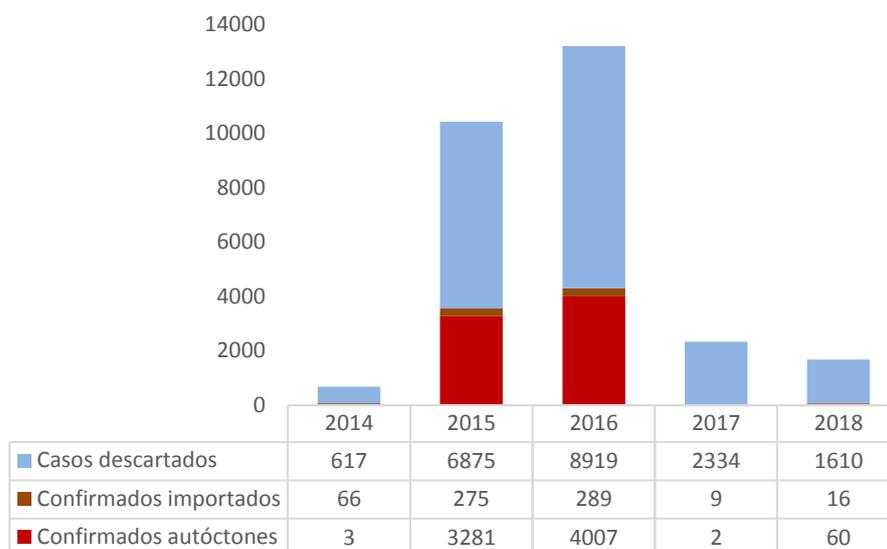
Quadro 35 - Proporção de municípios infestados com base na classificação de IIP, SC, 2015-2018

	2015		2016		2017		2018	
	Abr	Nov	Abr	Nov	Abr	Nov	Mar	Nov
Baixo risco	16,7	8,8	40,5	93,7	34,6	40,7	21,9	58,1
Médio risco	50	52,1	51,4	7,3	42,3	57,3	51,6	37,8
Alto risco	33,3	39,1	8,1	-	18,1	2	26,6	4,1

Fonte: LIRAA/DIVE

Referente à transmissão das doenças associadas ao *Aedes aegypti*, o Estado apresentou transmissão autóctone de dengue em todos os anos desse período. Entretanto, a transmissão com o maior número de casos ocorreu em 2015 e 2016. Na figura 16 é possível visualizar o número de casos descartados, importados e autóctones de dengue no período de 2014 a dezembro de 2018.

Figura 16 - Casos de dengue, segundo classificação, Santa Catarina, 2014 a 2018



Fonte: SINAN Online

No ano de 2014 os 03 (três) casos autóctones foram identificados no município de Itajaí, que no ano seguinte (2015) registrou a primeira epidemia da doença em Santa Catarina, representando mais de 96% dos casos neste ano. A incidência da doença alcançou o patamar de 1.574 casos a cada 100 mil habitantes no município, caracterizando a transmissão como epidêmica (conforme a OMS, acima de 300 casos por 100 mil habitantes a transmissão se configura como epidemia).

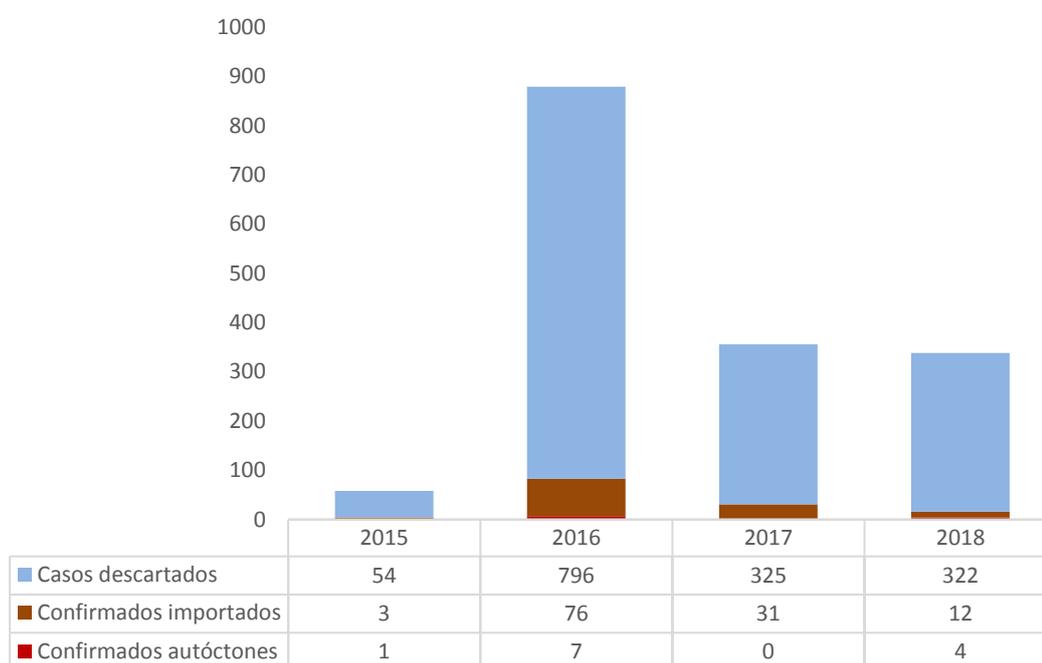
Em 2016 o Estado volta a ter transmissão da doença, com 4.007 casos, sendo que 81,3% dos casos foram na Região de Saúde do Oeste. Além disso, foram registrados os primeiros 02 óbitos pela doença (nos municípios de Chapecó e Pinhalzinho). Neste ano, 27 municípios apresentaram transmissão autóctone de dengue, sendo que 8 deles em nível epidêmico (Pinhalzinho, Serra Alta, Bom Jesus, Coronel Freitas, Descanso, Modelo, Chapecó e União do Oeste). O município de Pinhalzinho foi responsável por 61% dos casos do Estado, apresentando uma incidência de 13.120 casos para 100 mil habitantes.

Apesar de ocorrer uma redução no número de casos autóctones de dengue nos anos de 2017 e 2018, no presente ano o Lacen identificou a introdução de um novo sorotipo da doença (DENV2), além da circulação simultânea de dois sorotipos (DENV1 e DENV2). Em 2018 os casos foram localizados nos municípios de Itapema, Balneário Camboriú e Camboriú, ou seja, na Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí.

Nos anos de 2015 e 2016 somente o DENV1 havia sido relacionado à transmissão da doença no Estado. Essa situação, associada à disseminação do vetor em Santa Catarina aponta para o risco de surtos e epidemias nos municípios catarinenses.

Referente à febre de chikungunya, ocorreram casos autóctones nos anos de 2015, 2016 e 2018, como pode ser visualizado no Figura 17.

Figura 17 - Casos de febre de chikungunya, segundo classificação, Santa Catarina, 2014 a 2018

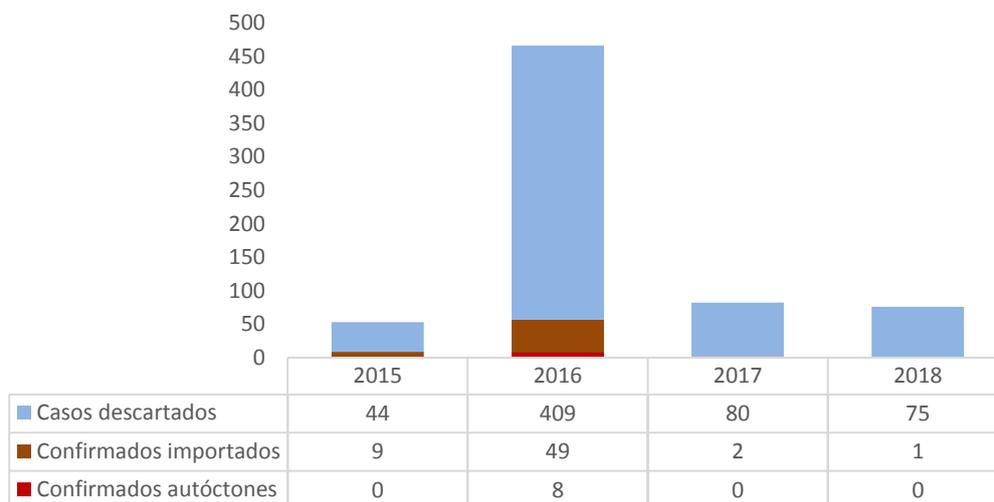


Fonte: SINAN Online

O primeiro caso autóctone da doença, identificado no ano de 2015, residia no município de Itajaí, também considerado o Local Provável de Infecção (LPI). No ano de 2016, os casos se concentraram na Região de Saúde do Oeste (Chapecó – 03), Região de Saúde do Extremo Oeste (Guaraciaba – 02 e São Miguel do Oeste – 01) e Grande Florianópolis (Florianópolis – 01). Os casos autóctones voltaram a ocorrer em 2018, na Região de Saúde do Oeste (Cunha Porã – 02), na Região de Saúde do Extremo Oeste (São Miguel do Oeste – 01) e na Foz do Rio Itajaí (Itajaí – 01). Apesar do número pequeno de casos, importante ressaltar que a maior parte da população do Estado é suscetível a doença, o que pode modificar o cenário de baixa transmissão nos próximos anos.

O zika vírus, doença introduzida no Brasil em 2015 e associada a diversas malformações congênitas também foi detectado em Santa Catarina. Há registro de casos autóctones somente no ano de 2016 (figura 18).

Figura 18 - Casos de zika vírus, segundo classificação, Santa Catarina, 2014 a 2018



Fonte: SINAN Net

Os 08 casos estão localizados nas Regiões de Saúde do Oeste (Chapecó – 02 e Coronel Freitas – 01), Região de Saúde do Extremo Oeste (Guaraciaba – 03 e São José do Cedro – 01) e Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí (Penha – 01).

Ressalta-se que no ano de 2016, os municípios de Chapecó e Guaraciaba apresentaram transmissão autóctone simultânea de dengue, febre de chikungunya e zika vírus.

Os dados alertam para uma possibilidade maior de transmissão de dengue, febre de chikungunya e zika vírus nas Regiões de Saúde em que há aumento do número de focos de *Aedes aegypti* e de municípios considerados infestados. A disseminação e manutenção do mosquito nessas áreas, favorece essa situação, que de fato já vem ocorrendo no Estado ao longo desse período.

Febre Amarela

A vigilância de epizootias no Estado ocorre por meio de captação de informações sobre adoecimento ou morte de Primatas Não-Humanos (PNH) como evento sentinela,

priorizando a coleta oportuna de vísceras (em até 24h) para análise laboratorial, com vista a confirmar a presença de circulação do vírus amarelo. No período de 2014 a 2018 foram registradas 421 epizootias em PNH com 279 coletas oportunas de vísceras (66,3%), todas descartadas para febre amarela pelo critério laboratorial.

Entre 2014 a 2016, houve a média de 77% de coletas oportunas de vísceras. No entanto, durante o surto de Febre Amarela ocorrido no Sudeste do Brasil em 2017/2018 e devido à intensificação das ações de sensibilização das equipes de vigilância junto à população de risco (rural e silvestre), verificou-se um aumento da demanda observada nos anos de 2017 e 2018, porém com apenas 56% e 69% de coletas de vísceras em tempo oportuno (Figura 19).

Figura 19 - Número de coletas oportunas de vísceras em PNH. SC, 2014 a 2018



Fonte: Sinan/DIVE/SES/SC

No mesmo período, maior demanda relacionada à notificação de adoecimento e mortes de PNH no Estado de Santa Catarina é mantida na região do Médio Vale do Itajaí (Indaial e Blumenau) e a Grande Florianópolis (Florianópolis), quadro 36 e figura 20.

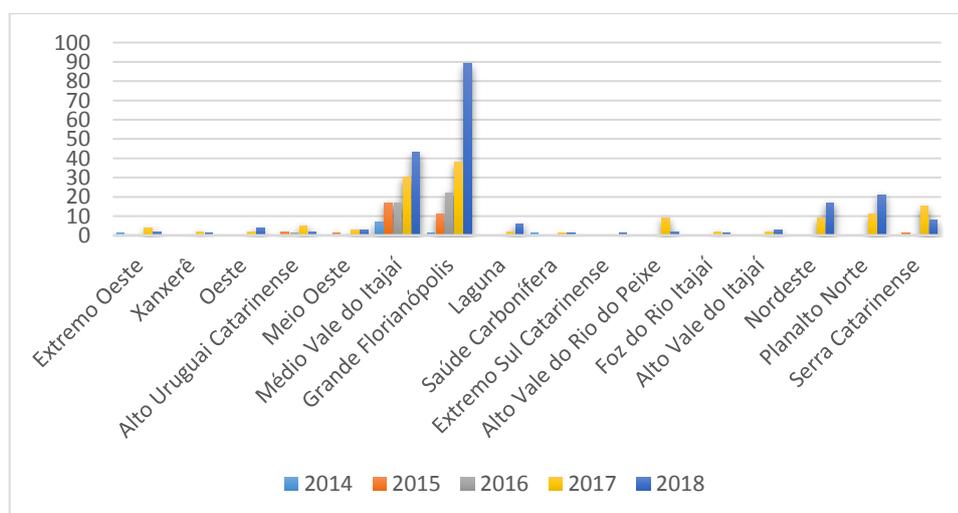
Quadro 36 - Número de notificações de epizootias de PNH por Região de Saúde. SC, 2014 a 2018

Regional Saúde	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Extremo Oeste	1	0	0	4	2	7
Xanxerê	0	0	0	2	1	3

Oeste	0	0	0	2	4	6
Alto Uruguai Catarinense	0	2	1	5	2	10
Meio Oeste	0	1	0	3	3	7
Médio Vale do Itajaí	7	17	17	30	43	114
Grande Florianópolis	1	11	22	38	89	161
Laguna	0	0	0	2	6	8
Saúde Carbonífera	1	0	0	1	1	3
Extremo Sul Catarinense	0	0	0	0	1	1
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0	0	9	2	11
Foz do Rio Itajaí	0	0	0	2	1	3
Alto Vale do Itajaí	0	0	0	2	3	5
Nordeste	0	0	0	9	17	26
Planalto Norte	0	0	0	11	21	32
Serra Catarinense	0	1	0	15	8	24
Santa Catarina	10	32	40	135	204	421

Fonte: Sinan/DIVE/SES/SC

Figura 20 - Notificações de epizootias de PNH por Região de Saúde. SC, 2014 a 2018



Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

Embora as Regiões de Saúde do Estado estejam estruturadas com kits de necropsia, existem apenas 66 profissionais médicos veterinários em seu quadro de servidores e 19 biólogos capacitados em todas as Regionais de Saúde para coleta de vísceras em tempo oportuno. É possível verificar que algumas Regiões de Saúde antes “silenciosas” passaram a notificar epizootias a partir do ano de 2017. Considerando a subnotificação registrada nos anos de 2014 a 2016 e o aumento da demanda em 2017 e 2018, porém, permanece baixo o percentual de coleta oportuna em PNH. Faz-se necessário manter a intensificação das ações de sensibilização da população, bem como, aumentar a rede de profissionais aptos a realizar coleta de amostras para diagnóstico da febre amarela, de forma que ocorra até 24 horas.

Com relação à vigilância de casos humanos, esta é feita por meio da notificação de casos com sintomatologia compatível com a doença. No período de 2014 a 2018, foram notificados 110 casos humanos suspeitos. Apenas um caso importado foi confirmado no município de Gaspar e evoluiu para óbito (quadro 37).

Quadro 37 - Casos humanos notificados de Febre Amarela segundo classificação e evolução. SC, 2014 a 2018

Classificação	Casos		Óbitos	
	Nº	%	Nº	%
Confirmados	1	0	-	-
Autóctones	0	0	-	-
Importados	1	1	1	100
Descartados	109	99	-	-
Em investigação	0	0	-	-
Total Notificados	110	100	1	100

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

Quanto à sensibilidade da rede para detectar casos humanos suspeitos de febre amarela, as Regiões de Saúde que mais notificaram entre os anos de 2014 a 2018 foram: Serra Catarinense, Nordeste, Médio Vale do Itajaí, Planalto Norte e Grande Florianópolis. Isto pode ser explicado por serem regiões que se destacam no pólo turístico, comercial

e produtivo do Estado de Santa Catarina, que recebem migrantes de outras Unidades da Federação onde há risco de transmissão da doença (quadro 38).

Quadro 38 - Total de casos humanos suspeitos de febre amarela notificados por Região de Saúde. SC, 2014 a 2018

Regiões de Saúde	Casos humanos notificados					TOTAL
	2014	2015	2016	2017	2018	
Extremo Oeste	1	0	0	0	1	2
Extremo Sul Catarinense	0	0	0	1	1	2
Região de Xanxerê	0	1	0	0	2	3
Região do Alto Uruguai Catarinense	0	0	0	1	2	3
Alto Vale do Rio do Peixe	1	0	1	0	0	2
Região de Laguna	0	1	0	1	1	3
Serra Catarinense	0	0	0	2	8	10
Região do Alto Vale do Itajaí	1	0	0	2	3	6
Região Meio Oeste	1	1	1	0	4	7
Região Oeste	0	2	0	1	1	4
Região de Saúde Carbonífera	3	0	1	0	3	7
Região Nordeste	0	1	0	3	6	10
Foz do Rio Itajaí	1	0	1	3	3	8
Região do Médio Vale do Itajaí	1	4	0	1	5	11
Região Planalto Norte	1	1	2	3	1	8
Grande Florianópolis	2	4	0	2	16	24
Santa Catarina	12	15	6	20	57	110

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

Em 1966 foi registrado o último caso autóctone de febre amarela silvestre na Região de Saúde do Extremo Oeste, região com potencial de exploração florestal e

hortifrutigranjeiros e porta de entrada para imigrantes de outros países. Nesta região, notificou-se apenas 01 caso humano suspeito de febre amarela no período de 2014 a 2018 (Figura 21). Em 2019 ocorreu um óbito por febre amarela na região nordeste do Estado.

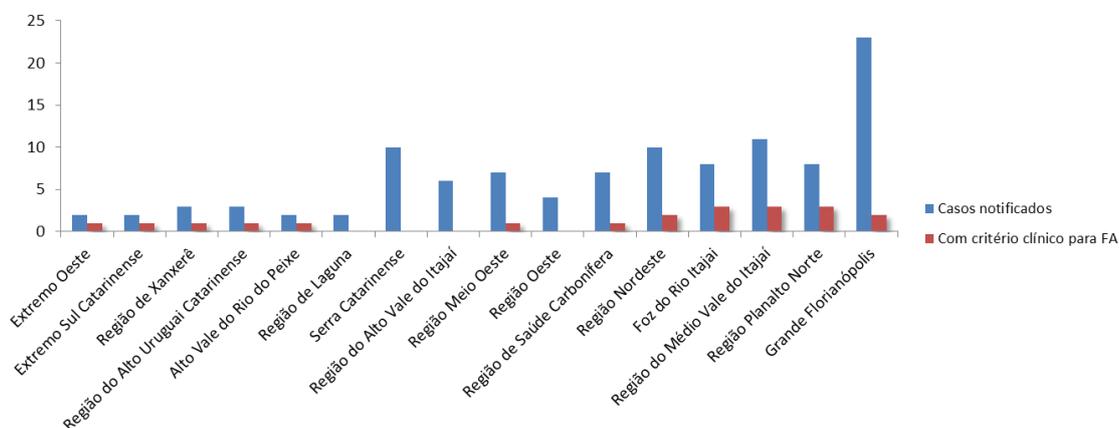
Figura 21 - Número de casos humanos notificados suspeitos de febre amarela por Região de Saúde. SC, 2014 a 2018



Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

É possível observar que as redes de atenção à saúde de algumas Regiões de Saúde foram mais sensíveis em detectar casos humanos suspeitos de febre amarela, porém menos específicas, enquanto outras foram sensíveis e específicas (figura 22). Em situações de surto no país, a alta especificidade pode limitar a detecção de casos suspeitos por não identificar casos de febre amarela com quadro clínico leve ou moderado.

Figura 22 - Sensibilidade e especificidade da rede de atenção à saúde em identificar casos humanos com quadro clínico suspeito de febre amarela. SC, 2014 a 2018



Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

Leptospirose

A leptospirose é uma doença de grande importância social e econômica por apresentar elevada incidência em determinadas Regiões de Saúde e óbitos em pessoas em idade produtiva. No período de 2014 a 2018, foram confirmados 1.835 casos de leptospirose, oscilando entre 255 (2018) e 552 (2015), configurando uma variação da incidência de 3,6 a 8,1/100.000 habitantes. Em 2015 houve o registro das maiores taxas de incidência, devido à ocorrência de enchentes naquele ano.

Neste mesmo período ocorreram 53 óbitos, com média de 10,6 óbitos/ano. A letalidade no período variou de 2,3% (2018) a 4,1% (2017). Entre os casos confirmados os mais acometidos são indivíduos do sexo masculino (87,4%), na faixa etária dos 20 a 49 anos (54,8%), ainda que não exista uma predisposição de gênero ou idade para contrair a infecção. Do total de casos confirmados no período 69,2% (1.270) foram hospitalizados, o que sugere suspeição tardia, favorecendo a evolução para quadros moderados e graves, com subnotificação dos casos na fase inicial da doença (quadro 39 e quadro 40).

Quadro 39 - Incidência (por 100.000 hab.) e letalidade de leptospirose, SC, 2014 a 2018

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	CI								
Extremo Oeste	27	11,7	26	11,3	27	11,7	29	12,5	25	10,8
Oeste	9	2,6	17	4,9	14	4,0	15	4,2	4	1,1
Xanxerê	1	0,5	3	1,5	3	1,5	0	0,0	4	2,0
Alto Vale do Itajaí	9	3,2	16	5,6	27	9,3	20	6,8	19	6,5
Foz do Rio Itajaí	16	2,5	21	3,2	24	3,6	20	2,9	15	2,2
Médio Vale do Itajaí	39	5,3	69	9,3	39	5,1	36	4,7	27	3,5
Grande Florianópolis	87	7,8	137	12,1	73	6,3	75	6,4	74	6,3
Meio Oeste	4	2,1	3	1,6	2	1,1	4	2,1	2	1,0
Alto Vale do Rio do Peixe	5	1,7	3	1,0	2	0,7	5	1,7	1	0,3
Alto Uruguai Catarinense	11	7,5	19	13,3	12	8,4	9	6,1	8	5,4
Nordeste	92	9,6	155	15,9	104	10,5	45	4,5	38	3,8
Planalto Norte	4	1,1	11	3,0	9	2,4	5	1,3	7	1,9
Serra Catarinense	4	1,4	2	0,7	1	0,3	3	1,0	1	0,3
Extremo Sul Catarinense	9	4,7	13	6,7	5	2,5	16	8,0	9	4,5
Carbonífera	7	1,7	15	3,6	7	1,6	12	2,8	6	1,4
Laguna	25	7,1	42	11,8	20	5,5	16	4,4	15	4,1
Santa Catarina	349	5,2	552	8,1	369	5,3	310	4,4	255	3,6

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC (21/05/2019)

Percebe-se a existência de diferenças regionais no comportamento deste agravo em Santa Catarina que necessitam ser acompanhadas e enfrentadas. Podemos observar no Quadro 40 que as Regiões Nordeste, Grande Florianópolis, Alto Uruguai Catarinense, Laguna e Extremo Oeste tiveram taxas elevadas no ano de 2015, o que provavelmente está associado às enchentes citadas anteriormente. A Região Extremo

Oeste destaca-se por apresentar taxas de incidências uniformemente elevadas nos cinco anos.

Os dados levantados mostraram variação da taxa de letalidade nas Regiões de Saúde, destacando-se o Meio Oeste com 33% (2015) e 50% (2016), o Extremo Sul Catarinense com taxa de 18,8% em 2017 e a Região Carbonífera com 16,6% no ano de 2018.

Quadro 40 - Número de óbitos e letalidade de leptospirose por Região de Saúde de residência. SC, 2014-2018

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	TL	Nº	TL	Nº	TL	Nº	TL	Nº	TL
Extremo Oeste	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oeste	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Xanxerê	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alto Vale do Itajaí	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Foz do Rio Itajaí	1	6,7	1	4,8	1	4,2	1	5,0	2	13,3
Médio Vale do Itajaí	1	2,4	2	2,9	2	5,1	1	2,8	1	3,7
Grande Florianópolis	2	2,3	4	2,9	2	2,7	4	5,3	1	1,4
Meio Oeste	0	0,0	1	33,3	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alto Uruguai Catarinense	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordeste	6	6,5	4	2,6	3	2,9	3	6,4	0	0,0
Planalto Norte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Serra Catarinense	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Extremo Sul Catarinense	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	18,8	1	11,1
Carbonífera	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1	8,3	1	16,6
Laguna	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Total	10	2,8	15	2,7	9	2,4	13	4,1	6	2,3
--------------	----	-----	----	-----	---	-----	----	-----	---	-----

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

Raiva Humana

Santa Catarina registrou um óbito por raiva humana em maio de 2019, uma mulher de 58 anos, residente em área rural do município de Gravatal. Santa Catarina não registrava casos de raiva em humanos desde 1981, quando um paciente de Ponte Serrada foi vítima da doença. No entanto, os últimos casos de raiva em cães e gatos foram registrados em 2006, nos municípios de Xanxerê (01 cão e 01 gato), Itajaí (01 cão), e em 2016, em Jaborá (01 cão).

Os acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva se mantêm constantes, em torno de 20.000 atendimentos/ano. A Região de Saúde onde mais ocorrem acidentes é a Grande Florianópolis, seguida pela Região Nordeste. Há equilíbrio entre os sexos, 51% masculino e 49% feminino, sendo a faixa etária mais afetada a de 20-64 anos. No entanto, no Estado são registrados rotineiramente casos em animais de produção (bovinos, equinos, ovinos), além de agressões de morcegos infectados (ciclo silvestre/rural). Esses animais contribuem como sentinelas, indicando a existência do vírus da raiva (quadro 41). Em 2019 ocorreu um caso de raiva humana na Região Sul do Estado. Quanto aos animais envolvidos, os cães são os responsáveis pela grande maioria dos acidentes em todas as Regiões de Saúde (90%), seguidos pelos gatos (8%). Os acidentes com quirópteros representaram menos de 1% e aconteceram em todo o Estado. Desde setembro de 2016, não existe laboratório habilitado em Santa Catarina para realização de diagnóstico de raiva animal proveniente de área urbana. A partir de janeiro de 2018, o Lacen/SC recebe e armazena as amostras, e apenas àquelas de animais fortemente suspeitos e agressores são enviadas para o Instituto Pasteur (referência nacional).

Quadro 41- Incidência (por 100 mil hab.) de acidentes por animal potencialmente transmissor de raiva, segundo Região de Saúde de residência, SC, 2014-2018

REGIÕES DE SAÚDE	2014	INC.	2015	INC.	2016	INC.	2017	INC.	2018	INC.
EXTREMO OESTE	537	233,47	502	217,6	565	244,2	665	286,6	660	284,4
OSTE	893	258,34	840	240,2	922	260,6	1127	318,4	1165	329,1

XANXERÊ	695	353,62	654	331	661	332,7	714	357,5	741	371
ALTO VALE DO ITAJAÍ	574	201,35	547	190	670	230,6	619	211,1	694	236,7
FOZ DO RIO ITAJAÍ	2252	355,69	2117	325,7	2161	324,2	2350	344,1	2340	342,6
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	2365	323,20	2107	282,8	2201	290,4	2232	289,5	2425	314,5
GRANDE FLORIANÓPOLIS	3486	313,57	3661	323,4	3819	331,5	3615	308,4	4013	342,4
MEIO OESTE	523	279,05	460	244	631	332,7	601	315	627	328,6
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE	595	207,64	656	227,4	740	254,9	645	220,7	979	335
ALTO URUGUAI CATARINENSE	521	366,71	420	294,7	462	323,1	504	342,3	488	331,4
NORDESTE	2956	309,56	2792	287,1	2885	291,4	3304	328	3157	313,4
PLANALTO NORTE	1195	323,62	1111	299	1210	323,7	1217	323,7	1350	359,1
SERRA CATARINENSE	535	184,29	499	172	610	210,4	718	247,7	926	319,5
EXTREMO SUL CATARINENSE	553	287,34	590	303,2	651	331	656	330	575	289,3
CARBONÍFERA	1376	330,53	1281	304,3	1432	336,5	1561	362,9	1549	360,1
LAGUNA	1074	303,40	1188	332,6	1020	283	1242	341,6	1384	380,7
SANTA CATARINA	20146	299,47	19442	285,1	20651	298,8	21782	311,1	23084	329,7

Fonte: Sinan/DIVE/SES/SC

Em 2018, a Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças Transmitidas por Vetores (GEZOO) cedeu as 83 amostras de quirópteros coletadas em 2017, para um projeto de pesquisa do Instituto Federal Catarinense, campus Araquari, das quais resultaram 5 (cinco) morcegos positivos para raiva em área urbana (1 em Blumenau, 2 em Joinville e 1 em Orleans), não suscitando nenhuma ação pelo tempo decorrido entre a coleta e o diagnóstico.

1.2.2.6 Morbimortalidade por Agravos e Doenças Transmissíveis

Hanseníase

Em 2017 segundo dados da OMS, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial com notificação de 26.875 casos novos. Santa Catarina no mesmo período notificou 117 casos novos, com uma detecção geral de 1,67 casos por 100 mil habitantes, o que lhe coloca em segundo lugar no ranking nacional, conforme parâmetro do

Ministério da Saúde, como um dos Estados da federação com a menor taxa de detecção do Brasil. Embora tendo atingido a meta de eliminação segundo critérios da OMS (notificando menos de um caso para cada 10 mil habitantes), a doença continua sendo um problema de saúde pública.

No quadro 42 apresenta-se o coeficiente de detecção geral na população, indicador que avalia a carga de morbidade e a magnitude da Hanseníase por Região de Saúde de residência. O Estado com 1,7/100 mil habitantes em 2017, conforme o parâmetro do Ministério da Saúde, evoluiu de média para baixa endemicidade.

As Regiões de Saúde do Extremo Sul Catarinense (100%), Planalto Norte (73,3%), Extremo Oeste (68,4%), Carbonífera (60,0%), Alto Uruguai Catarinense (40,0%), Grande Florianópolis (33,3%), Nordeste (31,1%), Médio Vale do Itajaí (22,2%) e do Estado (23,5%) apresentaram uma expressiva redução na detecção de casos novos entre os anos de 2014 a 2017. As Regiões de Saúde do Oeste (12,5%), Foz do Rio Itajaí (2,0%), Meio Oeste (66,7%), Alto Vale do Rio do Peixe (66,7%) e Serra Catarinense (100,0%) apresentaram oscilação na taxa de detecção de casos novos, o que pode ser atribuída a subnotificação por conta de contatos de casos antigos não examinados.

A hanseníase quando não diagnosticada e tratada na fase inicial, pode evoluir com diferentes tipos e graus de incapacidade física. Quanto ao grau pode ser classificado em Grau 0 (olhos, mãos e pés com funções preservadas) Grau 1 (diminuição da força muscular olhos, mãos e pés) e Grau 2 (deficiências visíveis em olhos, mãos e pés).

Em relação ao grau de incapacidade física, Santa Catarina é o segundo Estado da Região Sul com elevada proporção, denotando diagnóstico tardio dos casos (figura 23).

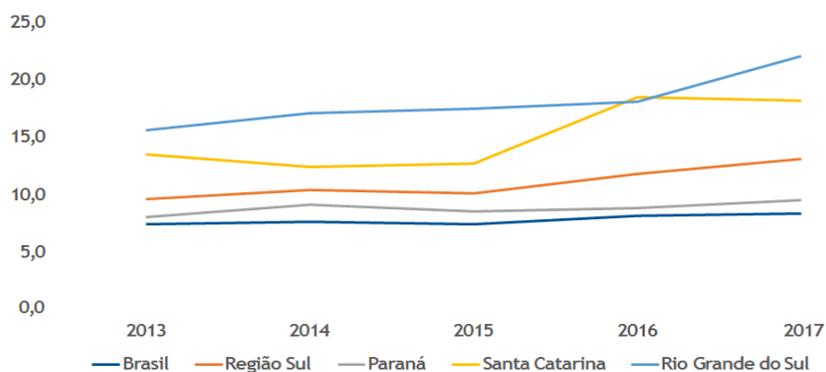
Quadro 42 - Coeficiente de detecção dos casos novos de Hanseníase na população geral (por 100.000 habitantes), segundo Regiões de Saúde de residência. Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	19	8,3	33	14,3	16	6,9	6	2,6
Oeste	8	2,3	13	3,8	16	4,6	9	2,5

Xanxerê	4	2,0	7	3,5	3	1,5	4	2,0
Alto Vale do Itajaí	1	0,4	4	1,4	1	0,3	1	0,3
Foz do Rio Itajaí	20	3,2	12	1,9	19	2,9	24	3,5
Médio Vale do Itajaí	9	1,2	19	2,6	9	1,2	7	0,9
Grande Florianópolis	21	1,9	21	1,9	17	1,5	14	1,2
Meio Oeste	3	1,6	3	1,6	3	1,6	5	2,6
Alto Vale do Rio do Peixe	9	3,1	8	2,8	9	3,1	15	5,1
Alto Uruguai Catarinense	5	3,4	5	3,4	2	1,4	3	2,0
Nordeste	29	3,0	30	3,1	31	3,1	20	2,0
Planalto Norte	15	4,1	6	1,6	9	2,4	4	1,1
Serra Catarinense	0	0,0	1	0,3	3	1,0	1	0,4
Extremo Sul Catarinense	3	1,6	1	0,5	1	0,5	0	0,0
Carbonífera	5	1,2	2	0,5	3	0,7	2	0,5
Laguna	2	0,6	1	0,3	4	1,1	2	0,6
Santa Catarina	153	2,3	166	2,4	146	2,1	117	1,7

Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SES/SC

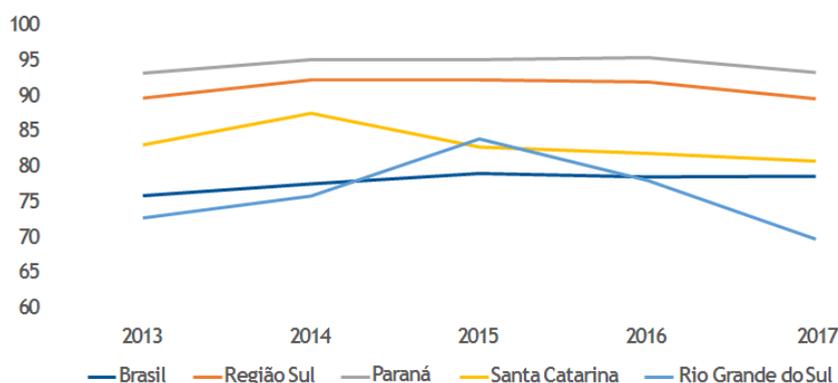
Figura 23 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física segundo Estados da Região Sul e Brasil. 2013 a 2017



Fonte: SINAN/SV/SMS.

Observa-se na figura 24 a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase examinados nos Estados da Região Sul, segundo parâmetro do MS os resultados abaixo de 75% são considerados precários. Santa Catarina apesar de ter examinado 81% dos contatos vem apresentando queda a partir do ano de 2014, demonstrando fragilidade nas ações de vigilância e detecção oportuna de casos.

Figura 24 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase segundo Estados da Região Sul, Brasil. 2013 a 2017

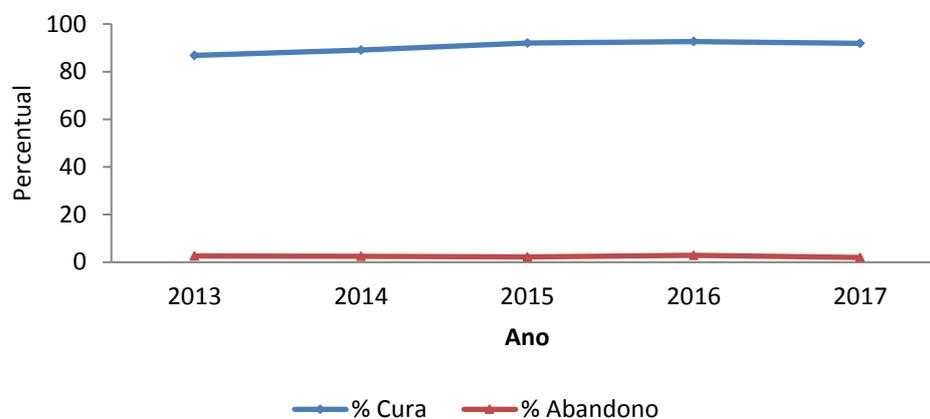


Fonte: SINANSV/SMS.

Na Figura 25 apresenta-se a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos até a completude do tratamento, segundo o parâmetro nacional o resultado para cura é considerado bom estando igual ou acima de 90%, regular entre 75 a 89,9% e precário abaixo de 75%.

Em 2017 Santa Catarina apresentou resultado regular com 80,3% de cura dos casos novos de hanseníase, quanto ao abandono, variável que mede a capacidade dos serviços em assistir aos casos, no mesmo ano apresentou resultado considerado bom com 2,0% de abandono.

Figura 25 - Proporção de cura de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, SC, 2013 a 2017



Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SES/SC

Sabe-se que os indicadores apresentados no período analisado são fortemente influenciados por fatores operacionais tais como a realização da busca ativa, de campanhas, do exame de contatos, realidades locais e dificuldades no processo de trabalho. Entretanto, as situações apresentadas não amenizam a magnitude do problema de saúde, social e econômico para doentes e familiares atingidos pela hanseníase.

Tuberculose

Nas últimas décadas desde a reemergência da tuberculose (TB) no mundo, o ano de 2015 tornou-se um novo marco na história da doença quando a Organização Mundial da Saúde propôs acabar com a mesma enquanto problema de saúde pública. O recrudescimento da TB em consequência da epidemia do HIV/AIDS ocasionando alta letalidade, aumento do número de casos de TB resistente aos medicamentos e a doença em populações mais vulneráveis socialmente levaram a priorização no combate em nível global e nacional.

O Estado de Santa Catarina vem buscando nas articulações intersetoriais a resposta para a epidemia concentrada que temos em algumas populações, especialmente na população privada de liberdade, nas pessoas em situação de rua, nas pessoas vivendo com o HIV, população indígena e naqueles vivendo em situação de extrema pobreza, todos com riscos, muitas vezes aumentados, de desenvolver a doença.

Em 2018 foi aprovado em novembro na CIB/SC o Plano Estadual com ênfase nas populações vulneráveis para orientar gestores, profissionais de saúde e demais segmentos da sociedade engajados na luta contra a tuberculose.

Na figura 26 observamos que ao longo do período analisado a taxa de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera vêm se mantendo estável, as Regiões de Saúde com as maiores taxas em 2017 foram as Regiões do Foz do Rio Itajaí (43,3/100 mil hab.) e na Grande Florianópolis (33,6/100 mil hab.). Este indicador pode sofrer influência de fatores relacionados à melhoria das ações de controle da TB, intensificação da busca ativa de casos e controle de contatos.

Figura 26 - Incidência da Tuberculose Pulmonar Bacilífera (por 100 mil hab.), segundo Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	9	3,9	11	4,8	25	10,8	14	6,0
Oeste	30	8,8	28	8,1	33	9,4	37	10,5
Xanxerê	13	6,6	13	6,6	11	5,5	21	10,5
Alto Vale do Itajaí	14	4,9	25	8,7	22	7,6	32	10,9
Foz do Rio Itajaí	294	46,4	251	38,6	285	42,8	296	43,3
Médio Vale do Itajaí	157	21,5	184	24,7	178	23,5	177	23,0
Grande Florianópolis	397	35,7	378	33,4	402	34,9	394	33,6
Meio Oeste	23	12,3	27	14,3	20	10,5	9	4,7
Alto Vale do Rio do Peixe	24	8,4	14	4,9	23	7,9	32	11,0
Alto Uruguai Catarinense	11	7,5	11	7,5	14	9,5	13	8,8
Nordeste	257	26,9	264	27,1	244	24,6	234	23,2
Planalto Norte	52	14,1	48	12,9	51	13,6	61	16,2
Serra Catarinense	40	13,8	39	13,4	23	7,9	44	15,2
Extremo Sul Catarinense	44	22,9	32	16,4	47	23,9	55	27,7
Carbonífera	129	31,0	110	26,1	115	27,0	88	20,5
Laguna	76	21,5	70	19,6	87	24,1	68	18,7
Santa Catarina	1570	23,3	1505	22,1	1580	22,9	1575	22,5

Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SES/SC; IBGE

Em relação a cura que expressa a efetividade das ações cuja meta é curar 85% dos casos, observamos na figura 26 que a proporção vem reduzindo ao longo do período analisado. Em 2017 o resultado apresentado (70,0%) para o Estado foi considerado abaixo da meta e das 16 Regiões de Saúde somente a do Extremo Oeste atingiu a meta.

O abandono no ano 2017 se manteve entre 9%, acima do que é preconizado pelo MS que é até 5%. As Regiões de Saúde com elevadas proporções de abandono em

2017, foram a da Grande Florianópolis (15,7%); Alto Vale do Itajaí (13%) e Foz do Rio Itajaí com 12,7%.

Figura 27 - Proporção de cura e abandono nos casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Residência	2014%			2015			2016			2017		
	Casos	% Cura	% Abandono	Casos	% Cura	% Abandono	Casos	% Cura	% Abandono	Casos	% Cura	% Abandono
Extremo Oeste	9	77,8	0,0	11	90,9	0,0	25	60,0	8,0	13	92,3	0,0
Oeste	27	63,0	3,7	30	66,7	3,3	44	54,5	0,0	35	57,1	5,7
Xanxerê	11	81,8	9,1	14	85,7	0,0	10	70,0	10,0	20	70,0	5,0
Alto Vale do Itajaí	14	78,6	7,1	27	81,5	7,4	25	80,0	0,0	31	71,0	12,9
Foz do Rio Itajaí	294	75,2	15,3	245	68,2	14,3	271	69,4	14,0	284	65,5	12,7
Médio Vale do Itajaí	155	88,4	1,9	182	84,1	2,2	180	87,2	2,2	171	77,8	3,5
Grande Florianópolis	392	63,5	16,6	370	62,2	17,3	374	58,6	19,3	375	53,9	15,7
Meio Oeste	24	70,8	4,2	25	72,0	8,0	19	78,9	5,3	8	62,5	12,5
Alto Vale do Rio do Peixe	22	77,3	4,5	14	57,1	0,0	22	77,3	4,5	33	60,6	9,1
Alto Uruguai Catarinense	10	90,0	0,0	12	83,3	8,3	16	70,0	25,0	9	44,4	11,1
Nordeste	253	77,1	9,5	251	81,3	6,8	240	77,1	7,9	226	76,5	6,6
Planalto Norte	51	86,3	0,0	47	72,3	2,1	49	79,6	4,1	59	76,3	11,9
Serra Catarinense	38	81,6	2,6	35	71,4	5,7	27	70,4	11,1	37	56,8	2,7
Extremo Sul Catarinense	43	86,0	2,3	33	63,6	15,2	49	71,4	6,1	54	63,0	5,6
Carbonífera	126	80,2	4,0	104	88,5	0,0	113	75,2	7,1	98	74,5	0,0
Laguna	75	80,0	5,3	72	83,3	1,4	78	76,9	9,0	71	71,8	8,5
Santa Catarina	1544	75,3	9,9	1472	73,8	9,2	1526	71,5	10,8	1524	70,0	9,5

Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SES/SC; IBGE

A testagem para o HIV em todos os pacientes com tuberculose é uma importante estratégia para identificação oportuna da coinfeção, o que pode possibilitar a introdução precoce da terapia antirretroviral (TARV). A coinfeção no Estado é um grande desafio, pois ficamos atrás no Estado do Rio Grande do Sul, contudo a testagem para o HIV é uma das maiores no Brasil.

Percebe-se no quadro 43 que entre 2014 a 2017 a proporção da coinfeção vem reduzindo, destacamos em 2017 as Regiões de Saúde com elevada proporção de coinfeção TB/HIV: a Serra Catarinense (22,6%), Laguna (20,7%), Grande Florianópolis (19,8%) e a Foz do Rio Itajaí (19,1%).

Quadro 43 - Proporção de testagem HIV e coinfeção nos casos novos de tuberculose por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões Residência	2014		2015		2016		2017	
	% Test. HIV	% TB/HIV						
Extremo Oeste	90,9	9,1	69,2	0	74,1	3,7	82,4	5,9
Oeste	91,7	5,6	92,3	7,7	77,3	9,1	80,5	12,2
Xanxerê	81,3	6,3	77,8	11,1	83,3	8,3	66,7	12,5
Alto Vale do Itajaí	100	0	92,9	10,7	100	15,4	97,6	22
Foz do Rio Itajaí	89,3	19,7	91,3	23,6	91,2	18,2	93,4	19,1
Médio Vale do Itajaí	92,1	16,4	97,1	15,7	93,8	10,5	97	13,1
Grande Florianópolis	82,4	25,4	74,8	20,3	78,9	24	77,6	19,8
Meio Oeste	82,1	7,1	75	7,1	86,4	22,7	70	0
Alto Vale do Rio do Peixe	93,1	0	100	11,1	88	4	94,4	13,9
Alto Uruguai Catarinense	100	16,7	93,3	13,3	88,9	11,1	90	0
Nordeste	93,5	15,2	94,2	15,9	90	14,7	93,2	14,4
Planalto Norte	92,1	4,8	96,4	7,3	84,7	6,8	82	3,3
Serra Catarinense	82,4	29,4	90,9	9,1	76,7	18,6	62,3	22,6
Extremo Sul Catarinense	82,6	6,5	90,2	19,5	87,7	17,5	80	16,4
Carbonífera	94,2	23,4	95,6	19	91,2	13,2	87	13,9
Laguna	93,8	27,1	81,6	18,4	90,6	17,7	90,8	20,7
Santa Catarina	89	19,1	87,9	17,7	86,9	16,8	86,9	16,5

Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SES/SC; IBGE

Para reduzir o abandono, aumentar a cura e evitar resistência aos medicamentos, precisamos avançar na sua principal estratégia que é Tratamento Diretamente Observado (TDO). As capacitações, são essenciais para estimular os profissionais para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno para avançar no cumprimento das metas.

O Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT) possui indicadores epidemiológicos e programáticos que refletem a situação da doença e as ações de controle no país. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação é utilizado para a consolidação e monitoramento das informações sobre os casos de tuberculose no país.

HIV/AIDS

As ações de vigilância têm como objetivo promover o fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado no âmbito estadual, ampliando ações de prevenção combinada, acesso ao diagnóstico precoce e início do tratamento, bem como, a eliminação da transmissão vertical do HIV.

Neste contexto deve-se manter o foco para as populações-chave e prioritárias aumentando a capacidade e eficiência dos serviços de saúde e expandindo a oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido.

Desde o início da epidemia (1984) foram notificados quase 60 mil casos de HIV/Aids em Santa Catarina. Atualmente encontram-se em tratamento aproximadamente 36 mil pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA).

De 2014 a 2017 foram notificados 7.793 casos de HIV e no período observou-se um aumento progressivo na taxa de detecção (quadro 44). No ano de 2017, entre as Regiões de Saúde 74% dos casos estão na região de Foz do Rio Itajaí, seguida por Grande Florianópolis (53%), Carbonífera (25%) e Médio Vale do Itajaí (24%).

Quadro 44 - Infecção pelo HIV (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	
Extremo Oeste	31	13,5	26	11,3	17	7,3	9	3,9	83
Oeste	51	14,9	69	20,0	74	21,1	49	14,0	243
Xanxerê	11	5,6	22	11,1	21	10,6	41	20,6	95
Alto Vale do Itajaí	47	16,5	57	19,8	68	23,4	50	17,2	222
Foz do Rio Itajaí	243	38,4	374	57,5	430	64,5	498	74,7	1545

Médio Vale do Itajaí	216	29,5	250	33,6	242	31,9	186	24,5	894
Grande Florianópolis	336	30,2	518	45,8	594	51,6	614	53,3	2062
Meio Oeste	18	9,6	25	13,3	32	16,9	39	20,6	114
Alto Vale do Rio do Peixe	21	7,3	28	9,7	38	13,1	31	10,7	118
Alto Uruguai Catarinense	25	17,1	10	6,8	24	16,3	17	11,6	76
Nordeste	202	21,2	274	28,2	257	26,0	212	21,4	945
Planalto Norte	36	9,7	49	13,2	48	12,8	39	10,4	172
Serra Catarinense	70	24,1	90	31,0	75	25,9	66	22,8	301
Extremo Sul Catarinense	38	19,7	42	21,6	35	17,8	40	20,3	155
Carbonífera	117	28,1	122	29,0	117	27,5	107	25,1	463
Laguna	81	22,9	69	19,3	74	20,5	81	22,5	305
Santa Catarina	1543	22,9	2025	29,7	2146	31,1	2079	30,1	7793

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

Observa-se na figura 28 que no período de 2014 a 2017, 66,8% dos casos de HIV notificados foram do sexo masculino e a razão de sexos (M:F) foi de 2,0 homens para cada mulher. A maior proporção de casos está entre jovens, em idade economicamente ativa, entre 20 a 49 anos 83,4% e com ensino médio completo 25,9%. Entre os homens, verifica-se predomínio da categoria de exposição heterossexual com 54% dos casos. Porém há tendência de aumento considerável no número de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH).

Figura 28 - Casos notificados de HIV segundo características das pessoas

Casos notificados de HIV segundo sexo, faixa etária e escolaridade por ano de diagnóstico, SC, 2014 a 2017						
Variáveis	2014	2015	2016	2017	Total	%
Sexo						
Masculino	996	1398	1483	1586	5463	66,8
Feminino	605	700	739	677	2721	33,2
Razão M:F	1,6	2,0	2,0	2,3	2,0	
Escolaridade						
Ign/Branco	183	186	173	280	822	10,0
Analfabeto	17	24	17	11	69	0,8
1ª a 4ª série incompleta do EF	59	97	105	98	359	4,4
4ª série completa do EF	81	74	96	82	333	4,1
5ª a 8ª série incompleta do EF	267	341	352	335	1295	15,8
Ensino fundamental completo	199	265	246	200	910	11,1
Ensino médio incompleto	133	167	193	171	664	8,1
Ensino médio completo	374	539	596	611	2120	25,9
Educação superior incompleta	126	188	180	214	708	8,7
Educação superior completa	162	217	264	261	904	11,0
Faixa etária						
10-14	1	7	3	1	12	0,1
15-19	92	105	101	111	409	5,0
20-34	861	1145	1234	1232	4472	54,6
35-49	468	601	643	646	2358	28,8
50-64	161	215	211	241	828	10,1
65-79	16	25	30	28	99	1,2
80 e+	2	0	0	4	6	0,1
Categ.de Exp.Hiera						
Heterossexual	1009	1235	1298	1201	4743	58,0
Homossexual	390	646	672	761	2469	30,2
Bissexual	82	96	108	119	405	4,9
Ignorado	75	56	74	130	335	4,1
UDI	39	46	48	32	165	2,0
Perinatal	6	19	21	20	66	0,8
Transfusão	0	0	1	0	1	0,0
Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC						

*Dados sujeitos a alterações

Entre 2014 a 2017 foram notificados 6.834 casos de aids, sendo 1.419 no ano de 2017, neste ano as maiores taxas de detecção de Aids foram nas Regiões da Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí, respectivamente com valores de 34,3 e 29,1 casos/100 mil habitantes, conforme, quadro 45.

Quadro 45 - Aids (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	11	4,8	19	8,2	12	5,2	15	6,5	57
Oeste	35	10,2	39	11,3	40	11,4	42	12,0	156
Xanxerê	21	10,7	18	9,1	22	11,1	21	10,6	82
Alto Vale do Itajaí	84	29,5	61	21,2	60	20,7	44	15,1	249
Foz do Rio Itajaí	313	49,4	319	49,1	282	42,3	199	29,9	1113
Médio Vale do Itajaí	218	29,8	223	29,9	159	21,0	176	23,2	776
Grande Florianópolis	441	39,7	478	42,2	521	45,2	402	34,9	1842
Meio Oeste	41	21,9	22	11,7	22	11,6	9	4,7	94
Alto Vale do Rio do Peixe	24	8,4	19	6,6	29	10,0	14	4,8	86
Alto Uruguai Catarinense	25	17,1	9	6,1	9	6,1	3	2,0	46
Nordeste	280	29,3	290	29,8	249	25,1	196	19,8	1015
Planalto Norte	25	6,8	32	8,6	23	6,2	17	4,5	97
Serra Catarinense	48	16,5	69	23,8	40	13,8	52	17,9	209
Extremo Sul Catarinense	37	19,2	47	24,2	48	24,4	40	20,3	172
Carbonífera	127	30,5	120	28,5	120	28,2	96	22,6	463
Laguna	106	29,9	99	27,7	79	21,9	93	25,8	377
Santa Catarina	1836	27,3	1864	27,3	1715	24,8	1419	20,5	6834

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

Entre 2014 e 2017 foram registrados em Santa Catarina 2.154 óbitos tendo Aids como causa básica (CID 10: B20 a B24). A maior proporção destes óbitos, no ano de 2017 ocorreram nas Regiões Foz do Rio Itajaí (13,7%) da Grande Florianópolis (9,7%), e Laguna (9,4%), quadro 46.

