



# PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

**2024-2027**



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**GOVERNADOR DO ESTADO**

JORGINHO DOS SANTOS MELLO

**SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE**

CARMEM EMÍLIA BONFÁ ZANOTTO

**SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE**

DIOGO DEMARCHI SILVA

**SUPERINTENDENTE DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PLANEJAMENTO**

ANDERSON LUIZ KRETZER

**DIRETORA DE REGIONALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

DULCE MARIA BRANDÃO DE CASTRO QUEVEDO

**GERENTE DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

MANOELA VIEIRA DE BONA SCHLICKMANN

**ELABORAÇÃO E COLABORAÇÃO TÉCNICA**

SUPERINTENDÊNCIAS, DIRETORIAS E GERÊNCIAS DA SES/SC

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - CES/SC

SERVIÇO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA E PARTICIPATIVA DA  
SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM SANTA CATARINA -

SEINP/SEMS-SC/MS

COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS - CIR

PROJETO DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS DO  
HOSPITAL OSWALDO CRUZ - HAOC-PROADI-SUS

**COMPILAÇÃO E ORGANIZAÇÃO**

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

ANA CAROLINA CUNHA

DULCE MARIA BRANDÃO DE CASTRO QUEVEDO

EMANUELA PHELIPPE DE SOUZA LINHARES

JÉSSICA TEIXEIRA RODRIGUES LISBOA

JULIANA PRAXEDES CAMPAGNONI

MANOELA VIEIRA DE BONA SCHLICKMANN

SILVIA ZARDO

**REVISÃO**

ÂNGELA COTTA FERREIRA GOMES - HAOC-PROADI-SUS

DEYSE HAMES - SES/SC

LILIANE KELEN MIGUEL - SEINP/SEMS-SC/MS

MARINA GASINO JACOBS - SEINP/SEMS-SC/MS

SILVIA REIS - SEINP/SEMS-SC/MS

**Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde de Santa  
Catarina por meio da RESOLUÇÃO 012/CES/2023.**

DEZEMBRO

2023

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama Conceitual. Santa Catarina, 2023.	21
Figura 2 - Mapa Estratégico da Secretaria Estadual de Saúde. Santa Catarina, 2024.	24
Figura 3 - Organograma da Secretaria Estadual de Saúde. Santa Catarina, 2023.	63
Figura 4 - Mapa de estado e suas características. Santa Catarina, 2023.	65
Figura 5 - Esperança de Vida ao Nascer. Santa Catarina, 2022.	66
Figura 6 - Estrutura Populacional por Sexo e Faixa Etária. Santa Catarina, 2022.	67
Figura 7 - Projeção da população com mais de 90 anos (nº de habitantes). Santa Catarina, 2020.	67
Figura 8 - Índice de Dependência de Jovens e Idosos em Santa Catarina - 2010 e 2020	68
Figura 9 - Proporção da população em idade ativa, jovens e idosos. Santa Catarina, 2010 e 2020.	68
Figura 10 - Evolução da População 2010-2020 e Projeção 2021-2060 (milhões habitantes). Santa Catarina, 2020.	68
Figura 11 - Pessoas com 14 anos ou mais ocupadas por nível de instrução. Santa Catarina, 2019.	73
Figura 12 - Pessoas ocupadas por grupo de atividade. Santa Catarina, 2019.	73
Figura 13 - Número de homicídios em SC. Santa Catarina, 2023.	74
Figura 14 - Municípios que notificaram casos de intoxicação exógena por agrotóxico. Santa Catarina, 2022.	76
Figura 15 - Série histórica do atendimento ao padrão microbiológico de potabilidade. Santa Catarina, 2023.	78
Figura 16 - Amostras de vigilância fora do padrão quanto ao motivo de coleta e forma de abastecimento. Santa Catarina, 2023.	78
Figura 17 - Saneamento Básico. Santa Catarina, de 2018 a 2021.	79
Figura 18 - Tipos de rumores e eventos adversos monitorados pelo VIGIDESASTRES/SC no primeiro quadrimestre de 2023. Santa Catarina, 2023.	80
Figura 19 - Taxa de natalidade (por 1.000 hab.), por município de residência. Santa Catarina, 2019.	82
Figura 20 - Proporção de NV por tipo de parto cesariana e classificado como Grupo de Robson 1 e 3. Santa Catarina, 2019 e 2022*.	83

Figura 21 - Proporção de consultas e adequação de acesso ao pré-natal (índice Kotelchuck). SC, 2019 a 2022*.	84
Figura 22 - Frequência e razão de mortalidade materna (por 100 mil NV). Santa Catarina, 2019 a 2022*.	84
Figura 23 - Número e proporção de óbitos maternos por grupo de causas, por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022*.	85
Figura 24 - Taxa de mortalidade fetal (TMF) e neonatal precoce (TMNP) (por 1.000 nascimentos), por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 e 2022*.	87
Figura 25 - Taxa de mortalidade infantil por componente por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022*	88
Figura 26 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT. Santa Catarina, 2019 a 2022*	90
Figura 27 - Distribuição espacial da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) (por 100 mil habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. Santa Catarina, 2019.	90
Figura 28 - Distribuição espacial da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) (por 100 mil habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. Santa Catarina, 2022*.	91
Figura 29 - Taxa de incidência (por 100 mil hab.) por faixa etária, segundo tipo de violência interpessoal. Santa Catarina, 2019 a 2022.	97
Figura 30 - Distribuição do número absoluto de óbitos (n) e taxa de mortalidade por suicídio a cada 100 mil habitantes (tx), por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022*.	99
Figura 31 - Taxas de detecção de Aids, HIV, Aids em menores de 5 anos e coeficiente de mortalidade (por 100000 habitantes), e infecção pelo HIV em gestantes (por 1000 nascidos vivos). Santa Catarina, 2019-2022*.	100
Figura 32 - Taxas de detecção de Sífilis (por 100.000 habitantes), Sífilis em gestante e sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) e Mortalidade por sífilis congênita em menor de 1 ano (por 100.000 nascidos vivos). Santa Catarina, 2019-2022*.	102
Figura 33 - Taxa de detecção de hepatite B (por 100.000 habitantes) segundo ano de notificação. Santa Catarina e Brasil, 2019-2021.	103
Figura 34 - Taxa de detecção de hepatite C (por 100.000 habitantes) segundo ano de notificação. Santa Catarina e Brasil, 2019-2021.	104

Figura 35 - Taxa de detecção de hepatite B (por 100.000 habitantes), segundo Regiões de Saúde, 2019 e 2021.	105
Figura 36 - Taxa de detecção de hepatite C (por 100.000 habitantes), segundo Regiões de Saúde, 2019 e 2021.	105
Figura 37 - Número de casos novos por tuberculose de todas as formas, com cura, abandono e Tratamento Diretamente Observado (TDO). Santa Catarina no ano de 2019 a 2022.	106
Figura 38 - Proporção de coinfeção TB/HIV/AIDS, por 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022.	107
Figura 39 - Taxa de detecção de casos novos de hanseníase na população geral e menores de 15 anos, por 10.000 habitantes. Santa Catarina, 2019 a 2022*.	108
Figura 40 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 1 e 2 entre os casos avaliados no diagnóstico. Santa Catarina 2019 a 2022*.	110
Figura 41 - Indicadores de qualidade de vigilância das doenças exantemáticas febris, sarampo e rubéola (imunização, vigilância e laboratório). Santa Catarina 2019 a 2022*	112
Figura 42 - Casos confirmados, incidência por 100.000 habitantes e letalidade por tétano acidental. Santa Catarina 2019 a 2022*.	112
Figura 43 - Indicadores de qualidade da vigilância da Coqueluche. Santa Catarina. 2019 a 2022*.	113
Figura 44 - Indicadores operacionais de vigilância da Paralisia Flácida Aguda/Pólio. Santa Catarina, 2019 a 2022*.	114
Figura 45 - Incidência e letalidade das meningites, por etiologia. Santa Catarina, 2019 a 2022*.	115
Figura 46 - Casos de dengue por semana epidemiológica do início dos sintomas. Santa Catarina, 2019 a 2022*.	117
Figura 47 - Casos de dengue, segundo Região de Saúde de residência. Santa Catarina, 2019 a 2022*.	118
Figura 48 - Perfil dos casos de dengue quanto à classificação final. Santa Catarina, 2019 a 2022*.	118
Figura 49 - Óbitos confirmados de dengue, e investigação, segundo semana epidemiológica da doença. Santa Catarina, 2022.	119
Figura 50 - Número de coletas oportunas de vísceras em PNH. Santa Catarina, 2019 a	