Quadro 46 - Mortalidade por Aids, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	5	2,2	7	3,0	3	1,3	4	1,7	19
Oeste	15	4,4	11	3,2	16	4,6	14	4,0	56
Xanxerê	13	6,6	7	3,5	4	2,0	7	3,5	31
Alto Vale do Itajaí	17	6,0	25	8,7	21	7,2	19	6,5	82
Foz do Rio Itajaí	88	13,9	124	19,1	100	15,0	91	13,7	403
Médio Vale do Itajaí	50	6,8	50	6,7	55	7,3	41	5,4	196
Grande Florianópolis	141	12,7	131	11,6	123	10,7	112	9,7	507
Meio Oeste	7	3,7	6	3,2	10	5,3	3	1,6	26
Alto Vale do Rio do Peixe	11	3,8	15	5,2	14	4,8	13	4,5	53
Alto Uruguai Catarinense	4	2,7	6	4,1	6	4,1	6	4,1	22
Nordeste	74	7,7	81	8,3	54	5,5	77	7,8	286
Planalto Norte	11	3,0	14	3,8	12	3,2	8	2,1	45
Serra Catarinense	28	9,6	31	10,7	26	9,0	21	7,2	106
Extremo Sul Catarinense	6	3,1	17	8,7	12	6,1	9	4,6	44
Carbonífera	36	8,6	34	8,1	38	8,9	31	7,3	139
Laguna	33	9,3	37	10,4	35	9,7	34	9,4	139
Santa Catarina	539	8,0	596	8,7	529	7,7	490	7,1	2154

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

Em Santa Catarina, em 2017, foram notificados 543 casos de gestantes infectadas com HIV. A taxa de detecção de HIV em gestantes foi de 5,4 casos /1.000 nascidos vivos. O quadro 47 mostra as Regiões de Saúde que apresentaram taxas maiores que a estadual: Foz do Rio Itajaí (9,2 casos/1.000 nascidos vivos), Grande Florianópolis (8,2

casos/1.000 nascidos vivos), Carbonífera (5,9 casos/ 1.000 nascidos vivos) e Nordeste (5,8 casos/ 1.000 nascidos vivos).

Quadro 47 - Gestantes HIV+ (número e taxa de detecção/1000 nascidos vivos) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	4	1,4	9	3,0	3	1,0	10	3,3	26
Oeste	14	2,8	20	3,9	9	1,8	16	3,0	59
Xanxerê	7	2,6	8	2,7	6	2,1	16	5,4	37
Alto Vale do Itajaí	24	6,4	20	4,9	16	4,1	17	4,3	77
Foz do Rio Itajaí	86	8,9	115	11,1	90	8,8	96	9,0	387
Médio Vale do Itajaí	61	6,3	49	5,0	57	5,9	41	4,1	208
Grande Florianópolis	137	9,1	140	8,8	158	10,1	131	8,0	566
Meio Oeste	8	3,3	10	3,9	10	3,8	10	3,8	38
Alto Vale do Rio do Peixe	15	3,5	11	2,5	11	2,5	14	3,3	51
Alto Uruguai Catarinense	3	1,6	3	1,6	8	4,6	4	2,0	18
Nordeste	89	6,4	92	6,3	91	6,5	82	5,7	354
Planalto Norte	13	2,5	16	3,0	7	1,4	10	2,0	46
Serra Catarinense	18	4,4	27	6,5	24	5,7	25	5,9	94
Extremo Sul Catarinense	20	7,8	16	6,2	12	4,6	12	4,4	60
Carbonífera	28	4,9	31	5,4	39	6,9	33	5,8	131
Laguna	17	3,8	25	5,4	16	3,5	26	5,4	84
Santa Catarina	544	5,8	592	6,1	557	5,8	543	5,5	2236

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

No período de 2014 a 2017 foram notificados 20 casos de Aids em menores de 5 anos conforme quadro 48. No ano de 2014 foram notificados 6 casos e em 2017 foram notificados 2 casos. Essa diminuição indica a efetividade das políticas de prevenção da transmissão vertical implementadas nas últimas décadas. Observa-se um declínio progressivo dos casos, no período apresentado, sendo necessário a manutenção e melhoramento da vigilância da gestante HIV positiva, bem como, a implementação de ações de prevenção da transmissão vertical para que se mantenha esse número próximo a zero.

Quadro 48 - Aids em menor de 5 anos (número e taxa de incidência/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Xanxerê	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alto Vale do Itajaí	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Foz do Rio Itajaí	2	20,6	1	9,6	1	9,7	1	9,4	5
Médio Vale do Itajaí	1	10,4	1	10,3	0	0	0	0	2
Grande Florianópolis	1	6,7	1	6,3	4	25,6	0	0	6
Meio Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alto Uruguai Catarinense	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste	1	7,2	0	0	0	0	1	7,0	2
Planalto Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Serra Catarinense	0	0	1	24,2	2	47,2	0	0	3
Extremo Sul Catarinense	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbonífera	1	17,5	0	0	0	0	0	0	1

Laguna	0	0	1	21,8	0	0	0	0	1
Santa Catarina	6	6,4	5	5,1	7	7,3	2	2,0	20

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

Sífilis

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) caracterizada por períodos de manifestações clínicas típicas e marcantes intercaladas por semanas, meses ou mesmo anos de total ausência de sintomas e sinais clínicos. O agente etiológico é a bactéria *Treponema pallidum* que penetra nas mucosas (vaginal, oral, retal) através das microfissuras da pele, produzidas pelo ato sexual.

Outra maneira possível de contágio é a transmissão da sífilis da gestante para o feto, chamada transmissão vertical, que ocasiona a sífilis congênita. Esse importante problema saúde pública reflete falhas no diagnóstico e tratamento desta infecção durante o pré-natal, assim como, na prevenção primária das IST na população em geral. A gravidade da infecção fetal, que pode determinar abortamento, morte neonatal ou graves sequelas (cegueira, surdez, retardo mental e deformidades físicas, entre outras) faz da sífilis um agravo de importância prioritária em âmbito nacional.

Por tratar-se de uma infecção cujo diagnóstico e tratamento são amplamente acessíveis, têm baixo custo e alta eficácia, impactando na redução da incidência dos casos de sífilis congênita, que representa a consequência mais trágica da epidemia, todos os esforços devem ser despendidos para o seu controle e posterior eliminação.

No período de 2014 a 2017, foram informados 29.342 casos de sífilis adquirida, evidenciando um crescimento expressivo no número de casos, em todas as Regiões de Saúde, como observado no quadro 49. A Região Nordeste teve o maior número de notificações, seguida pela Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí, o que representa 56% dos casos do Estado.

Quadro 49 - Sífilis adquirida (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	50	21,7	55	23,8	94	40,6	162	70,0	361
Oeste	238	69,6	329	95,1	565	161,5	807	230,6	1939
Xanxerê	49	24,9	66	33,4	153	77,0	240	120,8	508
Alto Vale do Itajaí	77	27,0	151	52,5	103	35,5	95	32,7	426
Foz do Rio Itajaí	583	92,1	760	116,9	939	140,9	1149	172,4	3431
Médio Vale do Itajaí	489	66,8	592	79,5	688	90,8	698	92,1	2467
Grande Florianópolis	987	88,8	1350	119,3	2055	178,4	2579	223,8	6971
Meio Oeste	101	53,9	130	68,9	214	112,8	354	186,6	799
Alto Vale do Rio do Peixe	83	29,0	177	61,4	368	126,7	255	87,8	883
Alto Uruguai Catarinense	49	33,6	61	41,7	99	67,4	185	126,0	394
Nordeste	492	51,5	1109	114,0	1712	172,9	2667	269,4	5980
Planalto Norte	52	14,1	205	55,2	307	82,1	417	111,6	981
Serra Catarinense	199	68,6	347	119,6	329	113,5	516	177,9	1391
Extremo Sul Catarinense	77	40,0	124	63,7	148	75,2	173	88,0	522
Carbonífera	161	38,7	297	70,6	413	97,0	442	103,9	1313
Laguna	125	35,3	245	68,6	233	64,7	373	103,5	976
Santa Catarina	3812	56,7	5998	88,0	8420	121,8	11112	160,8	29342

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

Quando estratificados segundo o sexo, conforme observado na série histórica de casos notificados de sífilis adquirida, observa-se, em 2017, que 6.408 (57,6%) deles ocorreram em homens (quadro 50).

Quadro 50 - Sífilis adquirida segundo sexo (percentual e razão M/F) nas 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	Masculino	%	Feminino	%	Total	Razão M/F
Extremo Oeste	157	43,5	204	56,5	361	0,8
Oeste	1000	51,6	939	48,4	1939	1,1
Xanxerê	256	50,4	252	49,6	508	1,0
Alto Vale do Itajaí	205	48,1	221	51,9	426	0,9
Foz do Rio Itajaí	2175	63,4	1255	36,6	3430	1,7
Médio Vale do Itajaí	1650	66,9	817	33,1	2467	2,0
Grande Florianópolis	4441	63,7	2530	36,3	6971	1,8
Meio Oeste	419	52,4	380	47,6	799	1,1
Alto Vale do Rio do Peixe	430	48,7	453	51,3	883	0,9
Alto Uruguai Catarinense	199	50,5	195	49,5	394	1,0
Nordeste	3623	60,6	2357	39,4	5980	1,5
Planalto Norte	493	50,3	488	49,7	981	1,0
Serra Catarinense	628	45,1	763	54,9	1391	0,8
Extremo Sul Catarinense	296	56,8	225	43,2	521	1,3
Carbonífera	743	56,6	570	43,4	1313	1,3
Laguna	552	56,6	426	43,6	976	1,3
Santa Catarina	17267	58,8	12075	41,2	29342	1,4

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

O perfil descrito anteriormente na sífilis adquirida se repete entre as gestantes, com o aumento linear do número de casos, alcançando 5.366 casos no período apresentado. Este crescimento alcançou 60% entre 2014 e 2015, e 78% entre 2016 e 2017. A taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1000 nascidos vivos) alcançou, em 2017, o maior número no Estado desde que este indicador passou a ser monitorado (quadro 51).

Quadro 51 - Sífilis em gestantes (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	3	1,0	5	1,7	22	7,6	15	5,0	45
Oeste	51	10,2	97	18,8	119	23,5	155	28,7	422
Xanxerê	12	4,4	47	15,8	69	24,2	99	33,6	227
Alto Vale do Itajaí	9	2,4	21	5,2	13	3,3	15	3,8	58
Foz do Rio Itajaí	100	10,3	149	14,3	172	16,7	177	16,6	598
Médio Vale do Itajaí	45	4,7	60	6,2	65	6,7	96	9,5	266
Grande Florianópolis	191	12,7	277	17,5	309	19,8	357	21,7	1134
Meio Oeste	11	4,5	35	13,6	49	18,8	56	21,1	151
Alto Vale do Rio do Peixe	35	8,1	53	11,8	94	21,4	102	24,1	284
Alto Uruguai Catarinense	12	6,6	25	13,3	18	10,3	37	18,5	92
Nordeste	137	9,8	232	15,8	237	16,9	315	22,0	921
Planalto Norte	31	6,0	55	10,2	74	14,4	146	28,6	306
Serra Catarinense	50	12,1	105	25,4	78	18,4	120	28,2	353
Extremo Sul Catarinense	18	7,1	17	6,6	23	8,7	26	9,6	84
Carbonífera	31	5,4	54	9,3	75	13,2	85	14,8	245
Laguna	29	6,6	38	8,3	41	8,9	72	14,9	180
Santa Catarina	765	8,2	1270	13,1	1458	15,3	1873	19,0	5366

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

A utilização dos testes rápidos é uma estratégia que tem sido amplamente divulgada e ampliada com o objetivo de agilizar o diagnóstico da sífilis, no âmbito da assistência pré-natal bem como nas maternidades e em todos os serviços de saúde. Por

tratar-se de uma infecção cujo diagnóstico e tratamento são amplamente acessíveis, com baixo custo e alta eficácia, todos os esforços devem ser despendidos para a sua redução.

Embora a sífilis congênita seja encontrada em todo o território do Estado, algumas regiões são mais atingidas, conforme demonstrado no quadro 52, que apresenta a distribuição das taxas de incidência da sífilis congênita segundo as 16 Regiões de Saúde.

Quadro 52 - Sífilis congênita (número e taxa de incidência/1000 nascidos vivos) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	1	0,3	2	0,7	9	3,1	8	2,7	20
Oeste	14	2,8	48	9,3	40	7,9	57	10,5	159
Xanxerê	8	2,9	14	4,7	31	10,9	39	13,3	92
Alto Vale do Itajaí	1	0,3	5	1,2	3	0,8	3	0,8	12
Foz do Rio Itajaí	42	4,3	51	4,9	42	4,1	57	5,3	192
Médio Vale do Itajaí	11	1,1	17	1,7	16	1,7	32	3,2	76
Grande Florianópolis	121	8,1	166	10,5	157	10,0	215	13,1	659
Meio Oeste	1	0,4	7	2,7	5	1,9	10	3,8	23
Alto Vale do Rio do Peixe	6	1,4	7	1,6	10	2,3	10	2,4	33
Alto Uruguai Catarinense	5	2,7	13	6,9	8	4,6	8	4,0	34
Nordeste	37	2,7	86	5,9	89	6,3	107	7,5	319
Planalto Norte	3	0,6	9	1,7	14	2,7	26	5,1	52
Serra Catarinense	3	0,7	22	5,3	77	18,2	76	17,9	178
Extremo Sul Catarinense	13	5,1	21	8,1	23	8,7	17	6,3	74
Carbonífera	5	0,9	11	1,9	11	1,9	25	4,4	52
Laguna	6	1,4	10	2,2	25	5,4	28	5,8	69
Santa Catarina	277	3,0	489	5,0	560	5,9	718	7,3	2044

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC. *Dados sujeitos a alterações

A eliminação da sífilis congênita vem sendo perseguida há décadas no Brasil. Avanços foram alcançados em vários sentidos, mas a complexidade dos fatores que interferem na cadeia de transmissão continua a desafiar os serviços de saúde.

Como parte das ações para o enfrentamento da sífilis está uma maior integração entre a vigilância epidemiológica e as equipes profissionais que realizam a assistência nos territórios, o planejamento e implementação de ações conjuntas que visem eliminar a sífilis como problema de saúde pública no Estado.

Hepatites Virais (B e C)

A hepatite é a inflamação do fígado. Pode ser causada por vírus ou pelo uso de alguns remédios, álcool e outras drogas, assim como por doenças autoimunes, metabólicas e genéticas. Em alguns casos, são doenças silenciosas que nem sempre apresentam sintomas.

De 2014 a 2017 foram 10.146 casos de hepatites virais (B e C), destes, 5.814 (57,3%) são referentes aos casos de hepatite B, 4332 (42,6%) de hepatite C.

As hepatites virais apresentam um perfil epidemiológico heterogêneo, tipicamente caracterizado por uma endemicidade para hepatite B no Oeste Catarinense e hepatite C na Região litorânea, apesar da ocorrência de ambos os agravos nas regiões.

Entre os anos de 2014 e 2017 a taxa de detecção de hepatite B no Estado apresentou tendência de redução. A taxa de hepatite C apresentou elevação a partir de 2015, quando da mudança de definição dos casos para fins de vigilância epidemiológica. Em 2017, as taxas foram de 15,7 e 15,8 casos por 100.000 habitantes para hepatite B e C, respectivamente (quadros 53 e 54).

Quadro 53 - Hepatite B (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	277	120,4	176	76,3	186	80,4	136	58,8	775
Oeste	348	101,8	290	83,9	260	74,3	193	55,2	1091
Xanxerê	133	67,7	107	54,1	76	38,3	71	35,7	387

Alto Vale do Itajaí	33	11,6	29	10,1	21	7,2	23	7,9	106
Foz do Rio Itajaí	90	14,2	89	13,7	78	11,7	68	10,2	325
Médio Vale do Itajaí	127	17,4	126	16,9	114	15,0	88	11,6	455
Grande Florianópolis	254	22,8	190	16,8	170	14,8	127	11,0	741
Meio Oeste	68	36,3	44	23,3	38	20,0	33	17,4	183
Alto Vale do Rio do Peixe	38	13,3	32	11,1	35	12,1	22	7,6	127
Alto Uruguai Catarinense	73	50,0	87	59,4	59	40,2	71	48,3	290
Nordeste	201	21,0	235	24,2	159	16,1	113	11,4	708
Planalto Norte	17	4,6	21	5,7	20	5,4	15	4,0	73
Serra Catarinense	14	4,8	8	2,8	24	8,3	22	7,6	68
Extremo Sul Catarinense	23	12,0	24	12,3	17	8,6	10	5,1	74
Carbonífera	75	18,0	61	14,5	72	16,9	67	15,7	275
Laguna	42	11,9	40	11,2	31	8,6	23	6,4	136
Santa Catarina	1813	27,0	1559	22,9	1360	19,7	1082	15,7	5814

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

Quadro 54 - Hepatite C (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo Regiões de Saúde, SC, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	1	0,4	13	5,6	7	3,0	13	5,6	34
Oeste	15	4,4	23	6,7	18	5,1	27	7,7	83
Xanxerê	1	0,5	17	8,6	12	6,0	2	1,0	32
Alto Vale do Itajaí	8	2,8	14	4,9	15	5,2	9	3,1	46
Foz do Rio Itajaí	128	20,2	149	22,9	147	22,1	159	23,9	583
Médio Vale do Itajaí	62	8,5	109	14,6	84	11,1	76	10,0	331

Grande Florianópolis	170	15,3	355	31,4	314	27,3	325	28,2	1164
Meio Oeste	4	2,1	21	11,1	14	7,4	10	5,3	49
Alto Vale do Rio do Peixe	7	2,4	25	8,7	18	6,2	17	5,9	67
Alto Uruguai Catarinense	0	0,0	5	3,4	3	2,0	8	5,4	16
Nordeste	80	8,4	180	18,5	141	14,2	128	12,9	529
Planalto Norte	5	1,4	19	5,1	35	9,4	23	6,2	82
Serra Catarinense	3	1,0	55	19,0	43	14,8	21	7,2	122
Extremo Sul Catarinense	56	29,1	79	40,6	67	34,1	60	30,5	262
Carbonífera	81	19,5	137	32,5	191	44,9	126	29,6	535
Laguna	71	20,1	138	38,6	101	28,0	87	24,1	397
Santa Catarina	692	10,3	1339	19,6	1210	17,5	1091	15,8	4332

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil mais de 70% (23.070) dos óbitos por hepatites virais são decorrentes da Hepatite C, seguido da Hepatite B (21,8%) e A (1,7%).

De 2014 a 2017, foram identificados, em Santa Catarina, pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 74 óbitos por hepatite B e 211 óbitos por hepatite C. Em 2017 a taxa de mortalidade no Estado por hepatite B foi de 0,2 por 100.000 habitantes e por hepatite C foi 0,6 por 100.000 habitantes. No mesmo ano, a maior taxa de mortalidade por hepatite B foi identificada na Região Extremo Oeste (0,9 casos/100.000 habitantes) e por hepatite C na Grande Florianópolis (0,9 casos/100.000 habitantes). Nos quadros 55 e 56 as taxas por Regiões de Saúde.

Quadro 55 - Óbitos por hepatite B como causa básica (número e taxa de mortalidade/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	2	0,9	0	0	1	0,4	3	1,3	6
Oeste	2	0,6	2	0,6	1	0,3	1	0,3	6
Xanxerê	1	0,5	1	0,5	1	0,5	1	0,5	4
Alto Vale do Itajaí	0	0	1	0,3	1	0,3	1	0,3	3
Foz do Rio Itajaí	2	0,3	2	0,3	3	0,5	4	0,6	11
Médio Vale do Itajaí	3	0,4	0	0	3	0,4	2	0,3	8
Grande Florianópolis	2	0,2	3	0,3	2	0,2	1	0,1	8
Meio Oeste	4	2,1	0	0	2	1,1	0	0	6
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0	2	0,7	0	0	0	0	2
Alto Uruguai Catarinense	1	0,7	1	0,7	1	0,7	1	0,7	4
Nordeste	4	0,4	4	0,4	1	0,1	2	0,2	11
Planalto Norte	0	0	1	0,3	0	0	0	0	1
Serra Catarinense	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extremo Sul Catarinense	1	0,5	1	0,5	0	0	0	0	2
Carbonífera	1	0,2	0	0	1	0,2	0	0	2
Laguna	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Catarina	23	0,3	18	0,3	17	0,2	16	0,2	74

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

Quadro 56 - Óbitos por hepatite C como causa básica (número e taxa de mortalidade/100.000 hab.) segundo Regiões de Saúde, SC, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	0	0	0	0	1	0,4	0	0	1
Oeste	0	0	0	0	1	0,3	0	0	1
Xanxerê	1	0,5	1	0,5	0	0	1	0,5	3
Alto Vale do Itajaí	1	0,4	1	0,3	3	1,0	0	0	5
Foz do Rio Itajaí	10	1,6	4	0,6	9	1,4	11	1,7	34
Médio Vale do Itajaí	8	1,1	4	0,5	3	0,4	1	0,1	16
Grande Florianópolis	14	1,3	18	1,6	7	0,6	15	1,3	54
Meio Oeste	1	0,5	0	0	0	0	2	1,1	3
Alto Vale do Rio do Peixe	1	0,3	0	0	0	0	0	0	1
Alto Uruguai Catarinense	0	0	0	0	1	0,7	0	0	1
Nordeste	6	0,6	5	0,5	2	0,2	3	0,3	16
Planalto Norte	0	0	2	0,5	2	0,5	0	0	4
Serra Catarinense	2	0,7	1	0,3	1	0,3	0	0	4
Extremo Sul Catarinense	7	3,6	4	2,1	3	1,5	4	2,0	18
Carbonífera	4	1,0	3	0,7	16	3,8	0	0	23
Laguna	10	2,8	9	2,5	4	1,1	4	1,1	27
Santa Catarina	65	1,0	52	0,8	53	0,8	41	0,6	211

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

*Dados sujeitos a alterações

Vale ressaltar que sendo as hepatites virais doenças consideradas silenciosas, quando se manifestam os sintomas o portador já apresenta certo grau de comprometimento do fígado. Desta forma, reforçamos a importância do oferecimento e

realização do teste rápido em todas as unidades de saúde, bem como ampliação das estratégias de vacinação da Hepatite B para toda a população.

Resistência Microbiana

A emergência de microrganismos resistentes às diversas classes de antimicrobiano tem sido progressiva nas últimas décadas, constituindo-se em uma ameaça à saúde pública em todo mundo. O problema é decorrente, dentre outros fatores como a ocorrência de mutação e presença de material genético transferível (plasmídeo, transposons e integron), do uso indiscriminado e inadequado dos antimicrobianos, não só na saúde humana, mas também na saúde animal, cultivo de plantas e em setores com fins econômicos e comerciais. O uso clínico dos antimicrobianos exerce papel selecionador das cepas resistentes, sendo a principal causa da resistência observada no ambiente hospitalar, onde o uso destas drogas é maior.

No Brasil, através do monitoramento das Infecções Primárias da Corrente Sanguínea com confirmação laboratorial, observa-se a presença de um perfil de resistência bem elevado nos microrganismos identificados nessas infecções, como o *Acinetobacter spp* resistente aos carbapenêmicos em 77,7%, *Staphylococcus coagulase negativa* resistente a oxacilina 72,2%, *Staphylococcus aureus* 50%, *Klebsiella Pneumoniae* resistente aos carbapenêmicos em 44,10% e *Pseudomonas aeruginosa* resistente aos carbapenêmicos, 43,5%. Em Santa Catarina o isolamento de microrganismos em infecções da corrente sanguínea nas Unidade de Terapia Intensiva (UTI) segue um perfil de resistência semelhante ao do país.

A Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS) de Santa Catarina, em parceria com o Lacen (que realiza o diagnóstico), além de monitorar a ocorrência de infecções e surtos infecciosos, também monitora através de um sistema de notificação eletrônica a presença de microrganismos multirresistentes que circulam em pacientes dos Serviços de Saúde, quer seja por colonização ou infecção comunitária ou hospitalar, em qualquer sítio. O monitoramento iniciou em Janeiro de 2017 e até 15 de Maio de 2019, contabiliza 8069 notificações, das quais 55% foram colonizações e 45% infecções. A maior parte dos pacientes encontrava-se internada nas UTIs Adulto (44,91%), seguida da clínica médica (34,73%). Em 73% dos casos os pacientes foram expostos a procedimentos altamente invasivos. Os microrganismos mais notificados nas infecções foram: *Klebsiella Pneumoniae* resistente aos

carbapenêmicos (30%), *Acinetobacter spp* resistente aos carbapenêmicos (20%), *Pseudomonas aeruginosa* resistente aos carbapenêmicos (14%) e *Staphylococcus aureus* (13%).

Acompanhando esse cenário, levanta-se a necessidade intervenções efetivas no ambiente hospitalar e laboratorial para minimizar o problema da resistência microbiana, sendo o controle do uso de antimicrobianos, a implantação de medidas de controle e a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) a melhoria da qualidade de diagnóstico laboratorial, as principais intervenções a serem realizadas nesse sentido.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em seu Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde, traz como objetivo geral: “Definir estratégias nacionais para detecção, prevenção e redução da resistência microbiana em serviços de saúde”. E, dentre os objetivos específicos: “Reduzir a incidência de infecções com medidas eficazes de prevenção e controle em serviços de saúde” e, “Promover o uso racional dos medicamentos antimicrobianos nos serviços de saúde”. E dentre as ações estratégicas está: “Promover a implantação de programas de uso racional de antimicrobianos nos serviços de saúde”.

Atualmente, o Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS – PNPCIRAS (2016-2020), que tem como objetivo geral: “Reduzir, em âmbito nacional, a incidência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em serviços de saúde”. E entre os objetivos específicos: “Prevenir e controlar a disseminação da resistência microbiana em serviços de saúde”. Entre as metas, a nº 9 – “Até 2020, 80% dos hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica ou neonatal, com Protocolos de Uso de Antimicrobianos implantados na UTI”.

Levanta-se a necessidade de dar continuidade no estabelecimento de ações estratégicas para consolidar o Sistema Nacional de Vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

Doenças Diarreicas Agudas

A Monitorização da Doença Diarreica Aguda (MDDA) é um programa de âmbito nacional, onde Unidades de Saúde municipais que atendem casos de doença diarreica são caracterizadas como Unidades Sentinelas. Em Santa Catarina a MDDA foi implantada em 2000 e tem como objetivo dotar o nível local de instrumentos ágeis e

simplificados que permitam a detecção de alterações no padrão local das doenças diarreicas, apontando em tempo oportuno surtos e epidemias, bem como, permitindo correlacionar ao longo do tempo, possíveis modificações nas condições sanitárias locais ou outros fatores como a veiculação de determinados patógenos pelos alimentos, água ou outras fontes de transmissão.

As maiores incidências de Doença Diarreicas Aguda (DDA), no período entre 2014 e 2017 são encontradas na macrorregião do Grande Oeste. Em contrapartida, as menores incidências encontram-se na região de Laguna e na região do Médio Vale do Itajaí. No entanto, estes dados refletem que a macrorregião do Grande Oeste não necessariamente é a região que apresenta mais casos da doença e sim a que mais notifica os casos de DDA, uma vez que há uma subnotificação de casos em alguns municípios do Estado (quadro 57).

Quadro 57 - Incidência (por 1.000 habitantes) de casos de DDA por Região de Saúde, SC, 2014 -2017

Região de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos DDA	Incidência						
Extremo Oeste	9.488	41	8.123	35	10.133	44	9.064	39
Xanxerê	7.084	36	7.790	39	9.250	47	9.371	47
Oeste	14.260	42	14.485	42	11.792	34	8.401	24
Alto Uruguai Catarinense	2.889	20	3.618	25	3.764	26	3.130	21
Meio Oeste	4.193	22	4.867	26	5.758	30	4.774	25
Alto Vale do Rio do Peixe	7.952	28	7.699	27	7.540	26	8.680	30
Foz do Rio Itajaí	16.621	26	11.617	18	22.570	34	17.116	25
Alto Vale do Itajaí	7.540	26	7.567	26	8.670	30	9.317	32
Médio Vale do Itajaí	6.752	9	5.451	7	7.603	10	9.208	12
Grande Florianópolis	15.910	14	13.704	12	16.681	14	14.051	12
Laguna	2.202	6	1.816	5	2.052	6	3.363	9
Carbonífera	8.825	21	7.358	17	9.132	21	10.720	25
Extremo Sul Catarinense	2.043	11	3.670	19	4.384	22	3.815	19
Nordeste	21.385	22	19.743	20	19.473	20	16.092	16
Planalto Norte	12.815	35	12.699	34	13.292	36	12.016	32
Serra Catarinense	2.321	8	3.462	12	3.986	14	4.140	14

TOTAL	142.280	21.1	133.669	19.6	156.080	22.5	143.258	20.4
--------------	---------	------	---------	------	---------	------	---------	------

Fonte: Sivep-DDA

No quadro 58 apresentamos os surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) e Doença Diarreica Aguda segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SinanNet). Os surtos notificados no SinanNet são aqueles em que houve a investigação em conjunto com a Vigilância Sanitária, 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.

Estes dados demonstram que as regiões do Foz do Rio Itajaí, Médio Vale do Itajaí e da Grande Florianópolis são as regiões que mais notificaram e investigaram a ocorrência de surtos de DTA e DDA no Estado. Enquanto as regiões da Serra Catarinense e Planalto Norte são as regiões que apresentam um número de surtos notificados reduzido.

Quadro 58 - Distribuição dos surtos de DDA e DTA por Região de Saúde, SC, 2014 - 2017

Região de Saúde	2014		2015		2016		2017		TOTAL
	DTA	DDA	DTA	DDA	DTA	DDA	DTA	DDA	
Extremo Oeste	8	2	3	0	2	3	3	10	31
Oeste	3	3	1	2	1	2	1	2	15
Xanxerê	2	0	1	1	1	2	5	3	15
Alto Vale do Itajaí	4	0	1	0	3	0	1	4	13
Foz do Rio Itajaí	4	11	1	11	2	8	5	31	73
Médio Vale do Itajaí	10	4	7	0	6	12	6	28	73
Grande Florianópolis	15	8	5	4	5	3	7	8	55
Meio Oeste	2	1	1	3	2	4	2	1	16
Alto Vale do Rio do Peixe	1	0	3	1	2	2	1	0	10
Alto Uruguai Catarinense	0	1	4	1	1	3	1	4	15

Nordeste	7	0	2	1	1	0	0	0	11
Planalto Norte	0	0	0	2	1	2	1	1	7
Serra Catarinense	2	0	0	1	1	0	1	1	6
Extremo Sul Catarinense	1	0	2	1	2	1	4	0	11
Carbonífera	2	1	5	1	4	1	1	0	15
Laguna	3	0	3	0	3	0	2	3	14
Total	64	31	39	29	37	43	41	96	380

Fonte SES/SinanNet/TabNet

Tracoma

É uma oftalmopatia de evolução crônica recidivante de origem infecciosa, causada pela *chlamydia trachomatis*, um microrganismo estritamente intracelular, com preferência pelas células epiteliais da conjuntiva ocular. A transmissão se dá pessoa a pessoa através das mãos ou de objetos de uso comum contaminados com as lágrimas ou secreções conjuntivais de portadores de infecção ativa sem tratamento, não é uma doença de notificação compulsória, mas, de interesse nacional.

Segundo a Organização Mundial de Saúde em 2011, aproximadamente 325 milhões de pessoas viviam em áreas endêmicas de tracoma em todo o mundo, sendo que apenas na Europa não havia sido evidenciado nenhum caso de cegueira decorrente desta doença.

O Tracoma está sob controle quando o percentual de positividade for menor que 5% de inflamação tracomatosa folicular em crianças de 5 a 9 anos e uma prevalência de triquíase tracomatosa inferior a 0,2% em indivíduos com mais de 15 anos (aproximadamente 1 caso por 1.000 pessoas).

A partir de 2017 segundo recomendação do Ministério da Saúde, municípios que tiveram durante três anos consecutivos positividade abaixo de 5% não realizarão a busca ativa por três anos consecutivos, após este período farão nova busca ativa de casos para controle. Os municípios com a taxa de detecção $\geq 5\%$, continuarão fazendo a busca ativa de rotina entre os escolares matriculados na rede pública de ensino na faixa etária de 5 a 9 anos.

Na figura 29 observamos no período analisado a oscilação das taxas das Regiões de Saúde que pode ser afetada pelo número de escolares matriculados, tratamento medicamentoso disponibilizado, medidas de promoção da higiene pessoal e familiar, destino adequado do lixo, disponibilidade de água e saneamento básico.

As Regiões de Saúde do Alto Vale do Itajaí, Médio Vale do Itajaí, Nordeste, Carbonífera e Laguna não foram elencadas pelo Ministério da Saúde para fazerem busca ativa de casos por apresentarem Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) acima da média nacional em 2004.

Ação educativa constitui importante estratégia para o cumprimento da meta do Tracoma, a interface com Atenção Primária à Saúde/Programa de Saúde na Escola são essenciais para eliminação da doença enquanto causa de diminuição da acuidade visual e cegueira até o ano de 2020.

Figura 29 - Frequência, casos e taxa de detecção do Tracoma em escolares da rede pública de ensino na faixa etária entre 5 a 9 anos de idade por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014			2015			2016			2017		
	Examinados	Casos	Taxa	Examinado	Casos	Taxa	Examinado	Casos	Taxa	Examinado	Casos	Taxa
Extremo Oeste	8254	430	5,2	6563	259	3,9	10334	317	3,1	6637	365	5,5
Oeste	1422	51	3,6	1026	20	1,9	379	16	4,2	0	0	0,0
Xanxerê	524	30	5,7	514	18	3,5	824	22	2,7	649	36	5,5
Alto Vale do Itajaí	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Foz do Rio Itajaí	501	5	1,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Médio Vale do Itajaí	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Grande Florianópolis	783	46	5,9	1317	247	18,8	366	23	6,3	371	6	1,6
Meio Oeste	1507	19	1,3	1452	54	3,7	1077	65	6,0	518	10	1,9
Alto Vale do Rio do Peixe	1427	24	1,7	1738	106	6,1	1797	101	5,6	909	10	1,1
Alto Uruguai Catarinense	140	15	10,7	135	12	8,9	134	2	1,5	0	0	0,0
Nordeste	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Planalto Norte	1	1	100,0	0	0	0,0	0	0	0,0	5	5	100,0
Serra Catarinense	3628	372	10,3	2941	235	8,0	2823	188	6,7	3197	164	5,1
Extremo Sul Catarinense	755	34	4,5	931	14	1,5	250	2	0,8	0	0	0,0
Carbonífera	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Laguna	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Total	18942	1027	5,4	16617	965	5,8	17984	736	4,1	12286	596	4,9

Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SES/SC

1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis

Com a responsabilidade de fomentar respostas sustentadas nos princípios e diretrizes da Rede SUS, o Núcleo Equidade da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade em parceria com as Regionais de Saúde, Ministério da Saúde, gestores municipais e participação social, desenvolve ações de cuidado no fortalecimento de respostas biopsicossociais no “modo de fazer e pensar saúde”.

O Núcleo Equidade foi pensado visando contribuir com necessidades, multiplicidades e especificidades as singularidades, subjetividades de cada sujeito ou grupo social, de forma a reconhecer que as desiguais realidades de vida, trabalho, habitação, renda, acesso à educação, lazer, cultura além dos serviços públicos impactam diretamente na saúde. O preconceito, sabemos todos, impõe limitações de forma a não garantir escuta aos equipamentos de saúde em conformidade com os princípios do SUS, além da equidade, da universalidade e integralidade.

Com isso, o Núcleo Equidade reafirma por meio de suas ações, o reconhecimento por políticas públicas ancoradas na diminuição das diferenças sociais ofertando cuidado em saúde desigual para necessidades desiguais, voltados a justiça social, defesa da vida, preconizado por um dos princípios SUS - equidade.

O fortalecimento por políticas de promoção da equidade em saúde, à atenção na oferta do cuidado a partir de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde, objetivando seu enfrentamento às iniquidades de saúde, nas políticas: pessoas em situação de rua, população do campo, quilombolas, cigana, Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT), negros, indígenas e do homem, com respostas às suas necessidades plurais por políticas sociais de promoção da equidade em saúde.

Assim, o Núcleo Equidade em Saúde tem como preceito contribuir que o respeito à pluralidade e a garantia da melhoria das condições de saúde – via garantia do atendimento na Rede SUS ao cidadão catarinense vivendo em situação de vulnerabilidade.

Para isso, buscamos trabalhar em parcerias fomentando o diálogo com Atenção Primária, no reconhecimento do processo de trabalho das equipes na oferta do acesso e na resolutividade e integralidade do cuidado em saúde, considerando sempre as especificidades e necessidades tanto regional quanto do município.

As atribuições do Núcleo Equidade em Saúde estão em promover a implantação/implementação de políticas públicas vigentes para estes segmentos populacionais, que ora é de responsabilidade do núcleo, consolidando cuidado em saúde no território.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde adotada pelo Estado de Santa Catarina, publicada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de dezembro de 2017 (Origem: GM/MS nº 992/2009) visa promover a melhoria das condições de saúde da população negra, reconhecendo que as iniquidades em saúde são resultantes de uma injusta cultura predominantemente racista, corroborando efetivamente com a morbimortalidade desta população.

Ampliar e fortalecer o diálogo no território buscando consolidar parceria junto à atenção primária e gestores, objetivando fomentar ações de cuidado em saúde que fortaleçam a socialização de preceitos e diretrizes da PNSIPN, o Núcleo Equidade objetiva contribuir para a efetiva promoção de igualdade racial.

Com isso, o Núcleo Equidade reafirma garantir por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde visando garantir a escuta em conformidade com os princípios SUS, tendo como uma de suas atribuições orientar a implementação desta política, com a elaboração do Iº Plano de Ação, respeitando às especificidades e necessidades do território.

Política Nacional População de Etnia Cigana

O Ministério da Saúde por meio da Portaria N° 1.315, de 23 de novembro de 2016, dispõe sobre as diretrizes para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para os Povos Ciganos – PNP/Ciganos, objetivando respostas as desigualdades raciais.

Ainda com esse propósito, em parceria com a Associação Internacional Maylê Sara Kali, disponibiliza no mesmo ano a Cartilha: “Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano”, tendo como objetivo central produzir “conhecimento para o conjunto dos trabalhadores de saúde”, aos que ofertam cuidado em saúde no SUS em todos os seus espaços de cuidado, garantindo escuta e acesso.

Com a IV Conferência de Promoção da Igualdade Racial – IV CONAPIR – que aconteceu em maio de 2018, Brasília, foi lançado o Guia de Políticas Públicas para

Povos Ciganos, com o propósito de conquistar visibilidade à cultura e suas necessidades enquanto sujeitos. Comemora-se no dia 24 de maio o dia nacional do cigano.

Comunidades Quilombolas

Instituída pelo Decreto nº 6261, de 20 de novembro de 2007, dispõe sobre a gestão integrada para desenvolvimento da agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola (PBQ).

A Agenda Social Quilombola (ASQ) cultiva ações inclusivas sustentadas por 5 (cinco) eixos: acesso à terra; infraestrutura e qualidade de vida; inclusão produtiva e desenvolvimento local; e cidadania.

A pauta da população quilombola entrou pela primeira vez em um Plano Plurianual do governo federal em 2004, e com o Guia de Políticas Públicas para as Comunidades Quilombolas, lançado em julho de 2013, vem sendo construído a importância de políticas sociais que garantam o modo de viver em respeito à cultura e especificidades desta população e, assim, contribuir para que o direito ao acesso à saúde seja uma realidade de cidadania.

Política Nacional para População em Situação de Rua

A Atenção Primária para todos os usuários é a porta preferencial de entrada do cuidado em saúde, segue sendo também para aqueles que vivem em situação de rua. Com a responsabilidade de promover a equidade no cuidado à saúde desta população, o Ministério da Saúde criou uma política pública em convergência com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e a lógica da atenção psicossocial, que se concretiza por meio do “Consultório na Rua” (Portaria de Consolidação nº 2/2017. Anexo XVI)

A estratégia Consultório na Rua (eCR) visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. As eCR são equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral à saúde para a população em situação de rua. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local, por compartilhar o cuidado de casos extremamente complexos com a RAS. As eCRs apresentam-se em três modalidades: I, II, III, de acordo com o número de profissionais

da equipe, sendo que o MS repassa custeio mensal para o serviço, variando o valor para cada uma das modalidades.

O Estado possui 05 (cinco) Consultórios na Rua implantados por portaria ministerial (quadro 59) e de acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), há a possibilidade de credenciar mais 02 (dois) eCR nos municípios de Balneário Camboriú e São José.

Quadro 59 - Municípios com Consultórios de Ruas implantados, segundo modalidade e valor de custeio, 2019

MUNICÍPIOS	MODALIDADE	VALOR DE CUSTEIO
Criciúma	modalidade II	R\$ 27.300,00
Blumenau	modalidade II	R\$ 27.300,00
Itajaí	modalidade III	R\$ 35.200,00
Florianópolis	modalidade I	R\$ 19.900,00
Joinville	modalidade II	R\$ 27.300,00

Fonte: MS,2019

Na Resolução 31/2017, o MS e a CIT, dispõe sobre o IIº Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do SUS, tendo como eixos: I - Acesso à Saúde Integral da População em Situação de Rua; II - Promoção e Vigilância em Saúde; III- Educação Permanente e Educação Popular em Saúde; IV - Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social; V - Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População em Situação de Rua.

Nesta perspectiva, está entre as ações do Núcleo de Equidade em Saúde a formalização de um Plano de Ação voltada a população em situação de rua, como também ações inclusivas de incentivo, apoio, mediação e articulação com os gestores regionais e municipais, objetivando a implementação dos Consultórios na Rua em consonância com portarias vigentes, bem como, fomentar o cuidado integral à saúde das pessoas que vivem em situação de rua no território catarinense por meio de uma Atenção Primária à Saúde fortalecida.

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT):

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de adoecimento decorrente do preconceito e estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, levando estes à marginalização e por sua vez, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Para a transposição das barreiras de acesso e cuidado à saúde existentes nesta população, é instituído em 2011 por meio da Portaria Ministerial nº 2.836, institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, consolidada na Portaria de Consolidação nº2/2017, Anexo XXI.

Na Resolução 26/2017, o MS e a CIT, dispõe sobre o IIº Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo como eixos: I - Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; II - Promoção e vigilância em saúde; III - Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; IV - Mobilização, articulação, participação e controle social; e, V - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Entretanto, a efetivação dos direitos civis da população LGBT, dentre eles, o direito à atenção integral à saúde, garantido constitucionalmente, muitas vezes ainda é negligenciado nas tentativas de sua implementação. Assim, o Núcleo de Equidade em Saúde tem como norte de suas ações a proposta pactuada e expressa na Resolução supracitada, sendo sua responsabilidade de apoiar a execução das políticas públicas de saúde vigente através da educação permanente, subsidiando os profissionais da rede SUS nas ações de cuidado em saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), bem como, ação para o cotidiano do trabalho.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) fundamenta o cuidado em saúde nos preceitos e diretrizes a partir de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde, amparada nos princípios SUS, sustentada nas especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos e, seus direitos territoriais.

A organização dos serviços é realizada por meio de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, onde atenção primária e os serviços de referência se institucionalizam.

Portanto, é nas aldeias que a atenção primária é ofertada por Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência (Unidade Básica de Saúde já existente na rede de serviços do município). A maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida nesse nível.

Quanto ao acesso à atenção a média e alta complexidades, a referência é a Rede SUS, em comunhão com cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Esta Rede já instituída, com localização geográfica articulada e incentivada a ofertar atendimento a estas populações, tem como parâmetro a realidade socioeconômica, a cultura de cada povo indígena, além de diferentes tipos de financiamento.

Importante pontuar que a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) realiza as suas ações de rotina, como atendimentos, visitas domiciliares, rodas de conversa e, ao mesmo tempo, verifica a necessidade de referenciar para serviços de maior complexidade, solicitando e repassando ao setor de Referência e Contrarreferência do Pólo Base os encaminhamentos.

O Pólo Base repassa ao município que realiza o agendamento na sua rede municipal de referência do SUS. Após o agendamento realizado, o Pólo Base repassa a EMSI as informações, de modo que o Agente Indígena de Saúde possa informar ao paciente.

O Pólo Base assume a responsabilidade por realizar o deslocamento da aldeia ao município, este por sua vez realiza o deslocamento do indígena até a referência – o Pólo Base pode assumir o deslocamento até a referência para tal, cabe a Chefia do Pólo realizar as articulações necessárias, junto do apoiador institucional. Quando necessário, o Pólo Base solicita ao DSEI a hospedagem e alimentação para atendimentos em outros municípios. Após o retorno, a EMSI recebe a contrarreferência e realiza a visita de acompanhamento, bem como, repassa ao Pólo Base as informações pertinentes.

O fluxo dos serviços é constituído por referências. A primeira referência se orienta a partir das ações dos AIS que desenvolvem ações primárias de saúde, orientações, educação em saúde, sendo os olhos e ouvidos atentos da EMSI nas aldeias, e encaminha pacientes para a Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI). A segunda referência é a UBSI, dotada de equipamentos básicos para atendimento e sob responsabilidade de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena localizados em

aldeias, onde executa suas ações, atendimentos e procedimentos de rotina. A terceira referência acontece na rede municipal do SUS, onde são realizados atendimentos com as especialidades médica e odontológica, além da referência a outros serviços especializados. Os casos mais graves são encaminhados para referências hospitalares locais do SUS.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

Instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) tem como objetivo geral garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no Sistema Único de saúde.

Constitui objetivo específico da referida política, promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral; garantir autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade; qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como, com as de Justiça Criminal; e fomentar e fortalecer a participação e controle social.

A adesão à PNAISP se dá por intermédio da pactuação do Estado e do Distrito Federal com a União, sendo garantido àquele que promover a adesão a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo.

De acordo com o que preconiza a Portaria nº 1, a adesão municipal à referida política é facultativa. Essa previsão legal constitui a principal dificuldade enfrentada para a implantação da política, visto que, por não constituir uma obrigatoriedade, alguns gestores optam por não aderir à PNAISP. O quadro 60 mostra os municípios que aderiram ao PNAISP a partir da implantação em 2014.

Quadro 60 - Municípios que aderiram ao PNAISP desde 2014

Municípios	Portaria de Adesão à PNAISP
Araranguá	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
Barra Velha	PORTARIA Nº 2.277, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Biguaçu	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
Blumenau	PORTARIA Nº 2.275, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Brusque	PORTARIA Nº 2.276, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Caçador	PORTARIA Nº 961, DE 22 DE MAIO DE 2019
Campos Novos	PORTARIA Nº 155, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2016
Canelinha	PORTARIA Nº 2.277, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Canoinhas	PORTARIA Nº 961, DE 22 DE MAIO DE 2019
Chapecó	PORTARIA Nº 2.276, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Concórdia	PORTARIA Nº 2.277, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Criciúma	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
Imbituba	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
Itajaí	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
Jaraguá do Sul	PORTARIA Nº 2.276, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Joinville	PORTARIA Nº 2.276, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Lages	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
Laguna	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
Mafra	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
Maravilha	PORTARIA Nº 155, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2016
Porto União	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
Rio do Sul	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
São Cristóvão do Sul	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
São Joaquim	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
São José do Cedro	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
São Miguel do Oeste	PORTARIA Nº 2.277, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
São Pedro de Alcântara	PORTARIA Nº 2.276, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Tijucas	PORTARIA Nº 961, DE 22 DE MAIO DE 2019
Videira	PORTARIA Nº 961, DE 22 DE MAIO DE 2019
Xanxerê	PORTARIA Nº 2.277, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014

Fonte: Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional (COPRIS)
Coordenação Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária. Departamento de Saúde da Família

Apesar de 30 municípios terem aderido somente 19 se habilitaram a Política do PNAISP e permanecem recebendo custeio mensal e desenvolvendo as atividades, sendo que Xanxerê solicitou a desabilitação em 2016, quadro 61.

Quadro 61 - Municípios e Portaria de habilitação ao PNAISP e valor mensal recebido

MUNICÍPIOS	CNES	INE	EABP	VALOR MENSAL	PORTARIA
BARRA VELHA	4057678	1554352	50	R\$5.975,83	Nº 139 - 11/02/2015
BIGUAÇU	7397488	1550195	51	R\$10.252,90	Nº 139 - 11/02/2015
BLUMENAU	6930069	15505571	54	R\$51.969,45	Nº 139 - 11/02/2015
BRUSQUE	2513641	1580248	50	R\$ 5.184,33	Nº 1.741 - 12/07/2017
CAMPOS NOVOS	7822766	1608991	50	R\$5.184,33	Nº 1.741 - 12/07/2017
CANOINHAS	2491052	1607960	50	R\$ 5.184,33	Nº 3.854 - 27/12/2017
CHAPECÓ	7531427	1549375	54	R\$51.969,45	Nº 139 - 11/02/2015
IMBITUBA	2385740	1551957	50	R\$5.184,33	Nº 139 - 11/02/2015
ITAJAÍ	7310846	1575074	54	R\$ 51.969,45	Nº 1.741 - 12/07/2017
ITAJAÍ	7353782	1574620	54	R\$ 51.969,45	Nº 1.741 - 12/07/2017
JARAGUÁ DO SUL	2820439	1570072	52	R\$ 25.141,06	Nº 1.741 - 12/07/2017
JOINVILE	7911467	1599240	54	R\$ 51.969,45	Nº 1.741 - 12/07/2017
LAGUNA	2336561	1570188	50	R\$ 5.184,33	Nº 1.741 - 12/07/2017
MAFRA	7487010	1577913	53	R\$ 37.509,64	Nº 1.741 - 12/07/2017
MARAVILHA	9214143	1622188	50	R\$ 5.184,33	Nº 3.854 - 27/12/2017
PORTO UNIÃO	7587562	1574636	50	R\$ 5.184,33	Nº 1.741 - 12/07/2017
RIO DO SUL	9035842	1609173	52	R\$ 25.141,06	Nº 532 - 11/04/2019
SÃO CRISTÓVÃO DO SUL	7963947	1608762	54	R\$ 56.264,45	Nº 1.741 - 12/07/2017
SÃO JOSÉ DO CEDRO	2378728	1593986	51	R\$ 8.215,90	Nº 1.741 - 12/07/2017
SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA	6620817	416649	54	R\$ 68.719,94	Nº 1.741 - 12/07/2017

XANXERÊ - PORTARIA Nº 1.163, DE 16 DE JUNHO DE 2016 - Desabilita Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II com saúde mental, CNES 2411326, INE 1553097 - A pedido da Gestão Municipal.

Fonte: Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional (COPRIS). Coordenação Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária. Departamento de Saúde da Família

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)

Em consonância com o que preconiza a Portaria N° 1.082/2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade.

Para tanto, a portaria estabelece que a atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. Assim, todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica, com vistas a favorecer a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade, atendendo aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de incompletude institucional e reinserção social dos adolescentes em privação de liberdade.

Cumprir destacar que a PNAISARI é uma política de fortalecimento da Atenção Básica, e que na perspectiva de trabalho intersetorial com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) possui como princípio norteador a incompletude institucional.

Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência deverá promover articulação com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde pública externa, com o fito de garantir a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde, na lógica do SUS.

A Portaria n° 1.083 institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde. Quadro 62.

Quadro 62 - Incentivo financeiro mensal para Atenção Básica de referência

UNIDADE	POPULAÇÃO	VALOR MENSAL
Semiliberdade	Independente	R\$ 3.208,50

Internação/Internação Provisória	Até 40 adolescentes	R\$ 7.486,50
Internação/Internação Provisória	Entre 40 e 90 adolescentes	R\$ 8.566,00
Internação/Internação Provisória	Acima de 90 adolescentes	R\$ 10.695,00

Fonte: MS, 2019

O incentivo financeiro de custeio deve ser utilizado para o desenvolvimento das ações de saúde junto aos adolescentes em conflito com a lei.

No que concerne à situação atual de Santa Catarina, 17 (dezessete) municípios do Estado são passíveis de habilitação. Contudo, atualmente, apenas 05 (cinco) estão habilitados: Concórdia, Joaçaba, Rio do Sul, São José do Cedro e Xanxerê.

A dificuldade preponderante para a não implantação dos demais municípios é o fato de que a lei faculta ao gestor a adesão à política.

Política de Alimentação e Nutrição

Diante do atual cenário alimentar e nutricional da população brasileira, com mudanças no perfil epidemiológico, evidenciadas pelo aumento de excesso de peso e das DCNT, a Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição é responsável pela gestão de ações referenciadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) a qual tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população.

A PNAN está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância alimentar e nutricional, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a APS como ordenadora das ações. A implementação dessas diretrizes é efetivada, por meio de diversas ações, estratégias e programas desenvolvidos nas Redes de Atenção à Saúde.

A Vigilância Alimentar e Nutricional monitorada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), instituída como uma das diretrizes da PNAN, realiza o monitoramento do estado nutricional e alimentar da população atendida SUS. (crianças,

adolescentes, adultos, gestantes e idosos), com o objetivo de contribuir para o diagnóstico precoce e identificação de risco nutricional. Nos quadros 63 a 67 mostramos o perfil nutricional da população catarinense acompanhada pelo SISVAN em 2018.

Quadro 63 A - Perfil nutricional de crianças menores de 5 anos de idade acompanhadas pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

IMC X IDADE								
Região	Código UF	UF	Risco de sobrepeso		Sobrepeso		Obesidade	
			Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
SUL	42	SC	30694	20.55%	11664	7.81%	7305	4.89%
TOTAL REGIAO SUL			124303	21.28%	51584	8.83%	34681	5.94%
TOTAL BRASIL			955503	19.05%	441492	8.8%	347947	6.94%

Fonte: a-Gestor/MS, 2018

Quadro 63 B - Perfil nutricional de crianças menores de 5 anos de idade acompanhadas pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

IMC X IDADE								
Região	Código UF	UF	Magreza acentuada		Magreza		Eutrofia	
			Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
SUL	42	SC	2043	1.37%	2931	1.96%	94735	63.42%
TOTAL REGIAO SUL			8411	1.44%	10848	1.86%	354277	60.65%
TOTAL BRASIL			137873	2.75%	144847	2.89%	2989355	59.58%

Fonte: a-Gestor/MS, 2018

Quadro 63 C – Total de crianças menores de 5 anos de idade acompanhadas pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

Região	Código UF	UF	Total
SUL	42	SC	149372
TOTAL REGIÃO SUL			584104
TOTAL BRASIL			5017017

Fonte: a-Gestor/MS, 2018

Quadro 64 A - Perfil nutricional de crianças entre 5 e 10 anos de idade acompanhadas pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

IMC X IDADE								
Região	Código UF	UF	Magreza acentuada		Magreza		Eutrofia	
			Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
SUL	42	SC	797	1.13%	1422	2.02%	45454	64.54%
TOTAL REGIAO SUL			3233	1.13%	5832	2.03%	180999	36.19%
TOTAL BRASIL			66653	2.4%	102870	3.71%	1839645	66.29%

Fonte: a-Gestor/MS, 2018

Quadro 64 B - Perfil nutricional de crianças entre 5 e 10 anos de idade acompanhadas pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

IMC X IDADE								
Região	Código UF	UF	Sobrepeso		Obesidade		Obesidade grave	
			Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
SUL	42	SC	12346	17.53%	6708	9.53%	3698	5.25%
TOTAL REGIAO SUL			50324	17.57%	28438	9.93%	17608	6.15%
TOTAL BRASIL			406764	14.66%	222188	8.01%	136860	4.93%

Fonte: a-Gestor/MS, 2018

Quadro 64 C – Total de crianças entre 5 e 10 anos de idade acompanhadas pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

Região	Código UF	UF	Total
SUL	42	SC	70425
TOTAL REGIÃO SUL			286425
TOTAL BRASIL			2774980

Fonte: a-Gestor/MS, 2018

Quadro 65 A - Perfil nutricional de adolescentes acompanhados pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

IMC X IDADE								
Região	Código UF	UF	Magreza acentuada		Magreza		Eutrofia	
			Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
SUL	42	SC	2701	1.07%	5401	2.15%	162377	64.58%
TOTAL REGIAO SUL			11533	1.19%	21060	2.17%	610586	62.9%
TOTAL BRASIL			224025	2.33%	342726	3.57%	6279009	65.43%

Fonte: a-Gestor/MS, 2018

Quadro 65 B - Perfil nutricional de adolescentes acompanhados pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

IMC X IDADE								
Região	Código UF	UF	Sobrepeso		Obesidade		Obesidade grave	
			Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
SUL	42	SC	47524	18.9%	23056	9.17%	10384	4.13%
TOTAL REGIAO SUL			186939	19.26%	92985	9.58%	47603	4.9%
TOTAL BRASIL			1582120	16.49%	739045	7.7%	429497	4.48%

Fonte: a-Gestor/MS, 2018

Quadro 65 C - Total de adolescentes acompanhados pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

Região	Código UF	UF	Total
SUL	42	SC	251443
TOTAL REGIÃO SUL			970706
TOTAL BRASIL			9596422

Fonte: e-Gestor/MS, 2018

Quadro 66 A - Perfil nutricional de adultos acompanhados pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

IMC X IDADE								
Região	Código UF	UF	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso	
			Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%

SUL	42	SC	6106	1.51%	120658	29.83%	140950	34.85%
TOTAL REGIAO SUL			18295	1.67%	318308	28.99%	373086	33.98%
TOTAL BRASIL			213817	2.57%	2876216	34.45%	2870937	34.45%

Fonte: e-Gestor/MS, 2018

Quadro 66 B - Perfil nutricional de adultos acompanhados pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

IMC X IDADE								
Região	Código UF	UF	Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III	
			Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
SUL	42	SC	85623	21.17%	34280	8.48%	16861	4.17%
TOTAL REGIAO SUL			238197	21.7%	99163	9.03%	50789	4.63%
TOTAL BRASIL			1548456	18.58%	563822	6.77%	259492	3.11%

Fonte: e-Gestor/MS, 2018

Quadro 66 C - Total de adultos acompanhados pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

IMC X IDADE			
Região	Código UF	UF	Total
SUL	42	SC	404478
TOTAL REGIÃO SUL			1097838
TOTAL BRASIL			8332740

Fonte: e-Gestor/MS, 2018

Quadro 67 - Perfil nutricional de idosos acompanhados pelo Sisvan em 2018 no estado de Santa Catarina

IMC X IDADE									Total
Região	Código UF	UF	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		
			Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUL	42	SC	13057	8.18%	51643	32.34%	95009	59.49%	159709
TOTAL REGIAO SUL			34172	8.68%	127338	32.35%	232108	58.97%	393618
TOTAL BRASIL			203753	11.98%	615485	36.18%	881979	51.84%	1701217

Fonte: a-Gestor/MS, 2018

O diagnóstico do estado nutricional dos catarinenses, avaliados em 2018, demonstra a ocorrência de sobrepeso e obesidade em todas as fases do ciclo de vida, evidenciando que os desafios para o enfrentamento da obesidade são inúmeros, a contar pela necessidade de compreensão dos múltiplos fatores determinantes da doença e sua complexa interação com os ambientes.

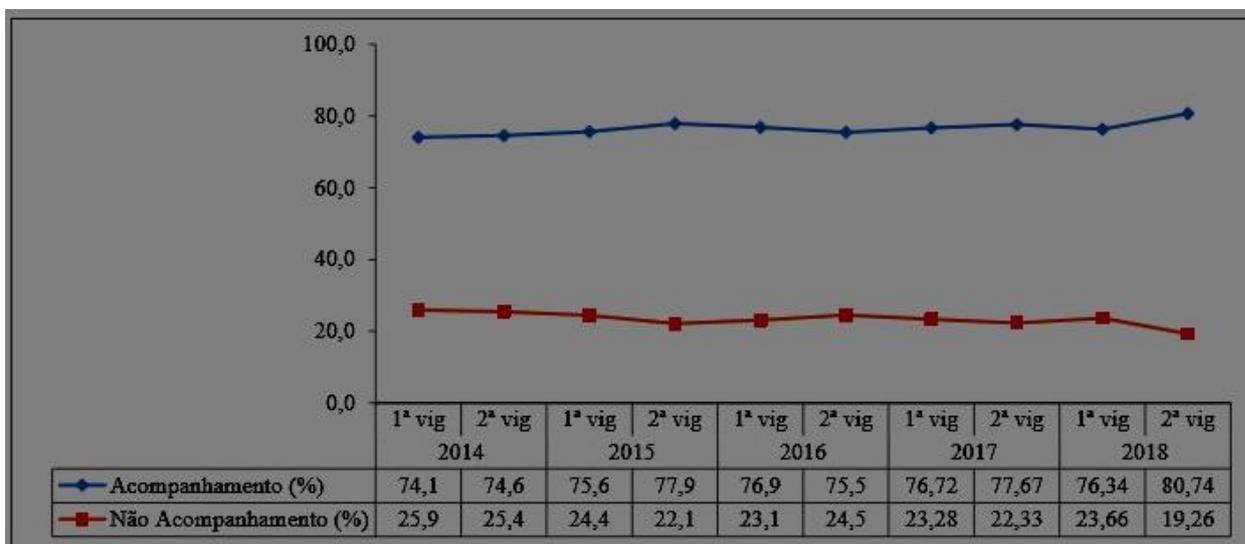
O excesso de peso acarreta ao indivíduo não somente fatores de risco para doenças crônicas, como também repercussões socioeconômicas pelo sofrimento psicológico, isolamento social, discriminação laboral e baixa autoestima. Torna-se necessário desenvolver métodos não só de tratamento, mas também de prevenção de tais doenças, aliando hábitos alimentares saudáveis, mudanças no estilo de vida, inclusão da prática diária de atividades físicas. Diante disso, a organização da Atenção Nutricional no SUS, implementada pelas Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, tem intensificado a oferta de ações de Alimentação e Nutrição que visam a prevenção do excesso de peso e de doenças associadas.

Como importante ação de promoção da alimentação saudável e prevenção de agravos, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é desenvolvida com foco nas crianças menores de dois anos (até 24 meses) e suas famílias. Tem o objetivo de formar tutores aptos a apoiar, fortalecer, planejar, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar nas Unidades Básicas de Saúde.

Em Santa Catarina, a ação foi iniciada em 2013 e até o ano de 2019 foram realizadas 7 oficinas, com um total de 153 tutores formados, 35 Unidades Básicas de Saúde com oficinas de trabalho, 681 profissionais da APS qualificados, 21 planos de ação e 33 municípios participantes.

Outra ação desenvolvida pelas equipes de saúde que são assessoradas, qualificadas e apoiadas pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde é o acompanhamento das condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) que compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização. O PBF tem como objetivos erradicar a extrema pobreza no país por meio da elevação da renda familiar *per capita*, da ampliação do acesso aos serviços públicos (saúde e educação) e da inclusão produtiva. Esse contexto potencializa o acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas equipes de saúde junto às famílias beneficiárias do programa: crianças menores de 7 anos e/ou gestantes com idade entre 14 e 44 anos nos municípios brasileiros (Figura 30).

Figura 30 - Percentual de acompanhamento e não acompanhamento das condicionalidades de saúde de famílias beneficiárias do PBF em SC, 2014 a 2018



Fonte: MINISTÉRIO da SAÚDE/DATASUS e DAB/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde.

Fonte: e-Gestor/MS, 2018

Ainda com vistas ao cuidado integral da população, a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde mostra que aproximadamente 20,9% das crianças apresentam anemia, e 17,4%, hipovitaminose A.

Apesar de todos os investimentos feitos na nutrição e saúde das gestantes e crianças brasileiras, a prevalência de anemia ainda é um grave problema de saúde pública no país. A suplementação com micronutrientes, a educação alimentar e nutricional e a fortificação de alimentos são reconhecidas como estratégias eficientes para prevenção da anemia e da hipovitaminose A.

Nacionalmente, o Programa Nacional de Suplementação do Ferro (PNSF) consiste na suplementação preventiva de ferro para crianças (0 a 06 meses), gestantes (a partir da 20ª semana) e mulheres no pós-parto e pós-aborto. Em 2013 o programa foi reformulado sendo descentralizada a aquisição dos suplementos para a esfera municipal, distrital e estadual (onde couber) através do recurso do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de acordo com a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Além disso, o sistema de gestão do PNSF foi encerrado para a inserção de dados, sendo orientado aos municípios a implantação do e-SUS Atenção Básica (Sistema de Informações da Atenção Básica – SISAB) e do Hórus (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica) para monitoramento do programa, além das ações

desenvolvidas pelas equipes de saúde no município para a prevenção e controle das carências nutricionais na auto avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ.É preconizada a suplementação com os suplementos e dosagens conforme Quadro 68 .

Quadro 68 - Suplementos e dosagens recomendadas pelo MS para a suplementação de Vitamina A

Público alvo:	Suplemento utilizado:	Dosagem:	Periodicidade:	Apresentação na RENAME *
Crianças 6-24 meses	Sulfato ferroso gotas 25 mg/mL	1 mg/Kg peso/dia	Diariamente	Solução oral 25mg/mL Fe++
Gestantes	Sulfato ferroso Ácido fólico	40 mg de ferro elementar 400mcg de ácido fólico	Diariamente	- Comprimido de 40mg FE++ - solução oral 0,2mg/mL de ácido fólico
Puérperas	Sulfato ferroso	40 mg de ferro elementar	Diariamente	- Comprimido de 40mg FE++

Fonte: manual de condutas do PNSF;
 *RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – 2014.
 Para maiores informações: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsf.php>

Com o objetivo de reduzir e controlar a deficiência de vitamina A, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) contribui com a redução de morbidades e da mortalidade infantil, mediante a suplementação de crianças de 6 a 59 meses de idade em 68 municípios catarinenses com baixo IDH. O quadro 69 A mostra a cobertura de suplementação de vitamina A em Santa Catarina.

Quadro 69 A - Cobertura de suplementação de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade, em Santa Catarina, Brasil (dezembro de 2018)

Cobertura de Suplementação de Vitamina A			
Região	100.000 UI	200.000 UI	200.000 UI
		1ª dose	2ª dose
	6 – 11 meses	12 – 59 meses	12 – 59 meses
SUL	%	%	%
TOTAL	56,64	51,05	41,39

Integrando as ações de prevenção, a Estratégia Nutrisus visa a fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (vitaminas e sais minerais) para crianças de 06 a 48 meses, matriculadas em creches que aderiram ao Programa Saúde na Escola. A fortificação visa potencializar o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle de deficiências nutricionais (quadro 69 B).

Quadro 69 B - Cobertura de crianças suplementadas no 2º ciclo de 2018 do NutriSUS e comparação com o 1º ciclo de 2018 (Brasil, 2019)

UF	Quantidade de Crianças Pactuadas (Meta)	Quantidade de Crianças Suplementadas (2º ciclo de 2018)	Cobertura (2º ciclo de 2018)	Cobertura (1º ciclo de 2018)	Varição de Cobertura entre o 1º e o 2º ciclo de 2018 (p.p.)
SC	6.996	6.771	96,78%	12,80%	83,98
BRASIL	303.268	171.670	56,61%	45,70%	10,91

A organização da Atenção Nutricional no SUS apoia os serviços de saúde que desenvolvem ações de prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição dos usuários do SUS.

O Programa Crescer Saudável consiste em um conjunto de ações implementadas no âmbito do Programa Saúde na Escola, com o objetivo de contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil. As ações que compõem o programa abrangem a vigilância nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, o incentivo às práticas corporais e de atividade física, e ações voltadas para oferta de cuidados para as crianças que apresentam obesidade.

Em 2019, 204 municípios catarinenses aderiram ao Crescer Saudável com o objetivo de fortalecer a integração das equipes de saúde com as escolas que deverão desenvolver ações para o enfrentamento da obesidade infantil.

A Linha de Cuidado do Portador com Sobrepeso e Obesidade de Santa Catarina foi aprovada sob a Resolução 086/CIB/2017 e tem o objetivo de estabelecer um pacto entre os diversos atores dos pontos de atendimento da Rede de Atenção à Saúde, definir os fluxos de referência e contra referência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS e buscar o cuidado integral desde a orientação e apoio à mudança de hábitos de vida até os critérios para a realização da cirurgia bariátrica.

O conjunto de ações, programas e estratégias oferecidos aos municípios catarinenses como forma de promoção e prevenção da saúde são referências mundiais

em alguns tratamentos, conquistam resultados positivos em termos de saúde pública e melhora da qualidade de vida da população.

Política das práticas integrativas e complementares para Atenção Primária à Saúde

As práticas integrativas em saúde foram institucionalizadas no SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006.

Uma das vantagens do uso das PICS na APS é a diminuição dos gastos com a saúde pública. Estudos em municípios catarinenses, apontando que o consumo de analgésicos tem sido reduzido com a utilização das práticas entre os usuários do SUS. A inserção das PICS nos serviços de APS, também, contribui para incentivo às ações intersetoriais, interdisciplinares e participativas entre saúde, educação, agricultura, comunidade nos municípios. Esta aproximação recíproca entre profissionais de diferentes áreas de conhecimento e comunidade com a inserção das PICS permite alianças, participação comunitária, educação em saúde e trabalhos em grupo. Além disso, fortalece uma rede de cuidado, que troca, conversa, interage e se apoiam de forma recíproca.

As PICS envolvem diferentes práticas de saúde importantes para estimular o autocuidado, a prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde por meio de ações eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico, na educação em saúde, promoção de saúde, no cuidado centrado na pessoa, humanizado e integral, bem como, na integração do cidadão com o meio ambiente e a comunidade.

O Estado de Santa Catarina incentiva a implementação das PICS no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na APS, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo para o aumento da resolutividade do sistema e ampliação de acesso.

São ofertadas em SC diferentes práticas entre elas: Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura, Auriculoterapia; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica, Arteterapia, Práticas expressivas e comunicativas, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação

familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais, Oficina de massagem/automassagem; Massoterapia.

A Diretoria de Atenção Primária à Saúde é a referência estadual em PICS que desenvolve ações de apoio institucional aos gestores e profissionais regionais e municipais de saúde para estimular a implantação, implementação, divulgação, avaliação e monitoramento das PICS, bem como, a parceria do Núcleo Telessaúde/SC para ações de educação permanente.

Em agosto de 2019, estão cadastrados 439 estabelecimentos de saúde catarinenses que informaram que ofertam serviços de práticas integrativas e complementares por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Linha de cuidado a violência

Por ser impossível cobrir ampla e adequadamente todos os tipos de violência em uma única LINHA DE CUIDADO, a área Técnica do Grupo de Trabalho de Enfrentamento à Violência (GT VIOLÊNCIA), optou por elaborar em prioridade, a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual.

A OMS define violência como o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outras pessoas, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A tipologia para classificação da violência se dá a partir de suas manifestações empíricas:

- violência dirigida contra si-mesmo (auto-infligida);
- violência interpessoal;
- violência coletiva.

A natureza da violência pode ser classificada em modalidades de expressão que também são denominadas abusos ou maus-tratos:

- física;
- psicológica;
- sexual.

A violência sexual é compreendida como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa, usando a coação (expressa muitas vezes

indiretamente através de aliciamento, convencimento por sedução, dentre outras formas de imposição do poder sobre o outro) praticada por qualquer pessoa, independentemente de suas relações, em qualquer cenário, inclusive na esfera privada, no âmbito das famílias, no domicílio e no trabalho, nas relações entre parceiros íntimos, familiares e amigos. Assim, a violência é uma questão social complexa que precisa ser vista e compreendida pelos diversos setores da sociedade, a fim de ultrapassar o âmbito privado domiciliar e o silêncio gerado pelo medo e vergonha de quem a sofre, para transformar-se em um problema enfrentado com políticas públicas efetivas (OMS,2002).

Uma vez que se caracteriza como agravo à saúde, a violência sexual afeta severamente a vida das pessoas, cabendo aos serviços de saúde assegurar um processo de atenção onde acesso e escuta ocupam lugar privilegiado, sustentado pelo olhar atento às singularidades, vulnerabilidades e fortalecendo vínculos entre usuários e as equipes de saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sustentada pelos fundamentos da saúde como direito, e da violência como uma das graves violações aos direitos humanos, avança à medida que consolida ações e diretrizes para a atenção às pessoas em situação de violência sexual enquanto Linha de Cuidado, assegurada como política de Estado.

Esta linha guia está voltada para a atenção às crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas, de diferentes níveis socioeconômicos, orientação sexual e identidade de gênero, onde os serviços de saúde tem papel fundamental em minimizar os danos e sequelas provocadas pela agressão sexual.

A organização dos serviços em rede e a divulgação desta para a comunidade, objetiva a redução dos encaminhamentos equivocados, o que resulta na diminuição do sofrimento e demora no atendimento, na realização da contracepção de emergência e na profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Seja qual for a porta de entrada para o atendimento, os procedimentos devem obedecer a uma mesma lógica e seguir orientações predefinidas.

A atenção às pessoas em situação de violência sexual exige disponibilização de recursos especializados em período integral, o que implica a articulação dos serviços localizados em cada município e nas regiões de saúde. Cada serviço é co-responsável pelo atendimento realizado, mesmo quando necessário o encaminhamento para outro

serviço (intra ou intersetorial), devem manter a continuidade do cuidado e a troca de informações pertinentes ao caso, viabilizando assim, a lógica do trabalho em Rede.

A construção de ações de enfrentamento à violência sexual enquanto Linha de Cuidado exige também articulação intersetorial, visando à construção de políticas públicas efetivas e integradas entre as Secretarias de Estado da Saúde, Assistência Social, Trabalho e Habitação, Educação, Segurança Pública, Secretarias Municipais de Saúde, instituições de prestação de serviços contratualizadas ao SUS e a sociedade civil organizada.

A violência sexual resulta em grande impacto na saúde física, psíquica e na vida produtiva da pessoa agredida e demais membros da família, produzindo vulnerabilidades e insegurança. As pessoas agredidas vivenciam situações de medo, pânico, fragilidades emocionais e perda da autonomia. Pode ainda estar associada com traumatismos físicos, gravidez indesejada, aborto, complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis, transtornos de estresse pós-traumático e complicações relacionadas à gravidez, como o aborto espontâneo, o trabalho de parto prematuro e o baixo peso ao nascer.

É importante destacar que, segundo dados da Secretaria de Segurança Pública, o Estado de Santa Catarina teve a segunda maior taxa de estupro do país, com 57,0 agressões para cada 100 mil mulheres em 2017. A taxa nacional de estupros é de 29,4 por cada 100 mil mulheres. Com relação a tentativa de estupro, a taxa nacional é de 2,9 para cada 100 mil mulheres, Santa Catarina ocupa o primeiro lugar no *ranking* nacional, com 10,8 tentativas de estupro para cada 100 mil mulheres.

Na área da saúde, os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual são de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pelos profissionais de saúde da rede pública e privada; sendo que, desde 2003 (Lei nº 10.778/2003) são de notificação imediata.

De acordo com os dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, nos anos de 2010 a 2015, foram notificados 5.103 casos de violência sexual, o que equivale a 10% do total de 51.933 casos de todos os tipos de violência notificados no mesmo período. Em relação à violência sexual, 4.628 dos casos foram de pessoas do sexo feminino e 777 do sexo masculino, atingindo predominantemente o sexo feminino de 10 a 14 anos, seguidas das crianças de 5 a 9 anos de idade. Contudo, nem todos os casos são

notificados, o que gera a subnotificação, ou seja, algumas pessoas procuram apenas os serviços de segurança pública e outras não buscam nenhum tipo de atendimento.

Faz-se necessário uma rede estruturada e organizada para a atenção em tempo oportuno, em até 72 horas da agressão, para as vítimas de violência sexual, reduzindo os danos causados pela agressão. Em Santa Catarina temos alguns serviços que vem prestando atenção nesta área, mas, ainda não temos rede regionalizada organizada em todas as regiões do Estado. Esta rede de atenção demanda ação intersetorial em especial entre saúde, segurança pública, assistência social e também conselho tutelar e Ministério Público. Trabalhar com a população para intervir diminuindo os atos violentos e em especial as agressões sexuais demanda também ação intersetorial em especial envolvendo a educação e os meios de comunicação.

1.3 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A gestão do trabalho parte da premissa de que o trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do Sistema Único de Saúde, no qual o trabalhador da saúde é reconhecido como agente transformador e não apenas como recurso humano. O trabalhador é peça fundamental no processo de contínua melhoria dos serviços prestados à população, impactando diretamente na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e na melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos.

O quadro atual de servidores ativos da SES, segundo dados de maio de 2019, registrou 4.314 servidores efetivos, 1.268 contratados, distribuídos nas unidades da SES (regionais de saúde, hospitais, órgãos de apoio). Totalizam 3.679 com escolaridade de ensino superior, 1.903 com escolaridade de nível médio e formação de nível fundamental. O último concurso público para servidor estadual da saúde foi realizado no ano de 2012. A partir desta data o preenchimento das demandas por servidores se deu por processo seletivo. Esta forma de contratação gera dificuldades com relação a continuidade dos serviços, tendo em vista que o profissional pode permanecer no cargo por um ano, prorrogável por mais um ano. Discutir e implementar modelo que possibilite ampliar a permanência dos profissionais nas funções é importante para a qualificação dos serviços.

Muitas vezes não olhamos com a devida atenção as ausências de funcionários e somos surpreendidos com os números, necessitando reorganizar os serviços e os

processos de trabalho em função da falta de membros da equipe. Conforme Jordão (2017), as ausências indicam problemas relacionados às condições de saúde do trabalhador, a sobrecarga do fluxo de serviço, atividades repetitivas e monótonas, sobrecarga por ausência de membro da equipe e acidente de trabalho e, ainda, a insatisfação dos trabalhadores com as condições de trabalho. Diante do índice de absenteísmo as consequências para a secretaria não são pequenas, pois gera atrasos no andamento dos trabalhos, sobrecarga aos servidores que estão presentes, afeta significativamente a produtividade e diminui a qualidade dos serviços prestados. Na área da saúde e ação social classificada pelo Ministério do Trabalho e Emprego a taxa de absenteísmo aceitável é de 8,3%. Quando avaliamos a taxa de absenteísmo da SES que é de 7,28%, percebe-se que está dentro do aceitável, mas deve-se ter o cuidado e um olhar especial para este dado. O quadro 70 mostra o total de trabalhadores segundo forma de contratação e a média de dias de afastamento, bem com a proporção de absenteísmo. O quadro 71 mostra o total de trabalhadores de acordo com as ocupações e proporção de absenteísmo.

Quadro 70 - Número de trabalhadores lotados nas Unidades Administrativas da SES, segundo categoria de contratação e proporção de absenteísmo, em Dezembro/2018

GRUPO	AFAST	QUADRO	ABSENTEÍSMO
ACT			
DEMAIS UNIDADES	8	189	4,06
HOSPITAIS	54	1.585	3,38
ACT total	61	1.774	3,45
Estatutário			
DEMAIS UNIDADES	38	585	6,54
HOSPITAIS	460	5.331	8,63
Estatutário Total	498	5.916	8,42

Total geral	560	7.690	7,28
--------------------	------------	--------------	-------------

Fonte: SES/GENOP

Quadro 71 - Número de trabalhadores lotados nas Unidades Administrativas da SES, segundo categoria de contratação e proporção de absenteísmo, em Dezembro/2018

COMPETÊNCIA	AFASTADOS	QUADRO	ABSENTEÍSMO
ACT			
DEMAIS UNIDADES			
ENFERMEIRO	1	32	1,98
MÉDICO	5	126	4,18
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	2	31	5,70
HOSPITAIS			
ENFERMEIRO	8	213	3,55
MÉDICO	19	702	2,67
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	27	670	4,07
ACT Total	61	1.774	3,45
Estatutário			
DEMAIS UNIDADES			
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	2	18	9,81
ENFERMEIRO	11	122	8,91
MÉDICO	1	49	2,93
TÉCNICO EM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	19	336	5,53
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	6	60	9,33
HOSPITAIS			
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	77	644	11,96

ENFERMEIRO	46	672	6,88
MÉDICO	24	1.098	2,19
TÉCNICO EM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	33	492	6,70
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	280	2.425	11,54
Estatutário Total	498	5.916	8,42
Total geral	560	7.690	7,28

Fonte: SES/GENOP

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, sendo o ensino continuado. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que permitem gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe.

Neste sentido, a SES, por meio da DEPS, instituiu a Escola de Saúde Pública Prof. Osvaldo de Oliveira Maciel - ESP e a Escola de Formação em Saúde – EFOS.

A ESP tem como objetivo promover a Educação Permanente (EP) dos trabalhadores do SUS, visando à produção do conhecimento e ao aprimoramento do sistema, contribuindo para a efetivação do direito à saúde dos cidadãos. Possui como eixos norteadores a (o): Gestão do Trabalho no SUS; Atenção na Saúde; Controle Social; Vigilância em saúde e Humanização como Política Transversal.

A EFOS possui como propósito ofertar cursos de formação de nível médio, especialização técnica nível médio e qualificações de acordo com as necessidades do SUS no Estado de Santa Catarina, a serem desenvolvidos prioritariamente em serviço.

A Escola de Saúde Pública Prof. Osvaldo de Oliveira Maciel (ESP/SES/SC) foi concretizada a partir da Reforma Administrativa do Estado, a qual culminou na Lei Complementar (LC) nº 284 de 2005, estabelecendo, por sua vez, o modelo de gestão para a administração pública estadual e estrutura organizacional do Poder Executivo. A partir das definições da legislação, a ESP/SES/SC iniciou a construção de seu Plano Político Pedagógico (PPP). Após, o processo foi encaminhado para o Conselho Estadual

de Educação (CEE), solicitando o credenciamento da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Em 2006, a ESP/DEPS/SES foi credenciada pelo CEE para ofertar cursos de pós-graduação *lato sensu*. No mesmo ano, por meio do Projeto de Lei nº 0200.7 da Assembleia Legislativa, recebeu a denominação de “Escola de Saúde Pública Prof. Osvaldo de Oliveira Maciel” e em 2016 obteve a renovação de credenciamento pelo CEE - Resolução Nº 101/CEE/2016.

Na sua trajetória, até julho de 2018, já formou 574 alunos. Desde a sua criação, a ESP/SES/SC obteve, junto ao CEE, autorização para dez projetos de cursos de pós-graduação *lato sensu*.

Entre os cursos de pós-graduação *lato sensu* já realizados estão o de Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde (GERUS); Saúde do Trabalhador; Saúde Pública; Gestão da Informação; Saúde Mental e Atenção Psicossocial; Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Contudo, entre os autorizados pelo CEE para execução estão os cursos de pós-graduação *lato sensu* Redes de Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde; Dependência Química e Regulação e Controle, Avaliação e Auditoria dos Sistemas de Saúde.

Atualmente, encontra-se em execução o curso de pós-graduação *lato sensu* em Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que teve início em agosto de 2018 e previsão de término para setembro de 2019. Este é desenvolvido em parceria com a Universidade do Sul de Santa Catarina por meio de recurso oriundos de contrapartida dos estágios nas unidades da rede SES/SC.

Há previsão, para agosto de 2019, da operacionalização do curso de pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública, com apoio da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública (RedEscola) e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ/MS), articulando-se à implementação do projeto “A Nova Formação em Saúde Pública na Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública: uma abordagem interprofissional”. A proposta é de formação de sanitaristas, fundamentada na reflexão interdisciplinar e crítica acerca das práticas de gestão e de atenção nos serviços do SUS, em suas múltiplas dimensões e interfaces, na produção de conhecimento técnico e científico que contribua para a consolidação de um sistema de saúde público, universal, integral e equânime.

Além de cursos de pós-graduação, a Escola oferta formação em conjunto com outros setores da SES. Em projeto encontram-se os cursos de Preceptoria, Formação de Conselheiros de Saúde, Formação/intervenção em Educação Permanente e Humanização e Sistema de Protocolo Eletrônico (SGPe) para implementação em 2019.

A ESP/SES/SC apoia o desenvolvimento das ações nos Núcleos de Segurança do Paciente (NUSEPS) por meio do Comitê de Segurança do Paciente (COSEP) (Portaria – 764 de 21/09/2016), desenvolvendo ferramentas que garantam a qualidade dos serviços nas unidades de saúde da rede própria da SES/SC.

Além disso, participa do grupo de apoio às Organizações Não Governamentais (ONGs) com o objetivo de instrumentalizar o setor em projetos para ações de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis; compõe a Comissão de Relatoria das Conferências de Saúde e temáticas como forma de potencializar este instrumento de escuta do controle social e, conseqüentemente o alinhamento das ofertas de educação permanente em saúde às reais necessidades da população e coordena o Colegiado de Humanização – Política Nacional de Humanização, que tem como finalidade a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização nas unidades de saúde do Estado de Santa Catarina.

A Escola também está desenvolvendo grupos de estudos programados acerca de EPS que visam aprimorar a qualificação dos profissionais da ESP/SES/SC e organizando o 1º Encontro das Escolas de Saúde Pública da Região Sul, com o objetivo de fortalecer ações das escolas de governo da região Sul.

A reestruturação física e funcional da ESP/SES/SC articula ações necessárias ao aprimoramento do PPP; a implementação da Comissão Própria de Avaliação; a organização do Regimento Interno e do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), bem como, o acompanhamento e avaliação de egressos visando à retroalimentação do processo; publicação anual de três números da Revista de Saúde Pública de SC e sua indexação; e, a organização e manutenção do Museu de Saúde Pública. No intuito de ofertar continuamente à seleção, organização, recuperação e disseminação das informações em saúde pública produzidas no SUS.

A EFOS foi instituída em 09 de julho de 1993, sob a Lei Complementar nº 091/93, e já formou em seus mais de vinte e cinco anos, quarenta mil trabalhadores do SUS. É parte integrante da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET/SUS), sendo está uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho

Nacional de Secretários de Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, para facilitar a articulação entre as 41 Escolas Técnicas do SUS e fortalecer a Educação Profissional em Saúde.

A EFOS oferece cursos reconhecidos pelo CEE/SC, destinados aos profissionais trabalhadores do SUS, com escolaridade de ensino fundamental e médio, a serem realizados na sua grande maioria em serviço. Para a execução dos cursos de formação e qualificação, a EFOS busca o apoio das instituições de saúde do Estado, como as Agências de Desenvolvimento Regional de Saúde das Secretarias de Desenvolvimento Regional, Comissão Permanente de Integração de Ensino em Serviço Estadual (CIES/Estadual), Comissão Permanente de Integração Ensino em Serviço Regional (CIES/Regional), Comissão Intergestores Regionais e dos municípios envolvidos no processo de ensino-aprendizagem do trabalhador em saúde (quadro 72).

Quadro 72 - Cursos realizados e concluídos pela EFOS até o momento

CURSOS	ALUNOS (número)
AUXILIAR EM ENFERMAGEM	2.955
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	3.845
TÉCNICO EM ENFERMAGEM – COMPLEMENTAÇÃO	535
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	497
TÉCNICO EM VIGILÂNCIA E SAÚDE	116
TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	17
ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA EM NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE DO IDOSO	67
ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE MENTAL	132
ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	101
APERFEIÇOAMENTO EM SAÚDE DO IDOSO	96
APERFEIÇOAMENTO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	300
APERFEIÇOAMENTO EM SAÚDE MENTAL	75
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	8.437

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (40h)	330
AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E AGENTES QUE ATUAM EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	111
CAPACITAÇÕES	20.321
TOTAL	37.935

Fonte: SES/DEPS

No ano de 2019, estão em andamento os seguintes cursos promovidos pela EFOS (tabela 1):

Tabela 1 - Cursos promovidos pela EFOS

Cursos	Turma	Alunos (número)	Início	Previsão de término
Técnico em Enfermagem	EFOS IX	37	Out./2018	Dez./2020
	Sede			
Especialização Técnica em Urgência e Emergência	Canelinha	36	Abr./2019	Jul./2021
	EFOS VI	22	Set./2018	Out./2019
Auxiliar em Saúde Bucal	Sede			
	São João Batista	05	Mar./2019	Dez./2019

Fonte: Secretaria Escolar EFOS

Como desafio para as Escolas da SES está na integração das ações e o desenvolvimento de formações para atender as necessidades das demais áreas de saúde do Estado. Entre elas já elencadas as necessidades de formação na área de gestão pública, regulação, controle avaliação, auditoria, qualificação da atenção primária à saúde, da urgência e emergência e planejamento em saúde.

Outra ação de formação para os servidores da SES está sendo desenvolvida pela DEPS, a formação dos novos servidores por meio de cursos em plataforma *on line* com apoio do Telessaúde/UFSC. Esta formação engloba os conteúdos da estrutura da SES

Saúde e da organização do Sistema Único de Saúde, além do papel e responsabilidades do servidor. Está prevista para iniciar no segundo semestre de 2019.

Ainda na DEPS está a responsabilidade pelo acompanhamento dos estágios realizados pelas instituições de ensino nas Unidades da Secretaria de Estado da Saúde. Estes estágios estão normatizados por portaria e a contrapartida destes custeia ações de educação permanente nas Unidades da SES. Temos em 2019 Cooperação Técnica com 42 Instituições de Ensino (5 públicas e 37 privadas/comunitárias), sendo 30 de Ensino Superior e 12 de cursos técnicos. Assim como o acompanhamento dos Estágios remunerados do Programa Novos Valores, regulamentado pelo Decreto nº 781 de 25/01/2012 e 782 (fixa valores) de Santa Catarina que oportuniza experiências profissionais no SUS aos estudantes de ensino médio, superior, profissionalizante, de educação especial ou de jovens e adultos.

A DEPS também é responsável pelas residências em saúde (Médica Hospitalar e em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional) sob a ótica das necessidades do SUS e tendo como cenário a atenção primária, média e alta complexidade. De maneira simplificada, o quadro das residências é o que segue:

- ✓ Coordenação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade: 33 municípios com 28 residentes;
- ✓ Comissão Central de Residências Médicas: 13 hospitais, 460 médicos residentes, 1.247 preceptores e 40 especialidades médicas;
- ✓ Coordenação das Residências Multiprofissionais em Saúde: 03 hospitais, 45 residentes. Áreas: enfermagem, nutrição, farmácia, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia.

O grande desafio do setor é expandir o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade para mais municípios catarinenses a fim de motivar e fixar o médico especialista em atenção primária no interior. Também a implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família proporcionando o aprendizado em equipe na atenção primária à saúde.

O Programa Mais Médicos, coordenado pela DEPS em cooperação com os entes federativos e instituições de educação superior, no âmbito de sua competência, para execução do Projeto, está fundamentado pelas diretrizes pedagógicas da EPS, com o objetivo de atender a população nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Atualmente, das 568 vagas ativas no Estado possuímos 427 vagas ocupadas. No momento atual

estamos tentando alteração do perfil dos municípios na planilha de monitoramento do Ministério da Saúde, condensando as informações dos municípios (áreas de vulnerabilidade, indígenas, quilombolas, baixo IDH e com altas taxas de incidência de agravos de origem infecciosa e condições sensíveis) e tentando estruturar estratégias para garantir a saúde em sua integralidade, equidade e universalidade. O Ministério da Saúde já sinalizou que o Programa Mais Médicos vai ser alterado estando em construção um novo programa de provimento para a atenção primária à saúde no país. Este é um ponto importante que precisa ser garantido pelo governo federal e caso não seja suficiente para a cobertura das equipes de saúde da família do Estado se fará necessário a construção de um programa de apoio ao provimento de profissionais de nível superior para as equipes de atenção primária à saúde pelo Estado.

Dentre as ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), foram instituídas 16 Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES), abrangendo todas as Macrorregiões de saúde. Os mesmos elaboraram os Planos Regionais de EPS/2019 a 2022, e posteriormente foi elaborado o Estadual, sendo identificado as seguintes necessidades: capacitar profissionais da atenção básica, rede cegonha, urgência e emergência, sigilo profissional, vigilâncias, atenção aos crônicos, pessoa com deficiência, atenção psicossocial, humanização, práticas integrativas e complementares, capacitação para conselheiros de saúde, auditoria, planejamento e gestão do SUS, sistemas de informação, controle e avaliação, saúde do trabalhador, capacitação com dinâmicas de grupo, instrumentos de gestão, protocolos de atendimento, capacitação motivacional, relações humanas, capacitação odontológica, alocação e aplicação de recursos do SUS e abordagem geral do SUS. Também apareceram alguns cursos de especialização: especialização técnica em saúde mental, especialização técnica em urgência e emergência e técnico de vigilância em saúde. No âmbito da educação permanente em saúde a demanda é pela institucionalização deste processo no âmbito da SES sob a coordenação da diretoria de educação permanente em saúde. Ainda também a estruturação das escolas enquanto áreas físicas na parte de biblioteca e laboratório de práticas que incluem também equipamentos.

1.3.1 Ciência, Tecnologia e Inovação

Ainda dentro da Diretoria de Educação Permanente em Saúde está a Divisão de Ciência e Tecnologia que tem como objetivo primordial desenvolver ações de orientação, financiamento, produção, incorporação de tecnologias que contribuam para a resolução dos problemas de saúde da população catarinense.

Entre as suas competências está o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da SES que tem como objetivo pronunciar-se na defesa dos interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa em saúde em Santa Catarina e região, respeitados os padrões éticos estabelecidos nas diretrizes internacionais (Declaração de Helsinque adotada em 1964 e suas versões de 1975, 1983, 1989 e 2000; Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e nacionais (Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde).

Quanto a publicações de artigos científicos e de experiências em saúde, a DEPS tem sob sua responsabilidade a publicação da Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, que envolve artigos científicos. A Diretoria de Atenção Primária à Saúde tem sob sua responsabilidade a publicação da revista de Saúde da Família, que envolve a publicação de experiências das equipes de saúde em atenção primária. As duas diretorias têm tido dificuldades em manter os periódicos tendo em vista a falta de recursos para a editoração das publicações. Este é um ponto que precisa ser aprimorado, ou com recursos alocados ou com profissionais que possam executar as ações para garantir a manutenção destes periódicos e possível indexação em bases de dados.

Apesar da Secretaria de Estado ter no seu quadro especialistas, mestres e doutores ainda não está implementada a prática de saúde baseada em evidências. Esta é uma importante ação a ser desenvolvida junto à DEPS com a criação de um Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde a fim de instrumentalizar tanto a gestão quanto a assistência com as melhores evidências já publicadas. Em 2019 a proposta é buscar apoio do Ministério da Saúde para implementar este Núcleo. Salientamos que a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) em nível Brasil foi criada pela Portaria nº 2.915 de 12 de dezembro de 2011 tendo como objetivo estabelecer um elo entre pesquisa, política e gestão, fornecendo subsídios para decisões de

incorporação, monitoramento e abandono de tecnologias. A SES já faz parte das instituições membros da REBRATS. No entanto, até o momento só executa ações atreladas ao fomento de pesquisas científicas necessitando de maior aporte para as demais áreas supracitadas.

Entre as ações de fomento há a gestão do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS): Gestão Compartilhada em Saúde. Trata-se de um programa coordenado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina (FAPESC) e a Secretaria de Estado da Saúde. O PPSUS foi idealizado com o propósito de contribuir para a redução das desigualdades regionais no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde. Por meio do Programa pretende-se também contribuir para a estratégia de sustentação e fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde, definida na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, através do incremento das parcerias entre instituições públicas para fomento à pesquisa em saúde e do desenvolvimento da capacidade de gestão de Ciência e Tecnologia nos Estados. O Estado de Santa Catarina fomenta os projetos de pesquisa necessários à compreensão ou solução de problemas prioritários de saúde no Estado que engloba a operacionalização do PPSUS.

1.4 GESTÃO EM SAÚDE

1.4.1 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde (VS) é definida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. Objetiva o planejamento, implementação de medidas de políticas públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como, a promoção da saúde.

Na evolução histórica da vigilância a busca pela integralidade de atenção à saúde, através da integração da VS e à atenção básica é ainda um desafio a ser superado. A descentralização que ocorreu de forma desigual entre a assistência e a vigilância, geraram defasagem na ampliação da capacidade de resposta no campo da promoção, vigilância, controle de doenças e resposta às emergências em saúde pública. Diante dos

progressos ocorridos no repasse de recursos financeiros fundo a fundo, a pressão da mídia e da população para ampliação do acesso aos serviços de média e alta complexidade, os gastos com as ações de VS ficam muitas vezes aquém das necessidades reais. A ampliação dos objetos de estudo e intervenção da VS, no decorrer dos anos vêm ampliando, aumentando a capacidade de predição, intervenção e integração entre as diversas áreas da vigilância.

O fortalecimento do diálogo entre gestão e equipes de Atenção Básica e da Vigilância em Saúde é condição fundamental para a construção da integralidade do cuidado sob a lógica das redes de atenção à saúde. Para que haja uma efetiva integração das ações, os profissionais necessitam trabalhar com a lógica de risco, utilizando a epidemiologia como ferramenta para mapear vulnerabilidades do território. A adoção de medidas de prevenção e controle das doenças e agravos, bem como, riscos decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde são as estratégias utilizadas para o enfrentamento dos problemas e eleição de prioridades.

1.4.2 Atenção Primária à Saúde

Internacionalmente a Atenção Primária à Saúde (APS) é tida como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

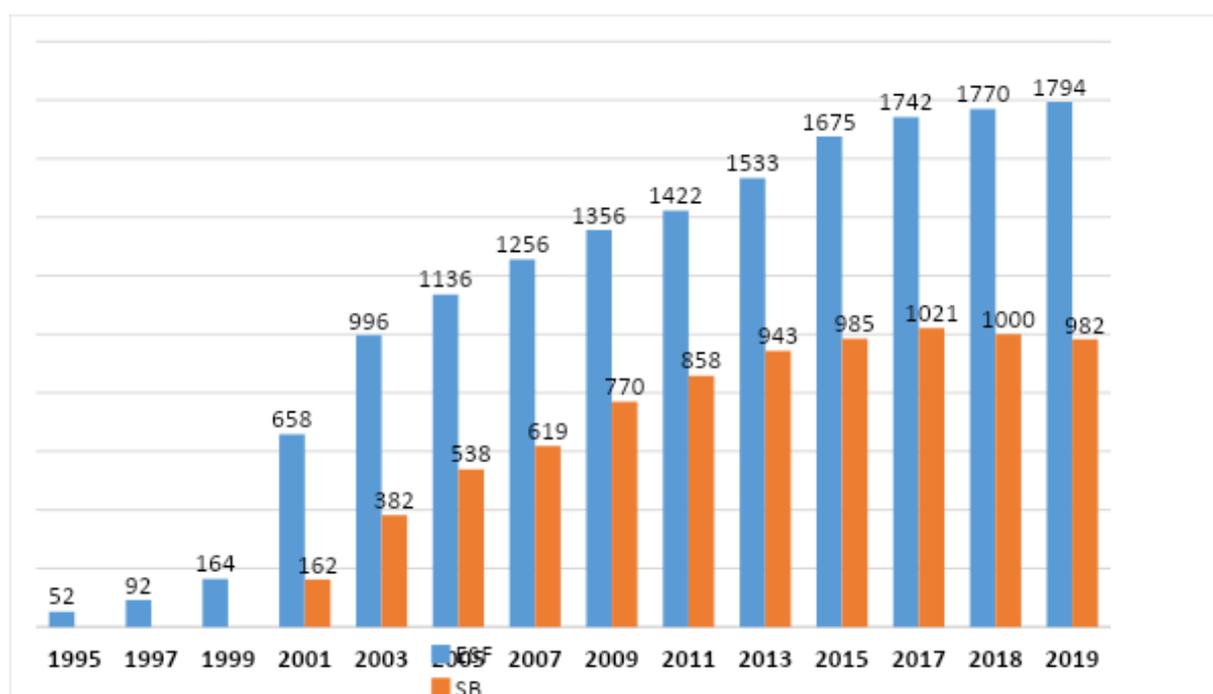
No Brasil, desde 1994, a Estratégia Saúde da Família é escolhida como reordenadora do modelo assistencial, consolidando-se como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado, firmando-se como fundamental na estruturação das Redes de Atenção à Saúde. A ESF busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social, e constitui importante pilar para a ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde.

Uma APS forte é aquela que conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS) acessíveis aos cidadãos que precisam de atendimento; que oferece um conjunto amplo e atualizado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; que está preparada para lidar com os problemas de saúde mais prevalentes da população sob sua responsabilidade;

e também está apta a coordenar o cuidado dos usuários que precisem ser encaminhados para outros níveis de atenção do sistema de saúde.

A SES vem apostando na mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de toda a Rede de Atenção à Saúde para o entendimento ampliado e atendimento das necessidades de saúde da população, valorizando a expansão da APS como porta preferencial de acesso facilitado, como observa-se na evolução do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) e da Saúde Bucal (eSB) no período de 1995 a 2019, conforme figura 31.

Figura 31 - Evolução do número de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal. Santa Catarina, 1995 a maio/20019



Fonte: APS/MS

Neste sentido, para que os atributos da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, centralidade na família e orientação familiar) sejam efetivados na prática, é de competência das Secretarias Estaduais de Saúde “a elaboração de estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no

Estado, de forma complementar às existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitadas as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria”

Os gestores em todos os níveis (municipal, estadual e federal) devem ter em mente que a correta e plena ampliação da cobertura, implementação de serviços de APS implica na redução de internações hospitalares, mortalidade infantil, morte prematuras por causas evitáveis, anos produtivos de vida perdido por causas evitáveis e busca por serviços de urgência e emergência, constituindo não só um direito de todo cidadão catarinense, mas ainda estratégia humanitária de prestação de serviços.

O Estado tem uma cobertura populacional estimada na Atenção Básica (AB) de 89,36% e de cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal Atenção Básica (SB AB) de 58,08% com 9.203 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 300 Núcleos Ampliados a Saúde da Família (NASF- AB) conforme Quadro 73.

Quadro 73 - Nº de equipes e cobertura populacional de ESF e equivalentes, Saúde Bucal e equivalentes, ACS e equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família

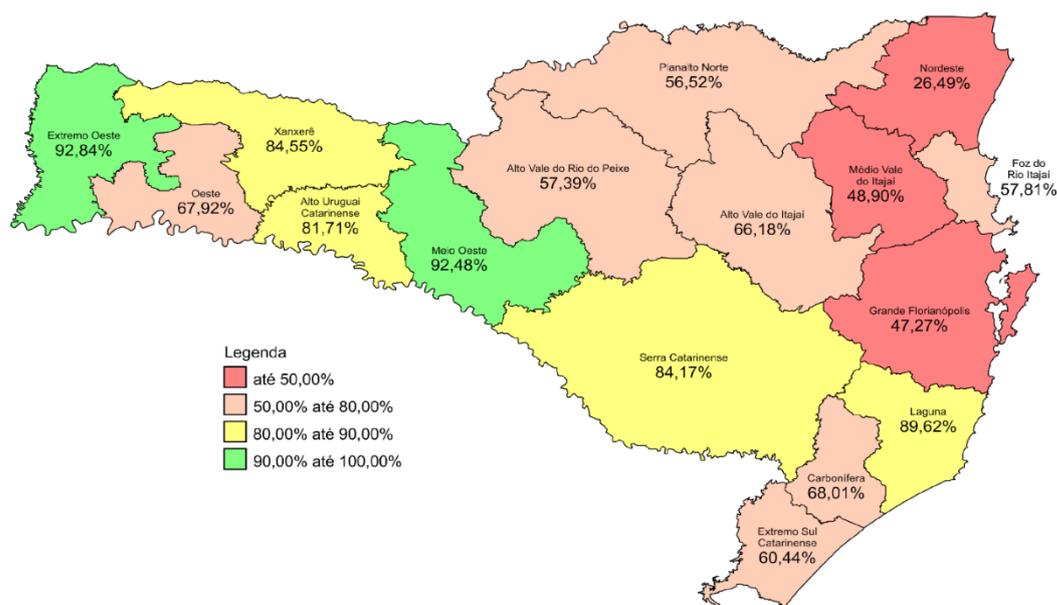
Região de Saúde	População	Nº equipes (eSF + eAB + equipes parametrizadas)	Cobertura AB	Nº equipes (eSB + eAB + equipes parametrizadas)	Cobertura SB AB	Nº de ACS	Nº de equipes de NASF-AB
Extremo Oeste	231.848	86	98,38%	71	92,84%	531	30
Oeste	360.933	111	96,37%	68	67,92%	646	28
Xanxerê	200.114	69	96,65%	49	84,55%	364	20
Alto Vale do Itajaí	295.201	99	96,22%	54	66,18%	558	27
Foz do Rio Itajaí	698.912	161	90,84%	83	57,81%	753	13
Médio Vale do Itajaí	782.458	180	93,16%	88	48,90%	728	14
Grande Florianópolis	1.189.947	283	90,21%	111	47,27%	1.173	42
Meio Oeste	191.303	58	95,22%	50	92,48%	292	16
Alto Vale do Rio do Peixe	293.133	71	84,79%	37	57,39%	387	15
Alto Uruguai Catarinense	143.337	38	92,55%	30	81,71%	208	11
Nordeste	1.023.135	207	79,65%	50	26,49%	866	10
Planalto Norte	376.993	90	84,34%	50	56,52%	469	9
Serra Catarinense	288.479	75	88,79%	65	84,17%	553	10
Extremo Sul Catarinense	200.339	52	84,94%	36	60,44%	288	13
Carbonífera	433.675	113	86,57%	76	68,01%	637	15
Laguna	365.687	120	98,54%	100	89,62%	750	19
Santa Catarina	7.075.494	1.812	89,73%	1.017	58,05%	9.203	300

Fonte: e-Gestor Atenção Básica (mai/2019), DAB/MS (mai/2019)

A cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica por Região de Saúde (Figura 32) indica que em algumas Regiões a cobertura é inferior a 60%, mostrando que é necessária a ampliação de equipes de saúde bucal para melhor atendimento da população.

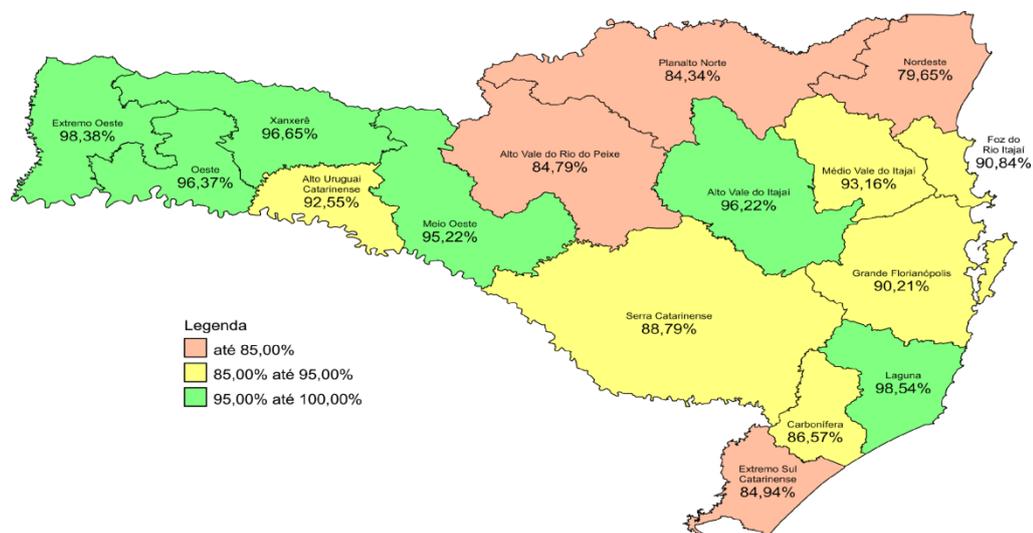
Ao analisar a cobertura populacional estimada na Atenção Básica (composta pelas equipes de saúde da família, equipes parametrizadas e equipes de atenção básica) por Região de Saúde (Figura 31), verifica-se que a menor cobertura está em 79,65%, o que nos mostra uma boa cobertura populacional para atenção primária, o desafio é manter a cobertura estadual próxima ou acima de 90%.

Figura 32 - Mapa de cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal Atenção Básica por Região de Saúde, maio de 2019, Santa Catarina



Fonte: e-Gestor Atenção Básica (mai/2019)

Figura 33 - Mapa de cobertura populacional estimada na Atenção Básica (AB) por Região de Saúde, maio de 2019, SC



Fonte: e-Gestor Atenção Básica (mai/2019)

Em Santa Catarina, a implantação de equipes de saúde bucal iniciou em 2001 com 162 e atualmente apresenta 1037 equipes, com cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal Atenção Básica de 58,05% (2019).

A saúde bucal se organiza em rede de atendimento, com base na Política Nacional de Saúde Bucal publicada em 2004 pelo Ministério da Saúde, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD) e Atendimento Odontológico em ambiente hospitalar para pessoas com necessidades especiais.