2022.	120
Figura 51 - Número de notificações de epizootias de PNH e casos confirmados para Febre Amarela, por região de saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022*.	121
Figura 52 - Total de casos humanos suspeitos de Febre Amarela notificados e confirmados, por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022#	122
Figura 53 - Número de casos, óbitos e letalidade de SRAG por Influenza, segundo classificação final. Santa Catarina, 2019 - 2022*.	124
Figura 54 - Número de casos confirmados de COVID-19, segundo o mês de início de sintomas. Santa Catarina, 2021.	125
Figura 55 - Número de óbitos confirmados de COVID-19, segundo o mês de ocorrência. Santa Catarina, 2020 - 2022.	126
Figura 56 - Número de acidentes por animais peçonhentos. Santa Catarina, 2019-2022*.	128
Figura 57 - Número de casos, incidência (por 100.000 hab.) e letalidade de leptospirose, segundo regiões de saúde. Santa Catarina, 2019-2022*.	130
Figura 58 - Número de acidentes por animal potencialmente transmissor de raiva e incidência (por 100 mil hab.) segundo regiões de saúde. Santa Catarina, 2019-2022*.	132
Figura 59 - Número de casos suspeitos notificados de DTHA, por agravo, Santa Catarina, 2019 a 2022*.	134
Figura 60 - Perfil das ICSAP em Santa Catarina para o ano de 2022. Santa Catarina, 2023.	139
Figura 61 - Principais causas de ICSAP, por ciclo de vida. Santa Catarina, 2022.	141
Figura 62 - Cobertura de eSF e Taxa de ICSAP, por região de saúde. Santa Catarina, 2022.	142
Figura 63 - Comparação entre a taxa de ICSAP e indicadores do Previne Brasil Q3.22. Santa Catarina, 2022.	143
Figura 64 - Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por acidente de transporte terrestre por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 e 2021.	144
Figura 65 - Proporção de óbito por acidente de transporte terrestre por faixa etária e categoria de condição da vítima. Santa Catarina, 2019 a 2022*.	145
Figura 66 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano e 1 ano de idade. Santa Catarina. 2019 a 2022*.	153

Figura 67 - Cobertura Vacinal de Febre Amarela. Santa Catarina, 1994-2022*.	154
Figura 68 - Cobertura vacinal para HPV em adolescentes. Santa Catarina, 2019-2022*.	155
Figura 69 - Cobertura vacinal, esquema primário COVID 19, por faixa etária. Santa Catarina, 2022*.	156
Figura 70 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde de Assistência Médica nas Unidades Federativas do Brasil, 2023.	158
Figura 71 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde em Assistência Médica no Estado. Santa Catarina, de 2000 a 2023.	159
Figura 72 - Taxa de Cobertura de Planos Exclusivamente Odontológicos nas Unidades Federativas do Brasil, 2023.	160
Figura 73 - Taxa de Cobertura de Planos Exclusivamente Odontológico no Estado. Santa Catarina, de 2000 a 2023.	161
Figura 74 - Evolução dos Beneficiários de Planos de Saúde em Assistência Médica no Estado. Santa Catarina, de 2019 a 2023.	162
Figura 75 - Evolução dos Beneficiários de Planos de Saúde em Assistência Odontológica no Estado. Santa Catarina, de 2019 a 2023.	162
Figura 76 - Receitas e Despesas de Planos de Saúde (Médica e Odontológica) no Brasil, 2023.	163
Figura 77 - Atendimentos Identificados de Beneficiários de Planos de Saúde realizados no SUS no Território Brasileiro de 2009 a 2021.	164
Figura 78 - Taxa Média de Utilização do SUS por Grandes Regiões - 2020.	165
Figura 79 - Taxa Média de Utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde- 2020.	166
Figura 80 - Cobranças de Ressarcimento ao SUS com GRU dos Atendimentos aos Beneficiários de Planos de Saúde de 2009 a 2021.	166
Figura 81 - Mapa de Santa Catarina identificando as regiões de saúde por cores e pelo nome das gerências regionais de saúde. Santa Catarina, 2023.	168
Figura 82 - Leitos de UTI em Santa Catarina: adulto, pediátrico, neonatal, queimados, coronariana. Santa Catarina, 2023.	178
Figura 83 - Rede de oncologia - UNACON e CACON em Santa Catarina. Santa Catarina, 2023.	180
Figura 84 - Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência. Santa Catarina, 2023.	188



Figura 85 - Exames realizados pelo LAREG e LACEN no período de 2019-2022. Santa Catarina, 2023.	211
Figura 86 - Exames realizados IAP de 2019 a 2022. Santa Catarina, 2023.	212
Figura 87 - Coletas do teste do pezinho em 2022 por região de saúde (total = 78.700). Santa Catarina, 2023.	213
Figura 88 - Convênios celebrados, por tipo de indicação, no período de 2019 a 2022 no estado. Santa Catarina, 2023.	214
Figura 89 - Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde de Santa Catarina com áreas de abrangência da ESPSC- Formação Técnica.	226
Figura 90 - Número de concluintes dos cursos ofertados pela ESPSC no período de 2020 a maio de 2023 separado por Macrorregiões e Regiões de Saúde de Santa Catarina.	229
Figura 91 - Municípios de Santa Catarina integrantes do Programa de Fomento à Especialização Profissional para Atenção Primária à Saúde de Santa Catarina (FEPAPS-SC).	230
Figura 92 - Tipos de afastamentos concedidos por grupo de patologia, no período de 2019 a 2022. Santa Catarina, 2023.	233
Figura 93 - Grupo de patologias de acordo com os códigos da CID10. Santa Catarina, 2023.	234
Figura 94 - Principais afastamentos por Grupo de Patologia, no período de 2019 a 2022.	235
Figura 95 - Valor monetário empenhado judicial. Santa Catarina, 2017 a 2023*.	238

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Programação dos encontros. Santa Catarina, 2023.	17
Quadro 2 - Matriz SWOT da Secretaria Estadual de Saúde, 2023.	22
Quadro 3 - Propostas aprovadas, por eixos, na 9ª Conferência Estadual de Saúde. Santa Catarina, 2023.	32
Quadro 4 - Macroproblemas priorizados na Macrorregião Sul. Santa Catarina, 2023.	50
Quadro 5 - Identidade organizacional da SES/SC, 2023.	51
Quadro 6 - Dados sobre escolaridade de Santa Catarina em comparação com o Brasil. Santa Catarina, 2022.	72
Quadro 7 - Percentual da população do Estado de SC, conforme IBGE, com registro de EN, no SISVAN. Santa Catarina, 2023.	92
Quadro 8 - - Percentual médio do EN das Crianças de 0 a 2 anos, entre 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.	92
Quadro 9 - Percentual médio do EN das Crianças de 2 a 5 anos, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.	93
Quadro 10 - Percentual médio do EN das Crianças de 5 a 10 anos, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.	93
Quadro 11 - Percentual médio do EN dos Adolescentes, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.	94
Quadro 12 - Percentual médio do EN de adultos, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.	94
Quadro 13 - Percentual médio do EN dos Idosos, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.	95
Quadro 14 - Percentual médio do EN das Gestantes Adolescentes, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.	96
Quadro 15 - Percentual médio do EN das Gestantes Adultas, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.	96
Quadro 16 - Operadoras de Planos de Saúde com Registro Ativo no Estado. Santa Catarina, 2023.	158
Quadro 17 - Macrorregião de Saúde, Região de Saúde, Municípios e Município Sede da Regional de Saúde. Santa Catarina, 2023.	169
Quadro 18 - Situação de Serviços e leitos da Rede Cegonha em Santa Catarina -	

setembro/2023.	176
Quadro 19 - Situação de leitos de UTI neonatal ,UCINCo e UCINCa da Rede Cegonha em Santa Catarina - setembro/ 2023.	176
Quadro 20 - Serviços de Terapia Renal Substitutiva em Santa Catarina. Santa Catarina, setembro de 2023.	180
Quadro 21 - Capacidade instalada dos CAPS no estado, conforme a modalidade. Santa Catarina, 2023.	183
Quadro 22 - Rol de hospitais com leitos de psiquiatria e/ou Saúde Mental (MS) enquadrados na Política Hospitalar Catarinense (PHC), em 2021. Santa Catarina, 2023.	183
Quadro 23 - Relação das Linhas de Cuidados, conforme deliberação, fase implantação e região de saúde implantada. Santa Catarina, 2023.	189
Quadro 24 - Links dos Planos Operativos e das Unidades Habilitadas nas Linhas de Cuidado de Maior Fluxo. Santa Catarina, 2023.	199
Quadro 25 - Unidades de Saúde Próprias Gerenciadas por OS. Santa Catarina, 2023.	204
Quadro 26 - Programas e subações contemplados no PPA 2024-2027.	241
Quadro 27 - Programas de Gestão, Manutenção e de Serviços ao Estado.	243
Quadro 28 - Métrica de avaliação da execução das metas do PES 2024-2027.	248
Quadro 29 - Renovação das Qualificações do SAMU em 2023. Santa Catarina, 2023.	252
Quadro 30 - Novas Qualificações do SAMU em 2023. Santa Catarina, 2023.	253
Quadro 31 - Novas Qualificações do SAMU em 2023. Santa Catarina, 2023.	253
Quadro 32 - Novas Qualificações do SAMU em 2023. Santa Catarina, 2023.	254

## LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AE	Atenção Especializada
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEATOX	Centro de Assistência Toxicológica
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CET	Central Estadual de Transplante
9ª CES	Conferência Estadual de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CM	Coefficiente de Mortalidade
CMG	Coefficiente de Mortalidade Geral
CMI	Coefficiente de Mortalidade Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCN	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DGMP	DigiSUS Gestor Módulo Planejamento
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
EAD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EAP	Equipe de Atenção Primária
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LACEN-SC	Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Pôli, Não-binárias e mais
LOA	Lei Orçamentária Anual
LV	Leishmaniose Visceral
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PRI	Planejamento Regional Integrado
RAG	Relatório Anual de Gestão

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
SES - SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SIGEF	Sistema de Planejamento e Gestão Fiscal
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UNACON	Unidades de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VISA	Vigilância Sanitária
VSPEA	Vigilância Em Saúde de População Exposta a Agrotóxicos

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	<b>16</b>
2.1. PROCESSO METODOLÓGICO .....	17
2.2. ANÁLISE SWOT/FOFA .....	21
2.3. MAPA ESTRATÉGICO .....	23
2.4. SINERGIA ENTRE OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO .....	24
<b>3. PLANO DE GOVERNO PARA O SETOR SAÚDE</b> .....	<b>26</b>
<b>4. PROPOSTAS DA IX CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE</b> .....	<b>32</b>
<b>5. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO - PRI</b> .....	<b>49</b>
<b>6. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/SC</b> .....	<b>52</b>
6.1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL .....	52
6.2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	53
6.3. ORGANOGRAMA .....	57
<b>7. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - ASIS</b> .....	<b>58</b>
7.1. NECESSIDADES DA POPULAÇÃO .....	58
<b>7.1.1. Perfil demográfico, socioeconômico e ambiental</b> .....	<b>58</b>
<b>7.1.2. Perfil epidemiológico</b> .....	<b>76</b>
<b>7.1.3. Perfil do setor suplementar</b> .....	<b>156</b>
7.2. DIMENSÃO DA GOVERNANÇA REGIONAL E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	167
<b>7.2.1. Dimensão Regional</b> .....	<b>167</b>
<b>7.2.2. Redes de Atenção à Saúde</b> .....	<b>174</b>
7.3. MACROPROCESSOS DE GOVERNANÇA DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS.....	190
<b>7.3.1. Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>190</b>
<b>7.3.2. Atenção Especializada</b> .....	<b>197</b>
<b>7.3.3. Sistemas de Apoio</b> .....	<b>206</b>
<b>7.3.4. Sistemas Logísticos</b> .....	<b>229</b>
<b>7.3.5. Sistemas de Governança</b> .....	<b>233</b>
<b>7.3.6. Gestão Administrativa e Financeira</b> .....	<b>237</b>
<b>7.3.7.1 Convênios de Saúde</b> .....	<b>237</b>
<b>7.3.7.2 Financiamento em Saúde</b> .....	<b>238</b>
<b>8. PROGRAMAS DE SAÚDE PPA 2024-2027</b> .....	<b>241</b>
8.1. GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVAÇÃO (CÓDIGO 400) .....	241
8.2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CÓDIGO 410) .....	241
8.3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CÓDIGO 420) .....	242

8.4. ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE (CÓDIGO 430).....	242
8.5. PROGRAMAS E SUBAÇÕES .....	242
GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVAÇÃO (CÓDIGO 400) .....	243
VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CÓDIGO 410) .....	243
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CÓDIGO 420) .....	243
ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE (CÓDIGO 430) .....	243
<b>9. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - DOMI.....</b>	<b>246</b>
<b>10. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....</b>	<b>248</b>
10.1. MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES:.....	249
10.2. AVALIAÇÃO ANUAL DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES .....	250
10.3. AVALIAÇÃO FINAL DO PES 2024-2027.....	250
<b>11. DESTAQUES DO GOVERNO NO SETOR SAÚDE .....</b>	<b>252</b>
11.1. REDUÇÃO DE FILA DE ESPERA POR CIRURGIAS ELETIVAS .....	252
11.2. REVISÃO DA POLÍTICA HOSPITALAR CATARINENSE (PHC) E NOVAS HABILITAÇÕES SUS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS .....	252
<b>11.2.1. Política Hospitalar Catarinense (PHC atualizado para PVH) .....</b>	<b>252</b>
<b>11.2.2. Habilitações de novos serviços no SUS .....</b>	<b>253</b>
11.3. HABILITAÇÕES E QUALIFICAÇÕES NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192).....	254
11.4. PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM CÂNCER EM SANTA CATARINA .....	257
11.5. DIRETRIZ ESTADUAL PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS .....	257
11.6. APOIO AOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE .....	259
<b>12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>260</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>261</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>265</b>



## APRESENTAÇÃO

A Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) apresenta o Plano Estadual de Saúde (PES) para o período de 2024-2027, com a missão de promover, coordenar e executar a política de saúde conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com a participação social e respeito às necessidades de saúde das regiões do estado.

A SES/SC almeja ser uma instituição de excelência na promoção do acesso às ações e serviços de saúde, melhorando a qualidade de vida da população local. Nesse grande desafio, a SES/SC reafirma o compromisso ético e social, transparência e controle social, sem esquecer da humanização, valorização e respeito ao trabalho em saúde, equidade, qualidade, inovação, integração e descentralização, valores de fundamental importância para o alcance dos nossos objetivos.

O PES é um documento que reflete o compromisso do governo com a saúde dos catarinenses. Ele traduz as prioridades explicitadas pela sociedade nas Conferências Macrorregionais e Estadual de 2023, propondo medidas e ações para os próximos quatro anos.

Vale ressaltar que este documento está alinhado ao Decreto nº 7.508/2011 do Governo Federal e sua elaboração derivou de uma análise da situação de saúde, identificando e priorizando os principais problemas para subsidiar o planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

As prioridades foram definidas num processo transparente, democrático e participativo, envolvendo profissionais da SES/SC, do Ministério da Saúde (MS), do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

O PES 2024-2027 foi orientado pelas propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde, avaliação do PES 2020-2023, Plano de Governo para a Saúde e propostas das áreas técnicas da SES.

Por fim, reiteramos a responsabilidade diante desta missão e a dedicação em alcançar os objetivos delineados neste documento.

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, o Plano Estadual de Saúde (PES) é a base para execução, monitoramento, avaliação e gestão do SUS. O Plano deve ser elaborado a cada quatro anos, nas três esferas de gestão (nacional, estadual e municipal).

A formulação do PES 2024-2027 está em conformidade com as disposições da Lei Federal Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 15, inciso VIII estabelece como uma das atribuições dos gestores do SUS a responsabilidade de elaborar e atualizá-lo regularmente, para orientar as atividades e programações em cada ano.

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Nº 8080/90, enfatizou que o planejamento da saúde em nível estadual deve ser realizado de forma regionalizada e ascendente, partindo das necessidades dos municípios, e levando em consideração o estabelecimento de metas explícitas para atender às demandas de saúde.

A Lei Complementar nº 141/2012 detalha o processo de planejamento e orçamento informando que o mesmo deverá ser (i) ascendente; (ii) do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, a partir das necessidades de saúde da população em cada região; (iii) com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico.

Sendo assim, para este plano foi utilizado os preceitos constantes nas leis da saúde, tendo sido contemplado o Planejamento Regional Integrado – PRI, mesmo este ainda estando em fase de elaboração no estado de Santa Catarina.