No Estado, em 2019, encontra-se em funcionamento 49 CEO, 30 aderiram à Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPD) e 135 LRPD, em fase de implantação, 3 CEO e 29 LRPD. Com fluxo regulamentado para o atendimento odontológico hospitalar às pessoas com necessidades especiais, 8 hospitais (Quadro 74 e 75)

Quadro 74 - Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em SC de 2004 a 2019

Ano	Quantidade de CEO
2004	03

2010	38
2012	39
2014	43
2015	45
2016	47
2019*	49

Fonte: e-Gestor/MS. *Julho/2019

Quadro 75 - Distribuição dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias em SC de 2004 a 2019

Ano	Quantidade de LRPD
2010	17
2011	22
2013	88
2015	102
2017	126
2018	135
2019*	135

Fonte: e-Gestor/MS

*Julho/2019

Há necessidade de acompanhamento dos indicadores da saúde bucal na atenção básica, porém persiste a dificuldade em se obter os dados da produção no e-SUS, impedindo a realização do monitoramento e avaliação sistemática. Tendo em vista fatores como alteração do Programa Mais Médicos pelo Ministério da Saúde e a limitação de contratação de profissionais pelos municípios sob a alegação do limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Além disso um outro grande desafio é ampliar o acesso e a qualidade da atenção prestada garantindo a resolutividade proposta para este nível de atenção. Para tal faz-se necessário investimento em formação de profissionais tanto a nível de especialização, residência e em aperfeiçoamento com a implementação de protocolos de atendimento baseados em evidências.

Para ampliar acesso é essencial diversificar e qualificar as formas de comunicação dos usuários com a equipe de saúde, com prioridade para o uso do telefone celular da equipe e correio eletrônico, que devem se transformar em recursos cotidianos

de atendimentos, agendamentos e orientações para usuários e profissionais. Como prioridade é necessário diminuir a rigidez das agendas, tornando-as mais flexíveis, ampliando o acesso e procurando “fazer o serviço de hoje, hoje”.

O acesso com qualidade é uma das prioridades da SES para a APS, compreendendo que essa busca da qualidade possui duas dimensões: uma interna, que diz respeito à ampliação do conhecimento e da qualidade do processo de trabalho das equipes multidisciplinares e da gestão – e outra externa, que fala da inserção da APS na rede de atenção para promover a integralidade do cuidado e garantir o melhor resultado para a saúde da população.

A SES vem promovendo em parceria com os municípios e governo federal, a organização da APS ao longo dos anos. No Estado algumas estratégias foram realizadas:

- a) incentivo financeiro estadual ao fortalecimento da atenção básica, incluindo as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) microrregionais;
- b) criação de prêmios aos municípios e às equipes da Saúde da Família visando estimular a avaliação do processo de trabalho e produção (divulgação) dos trabalhos desenvolvidos dos resultados alcançados;
- c) realização de encontros macrorregionais/regionais e Estadual da Saúde da Família;
- d) realização do monitoramento geral das equipes da Estratégia Saúde da Família;
- e) avaliação da atenção primária à saúde, em parceria com Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com o Núcleo de Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS/UFSC), em 2004 e 2015.

Em 2007, em parceria com o CONASS foram realizadas oficinas de planificação da APS nas Macrorregiões Norte e Nordeste.

Em 2009 e 2010 foram realizados cursos presenciais (Curso Introdutório) para as equipes de saúde da família nas Regiões do Meio Oeste, Oeste e Alto Vale do Rio do Peixe numa parceria entre os municípios e o Estado.

Em 2015 e 2016 foram realizadas oficinas de capacitação para as equipes de ESF (Curso Introdutório) nas Regiões do Planalto Norte, Planalto Nordeste, Serra Catarinense, Alto Vale do Itajaí e Sul Catarinense.

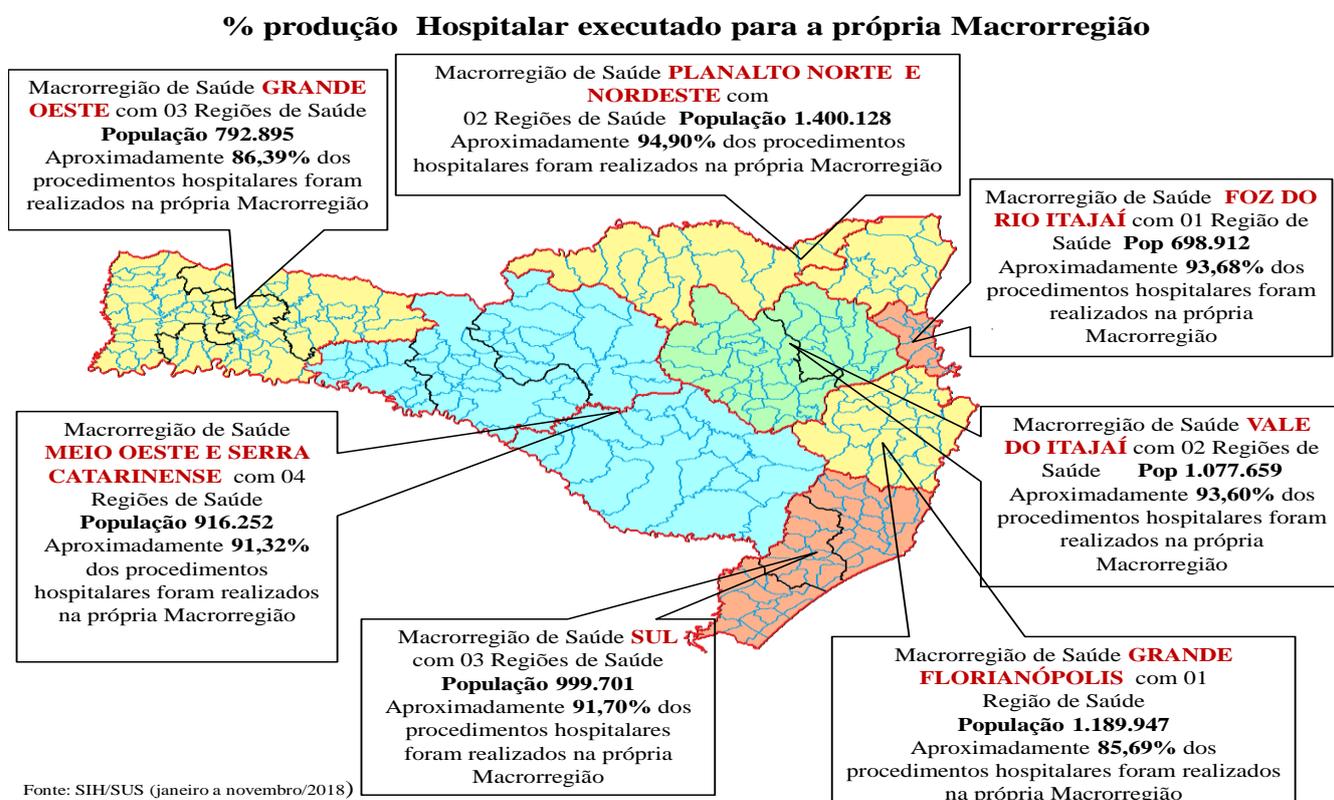
1.4.3 Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar

1.4.3.1 Instituições Assistenciais Hospitalares

O Estado conta com 195 unidades hospitalares, que prestam atendimento, sendo 13 unidades hospitalares com gestão estadual (próprios do Estado), 07 com gestão por Organizações Social, 63 gestão municipal e 82 unidades privadas com ou sem fins lucrativos. Dos leitos disponíveis 72% são SUS (10.897) e 28% não SUS (4.123), totalizando 15.020 leitos. As unidades hospitalares próprias do Estado não tem até o momento contrato de gestão. Os que estão na gestão estadual estão contratualizados.

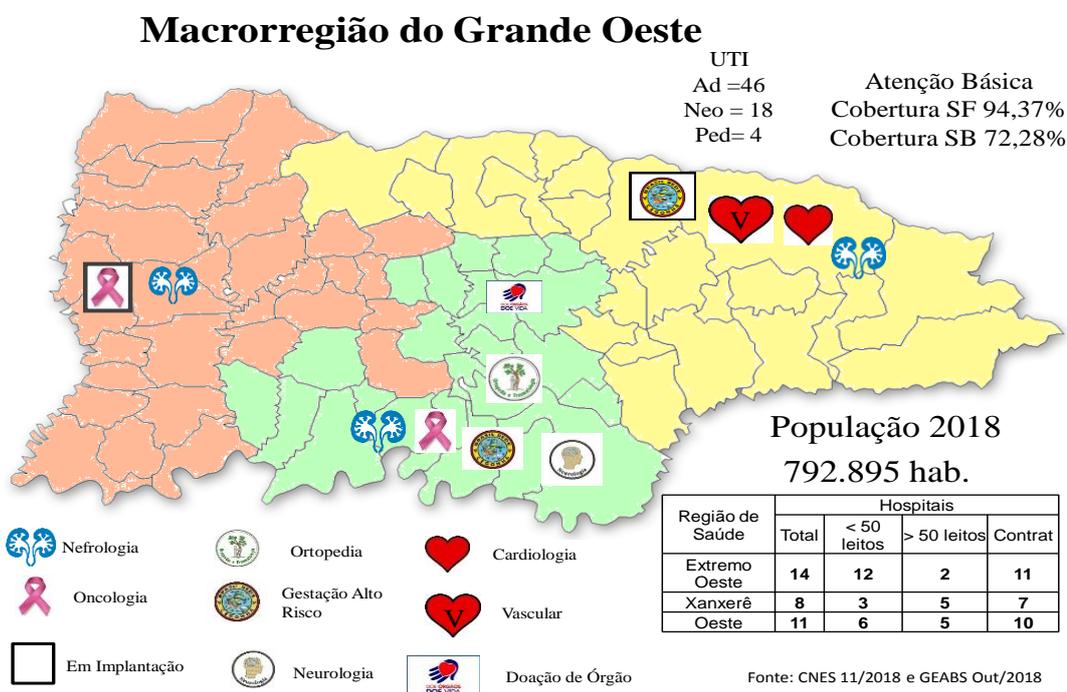
Na análise da regionalização dos atendimentos de saúde da média e alta complexidade observa-se que as 7 Macrorregiões tiveram uma média de 91,04 % produção hospitalar executada dentro da própria macrorregião (figura 34). Aproximadamente 40% das internações hospitalares no SUS/SC são por condições que poderiam ser evitadas com uma APS efetiva e oportuna.

Figura 34 - Distribuição por Macrorregião da produção hospitalar, de acordo com a população em 2018



Os mapas apresentados a seguir mostram a capacidade instalada de Atenção à Saúde nas Macrorregiões do Estado e as possibilidades de novas habilitações. A primeira Macrorregião apresentada é do Grande Oeste na figura 35 e quadro 76 e as demais Macrorregiões na Figura 35 até 41 e Quadro 77 a 82.

Figura 35 - Capacidade instalada de Atenção à Saúde na Macrorregião do Grande Oeste



Quadro 76 - Habilitações nos Hospitais da Macrorregião do Grande Oeste

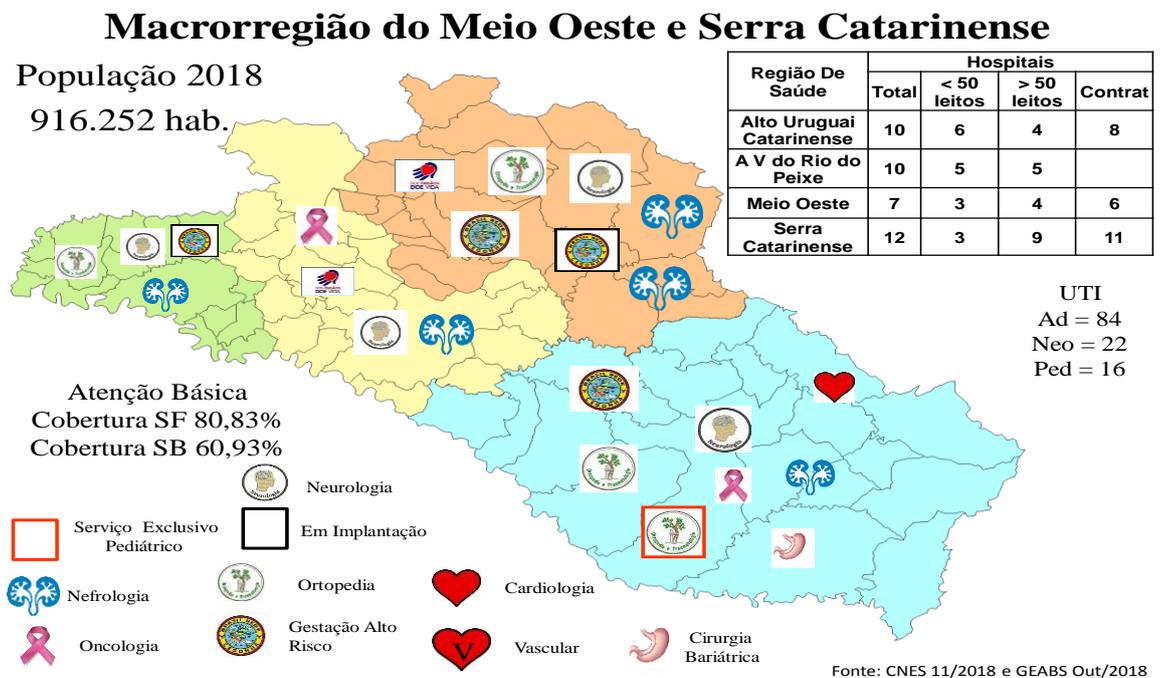
2411393 Hospital Regional São Paulo ASSEC - Xanxerê	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	0805 Cirurgia Vascular
	0807 Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular
2537788 Hospital Regional do Oeste - Chapecó	1401 Referência Hospitalar em Atendimento Secundário a Gestação de Alto Risco
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1707 Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) com Serviço de Radioterapia
	1708 UNACON com Serviço de Hematologia
	1717 Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia

As possíveis habilitações em serviços e procedimentos para os hospitais da Macrorregião do Grande Oeste compreendem:

- ✓ Cardiologia pediátrica;
- ✓ Cirurgia vascular e procedimentos endovasculares;
- ✓ Gestação de alto risco;

- ✓ Banco de leite;
- ✓ Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa),
- ✓ Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo);
- ✓ Ampliação da UTI Neonatal
- ✓ Oncologia pediátrica;
- ✓ Nefrologia;
- ✓ Implantação de Unidade de Assistência (alta complexidade) obesidade grave;
- ✓ Unidade de queimados.

Figura 36 - Capacidade instalada de Atenção à Saúde na Macrorregião do Meio Oeste e Serra Catarinense



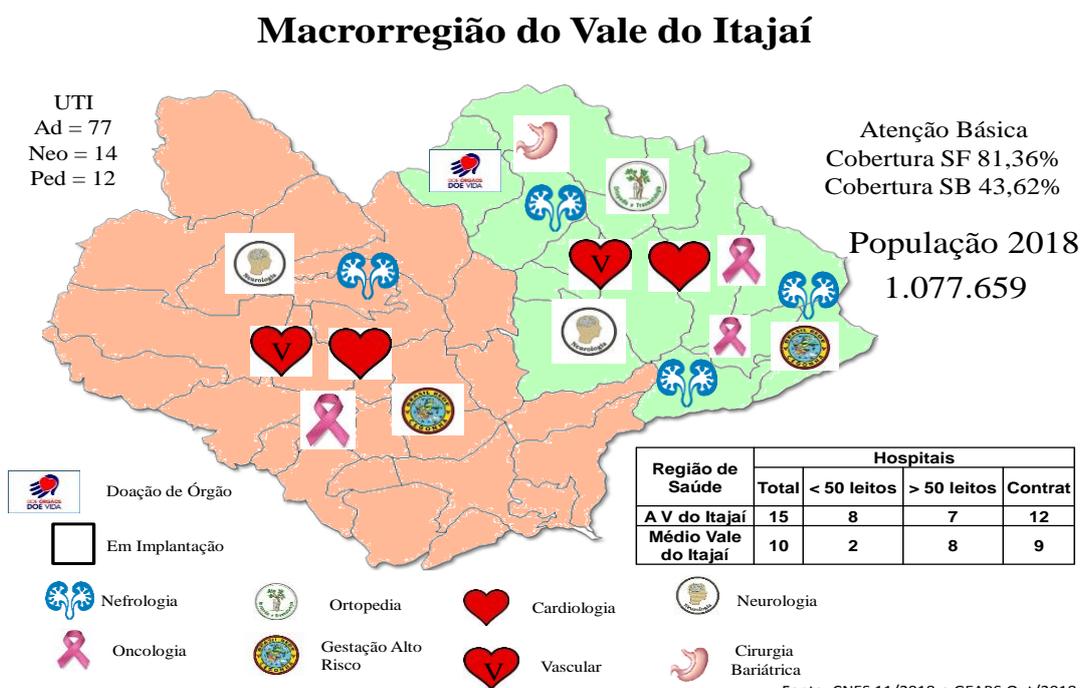
Quadro 77 - Habilitações nos Hospitais da Macrorregião Meio Oeste e Serra Catarinense

2303892 Hospital São Francisco - Concórdia	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia
2560771 Hospital Universitário Santa Terezinha - Joaçaba	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1706 UNACON
	1718 Oncologia Cirúrgica Hospital Porte B
2301830 Hospital Maicê - Caçador	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia
2302101 Hospital Helio Anjos ORTIZ -	1414 Atenção Hospitalar de Referência à Gestaçã o de Alto risco
	1415 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
2504316 Hospital Nossa Senhora dos Prazeres - Lages	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1617 Centro de atendimento de Urgência tipo III aos Pacientes
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia
2504332 Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos - Lages	0202 Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave
	1414 Atenção Hospitalar de Referência à Gestaçã o de Alto Risco
	1706 UNACON
	1707 UNACON Com Serviço de Radioterapia
2662914 Hospital Infantil Seara do Bem - Lages	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia

As possíveis habilitações em serviços e procedimentos para os hospitais da Macrorregião do Meio Oeste e Serra Catarinense compreendem:

- ✓ Oftalmologia;
- ✓ Alta complexidade cardiovascular;
- ✓ Centro de parto;
- ✓ UCINCa;
- ✓ UCINCo;
- ✓ Gestação de alto risco.

Figura 37 - Capacidade instalada de Atenção à Saúde na Macrorregião do Vale do Itajaí



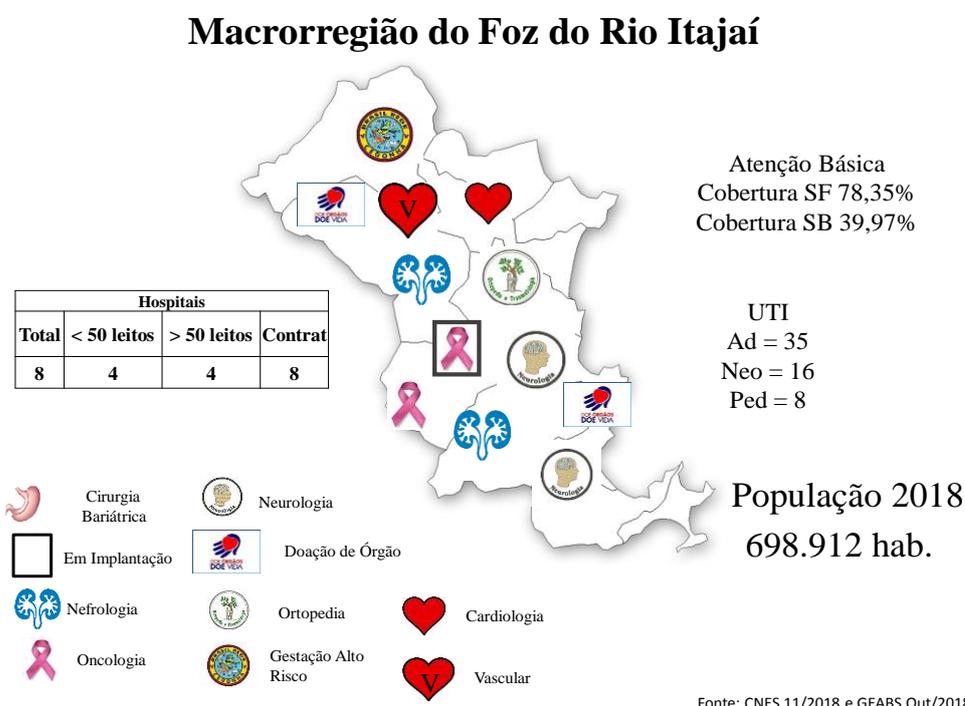
Quadro 78 - Habilitações nos Hospitais da Macrorregião do Vale do Itajaí

2558246 Hospital Santa Isabel - Blumenau	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	0805 Cirurgia Vascular
	0806 Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1617 Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC
	1707 UNACON com Serviço de Radioterapia
2558254 Hospital Santo Antônio - Blumenau	0202 Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave
	1414 Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II
	1706 UNACON
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
2568713 Hospital Regional Alto Vale - Rio do Sul	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	0805 Cirurgia Vascular
	1414 Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1706 UNACON

As possíveis habilita es em serviços e procedimentos para os hospitais da Macrorregião do Vale do Itajaí compreendem:

- ✓ Oftalmologia;
- ✓ Serviço de Radioterapia;
- ✓ UCINCa,
- ✓ UCINCo.

Figura 38 - Capacidade instalada de Atenção à Saúde na Macrorregião do Foz do Rio Itajaí



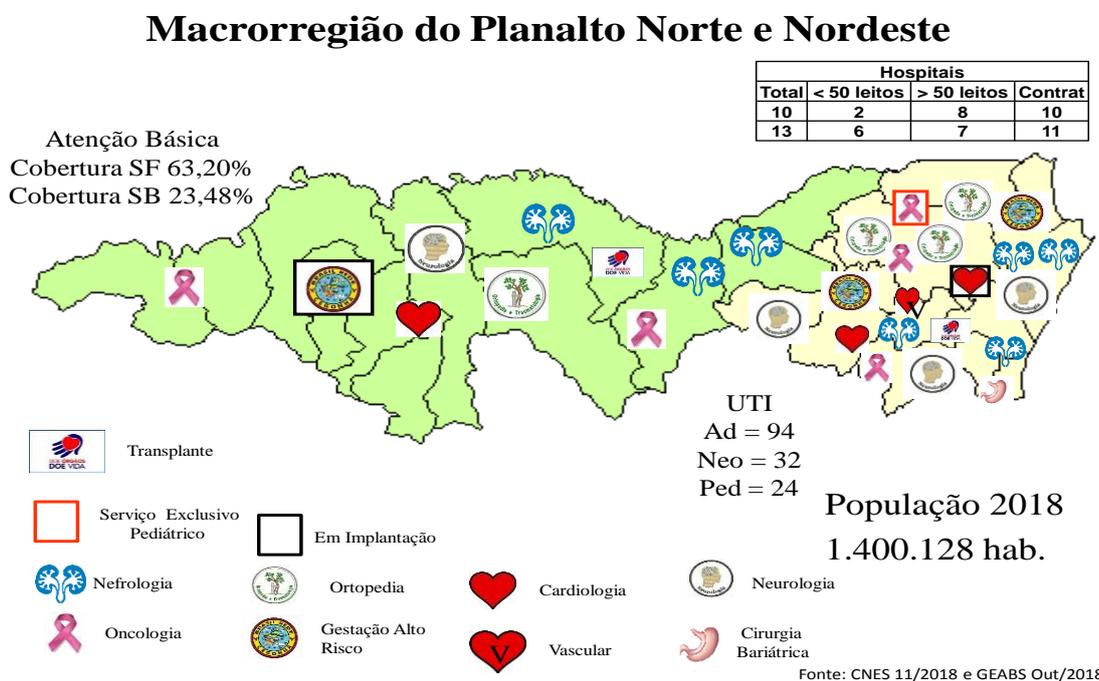
Quadro 79 - Habilitações nos Hospitais da Macrorregião Foz do Rio Itajaí

2522691 Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	0805 Cirurgia Vascular
	0806 Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos
	0807 Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista
	1414 Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1706 UNACON
	1718 Oncologia Cirúrgica Hospital Porte B
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia

As possíveis habilitações em serviços e procedimentos para os hospitais da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí compreendem:

- ✓ Oftalmologia;
- ✓ UCINCa,
- ✓ UCINCo;
- ✓ Centro de Parto.

Figura 39 - Capacidade instalada de Atenção à Saúde na Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste



Quadro 80 - Habilitações nos Hospitais da Macrorregião Planalto Norte e Nordeste

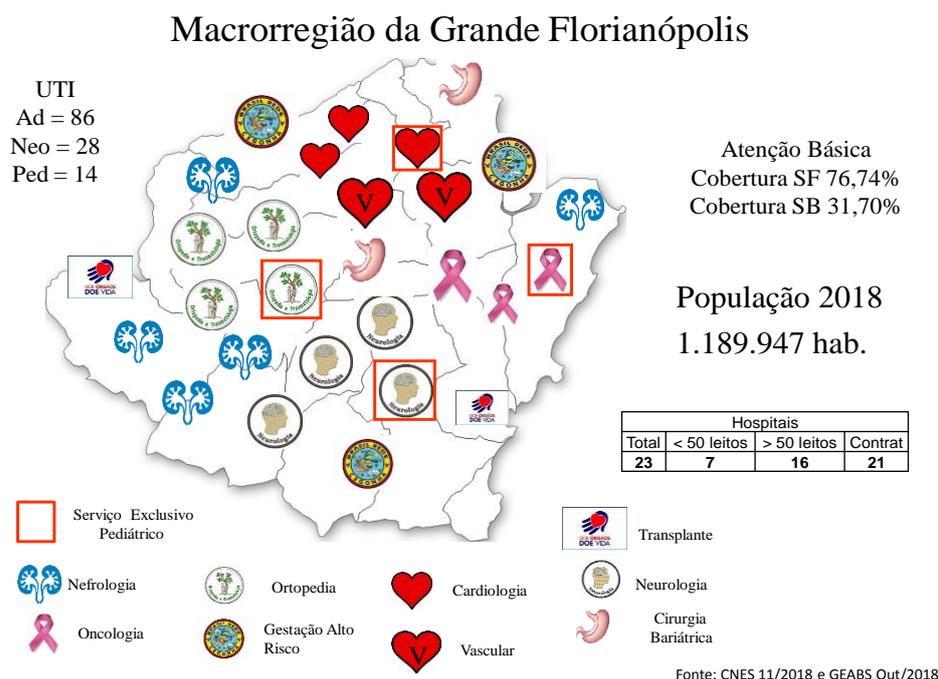
2436469 Hospital Municipal São José - Joinville	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1617 Centro de atendimento de Urgência tipo III aos Paciente
	1712 CACON
	1717 Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
2436450 Hospital Regional Hans Dieter Schmidt - Joinville	0202 Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave
	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	0805 Cirurgia Vascular
	0806 Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos
6048692 Hospital Materno Infantil Dr Jeser Amarante Faria - Joinville	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0804 Cirurgia Cardiovascular Pediátrica
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1711 UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
2379333 Hospital São Vicente de Paulo - Mafra	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1616 Centro de atendimento de Urgência tipo II aos Paciente
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
2306336 Hospital São José - Jaraguá do Sul	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1617 Centro de atendimento de Urgência tipo III aos Paciente
	1707 UNACON com Serviço de Radioterapia
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
2436477 Maternidade de Darcy Vargas - Joinville	1401 Referência Hospitalar em Atendimento Secundário a Gestação de Alto Risco
2306344 Hospital e Maternidade de Jaraguá - Jaraguá do Sul	1413 Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco
2521792 Hospital e Maternidade de Sagrada Família - São Bento do Sul	1706 UNACON

2543044 Hospital De Caridade São Braz - Porto União	1706 UNACON
Maternida de Dona Catarina Kuss - Mafra	UTI Neonatal

As possíveis habilitações em serviços e procedimentos para os hospitais da Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste compreendem:

- ✓ UCINCa,
- ✓ UCINCo.

Figura 40 - Capacidade instalada de Atenção à Saúde na Macrorregião da Grande Florianópolis



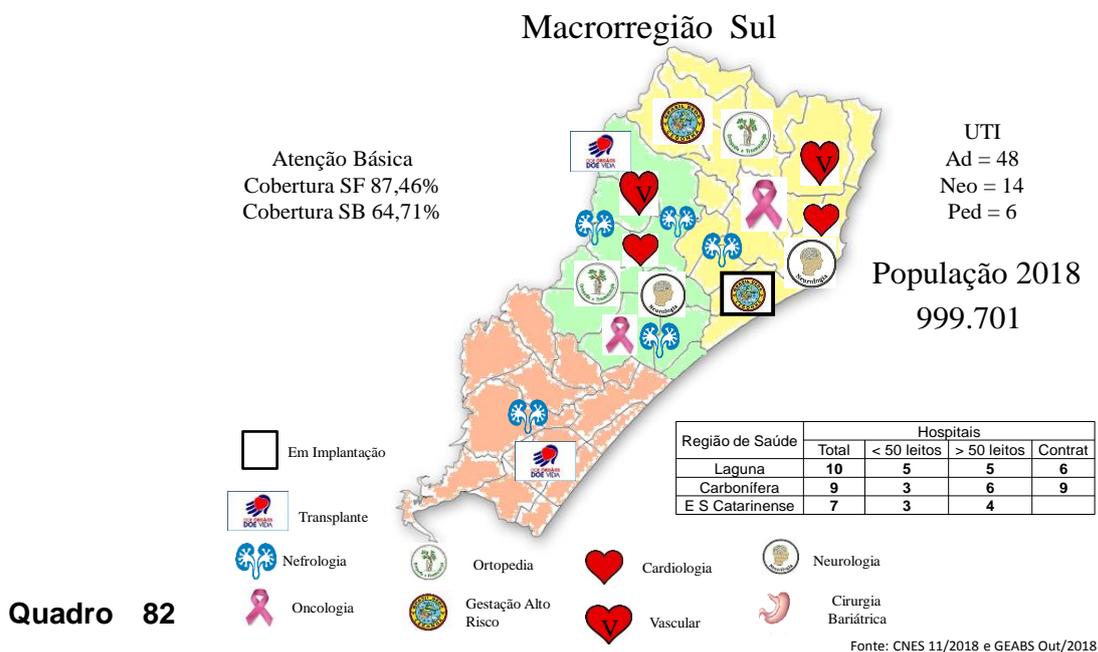
Quadro 81 - Habilitações nos Hospitais da Macrorregião da Grande Florianópolis

2691868 Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0804 Cirurgia Cardiovascular Pediátrica
	1406 Centro de Referência em Triagem Neonatal /Acompanhamento e Tratamento - Doenças Falciformes e Outras hemoglobinopatias
	1407 Centro de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento - Fibrose Cística
	1408 Triagem Neonatal Fase IV
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1711 UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
3157245 Hospital Universitário - Florianópolis	0202 Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave
	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0805 Cirurgia Vascular
	0806 Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos
	1414 Atenção Hospitalar de Referência À GestaçãO de Alto Risco Tipo II
	1708 UNACON com Serviço de Hematologia
2691841 Hospital Governador Celso Ramos - Florianópolis	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1710 UNACON Exclusiva de Hematologia
	1714 Hospital Geral com Cirurgia Oncológica
	1718 Oncologia Cirúrgica Hospital Porte B
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
2302969 ICSC - São José	0802 Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	0805 Cirurgia Vascular
	0806 Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos
	0807 Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista
2555646 Hospital Regional de São José DR Homero Miranda Gomes - São José	0202 Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave
	1413 Atenção Hospitalar de Referência à GestaçãO de Alto Risco Tipo I
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia

0019402 Imperial Hospital de Caridade - Florianópolis	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	1704 Serviço Isolado de Radioterapia
0019283 Maternidade Carmela Dutra - Florianópolis	1402 Referência Hospitalar em atendimento à Gestação de Alto Risco Tipo II
	1714 Hospital Geral com Cirurgia Oncológica
0019445 CEPON - Florianópolis	1715 Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar
	1716 Serviço De Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar
0019305 Hospital Florianópolis - Florianópolis	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia

A Macrorregião da Grande Florianópolis não tem previsão de habilitações.

Figura 41 - Capacidade instalada de Atenção à Saúde na Macrorregião Sul



Habilitações nos Hospitais da Macrorregião Sul

2491710 Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	0805 Cirurgia Vascular
	1401 Referência Hospitalar em Atendimento Secundário a Gestação de Alto Risco
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1706 UNACON
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia
2758164 Hospital São José - Criciúma	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	0805 Cirurgia Vascular
	0806 Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia

1707 UNACON com Serviço de Radioterapia
1708 UNACON com Serviço de Hematologia
1718 Oncologia Cirúrgica Hospital Porte B
2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia

As possíveis habilitações em serviços e procedimentos para os hospitais da Macrorregião Sul compreendem:

- ✓ Gestação de alto risco;
- ✓ Centro de Parto Normal;
- ✓ UCINCa,
- ✓ UCINCo;
- ✓ Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

1.4.3.2 Capacidade Instalada de Leitos Hospitalares SUS

A Portaria GM/MS nº 1.631/2015 estabelece os parâmetros para as áreas de Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria Clínica, Pediatria Cirúrgica, Adulto Clínica 15 a 59 anos, Adulto Clínica 60 anos e mais, Adulto Cirúrgica 15 a 59 anos e Adulto Cirúrgica de 60 anos e mais. A Portaria atual recomenda que a necessidade de leitos seja calculada em quatro cenários com valores progressivos, de forma a situar a realidade em relação aos leitos do Estado.

Os leitos de internação são as camas destinadas à internação de um paciente no hospital, excluindo-se os leitos complementares (UTI e Unidades Intermediárias), os leitos de observação e dos leitos da categoria hospital dia.

A análise da capacidade instalada de leitos por Macrorregiões de Saúde deve considerar a proporção de leitos localizados em hospitais com menos de 50 leitos, representando 61,7% no Estado (quadro 83). Esta avaliação é necessária tendo em vista que os hospitais de pequeno porte podem apresentar baixa resolutividade nas internações e na taxa de ocupação.

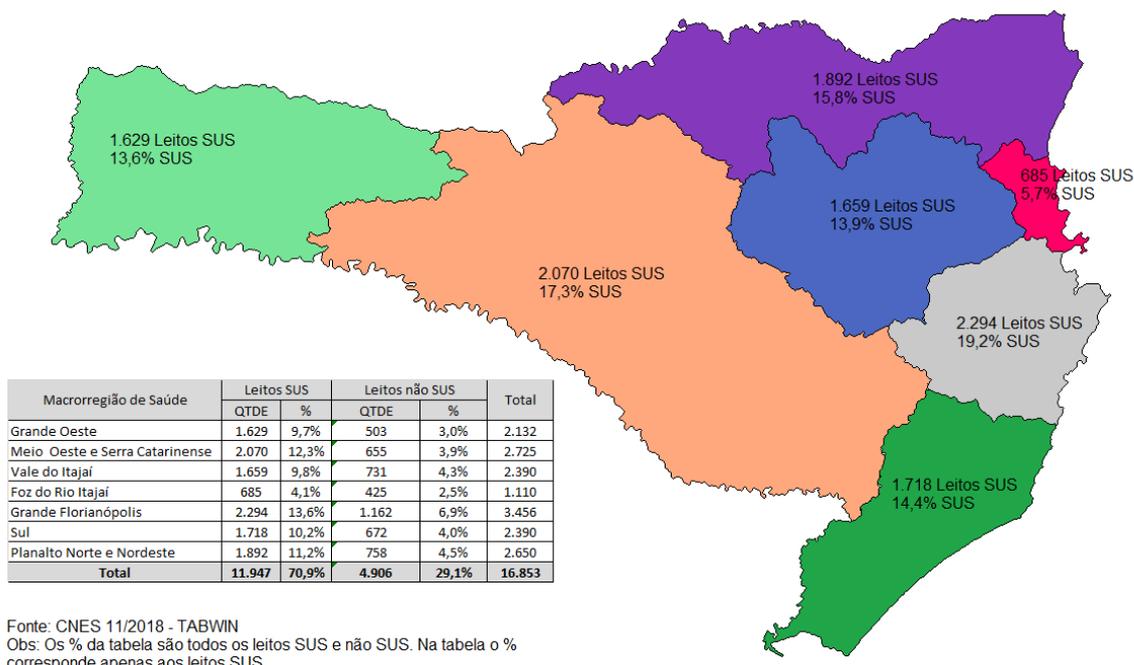
Quadro 83 - Relação de hospitais por leito nas Macrorregiões em 2018, SC

Macrorregião de Saúde	Até 50	51 a 100	101 a 200	>200	TOTAL	% da Rede
Grande Oeste	28	4	1	1	34	18,9
Meio Oeste e Serra Catarinense	24	6	7	0	37	20,6
Vale do Itajaí	14	7	3	1	25	13,9
Foz do Rio Itajaí	5	1	1	1	8	4,4
Grande Florianópolis	13	4	8	2	27	15,00
Sul	14	5	3	2	24	13,3
Planalto Norte e Nordeste	17	4	4	0	25	13,9
TOTAL DE UNIDADES	111	32	28	9	180	100,00
% por Quantidade de Leitos	61,7	17,8	15,5	5,00	100,00	

Fonte: CNES/2018

O mapa abaixo mostra a proporção de leitos SUS ofertados por Macrorregiões do Estado (Figura 42).

Figura 42 - Mapa com a distribuição dos leitos hospitalares SUS por Macrorregião, SC, 2018



Observa-se que as Macrorregiões que possuem a menor proporção de leitos SUS são: Foz do Rio Itajaí (5,7%), Grande Oeste (13,6%) e Vale do Itajaí (13,9%).

As informações referentes aos leitos existentes são atualizadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e com isto sofrem variações na medida em que os serviços e procedimentos são habilitados. Na tabela 2 apresenta a distribuição dos leitos existentes no Estado (SUS e não SUS), dados atualizados em julho/2019.

Tabela 2 - Distribuição dos leitos existentes por categoria, SC, 2019

Descrição	Leito não		Total
	Leito SUS	SUS	
Pediátrico			
Clínico	799	240	1039
Cirúrgico	113	46	159
Total	912	286	1198

Obstétricos			
Clínico	631	219	850
Cirúrgico	562	250	812
Total	1193	469	1662
Clínicos Adultos			
Clínicos	4585	1466	6051
Cirúrgicos Adultos			
Cirúrgicos	3043	1462	4505
Outras Especialidades			
Crônicos	210	13	223
Psiquiatria	867	410	1277
Reabilitação	48	16	64
Pneumologia Sanitária	29	1	30
Acolhimento Noturno	10	0	10
Total	1164	440	1604
Total Geral	10897	4123	15020

Fonte: CNES, Jul/2019

1.4.3.3 Média e Alta Complexidade

O Estado tem serviços prestados no âmbito da média e alta complexidade em todas as regiões de saúde. No âmbito da média complexidade não está elaborada uma proposta de linha de cuidado que envolva este nível de atenção dentro de uma política estadual. A alta complexidade tem serviços habilitados por portarias ministeriais, no entanto, enquanto rede regional pode ser aprimorada a assistência, em especial a integração com a APS.

1.4.3.4 Política Hospitalar Catarinense

No Estado temos um grande número de hospitais de pequeno porte com menos de 50 leitos (61,7%), com baixa taxa de ocupação e resolutividade. Atualmente em construção a política hospitalar catarinenses como ação prioritária para a organização da rede de saúde. Está em elaboração a política hospitalar catarinense com o objetivo de definir os estabelecimentos de interesse para a saúde de forma que as necessidades da população sejam atendidas dentro da Região de Saúde. Outro ponto importante é a vinculação dos incentivos estaduais para esta área ao porte do serviço e a indicadores de desempenho.

1.4.4 Complexo Regulador – Central de Regulação, Auditoria e Monitoramento dos Serviços

1.4.4.1 Central de Regulação de Internações Hospitalares Macrorregionais (CRIH) e Central Estadual de Regulação Ambulatorial – CERA

A regulação do Estado de Santa Catarina é baseada na universalização do atendimento, na descentralização, na regionalização e na hierarquização do SUS, funcionando como um observatório dos serviços ofertados e das necessidades dos usuários, objetivando subsidiar o planejamento e possibilitar mudanças na prestação dos serviços assistenciais.

Visando descentralizar a Regulação do Acesso à Assistência por meio da implantação/implementação de Centrais de Regulação, em abrangência regional, para Consultas e Exames e para Internações Hospitalares foi aprovado o “Plano de Organização das Centrais de Regulação do Estado de Santa Catarina” pela Deliberação nº 40/CIB/2013.

O “Plano de Organização das Centrais de Regulação do Estado de Santa Catarina” foi seguido de discussões entre Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - SES/SC e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS) quanto à forma de gestão e o custeio das Centrais de Regulação Ambulatoriais e de Internações Hospitalares, que culminaram em 22 de agosto de 2013,

no estabelecimento de nova organização das Centrais de Regulação, por meio da Deliberação nº 370/CIB/2013.

Esta Deliberação aprovou a estruturação das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares Macrorregionais, sob gestão estadual e as Centrais de Regulação Ambulatoriais, sob gestão municipal, com exceção da Central Estadual de Regulação Ambulatorial.

É importante considerar que, estas ações impulsionaram a força-tarefa do Governo de Santa Catarina para lançamento da Medida Provisória nº 190, de 28 de agosto de 2013, viabilizando a criação oficial das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares e Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina. Esta Medida Provisória foi aprovada pela Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina (ALESC) e convertida na Lei Estadual nº 16.158, no dia 07 de novembro de 2013, sendo publicada no Diário Oficial, do dia 11 de novembro de 2013.

Visando padronizar os fluxos de acesso em todo o Estado de Santa Catarina, foram aprovados por meio das Deliberações nº 42/CIB/18 e nº 66/CIB/18, os fluxogramas para acesso às consultas, exames, leitos de UTI, cirurgias eletivas e outros procedimentos, incluindo um fluxo específico da oncologia, disponíveis na página da SES (www.saude.sc.gov.br), no menu Profissionais de Saúde, sub menu Regulação, item Deliberações.

A deliberação dos fluxos de acesso, principalmente, no âmbito ambulatorial, padronizou o entendimento sobre a porta de entrada do cidadão, e estabeleceu o consenso de que, para ter acesso aos procedimentos especializados, obrigatoriamente o paciente, deverá entrar pela Atenção Básica.

O Sistema de Informação de Regulação (SISREG), no módulo ambulatorial, passou a ser utilizado como ferramenta oficial de ordenação do acesso dos usuários aos serviços especializados da SES/SC, a partir do dia 02 de agosto de 2010, regulando o acesso à assistência aos serviços de média e alta complexidade, em consonância com as cotas definidas através da Programação Pactuada Integrada - PPI da Assistência Ambulatorial e dos Termos de Garantia de Acesso de Alta Complexidade.

As agendas disponibilizadas pelas Unidades Hospitalares da SES passaram a ser configuradas pela CERA, de forma que todas as solicitações ambulatoriais são reguladas pela Comissão Médica Estadual de Regulação, onde o médico regulador é a Autoridade Sanitária, de acordo com a Portaria SES nº 313/2015, sendo responsável para garantir

o acesso, baseado em protocolos assistenciais, classificação de risco e critérios de priorização.

Atualmente a CERA viabiliza o processo de regulação do acesso de 58 (cinquenta e oito) Unidades Hospitalares Executantes. Apesar do grande volume de Unidades já reguladas, ainda há necessidade de continuidade do processo de implantação, para garantia da regulação de 100% das Unidades sob gestão estadual, incluindo os Hospitais Contratualizados, Conveniados e Credenciados do SUS, em todas as Macrorregiões de Saúde.

O fortalecimento do processo de organização da regulação em Santa Catarina iniciou no segundo semestre de 2017, a partir da Lei de Publicização das Filas de Espera, onde várias regiões ainda estão em processo de estruturação de suas Centrais e a respectiva organização da oferta dos serviços sob sua gestão.

Até o mês de abril de 2019, registraram-se 244 (duzentos e quarenta e quatro) Municípios utilizando efetivamente o sistema SISREG, no perfil administrador, para gestão das filas de espera ambulatoriais, mas há outras Centrais de Regulação Municipais que utilizam sistemas próprios. Entretanto, todos os 295 Municípios são solicitantes, tanto no módulo ambulatorial, quanto no módulo hospitalar, para solicitações das cirurgias eletivas.

A Central Estadual de Regulação Ambulatorial regula 91,79% das agendas configuradas no sistema SISREG, 5,30% das agendas são configuradas como fila de espera, onde o agendamento ocorre automaticamente por ordem cronológica e 2,90% configuradas como “mistas”, sendo distribuída parte das vagas para regulação e outra parte para fila de espera.

As agendas reguladas (727 agendas) são aquelas em que a demanda é superior à oferta e o agendamento é priorizado por classificação de risco e de acordo com as pactuações da PPI vigentes.

Uma importante estratégia adotada pela CERA, para gestão das filas de espera, foi a utilização da Teleconsultoria compulsória como ferramenta no fluxo de encaminhamento para acesso a determinadas especialidades, por meio da Deliberação nº 142/CIB/2016.

Atualmente o fluxo está vigente para as especialidades: Endocrinologia, Reumatologia, Nefrologia, Neurologia, Gastroenterologia e Hematologia, podendo

expandir para outras especialidades e também ser adotado pelas Centrais de Regulação Municipais.

A Teleconsultoria é compulsória apenas para o fluxo de encaminhamento via Regulação Estadual/CERA. Para os municípios cuja pactuação destas especialidades não seja com a Regulação Estadual, a teleconsultoria fica a critério do Município pactuado para o encaminhamento e poderá ser solicitada apenas para esclarecer dúvidas dos médicos da APS quanto à conduta clínica.

A partir desta ação, percebem-se importantes resultados tais como: diminuição do tempo de espera, redução das filas, qualificação da Atenção Primária à Saúde por meio da educação permanente, melhora na resolubilidade da APS, por meio do apoio da teleconsultoria clínica, qualificação do acesso à Atenção Especializada, qualificação do processo de regulação e classificação de risco e ainda, atendimento em tempo oportuno.

Outras ações, como reuniões frequentes com a Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais e as Unidades Hospitalares Executantes, a partir de relatórios de demanda e oferta, também vem auxiliando no incremento da oferta e na conversão de agendas antes administradas somente internamente pelas Unidades.

O Quadro 84 a seguir representa a demanda reprimida da CERA de acordo com o ambiente em que foram configuradas as agendas no sistema SISREG:

Quadro 84 - Demanda Reprimida da CERA. Santa Catarina, Jan. 2019

AMBIENTE CERA	FILA REGULAÇÃO	FILA DE ESPERA
CER MACRO FOZ DO ITAJAI (17SDR)	198	0
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	122131	6540
CER MACRO GOESTE (4SDR)	15191	1469
CER MACRO MEIO OESTE (7SDR)	6634	708
CER MACRO NORDESTE (23SDR)	19550	37
CER MACRO SERRA (27SDR)	1	0
CER MACRO SUL (21SDR)	31305	5078
CER MACRO VALE DO ITAJAI (15SDR)	5695	1085
TOTAL GERAL	200705	14917

Fonte: CERA/GECOR/SUR

As Centrais de Regulação que efetivamente estão utilizando o sistema SISREG para gerenciamento da sua oferta e fila de espera, estão presentes em 239 municípios,

que são as Centrais Municipais Ambulatoriais, a Central Estadual de Regulação Ambulatorial e em seus ambientes Macrorregionais.

A SES/SC objetivando padronizar as ações regulatórias no Estado, desde em 2016, vem aprovando junto à CIB/SC, os Protocolos de Acesso a serem utilizados pela Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal e por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina.

Os Protocolos foram elaborados em parceria entre os médicos reguladores da Central Estadual de Regulação Ambulatorial e os médicos atuantes nas diversas especialidades médicas nos Hospitais da SES, sendo utilizados como base os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e, na ausência destes, os protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou na forma de medicina baseada em evidências.

Por meio dos Protocolos de Acesso, busca-se estabelecer a gestão das especialidades reguladas pela CERA e replicá-las às demais Centrais de Regulação, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na Atenção Básica, dando qualificação às ações do médico regulador e, conseqüentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Foram aprovados doze lotes, através das Deliberações nº 230/CIB/16, 46/CIB/17, 115/CIB/17, 133/CIB/17, 185/CIB/17, 277/CIB/17, 41/CIB/18, 105/CIB/18, 175/CIB/18 e 294/CIB/18, 037/2019 e 084/2019 sendo que podem ser acessados através do portal da SES, através do link <http://www.saude.sc.gov.br/index.php, /resultado-busca/protocolos-e-diretrizes-terapeuticas/3507-protocolos-e-diretrizes-terapeuticas> disponibilizados em formato de livros -Volume I e Volume II, ou ainda podem ser pesquisados por especialidade.

A evolução entre os anos de 2011 a 2018, mostra que no último ano a CERA realizou mais de 280 mil agendamentos regulados de consultas e exames, sendo que em 2011 havia realizado aproximadamente 27 mil agendamentos, todos efetivamente autorizados pelos médicos reguladores, em conformidade com os Protocolos de Acesso e critérios de classificação de risco.

Com a publicação da Lei Estadual nº 16.158/13, instituindo as Centrais de Regulação de Internações Hospitalares Macrorregionais (CRIH/MR), sob gestão estadual, os trabalhos para implantação foram fortalecidos na Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR), em parceria com as Gerências Regionais

de Saúde (GERSAS), seguindo o modelo descentralizado e regionalizado das políticas públicas no Estado e o apoio manifestado pelas mesmas.

Na Macrorregião de Saúde Nordeste e Planalto Norte, a CRIH iniciou no dia 03 de junho de 2013, na GERSA de Joinville, com a regulação de leitos de UTI e de cuidados prolongados qualificados no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências. E, a partir do dia 01º de setembro de 2013, em funcionamento 24 horas, passando a regular 100% das internações hospitalares, após a inclusão das faixas numéricas do formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH's) no SISREG, de toda Macrorregião. Na Região de Saúde da Grande Florianópolis, a CRIH foi estruturada na SUR, oficialmente a partir de 01º de novembro de 2013, pois ocorreram nos anos anteriores Projetos Pilotos.

Assim, a regulação das internações hospitalares, que consiste na alocação da autorização dos procedimentos hospitalares por meio da AIH e está ligada à capacidade instalada de leitos na rede de serviços de saúde, passou a ser efetivamente realizada via SISREG.

Como a regulação é item condicionante para garantia dos recursos repassados às Redes, a implantação das CRIH/MR foi priorizada nas Macrorregiões da Grande Florianópolis e Planalto Norte e Nordeste, pois a aprovação pelo Ministério da Saúde de seus Planos de Ação das Redes de Atenção antecedeu as demais Macrorregiões.

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, que instituiu incentivo financeiro para custeio das Centrais de Regulação e, suas alterações estabelecidas na Portaria GM/MS nº 2.655, de 21 de novembro de 2012, dimensionou-se o porte das Centrais de Regulação Macrorregionais conforme a classificação populacional:

- ✓ Porte I - abrangência de duzentos mil a quinhentos mil habitantes;
- ✓ Porte II - abrangência de mais de quinhentos mil até um milhão de habitantes;
- ✓ Porte III - abrangência de mais de um milhão a três milhões de habitantes;
- ✓ Porte IV - abrangência de mais de três milhões até seis milhões de habitantes; e
- ✓ Porte V - abrangência de mais de seis milhões de habitantes.

O Quadro 85 representa a abrangência das CRIH/MR no Estado e o porte de acordo com a referida Portaria:

Quadro 85 - Abrangência das CRIH Macrorregionais de Saúde. Santa Catarina, Jan. 2019

CRIH/PORTE	UNIDADES DE SAÚDE	LEITOS SUS	POPULAÇÃO 2018
GRANDE OESTE - II	34	1.613	789.112
MEIO OESTE - II	29	1.365	631.556
FOZ - II	8	668	698.912
SERRA - I	13	738	288.479
SUL - II	25	1.760	999.701
NORDESTE - III	24	1.831	1.400.128
VALE - III	31	1.684	1.077.659
GRANDE FPOLIS - III	25	2.273	1.189.947
TOTAL	189	11.932	7.075.494

Fonte: CESOR/GERIH/SUR

A implantação das CRIH/MR permitiu avanços como a extinção dos laudos de AIH excedentes; a liquidação dos laudos represados vigentes; a integração entre Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; a visualização da capacidade instalada disponível ao SUS; o mapeamento de indicadores de saúde que possibilitam o planejamento de ações de promoção e prevenção, especialmente na Atenção Básica e na Vigilância Epidemiológica; a desobrigação do paciente em buscar autorização da internação e a transparência das internações hospitalares autorizadas e das respectivas AIHs liberadas por Unidade Executante.

A SES, por meio da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR), deu início a regulação hospitalar, a partir da Portaria SES/SC nº 835, de 10 de agosto de 2009, que implantou a Central Estadual de Regulação de Leitos de Terapia Intensiva (Adulto, Pediátrico e Neonatal).

Na época, a Central tinha como objetivo mapear de forma sistêmica e contínua os leitos de Unidade de Terapia Intensiva (adulto, neonatal e pediátrica), habilitados no SUS e os privados, em função da pandemia de Influenza A - H1N1, que se apresentou com casos graves que necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva.

Passada a pandemia, a Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares (CERIH), assim denominada atualmente, se tornou a instância regulatória supra macrorregional de abrangência estadual, responsável pela demanda e oferta de leitos e serviços intermacrorregionais e interestaduais, compra de leitos e serviços nas situações de imperiosa necessidade e esgotamento do sistema público, intermediando as solicitações entre as CRIH/MR, quando da insuficiência ou ausência dos serviços hospitalares na macrorregião.

Têm sob sua responsabilidade a administração e execução da regulação das demandas dos leitos de UTI (adulto, neonatal e pediátrico) no âmbito estadual. Estes procedimentos obedecem a um fluxo, desencadeado pelas demandas das oito CRIH/MR, responsáveis pelo mapeamento do leito, procedimento, inicialmente na sua macrorregião.

Eventualmente, na observância de um número de solicitações de leitos de UTI que exceda a disponibilidade de leitos SUS disponíveis na macrorregião, e havendo necessidade imperativa a CERIH faz a busca na rede privada, solicitando contratações.

As ocorrências mais comuns envolvem adultos que sofreram (traumas, acidentes vasculares, cardiopatias, gestantes em trabalho de parto prematuro), bem como os neonatos com malformações (cardíacas, tubo digestivo, crânio facial) que necessitam tratamento especializado em unidades de urgência.

A tomada de decisão quanto a compra e a escolha da unidade prestadora do serviço estão vinculadas a alguns condicionantes, tais como: diagnóstico inicial, risco iminente (desdobrado na questão tempo/distância e severidade/ou agravo do paciente), idade, capacidade instalada da unidade (especialidades, equipamentos) e acesso.

Em 2018 foram encaminhadas 2024 solicitações a CERIH, a qual se referem a busca de leito de UTI (Adulto, Pediátrico e Neonatal) por ausência ou insuficiência na macrorregião, serviços especializados, transferências interestaduais (cirurgias cardíacas pediátricas, avaliação e serviços de transplante pediátrico), e outros, como demonstra o Quadro 86 a seguir:

Quadro 86 - Nº solicitações encaminhadas para a CERIH - 2018

CRIH/MR	ADULTO	NEONATAL	PEDIATRICO	TOTAL
GRANDE OESTE	27	53	26	106
MEIO OESTE	18	43	19	80
FOZ DO RIO ITAJAÍ	281	141	16	438
SERRA CATARINENSE	48	16	0	64
SUL	408	104	41	553
NORDESTE/NORTE	159	38	21	218
VALE DO ITAJAÍ	304	162	31	497
GRANDE FPOIS	26	25	17	68
TOTAL	1271	582	171	2024

Fonte: SES/GERIH/CERIH/SUR

Para padronizar as solicitações encaminhadas para a CERIH, a Superintendência, vêm discutindo junto a Câmara Técnica de Regulação a criação de fluxos de encaminhamentos para estes serviços, e simultaneamente vem construindo as Diretrizes para a Operacionalização das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina.

A Regulação Hospitalar conta com o apoio do Núcleo Interno de Regulação (NIR) que é o órgão colegiado ligado hierarquicamente à direção geral das unidades públicas e privadas conveniadas ao SUS composto por representantes do corpo clínico, setores ligados à admissão e alta, informações, faturamento, coordenadores ou chefias das áreas: clínica, cirúrgica, emergência, UTI, bem como, outros setores julgados.

O principal objetivo do NIR é construir a interface com as CRIH/MR para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar os leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos para o atendimento, conforme Fluxograma do Processo de Trabalho e Relatório de Atribuições do NIR descritos a seguir além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário.

A fim de melhorar a gestão da fila de espera dos pacientes, em 2017, foram realizadas capacitações com as 08 CRIH/MR, Hospitais de todo o Estado e 295 municípios para dar cumprimento à Lei, a partir destas, as solicitações de Autorizações de Internações Hospitalares para a realização das cirurgias eletivas que estavam em

poder dos hospitais foram devolvidas aos municípios de residência dos pacientes para que as Secretarias Municipais de Saúde inserissem os pacientes na fila de espera, através do SISREG.

Após a inserção no SISREG os pacientes passam a ocupar posição em uma fila única por procedimento e alocados para procedimento cirúrgico conforme capacidade cirúrgica mensal de cada hospital.

As listagens foram disponibilizadas conforme a modalidade de consulta (discriminada por especialidade), exame, intervenção cirúrgica ou procedimentos e abranger todos os pacientes inscritos em quaisquer das unidades do SUS em SC, incluindo as unidades conveniadas e outros prestadores que recebam recursos públicos.

Os pacientes que aguardavam em lista de espera para a realização da cirurgia eletiva nos Hospitais Próprios da SES, num primeiro momento foi solicitado aos municípios para depurar essas listas internas de modo a localizar os pacientes que ainda aguardavam o procedimento, e posterior solicitado ao hospital para emitir laudos de AIH para inserção no SISREG.

Considerando que ainda não conseguimos a inserção de 100% dos usuários no SISREG, a regulação optou por regular utilizando-se duas listas: primeiro verifica-se na lista interna dos Hospitais (sistema SGS) e após verifica-se na lista do SISREG.

Assim até que toda a lista antiga (SGS) seja por completo alocada utiliza-se as duas listas para alocação dos pacientes em cirurgia.

O Quadro 87 a seguir representa a fila de cirurgias eletivas por subgrupo (especialidade) das CRIH/MR:

Quadro 87 - Fila de Cirurgias Eletivas por Subgrupo (Especialidade) das CRIH/MR. Santa Catarina, 18/03/2019

GRUPO/SUBGRUPO	FOZ	GDE FPOLIS	GDE OESTE	MEIO OESTE	NE PN	SERRA	SUL	VALE	Total
4-Procedimentos cirurgicos	4036	15663	7041	3714	13011	2120	4793	7567	57945
401-Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	92	589	202	33	503	34	146	297	1896
402-Cirurgia de glândulas endócrinas	13	133	106	3	71	10	1	54	391
403-Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	85	378	301	318	352	99	198	173	1904
404-Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	117	1610	573	153	849	50	301	287	3940
405-Cirurgia do aparelho da visão	24	1097	4	9	97			2	1233
406-Cirurgia do aparelho circulatório	134	1356	525	169	751	29	384	514	3862
407-Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1199	3301	1248	614	2905	611	1222	1922	13022
408-Cirurgia do sistema osteomuscular	962	2864	1841	1950	2415	715	1460	2053	14260
409-Cirurgia do aparelho geniturinário	420	2369	604	344	2246	111	754	1066	7914
410-Cirurgia de mama	85	315	152	5	225	2	9	44	837
411-Cirurgia obstétrica	1				10			2	13
412-Cirurgia torácica		65	4		51	1	1	9	131
413-Cirurgia reparadora	9	379	42	3	103	8	6	20	570
414-Bucomaxilofacial	16	55	4	4	38	2	16	27	162
415-Outras cirurgias	623	691	1325	71	1644	391	160	744	5649
416-Cirurgia em oncologia	256	461	110	38	751	57	135	353	2161
Total Geral	4036	15663	7041	3714	13011	2120	4793	7567	57945

A Regulação Hospitalar conta com a utilização do sistema SISREG que é um instrumento estratégico para a gestão devido ao fato de se integrar com outros bancos de dados gerenciados pelo Ministério da Saúde, tais como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM, Sistema de Entrada de Dados da Internação e Cartão Nacional de Saúde (CNS). Uma característica importante desse sistema é a confiabilidade, por estar estruturados com certificação digital, perfis de acesso, criptografia e desconexão depois de determinado tempo inativo.

O sistema de regulação é uma ferramenta de informática que busca tornar eficiente e eficaz o acesso dos cidadãos a procedimentos de média e alta complexidade. Além de fornecer informações sobre o fluxo dos usuários na rede de serviços de saúde, dentre outros aspectos do atendimento, o SISREG subsidia as áreas de controle, avaliação planejamento e programação facilitando aos gestores a tomada de decisão para melhorias na rede de atenção à saúde. A flexibilidade na parametrização das funcionalidades é outro fator importante, pois permite a adequação das peculiaridades locais para organizar de forma mais igualitária o acesso da população ao SUS. Um ponto importante a ser destacado na regulação é ainda a necessidade de aperfeiçoamento do SISREG, de forma que este atenda de forma mais adequada a demanda dos serviços e da gestão no que tange a regulação dos serviços.

A implantação da central de regulação de internações foi uma estratégia de gestão em Saúde Pública utilizada em âmbito ambulatorial ou hospitalar. Destacando a regulação hospitalar, esta tem como objetivo principal unir as ações voltadas para a regulação do acesso aos leitos disponíveis, propiciando o ajuste da oferta às necessidades imediatas da população. As CRIH/MR monitoram a disponibilidade de vagas em média e alta complexidade, bem como a utilização de leitos clínicos, cirúrgicos, ou em serviços de referência, tornando mais ágil a transferência de pacientes que buscam um serviço de saúde que não tenha disponibilidade em sua região.

Um importante avanço ao acesso regulado se refere aos pacientes graves e que precisam de cuidados em UTI ou de procedimentos complexos, como cirurgias cardíacas e neurológicas, estas demandas são frequentes nas Centrais, e com uma importante atuação no processo regulatório.

Através do levantamento das agendas reguladas pela CERA, observa-se que a média de espera é de quatro meses para consulta de especialista. Salientamos que, a

média do tempo de espera teve como base as autorizações efetuadas pela CERA, onde a priorização dos agendamentos ocorre de acordo com a classificação de risco (quadro 88).

Quadro 88 - Tempo médio de espera por especialidade

Especialidade	Tempo médio de espera por especialidade		
	Em dias	Em meses	Em anos
Angiologia	156	5	0,4
Cardiologia	55	2	0,2
Dermatologia	58	2	0,2
Endocrinologia	32	1	0,1
Gastroenterologia	57	2	0,2
Ginecologia	104	3	0,3
Hematologia	61	2	0,2
Nefrologia	140	5	0,4
Neurologia	73	2	0,2
Oftalmologia	285	9	0,8
Oncologia	22	1	0,1
Ortopedia	249	8	0,7
Otorrinolaringologia	137	5	0,4
Pneumologia	101	3	0,3
Reumatologia	105	3	0,3
Urologia	154	5	0,4
Outras Consultas	98	3	0,3

Fonte: SISREG, levantamento com base nas autorizações de 2018

Quanto a rede de diagnóstico no Estado, que para média e alta complexidade, são regulados, existe fila de espera. Conforme quadro 89, observa-se que as filas com maior tempo de espera estão nas Macrorregiões da Grande Florianópolis e Sul.

Quadro 89 - Tempo médio de espera por procedimento na Central de Regulação

Central de Regulação	Grupo Procedimento Solicitado	Média dias de espera
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	1.524
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	ESTUDO URODINÂMICO	1.492
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	1.370
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	ELETRONEUROMIOGRAFIA	1.022
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	COLONOSCOPIA	997
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	927
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE	857
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	738
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	AUDIOMETRIA	570
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	ECOCARDIOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER	565
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ADULTO	529

CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	ELETROENCEFALOGRAMA PEDIÁTRICO	524
CER MACRO SUL (21SDR)	ECOCARDIOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER ADULTO	345
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	TESTE DE ESFORCO OU TESTE ERGOMÉTRICO	325
CER MACRO SUL (21SDR)	TESTE DE ESFORCO OU TESTE ERGOMÉTRICO 2	322
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	GRUPO - RAIOS X CONTRASTADO PEDIÁTRICO	315
CER MACRO SUL (21SDR)	GRUPO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	310
CER MACRO SUL (21SDR)	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	294
CER MACRO SUL (21SDR)	GRUPO - ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER	265
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	243
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	241
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	226
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	ESPIROMETRIA	201
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS	200
CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL)	GRUPO - DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA	189
CER MACRO SUL (21SDR)	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS	186
CER MACRO SUL (21SDR)	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	182

Fonte: SISREG

1.4.4.2 Publicização das Filas de Espera do SUS

Quanto a Lei nº 17.066, de 11 de janeiro de 2017, do Governo do Estado de Santa Catarina, que dispõe sobre a publicação, na internet, da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas, exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos estabelecimentos da rede pública de saúde do Estado, a SES, através da sua Superintendência de Serviços Especializados e Regulação e Gerência dos Complexos Reguladores (GECOR), para dar cumprimento à referida Lei, articulou reuniões em conjunto com o Ministério Público de Santa Catarina e Assembleia Legislativa, para regulamentar a Lei através do Decreto 1.168, de 29 de maio de 2017, ampliando o prazo e incluindo condições técnicas de regulação relevantes para efetivação da publicização das filas.

Em paralelo, foi publicada a deliberação nº 082 de 20 de abril de 2017, através da Comissão Intergestores Bipartite, com apoio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, acerca das etapas estruturantes da Política Estadual de Regulação a serem vencidas no prazo estipulado no referido Decreto, dentre as quais a utilização do SISREG, como ferramenta oficial do Estado para regulação do acesso; treinamento do módulo hospitalar do SISREG para regulação das filas das cirurgias eletivas; implantação da regulação do acesso ambulatorial de todos os Hospitais sob gestão estadual, pela CERA; devolução das solicitações de consultas e exames que aguardavam agendamento no ambiente da CERA, conforme a despectuação da PPI Ambulatorial aprovada pela Deliberação nº 45/CIB/2017; incremento de funcionalidades no SISREG.

Neste momento, todos os 295 (duzentos e noventa e cinco) municípios passaram a ser treinados para compreensão dos novos fluxos de trabalho e para receber orientações referente a operacionalização da transparência das filas.

Simultaneamente, inúmeras reuniões foram realizadas junto ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/MS) e Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS), sempre com acompanhamento do MP/SC, para o incremento de funcionalidades não contempladas no SISREG, como por exemplo, posição da fila do paciente e tempo de espera por procedimento.

Concomitantemente, a GECOR e Coordenadoria de Tecnologia da Informação implementavam o portal das listas de Espera do SUS para a respectiva importação de dados do SISREG, contemplando todas informações exigidas em lei e regras de negócio inerentes à regulação de acesso.

Atualmente, o cidadão, tem à sua disposição, uma ferramenta para acompanhar sua situação nas filas reguladas e cronológicas, através do link <http://listadeespera.saude.sc.gov.br>.

A viabilização de formular uma proposta unificada para publicização de todas as filas de espera do Estado de Santa Catarina exigiu que os processos de trabalho realizados nos municípios fossem organizados de forma padronizada. Até então, a estrutura de trabalho dissipada pelo Estado não estava adequada para unificar as filas pois:

- a utilização de sistemas próprios de regulação não garantiria que regras de negócio preconizadas pela política nacional de regulação estivessem incorporadas em suas implementações;
- para ter uma fila única, seria necessária a utilização de codificações idênticas por todas Centrais de Regulação;
- a utilização de diferentes sistemas de regulação no Estado, não garantiria a posição da fila do paciente e previsão de atendimento, caso as pactuações estivessem distribuídas em softwares diferentes;
- a exportação dos dados das respectivas filas, precisaria ser consolidada em uma única ferramenta, caso contrário, cada município poderia divulgar suas listas em portais próprios não atendendo a prerrogativa de fila única explicitada na respectiva Lei;
- a situação de inexistência de um portal para publicar a fila, o que acarretaria inúmeras licitações na maioria dos municípios para compra e/ou desenvolvimento de software.

Cientes destas condições, e para que os 295 municípios pudessem dar publicidade às listas de espera dos serviços do SUS e não onerar o orçamento com a aquisição de sistemas de informação para a regulação de acesso e para a disponibilização das filas na internet promoveu-se a utilização do sistema SISREG como ferramenta oficial do Estado, permitindo então, a utilização do portal da lista de espera desenvolvido pela SES exclusivamente aos municípios que fizessem adesão ao sistema SISREG.

A publicização das filas de espera do SUS na internet permitiu uma aproximação entre áreas, profissionais e gestores, oportunizando a troca de informações, conhecimento da realidade, ajustes nos fluxos e tomadas de decisões mais assertivas.

Atualmente, os catarinenses, com a disponibilização online das filas, conseguem localizar suas informações podendo pesquisar seus dados pelo documento do paciente (CPF ou Cartão Nacional do SUS), ou ainda, por Central de Regulação e Procedimento.

O Estado de Santa Catarina está sendo referência nacional, por ser pioneiro na publicização de todas as listas de espera na internet.

1.4.4.3 Serviço de Telemedicina

O Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT) Catarinense da forma vigente possui uma paleta integrada e variada de serviços que vão desde a telerradiologia baseada em imagens de alta resolução para atendimento de alta complexidade em emergências e urgências, até o suporte à Atenção Primária através de Teleconsultorias, formação continuada, definição de métodos e modelos de trabalho.

Estas ações vêm permitindo diversos avanços ao Estado como o aprimoramento da gestão, a otimização de recursos, a qualidade e a descentralização do atendimento, a agilidade no diagnóstico, a redução de encaminhamentos desnecessários à assistência especializada, a qualificação de profissionais.

Entretanto, para expansão dos serviços ofertados, bem como, para inclusão de novas modalidades na rede de Telediagnóstico, tais como oftalmologia, espirometria, eletroencefalografia, faz-se necessário definir as responsabilidades do financiamento quanto à emissão de laudos, que envolve a contratação de especialistas e ao custeio de materiais de consumo, quando necessário.

Desta forma, é de suma importância a manutenção do serviço em parceria com a UFSC para continuidade do Plano de Trabalho celebrado por meio do Contrato de Prestação de Serviços nº 103/2018, bem como a implantação/implementação de uma Política Estadual de Telemedicina que estabeleça funções, fluxos operacionais, responsabilidades, incluindo o financiamento, e um plano de remuneração para os médicos laudadores.

O serviço de Telemedicina da SES busca facilitar o acesso do cidadão a exames, diminuindo tempo de espera e a necessidade de deslocamento a outras cidades, qualificando o processo de cuidar e otimizando o uso de recursos públicos.

A partir de um projeto em parceria entre Universidade Federal de Santa Catarina Secretaria de Estado da Saúde, incluiu a oferta de serviço de Telediagnóstico em Eletrocardiograma - ECG para os municípios catarinenses, a informatização de alguns setores hospitalares estaduais e a informatização de setores que realizavam exames de imagem, com objetivo de facilitar o acesso do cidadão a exames eletrofisiológicos e de imagem à distância.

O STT permite enviar, armazenar, acessar e laudar diversos tipos de exames, reduzindo despesas com impressões e possibilitando o acesso seguro e confiável sempre que necessário, com alta disponibilidade de um avançado sistema web.

No decorrer de 14 anos, a parceria Telemedicina, Telessaúde, SES e Ministério da Saúde permitiu que fossem atendidos os 295 municípios de Santa Catarina com serviços de Telediagnóstico (Eletrocardiograma e Dermatologia), Teleconsultoria e Tele-educação.

Os serviços já possuem algumas regulamentações que dão suporte às atividades oferecidas, como a Deliberação nº 366/CIB/2013 que define fluxo de encaminhamento em dermatologia para a Central Estadual de Regulação Ambulatorial e a Deliberação nº 231/CIB/2016 que instituiu o setor responsável, para coordenação do serviço, a Central Estadual de Telemedicina (CET), vinculada à Gerência dos Complexos Reguladores subordinada à Superintendência de Serviços Especializados e Regulação .

A CET oferece um conjunto de serviços as unidades básicas de saúde, policlínicas, Unidade de Pronto Atendimento (UPAs), pronto atendimentos, hospitais contratualizados e municipais, hospitais públicos estaduais de ação direta e indireta, além hospital universitário da UFSC, unidades prisionais avançadas, presídios, penitenciárias.

Atualmente, estes serviços são distribuídos em quatro linhas de atuação:

- ✓ **Telessaúde:** agrega todas as atividades de telediagnóstico, teleconsultorias e tele-educação, fornecendo estes serviços aos profissionais de saúde pública do Estado catarinense, suporte aos usuários, cursos e capacitações, produção de material didático. Com a utilização do STT como base principal de trabalho, armazena e disponibiliza exames e laudos, teleconsultorias e material didático.

Cobertura: 100% nos municípios catarinenses.

Número de laudos em Telediagnóstico (ECG e DERMATO): 260.000 exames em 2018, aproximadamente 2 milhões desde implantação.

Número de Teleconsultorias: 30.858 (2018) para 06 especialidades ofertadas pela CERA;

- ✓ **Telemedicina hospitalar:** conjunto de serviços que informatiza os setores de exames de imagens de unidades hospitalares fornecendo a tecnologia para receber exames diretamente dos equipamentos (formato DICOM), armazenando temporariamente na unidade hospitalar (PACS local) e definitivo no PACS estadual conforme legislação, comunicando-se com o sistema hospitalar, fornecendo acesso aos exames e laudos, possibilitando inclusive a emissão de laudos à distância.

Cobertura: integrado ao sistema hospitalar para todas as unidades próprias e Hospital Universitário.

Número de exames realizados com imagem: 780 mil exames em 2018, no total 3,4 milhões de exames desde a implantação.

- ✓ **Fornecimento de tecnologia de Telemedicina e PACS:** a SES fornece ao município o acesso ao pacote tecnológico que engloba o Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens (Picture Archiving and Communication - PACS) local chamada de BRIDGE, o armazenamento em uma unidade PACS Estadual e o Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT). Possibilita o acesso e armazenamento de exames e laudos para unidades municipais ou pactuadas, reduzindo os custos operacionais e possibilitando a contratação de inclusive de especialistas de fora do município para emissão de laudos.

Cobertura: atualmente 21 Unidades Avançadas de Telediagnóstico (UNAT's)

Números de exames realizados: 243.000 exames de imagens em 2018.

Redes Municipais: 6 de Teledermato, 2 de ECG e 1 de EEG (piloto Florianópolis).

- ✓ **Informatização e suporte à regulação:** informatização de serviços para auxiliar administrativamente os processos regulatórios. Reduz o volume de documentos, integra sistemas, acelera os processos e permite o seu acompanhamento.

Projeto executado: TFD-online, aprovado pela Deliberação nº 279/CIB/17 para acompanhamento dos processos de TFD Interestaduais.

Cobertura: 100% dos municípios catarinenses;

Número de Processos Registrados: 3.302 em 2018 (1.365 autorizados para fora do Estado).

Projeto em andamento: Módulo Alto Custo para auxiliar o processo de autorização dos procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, considerando que o sistema SISREG não dispõe desta funcionalidade.

1.4.4.4 Serviço de Tratamento Fora do Domicílio

A Portaria SAS/MS nº 55 de 24/02/1999 define o Tratamento Fora de Domicílio - TFD no SUS e estabelece que as despesas relativas ao deslocamento dos usuários deste serviço possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, para garantia de acesso a serviços assistenciais fora de sua residência, com base nos códigos da Tabela Unificada dos Procedimentos/SUS, conforme, observando-se o teto financeiro definido para cada Município/Estado.

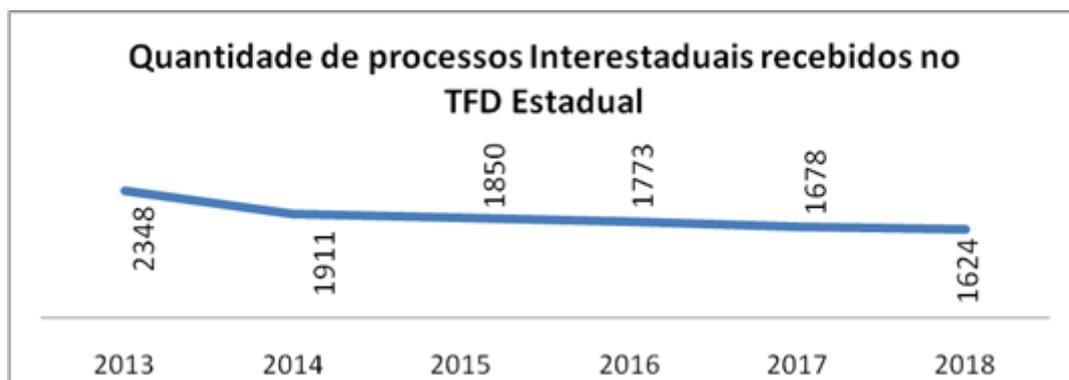
O artigo 5º e § 1º da referida Portaria determina ainda que cada Secretaria de Estado da Saúde normatize um Manual acordo com a sua realidade. O Manual de Normatização do TFD do Estado de Santa Catarina foi revisado em 2017 e aprovado pela CIB/SC, por meio da Deliberação nº 30/CIB/17, de 23 de fevereiro de 2017, definindo as responsabilidades da SES/SC e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), traçando critérios de autorização, fluxos e rotinas no Estado de Santa Catarina.

Esta normatização vem contribuindo para a diminuição de processos indevidos e/ou a devolução para complementação de dados, otimizando os encaminhamentos.

É importante destacar que, de acordo com o referido Manual, a responsabilidade dos processos de TFD intraestaduais é atribuída às SMS e a responsabilidade dos processos de TFD interestaduais é atribuída à SES/SC.

A figura 43 apresenta a quantidade de processos Interestaduais recebidos no TFD Estadual no período de 2013 a 2018, onde é possível identificar que no ano de 2018 ocorreu a diminuição dos encaminhamentos para fora do Estado, em razão principalmente do direcionamento dos atendimentos dentro do Estado.

Figura 43 - Quantidade de processos interestaduais recebidos na SES, SC



Fonte: TFD Estadual, jan. 2019

Mesmo com a diminuição dos agendamentos para fora do Estado, os gastos com passagens aéreas e rodoviárias não tiveram declínio, conforme figura 44, devido principalmente aos casos de alta hospitalar, emergências e judicializações, onde não é possível comprar antecipadamente as passagens; a inclusão de novos pacientes no programa; o aumento médio de 11% em solicitações de passagens aéreas em comparação às solicitações de passagens rodoviárias pelos médicos assistentes, sendo estas com justificativa técnica validada pela equipe de médicos reguladores e ainda, o aumento médio dos últimos 12 meses no valor das passagens aéreas de 35%, conforme divulgação do IBGE comparando dados do mercado entre 05/2018 e 04/2019.

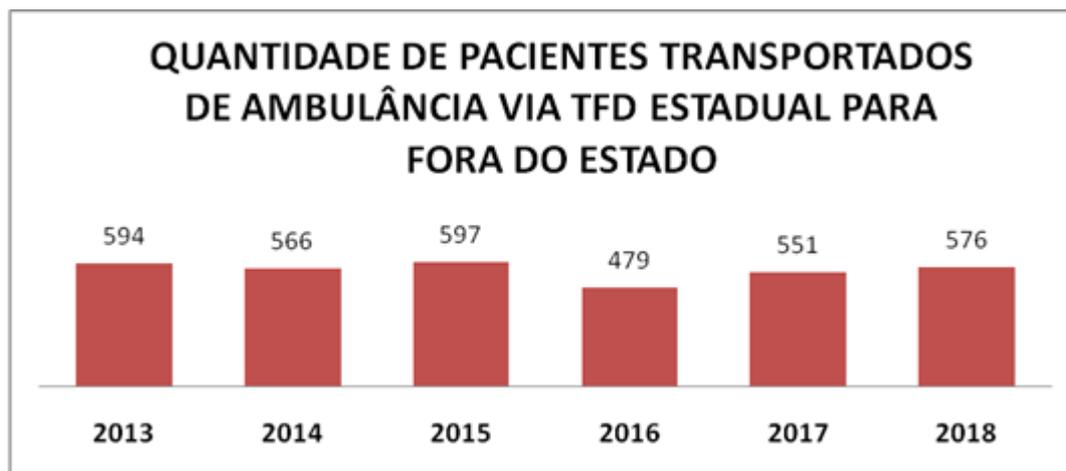
Figura 44 - Gastos com passagens para TFD



Fonte: TFD Estadual, jan. 2019

Quanto aos deslocamentos por ambulância, conforme figura 45 abaixo, a quantidade de solicitações se mantém em média de 560 por ano. São aqueles casos em que o Estado de saúde impede o paciente de viajar de avião ou de ônibus, normalmente são pacientes transplantados, que precisam de oxigênio, aspirador, dentre outras necessidades especiais:

Figura 45 - Quantidade de pacientes transportados de ambulância via TFD



Fonte: TFD Estadual, jan. 2019

Entretanto, neste caso, faz-se necessária a renovação da frota das ambulâncias devido ao tempo de uso (última aquisição em 2014) e alta quilometragem rodada. O valor estimado para aquisição é de R\$ 2.040.000,00, conforme Requisição 2245/2019 e PSES 46504/2019. Em 2017 foi iniciado processo de aquisição, entretanto o PSES 29408/2017 onde o processo de compra (PSES 29408/2017) foi arquivado devido às dificuldades financeiras apontadas neste período. Além disso, há número insuficiente de motoristas e o valor das diárias não cobrem as despesas com hospedagem e alimentação dos mesmos.

Outro aspecto que é importante ressaltar, foi a implantação do sistema informatizado denominado "TFD ON LINE" para acompanhamento dos processos de Tratamento Fora do Domicílio - TFD Interestadual, por meio da Deliberação nº 279/CIB17. A adoção desta ferramenta tecnológica pelo Sistema de Telemedicina e Telessaúde – STT, vem permitindo um fluxo mais acessível e ágil para todos os envolvidos no processo; estabelecendo um registro verídico das informações; garantindo a diminuição do tráfego de papéis; proporcionando apoio gerencial para tomada de

decisão dos gestores Municipais; e facilitando ao usuário que busca o TFD o acesso às informações e orientações que possam agilizar seu atendimento.

Todavia, outros avanços ainda são necessários para melhoria do Programa de TFD no Estado, que dependem de intervenção federal, destacam-se: o reajuste na tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para ajuda de custo aos pacientes; a atualização da política nacional de TFD incluindo a criação de uma política nacional de transporte sanitário.

1.4.4.5 Sistema Estadual de Transplantes

O Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina é formado pela Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina (CET/SC), Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT), estabelecimentos doadores, estabelecimentos transplantadores e equipes de transplantes.

A Central Estadual de Transplantes foi criada pelo Decreto Estadual nº 553/1999 de 21 de setembro de 1999, credenciada pelo Ministério da Saúde em 27 de outubro de 1999 através da Portaria SAS nº 604 e inaugurada em 16 de dezembro de 1999 e está inserida na Superintendência de Serviços Especializados e Regulação da Secretaria de Estado da Saúde, como Gerência da SC Transplantes.

A Gerência do SC Transplantes está localizada no 4º andar do Anexo I da Secretaria de Estado da Saúde, em Florianópolis, funciona 24 horas e possui um número de discagem gratuita para todo o território nacional (08006437474). Sua equipe multiprofissional e interdisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, técnicos em atividades administrativas e motoristas. O custeio e a manutenção operacional da Central Estadual de Transplantes são de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde.

A principal competência da Central Estadual de Transplantes consiste em atender a população catarinense no que diz respeito à doação, captação, distribuição e transplante de órgãos e tecidos humanos. Com esse propósito, registra e organiza informações por meio de cadastros de receptores, estabelecimentos de saúde, equipes e de profissionais, entre outros.

Tem a função de coordenar as atividades de doação e transplante em âmbito estadual, centralizando e coordenando todas as ações que envolvam doação, captação,

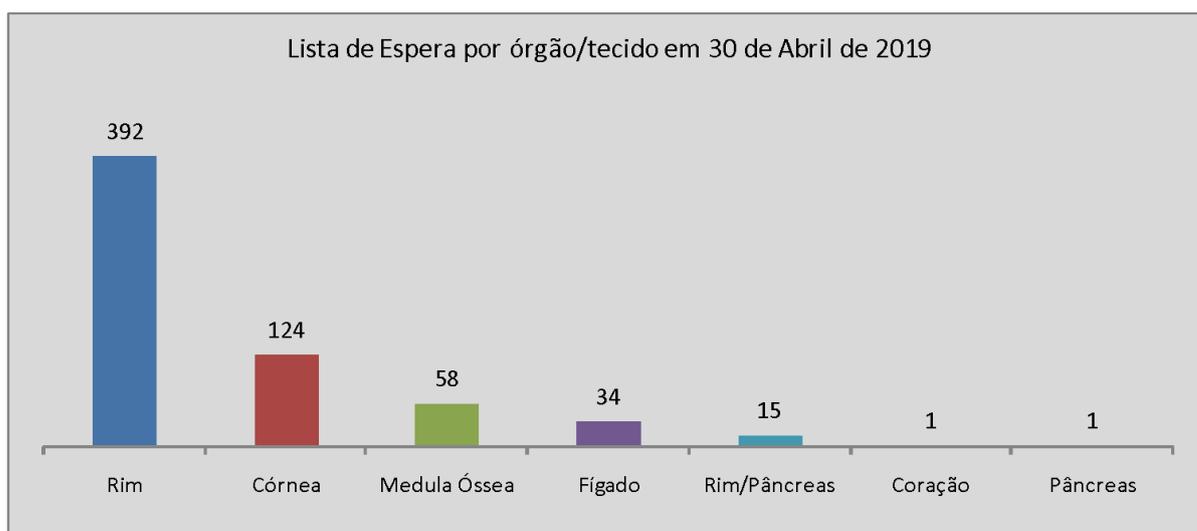
distribuição, transplante de órgãos e tecidos, gerenciamento das listas únicas de receptores de órgãos e tecidos, além da formulação de políticas de doação e transplantes para o Estado.

Além das Centrais Estaduais de Transplantes, integram o Sistema Nacional de Transplantes a Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), a Central Nacional de Transplantes (CNT), as Organizações de Procura de Órgãos (OPO), e as Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT).

O Estado optou em utilizar o sistema de procura de órgãos e tecidos baseado no sistema profissional de Comissões Hospitalares de Transplantes, com apoio de três (03) Organizações de Procura de Órgãos.

Em abril de 2019, o cadastro único estadual de receptores que esperam por transplante de órgãos e tecidos apresentava-se como mostra a figura 46.

Figura 46 - Lista de Espera por Transplante de Órgão/Tecido em SC



Fonte: Cadastro único de receptores. Santa Catarina, 31 de dezembro de 2017

Comissões Hospitalares de Transplantes

O sistema de doação de órgãos e tecidos em Santa Catarina está baseado na utilização das Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT), compostas prioritariamente por profissionais com formação superior nas áreas de medicina ou enfermagem.

Desde o início das atividades de doação e transplantes no Estado a busca pelo aprimoramento culminou em um programa de Profissionalização das CHT, com configuração e remuneração específicos para cada Comissão, levando em consideração critérios técnicos e demanda de cada Estabelecimento de Saúde.

A utilização desse modelo, tendo como princípio a constante capacitação e treinamento dos profissionais que integram as CHT possibilita uma forma mais efetiva e organizada no esforço coletivo de captação de órgãos e tecidos, permitindo uma melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor identificação de potenciais doadores, técnicas mais adequadas na entrevista dos familiares e melhor articulação do hospital com a Central Estadual de Transplantes.

Quanto à legislação Federal sobre as Comissões Hospitalares de Transplantes temos as seguintes Portarias:

- ✓ Portaria 1752/05: Determina a constituição de Comissões Hospitalares de Transplantes em todos os hospitais com mais de 80 leitos;
- ✓ Portaria 1262/06: Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Hospitalares de Transplantes;
- ✓ Portaria 2600/09: Aprova o Regulamento Técnico do SNT e Classificação das Comissões Hospitalares de Transplantes.

Santa Catarina adotou critérios próprios para constituição das Comissões baseado no mapeamento do Potencial de Geração de Doadores dos Estabelecimentos de Saúde, estabelecendo número de membros por porte dos hospitais considerando além do exigido na Portaria 1752/2005, os Hospitais considerados estratégicos para o Sistema Estadual de Transplantes.

Para estabelecer o número de profissionais para compor a Comissão Hospitalar de Transplantes de cada Hospital, foi proposta a classificação conforme o nível de complexidade e atividades que desenvolvem, para os quais foram atribuídos quatro categorias ou tipos:

- ✓ Tipo I – realiza busca ativa, possui leito com ventilação mecânica e acesso a exame de diagnóstico de morte encefálica: 01 (um) coordenador;
- ✓ Tipo II – realiza busca ativa, possui UTI e exame de diagnóstico de morte encefálica: 02 (dois) coordenadores;

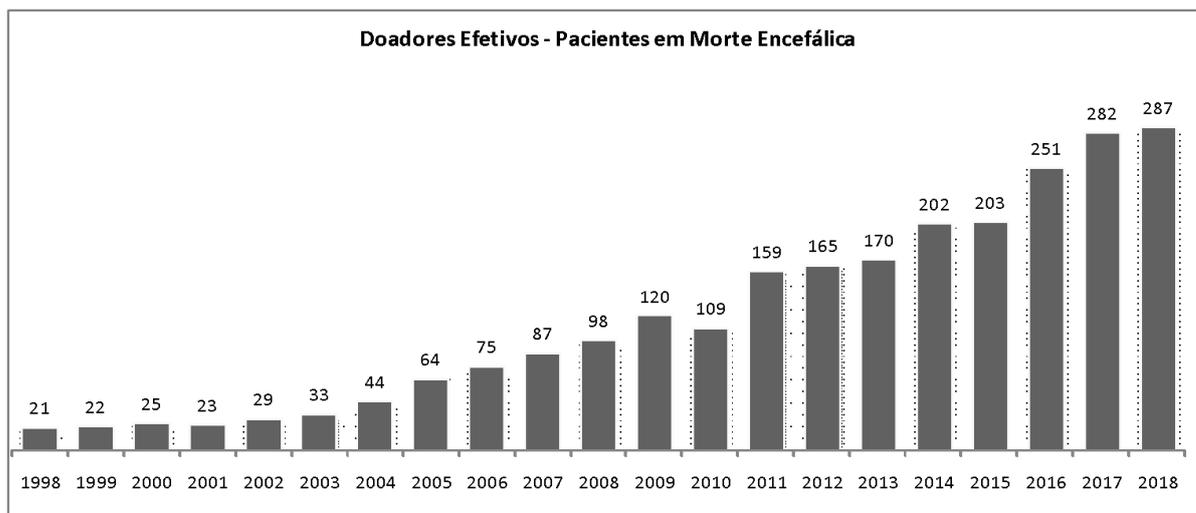
- ✓ Tipo III – realiza busca ativa, possui UTI, exame de diagnóstico de morte encefálica e habilitação para pelo menos um tipo de transplante de órgãos: 04 (quatro) coordenadores;
- ✓ Tipo IV – realiza busca ativa, possui UTI, exame de diagnóstico de morte encefálica e habilitação para mais de um tipo de transplante de órgãos: 06 (seis) coordenadores. Neste caso poderá ser autorizado número maior conforme avaliação específica de cada caso.

A Comissão Hospitalar de Transplantes deve ser instituída por ato formal da Direção de cada Hospital e estar preferencialmente vinculada diretamente à diretoria da instituição e seu efetivo funcionamento é pré-requisito indispensável para que os estabelecimentos de saúde solicitem autorização para realização de transplantes de órgãos e tecidos.

A Deliberação 335/CIB/12 disciplinou repasse específico para remuneração das Comissões Hospitalares de Santa Catarina, estabelecendo valores destinados àquelas unidades hospitalares que participam do Programa.

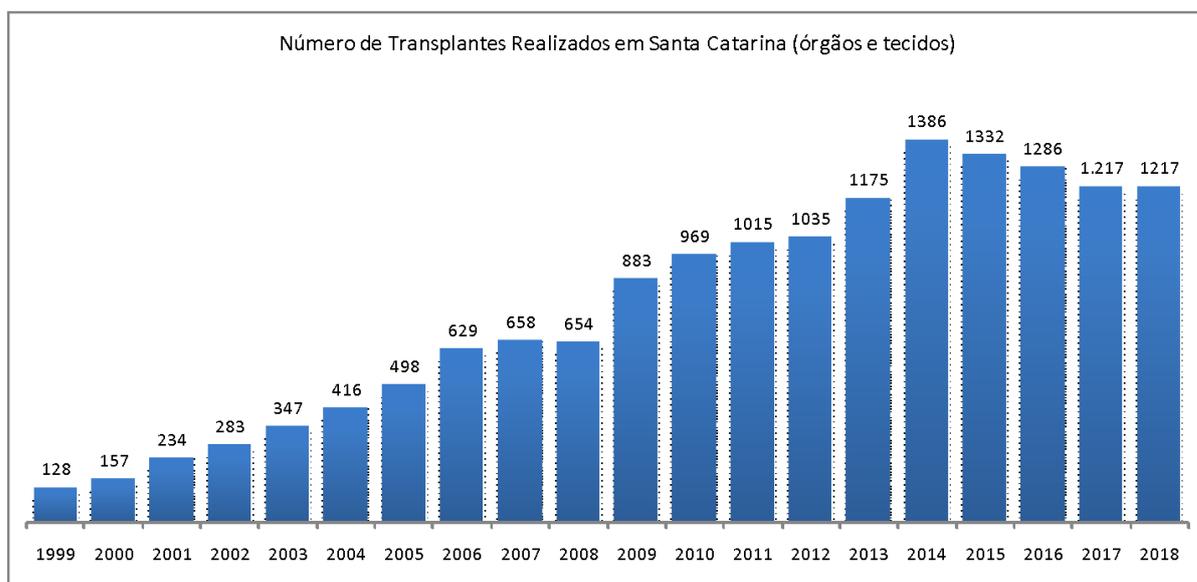
A inserção de novos hospitais no programa de remuneração está condicionada a análise de potencial para geração de doadores e resultados (figura 47 e 48).

Figura 47 - Evolução do número de doadores efetivos de órgãos - Pacientes em Morte Encefálica



Fonte: SES/GETRA

Figura 48 - Evolução do número de transplantes de órgãos e tecidos em Santa Catarina



Fonte: SES/GETRA

No Estado de Santa Catarina atualmente são realizados transplantes de coração, rim, conjugado rim e pâncreas, fígado, medula óssea autólogo e alogênico, córnea, esclera, válvula cardíaca e tecido ósseo.

Estabelecimentos autorizados a realizar transplante de fígado:

- ✓ Hospital Santa Isabel - Blumenau
- ✓ Hospital Universitário de Florianópolis
- ✓ Hospital e Maternidade São José – Jaraguá do Sul
- ✓ Hospital Municipal São José de Joinville

Estabelecimentos autorizados a realizar transplante de rim:

- ✓ Hospital Santa Isabel - Blumenau
- ✓ Hospital Regional do Oeste - Chapecó
- ✓ Hospital São José - Criciúma
- ✓ Hospital de Caridade – Florianópolis
- ✓ Hospital Marieta Konder Bornhausen - Itajaí
- ✓ Hospital e Maternidade São José – Jaraguá do Sul
- ✓ Hospital Municipal São José – Joinville

Estabelecimentos autorizados a realizar transplante de pâncreas:

- ✓ Hospital Santa Isabel - Blumenau

Estabelecimentos autorizados a realizar transplante conjugado rim e pâncreas:

- ✓ Hospital Santa Isabel - Blumenau
- ✓ Hospital Municipal São José – Joinville

Estabelecimentos autorizados a realizar enxerto ósseo:

- ✓ Hospital Santo Antônio - Blumenau
- ✓ Hospital de Caridade - Florianópolis
- ✓ Centro Hospitalar UNIMED – Joinville
- ✓ Hospital Jeser Amarante Faria – Joinville
- ✓ Hospital Municipal São José – Joinville
- ✓ Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes – São José

Estabelecimentos autorizados a realizar transplante de coração:

- ✓ Hospital Santa Isabel - Blumenau

Estabelecimentos autorizados a realizar transplante de córnea:

- ✓ Clínica de Olhos – Balneário Camboriú
- ✓ Associação Hospitalar Beneficente Vila Itoupava – Blumenau
- ✓ Botelho Oftalmoclínica Clínica de Olhos - Blumenau
- ✓ Clínica Médica Oftalmológica - Blumenau
- ✓ Hospital Santa Isabel - Blumenau
- ✓ Hospital Regional do Oeste - Chapecó
- ✓ Centro Catarinense de Retina e Vítreo - Florianópolis
- ✓ CIOFT/HOF - Florianópolis
- ✓ Hospital Governador Celso Ramos – HGCR - Florianópolis
- ✓ Hospital Universitário – HU - Florianópolis
- ✓ Oftalmotrauma Clínica Oftalmológica - (CODT) - Florianópolis
- ✓ Hospital Marieta Konder Bornhausen - Itajaí
- ✓ Hospital Universitário Santa Terezinha - Joaçaba
- ✓ Hospital Municipal São José - Joinville
- ✓ Hospital de Olhos Sadalla Amim Ghanem - Joinville
- ✓ Hospital UNIMED - Joinville
- ✓ Hospital de Olhos Freitag - Timbó

Estabelecimentos autorizados a realizar transplante de medula óssea autólogo:

- ✓ Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON – Florianópolis

Estabelecimentos autorizados a realizar transplante de medula óssea alogênico:

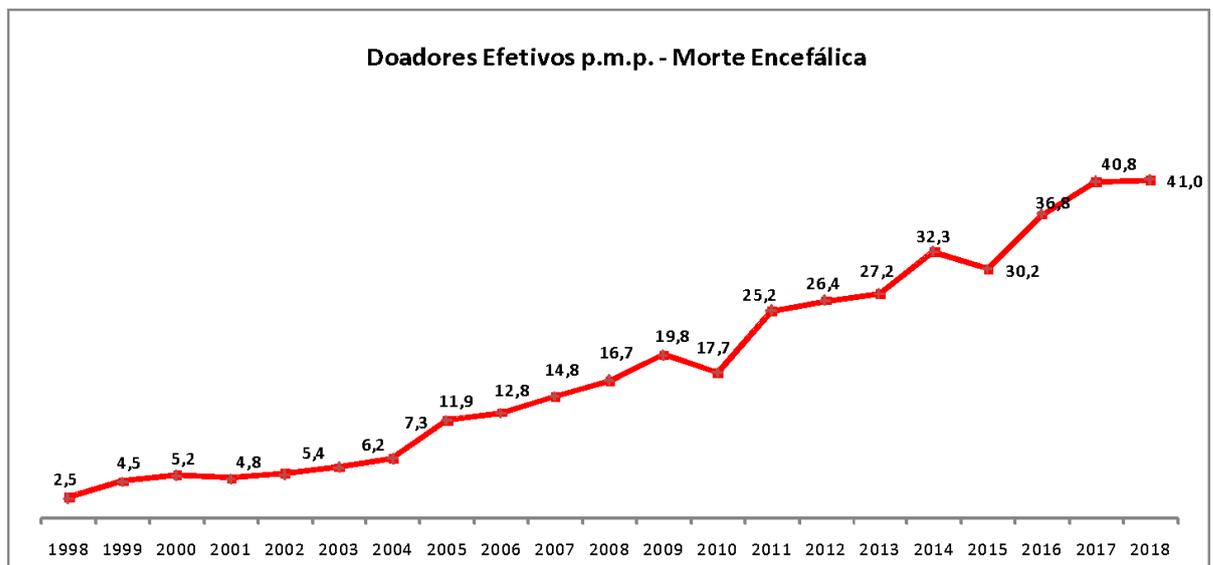
- ✓ Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON – Florianópolis

Estabelecimentos autorizados a realizar transplante de válvula cardíaca:

- ✓ Hospital de Caridade
- ✓ Hospital Jeser Amarante Faria

Nos últimos quinze anos Santa Catarina vem aumentando a taxa de doadores de órgãos e tecidos de maneira constante e obtendo resultados muito acima da média nacional, tendo sempre como principal foco o investimento em treinamento e capacitação dos profissionais que atuam nos hospitais de Santa Catarina, aliado a estruturação operacional e logística que permitam operacionalizar o sistema (figura 49).

Figura 49 - Evolução de doações efetivas por milhão de população em Santa Catarina - Morte Encefálica



Fonte: SES/GETRA

Mesmo alcançando há mais de uma década números inéditos e figurando entre os melhores no país em número de doadores, a SC Transplantes busca o aumento

dessas taxas, buscando minimizar cada vez mais a desproporção de órgãos para transplantes no Estado, com a conseqüente redução das filas de espera.

Considerando que no ano de 2018 foram 287 doadores, com 1.217 transplantes realizados, traça-se como meta a elevação em 15% deste número até o ano de 2023, atingindo 330 doadores efetivos de órgãos.

No entanto, para que seja possível atingir esse objetivo, mister se faz, além do contínuo foco na formação e capacitação dos profissionais que atuam no Sistema Estadual de Transplantes, adequar a estrutura operacional e logística para que possam suprir a demanda esperada.

1.4.4.6 Controle, Avaliação e Auditoria

Fortalecer o controle, avaliação e auditoria estadual e regional é essencial para que sejam alcançadas as metas de melhoria tanto na atenção ambulatorial quanto na hospitalar. Faz-se necessário para isso ampliar a capacitação dos servidores nesta área, além de ampliar o quadro de pessoal nesta área.

1.4.5 Assistência Farmacêutica

A estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do SUS, quer pelos recursos financeiros envolvidos como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo com busca de novas estratégias no seu gerenciamento.

Santa Catarina conta com uma rede descentralizada para a assistência farmacêutica tendo pelo menos uma unidade farmacêutica em cada município. Estes cobram do Estado mais apoio técnico, visando a melhoria do serviço prestado ao cidadão. Após diagnóstico realizado em 2017, verificamos que a Assistência Farmacêutica nos municípios precisa ser aperfeiçoada, devido aos vários problemas apontados, sendo que a exigência da população por melhor atendimento cresce, mesmo com o baixo financiamento existente na área.

Há 17 Unidades Descentralizadas de Assistência Farmacêutica (UDAF) atuando como um braço da SES nas Regionais de Saúde. Estas UDAF precisam ampliar a qualidade da atenção prestada aos municípios, garantindo a resolutividade proposta

para as demandas. Mas os profissionais que ali atuam estão sobrecarregados de funções administrativas e não conseguem dar o suporte necessário aos municípios. Precisam de apoio, educação continuada e valorização profissional.

Após visitas realizadas in loco, constatou-se que as Gerências de Saúde e, em especial, as farmácias, estão carentes de estruturação física e de recursos humanos, com falta de condições para manter com segurança o trabalho.

Em 2018 foram realizados mais de 729 mil atendimentos apenas com os medicamentos do Componente Especializado da Assistência farmacêutica (CEAF), com valores envolvidos de aproximadamente 239 milhões de reais.

O baixíssimo investimento realizado na área coloca em risco a integridade dos medicamentos e, conseqüentemente, a saúde da população. Os profissionais não medem esforços e ainda conseguem realizar um ótimo trabalho.

É necessário ampliar a cobertura por sobreaviso em todas as UDAF, uma vez que seus profissionais são acionados em casos de urgências, como transplantes, Síndrome de Guillain Barrè, Púrpura Trombocitopênica Idiopática e outros agravos de saúde, que podem levar à morte caso não sejam brevemente atendidos. Em um Estado como o nosso, com fenômenos climáticos intensos, também deve-se levar em conta a integridade dos medicamentos sob a guarda das UDAF.

Enfrentamos também problemas com relação à empresa contratada para realizar a logística de distribuição de medicamentos, com a repetição de erros básicos todos os meses.

O desabastecimento de medicamentos é um grave e frequente. Apesar do esforço dos setores envolvidos em manter os estoques abastecidos, a dívida da saúde, acumulada nos últimos anos, faz com que algumas empresas não entreguem as compras efetuadas, causando falhas no abastecimento. O Ministério da Saúde também descumpra os prazos para entrega dos medicamentos programados, bem como, dos recém-incorporados ao SUS. Frente a este cenário, busca-se alternativas possíveis, como substituição de apresentações ou dosagens, sempre com autorização dos médicos prescritores.

O aumento exponencial da judicialização por medicamentos, insumos e nutrição, provoca um desequilíbrio cada vez maior nas finanças do Estado. Várias alternativas estão sendo buscadas para tentar estancar o gasto público com estas demandas.

O gerenciamento dos medicamentos distribuídos pela DIAF é feito por meio de vários sistemas, que não suprem nossa necessidade para monitoramento adequado em tempo real, assim como de rastreabilidade dos medicamentos. O CEAF é monitorado pelo sistema SISMEDEX, desenvolvido pelo Estado do Paraná, mas que não é atualizado há alguns anos, colocando em risco o atendimento atual de cerca de 132 mil pacientes/mês. É por meio deste sistema que são geradas as APACs, para que aconteça o ressarcimento pelo Ministério da Saúde de cerca de 2,5 milhões de reais mensalmente.

São analisados mensalmente por nossos técnicos cerca de 5.000 processos de solicitação de medicamentos do CEAF.

Estamos em conexão com a Vigilância Epidemiológica, Atenção Primária à Saúde, Regulação e Logística, entre outros, buscando criar fluxos que possam melhorar o acesso e proporcionar o uso racional de medicamentos.

A DIAF está sempre alinhada com a atualização e publicação de novos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas pelo Ministério da Saúde, para agilizar sua aplicação e o fornecimento dos medicamentos.

Apesar de todas as dificuldades apresentadas, a equipe da DIAF está motivada a promover as melhorias necessárias.

1.4.6 Apoio Diagnóstico e Terapêutico

1.4.6.1 Laboratório Estadual

Laboratório Central de Saúde Pública - parte integrante do SISLAB - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, executa ações no contexto da Vigilância em Saúde na medida em que propicia o conhecimento de doenças que afetam individual ou coletivamente os cidadãos; realiza a vigilância laboratorial dos patógenos causadores de doenças emergentes e reemergentes que podem afetar a coletividade causando surtos, epidemias, etc; verifica a qualidade dos produtos (alimentos, medicamentos, saneantes, etc) de interesse de saúde pública; analisa o padrão de conformidade de amostras ambientais (ex: água para consumo humano).

Os dados produzidos a partir dos resultados dos testes subsidiam a implementação de políticas públicas de saúde e a adoção de medidas que tem por objetivo a proteção da população.

1.4.6.2 Centro de Informações e Assistência Toxicológicas (Ciatox)

As intoxicações e envenenamentos são frequentes e na maioria das vezes levam a busca por atendimentos em serviços de saúde. O suporte de um Centro de Informação e Assistência Toxicológica na decisão clínica durante o atendimento de pacientes expostos é fator de redução de custos e maior benefício ao paciente.

O Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina é um serviço disponível no Estado, através de ligação gratuita e ininterrupto, para o suporte aos profissionais de saúde, à população em geral e às instituições, através da informação e assistência toxicológica, visando à redução da morbimortalidade por intoxicações e envenenamentos.

De janeiro de 2014 a dezembro de 2018 foram registrados 65.567 atendimentos de casos humanos. A maior parte das solicitações foi realizada por profissionais da área da saúde, provenientes de Hospitais (65,4%), Unidades de Pronto Atendimento (16,9%) e Unidades Básicas de Saúde (6,3%). A ligação das residências foi em 7,3% dos casos.

Com relação à faixa etária observa-se predominância das exposições em crianças de 1 a 4 anos (15,6%), decorrentes de exposições principalmente acidentais a medicamentos e produtos domissanitários. Nos adultos jovens de 20 a 29 anos (17,9%) e de 30 a 39 anos (15,9%), principalmente com medicamentos nas tentativas de suicídio e acidentes com animais peçonhentos.

Segundo informações obtidas no SIM foram registrados no Estado, no período de 2014 a 2017, 18 óbitos associados ao contato com animais peçonhentos e 355 casos cuja causa estabelecida foi decorrente de intoxicações acidentais ou intencionais. No mesmo período, foram registrados no CIATox/SC, 8 óbitos por animais peçonhentos e 225 óbitos por intoxicação por outros agentes.