O PES além de direcionar a formulação do planejamento e orçamento governamental relacionados à saúde, serve como fundamento para a previsão e programação orçamentária, orientando a elaboração do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). Fica claro então, a conexão existente entre as necessidades da política de saúde e a disponibilidade de recursos financeiros para o período de sua vigência.

Cabe ressaltar que de acordo com a Portaria nº 2.135 de 29 de setembro de 2013, que estabeleceu as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, o PES é um dos instrumentos de planejamento, assim como a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Estes instrumentos, interligam-se sequencialmente, compondo um

processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

A Portaria supracitada afirma ainda que a elaboração do PES deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando: a análise da situação de saúde; a definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e o processo de monitoramento e avaliação.

Desse modo, este Plano foi estruturado seguindo os preceitos legais, de modo a trazer, de forma clara e objetiva, a estrutura organizacional da SES/SC, a análise das condições de saúde da população, destacando-se os aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, as políticas públicas, assim como as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que serão monitorados e avaliados ao longo desse período.

## 2. METODOLOGIA

O PES 2024-2027 de Santa Catarina é produto de um processo coletivo que contou com ampla participação de gestores e técnicos das diferentes áreas e das Unidades Regionais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde; o Conselho Estadual de Saúde (CES); o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SC); atores regionais; representação da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS-SC). A construção coletiva impacta a qualidade do diagnóstico e das propostas e potencializa a responsabilidade compartilhada sobre os objetivos e resultados.

O processo de planejamento estratégico envolveu, de maneira alinhada e coerente, além do PES, o Plano Plurianual (PPA) e o Planejamento Regional Integrado (PRI).

A elaboração do PES 2024-2027 teve início no primeiro trimestre de 2023, seguindo as Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, o Decreto Federal nº 7.508 de 2011, a Lei Complementar nº 141 de 2012 e a Portaria de consolidação nº1 de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

O percurso metodológico foi desenhado e pactuado junto à Secretária Estadual de Saúde e equipe de Superintendentes, de forma a responder às especificidades da SES, aos objetivos do processo e potencializar o aprendizado e capacidades desenvolvidas em planejamento e monitoramento estratégico pelos servidores da Secretaria. A pactuação abrangeu processo, participação, agenda de atividades e provimento dos recursos necessários.

O planejamento foi construído com base em **Oficinas de Trabalho (OT)**, mobilizando as diferentes experiências e informações, com diálogo, interação e produção de consensos. Ao final de cada encontro, foram pactuados os prazos das entregas dos produtos e/ou levantamento de informações relevantes para a realização de oficinas subsequentes. As Oficinas abriram espaço para articulação intersetorial e com atores do sistema e ampliando o entendimento do conjunto de desafios e perspectivas da gestão estadual do SUS.

A cada produto desenvolvido durante o processo foi apreciado e validado pela alta gestão, que incluiu os secretários, superintendentes, diretores, gerentes e coordenadores.

## 2.1. PROCESSO METODOLÓGICO

Quadro 1 - Programação dos encontros. Santa Catarina, 2023.

Encontros	Oficinas
Encontro 1 (presencial) – Identificação de macroproblemas e Matriz SWOT	OT 1a – Identificação de macroproblemas OT 1b – Matriz SWOT
Encontro 2 (virtual) – Análise situacional de Saúde	OT 1b – Levantamento de informações – análise situacional
Encontro 3 (virtual) – Definição e/ ou revisão da missão, da visão e dos valores	OT 1c – Identidade organizacional da SES: Definição e/ou revisão da missão, da visão e dos valores
Encontro 4 (presencial) – Estabelecimento de causa e efeito/ árvore dos problemas e priorização	OT 4a – Estabelecimento das relações de causa e efeito OT 4b – Realização da árvore dos problemas OT 4c – Priorização
Encontro 5 (virtual) – Alinhamento com PPA, Conferências de Saúde e Plano de governo	OT 5a – Alinhamento com PPA – Diagnóstico Situacional OT 5b – Estabelecimento das Diretrizes e Objetivos Estratégicos
Encontro 6 (virtual e presencial) – Validação das Diretrizes e Objetivos Estratégicos e elaboração do Mapa Estratégico	OT 6a – Finalização das Diretrizes e Objetivos Estratégicos OT 6b – Elaboração do Mapa Estratégico
Encontro 7 (presencial) – Elaboração das Metas e Indicadores	OT 7a – Definição de metas e indicadores
Encontro 8 (virtual) – Estabelecimento dos mecanismos de monitoramento e avaliação	OT 8a – Elaboração do monitoramento e avaliação do Plano

Fonte: Elaboração própria. GPLAN, 2023.

O processo foi conduzido pela equipe da Gerência de Planejamento em Saúde (GPLAN) com o apoio do Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). A sua concretização contou com contribuição de representantes do Conselho Estadual de Saúde (CES), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), e da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS), representado pelo Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP), que compuseram o Grupo de Trabalho (GT) para elaboração do PES.

A seguir apresenta-se o processo metodológico detalhado em cada um dos encontros/oficinas:

- **Encontro 1 (presencial) – Identificação de macroproblemas e Matriz SWOT:**  
Nesta primeira oficina foram convidados representantes da SES/SC central entre superintendentes, gerentes e técnicos; representantes do MS e do CES. A proposta foi fazer um alinhamento conceitual em grande grupo e na sequência o grupo foi subdividido em 6 grupos temáticos (Atenção à Saúde; Planejamento, mapeamento e fluxos; Gestão de pessoas e Educação Permanente; e Financiamento) para definição dos problemas de saúde em cada tema. Por fim, foi realizada a matriz SWOT, identificando as forças, oportunidades, fraquezas e ameaças que contribuem para a gestão da saúde pela instituição. O GT operacional compilou as informações advindas dessa oficina e reagrupou os problemas em macroproblemas.
- **Encontro 2 (virtual) – Análise situacional de Saúde:** a ASIS ocorreu primeiramente por meio da análise do plano anterior PES 2020-2023 e das informações colhidas em 2022 para a retomada do PRI. Na sequência foi realizada uma oficina virtual com as áreas da SES/SC para fazer um alinhamento conceitual e orientar sobre a coleta de dados e informações. À medida que as informações foram sendo enviadas pelas áreas, o GT operacional analisou as informações e devolveu para ajustes ou solicitação de novos dados. Esta etapa também serviu de base para a elaboração do PPA 2024-2027.
- **Encontro 3 (virtual) – Definição e/ ou revisão da missão, da visão e dos valores:** para esta etapa foi feito uma análise da identidade institucional contida no plano anterior PES 2020-2023, para posterior envio via (completar) para as áreas da SES/SC para ajustes e ou sugestões de novos elementos. Esta etapa também serviu de base para a elaboração do PPA 2024-2027.
- **Encontro 4 (virtual e presencial) – Estabelecimento de causa e efeito/ árvore dos problemas e priorização:** esta etapa ocorreu por meio de oficina realizada com representantes da SES/SC central entre superintendentes, gerentes e técnicos; representantes do MS e do CES. Foram levados os macroproblemas propostos pelo GT com os problemas definidos pelo grupo na primeira oficina. A ideia era

fazer a árvore dos problemas para diferenciar o que era causa do que se tratava de consequências para uma atuação mais efetiva. A priorização dos macroproblemas foi realizada pelo GT operacional após a realização da árvore dos problemas pelo grande grupo.

- Em paralelo, foram realizadas a definição de macroproblemas e priorização também das 17 regiões de saúde durante as reuniões ordinárias das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Tendo a condução deste processo as Gerências Regionais de Saúde (GERSA) e os apoiadores do COSEMS.

Atenção: A SES/SC optou por trabalhar com todos os macroproblemas propostos, ao longo dos próximos quatro anos, usando a priorização apenas para definir o ano a qual ele terá maior volume de ações estratégicas a serem desenvolvidas.

- **Encontro 5 (virtual) – Alinhamento com PPA, Conferências de Saúde e Plano de governo:** para dar conta dos prazos definidos pela Secretaria da Fazenda (SEFAZ), o GT operacional analisou todas as informações advindas do Plano de Governo, das conferências e das oficinas realizadas até o momento para compor o diagnóstico situacional da SES/SC, assim como a priorização dos macroproblemas para posterior elaboração dos programas de saúde, com as suas justificativas, objetivos e indicadores.
- **Encontro 6 (virtual e presencial) – Validação das Diretrizes e Objetivos Estratégicos e elaboração do Mapa Estratégico:** para definição das diretrizes e objetivos do PES 2024-2027 o GT operacional analisou também as informações advindas do Plano de Governo, das conferências e das oficinas realizadas. Na sequência, em oficina com representantes da SES/SC central e regionais, do MS e do CES, foi realizada a validação das diretrizes e objetivos em grande grupo. Depois desse momento, ocorreu uma validação final da alta gestão que aprovou todas as diretrizes e objetivos definidos. O Mapa Estratégico foi confeccionado nesse momento unindo a missão, visão e valores, com os objetivos estratégicos em cada uma das quatro perspectivas (sociedade, gestão, processo e financeira).

- **Encontro 7 (presencial) – Elaboração das Metas e Indicadores:** para elaboração das metas e indicadores o GT operacional enviou via e-mail para as áreas da SES/SC com a planilha dos indicadores contidos no plano anterior PES 2020-2023. Na sequência foi marcado oficinas presenciais com cada superintendência e/ou área para elaboração dos indicadores e metas para o próximo quadriênio. Nestas oficinas foi levado um método de construção de indicadores trazendo alguns requisitos mínimos para qualificar os indicadores propostos pelas áreas. Encontros ampliados, com áreas afins também foram realizados visando a construção de indicadores compartilhados ou ao menos a reflexão sobre ações conjuntas que promovessem articulação, pactuação e corresponsabilização nos indicadores mais complexos.
- **Encontro 8 (virtual) – Estabelecimento dos mecanismos de monitoramento e avaliação:** nesta etapa foi realizado uma videoconferência com as áreas da SES para definição das ações para a PAS e monitoramento quadrimestral por meio do RDQA e anual através do RAG. Foi enviado formulário ainda para cada superintendente solicitando indicação de pontos focais que deverão a cada quatro meses reunir os resultados dos indicadores da sua superintendência para enviar à GPLAN que compila as informações e prepara os documentos para envio aos órgãos de controle.

As ações de planejamento exigiram o envolvimento e a colaboração da SES/SC em nível central e regional, uma vez que para discutir a saúde da população catarinense foi necessário analisar as situações nos diferentes contextos, ampliando as chances de trazer soluções factíveis para os problemas identificados. Nesse ponto encontra-se a justificativa para a elaboração qualificada dos instrumentos de gestão para fortalecer o SUS enquanto política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania.

Implantar uma metodologia que desse conta de toda a complexidade do Planejamento Estratégico Situacional em saúde foi um desafio a mais a ser superado, principalmente quando se busca fazê-lo de forma ascendente.

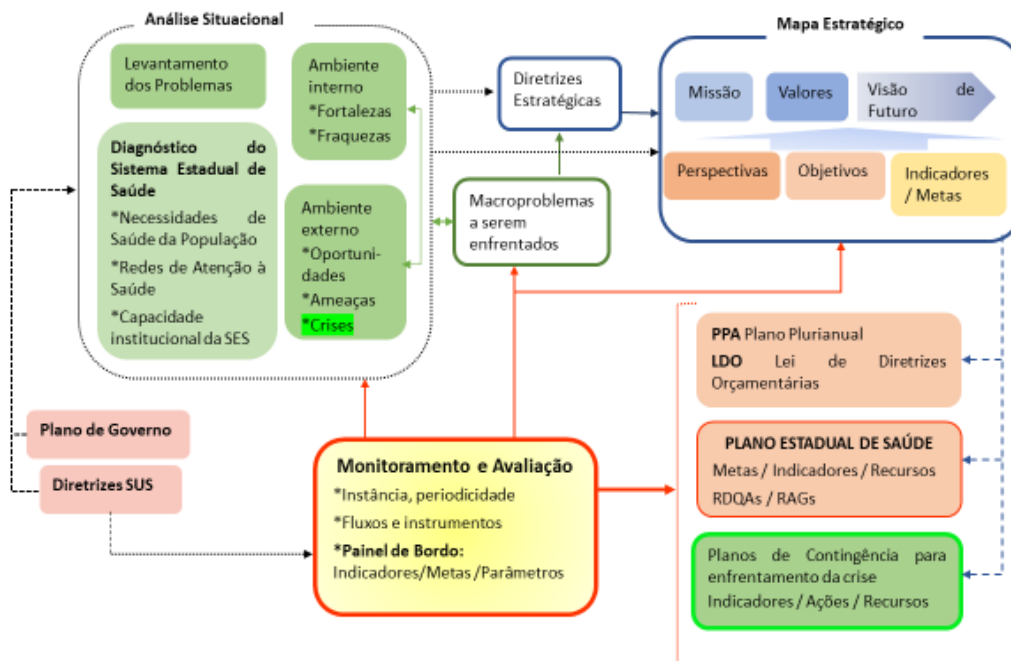
Além das oficinas foram realizadas dezessete (17) reuniões ordinárias na CIR regionais, buscando aproximação com os problemas levantados pelos municípios; e



participação do GT em sete (6) Conferências de Saúde incluindo as macrorregionais e a estadual. As propostas levantadas nas conferências foram posteriormente traduzidas em macroproblemas para também serem incorporadas neste plano.

Nestes encontros sempre foram incorporados amplos debates sobre as condições de saúde da população, os condicionantes e determinantes da saúde, as redes de atenção, a regulação do acesso aos serviços, bem como, das ações de planejamento e financiamento.

Figura 1 - Diagrama Conceitual. Santa Catarina, 2023.



Fonte: PROADI, 2019-2023.

## 2.2. ANÁLISE SWOT/FOFA

A Matriz SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats) ou Matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) é uma ferramenta que permite analisar as potencialidades e fragilidades de uma instituição, levando em consideração fatores internos e externos, assim como o macro e o microambiente.

A matriz foi concebida com o propósito de aprimorar o planejamento estratégico nas organizações, mas hoje sua aplicação abrange uma ampla variedade de contextos.

Devido à sua simplicidade, constatam-se registros de sua utilização em processos de planejamento estratégico e estudos específicos. Em última instância, configura-se como uma ferramenta de suporte à tomada de decisão, alcançando notável disseminação no cenário da gestão inteligente.

Quadro 2 - Matriz SWOT da Secretaria Estadual de Saúde, 2023.

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Secretaria Estadual de Saúde técnica, capacitada e com liderança política</li> <li>● Conselho Estadual de Saúde participativo no desenvolvimento e monitoramento dos instrumentos e com diálogo produtivo junto à SES</li> <li>● Corpo profissional da SES qualificado e comprometido</li> <li>● SES conta com estrutura técnica e informações qualificadas nas áreas</li> <li>● Priorização na redução de filas de cirurgias</li> <li>● Serviços de saúde descentralizados e bem localizados</li> <li>● Capacitação e experiência no manejo de emergência em saúde</li> <li>● Processo de integração entre as áreas iniciado</li> <li>● Processos de aprimoramento do planejamento, gestão de projetos e integridade em curso na SES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Áreas ainda atuam de forma fragmentada e com pouca comunicação</li> <li>● Sistemas de informação pouco integrados</li> <li>● Pouca comunicação da SES com a população</li> <li>● Quadro funcional com predominância crescente de ACT's, gerando vínculos institucionais frágeis e alta rotatividade</li> <li>● Não há política de gestão do trabalho no SUS em SC</li> <li>● Organograma da SES é inadequado</li> <li>● Orçamento limitado e deficiências na execução na SES</li> <li>● Estruturas física e tecnológica precárias no conjunto da SES</li> <li>● Falta de padronização/harmonização das ações de vigilância (epidemiológica e sanitária)</li> <li>● Descontinuidade de estratégias e ações</li> <li>● Falta de acompanhamento e avaliação de ações ou projetos implementados</li> <li>● Falta de treinamento profissional para os cargos administrativos</li> </ul>
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Multiplicação de tecnologias e inovações na área de saúde</li> <li>● Padronização e automação de processos de trabalho</li> <li>● Internet amplia os canais de informação/comunicação com a população</li> <li>● Imagem positiva da SES junto às demais secretarias</li> <li>● Imagem institucional positiva do SUS</li> <li>● Ambiente político favorável junto à ALESC</li> <li>● Ambiente político federal favorável às políticas de saúde e sociais</li> <li>● Mudanças no marco legal e administrativo favorecendo eficácia orçamentária</li> <li>● Parcerias institucionais contribuindo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Comunicação tendenciosa e informações falsas chegando à população</li> <li>● Surgimento de doenças emergentes e reemergentes</li> <li>● Manutenção ou aumento da população em condições de vulnerabilidade social</li> <li>● Aumento populacional com ocupação geográfica desordenada</li> <li>● Desastres ambientais</li> <li>● Interferência de outras instituições e poderes nas decisões técnicas da saúde pública</li> <li>● Queda de arrecadação provocando redução do orçamento</li> <li>● Instabilidade política atual em SC</li> <li>● Greve de servidores</li> </ul>

tecnicamente	
● Oportunidade para a captação de recursos	

Fonte: Elaboração própria. Gplan, 2023.