Pela especificidade e importância, a implantação de uma linha de cuidado em toxicologia é necessária e essencial para o planejamento, execução e monitoramento de ações adequadas na abordagem ao paciente intoxicado e na prevenção das intoxicações no Estado de Santa Catarina.

Dessa forma, entende-se como macroproblema relacionado ao CIATox/SC a ausência de uma linha de cuidado na área de toxicologia, junto a SES e, como forma de suprir a necessidade de solucionar esse problema, foram elaborados os seguintes objetivos:

- ✓ Elaborar linha de cuidado nos atendimentos toxicológicos (intoxicações e envenenamentos);
- ✓ Ampliar a assistência do CIATox/SC aos casos de intoxicação e envenenamentos em SC;
- ✓ Promover equidade da realização dos exames toxicológicos de urgência;
- ✓ Promover ações de educação e prevenção relacionadas aos casos de envenenamentos e de intoxicações;
- ✓ Revisar e consolidar a política estadual de antídotos;
- ✓ Elaborar e divulgar relatórios estatísticos contendo informações sobre os casos de intoxicação e de envenenamentos;
- ✓ Aprimorar o sistema informatizado DATATOX como ferramenta de registro dos casos de intoxicação, trazendo agilidade no processo de atendimento;
- ✓ Obter recurso financeiro para a manutenção do Centro, conforme disponibilizado na Portaria 1678 - MS de outubro de 2015.

1.4.6.3 Exames de Apoio Diagnóstico

Equipamentos para Tomografias

Pelo parâmetro vigente para aparelhos de tomografia o Estado já possui o suficiente extrapolando a necessidade em 34 equipamentos, a necessidade seria de mais 3 ou 4 aparelhos de Tomografia PET SCAN, pois a relação é de 1 aparelho para cada 1.500.000 habitantes e o Estado possui apenas um aparelho SUS em Maravilha no Grande Oeste (quadro 90).

Quadro 90 - Quantitativo de tomografias disponível por Macrorregiões, SC

Macrorregião	Região de Saúde	POP 2018	Parâmetro PT 1.631	EQP SUS
Grande Oeste	Extremo Oeste	231.848	2,3	4
	Oeste	360.933	3,6	8
	Xanxerê	200.114	2,0	2
	Meio Oeste	191.303	1,9	2

Meio Oeste e Serra Catarinense	Alto Vale do Rio do Peixe	293.133	2,9	5
	Alto Uruguai Catarinense	143.337	1,4	1
	Serra Catarinense	288.479	2,9	6
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	295.201	3,0	5
	Médio Vale do Itajaí	782.458	7,8	11
Foz do Rio Itajaí	Foz do Rio Itajaí	698.912	7,0	12
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	1.189.947	11,9	17
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	1.023.135	10,2	8
	Planalto Norte	376.993	3,8	9
Sul	Extremo Sul Catarinense	200.339	2,0	1
	Carbonífera	433.675	4,3	5
	Laguna	365.687	3,7	9
TOTAL		7.075.494	70,8	105

Fonte: CNES

Equipamentos de Ressonância Magnética

Pelo parâmetro vigente o Estado também extrapola a necessidade de equipamentos de ressonância magnética estando distribuídos em todas as Macrorregiões de saúde (quadro 91).

Quadro 91 - Quantitativo de Ressonância Magnética disponível por Macrorregiões, SC

Macrorregião	Região de Saúde	Pop 2018	Equipamento SUS	Parâmetro PT 1.631
Grande Oeste	Extremo Oeste	231.848	3	1,4
	Oeste	360.933	4	2,2
	Xanxerê	200.114	0	1,2

Meio Oeste e Serra Catarinense	Meio Oeste	191.303	3	1,1
	Alto Vale do Rio do Peixe	293.133	3	1,8
	Alto Uruguai Catarinense	143.337	1	0,9
	Serra Catarinense	288.479	4	1,7
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	295.201	4	1,8
	Médio Vale do Itajaí	782.458	6	4,7
Foz do Rio Itajaí	Foz do Rio Itajaí	698.912	4	4,2
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	1.189.947	9	7,1
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	1.023.135	7	6,1
	Planalto Norte	376.993	6	2,3
Sul	Extremo Sul Catarinense	200.339	0	1,2
	Carbonífera	433.675	2	2,6
	Laguna	365.687	4	2,2
TOTAL		7.075.494	60	42,5

Fonte: CNES

Equipamentos para Mamografia

O Estado também extrapola o parâmetro de mamógrafos estando distribuídos em todas as Regiões de Saúde (quadro 92).

Quadro 92 - Quantitativo de Mamografia disponível por Macrorregiões, SC

REGIÃO	POP 2018	Mamógrafo com Comando Simples	Mamógrafo com Estereotaxia	Mamógrafo computadorizado	Eq SUS	PT 1.631
Extremo Oeste	231.848	3	2	2	7	1,4

Oeste	360.933	8	1	3	12	2,0
Xanxerê	200.114	2	1	0	3	1,1
Meio Oeste	191.303	3	0	0	3	1,1
Alto Vale do Rio do Peixe	293.133	5	2	1	8	1,6
Alto Uruguai Catarinense	143.337	2	0	0	2	0,9
Serra Catarinense	288.479	2	2	1	5	1,7
Alto Vale do Itajaí	295.201	7	0	2	9	1,6
Médio Vale do Itajaí	782.458	9	2	0	11	4,4
Foz do Rio Itajaí	698.912	14	2	2	18	3,5
Grande Florianópolis	1.189.947	8	3	1	12	6,6
Nordeste	1.023.135	5	1	5	11	5,4
Planalto Norte	376.993	5	1	1	7	2,1
Extremo Sul Catarinense	200.339	5	0	0	5	1,1
Carbonífera	433.675	4	1	1	6	2,6
Laguna	365.687	6	1	5	12	2,2
TOTAL	7.075.494	88	19	24	131	39,2

Fonte: CNES

Equipamentos de Ultrassonografia

Todas as Regiões de Saúde possuem equipamentos de ultrassonografia acima do preconizado pelos parâmetros da Portaria 1.631 (quadro 93).

Quadro 93 - Quantitativo de Ressonância Magnética disponível por Macrorregiões, SC

Região de Saúde	POP 2018	Ultrassom Doppler Colorido	Ultrassom Ecógrafo	Ultrassom Convencional	EQP SUS	PT 1.631
Extremo Oeste	231.848	10	4	15	29	11,5

Oeste	360.933	14	7	22	43	17,9
Xanxerê	200.114	3	4	11	18	9,9
Meio Oeste	191.303	6	2	3	11	9,5
Alto Vale do Rio do Peixe	293.133	7	8	6	21	14,5
Alto Uruguai Catarinense	143.337	5	1	9	15	7,1
Serra Catarinense	288.479	11	8	10	29	14,3
Alto Vale do Itajaí	295.201	9	7	14	30	14,6
Médio Vale do Itajaí	782.458	24	15	29	68	38,8
Foz do Rio Itajaí	698.912	17	15	32	64	34,7
Grande Florianópolis	1.189.947	29	25	44	98	59,0
Nordeste	1.023.135	18	16	20	54	50,8
Planalto Norte	376.993	14	8	20	42	18,7
Extremo Sul Catarinense	200.339	2	4	5	11	9,9
Carbonífera	433.675	20	8	20	48	21,5
Laguna	365.687	11	7	12	30	18,1
TOTAL	7.075.494	200	139	272	611	351

Fonte: CNES

Equipamentos de Raio X

Segundo a Portaria 1.101/2002 o parâmetro para equipamento de Raio X é um para cada 25 mil habitantes, observa-se que em SC esse parâmetro está extrapolado (quadro 94).

Quadro 94 - Quantitativo de Ressonância Magnética disponível por Macrorregiões, SC

Macrorregião de Saúde	Raio X até 100 mA	Raio X de 100 a 500 mA	Raio X mais de 500mA	Raio X Dentário*	Raio X com Flúor	Raio X para	Raio X para Hemod	Qtde. Apare.	Pop 2018	Pop. X Hab.
-----------------------	-------------------	------------------------	----------------------	------------------	------------------	-------------	-------------------	--------------	----------	-------------

						Densit. Óssea				*Exceto Dentário
Grande Oeste	17	26	11	53	4	4	1	116	792.895	12.586
Meio Oeste e Serra Catarinense	22	29	14	52	2	6	1	126	916.252	12.382
Vale do Itajaí	9	23	17	49	4	7	2	111	1.077.659	17.382
Foz do Rio Itajaí	8	21	7	27	2	2	1	68	698.912	17.047
Grande Florianópolis	5	27	17	37	8	6	4	104	1.189.947	17.761
Sul	14	31	18	61	3	8	2	137	999.701	13.154
Planalto Norte e Nordeste	16	33	18	66	5	10	5	153	1.400.128	16.094
Total	91	190	102	345	28	43	16	815	7.075.494	15.055

Fonte: CNES

1.4.7 Tecnologia da Informação

Na SES, dentro da nova estrutura organizacional a área de Tecnologia da Informação (TI) é uma Coordenadoria que atua em prol da execução de políticas, normas, padrões e projetos de Tecnologia, Informação e Comunicação. Está ligada hierarquicamente à Superintendência de Gestão Administrativa (SGA) e cumpri o plano de Tecnologia da Informação e Governança Eletrônica do Governo do Estado.

A SES possui unidades administrativas, assistenciais e hospitalares próprias informatizadas, com computadores interligados por links de fibras, através da rede de governo, equipamentos de videoconferência e web conferências para realização de reuniões, softwares para prontuário eletrônico instalados nas suas unidades hospitalares.

A Coordenadoria é responsável por ofertar e desenvolver diferentes sistemas de gerenciamento, controle e operação de informações, além de desenvolver e prestar suporte aos diversos setores da SES. Para tal conta com áreas técnicas responsáveis pelos projetos, desenvolvimento, suporte, videoconferência e infraestrutura. É também articuladora junto aos órgãos afins, objetivando o cumprimento de instruções e atos normativos operacionais publicados no Decreto Estadual nº1.285, de 1º de setembro de 2017.

A TI através do desenvolvimento de ferramentas que contribuem para a melhoria do processo de trabalho das áreas técnicas vem garantindo ganhos de eficiência e qualidade na atenção à saúde da população. Entre os sistemas desenvolvidos para atender as necessidades de apoio e estrutura logística, cabe destacar os seguintes sistemas:

- ✓ Sistema de Controle AC –sistema de autorização de procedimentos de alta Complexidade;
- ✓ Sistema CECCIS - sistema para auxiliar o controle de indicadores epidemiológicos que realizam procedimentos cirúrgicos (controle de infecções hospitalares);
- ✓ Sistema CEOS - sistema com informações sobre medicamentos;
- ✓ Sistema SCCD - sistema de Contratos e Compra Direta;
- ✓ Sistema Escalas Hospitais – sistema de disponibilização de escalas de trabalho para os hospitais;
- ✓ Sistema Ostomizados - sistema de controle de ostomias intestinais e urinárias;
- ✓ Sistema SISMED - Sistema para auxílio na distribuição de medicamentos estratégicos e de farmácia básica;
- ✓ SGM² - Sistema de gestão de materiais e de medicamentos (logística de abastecimento).

No entanto, para que a gestão da informação em saúde seja fortalecida e os avanços ocorram é imprescindível superar as principais fragilidades, dentre elas: falta de modernização e atualização do parque tecnológico (equipamentos e insumos) e rede lógica; necessidade de contratação de novos serviços e revisão dos contratos de prestação de serviços vigentes; necessidade de efetivação e implementação da governança em TI e insuficiência de telefonia IP para todas as unidades da SES.

Na área hospitalar constatasse a necessidade de redução da impressão de documentos relacionados ao prontuário eletrônico, sendo necessário implantar o Projeto

de Certificação Digital e o Projeto de Mobilidade, bem como, a implantação do prontuário único do Cidadão Catarinense.

1.4.8 Ouvidoria

Na sua estrutura, entre outros serviços, o Estado conta com um sistema de ouvidoria em especial a ouvidoria do SUS, que recebe demandas de usuários de diversos municípios. No ano de 2018 receberam 4.902 demandas, com destaque os seguintes assuntos: na Assistência Farmacêutica, das 2.615 demandas (53,34%), as manifestações sobre medicamentos da Atenção Básica somavam 32, enquanto que as sobre Componentes Especializados chegaram a 2.275. Dessas últimas, 1.993 indicavam falta do medicamento, especialmente Mesalazina (148) e Desmopressina (104). Os medicamentos Não Padronizados, obtidos por meio de ação judicial, foram citados 274 vezes, das quais 240 eram por falta, especialmente dos fármacos Insulina Glargina/Basal/Lantus (14) e Brometo de Tiotrópio (10). Sendo assim, as demandas relacionadas ao componente especializado e medicamentos não padronizados (judiciais) caiu quase que pela metade, de 4.897 em 2017 para 2.549 em 2018; Na Assistência à Saúde, onde estão compreendidas as manifestações referentes à prestação de serviços de saúde pelo SUS, no âmbito ambulatorial e hospitalar, em que o cidadão necessita de atendimento, foram registradas 1.297 (26,45%) demandas em 2018, número quase três vezes maior que em 2017, quando foram registradas 468. Destacam-se, na área de cirurgias, as ortopédicas (210) e ginecológicas (82), num total de 807. Entre as consultas, num total de 308 demandas, a especialidade de ginecologia e obstetrícia registrou maior número (51), seguida da ortopedia e traumatologia (33). Na sessão de diagnóstico, as endoscopias – digestiva, ginecológica, respiratória e outras – tiveram o número mais expressivo de demandas registradas (44), e também de ultrassonografia (22) e ressonância magnética (21). A partir dos dados observados a respeito da Assistência à Saúde, poderemos utilizar essa importante ferramenta de gestão da informação, que consiste em subsidiar discussões com as equipes de saúde e gestores, em busca da resolução dessas dificuldades a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados, aumentando a satisfação dos cidadãos. O tema da Gestão acumulou 496 (10,11%) demandas ao longo de 2018, cujo sub assunto mais recorrente foi novamente Recursos Humanos (206), e neste encontram-se as situações que envolvem os profissionais da

saúde, no desempenho de suas atividades, na prestação de serviços, no relacionamento com a instituição e com os usuários, bem como questionamentos em relação a concurso público e nomeação dos aprovados. Destacam-se as manifestações de insatisfação (88), especialmente aquelas relacionadas ao atendimento prestado por profissional médico (35). Em contrapartida, contabilizamos 34 manifestações relacionadas à satisfação do cidadão, direcionadas tanto às equipes administrativas quanto as de saúde. As manifestações relacionadas à estrutura e funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde somaram 133 manifestações, destacando-se as rotinas e protocolos adotados (58) e dificuldade de acesso (44).

1.5 FINANCIAMENTO

Entre os componentes do sistema de saúde temos o financiamento, que em conjunto com a organização da gestão dos serviços e do modelo de atenção à saúde, é elemento essencial para o mesmo.

O financiamento do SUS se dá de forma tripartite e está fundamentado na Constituição Federal, em seu artigo 195, que definiu os critérios de transferência de recursos para o Sistema Único de Saúde da União para os estados, o Distrito Federal e os municípios, com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal e de contribuições. E, ainda, pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, dos estados e da União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por essa lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados aplicar 12% do valor arrecadado, sendo que a participação da iniciativa privada no SUS é aceita em caráter complementar com prioridade das entidades filantrópicas sobre as privadas lucrativas.

Conforme divulgado no site do senado, em janeiro de 2019, o Conselho Federal de Medicina (CFM) apresentou um estudo que exhibe o investimento público em saúde no Brasil. Este em comparação com outros países, com sistemas públicos semelhantes, é baixo. Conforme o levantamento apresentado, o gasto governamental médio por habitante em 2017 foi de R\$ 1.271,65 (cerca de US\$ 340), que refere a todas as esferas

União, estados e municípios. O gasto per capita no Unido, que têm um modelo de sistema universal, foi dez vezes maior: US\$ 3,5 mil, valor semelhante aos aplicados por França e Canadá, segundo a OMS, conforme Tabela 3.

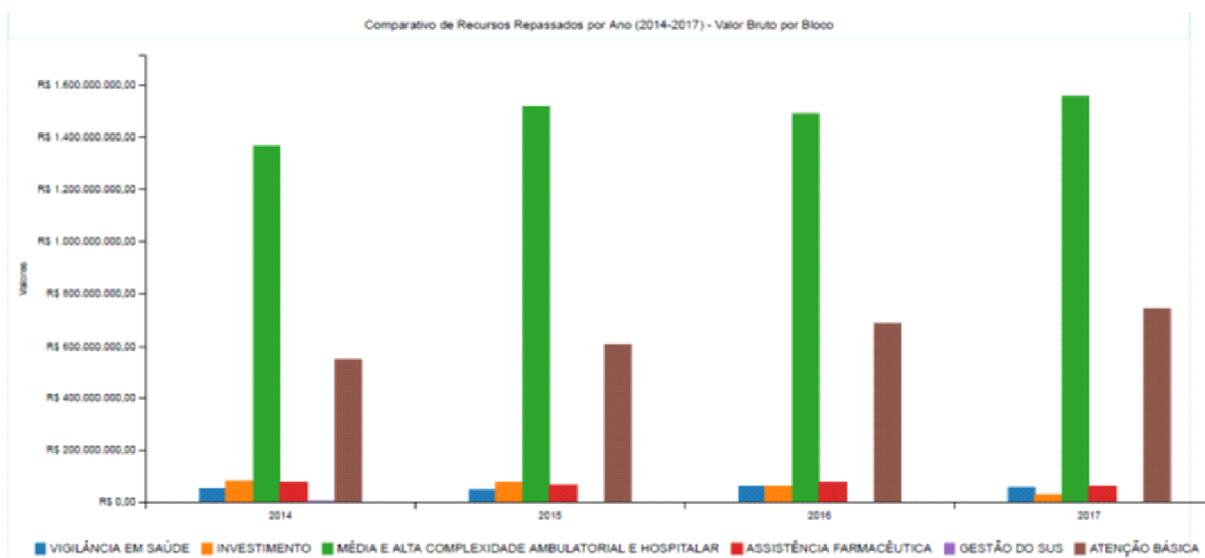
Tabela 3 - Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, Brasil (2008 - 2017)

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, Brasil (2008–2017)					
Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total/ano	Total/ dia
2008	440,25	268,18	297,73	1.006,15	2,76
2009	497,60	265,86	299,05	1.062,51	2,91
2010	493,41	287,29	324,37	1.105,07	3,03
2011	548,00	302,64	353,91	1.204,55	3,30
2012	570,74	308,26	376,73	1.255,73	3,44
2013	538,76	324,52	394,09	1.257,36	3,44
2014	555,85	331,63	413,38	1.300,86	3,56
2015	550,50	317,11	403,12	1.270,72	3,48
2016	533,27	304,20	399,84	1.237,31	3,39
2017	552,35	315,93	403,37	1.271,65	3,48

Fonte: SIOP/SIOPS/MS. Valores corrigidos pelo IPCA. Elaboração: CFM

Ao analisar o que foi repassado ao Estado e municípios no período de 2014 a 2017, observa-se que os maiores recursos estão na média e alta complexidade e Atenção Primária à Saúde, conforme figura 50.

Figura 50 - Comparativo de Recursos Repassados por Ano do FNS para FES e FMS -2014 – 2017



Fonte: Fundo Nacional de Saúde

O percentual de recursos orçados em saúde, no último ano, totalizou 14%, correspondendo a R\$ 3.739.325.562,74 perfazendo um per capita de R\$ 528,48 ano. Observa-se no quadro 95 que o estado vem cumprindo o percentual mínimo exigido e houve um incremento após o ano de 2017, chegando a 14% em 2018. No entanto o recurso não está sendo suficiente para atender as responsabilidades deste ente no cofinanciamento da atenção à saúde da população do estado. Outro ponto a destacar é a aplicação deste concentrado na atenção hospitalar.

Quadro 95 - Percentual Mínimo Aplicado na Saúde em Santa Catarina, 2013 - 2018

Ano	2013	2014	2015	2015	2016	2016	2017	2017	2018
% Mínimo SC	12,02	12,37	12,86	12,87	12,82	12,82	12,67	13,06	14,1

Fonte: SIOPS

1.5.1 Cofinanciamento Estadual da Atenção Primária

A SES instituiu em 2007, o cofinanciamento da Atenção Primária como contrapartida do Estado aos municípios com a intenção de ampliar o acesso e fortalecer a APS por meio do incentivo mensal, conforme previsto nas Deliberações CIB e os valores são atualizados anualmente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) acumulado do ano anterior. Para o ano de 2019 (fev/2019) o cofinanciamento está sendo efetuado para 3.258 (três mil, duzentas e cinquenta e oito) equipes/serviços.

Os recursos são repassados aos municípios, via Fundo Municipal de Saúde, para: equipes da Estratégia da Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratório Regional de Prótese Dentária e o Programa Catarinense de Inclusão Social Descentralizado (PROCIS).

Para acompanhar a evolução das equipes e serviços da APS realiza-se mensalmente o monitoramento das equipes e o cálculo de valores referentes ao cofinanciamento eSF, eSB, NASF, equipes Saúde Prisional e PROCIS. São elaboradas remessas mensais de pagamento do cofinanciamento estadual das equipes APS (eSF, eSB, NASF, equipes Saúde Prisional, LRPD, CEO, CAPS e PROCIS) no BBPag (aplicativo do Banco do Brasil) e controle dos dados bancários dos municípios. O acompanhamento físico-financeiro do pagamento do cofinanciamento para os municípios são registrados no SIGEF (Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal), que é o sistema oficial de planejamento, orçamento, finanças e contabilidade do Estado de Santa Catarina.

As informações do cofinanciamento estadual (valores, dados bancários e datas de pagamento) e a capacidade instalada de equipes e serviços de todos os municípios catarinenses estão disponíveis no portal da SES.

1.6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1.6.1 Rede Mãe Catarinense - Rede Cegonha

A Rede Cegonha consiste em um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres numa rede de cuidados que visa assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Sua estruturação se dá a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

As ações são executadas pelos Estados e municípios – na lógica da descentralização do SUS – que aderem às estratégias nacionais para o recebimento dos recursos reservados pelo Ministério da Saúde, tanto nas ações da atenção primária como na rede hospitalar, principalmente, relacionada a qualificação de leitos.

A atenção às mulheres e as crianças até dois anos de idade compreende a criação de novas estruturas de assistência e acompanhamento, com medidas direcionadas as regiões com maior relevância epidemiológica e maior carência por serviços de assistência, como também em regiões com grande concentração populacional e em locais que já desenvolvem experiências de sucesso no atendimento humanizado e seguro a mulheres e crianças.

Em Santa Catarina, o trabalho de implantação da Rede Cegonha teve início 2012, contando com representantes da Secretaria de Estado da Saúde, das Gerências Regionais de Saúde, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde.

A partir de agosto de 2013, Santa Catarina passou a contar com 16 Planos de Ação da Rede Cegonha aprovados pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo a primeira Rede de Atenção à Saúde com cobertura estadual integral e a primeira Rede Cegonha com cobertura estadual no Brasil, com investimento anual em recursos para custeio que ultrapassam R\$ 26 milhões.

Os 295 municípios catarinenses aderiram a Rede Cegonha com o compromisso de garantir acesso e qualidade na atenção à saúde materna- infantil. Os compromissos

no âmbito da Atenção Primária envolvem o planejamento sexual e reprodutivo, a atenção ao pré-natal, ao puerpério, ao recém-nascido e a criança até dois anos de idade.

No âmbito da Média e Alta Complexidade, Santa Catarina conta com 20 referências distribuídas nas 16 Regiões de Saúde do Estado, que ofertam 118 leitos qualificados para Gestação de Alto Risco, 50 leitos de UTI Adulto, 122 leitos de UTI Neonatal, 62 leitos em Unidades Cuidados Intermediários Neonatais, 13 leitos em Unidades de Cuidados Neonatais na Modalidade Canguru e 2 Casas de Gestante Bebê e Puérpera, habilitados e ativos. Novos leitos e serviços para amplia o da Rede Cegonha nas diversas regiões já estão habilitados pelo Ministério da Saúde na dinâmica das Redes de Aten o   Saúde (quadro 96).

Quadro 96 - Situa o Leitos e Serviços Rede Cegonha SC em abril 2019

Serviços	Aprovados	Habilitados	SUS	Não SUS	Existentes
Centro de Parto Normal	20	-	-	-	-
CGBP ¹	20	2	2	2	2
Leitos Gesta�o de Alto Risco	181	81	70	-	70
UTI ² Adulto	54	54	54	-	54
UTI ² Neonatal	137	167	157	79	236
UNINCo ³	137	43	43	70	113
UNINCa ⁴	68	19	17	11	28

¹ CGBP = Casa da gestante ,beb  e puérpera;

²UTI = Unidade de Terapia Intensiva;

³UCINco = Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional;

⁴UCINca =Unidade de cuidados intermediários neonatal Canguru.

Fonte: Plano de A o Rede Cegonha /CNES

Quanto aos serviços habilitados   gesta o de alto risco, o Estado conta com oito unidades hospitalares (Quadro 97):

Quadro 97 - Serviços Habilitados SUS Referência para a Gestaçã de Alto em Santa Catarina

Macrorregião	Região de saúde	Município	Prestador	Portaria	Publicação
Foz do Rio Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	Hospital Regional Alto Vale	SAS707	04/08/15
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	São José	Hospital Regional de São José Dr. Homero Miranda Gomes	SAS 925	23/09/15
Meio Oeste e Serra Catarinense	Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	Hospital Hélio Anjos Ortiz	SAS 961	25/09/15
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	Florianópolis	Hospital Universitário	SAS 2658	29/12/16
Foz do Rio Itajaí	Foz do Rio Itajaí	Itajaí	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	SAS 2657	29/12/16
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	Jaraguá do Sul	Hospital e Maternidade Jaraguá	SAS 1198	11/07/17
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santo Antônio	SAS 1428	31/08/17
Meio Oeste e Serra Catarinense	Serra Catarinense	Lages	Hospital e Maternidade Tereza Ramos	SAS 1965	20/12/17

Fonte: SES/SC

As duas casas da gestante, bebê e puérpera estão instaladas no Hospital Hélio Anjos Ortiz em Curitibanos desde 09/2015 e outra no Hospital Tereza Ramos em Lages habilitada em 2018.

Dentre as necessidades observadas na Rede Cegonha podemos citar a ampliação de consultas ambulatoriais para gestação alto risco, pois existe fila de espera para este atendimento, conforme Quadro 98:

Quadro 98 - Procedimentos e Tempo de Espera para realização segundo Central de Regulação Estadual, SC

Central de Regulação	Grupo Procedimento Solicitado	Média dias de espera
CER Macro Grande Florianópolis (C. ESTADUAL)	Consulta em ginecologia - gestante de alto risco	33
CER Macro Oeste (4SDR)	Consulta em ginecologia - gestante de alto risco	28
CER Macro Meio Oeste (7 SDR)	Consulta em ginecologia - gestante de alto risco	35
CER Macro Sul (21 SDR)	Consulta em ginecologia - gestante de alto risco	9
CER Macro Nordeste (23 SDR)	Consulta em ginecologia - gestante de alto risco	37

Fonte: SUR/SES

O Estado conta com nove ambulatórios de gestação de alto risco, em Curitiba, Rio do Sul, Blumenau, Florianópolis, São José, Tubarão, Joinville, Lages e Chapecó. Também existem seis ambulatórios que não estão habilitados, porém, em funcionamento: Mafra, Criciúma, Araranguá, Concórdia e Xanxerê. A Região do Extremo Oeste, não tem ambulatório de gestação de alto risco.

Os 20 hospitais com UTI neonatal estão distribuídos pelo menos uma em cada macrorregião no Estado (Quadro 99).

Quadro 99 - Distribuição das UTI Neonatal do tipo II e tipo III em SC, por municípios e quantitativo de leitos existentes em 2019

UTI Neo	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
Tipo II	Hospital Municipal Ruth Cardoso	Balneário Camboriú	10	6
Tipo II	Hospital Santo Antônio	Blumenau	10	10
Tipo II	Hospital Regional do Oeste	Chapecó	10	10
Tipo II	Hospital São Francisco	Concórdia	6	6
Tipo II	Hospital Materno Infantil Santa Catarina	Criciúma	13	7
Tipo II	Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitiba	7	7
Tipo II	Hospital Infantil Joana de Gusmão	Florianópolis	8	0

Tipo II	Hospital Universitário	Florianópolis	8	8
Tipo II	Maternidade Carmela Dutra	Florianópolis	10	10
Tipo II	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Itajaí	10	10
Tipo II	Hospital E Maternidade Jaraguá	Jaraguá do Sul	6	6
Tipo II	Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria	Joinville	20	20
Tipo II	Maternidade Darcy Vargas	Joinville	10	10
Tipo II	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos	Lages	6	6
Tipo II	Hospital Infantil Seara Do Bem	Lages	3	3
Tipo II	Maternidade Dona Catarina Kuss	Mafra	9	9
Tipo II	Hospital Regional Alto Vale	Rio Do Sul	4	4
Tipo II	Hospital Regional De São José Dr Homero Miranda Gomes	São José	10	10
Tipo II	Hospital Regional São Paulo Assec	Xanxerê	9	8
	Total de 19 hospitais – Tipo II		169	150
Tipo III	Hospital Nossa Senhora da Conceição	Tubarão	9	7
	Total de 01 hospital – Tipo III		9	7

Fonte: CNES

O número de municípios com unidades de cuidado intermediário neonatal convencional totaliza 17 hospitais (quadro 100). As Unidades Canguru também totalizam 8 serviços habilitados em 8 municípios do Estado demonstrado no quadro 101. Estas Unidades não cobrem todas as regiões do Estado.

Quadro 100 - Distribuição dos hospitais com UCINCO, por município e número de leitos

CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
2558254	Hospital Santo Antônio	Blumenau	12	12
2303892	Hospital São Francisco	Concórdia	4	0

2594277	Hospital Materno Infantil Santa Catarina	Criciúma	10	0
2302101	Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos	6	6
3157245	Hospital Universitário	Florianópolis	4	4
2521873	Hospital Beatriz Ramos	Indaial	2	0
2522691	Hospital E Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Itajaí	10	8
2306344	Hospital e Maternidade Jaraguá	Jaraguá do Sul	6	6
2521431	Centro Hospitalar Unimed	Joinville	4	0
9757090	Hospital Geral Joinville	Joinville	5	0
2436477	Maternidade Darcy Vargas	Joinville	14	0
2504332	Hospital Geral E Maternidade Tereza Ramos	Lages	7	0
2379341	Maternidade Dona Catarina Kuss	Mafra	4	0
2568713	Hospital Regional Alto Vale	Rio Do Sul	7	7
2555646	Hospital Regional De São José Dr. Homero Miranda Gomes	São José	10	0
2302500	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Videira	3	0
2411393	Hospital Regional São Paulo Assec	Xanxerê	4	4
			112	47
Total de Estabelecimentos				17

Fonte: CNES

Quadro 101 - Distribuição dos hospitais com UCINCa, por município e número de leitos

CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
2558254	Hospital Santo Antônio	Blumenau	4	4
2302101	Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos	5	3
3157245	Hospital Universitário	Florianópolis	4	0

2522691	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Itajaí	4	4
2306344	Hospital e Maternidade Jaraguá	Jaraguá Do Sul	3	3
2436477	Maternidade Darcy Vargas	Joinville	3	0
2568713	Hospital Regional Alto Vale	Rio Do Sul	3	3
2411393	Hospital Regional São Paulo Assec	Xanxerê	2	2
			28	19
Total de Estabelecimentos				8

Fonte: CNES

Dentre as ações desenvolvidas pelo Estado está a reavaliação de Hospitais habilitados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A IHAC é um selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, instituídos pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e pela Organização Mundial de Saúde. A IHAC é um selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, instituídos pelo Unicef e pela Organização Mundial de Saúde. Atualmente há 17 hospitais habilitados, conforme mostra o Quadro 102.

Quadro 102 - Relação de hospitais habilitados na IHAC segundo município, região e Macrorregião de Saúde

Macrorregião	Região de saúde	Município	Prestador
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Fundação Hospitalar Blumenau - Hospital Santo Antônio
Planalto Norte e Nordeste	Planalto Norte	Rio Negrinho	Fundação Hospitalar Rio Negrinho/Hospital Rio Negrinho
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Ituporanga	Hospital Bom Jesus
Planalto Norte e Nordeste	Planalto Norte	Porto União	Hospital de Caridade São Braz
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	Jaraguá do Sul	Hospital e Maternidade Jaraguá

Foz do Rio Itajaí	Foz do Rio Itajaí	Itajaí	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen
Meio Oeste e Serra Catarinense	Serra Catarinense	Lages	Hospital Geral Maternidade Tereza Ramos
Meio Oeste e Serra Catarinense	Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	Hospital Hélio Anjos Ortiz/Fundação Hospitalar Curitibanos
Sul	Laguna	Tubarão	Hospital Nossa Senhora da Conceição
Sul	Extremo Sul Catarinense	Araranguá	Hospital Regional de Araranguá/Hospital Deputado Afonso Ghizzo
Grande Oeste	Oeste	Chapecó	Hospital Regional do Oeste
Grande Oeste	Xanxerê	Xanxerê	Hospital Regional São Paulo - ASSEC
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	Florianópolis	Hospital Universitário Polydoro Ernani São Thiago
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	Florianópolis	Maternidade Carmela Dutra
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	Joinville	Maternidade Darcy Vargas
Planalto Norte e Nordeste	Planalto Norte	Mafra	Maternidade Dona Catarina Kuss
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Indaial	Sociedade Beneficente Hospital Beatriz Ramos

Fonte: CNES

Além disso o Estado apoia as ações relacionadas ao Método Canguru. A iniciativa integra a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, busca melhorar a qualidade da atenção prestada à gestante, ao recém-nascido e sua família, promovendo, a partir de uma abordagem humanizada e segura, o contato pele a pele (posição canguru) precoce entre a mãe/pai e o bebê, de forma gradual e progressiva, favorecendo vínculo afetivo, estabilidade térmica, estímulo à amamentação e o desenvolvimento do bebê. Atualmente 19 hospitais catarinenses estão capacitados para realização do Método Canguru. A relação de hospitais encontra-se no Quadro 103. O Centro de

Referência Regional é o Hospital Universitário Polydoro Ernani São Thiago e o Centro de Referência Estadual é a Maternidade Darcy Vargas.

Quadro 103 - Relação de Hospitais e Maternidades capacitadas no Método Canguru, segundo município, região e Macrorregião de Saúde

Macrorregião	Região de saúde	Município	Prestador
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	Florianópolis	Hospital Universitário/UFSC
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	Joinville	Maternidade Darcy Vargas
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santo Antônio
Meio Oeste e Serra Catarinense	Serra Catarinense	Lages	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos
Grande Oeste	Oeste	Chapecó	Hospital Regional do Oeste
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	Florianópolis	Maternidade Carmela Dutra
Sul	Laguna	Tubarão	Hospital Nossa Senhora da Conceição
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	Jaraguá do Sul	Hospital e Maternidade Jaraguá do Sul
Meio Oeste e Serra Catarinense	Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	Hospital Hélio Anjos Ortiz
Foz do Rio Itajaí	Foz do Rio Itajaí	Itajaí	Maternidade Marieta Konder Borhauhsen
Sul	Extremo Sul Catarinense	Araranguá	Hospital Regional de Araranguá
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	São José	Hospital Regional Homero de Miranda Gomes
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Ibirama	Hospital Miguel Couto
Planalto Norte e Nordeste	Planalto Norte	Mafra	Maternidade Dona Catarina Kuss
Grande Oeste	Xanxerê	Xanxerê	Hospital São Paulo

Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão
Grande Oeste	Extremo Oeste	São Miguel do Oeste	Hospital Terezinha Gaio Basso
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	Hospital Regional Alto Vale
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Brusque	Hospital Azambuja

Fonte: CNES

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, por intermédio de uma parceria entre o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz) e o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPE/SAS). Os objetivos da iniciativa são: 1. Promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. 2. Coletar e distribuir leite humano de qualidade certificada. 3. Contribuir para a redução da mortalidade infantil.

O Estado Santa Catarina possui 12 Bancos de Leite Humano (BLH), tendo como Centro de Referência a Maternidade Darcy Vargas, no município de Joinville. Os BLH credenciados são eles: Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, Fundação Hospitalar Rio Negrinho, Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, Maternidade Carmela Dutra, Maternidade Darcy Vargas, Maternidade Dona Catarina Kuss, Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos, Hospital e Maternidade Jaraguá e Hospital Hélio do Anjos Ortiz.

A Triagem Neonatal Biológica, amplamente conhecida como Teste do Pezinho, é um conjunto de ações básica e preventiva de saúde pública, responsável por identificar precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas, para que possam ser tratados em tempo oportuno, evitando as sequelas e até mesmo a morte. Além disso, propõe o gerenciamento dos casos positivos por meio de monitoramento e acompanhamento da criança durante o processo de tratamento.

A coleta do teste do pezinho (triagem neonatal biológica) acontece nos pontos de coleta da Atenção Primária de Saúde e em maternidades. O material coletado é enviado

via correio para a Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional do Estado do Paraná (FEPE), local onde é feita a análise laboratorial para diagnóstico primário.

O Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis se constitui no Serviço de Referência de Triagem Neonatal para tratamento e acompanhamento das crianças com resultados do Teste do Pezinho alterado.

Os profissionais das equipes da Atenção Básica qualificados para a realização da coleta de sangue. As Unidades de Terapia Intensiva Neonatais realizam este procedimento nas crianças internadas.

Todos os 295 municípios de Santa Catarina aderiram ao Programa de Triagem Neonatal. Em 2018 foram cadastrados 77 novos postos de coleta em relação ao ano anterior totalizando em 983 e triadas 90.981 crianças.

A partir de 2019 está sendo ofertado aos municípios o Programa de Testagem para a doença falciforme. Esta oferta foi possível a partir de uma parceria com o Estado do Paraná, na mesma modalidade do Teste do Pezinho. A coleta para o exame acontecerá nas Unidades Básicas de Saúde para todas as gestantes e o material coletado em papel filtro será enviado pelos correios para análise na FEPE juntamente com o material do teste do pezinho. Com isso fica garantido o acesso ao exame de eletroforese de hemoglobina para todas as gestantes catarinenses como preconiza o protocolo da Rede Cegonha.

Com relação a organização da gestão nesta rede, Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha estão instituídos em todas as Regiões de Saúde, no entanto, a periodicidade dos encontros é irregular em algumas Regiões. Os encontros acontecem com periodicidade mensal nas Regiões do Médio Vale do Itajaí, Nordeste, Planalto Norte e Serra Catarinense. Nas Regiões do Extremo Oeste, Oeste, Xanxerê, Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Alto Vale do Itajaí, Foz do Vale do Itajaí, Carbonífera, Extremo Sul, Laguna, Alto Uruguai Catarinense sem periodicidade estabelecida. Com o objetivo de fortalecer os Grupos Condutores Regionais, a área técnica desenvolveu uma planilha e encaminhou aos representantes regionais solicitando informações sobre: periodicidade das reuniões, componentes do Grupo Condutor Regional que participam sistematicamente das reuniões, processo de acompanhamento e apoio à implementação da Rede.

Os planos de ação Regionais estão em vigência até 2019, sendo necessário neste ano readequar os planos segundo a nova configuração do PDR 2018 para 7 Macrorregiões.

O Estado tem cadastrado no CNES de 1.223 leitos obstétricos SUS em hospitais de baixo e alto risco. Faz-se necessário a definição de uma política hospitalar para que os hospitais que fazem menos de 200 partos ano sejam vocacionados para outra atividade e os que fazem um volume maior que este sejam fortalecidos como referência regional ou microrregional. Esta é uma ação importante considerando que muitos hospitais de pequeno porte, não tem equipe de pediatra, obstetra e anestesista presencial para o serviço de obstetrícia. No Estado 99,7% dos nascimentos ocorrem em hospitais. A maioria das condições que resultam em óbito neonatal podem ser prevenidas e ou tratadas sem alta tecnologia. É imprescindível melhor entendimento dos riscos da gravidez, do parto e da fisiologia do recém-nascido (RN) imediatamente após o parto e nos primeiros dias de vida. A necessidade de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos é de 1 em cada 10 RN, 1 em cada 100 neonatos precisam de entubação e/ou massagem cardíaca, 1 em cada 1.000 necessita de entubação traqueal, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente. A asfixia perinatal, incluindo a aspiração de líquido meconial, está presente em 20% dos óbitos neonatais precoces.

Em 2018 foi realizada uma análise para definir a situação de atenção ao parto e ao recém-nascido nos hospitais onde ocorrem nascimentos no Estado com base nos dados alimentados no CNES considerando os seguintes critérios:

Situação de atenção qualificada (Padrão Ouro): Equipe composta por dois ou mais profissionais das seguintes especialidades (pediatra, obstetra, anestesista) + UTI Neonatal;

Situação de atenção razoável: Equipe composta por dois ou mais profissionais de cada especialidade + leito obstétrico (sem leito de UTI neonatal);

Situação de atenção crítica: Equipe composta por um profissional de cada especialidade + leito obstétrico (sem leito de UTI neonatal);

Situação de atenção inexistente: Nenhum profissional ou equipe incompleta por especialidade. Ter ou não leito obstétrico, sem leito de UTI neonatal.

Segundo dados do SINASC 165 municípios (55,9%) não tiveram ocorrência de parto hospitalar em 2015. Neste mesmo ano em 130 municípios ocorreram 96.994

(99,7%) partos hospitalares do total de 97.233 nascimentos em residentes de Santa Catarina.

O Quadro 104 mostra a distribuição dos municípios estratificados pelo número de partos por local de ocorrência, proporção e número de nascidos vivos e a situação da atenção ao parto e ao RN em SC em 2015:

Quadro 104 - Distribuição dos municípios com ocorrência de parto em hospitais, segundo número e proporção de nascimentos e situação do hospital para atendimento ao parto, em 2015

Ocorrência de partos no hospital local	Número de Municípios	Total de NV	% de total de partos	Situação da Atenção Parto, ao RN e Nº de Óbitos em <1 anos					
				Qualificada	Razoável	Crítica	Inexistente	NA	Óbito <1 ano
Zero	165	0	0	0	1	0	27	137	4
1 a 26	31	298	0.3	0	1	3	27		1
27 a 52	16	652	0.7	0	2	5	9		1
53 a 100	12	924	1.0	0	0	3	9		1
101 a 200	10	1656	1.7	0	3	4	3		1
201 a 364	17	4702	4.8	0	6	6	5		13
365 a 500	5	2009	2.1	0	5	0	0		8
500 a 999	15	10016	10.3	0	15	0	0		41
1000 e +	24	76737	79.1	16	8	0	0		803
Total	295	96994	100.0	17	40	21	80	137	873

Fonte: CNES e SINASC, 2015

Ao analisarmos os estratos constatamos que onde a ocorrência de parto foi zero, a estrutura para atenção ao parto e nascimento é inexistente em 27 municípios com hospitais, ou seja, não tem equipe mínima com obstetra, pediatra e anestesista. Em 137 municípios não existem hospitais e os mesmos totalizam 1.220.540 habitantes. No entanto, 4 óbitos infantis ocorreram neste estrato em 2015.

Ao analisarmos os municípios com ocorrência de menos 1 parto por dia, constatamos que em 86 municípios com 952.276 habitantes, ocorreram 8.232 nascimentos (8,5%) e os hospitais foram classificados quanto a estrutura para parto e nascimentos: 53 inexistente, 21 como crítico e 12 como razoável. Nestes hospitais ocorreram 17 óbitos infantis.

A proporção de municípios com número de partos ocorrendo de 365 a 999 nascimentos corresponde a 6,7% (20 municípios) com 788.898 habitantes. Estes municípios têm estruturas para parto e nascimento considerado razoável em sua totalidade e neles ocorreram 12.025 nascimentos (12,4%), e 49 óbitos em menor de 1 ano.

Os municípios responsáveis por 79,1% dos 1000 ou mais nascimentos ocorridos no Estado são 24 municípios (8,1%), com 3.577.922 habitantes. Destes 7 tem estrutura para parto e nascimentos considerado razoável com 42 óbitos em < de 1 ano e 17 tem estrutura considerada qualificada, com 761 óbitos.

1.6.2 Rede de Urgência e Emergência

Em Santa Catarina a Rede de Urgência e Emergência conta com 30 Unidades Hospitalares com Portas de Emergência qualificadas e 38 Unidades Hospitalares que disponibilizam enfermarias com leitos de Retaguarda Clínica habilitados. As unidades hospitalares com leitos de cuidados prolongados que estão na rede são 07 e 35 Unidades Hospitalares que disponibilizam leitos de UTI adulto habilitados e qualificados, 12 Unidades Hospitalares que disponibilizam leitos de UTI pediátricos habilitados e qualificados e 05 Unidades Hospitalares com leitos habilitados para atendimento aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Os planos regionais foram atualizados em 2018, porém há necessidade de readequá-los segundo a nova configuração do Plano Diretor Regional de 2018.

As unidades de pronto atendimento no Estado são em número de 19, nas quais 11 (onze) estão qualificadas e recebem custeio de habilitação e/ou qualificação no Estado. O número de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) totalizam 13 (treze) equipes tipo I, 02 (duas) tipo II e 05 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs).

A capacidade instalada do componente móvel do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Estado compõe-se da seguinte forma:

- ✓ 94 (noventa e quatro) Unidades de Suporte Básico – USB’s habilitadas, sendo destas 49 (quarenta e nove) já estão qualificadas;
- ✓ 23 (vinte e três) Unidades de Suporte Avançado – USA habilitadas, sendo destas 15(quinze) já estão qualificadas;
- ✓ 08 (oito) Centrais de Regulação de Urgência – CRU qualificadas.
- ✓ 03 (três) Aeronaves, sendo 01 (uma) asa fixa que realiza transferência interhospitalar dentro do Estado e 2 (duas) aeronaves asas rotativas que realizam os atendimentos primários.

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral. Soma-se a isso, o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas.

De acordo com o Censo de 2010, 10% da população brasileira contava com mais de 60 anos, o que significa mais de 20 milhões de pessoas.

Diante deste cenário, a Rede de Urgência e Emergência precisa evoluir na organização, e implementação das linhas de cuidados prioritários como Trauma, Cardiologia – IAM e Neurologia/Neurocirurgia – AVC, considerando também a necessidade de aumento do número de leitos específicos para Acidente Vascular Encefálico e leitos de Unidade Coronariana, bem como a construção de protocolos e fluxos que sejam efetivos, visando garantir a equidade no acesso em tempo oportuno.

Outra necessidade, é a de estabelecer a submissão das portas de entrada Hospitalares à Central de Regulação de Urgência, visando ordenar os fluxos e alinhar a grade de referência e contrarreferência.

Neste contexto, um dos fatores que podem ser observados como deficiência na ordenação da assistência na rede, é o número inexpressivo dos pontos de atenção que

possuem os protocolos de classificação de risco implantados, e sem uma padronização destes instrumentos, bem como a falta de qualificação dos profissionais para o uso dos mesmos.

Diante deste cenário, a articulação com todos os pontos de atenção da rede devem ser estabelecidos como prioritários para um planejamento factível, e a qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para os profissionais, imprescindível, para a garantia da humanização da atenção.

As ações de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Urgência e Emergência devem ser realizadas de maneira regionalizada. Atualmente o Núcleo de Educação em Urgência realiza as ações de educação permanente para o pré-hospitalar móvel em todo o Estado, e planeja a extensão para as portas hospitalares.

Quanto ao pré-hospitalar móvel, visando padronizar os processos de trabalho e otimizar os recursos envolvidos, foi aprovado por meio da Deliberação nº 200/CIB/17, a unificação da Central de Regulação de Urgências no Estado, em que todas as unidades de Atendimento Pré-Hospitalar do sistema serão reguladas, evitando o envio de unidades móveis em duplicidade.

Haverá ainda, a criação de protocolos para despacho rápido de unidades em casos pré-definidos. Neste contexto, intentando a regionalização da saúde, atuação territorial, e otimização de estrutura existente, objetiva-se o redimensionamento das unidades de atendimento do pré-hospitalar móvel, bem como verifica-se a necessidade de aumento de Unidades de Suporte Avançado em algumas regiões, e qualificação de todas as Unidades já existentes.

Como planejamento para diminuição de trotes para a Central de Regulação de Urgências, são realizadas ações educativas, orientando a comunidade, com relação a forma de acesso, e utilização das estruturas de atendimento do pré-hospitalar móvel, por meio do projeto de conscientização EDUCA SAMU, considerando que uma boa parte das ligações recebidas pelas Centrais de Regulação do SAMU são trotes.

Por fim, considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, entendemos que com a revisão do plano de ação estabelecendo metas a serem cumpridas, apresentando cronogramas de implantação, abordando os mecanismos de

regulação, monitoramento e avaliação, serão dimensionados os desafios a serem cumpridos pelos diversos pontos de atenção definidos para cada componente da Rede de Urgência e Emergência do Estado.

1.6.3 Rede de Atenção Psicossocial

Esta rede objetiva fazer valer os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais em ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades e ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001). Assim a Secretaria Estadual de Saúde, seguindo o norte do Ministério da Saúde (MS) conta com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que se caracteriza por uma Rede de Saúde Mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade. A RAPS apresenta uma divisão nos serviços com o início na Atenção Primária à Saúde (Unidades básicas de saúde, NASF, Centros de Convivência e Cultura); Atenção Psicossocial Estratégica, englobando os CAPS I microrregional, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS ad III; Atenção à Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidades de Acolhimento); Atenção Hospitalar (enfermaria especializada em Hospitais Gerais e leitos em Hospital Especializado de Referência); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviço Residencial Terapêutico).

Santa Catarina, oferta quinhentos e cinquenta e sete leitos em saúde mental/psiquiatria para o tratamento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e também para desintoxicações para aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a

pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas é um ponto de atenção do componente de Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial. Uma das principais diretrizes é a oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergências decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica. As internações costumam ser de curta duração, pelo tempo estritamente necessário para atingir a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso, com funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

A Portaria de Consolidação nº 3 do Ministério da Saúde institui os serviços da RAPS e suas modalidades e a Portaria de Consolidação nº 6 determina o financiamento desses serviços.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, que é constituído por equipe multiprofissional e realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Hoje em nosso Estado temos 104 (cento e quatro) CAPS habilitados junto ao MS e 5 (cinco) CAPS em funcionamento e com processo de habilitação junto ao MS.

De acordo com Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de setembro de 2017, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização, caracterizando-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. Conforme o Art.86 da mesma portaria consolidada, cabe ao gestor municipal/estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais

psiquiátricos para os SRT em Saúde Mental. Hoje em nosso Estado temos 3 (três) SRT habilitados junto ao MS.

Hoje em nosso Estado temos 2 (duas) Unidades de Acolhimento (UA) habilitadas junto ao MS.

A Linha de Cuidado para Atenção à Saúde Mental, a qual tem como principal objetivo fornecer subsídios para que a atenção primária possa realizar ações a esse respeito para a população sob sua responsabilidade, visando a prevenção, promoção de saúde e tratamento dos portadores de transtorno mental, evitando, precocemente, a cronificação e recorrência destes quadros, além da redução do impacto da doença e o tempo perdido com sintomas sobre o indivíduo, seus familiares e a sociedade.

A Linha de Cuidado tem como norteador o Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde (MI-GAP) 2018 da Organização Mundial da Saúde.

Outro dispositivo auxiliar à RAPS são as Comunidades Terapêuticas contratualizadas com a Secretaria de Estado da Saúde (SES). Desde 2017, as comunidades terapêuticas (CT's) do Projeto Reviver (FAPESC/UFSC) passaram a ter sua contratualização gerenciada pela SES. Atualmente, há 76 CT's contratualizadas, sendo disponibilizadas 10 vagas em cada uma delas, totalizando 760 vagas que são disponibilizadas aos municípios para acolhimento de pessoas com questões de dependência química. Quando há solicitação de vaga por algum município ou em razão de determinação judicial, a equipe do Núcleo de Saúde Mental necessita ligar para cada comunidade em busca de uma vaga, sempre buscando a CT mais próxima do município do cidadão.

Equipe multiprofissional para Avaliação e Acompanhamento e Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)

Instituído pela Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e é composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento

das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).

A EAP é uma equipe multiprofissional, composta por 05 profissionais de nível superior, a saber: 01 enfermeiro; 01 médico psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental; 01 psicólogo; 01 assistente social; 01 profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente Educação, Terapia Ocupacional ou Sociologia.

No Estado, a EAP está constituída, conta com uma médica psiquiátrica, um enfermeiro e uma assistente social que já estão atuando nas demandas de pacientes com transtorno mental em conflito com a lei determinadas pelo Tribunal de Justiça, assim como encaminhamentos via Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. A equipe aguarda a vinda de um profissional de psicologia, conforme estabelecido no termo de cooperação entre as secretarias. Também está suprida a demanda da equipe pelo apoio administrativo da Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Núcleo de Saúde Mental neste momento.

Importante salientar que a EAP não tem caráter assistencial, não sendo sua competência prestar assistência direta à saúde do paciente, em consonância com o que preconizam as Portarias nº 94 e 95, do Ministério da Saúde, bem como não é sua competência a realização de perícias.

A EAP é uma equipe norteadora do processo de atenção, realizando a interface entre as necessidades do paciente e o Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Sistema Penitenciário, Rede de Atenção em Saúde Mental e a Rede de Assistência Social para o acesso da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei ao SUS.

1.6.4 Rede de Atenção à Pessoas com Condições Crônicas

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, foi instituída pela portaria nº 483 de 1º de Abril de 2014 e está inserida na portaria nº 3 - de consolidação das normas sobre as redes do SUS. Tem como objetivo realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, assim como a subsidiar a organização dessa rede e a definir conceitos importantes para a organização.

Sua composição e estruturada por níveis de atenção (primário, secundário e terciário), por pontos de atenção e por territórios sanitários, tendo como finalidade a formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, local onde são ofertados os serviços de saúde.

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Dentre as condições de saúde cabe destacar as condições crônicas, especialmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como: diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc. que iniciam e evoluem lentamente. Essas, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. A detecção, estratificação de risco e tratamento dessas enfermidades, bem como os cuidados paliativos, são componentes-chave da resposta a essas doenças.