### 2.3. MAPA ESTRATÉGICO

O Mapa Estratégico expressa a estratégia para fazer com que a missão, a visão e os valores sejam verdades praticadas na instituição e os desafios a serem superados identificados no diagnóstico situacional.

Para tanto, a identidade organizacional e os desafios devem ser traduzidos em resultados para a sociedade, no prazo estabelecido. Para o alcance desses resultados deverão ser identificados quais processos devem ser desenvolvidos. Para que esses processos sejam desenvolvidos há a necessidade de se implementar a perspectiva de gestão, para a viabilização dos recursos necessários. Para que a gestão viabilize esses recursos é preciso desenvolver a perspectiva de financiamento.

A seguir, apresentamos a prévia do Mapa Estratégico construído de acordo com as perspectivas: Resultado para a Sociedade, Processos, Gestão e Financeira.

Figura 2 - Mapa Estratégico da Secretaria Estadual de Saúde. Santa Catarina, 2024.



Fonte: Elaboração própria. ASCOM, 2024.

## 2.4. SINERGIA ENTRE OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO

De acordo com as diretrizes estipuladas pelo Ministério do Planejamento, a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) deve fundamentar-se nos programas e ações delineados no Plano Plurianual (PPA). Este, por sua vez, enraíza-se no conceito do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Dessa forma, torna-se imperativo promover a convergência entre as exigências legais prescritas e os resultados já produzidos até o momento.

Durante o processo para elaboração do PES foram utilizados diversos encontros para tratar também do PPA, já que ambos possuem o mesmo período de vigência, embora prazos diferentes para a sua entrega.

O processo para elaboração do PPA foi conduzido pela Secretaria da Fazenda de Santa Catarina (SEFAZ/SC) com metodologia própria e prazo final de entrega do projeto de lei para o mês de agosto. À GPLAN, coube fazer a articulação entre as áreas da SES/SC

para a elaboração dos produtos definidos, tais como perfil institucional, diagnóstico setorial, programas de saúde e subações.

Sendo assim, um dos grandes objetivos desse processo foi desenvolver ações de forma contínua, articulada e integrada com os instrumentos orçamentários com a particularidade e importância que cada um dos instrumentos possui no processo de planejamento em saúde.

Tanto o PES quanto o PPA estarão disponíveis 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 (RDQA) e no Relatório Anual de Gestão (RAG).

### 3. PLANO DE GOVERNO PARA O SETOR SAÚDE

O Plano de Governo 2023-2026 de Santa Catarina, do atual governador do Estado, traz a saúde como uma das suas principais preocupações.

Diante da recente pandemia de Covid-19, é imperativo que todos os líderes governamentais estejam comprometidos em preparar o sistema de saúde para lidar com eventos futuros. O Estado tem se articulado para enfrentar dois desafios fundamentais: promover o fortalecimento da rede hospitalar estadual e oferecer suporte aos municípios no atendimento de demandas de média e alta complexidade.

Para estas ações, o governo visa a utilização de recursos atualizados de tecnologia e comunicação, já que ações como o gerenciamento de dados clínicos, telessaúde, referência e contrarreferência, dependem desta tecnologia para promover uma assistência em saúde de qualidade.

Outros compromissos assumidos no Plano de Governo foram:

- Apoiar os municípios, no que diz respeito à atenção básica;
- Ampliar os serviços médicos especializados, intensificando e agilizando o atendimento aos pacientes de forma regionalizada, reduzindo a “ambulanciaterapia”;
- Promover a manutenção e melhoria dos programas de saúde já existentes nos municípios e apoiados pelo Estado.
- Implantar a operação FILA ZERO, através dos 152 hospitais filantrópicos/municipais, que somados aos 21 Estaduais farão uma força tarefa para realização de exames e cirurgias.
- Estruturar em 21 regiões, ao menos um hospital de referência de média e alta complexidade;
- Modernizar e Equipar os Hospitais Filantrópicos no Estado, para atendimento dos procedimentos de urgências e de pequenas e médias complexidades;
- Criar clínicas sobre rodas CARRETA DA SAÚDE para levar aos municípios, de forma itinerante, a saúde para mais perto de mulheres, crianças e jovens;
- Ampliar, em parceria com o Governo Federal, o número de LEITOS para UTI;

- Promover os ajustes necessários na Política Hospitalar Catarinense - PHC, objetivando atender os novos preceitos do programa "Saúde Mais Perto de Você";
- Implantar a Lei 14.609/2009 que trata sobre Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público.

Para trazer ainda mais aproximação com as propostas de governo, a SES/SC, por meio das áreas técnicas e apoio metodológico da Diretoria de Projetos - DPRO e do Núcleo de Gestão de Projetos - NUPROJ da secretaria, foram estruturados sete projetos em atendimento aos compromissos assumidos pelo atual Governador em seu Plano quadrienal

Os projetos estruturados ficam disponíveis no Portal de Gestão de Projetos do Governo do Estado de Santa Catarina - Projeta SC. Trata-se de um sistema de gestão e monitoramento, em tempo real, de todos os projetos do Estado, em especial os ligados aos principais compromissos assumidos pela gestão, visando trazer ainda mais transparência das ações governamentais à sociedade Catarinense.

Os projetos de saúde ligados ao Plano de Governo são:

- Projeto 173/2023: Fila Zero - Implementação do Programa Estadual de Cirurgias Eletivas

Objetivo: Zerar a fila remanescente de cirurgias eletivas, estimada em 105.340 pacientes referentes ao período anterior a 31 de janeiro de 2023, com investimento de R\$205.199.218,26, até dezembro de 2023. Este projeto também contribui para a redução do tempo de espera dos pacientes.

Justificativa: Para atendimento da demanda reprimida dos pacientes em filas de espera por cirurgias eletivas e/ou exames, levantadas pelos estudos realizados pelo GT instituído pela Portaria nº 23, de 13/01/2023, foi criado o Programa Estadual de Cirurgias Eletivas, com a meta de zerar inicialmente a fila, em até seis meses, por procedimentos cirúrgicos na rede pública de saúde do Estado. Para viabilizar o programa, foram realizadas ações principalmente para assegurar o atendimento prioritário aos pacientes oncológicos e procedimentos com tempo sensível e reduzir o tempo de espera e a distância geográfica para o atendimento.

Status: Andamento

- Projeto 617/2023: Revisão dos Instrumentos Contratuais e de Financiamento da Rede Hospitalar Catarinense

Objetivo: Implementar a revisão dos modelos dos instrumentos contratuais, critérios de repasses de recursos, metodologia de monitoramento e avaliação, planos estaduais dos serviços de alta complexidade e Política Hospitalar Catarinense, até dezembro de 2024, ampliando a Rede Hospitalar Catarinenses e o acesso e a qualidade dos serviços ofertados à população. Custo Zero por se tratar da Revisão e Elaboração de Instrumentos Contratuais.

Justificativa: O desenvolvimento deste projeto visa o cumprimento do Plano de Governo de Santa Catarina 2023-2026. Foi publicada a Portaria nº 277, em 05/04/2023, e republicada em 18/05/2023, que institui o Grupo de Trabalho. O Grupo de Trabalho tem como a finalidade de avaliar, discutir e propor estratégias e ações para aprimoramento dos instrumentos contratuais e definição de critérios para repasse de recursos estaduais e demais recursos, às instituições hospitalares prestadoras de serviços SUS, no âmbito do Estado de Santa Catarina, bem como, analisar os custos dos serviços hospitalares de acordo com as especificações dos serviços. A revisão dos instrumentos contratuais e do financiamento da Rede Hospitalar Catarinense busca maior eficiência aos serviços prestados, atendendo as necessidades da região e adesão aos preceitos do Programa "Saúde perto de você".

Status: Andamento

- Projeto 652/2023: Habilitações de Novos Serviços de Alta Complexidade em Cardiologia

Objetivo: Habilitar novos serviços de cardiologia nos municípios das regiões do Planalto Norte, Nordeste, Médio Vale do Itajaí, Alto Vale do Itajaí, Carbonífera, Vale do Itapocu, Alto Uruguai Catarinense e Alto do Irani, com a finalidade de ampliar o número de atendimentos e a cobertura de serviços de alta complexidade desta especialidade, num prazo de 18 meses.

Justificativa: A finalidade deste projeto é a ampliação dos serviços de alta complexidade cardiológica, aproximando-os dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS no estado de Santa Catarina por meio da descentralização dos atendimentos. As Habilitações vão de encontro ao cumprimento do Plano de Governo de Santa Catarina 2023 - 2026 e dos objetivos do Programa Estadual de Cirurgias Eletivas - Fila Zero.



Visam a diminuição do tempo de espera por atendimentos desta especialidade em todo território catarinense.

Status: Andamento

- Projeto 657/2023: Habilitações de Novos Serviços de Alta Complexidade em Ortopedia

Objetivo: Habilitar novos serviços de traumatologia e ortopedia nos municípios das Regiões do Meio Oeste, Planalto Norte, Nordeste, Médio Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Alto Vale do Itajaí, Alto Vale do Rio do Peixe e Extremo Sul, com a finalidade de ampliar o número de atendimentos e a cobertura de serviços alta complexidade desta especialidade, num prazo de 18 meses.

Justificativa: A finalidade deste projeto é a ampliação dos serviços de alta complexidade em traumatologia e ortopedia, aproximando-os dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS no estado de Santa Catarina por meio da descentralização dos atendimentos. As Habilitações vão de encontro ao cumprimento do Plano de Governo de Santa Catarina 2023 - 2026 e dos objetivos do Programa Estadual de Cirurgias Eletivas - Fila Zero. Visam a diminuição do tempo de espera por atendimentos desta especialidade em todo território catarinense.

Status: Andamento

- Projeto 619/2023: Habilitações de Novos Serviços de Alta Complexidade em Oncologia

Objetivo: Habilitar novos serviços de alta complexidade em oncologia (Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, Serviços de Radioterapia e Hematologia) nos Municípios de São Miguel do Oeste, Joaçaba, Tubarão e Florianópolis, com a finalidade de ampliar o número de atendimentos e a cobertura de serviços alta complexidade desta especialidade, num prazo de 18 meses.

Justificativa: A finalidade deste projeto é a ampliação dos serviços de alta complexidade em oncologia, aproximando-os dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS no estado de Santa Catarina por meio da descentralização dos atendimentos. As Habilitações vão de encontro ao cumprimento do Plano de Governo de Santa Catarina 2023 - 2026 e dos objetivos do Programa Estadual de Cirurgias Eletivas - Fila Zero. Visam a diminuição do tempo de espera por atendimentos desta especialidade em todo

território catarinense.

Status: Andamento

- Projeto 629/2023: Ampliação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrico e Neonatal

Objetivo: Ampliar em 40% o número de leitos de Unidades de Terapia Intensiva da rede hospitalar catarinense, com investimento previsto de R\$100.000.000,00 em conformidade ao previsto no Plano Plurianual.

Justificativa: Em função da necessidade de enfrentamento às doenças respiratórias, principalmente Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG e a dengue, foi verificada a necessidade de ampliação de leitos de UTI's para o atendimento à população catarinense. Ressalta-se que o número de solicitações de leitos de UTI vem eventualmente excedendo a disponibilidade de leitos, havendo a necessidade imperativa a CERIH (Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares) à busca na rede privada, solicitando contratações. O Projeto está em conformidade com o Plano de Governo de Santa Catarina 2023-2026.

Status: Andamento

- Projeto 627/2023: Carretas da Saúde

Objetivo: Adquirir, equipar e operacionalizar 8 carretas que compreenderão clínicas sob rodas para levar aos municípios, de maneira itinerante, serviços de saúde. Os serviços incluem: consultas multiprofissionais, exames de imagiologia e de análises clínicas com foco no rastreamento de câncer e doenças transmissíveis, bem como ações de educação e prevenção em saúde. A execução ocorrerá nas 8 macrorregionais de regulação em saúde do estado, num prazo de 24 meses, sendo 4 carretas entregues em 2024 e mais 4 em 2025, com custo total de R\$30.000,000,00.

Justificativa: As limitações da regionalização da saúde em Santa Catarina trazem diversas consequências negativas. A falta de acesso a diagnósticos e tratamentos precoces pode levar ao agravamento de doenças que poderiam ser controladas. Além disso, a carência de orientações sobre cuidados preventivos resulta em taxas altas de morbidade que poderiam ser evitadas. A deficiência de acesso a serviços de saúde também contribui para disparidades e iniquidades em saúde, uma vez que populações de maior vulnerabilidade são as mais afetadas pela precariedade do atendimento. Considerando

esse contexto, a implementação de estratégias inovadoras e inclusivas, como o projeto “Carretas da Saúde”, mostra-se como uma alternativa viável e efetiva para melhorar e ampliar o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde pública. Ao levar serviços de saúde até a própria comunidade, é possível suprimir importantes lacunas e demandas reprimidas, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde local.

Status: Planejamento

>>> Para saber mais acesse o Portal de Gestão de Projetos do Governo do Estado:  
<https://www.projeta.sc.gov.br/>

#### 4. PROPOSTAS DA IX CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

As deliberações advindas da 9ª Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina, realizada em julho de 2023, juntamente com outros documentos orientadores da política de saúde do estado, compuseram o conjunto de ações, metas e indicadores propostos no PES para o próximo quadriênio.

É relevante destacar que a condução da conferência foi coordenada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), um órgão colegiado de natureza permanente, paritária e deliberativa. Este conselho é encarregado de formular estratégias, bem como de controlar e fiscalizar a implementação do Plano Estadual de Saúde (PES), abrangendo inclusive os aspectos econômicos e financeiros.

A sociedade civil também contribui com a gestão do SUS, já que os usuários do sistema possuem participação majoritária no Conselho. O CES ainda acompanha e contribui para o fortalecimento dos conselhos municipais de saúde e, com esse caráter, participou e acompanhou a realização das conferências macrorregionais de saúde nos 295 municípios do estado.

A 9ª Conferência Estadual de Saúde resultou em 195 propostas, apresentadas abaixo, organizadas em quatro eixos norteadores pré-definidos: I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos; II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas; III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia; e IV - Amanhã será outro dia para todos, todas e todes.

Quadro 3 - Propostas aprovadas, por eixos, na 9ª Conferência Estadual de Saúde. Santa Catarina, 2023.

Nº	Eixo	Proposta
1	III	Fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF): Manter 100% de cobertura da saúde da família; cobertura de 100% dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs); valorização dos profissionais de saúde; fixação do profissional SUS com concursos públicos e Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); ampliação de formação profissional financiada pelo Estado e pela União em educação na saúde na atenção primária.
2	IV	Retomar projetos de prevenção e promoção em saúde, reafirmando as premissas construídas há décadas no sentido de recuperar e instalar os Pactos Federativos que se perderam nos últimos anos, tais como: farmácia viva, grupos terapêuticos, PICS, fitoterapia, cannabis terapêutico (medicinal), e doulas entre outros.