A fragmentação do sistema de saúde é ainda um grande desafio a ser superado. A mudança no paradigma do sistema de saúde por meio da construção de redes vem ao encontro deste desafio, visto que o trabalho em rede busca o fortalecimento da atenção básica como coordenadora do cuidado. Ao coordenar o cuidado, pretende-se que a atenção básica seja capaz de garantir o cuidado contínuo ao usuário do Sistema Único de Saúde, fortalecendo vínculos entre a população e os pontos de atenção, o que é fundamental para a atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica.

Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

As doenças crônicas apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. Constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de

doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento.

A principal iniciativa é alinhar ações e serviços já existentes nos municípios para que seja possível reconhecer uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas a partir das Linhas de Cuidado e Santa Catarina iniciou o processo por meio das linhas de cuidado abaixo:

- ✓ Linha de Cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus, aprovada na CIB pela deliberação 330/CIB/2018
- ✓ Linha de Cuidado Hipertensão Arterial;
- ✓ Linha de Cuidado Sobrepeso e Obesidade;
- ✓ Linha de Cuidado Oncologia, com um total de 20 UNACONs e 1 Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) distribuídas nas sete Macrorregiões
- ✓ Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica, deliberação 288/CIB/18, serviços ambulatoriais de cobertura no Estado distribuídos nas sete Macrorregiões de saúde.
- ✓ Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Respiratória Crônica.

1.6.5 Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa

Para nortear a construção e implementação das ações de saúde no contexto da Rede de Atenção à Saúde é importante as orientações técnicas da “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa”, a linha de cuidado configura-se como um modo de organizar estrategicamente a atenção integral e longitudinal à saúde desta população na RAS, tendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde.

Em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e buscando superar os desafios da fragilidade da APS e manter tendência crescente da expectativa de vida da população catarinense.

Para garantir um atendimento diferenciado na sua integralidade, é preciso incorporar mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção ao contingente idoso, tendo o envolvimento de profissionais

da APS com destaque para os pontos de atenção que atuam na Estratégia Saúde da Família, Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF), Programa Academia da Saúde.

Os pontos de atenção incluem tanto os serviços de saúde quanto os de outros setores, como os dispositivos da assistência social, as instituições da justiça e dos direitos humanos, as entidades e associações comunitárias, equipamentos e pontos de cultura, esportes, lazer e educação, dentre outros, necessários à integralidade do cuidado e a construção da intersetorialidade.

A composição e distribuição da população de SC, conforme IBGE – censo 2010 é de 6.248.436, sendo que a população idosa constitui 656.913 desta população conforme destaca a Tabela 4:

Tabela 4 - Composição da População Idosa de Santa Catarina. Faixa Etária e Sexo

Faixa Etária	Geral		Homens		Mulheres	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
100 anos e +	405	0,1	126	0,0	279	0,1
90 a 99 anos	9.580	1,5	3.081	1,0	6.499	1,8
80 a 89 anos	70.752	10,8	26.512	9,0	44.240	12,2
70 a 79 anos	195.349	29,7	85.121	28,9	110.228	30,5
60 a 69 anos	380.827	58,0	180.291	61,1	200.536	55,4
Santa Catarina	656.913	100,0	295.131	100,0	361.782	100,0

Fonte: IBGE, Censo 2010

A tabela 4, destaca a diferença entre os gêneros. As mulheres lideram a longevidade, vivem mais em SC, pois o número é superior das mulheres em relação aos homens. A expectativa de vida dos idosos no Estado em 2012 era de mais 71,6 anos, o que representou um incremento de 1,8 anos no período de 2006-2012. A expectativa de vida é maior no sexo feminino: os homens obtiveram 2,3 anos e as mulheres, de 4 anos. A maior expectativa de vida – 4,6 anos – está localizado na Região de Saúde Extremo Oeste.

Diante da transição do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, é imprescindível implantar a linha de cuidado que permite organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e identificar as necessidades dos idosos, através da estratificação por perfis.

A estratificação de três diferentes perfis de funcionalidade (pessoas idosas independentes e autônomas; pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros e pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades de vida diária) organiza as ações a serem desenvolvidas em cada nível de atenção das RAS por meio da articulação intersetorial.

1.6.6 Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

A rede prevê uma série de estratégias e serviços de atendimento às necessidades específicas de pessoas com deficiência auditiva, física, visual, intelectual e múltiplas deficiências. Sendo que a pessoa com ostomia está contemplada na Atenção a deficiência física e o Transtorno do Espectro do Autismo na deficiência intelectual. Com essa Rede, estabeleceu-se a articulação dos serviços de saúde, com a garantia de ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Até 2014, foram planejadas diversas ações, dentre as quais se destacaram: qualificação das equipes de atenção básica; criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e qualificação dos serviços já existentes; criação de oficinas ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, vinculados ou não aos serviços de reabilitação física do SUS; qualificação da atenção odontológica, tanto na atenção básica quanto na especializada e cirúrgica.

A Rede traz em seu escopo a APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado; dessa maneira, a SES/SC vem estimulando e incentivando os municípios no desenvolvimento de ações voltadas às pessoas com deficiência nesse nível de atenção. Na atenção secundária, os pontos de atenção nas áreas de reabilitação física, auditiva e visual estão distribuídos por todo o Estado, nas Regiões de Saúde. Atualmente, Santa Catarina conta com quatro em Reabilitação Física, seis em Reabilitação auditiva e um Serviço Especializado em Reabilitação Visual. Além disso o Estado realiza o atendimento em reabilitação intelectual, com cinco CER II habilitados 123 serviços na sua maioria Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs) contratualizadas. Dentro dos

Centros de Especialidades Odontológicas o Estado apresenta sete serviços aderidos à rede de deficiência.

1.7 PROGRAMAS ESTRATÉGICOS DA SES

1.7.1 Acreditação

O Programa Estadual de Acreditação em Saúde de Santa Catarina se baseia no Programa de Acreditação em Saúde do município de Florianópolis, que por sua vez se inspirou nos Programas de Acreditação de países como Espanha, Portugal e Canadá, para induzir a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, buscando fortalecer a confiança dos cidadãos no sistema de saúde público. Inicia-se pela acreditação da atenção primária à saúde tendo como meta desenvolver esta ação para os demais níveis de atenção à saúde. Neste contexto, o Programa Estadual de Acreditação em Saúde avaliará, certificará e acreditará a qualidade dos serviços nas Unidades de Saúde de Santa Catarina. Tem como objetivo institucionalizar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança, com uma adequada relação custo-benefício buscando fortalecer a confiança dos cidadãos e dos profissionais de saúde nos serviços de saúde. Esta ação está embasada na necessidade de melhoria nos processos de atenção já desenvolvidos pelas equipes estabelecendo Padrões de Qualidade para cada tipo de Unidade.

Na atenção primária à saúde, destaca-se a iniciativa de outros municípios no Estado, como por exemplo Botuverá, que já iniciaram processos de preparação de equipes de saúde para a Acreditação, a partir da experiência de Florianópolis. O sistema Estadual de Acreditação em Saúde será composto por cinco fases, sendo que a finalização da 1ª fase é pré-requisito para que se inicie a 2ª fase, e assim sucessivamente, sendo que na 5ª fase o processo se inicia novamente, sendo cíclico e permanente. As fases do Sistema de Acreditação em Saúde são:

- ✓ 1ª fase: Adesão;
- ✓ 2ª fase: Desenvolvimento: Autoavaliação e Plano de Ação;
- ✓ 3ª fase: Avaliação Externa;
- ✓ 4ª fase: Certificação da Unidade;
- ✓ 5ª fase: Reacreditação.

Na programação do desenvolvimento da Acreditação em Atenção Primária à Saúde para 2019 está a elaboração da proposta e aprovação nas instâncias colegiadas de gestão. Para 2020 está prevista a adesão dos municípios que será voluntária, a autoavaliação e o plano de ação por equipe. A partir de 2021 inicia-se a avaliação do desempenho das equipes para a certificação que se dará por Unidade de Saúde. A previsão de recursos para esta ação envolve na adesão o acréscimo de 10% no co financiamento estadual já recebido por equipe e na certificação o percentual de aumento se dá a partir do nível de qualidade alcançado podendo alcançar o teto de 100% de acréscimo no valor já recebido por equipe de co financiamento estadual.

1.7.2 Qualifica APS

O Programa Qualifica APS foi proposto em como uma estratégia de educação permanente envolvendo tutoria junto às equipes de saúde que tem por objetivo a melhoria do acesso e da qualidade da atenção na atenção primária à saúde. O diagnóstico realizado junto às equipes de atenção primária à saúde demonstrou que o processo de trabalho pode ser aprimorado no que tange a organização do acesso dos usuários e na resolutividade das ações desenvolvidas. Ainda persiste em muitos municípios agenda organizada por atendimento por ordem de chegada na unidade de saúde, atendimentos em dias fixos por grupos, não utilização de protocolos de atendimento pelos profissionais e o trabalho não desenvolvido em equipe. Estes são alguns dos pontos que contribuem para que persistam percentuais ainda elevados de internação por condições sensíveis à atenção primária e a mortalidade por causas evitáveis. Indicadores que podem ser melhorados com o aprimoramento do processo de trabalho na APS e com o fortalecimento do trabalho em rede com os demais pontos de atenção à saúde.

O QualificaAPS é uma ação estratégica de educação permanente em saúde que prepara as equipes para alcançar melhores níveis de qualidade e a acreditação em saúde. Estão previstos neste programa o desenvolvimento contínuo de processos formativos para tutores e profissionais de saúde, entre eles cursos via telessaúde e oficinas presenciais locais e regionais.

A primeira etapa da implantação da Estratégia Qualifica APS/SC iniciou em 2018 com o curso EAD/Telessaúde denominado “Curso de Aperfeiçoamento em Atenção

Primária em Saúde Qualifica APS/SC” com o intuito de nivelar e ampliar conceitos sobre os atributos e responsabilidades da Atenção Primária na Rede de Saúde. Foram convidados a participar desta etapa todos os profissionais dos municípios e Estado, instituições de ensino e demais interessados em fortalecer a APS (535 inscritos).

1.7.3 PlanificaSUS

Santa Catarina aderiu ao PlanificaSUS em 2019 e iniciou o desenvolvimento das ações nas Regiões de Saúde da Serra Catarinense e Foz do Rio Itajaí. Este programa está sendo desenvolvido com apoio da Associação Israelita Albert Einstein numa parceria do Ministério da Saúde e CONASS. Está baseada no referencial teórico do Dr Eugênio Vilaça sobre a estruturação da rede de atenção à saúde tendo a atenção primária como coordenadora e ordenadora do cuidado. Tem ainda como base o compartilhamento do cuidado com o aprimoramento de mecanismos que integram as equipes da atenção primária com a atenção especializada, com o objetivo de garantir os fluxos e contra fluxos dos usuários com condição crônica de alto risco, de maneira segura e oportuna, e o compartilhamento dos produtos e informações geradas nos atendimentos, de maneira adequada e regular, para solucionar problemas e tomar decisões. Estas duas regiões de saúde servirão de laboratório para a partir de 2020 a ampliação para as demais regiões de saúde do Estado. Para tanto está sendo estruturado grupo condutor estadual, regionais além de um grupo de facilitadores e tutores que atuarão na implementação desta ação a partir de julho de 2019. Oficinas presenciais e formação a distância acontecerão nas duas regiões de saúde selecionadas ao longo de 2019 e 2020 envolvendo os facilitadores, os tutores e todos os profissionais de saúde da atenção primária e da atenção especializada. A rede selecionada para ser planejada foi a Rede Cegonha nas duas regiões de saúde, desta forma a atenção especializada está representada pelos ambulatórios de gestação de alto risco referência regional. Um grande desafio está na estruturação destes ambulatórios no modelo previsto pela planificação. São necessários equipe multiprofissional e espaço adequado para o modelo preconizado. Este modelo de ambulatório não está ainda em funcionamento no Estado e sua implementação será um marco para a qualificação da atenção e contribuirá para diminuir ainda mais os índices de mortalidade infantil e materna em Santa Catarina.

1.7.4 Sala de Situação em Saúde

O acesso a informação de qualidade e oportuna para embasar a gestão é uma das grandes dificuldades na área da saúde no Estado. A Secretaria de Estado da Saúde não tem acesso até este momento, por exemplo, a base de dados do e-SUS o que dificulta o acompanhamento da situação de saúde e dos atendimentos realizados pela atenção primária à saúde. Ter acesso a estas informações é condição essencial para o desenvolvimento da acreditação em atenção primária à saúde. Além desta situação os sistemas de informações disponíveis não se comunicam gerando dados muitas vezes diferentes para um mesmo indicador. Os sistemas de informação utilizados pelos serviços de saúde da atenção especializada não se comunicam entre si gerando novos procedimentos quando o usuário acessa pontos de atenção diferentes em busca de atendimento pelo mesmo problema de saúde. A informação deve ser a base para a gestão, desta forma a decisão de implantar uma sala de situação em saúde que permita o acesso e a análise dos dados de saúde será de grande importância. Este processo iniciou em 2019 e será um marco na melhoria da qualidade da informação para a Secretaria de Estado da Saúde.

1.7.5 Contratualização dos Serviços de Saúde

A contratualização dos serviços de saúde é uma prerrogativa para a prestação de serviços no âmbito do SUS. Desta forma aprimorar os instrumentos contratuais é uma necessidade para qualificar o acesso e os mecanismos de controle, avaliação e auditoria. Neste sentido faz-se necessário a elaboração de um novo edital de chamada pública e de um novo modelo de contrato pela Secretaria de Estado da Saúde com seus prestadores no âmbito da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Este contrato embasado na legislação vigente englobará entre outros aspectos indicadores quantitativos e comissão de avaliação que determinarão a manutenção dos repasses financeiros de acordo com o alcance das metas contratualizadas.

O grande desafio que está sendo proposto é contratualizar os serviços a partir das necessidades de saúde da população e não somente pela oferta apresentada pelos prestadores. A partir da delimitação de serviços e estes estando contratualizados, faz-se

necessário também aprimorar o processo de regulação do acesso a fim de garantir ampliação deste e transparência nos processos desenvolvidos.

1.7.6 Política Hospitalar Catarinense

O Estado não tem até o momento uma política estadual para nortear suas ações no âmbito hospitalar. Em 2019 está sendo finalizada uma proposta, a ser aprovada pelas instâncias gestoras ainda neste ano, que estabelece critérios e portes dentro de uma política para estas unidades. O objetivo é ampliar o acesso dos usuários de acordo com as necessidades regionais e fortalecer os serviços identificados como de interesse para a saúde. Desta forma o repasse de recursos de incentivo estadual fica condicionado a estrutura e serviços oferecidos, mas também ao desempenho das instituições hospitalares. A política define o que é um hospital e quais são os que serão fortalecidos de forma a atender as necessidades regionais. Atrelada a esta política faz-se necessário a melhoria dos processos de contratualização, de controle, de avaliação e de auditoria no Estado de forma que sejam contratualizadas ações vinculadas a indicadores de quantidade e qualidade e estes sejam avaliados com o recurso vinculado a manutenção de níveis de qualidade pelos serviços.

1.7.7 Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS

O fortalecimento da gestão estadual do SUS está sendo proposto a partir do desenvolvimento de um planejamento estratégico para a Secretaria de Estado de Saúde. Este planejamento está sendo desenvolvido com apoio do Hospital Alemão, CONASS e Ministério da Saúde. Esta ação mobilizou e integrou as diferentes áreas da Secretaria de Estado e também do COSEMS, Conselho Estadual de Saúde e do Núcleo do Ministério da Saúde no Estado. Este processo está sendo desenvolvido em 2019 e reviu desde a missão, a visão e os valores até as ações a serem desenvolvidas para melhoria dos processos identificados como necessárias no diagnóstico situacional.

Esta ação está sendo integrada a construção do Plano Estadual de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Planejamento Regional Integrado.

1.7.8 Planejamento Regional Integrado

Iniciou-se em 2018 e continua sendo desenvolvido junto as regiões de saúde do Estado o planejamento regional integrado para subsidiar a implementação das políticas públicas de acordo com as necessidades da população. Este é um processo de construção coletiva regionalizado que embasará o Plano Estadual de Saúde e também a discussão das necessidades e a pactuação do acesso aos serviços de saúde regionalizados.

1.7.9 Fortalecimento das Escolas de Saúde Pública

Fortalecer os processos de educação permanente em saúde é essencial para a qualificação tanto da gestão como da atenção à saúde no Estado. Duas escolas fazem parte hoje da Diretoria de Educação Permanente em Saúde na Secretaria de Estado. Entre as prioridades da gestão está o fortalecimento dessas instâncias como protagonistas das ações de educação em saúde desenvolvidas no âmbito interno e externo da gestão estadual. Entre as estratégias previstas para o fortalecimento, especificamente da escola de nível superior está a parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública com o desenvolvimento de Curso de Especialização em Saúde Pública com posterior possibilidade de desenvolvimento de processo de acreditação da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. A partir de 2019 as duas escolas estaduais compartilham espaço físico construído para esta finalidade. Persiste a necessidade de qualificar as estruturas de biblioteca e laboratórios de práticas e também a captação de recursos para o desenvolvimento de maior número de cursos de formação tanto para profissionais de formação de nível superior quanto de nível médio.

1.7.10 Cuidado Farmacêutico

Os custos com a assistência farmacêutica têm crescido vertiginosamente em especial no atendimento de demandas judicializadas nesta área. Compete ao Estado a implementar a política de assistência farmacêutica em conjunto com os demais entes e fornecer parte dos insumos em especial no componente especializado. No âmbito da assistência farmacêutica está em desenvolvimento duas ações estratégicas, uma

voltada ao fortalecimento da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde e outra na organização do âmbito regional. No âmbito dos medicamentos judiciais está sendo iniciada ação conjunta no sentido de fornecer os medicamentos pelos trâmites já estabelecidos administrativamente para os medicamentos que constam na Relação Nacional de Medicamentos retirando-os do componente judicial. No componente especializado está previsto para 2019 o início de um projeto denominado Cuidado Farmacêutico com apoio do CONASS para uma unidade piloto junto a Farmácia Escola do município de Florianópolis que servirá de laboratório para qualificar as demais unidades estaduais na assistência farmacêutica neste âmbito.

1.7.11 Qualificação das Unidades Hospitalares da SES

A implementação das comissões de qualificação hospitalar e dos escritórios de qualidade junto aos hospitais da rede estadual objetiva ampliar a cultura de qualidade contribuindo para a construção de diretrizes que garantam a primazia da assistência à saúde nestas unidades. Estas equipes iniciaram atuação em 2019 e vão orientar a execução dos trabalhos e a organização dos processos internos na perspectiva de obtenção da certificação de qualidade para estas unidades de saúde.

1.7.12 Integração SAMU/Bombeiros

A integração das equipes e serviços do SAMU e dos Bombeiros no Estado para desenvolver o atendimento móvel de urgência é uma das estratégias para ampliar e qualificar as ações já desenvolvidas nesta área. O Estado está propondo para o Ministério da Saúde ser projeto piloto nesta integração. As ações estão sendo coordenadas pela Superintendência de Urgência e Emergência.

Em Julho de 2017, o Estado iniciou o processo de discussão e implementação do Projeto de Integração das duas estruturas de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, a Instituição do Corpo de Bombeiro Militar de Santa Catarina, com o Auto Socorro de Urgência (ASU) e a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, com a Unidade de Suporte Avançado.

A análise decorreu do fornecimento de dados repassados pelas instituições envolvidas e o fluxo real dos acionamentos e recursos investidos em ambas, para a manutenção dos serviços existentes, sendo estes do Estado com administração mista.

Igualmente, analisou-se as necessidades, estruturas existentes e, acima de tudo, o tempo resposta de todas as ações dentro dos serviços citados e suas ferramentas de trabalho, além do funcionamento operacional para a manutenção e ampliação dos serviços.

O aproveitamento dos dois modelos, referente às suas características que dão destaque para o atendimento da população catarinense, como tempo resposta, hospitais referenciados, a decisão clínica pelo médico regulador e estrutura foram considerados de suma importância para o processo de discussão. Para maior compreensão do processo de integração vale identificar nesta escrita a delimitação da gestão dos dois serviços, o Corpo de Bombeiro Militar e o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Corpo de Bombeiro Militar de Santa Catarina

- ✓ Gestão direta do Estado;
- ✓ Abrangência estadual;
- ✓ Estrutura própria/bases e despacho;
- ✓ Suporte Básico à Vida: ambulância de resgate. De acordo com a Portaria 2.048/2002 “veículo de atendimento de urgência pré-hospitalar de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em altura)”. (cap. IV subitem 2.1);
- ✓ Em alguns plantões 3 socorristas bombeiros;
- ✓ Despacho com o atendente/despachante, conforme a demanda e disponibilidade das unidades;

*Obs: Atribuição da Regulação Médica das Urgências e Emergência: **monitorar e orientar** o atendimento feito por outro profissional da saúde habilitado (médico intensivista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), **por profissional da área de segurança ou bombeiro militar** (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência. A Regulação Médica de outras Entidades/Corporações/Organizações, o Corpo de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as*

vinculadas à Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da área da Segurança Pública **deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste regulamento.** (cap. II, item 3).

- ✓ Não possuem medicamentos.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

- ✓ Gestão descentralizada: Estado e Municípios
- ✓ CRU/USA: Gestão Administrativa e operacional do Estado;
- ✓ USB: Gestão Administrativa e operacional dos Municípios;
“As unidades de Suporte Básico serão custeadas com os recursos financeiros do Ministério da Saúde e dos Municípios. As unidades de Suporte Avançado para Atendimento de UTI (móvel), assim como as centrais de regulação serão de responsabilidade do Estado.” (Deliberação 010/CIB/04).
- ✓ ARCANJOS – Asa fixa e Asa rotativa: Gestão Administrativa e operacional do Estado;
Termo de Cooperação Técnica nº 13.052/2012-4;
O presente Termo tem por objeto potencializar as atividades realizadas pela SES em parceria com a SSP, através do CBMSC, por meio do Batalhão de Operações Aéreas – BOA, quando da realização dos serviços de suporte avançado de vida em atendimento pré-hospitalar, transporte inter-hospitalar de pacientes devidamente regulados, bem como para a realização de traslados de equipes para captação e transporte de órgãos e tecidos para transplantes, visando a otimização dos meios já disponíveis e a expansão das atividades, na busca pela eficiência e eficácia na gestão de recursos e a diminuição de tempo resposta. (Cláusula Primeira – do Objeto).
- ✓ Abrangência estadual, 100% regulado;
- ✓ Não há base e CRU's própria, grande maioria alugadas;
- ✓ Todas com modalidade de custeio por repasse de recurso pelo Ministério da Saúde, com valores diferenciados de Habilitação e Qualificação. O complemento em conjunto, Estado e Municípios são em conformidades com a pactuação estabelecida na respectiva CIB, exceto a aeronave Asa Fixa. (Portaria, 1.010/2012, cap. VII, parágrafo único, Portaria consolidada nº 3).

Quadro 105 A - Unidade de Sup. Avançado, Suporte Básico e Aeromédica

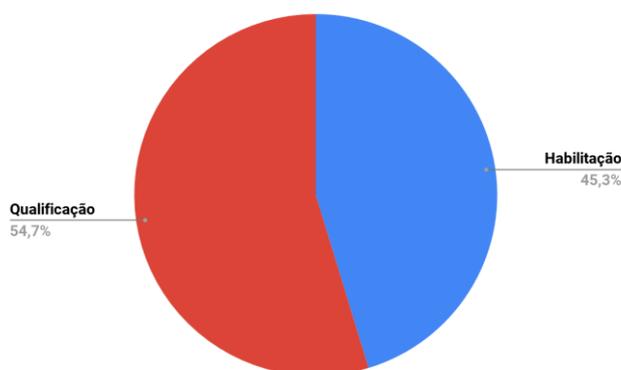
Unidade de Sup. Avançado	Unidade de Sup. Básico	Unidade Aeromédica
Habilitada: R\$: 38.500,00	Habilitada: 13.125,00	Habilitada: 38.500,00
Qualificada: R\$: 48.221,00	Qualificada: R\$: 21.919,00	Qualificada: R\$:48.221,00

Quadro 105 B - Centrais de Regulação de Urgências – SAMU habilitadas e qualificadas

Central de Regulação de Urgências – SAMU	Habilitadas	Qualificadas
Até 350 mil habitantes	R\$: 42.000,00	R\$: 52.605,00
De 7.000.001 à 8.000.000	R\$: 278.600,00	R\$: 348.946,50

Fonte: Portaria 1.010/2012 e Portaria 1.473/2013

O gráfico a seguir apresenta as unidades/bases de suporte avançado e suporte básico em situações atuais de habilitações e qualificações.

Figura 51 - Unidades/bases de suporte avançado e suporte básico em situações atuais de habilitações e qualificações

Fontes: Coord. RUE 13/08/019

Todas as unidades possuem medicamentos e equipamentos, conforme o tipo de unidade e lista de padronização de medicamentos deliberado em CIB –Deliberação 501/2014.

Nem todos os pacientes que são levados para os hospitais, pois o tratamento agudo pode ser resolvido no momento do atendimento. Caso seja necessário, os pacientes são encaminhados de acordo com a referência pactuada. Vale destacar a importância da ferramenta de regulação para a organização do Sistema Assistencial de envios de pacientes para a continuidade do tratamento, conforme orientação da Portaria 2.657/2004: “d. grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, (...) essas grades deverão ser mantidas atualizadas diariamente pelos serviços, indicando e justificando se há impedimento de uso do potencial do serviço.

Impacto negativo para a assistência à saúde

A identificação de algumas disfunções geradas pela fragmentação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências causadas nestes 13 anos, a contar a partir da implantação do SAMU em Santa Catarina sofreram danos operacionais, financeiros e o atendimento à população catarinense.

Às 08 Centrais de Regulação do SAMU, bases estaduais e municipais Centrais de Despacho CBMSC, bases estaduais encontravam-se com redundância nas estruturas. Os Sistemas do CBMSC e do SAMU não se comunicam: O Software, rádio e protocolos de atendimento, gerando redundância no despacho e procedimentos diferentes. Não há Sistema informatizado de controle de leitos de UTI disponível em tempo real de todo o Estado.

Complexo Reguladores

Em conformidade com o art. 5º a regulação do acesso à assistência efetiva pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimento às urgências, (...), leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações: I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II - controle dos leitos disponíveis (...).

Destaca-se também que a Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria 1.600/2011, um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências é o SAMU e suas centrais de regulação médica de urgências, onde a mesma, baseada na implantação de suas centrais de regulação é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

As centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, por meio da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. Então o sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, por meio do trabalho integrado das centrais de regulação médica de urgências com outras centrais de regulação de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo as polícias militares e defesa civil.

Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades (Portaria 2.048, cap.II).

Ambulância – Reposição e manutenção

A carência de reposição por questões de indisponibilidades das ambulâncias pela utilização prolongada e as necessidades frequentes de manutenção.

Educação

A falta de investimento em atualização/capacitação tanto na Urgência e Emergência da Secretaria de Estado da Saúde, quanto no ensino continuado APH do CBMSC.

O SAMU recebe incentivo mensal do Ministério da Saúde, depositado no fundo estadual de saúde para o Estado e Município, fundo municipal de saúde, classificados

como habilitados e qualificados. E para tal permanência, alguns requisitos são necessários no andamento do serviço com qualidade e permanência do incentivo. Dentre eles, a Capacitação Permanente em Saúde regulamentada pela Portaria 198/2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com estratégias do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores nos setores e dá outras providências.

Considerando que a Educação Permanente é um conceito pedagógico, no setor da saúde para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços entre docentes e atenção à saúde.

Considerando que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva.

Considerando o levantamento das ações e o diagnóstico a nível estadual refletido nas atividades diárias dos profissionais, revela:

A falta de recursos específico para tal ação, a diferença de protocolos entre as instituições aqui representadas e a “vaga” impressão de finalidade dos cursos realizados, refletem no dia a dia, percebendo a distância da capacitação permanente das necessidades geradoras, e os profissionais, importantes no processo de construção do conhecimento e sujeitos, colaboradores para a qualificação do serviço prestado a população.

Outro ponto observado é a transferência de responsabilidades e competências, antes não consensualizadas, desencadeadora da falta de articulação macrorregional e a estruturação de núcleo de educação em urgência para a nortear a área educacional, junto com Centro de Ensino do CBMSC e todos núcleos da Rede de Atenção às Urgências, em consonância com as Escolas de Saúde Pública, com equipe de multiprofissionais engajados no aperfeiçoamento e qualificação do serviço; por meio da educação, independente das responsabilidades operacionais e administrativas. Deixando de construir a devida estrutura física, operacional e orçamentária para as ações provenientes da Educação Permanente, ou seja, o não pensar que a educação faz parte do processo de planejamento da gestão e não colocá-la como uma das prioridades de investimento e um dos pilares para o desenvolvimento do serviço de qualidade, trouxe uma visão “negativa” para a gestão do Estado. Por consequência a gestão estadual sendo identificado como único responsável pela situação.

No ensino continuado do CBMSC, o exercício estruturado para execução das atividades são os cursos de formação de bombeiros, dentre eles de oficiais.

“Ambos atuantes no atendimento pré-hospitalar móvel de urgências e emergências com protocolos e diretrizes diferentes.”

Quadro 106 - Processo de apresentação do projeto de integração

Diagnóstico do APH in loco	Discussão com o MP
Construção do modelo de gestão	Discussão com o TCE
Discussão com os colaboradores	Discussão com a PGE
Discussão com os municípios	Câmara Técnica de Gestão
Discussão com os sindicatos	Câmara Técnica de Regulação
Conselho Estadual de Saúde	-----

A proposta se constitui pela criação de um novo modelo de APH para Santa Catarina com gestão do Estado financiado com recursos da Saúde. O novo modelo iniciar-se-ia com a integração do ASU – CBMSC e USA – SAMU. **A CRIAÇÃO DA CENTRAL ÚNICA E INTEGRAÇÃO DO SISTEMA CR-SAMU e E-193.**

2. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES PRIORIZADOS

A elaboração deste plano envolveu os órgãos e entidades da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde – SES, bem como, do Controle Social, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Secretaria de Estado da Fazenda (SEF) e Superintendência Estadual do Ministério da Saúde e ocorreu de forma compatibilizada com o processo do Planejamento Regional Integrado – PRI (que segue em construção) e o Plano Plurianual (PPA) deste mesmo quadriênio, de forma a manter coerência entre o programa, compromissos, metas e iniciativas respeitando suas especificidades metodológicas, mas no produto final a compatibilização entre os instrumentos potencializa desenvolvimento das ações e facilita o monitoramento.

Resultante do consenso dessa ordem de debates, este plano é apresentado em duas seções. A primeira compreende a análise situacional, com a estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, condições socio sanitárias, gestão do trabalho e da educação na saúde. E a segunda, com a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores prioritários de saúde para o atual contexto de Santa Catarina, a partir dos macroproblemas levantados no diagnóstico situacional.

Entendendo como problema uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado (BRASIL, 2009). Segundo o mesmo autor, é uma discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. No entanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável, e ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva – sob a forma de um enunciado – síntese – e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde (BRASIL, 2009). Para cada diretriz é apresentado um rol de objetivos e metas – quantificadas – a serem alcançadas em um determinado período.

Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados (BRASIL, 2009). É um alvo para o qual a organização direciona seus esforços.

Na proposição dos objetivos deste Plano foi considerado a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e ainda, foi realizado a análise de coerência dos objetivos com as políticas de governo.

As metas são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando” (BRASIL, 2009). Devem ser específicas e mensuráveis.

No âmbito deste PES, procurou-se elaborar metas viáveis, mas, ao mesmo tempo, ousadas, para aproximar o máximo possível da formulação qualitativa dos objetivos e constituir algo desafiante, que estimulasse a SES a se mobilizar na construção do futuro.

O indicador permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas (BRASIL, 2009).

As diretrizes, objetivos e metas definidas para o PES 2020 - 2023, foram:

2.1. PERSPECTIVA SOCIEDADE

DIRETRIZ: QUALIFICAR A ATENÇÃO À SAÚDE VOLTADA PARA AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE								
Objetivo Estratégico 1: Reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: NIS/DIVE/SUV								
Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
1.1 Taxa de mortalidade infantil – Ind. Governo + Interfederativa	1.1. Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 10,12 para 9,30 até 2023.	10,12	2010 - 2019	9,3	9,8	9,6	9,4	9,3
1.2 Nº de óbitos maternos – Ind. Governo + Interfederativa	1.2. Reduzir a mortalidade materna de 28 casos para 25 até 2023.	28	2010 - 2019	25	28	27	26	25

DIRETRIZ: AMPLIAR A INFORMAÇÃO SOBRE AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**Objetivo Estratégico 2: Reduzir a taxa de mortalidade de causas externas (Violência e acidentes)****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: Gevra/DIVE/SUV**

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
2.1. Taxa de mortalidade por causas externas (acidente de trânsito)	2.1. Reduzir a taxa de mortalidade por causas externas (por acidentes de trânsito) de 19,5 para 19,11 até final de 2023.	19,5	2018	19,11	19,40	19,30	19,20	19,11

DIRETRIZ: QUALIFICAR TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS

Objetivo Estratégico 3: Reduzir a taxa de mortalidade por causas cardiovasculares, neoplasias, diabetes e respiratórias crônicas

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: Gevra/DIVE

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
3.1. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, neoplasias, diabetes e respiratórias crônicas). – Ind. Governo + Interfederativa	3.1. Reduzir a taxa de mortalidade por causas: cardiovasculares, neoplasias, diabetes e respiratórias crônicas, de 309,2 para 303,02 até final de 2023.	309,2	2018	303,02	307,65	306,11	304,58	303,02

DIRETRIZ: AMPLIAR O QUANTITATIVO DAS UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO SAMU

Objetivo Estratégico 3: Reduzir a taxa de mortalidade por causas cardiovasculares, neoplasias, diabetes e respiratórias crônicas

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: APH Móvel/SUE

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
3.2. Tempo da entrada do chamado até a chegada da Unidade de Suporte Avançado na ocorrência, em minutos em código vermelho para Cardiovascular, na grande Florianópolis.	3.2. Reduzir para 19 minutos o tempo resposta de atendimento das Unidades de Suporte Avançado Pré-Hospitalar Móvel em 2020.	25:47 min	2018	19 min	23 min	22min	21 min	19 min
3.3. Tempo da entrada do chamado até a chegada da Unidade de Suporte Avançado na ocorrência, em minutos em código vermelho para Neurológico, na Grande Florianópolis	3.3 Reduzir para 19 min minutos o tempo resposta de atendimento das Unidades de Suporte Avançado Pré-Hospitalar Móvel em 2020.	25:55 min	2018	19 min	23 min	22min	21 min	19 min

DIRETRIZ: FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Objetivo Estratégico 4: Reduzir a internação por causas sensíveis a Atenção Primária à Saúde

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: SPS/DAPS

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
4.1. Percentual de internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) – Ind. Governo	4.1 Reduzir de 40,51% para 34,27% o percentual de ICSAP, até 2023	40,51%	2018	34,27%	38,95%	37,39%	35,83%	34,27%

DIRETRIZ: AMPLIAR A INFORMAÇÃO SOBRE AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo Estratégico 5: Impactar positivamente o desenvolvimento econômico e social, promovendo ambientes saudáveis

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GESAT/DIVS/SUV

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
5.1. Número de ações de VISAT nos três ramos produtivos com índices de acidentes mais elevados em SC de acordo com o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho (MPT-OIT-2012/2018).	5.1. Realizar 550 ações de VISAT nos três ramos produtivos com índices de acidentes mais elevados em SC de acordo com o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho (MPT-OIT-2012/2018).	Nova meta		138	137	137	138	138

Objetivo Estratégico 5: Impactar positivamente o desenvolvimento econômico e social, promovendo ambientes saudáveis

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: DAPS/SPS

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
5.2. Número de municípios habilitados ao PNAISP	5.3. Aumentar a habilitação municipal ao PNAISP de 17 para 25, até 2023.	17 municípios	2018	25 municípios	19	21	23	25

5.3 Número de ações intrasetoriais e intersetoriais desenvolvidas as populações específicas (população de rua; LGBT; saúde indígena; população negra; PROCIS; PET) vivendo em situação de vulnerabilidade.	5.4. 20 ações intra e intersetoriais desenvolvidas à populações específicas até 2023.	Nova meta			20	0	8	8	4
--	---	-----------	--	--	----	---	---	---	---

Objetivo Estratégico 5: Impactar positivamente o desenvolvimento econômico e social, promovendo ambientes saudáveis

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GESAM/DIVIS/SUV

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
5.4. Número de notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos no SINAN NET.	5.5. Populações expostas a agrotóxicos: Mínimo de 400 com aumento progressivo até 800 notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos anuais no SINAN NET.	736 notificações	2018	800	400	500	600	800

DIRETRIZ: QUALIFICAR TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS

Objetivo Estratégico 6: Reduzir a fila de espera

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GERAM/TELECONSULTORIA/SUR

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
6.1. Nº de especialidades com teleconsultorias reguladas.	6.1. Uma (01) nova especialidade ao ano com teleconsultoria compulsória sendo regulada pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial.	1,0	2018	4	1,0	1,0	1,0	1,0
6.2. Percentual de pacientes que estão na fila aguardando a realização de consulta a mais de 365 dias – Ind. Governo	6.2. Reduzir para 25% o total de pacientes aguardando a realização de consultas a mais de 365 dias até 2023	39,8%	07/2020	25,00%	50,0%	42,5%	35,0%	25,0%
6.3. Percentual de pacientes que estão na fila aguardando a realização de exames a mais de 180 dias – Ind. Governo	6.3. Reduzir para 25% o total de pacientes aguardando a realização de exames a mais de 180 dias até 2023	62%	07/2020	25,00%	70,0%	50,0%	37,5%	25,0%

Objetivo Estratégico 6: Reduzir a fila de espera								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: GERIH/SUR								
Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
6.4. Percentual de pacientes que aguardam na fila para realização de cirurgias eletivas a mais de 12 meses. – Ind. Governo	6.4. Reduzir para zero o percentual de pacientes que aguardam na fila a mais de 12 meses, até 2023	36,5	2019	0	36,20%	30,00%	20,00%	0,00%

2.2. PERSPECTIVA GESTÃO

DIRETRIZ: APRIMORAR O PLANEJAMENTO E DEFINIR TODOS OS PROCESSOS DE TRABALHO NA SES								
Objetivo Estratégico 3: Estimular o planejamento das necessidades de saúde da população de forma regional e ascendente								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: GPLAN/SPS								
Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
3.1. Número de Superintendências da SES com Planejamento Estratégico elaborado	3.1. Sete (7) Superintendências da SES, com Planejamento Estratégico elaborado até 2023	0	2018	7,0	2,0	2,0	2,0	1,0
3.2. Número de Planos Regionais da Macrorregião de Saúde, resultante do processo de Planejamento Regional Integrado, elaborado e aprovado em CIR	3.2. Um (01) Plano elaborado em cada uma das 7 macrorregiões e aprovados até 2023	0	2018	7,0	2,0	2,0	2,0	1,0

DIRETRIZ: PRIORIZAR AS FUNÇÕES DE SAÚDE DO ESTADO

Objetivo Estratégico 3: Estimular o planejamento das necessidades de saúde da população de forma regional e ascendente

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GEARS/SPS

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
3.3. Política Hospitalar Catarinense implantada e acompanhada	3.3. Uma Política Hospitalar Catarinense implantada sendo acompanhado através da Matriz de Avaliação até 2023	0	2018	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
3.4. Política de Cirurgias Eletivas implantada e acompanhada	3.4. Uma Política de Cirurgias Eletivas implantada e sendo acompanhada por meio de indicadores a serem definidos, até 2023	0	2018	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

DIRETRIZ: AMPLIAR A INFORMAÇÃO SOBRE AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**Objetivo Estratégico 4: Articular as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Vigilância em Saúde (VS)****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DAPS/SPS**

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
4.1 Número de projetos elaborados colaborativamente entre VS e APS debatidos em Câmara Técnica Integrada	4.1 04 (quatro) projetos elaborados colaborativamente entre VS e APS e debatidos em CT Integrada, até 2023	0	2018	4	1	1	1	1

DIRETRIZ: ESTRUTURAR TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS**Objetivo Estratégico 6: Garantir modelo de gestão participativa e compartilhada, fortalecendo as instâncias de controle****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DEPS/SPS**

Indicador	Descrição da Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA POR ANO			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
6.1. Número de plano anual de ação para fortalecimento da ESP e integração com as demais escolas da região Sul	6.1. Quatro (04) planos integrados com as escolas da região Sul	0	2018	4,0	1,0	1,0	1,0	1,0

DIRETRIZ: CRIAR, IMPLEMENTAR, NORMATIZAR MECANISMOS DE COMUNICAÇÃO DA SES**Objetivo Estratégico 8: Tornar os processos de trabalho mais transparentes e acessíveis à população****Período de Monitoramento: SEMESTRAL****Gestor do Indicador: Ouvidoria/GAB**

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
8.1. Nº de Unidades Hospitalares próprias da SES com sub-rede de ouvidoria atuante	8.1. Quatro (4) novas unidades hospitalares próprias com sub-rede de ouvidoria classificadas como atuante (pontuação 3 a 4) até 2021.	7,0	2019	4,0	1,0	3,0	NA	NA
8.2. Número de estratégias de comunicação implantadas para melhorar os atendimentos demandados pela ouvidoria.	8.2. Uma (1) estratégia de comunicação implantada na área técnica com maior número de demandas da ouvidoria, até o final de 2023.	0	2019	1	NA	NA	NA	1

DIRETRIZ: GARANTIR A FORÇA DE TRABALHO SUFICIENTE, QUALIFICADA E VALORIZADA PRIORIZANDO VÍNCULOS ESTÁVEIS

Objetivo Estratégico 9: Qualificar e valorizar o público interno, para o estabelecimento de vínculos estáveis

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: DEPS/SPS

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
9.1 Percentual de novos servidores SES certificados pelo Curso "Conhecendo o SUS e a SES-SC"	9.3.100% de novos servidores SES certificados até 2023	0	2018	100%	10,00%	30,00%	70,00%	100,00%
9.2. Número de alunos concluintes nos cursos ofertados pela EFOS	9.4. Mil (1000) alunos formados pela EFOS até 2023	Nova meta		1.000	50	250	300	400
9.3. Número de alunos concluintes nos cursos ofertados pela ESP	9.5. Duzentos e quarenta (240) profissionais formados pela ESP, até 2023.	Nova meta		240	60	60	60	60

DIRETRIZ: TORNAR A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO AÇÃO TRANSVERSAL PARA POTENCIALIZAR AS MACRO AÇÕES DA SES

Objetivo Estratégico 10: Tornar a Educação Permanente em Saúde e a Humanização no trabalho eixos transversais às ações na saúde

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: NEU/SUE

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
10.1. Proporção de escolas com projetos de conscientização EducaSAMU.	10.1. 40% das Escolas da Rede Municipal e Estadual com projetos de conscientização EducaSAMU até 2023	Nova meta	2018	40,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%

Objetivo Estratégico 10: Tornar a Educação Permanente em Saúde e a Humanização no trabalho eixos transversais às ações na saúde

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: DEPS/SPS

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
10.2. Número de Escolas com Plano Político Pedagógico (PPP) atualizados	10.2. As duas Escolas da SES/SC (EFOS e ESF) com PPP atualizados bianualmente.	0,00	2018	4	1	1	1	1

Objetivo Estratégico 11: Articular a integração das instituições formadoras de saúde com a gestão do SUS								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: DEPS/SPS								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
11.1 Proporção de Termos de Cooperação Técnica firmados entre SES e instituições de ensino formadoras de nível técnico e superior.	11.1. Manter 100% dos Termos de Cooperação Técnica já firmados	43	2018	100,0%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

DIRETRIZ: FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Objetivo Estratégico 12: Instituir um Programa de Provimento e Formação de profissionais da APS

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: DEPS/SPS

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
12.1. Número de vagas ocupadas do programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC).	12.1. Ocupar 128 vagas até 2023 na Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC)	23,0	2018	128	50,0	60,0	100,0	128,0
12.2. Número de vagas instituídas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	12.2. Instituir 32 vagas na residência Multiprofissional até 2023	0	2018	32	8,0	8,0	16,0	32,0
12.3. Número de profissionais formados em especializações em preceptoria e educação permanente para APS.	12.3. Noventa (90) profissionais formados pelo programa de fomento à especialização profissional para APS de SC	0	2018	90,0	0	20	40	90

DIRETRIZ: INCORPORAR A INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO BASE PARA A TOMADA DE DECISÃO

Objetivo Estratégico 15: Incorporar a informação em saúde como base para tomada de decisão

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: Diaf/SPS

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
15.1. Número, em dias, entre a abertura do processo do Componente Especializado (CEAF) e sua avaliação na DIAF	15.2. Reduzir para 17 dias até 2021	22 dias	2018	22,00	19,50	17,00	NA	NA
15.2. Percentual de redução de processos do Componente Especializado (CEAF/DIAF) devolvidos	15.3. Reduzir em 20% os processos devolvidos até 2023	25%	2018	20,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
15.3. Percentual de redução do número de Autorizações de Procedimento Ambulatorial (APAC) que precisam ser corrigidas por falta de atualização de sistema de gerenciamento do Componente Especializado (CEAF).	15.4. Reduzir em 25% ao ano 2023	2,10%	2019	25,0%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%

Objetivo Estratégico 15: Incorporar a informação em saúde como base para tomada de decisão								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: Gesam/DIVIS/SUV								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
15.4. Proporção de municípios alimentando o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA	15.5. Noventa e oito por cento (98%) dos municípios alimentando, ao ano, o SISAGUA até 2023	96,27%	2018	98,0%	98,0%	98,0%	98,0%	98,0%
Objetivo Estratégico 15: Incorporar a informação em saúde como base para tomada de decisão								
Períodos de Avaliação previstos: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: Diaf/SPS								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
15.5. Proporção de processos do Componente Especializado (CEAF) com mais de 30 dias entre seu cadastro na	15.7. Reduzir para 10% até 2022	20,50%	2018		17,00%	13,50%	10,00%	NA

unidade de origem e sua avaliação na DIAF								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRETRIZ: AMPLIAR A INFORMAÇÃO SOBRE AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo Estratégico 17: Reorganizar processos de trabalhos e articulações intersetoriais das ações de Vigilância em Saúde de acordo com os determinantes sociais

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GEIST/DIVE/SUV

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
17.1. Número de municípios prioritários com ações de vigilância em saúde para IST voltadas para populações vulneráveis	17.1. 85 municípios prioritários realizando ao menos 3 (três) ações em saúde para IST voltadas para populações vulneráveis, ao ano até 2023.	Nova meta		85,0	Questionário para saber quais municípios estão realizando	25	55	85

DIRETRIZ: PRIORIZAR AS FUNÇÕES DE SAÚDE DO ESTADO**Objetivo Estratégico 18: Apoiar as ações de enfrentamento à COVID-19****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GPLAN/SPS**

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
18.1. Número de municípios atendidos no enfrentamento à pandemia de Coronavírus.	18.1. Apoiar técnica e financeiramente os 295 municípios.	0	2018	295	295	295	295	295

2.3. PERSPECTIVA FINANCEIRA

DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DA GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SUS DE FORMA TRIPARTITE								
Objetivo Estratégico 1: Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros redefinindo sua alocação conforme planejamento estratégico								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: COFES/GAB								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
1.1. Proporção das receitas correntes líquidas do estado aplicadas ao ano na saúde – Ind. Governo	1.1. 14% das receitas correntes líquidas do Estado aplicadas na Saúde por ano	14,30%	2018	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%

DIRETRIZ: ORGANIZAR ADMINISTRATIVA E FINANCEIRAMENTE O DIMENSIONAMENTO DAS PACTUAÇÕES**Objetivo Estratégico 2: Prestar contas da aplicação de recursos orçamentários e financeiros de forma transparente****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: Gplan/SPS**

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
2.1. Percentual de notas de empenho associadas em tempo oportuno (semanalmente)	2.1. 100% das notas de empenho associadas semanalmente, até 2023	100,0%	2018	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2.2. Percentual de realização físicas alimentadas em tempo oportuno (bimestral)	2.2. 100% das realização físicas alimentada em tempo oportuno, até 2023	100,0%	2018	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DA GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SUS DE FORMA TRIPARTITE**Objetivo Estratégico 4: Implementar estratégias de captação de recursos****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: NUPROJ/GAB**

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
4.1. Número de projetos estruturados vinculados aos Indicadores de Governo	4.1. Estruturação de 23 projetos vinculados aos indicadores de Governo até 2023.	0	2019	23	0	5	9	9

Objetivo Estratégico 5: Priorizar as funções de saúde do Estado**Períodos de Avaliação previstos: Semestral****Gestor do Indicador: NUPROJ/GAB**

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
5.1. Número de projetos do Programa PACTO por SC finalizados.	5.5.. Execução dos 25 projetos do PACTO até 2022.	115	2014-2019	25	0	24	1	-----

4. PERSPECTIVA PROCESSO

DIRETRIZ: QUALIFICAR TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS								
Objetivo Estratégico 1: Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ampliando acesso a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: DAPS/SPS								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
1.1 Percentual da população com cobertura por equipe da estratégia de saúde da família – Ind. Governo	1.1. Ampliar o percentual da população com cobertura por equipe da ESF de 79,57% para 85,57%, até 2023.	79,57%	2018	86%	81,07%	82,57%	84,07%	85,57%
1.2. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica – Ind. Interfederativa	1.2. Ampliar a cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica de 58,9% para 59,9%, até 2023.	58,90%	2018	59,9%	59,15%	59,4%	59,7%	59,9%
1.3. Percentual de municípios que implantaram o QualificaAPS.	1.3. 70% dos municípios com implantação total(Adesão+Oficinas/tutoria+plano de ação), até 2023.	0	2018	70,00%	NA	20,0%	50,0%	70,0%

DIRETRIZ: ESTRUTURAR TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS**Objetivo Estratégico 4: Implantar /implementar as Linhas de Cuidado****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DAPS/SPS**

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
4.1. Número de macrorregião com a implantação da linha de cuidado para pessoa com doença crônica	4.1. 01 macrorregião em 2020 e 2 macrorregiões nos demais anos com implantação da linha de cuidado para pessoa com doença crônica ao ano na APS, até 2023	0	2018	7,0	1,0	2,0	2,0	2,0
4.2. Número de macrorregião com a implantação/implementação da Linha de Cuidado em Saúde Mental.	4.2. 01 macrorregião em 2020 e 02 macrorregiões nos demais anos com implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental ao ano, até 2023	0	2018	7,0	1,0	2,0	2,0	2,0
4.3. Número de macrorregião com a implantação /implementação da linha de cuidado Materno-infantil.	4.3. 01 macrorregião em 2020 e 02 macrorregiões nos demais anos com implantação da Linha de Cuidado Materno-infantil ao ano, até 2023	0	2018	7,0	1,0	2,0	2,0	2,0

Objetivo Estratégico 4: Implantar /implementar as Linhas de Cuidado								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: CIATOX/SUR								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
4.4. Percentual de atendimentos de intoxicações e envenenamentos realizados pelo CIATox provenientes da atenção primária em saúde e residências em relação aos atendimentos provenientes de Hospitais	4.5. Aumentar a participação nos atendimentos provenientes da atenção primária em saúde e residências em relação aos atendimentos provenientes dos Hospitais, de 19% para 30% (equivalente a 11 pontos percentuais), até 2023.	19% (2.515 casos)	2018	30%	22%	25%	28%	30%
Objetivo Estratégico 4: Implantar /implementar as Linhas de Cuidado								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: DAPS/SPS								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023

4.5. Número de macrorregião que oficializaram a implantação/implementação da linha da saúde bucal.	4.6. Duas macrorregiões de saúde com Plano de Ação Regionalizado para Saúde Bucal ao ano, até 2023	0	2018	7,0	1,0	2,0	2,0	2,0
4.6. Proporção de municípios com adesão formal ao protocolo de enfermagem.	4.7. 20 % dos municípios do Estado, ao ano, tendo aderido ao Protocolo de Enfermagem até 2023 (HAS e DM, IST, Saúde da Mulher e Atenção à demanda espontânea no adulto)	Nova meta		20,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%

DIRETRIZ: TORNAR O PLANEJAMENTO EFICIENTE, SENDO UTILIZADO POR TODAS AS ÁREAS DA SES

Objetivo Estratégico 5: Ampliar as ações de atenção à saúde com foco nas necessidades identificadas no Plano Regional Integrado (PRI)

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GECOS/SPS

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
5.1. Proporção de serviços contratualizados monitorados quanto ao alcance das metas pactuadas	5.1. 100% dos serviços contratualizados com a SES, monitorados quanto às metas pactuadas, anualmente, até 2023	Nova meta	-		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

DIRETRIZ: TORNAR A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO AÇÃO TRANSVERSAL PARA POTENCIALIZAR AS MACRO AÇÕES DA SES

Objetivo Estratégico 6: Fortalecer e ampliar pesquisa, inovação e tecnologia em saúde

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: DEPS/SPS

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
6.1. Percentual de capacitações realizadas conforme Plano Estadual de Educação Permanente.	6.1. Realizar 60% das capacitações programadas no Plano Estadual de Educação Permanente, até 2022.	50%	2018	60,0%	20,0%	20,0%	20%%	NA
6.2. Percentual da aplicação do recurso para Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), conforme regra do CNPQ	6.2. Aplicar 100% do recurso de contrapartida do Estado para o Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) anualmente, até 2023.	0 (sem projeto)	2018	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

DIRETRIZ: ESTRUTURAR TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS

Objetivo Estratégico 7: Ampliar as ações de regulação do serviço de saúde potencializando o acesso dos usuários e promovendo a equidade

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GERAM/SUR

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
7.1. Proporção de serviços ambulatoriais contratualizados vinculados à Central Estadual de Regulação Ambulatorial	7.1. 100% dos serviços ambulatoriais contratualizados vinculados à Central Estadual de Regulação Ambulatorial, até 2023.	62,0%	2018	31,92%	7,98%	7,98%	7,98%	7,98%
7.2. Proporção de solicitações de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) Interestaduais atendidas	7.2 100% das solicitações de TFD Interestaduais atendidas de acordo com os critérios de concessão do Manual do TFD, até 2023.	89,00%	2018	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
7.3. Número de registros (laudos e imagens) validados	7.3. 950.000 registros no Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT) validados por ano	1.043.443	2018	950.000	950.000	950.000	950.000	950.000

Objetivo Estratégico 7: Ampliar as ações de regulação do serviço de saúde potencializando o acesso dos usuários e promovendo a equidade

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: Porta Fixa/SUE								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
7.4. Percentual de hospitais da SES com portas de emergência com protocolo padronizado de classificação de risco implementado	7.4. 100% dos hospitais da SES até 2023	10,00%	2020	100%%	0,0%	40,0%	50,0%	100,0%
7.5. Percentual de hospitais, não próprios, com portas de emergência com protocolo padronizado de classificação de risco implementado	7.5. 75% dos hospitais não próprios da SES até 2023	10,00%	2020	75,0%	0,0%	35,0%	50,0%	75,0%

DIRETRIZ: APRIMORAR OS PROCESSOS PARA EVITAR A JUDICIALIZAÇÃO

Objetivo Estratégico 8: Estabelecer a Política Catarinense de Assistência Farmacêutica

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: DIAF/SPS

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
8.1. Proporção de medicamentos sob gestão da diretoria de assistência farmacêutica sendo monitorados através de sistema informatizado (SISMEDEX ou similar)	8.1. 100% dos medicamentos sob gestão da Diretoria de Assistência Farmacêutica monitorados através de sistema informatizado, até 2023	85,8%	2019	100,0%	89,35%	92,90%	96,45%	100,00%
8.2. Proporção de medicamentos e suplementos ambulatoriais da padronização estadual (hanseníase, dieta enteral, hidrocortisona e Fibrose Cística) com Protocolos Clínicos elaborados, validados e publicizados	8.2. 100% dos medicamentos e suplementos da padronização estadual com Protocolos Clínicos validados e publicizados até 2023	0% (20 itens de padronização estadual)	2019	100,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%
8.3. Índice de Cobertura de Medicamentos (ICM) adquiridos pela SES para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Fibrose Cística	8.3. Alcançar 80% de Índice de Cobertura de Medicamentos (ICM) adquiridos pela SES para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Nova meta		80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%

e Fibrose Cística, por ano, até 2023.							
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DIRETRIZ: PRIORIZAR AS FUNÇÕES DE SAÚDE DO ESTADO

Objetivo Estratégico 9: Tornar o Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina referência nacional

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GETRA/SUR

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
9.1. Número de transplantes realizados – Ind. Governo	9.1. Realizar 1.500 transplantes/ano	1.217	2018	1.600	1.500	1.500	1.550	1.600

DIRETRIZ: AMPLIAR A INFORMAÇÃO SOBRE AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde****Período de Monitoramento: SEMESTRAL****Gestor do Indicador: GEZOO/DIVE/SUV**

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
10.1. Proporção de municípios infestados pelo <i>Aedes aegypti</i> , com baixo índice de infestação predial (IIP)	10.1. 50% dos municípios com baixo IIP, infestados pelo <i>Aedes aegypti</i> , até 2023.	Novembro - 58,1% dos municípios infestados com baixo risco.	2018	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%

Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde**Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GEZOO/SUV**

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023

10.2. Proporção de municípios não infestados pelo Aedes aegypti, com monitoramento de armadilhas.	10.2 Aumentar de 37% para 70% o percentual de municípios não infestados pelo Aedes aegypti, com monitoramento de armadilhas em 80% das semanas epidemiológicas, até 2023.	37,0% dos municípios não infestados monitoraram as armadilhas em 80,0% das semanas epidemiológicas.	2018	70,0%	45,0%	53,0%	61,0%	70,0%
10.3. Percentual de amostras de cães e gatos enviadas com diagnóstico laboratorial	10.3. 100% das amostras de cães e gatos enviadas com diagnóstico laboratorial realizado até 2023	0% (Estado sem laboratório)	2018	100,0%	25,0%	50,0%	75,0%	100,0%
10.4. Percentual de letalidade da leptospirose	10.4. Reduzir a letalidade pela leptospirose para 2% até 2023.	2,3%	2018	2,0%	2,22%	2,15	2,07	2,0
10.5. Proporção de Epizootias em Primatas Não Humanos (PNH) com coletas oportunas – Ind. Governo	10.5. Coletar 60% de amostras oportunas (em até 24h) de PNH dentre os casos notificados, ao ano.	69,0% das epizootias em PNH notificadas com coleta oportuna	2018	60,0%	60,0%	60,0%	60,0%	60,0%

Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GEIST/DIVE/SUV

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023

10.6. Incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade – Ind. Interfederativa	10.6. Reduzir a incidência de sífilis congênita para 3,0 por mil nascidos vivos até 2023	6,8/1.000 NV	2018	3,0	5,85	4,90	3,95	3,0
10.7. Proporção de Casos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade, em relação aos casos de sífilis em gestantes	10.7. Redução dos casos de sífilis congênita em menores de um ano em relação aos casos de sífilis em gestantes de 27,6% para 15% até 2023	27,60%	2018	15%	25%	21%	18%	15%
10.8. Coeficiente de mortalidade por aids – Ind. Governo	10.8. Reduzir a mortalidade das pessoas vivendo com HIV para 5,0/100 mil habitantes até 2023	6,2 por 100 mil habitantes	2018	5,0	5,82	5,55	5,27	5,0
10.9. Número de municípios prioritários com ações de PREP (Profilaxia Pré Exposição)	10.9. Ampliar para 40 os municípios prioritários com ações de PREP até 2023	1	2018	40	10	20	30	40
10.10. Percentual de municípios com ações de PEP (Profilaxia Pós Exposição) para todas as formas de exposição	10.10. Ampliar em 100% os municípios com ações de PEP para todas as formas de exposição até 2023	0	2018	100%	20%	40%	70%	100%
10.11. Taxa de detecção de hepatites virais B	10.11. Reduzir a incidência de Hepatites B para 16,0/100.000 habitantes até 2023.	19 por 100 mil habitantes	2018	16,0	18,02	17,35	16,67	16,00
10.12. Número de casos confirmados notificados de Hepatite C	10.12. Ampliar a detecção do número de casos confirmados de Hepatite C de 1.377 casos para 2.067casos até 2023	1377	2018	2067	1527	1707	1887	2067

Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: GEVIM/DIVE/SUV								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
10.13. Índice de Cobertura Vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade para a vacina Pentavalente (3ª dose) – Ind. Governo + Interfederativa	10.13. 95% de cobertura adequada	90,80%	2018	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%
10.14. Índice de Cobertura Vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade para a vacina Pneumocócica 10 valente (2ª dose) – Ind. Governo + Interfederativa	10.14. 95% de cobertura adequada	89,80%	2018	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%
10.15. Índice de Cobertura Vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade para a vacinas Poliomielite (3ª dose) – Ind. Governo + Interfederativa	10.15. 95% de cobertura adequada	91,20%	2018	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%

10.16. Índice de Cobertura Vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade para a vacina Tríplice Viral (1ª dose) – Ind. Governo + Interfederativa	10.16. 95% de cobertura adequada	91,90%	2018	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%
10.17. Número de notificações de Paralisia Flácida Aguda - PFA em menores de 15 anos	10.17. Alcançar 14 notificações de PFA em menores de 15 anos anualmente até 2023	10	2018	14	14	14	14	14
10.18. Proporção de surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) notificados e encerrados por confirmação laboratorial	10.18. Manter a média de 50% da notificações de surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) encerradas por confirmação laboratorial, até 2023.	66,70%	2018	50%	50%	50%	50%	50%
Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde								
Períodos de Avaliação: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: GEVRA/DIVE/SUV								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023

10.19. Proporção de casos novos de Tuberculose Bacilífera Curados	10.19. Aumentar a proporção de Cura bacilífera no estado de Santa Catarina, de 71,75% para 74,00% até 2023.	71,15%	2018	74%	71,15%	72,00%	73,00%	74,00%
10.20. Proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico	10.20. Reduzir a proporção de casos novos diagnosticados com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico de 12,40% para 10,72% até 2023.	12,40%	2018	0,11	11,00%	10,89%	10,78%	10,72%

Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde

Períodos de Avaliação: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GEMAP/LACEN/SUV

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
10.21 Número de parâmetros de agrotóxicos analisados no Lacen, de interesse para o programa VIGIAGUA	10.21 Aumentar de 11 para 40 parâmetros analisados até 2023	11	2018	29	20	3	3	3

Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde

Períodos de Avaliação: Quadrimestral

Gestor do Indicador: LACEN/SUV

Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023

10.22 Número de patógenos respiratórios identificados	10.22 Aumentar de 05 para 17 patógenos respiratórios identificados até 2023.	3	2018	12	2	4	3	3
Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde								
Períodos de Avaliação: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: LACEN/SUV								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
10.23 Número de exames realizados para controle da tuberculose na população privativa de liberdade das penitenciárias de SC	10.23 Aumentar o número de exames para população privada de liberdade de 5.300 para 5.724, até 2023.	5.300	2018	424	N/A	100	162	162
Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde								
Períodos de Avaliação: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: CESP/SUV								
Indicador	Meta	LINHA DE BASE		META 2020-2023	META PREVISTA			
		Valor	Ano		2020	2021	2022	2023
10.24 Percentual de estabelecimentos com leitos de UTI sub notificantes de IRAS e RM no Estado.	10.24 Diminuir o percentual de sub notificação de IRAS e RM no Estado de 9,9% para 8,4% até 2023.	9,90%	2018	8,40%	9,50%	9,12%	8,75%	8,40%

3. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO

3.1. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE – PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

Para a formulação do Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023 foi considerado as propostas da Conferência Estadual de Saúde, bem como, as diretrizes dos Planos Regionais Integrados, em um processo de planejamento ascendente e integrado promovendo a equidade dos instrumentos.

PERSPECTIVA	PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 2023 Objetivos estratégicos Mapa Estratégicos SES	PROPOSTAS DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE SC	OBJETIVOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI
SOCIEDADE	1. Reduzir a taxa de mortalidade materno e infantil		Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança Fortalecimento da Vigilância em Saúde nas ações de prevenção e controle da sífilis adquirida e sífilis congênita
	2. Reduzir a taxa de mortalidade de causas externas (Violência e acidente de trânsito)		Implementar medidas para redução dos casos de violência
	3. Reduzir a taxa de mortalidade por causas cardiovasculares, neoplasias, diabetes e respiratórias crônicas		
	4. Reduzir a internação por Causas Sensíveis a Atenção Primária à Saúde (ICSAPS)		
	5. Impactar positivamente o desenvolvimento econômico e social, promovendo ambientes saudáveis		Efetividade nas ações relacionadas a saúde do trabalhador por parte dos municípios e Estado
	6. Reduzir a fila de espera		Ampliação do hall de especialidades ofertadas pelo teleconsultoria Fortalecer o acesso aos serviços e ações de saúde de média e alta complexidade Aprimorar o acesso às cirurgias eletivas

PERSPECTIVA	PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 2023 Objetivos estratégicos Mapa Estratégicos SES	PROPOSTAS DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE SC	OBJETIVOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI
PROCESSO	1. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ampliando acesso a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado	Revisar os critérios de inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando peculiaridades locais, e de financiamento, assim como a redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais a todos os profissionais da equipe, estimulando aos gestores a implantação do horário estendido a unidades de saúde (mínimo de 60 horas semanais), aprovando piso salarial de acordo com cada conselho profissional.	Fortalecimento dos sistemas de regulação e das ações de atenção integral à saúde dos usuários
		Criar, implementar e fortalecer políticas públicas para a valorização dos trabalhadores da saúde pública, por ente federativo, desenvolvendo um plano de carreira, com salário adequado e melhores vínculos institucionais, garantindo os direitos trabalhistas, assistenciais e previdenciário de acordo com a carga horária do profissional.	Possibilitar acesso de qualidade aos serviços de MAC (Média e Alta complexidade)
		Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família com inclusão do profissional de psicologia na equipe mínima (no mínimo 20 horas) visto que o atendimento resolutivo de tal profissional requer a construção de vínculos com os pacientes e frequência nos atendimentos, ampliando o cuidado da saúde mental da população, a fim de proporcionar a redução nos agravos em saúde.	Implementar políticas públicas que contemplem a jornada do usuário na Rede de Atenção à Saúde
		Revisar a PNAB (Portaria no 2436/2017) no que diz respeito ao quantitativo reduzido de ACS nas Equipes de ESF, visando o fortalecimento da categoria e das equipes de Saúde da Família, mantendo a territorialização e a vinculação do usuário à sua equipe de abrangência, ampliando o número de equipes e considerando todas as categorias profissionais pertinentes, cumprindo o quantitativo mínimo de 2000 a 3500 habitantes por equipe da ESF (Estratégia Saúde da Família), com a cobertura do ACS para 100% da população.	Fortalecer e consolidar a APS como ordenadora do cuidado em saúde

PERSPECTIVA	PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 2023 Objetivos estratégicos Mapa Estratégicos SES	PROPOSTAS DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE SC	OBJETIVOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI
PROCESSO	2. Implementar o processo de acreditação da Atenção Primária à Saúde (APS)		Padronização do processo de trabalho na APS
	3. Vocacionar a capacidade instalada hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade		Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde
	4. Implantar /implementar as Linhas de Cuidado		Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da APS, em tempo adequado, com ênfase na humanização, valorização profissional e equidade no atendimento nas necessidades de saúde, baseado em protocolos e Guia de Prática Clínica
	5. Ampliar as ações de atenção à saúde com foco nas necessidades identificadas no Plano Regional Integrado (PRI)		Implementação do Planejamento Regional Integrado inclusive com discussões regionais acerca da aplicação de recursos recebidos via emendas parlamentares
	6. Fortalecer e ampliar pesquisa, inovação e tecnologia em saúde	Revogar as portarias que liberam o uso dos agrotóxicos na produção agrícola, que são proibidos em outros países e causam consequências nocivas à saúde da população, do trabalhador rural e ao ambiente, criando mecanismos para controlar e fiscalizar ostensivamente seu uso; como o fortalecimento da ANVISA e reativação do CONSEA, além de desenvolver pesquisas obrigatórias acerca das suas consequências e estimular a produção e comercialização de produtos provenientes da agricultura familiar e orgânicos. Proibição da compra de produtos produzidos no exterior que usem os mesmos agrotóxicos.	
	7. Ampliar as ações de regulação do serviço de saúde potencializando o acesso dos usuários e promovendo a equidade		Fortalecimento da ferramenta SISREG para apoio na regulação
	8. Estabelecer a Política Catarinense de Assistência Farmacêutica		Construir e aperfeiçoar o sistema de informações relacionado ao controle e dispensação de medicamentos Garantir o fornecimento adequado dos medicamentos no período estabelecido
	9. Tomar o Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina referência nacional		
	10. Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde		Garantia de acesso às informações dos usuários por meio de mídias sociais entre outros

PERSPECTIVA	PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 2023 Objetivos estratégicos Mapa Estratégicos SES	PROPOSTAS DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE SC	OBJETIVOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI
GESTÃO	1. Incrementar intersetorialmente o desenvolvimento social e econômico		Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável
	2. Aprimorar o planejamento e definir todos os processos de trabalho na SES		Operacionalização adequada das centrais reguladoras estaduais
	3. Estimular o planejamento das necessidades de saúde da população de forma regional e ascendente	Reafirmar e fazer cumprir os princípios de equidade, universalidade e integralidade do SUS, conforme a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Lei 8.080/90 e Lei 8.142, observando a saúde como direito e não como cobertura universal.	Fortalecer o processo de planejamento e gestão do SUS
	4. Articular as ações da atenção primária à saúde com a vigilância em saúde		Instituir medidas de controle da sífilis leishmaniose, toxoplasmose e raiva
	5. Reestruturar a Secretaria de Estado da Saúde (SES) para potencializar o seu papel		
	6. Garantir modelo de gestão participativa e compartilhada, fortalecendo as instâncias de controle		Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS
	7. Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria		
	8. Tornar os processos de trabalho mais transparentes e acessíveis à população		
	9. Qualificar e valorizar o público interno, para o estabelecimento de vínculos estáveis	Criar um plano de cargos/salário e carreira a nível nacional dos trabalhadores da atenção básica.	
	10. Tornar a Educação Permanente em Saúde e a Humanização no trabalho eixos transversais às ações na saúde		Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS
		Atualização e disponibilização de materiais, pessoal, treinamento e sistemas para a melhor realização do trabalho de vigilância em saúde	
		Promover qualificação aos profissionais de saúde para melhoria contínua do cuidado	
		Promover a educação permanente e a qualificação dos profissionais de saúde para as necessidades do SUS	

PERSPECTIVA	PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 2023 Objetivos estratégicos Mapa Estratégicos SES	PROPOSTAS DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE SC	OBJETIVOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI
GESTÃO	11. Articular a integração das instituições formadoras de saúde com a gestão do SUS	Garantir por meio de lei federal, aos formados em medicina de universidades públicas, a prestação de serviço remunerado público na atenção primária a saúde, de no mínimo 2 anos, como pré-requisito para realizar curso de especialidade em residência médica, atendendo assim as necessidades dos municípios de menor porte e vulnerabilidade	
		Proibir todas as modalidades de graduação à distância na área da saúde	
	12. Instituir um Programa de Provimento e Formação de profissionais da APS	Fortalecer o Programa de Residência Médica/Programa Mais médicos em parceria com as universidades para benefício da comunidade e defesa da qualidade da formação dos profissionais em atuação.	
		Viabilizar políticas junto às três esferas de governo, de ações que busquem a manutenção do profissional de saúde atuando na atenção básica, evitando a rotatividade que prejudica a manutenção do cuidado a saúde.	
		Assegurar e consolidar a continuidade do Programa Mais Médico para as diversas regiões de saúde dos estados brasileiros por meio da infra-estrutura, recursos humanos e financiamento, efetivando o Programa conforme a necessidade, os indicadores municipais e o PIB do município e levando em conta não somente a análise per capita como também a análise de vulnerabilidade e oferta do profissional médico.	
	13. Fortalecer as instâncias regionais da SES alinhando as ações destas com as desenvolvidas pelo nível central		
	14. Contratualizar serviços que atendam as necessidades de complementar a rede própria		Reconhecimento dos arranjos produtivos via Consórcio Público de Saúde e financiamento regional
	15. Incorporar a informação em saúde como base para tomada de decisão	Unificar os sistemas de informação, usando como base o cartão nacional para que as informações fiquem contidas num único sistema, efetivando a contrarreferência por meio do acesso de um único banco de dados via cartão SUS valorizando a universalidade e integralidade do paciente.	Implantar tecnologias que possibilitem a gestão eficiente dos recursos e o olhar integral do cuidado do usuário
	16. Reduzir a judicialização em saúde		Promover a aproximação do poder judiciário aos serviços de saúde pública
	17. Reorganizar processos de trabalhos e articulações intersetoriais das ações de Vigilância em Saúde de acordo com os determinantes sociais		Fortalecimento das vigilâncias, focando na modernização dos processos, no combate a ameaças e a disponibilização de dados e informações necessários ao processo decisório
			Fortalecimento, organização e articulação da vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador) e a atenção primária à saúde, garantindo a integralidade do cuidado e na assistência a saúde
			Qualificação dos indicadores de saúde por meio de ações integradas de vigilância, promoção da saúde e prevenção de agravos
			Organizar a oferta do serviço Transporte Sanitário como um dos quatro sistemas logísticos que compõem a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde

PERSPECTIVA	PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 2023 Objetivos estratégicos Mapa Estratégicos SES	PROPOSTAS DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE SC	OBJETIVOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI
FINANCEIRO	1. Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros redefinindo sua alocação conforme planejamento estratégico	Aumentar os repasses para ESF com redução da população adscrita para 2.500 habitantes, Saúde bucal, assistência farmacêutica, dentre outros, utilizando o cartão nacional de saúde CNS para cálculo per capita de custeio transformar as estratégias saúde da família (ESF) em política de estado, e estudar o repasse federal do 13º salário para todos os programas.	Reorganização orçamentária do estado e união com aumento de investimento nos municípios na área da saúde e ampliação do percentual de investimentos em saúde anualmente pelo estado e união
		Instituir o repasse mínimo, de dez por cento da receita corrente bruta, por parte do Governo Federal para aplicação em saúde e exigir o controle dos tribunais de contas quanto a aplicação dos percentuais: 12% do governo estadual e 15% dos municipais.	Financiamento tripartite adequado e eficiente visando o atendimento integral do usuário
		Definir o ordenamento jurídico pátrio, por meio de inserções de dispositivos na Lei no 8.080/1990 e no Decreto no 7.508/2011, a competência dos municípios e Distrito Federal quanto ao financiamento complementar das ações e serviços da Atenção Básica, bem como da União e Estados Federativos, quanto ao financiamento das ações e serviços de Média e Alta complexidade, especialmente de procedimentos especializados ambulatoriais e hospitalares e, de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica.	
	2. Prestar contas da aplicação de recursos orçamentários e financeiros de forma transparente		
	3. Contribuir para a revogação da Emenda Constitucional 95 (Revogar a EC 95/2016 (PEC da morte) que prevê o congelamento dos gastos públicos com despesas primárias por 20 anos como saúde, educação e assistência social, limitando os gastos públicos à variação da inflação e provocando a diminuição dos pisos federais, de recursos alocados aos municípios e do financiamento do SUS. A EC 95 afeta a vida cotidiana da população ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, dando prioridade à formação de superavit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública. A revogação dessa EC é uma ação necessária para evitar a deterioração progressiva das condições de saúde da população e ter maior capacidade de investimento em saúde e a viabilização de um atendimento de qualidade, tendo em vista as mudanças nos perfis socioeconômicos e epidemiológicos no Brasil.	
	4. Implementar estratégias de captação de recursos financeiros	Extinguir a DRU (Desvinculação de Receitas da União) que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional.	Viabilização de recursos financeiros para custeios e investimentos para os serviços do SUS
Ampliar a alíquota da contribuição social sobre lucro líquido das instituições financeiras que passe de 09% para 20%.			
5. Priorizar as funções de saúde do Estado	Ampliar a cobertura do serviço com aumento do número de profissionais e inclusão de outras categorias (Terapeuta Ocupacional, Naturólogo, arteterapeuta, equoterapeuta, musicoterapeutas), no rol de profissões reconhecidas.	Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento a política de atenção básica	

3.2. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – LDO – PPA – PROGRAMAS ESTRATÉGICOS – PLANO DE GOVERNO

Matriz de Alinhamento com Instrumentos de Gestão e Políticos SES SANTA CATARINA					
Diretriz PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA SOCIEDADE	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
Qualificar a atenção à saúde, voltada para as ações de Vigilância em Saúde	1.Reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil	Seguridade Social	014775. Implantar e implementar a Estratégia Qualifica Atenção Primária à Saúde. 014089. Realização de exames do programa de triagem neonatal e mãe catarinense. 014715. Incrementar valor do cofinanciamento de acordo com o sistema de acreditação.	Qualifica APS; Acreditação; Rede Mãe Catarinense; Integração SAMU e CBMSC; #secuidaSC	- Investir em saúde integral com foco em prevenção, diminuindo a morbidade, sofrimentos, tempo de espera e gastos com saúde pública; - Renovação da frota de ambulâncias do Estado (APH e TFD);
Ampliar a informação sobre as ações de Vigilância em Saúde	2. Reduzir a taxa de mortalidade de causas externas (Violência e acidentes).	Seguridade Social	011437. Rede de atenção às urgências. 011205. Manutenção das ações de vigilância epidemiológica.	Qualifica APS; Acreditação; Integração SAMU e CBMSC; #secuidaSC	- Fomentar atuação conjunta das Superintendências e Diretorias para ações específicas, como, por exemplo, atendimento aos agravos definidos pelo Ministério da Saúde como prioritários (AVC, Dor torácica e Trauma);44. Renovação da frota de ambulâncias do Estado (APH e TFD).

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA SOCIEDADE	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
Qualificar todos os pontos de atenção da RAS; Ampliar o quantitativo das Unidades de Suporte Avançado SAMU.	3. Reduzir a taxa de mortalidade por causas cardiovasculares, neoplasias, diabetes e respiratórias crônicas.	Seguridade Social	011205. Manutenção das ações de vigilância Epidemiológica. 011485. Incentivo financeiro estadual para o Cofinanciamento da atenção primária. 011320. Realização de procedimentos contemplados na Programação pactuada e integrada – PPI. 011293. Manutenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.	Qualifica APS; Acreditação; Integração SAMU e CBMSC; #secuidaSC; Política Hospitalar Catarinense; Qualificação das Unidades Hospitalares da SES/Segurança do Paciente	- Investimento maciço em atenção primária em busca de acreditação; - Combater a superlotação nas Portas de Emergências Estaduais, revendo processos internos e pactuando as contra-referências; (vídeo institucional com informações básicas nas recepções dos hospitais, liberação de sinal para acesso às mídias dentro das unidades, sala de espera para pacientes de alta hospitalar, etc)
Ampliar as informações sobre as ações de VS	4. Reduzir internação por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS).	Seguridade Social	011205. Manutenção das ações de vigilância Epidemiológica. 011485. Incentivo financeiro estadual para o cofinanciamento da atenção primária. 011320. Realização de procedimentos contemplados na programação pactuada e integrada – PPI.		Investimento maciço em atenção primária em busca de acreditação;

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA SOCIEDADE	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
Qualificar todos os pontos de atenção da RAS	5. Impactar positivamente o desenvolvimento econômico e social, promovendo ambientes saudáveis;	Seguridade Social	<p>011485. Incentivo financeiro estadual para o cofinanciamento da atenção primária.</p> <p>013264. Incentivo financeiro para a política de atenção integral a saúde das pessoas privadas de liberdade.</p> <p>011227. Ações de vigilância sanitária.</p> <p>011205. Manutenção das ações de vigilância Epidemiológica.</p>	<p>I. Sala de Situação; II. Projeto Raio-X da Saúde; Qualifica APS; Acreditação; #secuidaSC; QualificaAPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Investir em saúde integral com foco em prevenção, diminuindo a morbidade, sofrimentos, tempo de espera e gastos com saúde pública; - Garantir a funcionalidade na saúde pública das pequenas localidades; - Buscar novas parcerias e promover maior aproximação com as já pactuadas, definindo com maior clareza o papel do Estado no processo de gestão; - Fomentar parcerias para cooperação técnica com entes privados e públicos com interesses afins; <ul style="list-style-type: none"> - Promover parcerias com outras Secretarias para compartilhamento de projetos de impacto social que demandem recursos que sejam complementares.

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA SOCIEDADE	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
Qualificar todos os pontos de atenção da RAS.	6.Reduzir a fila de espera	Seguridade Social	<p>011296. Manutenção do núcleo do telessaúde.</p> <p>011320. Realização de procedimentos contemplados na programação pactuada e integrada – PPI.</p> <p>013270. Ação das centrais de regulação.</p> <p>011324. Realização de cirurgias eletivas ambulatoriais e Hospitalares.</p>	<p>I. Sala de Situação;</p> <p>II. Projeto Raio-X da Saúde; Qualifica APS; Acreditação; #secuidaSC; QualificaAPS; Política Hospitalar Catarinense; Qualificação das Unidades Hospitalares da SES; Segurança do Paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organização da logística operacional com processos claros e simplificados que propiciem controle mais adequado, respostas mais rápidas e rastreabilidade; - Definir quais os agravos de maior impacto nas filas de espera para procedimentos e discutir a diminuição da demanda, organizando. - Pactuação com a rede privada de saúde para definição de referências de atendimento e fluxos de Encaminhamento de pacientes conveniados.

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA PROCESSO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
Qualificar todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde(RAS)	1. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ampliando acesso a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado;	Seguridade Social	014775. Implantar e implementar a estratégia qualifica atenção primária à saúde. 011485. Incentivo financeiro estadual para o cofinanciamento da atenção primária.	I. Sala de Situação; Projeto Raio-X da Saúde; Qualifica APS; Acreditação; PlanificaSUS; Política Hospitalar Catarinense; Qualificação das Unidades Hospitalares da SES;Segurança do Paciente; Rastreabilidade de Materiais e Medicamentos;SC Transplante/Cuidado Farmacêutico; PRI	- Investir em saúde integral com foco em prevenção, diminuindo a morbidade, sofrimentos, tempo de espera e gastos com saúde pública; - Garantir a funcionalidade na saúde pública das pequenas localidades.
Fortalecer a APS	2. Implementar o processo de acreditação da Atenção Primária à Saúde (APS);	Seguridade Social	014714. Contratação de serviço de avaliação externa para acreditação em saúde na atenção primária. 014715. Incrementar valor do cofinanciamento de acordo com o sistema de acreditação.	Acreditação	- Buscar ferramentas para qualificação/acreditação dos serviços
Qualificar todos os pontos de atenção da RAS	3. Vocacionar a capacidade instalada hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade;	Seguridade Social	011325. Manutenção do incentivo da política de atenção hospitalar. 011438. Rede Cegonha	Acreditação/QualificaAPS/Política Hospitalar Catarinense Qualificação das Unidades Hospitalares da SES/Segurança do Paciente	- Desenho de rede utilizando indicadores de necessidades para definição de referências e regionalização do acesso (vocacionar as unidades

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA PROCESSO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
Estruturar todos os pontos de atenção da RAS Estruturar todos os pontos de atenção da RAS	4. Implantar /implementar as Linhas de Cuidado(LC).	Seguridade Social	011320 - Realização de procedimentos contemplados na programação pactuada e integrada – PPI 011325 - Manutenção do incentivo da política de atenção hospitalar 011485 Incentivo financeiro estadual para o cofinanciamento da atenção primária 014772. Rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo e mama 014721. Rede de atenção à saúde mental; 014090. Incentivo financeiro aos municípios que possuem centros de atenção psicossocial - CAPS	Acreditação; QualificaAPS; Política Hospitalar Catarinense; Qualificação das Unidades Hospitalares da SES; Segurança do Paciente	- Desenho de rede utilizando indicadores de necessidades para definição de referências e regionalização do acesso (vacionar as unidades)

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA PROCESSO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
Tornar o planejamento eficiente, sendo utilizado por todas as áreas da SES	5. Ampliar as ações de atenção à saúde com foco nas necessidades identificadas no Plano Regional Integrado (PRI);	Seguridade Social	011325. Manutenção do incentivo da política de atenção hospitalar	Política Hospitalar Catarinense; Qualificação das Unidades Hospitalares da SES; Segurança do Paciente	- Garantir a funcionalidade na saúde pública das pequenas localidades; - Investir em saúde integral com foco em prevenção, diminuindo a morbidade, sofrimentos, tempo de espera e gastos com saúde pública;

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA PROCESSO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
<p>Tornar a educação permanente como ação transversal para potencializar as macroações da SES;</p> <p>Incorporar a informação em saúde como base para a tomada de decisão</p>	<p>6. Fortalecer e ampliar pesquisa, inovação e tecnologia em saúde;</p>	<p>Seguridade Social</p>	<p>011428. Fomentar pesquisa em saúde</p> <p>004771. Manutenção e modernização dos serviços de tecnologia da informação e comunicação - SES</p>	<p>Fortalecimento das Escolas de Saúde Pública;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento para investimentos no parque tecnológico; - Intensificação do uso de recursos tecnológicos de informação disponíveis no Estado, para realização de videoconferências com servidores e gestores municipais de saúde, buscando agilidade na divulgação das informações e redução de custos para deslocamentos.

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA PROCESSO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
Estruturar todos os pontos de atenção da RAS	7. Ampliar as ações de regulação do serviço de saúde potencializando o acesso dos usuários e promovendo a equidade;	Seguridade Social	<p>013270. Ações das centrais de regulação</p> <p>011308. Ações do programa de tratamento fora de domicílio – TFD</p> <p>011296. Manutenção do núcleo do telessaúde</p> <p>011300. Realização dos serviços de telemedicina</p> <p>011296. Manutenção do núcleo do telessaúde</p> <p>011453. Qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde</p>	<p>Contratualização do serviço de saúde; Sala de Situação de Saúde; PRI; Acreditação;</p> <p>Fortalecimento das Escolas de Saúde Pública</p>	<p>- Estruturação da sala de situação da saúde para uniformização/unificação de sistemas que permitam controle dos processos de trabalho, prontuários, estoques e demais ações pertinentes à gestão, promovendo interação com as esferas municipais, federais; 35. Empoderamento das redes, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, por meio da organização dos processos de trabalho e definição de investimentos;</p> <p>- Desenho de rede utilizando indicadores de necessidades para definição de referências e regionalização do acesso (vacionar as unidades); 44. Renovação da frota de ambulâncias do Estado (APH e TFD</p> <p>- Promover a valorização dos profissionais da saúde;</p>

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA PROCESSO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
Aprimorar os processos para evitar a judicialização.	8. Estabelecer a Política Catarinense de Assistência Farmacêutica;	Seguridade Social	0440. Assistência Farmacêutica 011200. Distribuição de medicamentos do componente Especializado 011201. Distribuição de medicamentos do componente estratégico	Cuidado Farmacêutico	- Rediscussão junto ao Ministério da Saúde da participação do “ente federal” nos financiamentos do sistema e das responsabilidades do mesmo sobre as ações pactuadas; - Organização da logística operacional com processos claros e simplificados que propiciem controle mais adequado, respostas mais rápidas e rastreabilidade;
V. Priorizar as funções de Saúde do Estado	9. Tornar o Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina referência nacional	Seguridade Social	011285. Ações relacionadas ao transplante de órgãos e tecidos.	Política Hospitalar Catarinense; Qualificação das Unidades Hospitalares da SES;	

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA PROCESSO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
Ampliar a informação sobre as ações de VS	10. Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde;	Seguridade Social	011205 Manutenção das ações de vigilância epidemiológica	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS; Sala de Situação	- Força tarefa em parceria com outras instituições para doenças sazonais e de impacto relevante: Dengue, Chikungunya, Febre amarela, Leshmaniose; - Investir em saúde integral com foco em prevenção, diminuindo a morbidade, sofrimentos, tempo de espera e gastos com saúde pública.

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA GESTÃO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
V. Priorizar as funções de Saúde do Estado.	1. Incrementar intersetorialmente o desenvolvimento social e econômico;	Seguridade Social		Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS; Sala de Situação	<ul style="list-style-type: none"> - Promover parcerias com outras Secretarias para compartilhamento de projetos de impacto social que demandem recursos que sejam complementares. - Participação/parceria para realização de ações de cunho educativo junto à sociedade.
III. Aprimorar o planejamento e definir todos os processos de trabalho na SES;	2. Aprimorar o planejamento e definir todos os processos de trabalho na SES;	Seguridade Social	011481. Manutenção dos serviços administrativos das Gerências Regionais de Saúde	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS; Sala de Situação	<ul style="list-style-type: none"> - Padronização do modelo de gestão nas unidades da SES; - Rediscussão do Regimento Interno da SES; - Definir reestruturação das Gerências de Saúde e Macrorregionais;
III. Aprimorar o planejamento e definir todos os processos de trabalho na SES;	3. Estimular o planejamento das necessidades de saúde da população de forma regional e ascendente;	Seguridade Social	011325. Manutenção do incentivo da política de atenção Hospitalar 011324. Realização de cirurgias eletivas ambulatoriais e Hospitalares	Plano Regional Integrado; Acreditação; Política Hospitalar Catarinense	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos vazios assistenciais para posterior planejamento de ações.

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA GESTÃO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
VI. Qualificar a atenção à saúde, voltada para as ações de Vigilância em Saúde; IX. Ampliar a informação sobre as ações VS	4. Articular as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Vigilância em Saúde.	Seguridade Social	011205 Manutenção das ações de vigilância epidemiológica	Sala de Situação; Escola de Saúde Pública	- Força tarefa em parceria com outras instituições para doenças sazonais e de impacto relevante: Dengue, Chikungunya, Febre amarela, Leshmaniose; - Investir em saúde integral com foco em prevenção, diminuindo a morbidade, sofrimentos, tempo de espera e gastos com saúde pública.

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA GESTÃO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
IX. Ampliar a informação sobre as ações VS; XI. Organizar administrativa /financeiramente o dimensionamento das pactuações; I. Criar, implementar, normatizar mecanismos de comunicação da SES;	5. Reestruturar a Secretaria de Estado da Saúde (SES) para potencializar o seu papel	Seguridade Social	004771. Manutenção e modernização dos serviços de tecnologia da informação e comunicação – SES 014756 Renovação do parque tecnológico das unidades da SES; 004650 Administração e manutenção dos serviços administrativos gerais - SES	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS; Sala de Situação	- Implementação de ações de sustentabilidade nas unidades administradas pela SES, visando reduzir impactos ambientais (captação de água e produção de energia, uso de energia eólica, coleta seletiva de lixo);

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA GESTÃO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
VIII. Estruturar todos os pontos de atenção da RAS	6. Garantir modelo de gestão participativa e compartilhada, fortalecendo as instâncias de controle;	Seguridade Social	011453. Qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde	Fortalecimento das Escolas de Saúde Pública; qualificaAPS; Acreditação	Promover a valorização dos profissionais da saúde.

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA GESTÃO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
VIII. Estruturar todos os pontos de atenção da RAS	7. Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria;	Seguridade Social	011453. Qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde	Contratualização dos Serviços de Saúde; Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS	- Buscar novas parcerias e promover maior aproximação com as já pactuadas, definindo com maior clareza o papel do Estado no processo de gestão;
I. Criar, implementar, normatizar mecanismos de comunicação da SES	8. Tornar os processos de trabalho mais transparentes e acessíveis à população	Seguridade Social	011453. Qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde 004771. Manutenção e modernização dos serviços de tecnologia da informação e comunicação - SES	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS; Sala de Situação	Inserção de todos os contratos no sistema estadual de gestão financeira em modelo digital, promovendo transparência nos processos.
II. Garantir a força de trabalho suficiente, qualificada e valorizada priorizando vínculos estáveis	9. Qualificar e valorizar o público interno, para o estabelecimento de vínculos estáveis;	Seguridade Social	014753. Saúde e segurança no contexto ocupacional - SES	Fortalecimento da Escola de Saúde Pública; Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS	Promover a valorização dos profissionais da saúde;

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA GESTÃO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
IV. Tornar a educação permanente como ação transversal para potencializar as macro ações da SES	10. Tornar a Educação Permanente em Saúde e a Humanização no trabalho eixos transversais às ações na saúde;	Seguridade Social	011293. Manutenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 011453. Qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS;	Capacitação de gestores de unidades hospitalares e administrativas, através da plataforma EAD coordenado pela Escola de Saúde Pública, em parceria com as universidades ou entidades de ensino reconhecidas nacionalmente
IV. Tornar a educação permanente como ação transversal para potencializar as macro ações da SES;	11. Articular a integração das instituições formadoras de saúde com a gestão do SUS;	Seguridade Social	004650 Administração e manutenção dos serviços administrativos gerais - SES	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS;	- Buscar novas parcerias e promover maior aproximação com as já pactuadas, definindo com maior clareza o papel do Estado no processo de gestão;

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA GESTÃO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
VI. Fortalecer a APS	12. Instituir um Programa de Provimento e Formação de profissionais da APS;	Seguridade Social	011426. Fortalecimento das residências 011453. Qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS;	- Instituição de processo de melhoria contínua para treinamento de RH e nos fluxos de trabalho; - Fomentar a fixação de médicos nos municípios.
III. Aprimorar o planejamento e definir todos os processos de trabalho na SES	13. Fortalecer as instâncias regionais da SES alinhando as ações destas com as desenvolvidas pelo nível central	Seguridade Social	011453. Qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS;	- Organização da logística operacional com processos claros e simplificados que propiciem controle mais adequado, respostas mais rápidas e rastreabilidade. - Definir reestruturação das Gerências de Saúde e Macrorregionais;

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA GESTÃO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
XI. Organizar administrativa /financeiramente o dimensionamento das pactuações	14. Contratualizar serviços que atendam as necessidades de complementar a rede própria;	Seguridade Social	011325. Manutenção do incentivo da política de atenção Hospitalar	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS	- Revisão de todos os contratos vigentes para verificação da adequação do objeto e para repactuação que se fizer necessária das metas estabelecidas, com foco na necessidade do usuário, conforme indicadores em saúde.
VII. Incorporar a informação em saúde como base para tomada de decisão	15. Incorporar a informação em saúde como base para tomada de decisão	Seguridade Social	011453. Qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde	Sala de Situação; Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS	- Estruturação da sala de situação da saúde para uniformização/unificação de sistemas que permitam controle dos processos de trabalho, prontuários, estoques e demais ações pertinentes à gestão, promovendo interação com as esferas municipais, federais e outras. - Organização da logística operacional com processos claros e simplificados que propiciem controle mais adequado, respostas mais rápidas e rastreabilidade.

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA GESTÃO	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
X. Aprimorar os processos para evitar judicialização	16. Reduzir a judicialização em saúde		011453. Qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Rediscussão junto ao Ministério da Saúde da participação do “ente federal” nos financiamentos do sistema e das responsabilidades do mesmo sobre as ações pactuadas; - Organização da logística operacional com processos claros e simplificados que propiciem controle mais adequado, respostas mais rápidas e rastreabilidade;
IX. Ampliar a informação sobre as ações VS	17.Reorganizar processos de trabalhos e articulações intersetoriais das ações de Vigilância em Saúde de acordo com os determinantes sociais;		013264. Incentivo financeiro para a política de atenção integral a saúde das pessoas privadas de liberdade	QualificaSUS;	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar novas parcerias e promover maior aproximação com as já pactuadas, definindo com maior clareza o papel do Estado no processo de gestão;

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA FINANCEIRA	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
X. Fortalecimento da gestão e financiamento do SUS de forma tripartite.	1. Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros redefinindo sua alocação conforme planejamento estratégico.	Seguridade Social	48091 Fundo Estadual de Saúde	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos recursos pactuados - Buscar novas parcerias e promover maior aproximação com as já pactuadas, definindo com maior clareza o papel do Estado no processo de gestão;
XI. Organizar administrativa e financeiramente o dimensionamento das pactuações.	2. Prestar contas de forma transparente da aplicação dos recursos orçamentários e financeiros;	Seguridade Social	48091 Fundo Estadual de Saúde	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos recursos pactuados - Buscar novas parcerias e promover maior aproximação com as já pactuadas, definindo com maior clareza o papel do Estado no processo de gestão;
X. Fortalecimento da gestão e financiamento do SUS de forma tripartite.	3. Contribuir para a revogação da Emenda Constitucional 95 (EC 95).	Seguridade Social	011443. Manutenção das atividades do conselho estadual de saúde.	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos recursos pactuados; - Buscar novas parcerias e promover maior aproximação com as já pactuadas, definindo com maior clareza o papel do Estado no processo de gestão;
X. Fortalecimento da gestão e financiamento do SUS de forma tripartite.	4. Implementar estratégias de captação de recursos.	Seguridade Social	014240. Emenda parlamentar impositiva da Saúde	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar novas parcerias e promover maior aproximação com as já pactuadas, definindo com maior clareza o papel do Estado no processo de gestão;

Diretriz ME e PES	OBJETIVOS PES PERSPECTIVA FINANCEIRA	LDO	PPA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	PLANO DE GOVERNO 2019-2022 OBJETIVOS E AÇÕES
X. Fortalecimento da gestão e financiamento do SUS de forma tripartite.	5. Priorizar as funções de saúde do Estado	Seguridade Social	011453. Qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde 005429. Manutenção das unidades assistenciais Próprias	Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS; Política Hospitalar Catarinense; Cuidado Farmacêutico; Qualificação das Unidades Hospitalares da SES	- Buscar novas parcerias e promover maior aproximação com as já pactuadas, definindo com maior clareza o papel do Estado no processo de gestão.

4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde – PES 2020-2023 é o principal instrumento do processo de planejamento e gestão da SES/SC. Ele objetiva a transparência das intenções da gestão estadual, bem como, o alcance dos resultados e impactos expressos nos compromissos assumidos pela esfera estadual. É um documento de referência para o planejamento, operacionalização e execução de políticas e programas de saúde, sendo passível de monitoramento e avaliação durante o período de sua vigência.

O monitoramento é a primeira parte do processo avaliativo que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações constantes no PES 2020-2023. Permite aos técnicos acompanhar a evolução dos objetivos metas propostas, verificando se estão sendo executados conforme planejado e se estão tendo os resultados esperados sobre a população.

São objetos de monitoramento e avaliação, os resultados e o impacto alcançado pela SES na execução deste Plano, com a intenção de certificar a dinâmica dos processos de trabalho, disponibilizando informações periódicas acerca do andamento das atividades do PES, subsidiando a tomada de decisão para eventuais redirecionamentos, bem como, indicar a necessidade de ampliar ou inserir outras atividades para o alcance dos resultados.

A prática do processo de monitoramento e avaliação deste instrumento de gestão estadual em saúde vai além de uma simples verificação de resultados, trata-se de um método crítico-reflexivo priorizando a identificação dos pontos de fragilidade que farão jus à adoção de medidas ou intervenção para superação dos entraves que impedem o alcance do resultado previsto. E que a construção dos objetivos e metas propostas neste PES seja um indutor para os resultados a serem alcançados impactando na qualidade de vida da população, proporcionando o aperfeiçoamento da Gestão do Sistema Estadual de Saúde.

O monitoramento das metas propostas no PES será realizado quadrimestralmente através da Programação Anual de Saúde e será utilizado para isto a planilha abaixo:

Ficha de Monitoramento PAS 2021

DIRETRIZ:

Objetivo Estratégico:

Período de Monitoramento:

Gestor do Indicador:

Indicador	Descrição da Meta	META PREVISTA PARA 2021	Resultado Alcançado	Ações Realizadas	Análise/Justificativa	Estratégia de Enfrentamento
			1º QUADRI	1º QUADRI	1º QUADRI	1º QUADRI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca pelo fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS, êxitos e reveses vêm sendo observados. O Plano Estadual de Saúde apresentado mostra o quanto precisamos avançar para superar os obstáculos e alcançar a integralidade da atenção à saúde. Este processo passa pelo fortalecimento da rede de atenção e integração das ações de VS e APS, objetivando atender às necessidades de saúde da população, no cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

Este Plano Estadual de Saúde subsidiou a construção dos instrumentos de orçamento e gestão que irão possibilitar uma nova prática com foco no cuidado ao indivíduo, família e o ambiente que os rodeia. Esperamos assim contribuir para o fortalecimento da integração entre as diversas áreas proporcionando melhoria nos processos de trabalho, visando à eficiência, efetividade e qualidade das ações propostas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015
2. IBGE 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>
3. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Fazenda Relatórios Disponível em: http://www.sef.sc.gov.br/arquivos_portal/relatorios/11/Caderno_de_indicadores_2016___Revisao_final_junho_0.pdf
4. Neto,. D.A.P;Silva,G.L.; Neves,P.D.M. O Ensino de Geografia na Universidade Aberta da Terceira Idade na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Revista Educação, Cultura e Sociedade. Mato Grosso : Sinop, 2018.
5. Santa Catarina. Governo do Estado. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/conhecaschttps://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/01/Marco-de-Parceria-para-o-Desenvolvimento-Sustent%C3%A1vel-2017-2021.pdf>
6. ONU. Marco de Parceria das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentavel 2017-2021> Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/01/Marco-de-Parceria-para-o-Desenvolvimento-Sustent%C3%A1vel-2017-2021.pdf>
7. BOTELHO, Nara Macedo et al. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, [s.l.], v. 36, n. 7, p.290-295, 2014.
8. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Ministério da Saúde
9. MENDES, José Dínio Vaz; OSIANO, Vera Lucia Rodrigues Lopes. A mortalidade materna no estado de São Paulo, Brasil. Boletim Epidemiológico Paulista, São Paulo, v. 10, n. 114, p.17-29, jun. 2013.
10. BRASIL, ANVISA. Boletim Informativo: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 17. Avaliação dos indicadores nacionais de infecção relacionada à assistência à saúde e resistência microbiana do ano de 2017. Brasília, 2018.
11. BRASIL, ANVISA. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2016 – 2020). Brasília, 2016.

12. BRASIL, ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, 2013.
13. BRASIL, ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, 2013.
14. BRASIL, ANVISA. Comunicado de Risco Nº 01/2016 – GVIMS/GGTES/ANVISA. Detecção do gene responsável pela resistência à polimixina mediada por plasmídeos (mcr-1) no Brasil. Outubro, 2016.
15. BRASIL, ANVISA. Comunicado de Risco Nº 01/2017 – GVIMS/GGTES/ANVISA. Relatos de surtos de *Candida auris* em serviços de saúde da América Latina. Março, 2017.
16. BRASIL, ANVISA. Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde. 2017.
17. BRASIL. ONU. (Org.). Mortalidade materna cai 55% no Brasil, aponta relatório sobre Objetivos do Milênio. 2014.
18. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). Portal do Governo Brasileiro: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Disponível em: Acesso em: 12 out. 2015.
19. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico, Washington, Organización Panamericana de la Salud, p. 1-3, 1999.
20. Santa Catarina. Governo do Estado. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/conhecasc>
21. Parana: Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual / SAS ; Autoras: Márcia Huçulak, Maria Cristina Fernandes Ferreira, Hellem Luciana Damrat Tchaikovski . – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2017
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73p
23. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK, Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(6):1811-1818.

LISTAS DE SIGLAS

ACRV	Área com recomendação de vacinação para Febre Amarela
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH's	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
ALESC	Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina
APAC	Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
ASQ	Agenda Social Quilombola
ATT	Acidentes de Transporte Terrestre
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BLH	Banco de Leite Humano
CACON	Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAT's	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEAF	Componente Especializado da Assistência farmacêutica
CECISS	Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde
CEE	Conselho Estadual de Educação
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CERA	Central Estadual de Regulação Ambulatorial
CERIH	Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares
CES	Conselho Estadual de Saúde
CET	Central Estadual de Telemedicina
CET/SC	Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina

CFM	Conselho Federal de Medicina
CGSNT	Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CHT	Comissão Hospitalar de Transplante
CIATox	Centro de Informação e Assistência Toxicológica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID 10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço
CIOMS	Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNT	Central Nacional de Transplantes
CODT	Oftalmotrauma Clínica Oftalmológica
CONAPIR	Conferência de Promoção da Igualdade Racial
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPRIS	Coordenação de Saúde no Sistema Prisional
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
COSEP	Comitê de Segurança do Paciente
CRIH	Central de Regulação de Internações Hospitalares Macrorregionais
CRU	Centrais de Regulação de Urgência
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde
CT's	Comunidades terapêuticas
CV	Cobertura vacinal
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DAPE/SAS	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde

DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DDA	Doença Diarréica Aguda
DENV1	Dengue sorotipo 1
DENV2	Dengue sorotipo 2
DIVE	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DIVS	Diretoria de Vigilância Sanitária
DRAC/MS	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas do Ministério da Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DTA	Doenças Transmitidas por Alimentos
eAB	Equipes de Atenção Básica
EAP	Equipe multiprofissional para Avaliação e Acompanhamento e Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECG	Eletrocardiograma
eCR	Estratégia Consultório na Rua
EFOS	Escola de Formação em Saúde
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAPs	Equipes Multiprofissionais de Apoio
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ENSP/Fiocruz	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública Prof. Osvaldo de Oliveira Maciel

FAPESC	Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina
FEPE	Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional do Estado do Paraná
GECOR	Gerência dos Complexos Reguladores
GERSAS	Gerências Regionais de Saúde
GERUS	Curso de Pós Graduação em Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde
GEVIM	Gerência de Vigilância de Doenças Agudas e Imunização
GEVRA	Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Crônicos
GEZOO	Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças Transmitidas por Vetores
GT	Grupo de Trabalho
GT Violência	Grupo de Trabalho de Enfrentamento à Violência
HGCR	Hospital Governador Celso Ramos
HIV	Human Immunodeficiency Virus (inglês) ou Vírus da Imunodeficiência Humana
Hórus	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HU	Hospital Universitário
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFF/Fiocruz	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IIP	Índice de Infestação Predial
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LC	Lei Complementar
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros
LIRAA	Levantamento de Índice Rápido para o <i>Aedes aegypti</i>
LPI	Local Provável de Infecção
LRPD	Laboratório Regional de Próteses Dentárias
MDDA	Monitorização da Doença Diarreica Aguda
MPT	Ministério Público do Trabalho
MPT-OIT	Ministério Público do Trabalho - Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado à Saúde da Família
NASF- AB	Núcleos Ampliados a Saúde da Família
NEPAS	Núcleo de Pesquisa em Avaliação em Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NUSEPS	Núcleos de Segurança do Paciente
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OPO	Organizações de Procura de Órgãos
OS	Organizações Sociais
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PACS	Picture Archiving and Communication - PACS (Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens)

PAS	Programação Anual de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PCR	Proteína C reativa
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PDR	Plano Diretor Regional
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PES 2020-2023	Plano Estadual de Saúde 2020-2023
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Primatas Não-Humanos
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNP/Ciganos	Plano Nacional de Políticas para os Povos Ciganos
PNPCIRAS	Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PNSF	Programa Nacional de Suplementação do Ferro
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNSVA	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
PPA	Plano Plurianual
PPP	Plano Político Pedagógico

PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
PROCIS	Programa Catarinense de Inclusão Social Descentralizado
PVAH	Pessoas vivendo com HIV/Aids
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
rBLH-BR	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RCPD	Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
RedEscola	Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RET/SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
SAE	Curso de Pós Graduação em Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SB AB	Saúde Bucal Atenção Básica
SEF	Secretaria de Estado da Fazenda
SES/SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SGA	Superintendência de Gestão Administrativa
SGPe	Sistema de Protocolo Eletrônico
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SISAGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISLAB	Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SISREG	Sistema de Informação de Regulação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SPS	Superintendência de Planejamento em Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRC	Vacina Tríplice Viral
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
STT	Sistema de Telemedicina e Telessaúde
SUR	Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUV	Superintendência de Vigilância em Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TMI	Taxa de mortalidade Infantil
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena

UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UDAF	Unidades Descentralizadas de Assistência Farmacêutica
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade
UNAT's	Unidades Avançadas de Telediagnóstico
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidades de Suporte Avançado
USB's	Unidades de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VOP	Vacina Poliomielite
VS	Vigilância em Saúde