		Fortalecendo as ações de Vigilância de Saúde, com ampliação de divulgação e informação à população sobre o seu papel.
3	IV	Garantir financiamento para aumentar a oferta de consultas, exames e procedimentos especializados, cirurgias de média e alta complexidade dando acesso ao usuário, buscando melhorar as pactuações, licitações e contratos.
4	III	Revogar as medidas que causam o desmonte do SUS, violam seus princípios e comprometem a saúde da população, a exemplo: o Programa Previne Brasil, da transferência da gestão de serviços públicos à Organizações Sociais (OS's); da reforma da previdência e da política nacional de saúde mental; das restrições financeiras à manutenção e expansão do SUS (EC 95/2016); do investimento dos governos em planos privados; dos incentivos financeiros corporativos ou que não beneficiem a todas as categorias profissionais; do cerceamento de mecanismos de participação social no âmbito das políticas públicas.
5	III	Criar políticas e programas de prevenção de todos os tipos de violências intra-hospitalares, em especial sexual, e nos demais ambientes de saúde contra mulheres, crianças e adolescentes.
6	IV	Elaborar estratégias a fim de interromper o crescente processo de privatização do SUS municipal estadual, que fragmenta os serviços públicos e que, munido pela lógica da privatização do lucro na saúde, não contribui para a prática do direito à saúde. Para isso, priorizar o concurso público como um instrumento constitucional previsto para a inserção no serviço público. Priorizando políticas públicas de promoção de saúde, e educação permanente que busquem prevenir agravos à saúde com a atualização de valores do financiamento SUS.
7	I	Reformular a PNAB com ampla participação popular nos quesitos de, por exemplo: diminuir o quantitativo de pessoas por agente comunitário de saúde com cobertura 100%; equipe de ESF condizente com o número de habitantes (máximo 3000 pessoas por ESF de acordo com a sua vulnerabilidade), ampliação da equipe mínima incluindo novos profissionais (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, profissional de educação física e outros de acordo com a necessidade do território).
8	IV	Ampliar e garantir o repasse de recursos destinados aos serviços da RAPS com: previsão de construção de sedes próprias para os CAPSs; ampliação das equipes de Atenção Primária incluindo profissionais de Saúde mental; qualificação e ampliação de leitos de Saúde mental em hospitais gerais e outros dispositivos de atenção à crise; fomentar a educação permanente e o matriciamento na perspectiva da clínica ampliada, fortalecimento das políticas de saúde transversais (mulher, criança, pop negra, indígena, LGBTQIA+, pessoa com deficiência e situação de rua, imigrantes, idosos e trabalhadores).
9	I	Criar e implementar programas de saúde mental, objetivando o aumento da assistência e qualidade em saúde dessa crescente demanda, através da viabilização da reestruturação das exigências para a implementação do CAPS em suas modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad), maior número de leitos para internação psiquiátrica em hospital geral e criar protocolos de fluxo de encaminhamento, diminuindo o número de habitantes necessários para implantação, ampliando o recurso federal independente do porte do município.
10	I	Investir, garantindo o financiamento para melhoria do tratamento oncológico em todas as regiões com a ampliação e aprimoramento dos serviços, bem como, a inclusão da radioterapia onde já existem serviços de quimioterapia.
11	III	Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde do trabalhador e da trabalhadora através de

		iniciativas como a ampliação a 100% da cobertura do CEREST e CERESTA, aumento da oferta de horário para atendimento integral à saúde do trabalhador, reforçando a obrigatoriedade de notificar as doenças e agravos relacionados ao trabalho.
12	II	Promover e incentivar a inclusão nos calendários escolares e atividades formativas nas escolas, conscientização sobre o papel dos movimentos sociais, conselhos e conferências de saúde, esclarecendo a população sobre a importância da participação popular no controle social, incluindo divulgação nas Mídias.
13	I	Revisar e atualizar anualmente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), ampliando a lista com medicamentos mais modernos e melhor tecnologia, contemplando inclusive a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto 5813) e medicamentos de alto custo, incluindo a insulina de ação prolongada, junto ao Estado e a União, bem como a atualização dos protocolos clínicos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF, não restringindo à prescrição por especialista.
14	IV	Aumentar a transferência pelos governos federal e estadual diretamente aos municípios em detrimento das emendas parlamentares, que o orçamento da saúde seja repassado aos municípios de forma igualitária per capita e não por emendas parlamentares sendo observado também os movimentos migratórios.
15	III	Garantir o acesso aos serviços de interrupção legal da gestação a todas as mulheres brasileiras ofertado por equipe multiprofissional capacitada e aumento de instituições que ofertam o serviço com imediata transparência dos protocolos e dados epidemiológicos sobre os abortamentos realizados no estado de Santa Catarina, bem como disponibilização da Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) em todos os estabelecimentos de atendimento obstétrico ambulatorial ou hospitalar, garantindo proteção física, psicológica e dos dados sensíveis das mulheres atendidas, observando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e ampliar o debate para abranger outras especificidades.
16	III	Resgatar a ampliação da Atenção Primária à Saúde, com retomada das estratégias do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Saúde Mental e Agentes Comunitários de Saúde, revisando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com extinção do Previne Brasil, adequando a quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe de Saúde da Família, de acordo com a necessidade, a população e as características sociodemográficas do território e respeitando sua atribuição original.
17	III	Criar um plano de cargos e salários voltado para os servidores públicos do SUS (municipal, estadual e federal) e extinguir cargos de confiança com a ampliação de concursos públicos, valorizando a inclusão de trabalhadores com residência/especialização no campo da saúde coletiva (atenção básica, saúde da família, saúde mental coletiva e outras afins).
18	III	Implementar a política nacional de cuidados paliativos integrada às redes de atenção à saúde e como componente de cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) através da Estratégia Saúde da Família (ESF) com garantia de financiamento.
19	IV	Criar linha de cuidado de atenção integral à saúde da população trans residente no estado de Santa Catarina, garantindo a ampliação dos ambulatorios de atenção integral para pessoas transsexuais e travestis, e pactuação regional interestadual para acesso e cuidado, incluindo habilitação de serviços de referência hospitalares e cirúrgicos no processo transsexualizador conforme a Portaria Ministerial nº 2.803/2013.
20	I	Fortalecer e elaborar estratégias que facilitem e ampliem a construção de serviços em saúde mental (como CAPS) em municípios com menos de 20 mil habitantes (municipal ou microrregional), com repasse financeiro para manter tal serviço.

21	II	Incentivar a capacitação dos conselheiros municipais custeadas pelo governo federal e estadual, sendo presenciais ou semipresenciais, de forma sistemática, permanente, garantindo recursos financeiros para as atividades dos conselheiros, implementando campanhas e ações para a população sobre a importância dos conselhos de saúde municipais e que incentivem a adesão e permanência de membros.
22	III	Revogação da Emenda Constitucional 95 e revisão do novo arcabouço fiscal a fim de possibilitar o investimento público em saúde necessário para garantir como direito, e garantir financiamento e suporte técnico pedagógico para o fortalecimento de serviços em saúde mental que trabalhem na lógica psicossocial, praticando um cuidado no território e em liberdade, em especial aos CAPS e Atenção Primária à Saúde.
23	III	Garantir a capacitação de usuários e profissionais de saúde de todos os níveis de atenção através de formação continuada sobre a saúde da população negra, que aborda o combate ao racismo institucional e estrutural (na saúde e intersectorial), que aborde o preenchimento adequado do quesito raça e cor nos sistemas de informação, e doenças de maior prevalência na população negra.
24	III	Solicitar que o Ministério da Saúde incentive alimentos saudáveis por meio de redução de impostos e taxas para promover o barateamento desses alimentos para população. Assim como cobrar das empresas de alimentos industrializados a diminuam o sódio e os açúcares dos produtos que fabricam. Devido a epidemia HAS e Diabetes que muitas vezes o acometimento dessas doenças advém do estilo de vida e alimentação industrializada, que é rica em sódio e açúcares.
25	IV	Ampliação e fortalecimento dos laboratórios oficiais das três esferas do governo para garantir a produção de medicamentos e outros insumos, principalmente antibióticos constantes na RENAME.
26	IV	Criar Política integral da saúde da pessoa autista, neuro divergente e familiares.
27	III	Fortalecer a integração entre a rede de Urgência e Emergência e Atenção Primária, inclusive com melhorias das estradas estaduais e federais para facilitar o acesso da população às unidades de saúde e transferências entre os serviços.
28	III	Assegurar leitos de urgência e emergência psiquiátrica nos hospitais gerais e estaduais para internação adulto e infantil, na média e alta complexidade, e referência e contrarreferência para os serviços de saúde dos territórios.
29	III	Abrangência estadual/nacional Incluir na oferta do SUS a cannabis terapêutica como remédio fitoterápico da farmacopeia brasileira e medicamentos à base de canabinóides na RENAME, capilarizando o acesso via SUS.
30	IV	Aumentar os recursos destinados às pesquisas e ao desenvolvimento tecnológico, utilizando a matéria-prima brasileira na produção de medicamentos e vacinas que hoje são importadas.
31	III	Desenvolver uma política pública para o atendimento integral às mulheres e crianças vítimas de violência que inclua a criação de centros de referência regionalizados. Fortalecer e ampliar a divulgação dos fluxos de atendimentos às vítimas de violência física e psicológica das mulheres, crianças e da população LGBTQIA+.
32	III	Fortalecer a Política Nacional de Imunização (PNI) através de recursos físicos, materiais e humanos. Que as ações sejam embasadas em dados epidemiológicos e que as campanhas visam combater a desinformação a partir de dados cientificamente comprovados.
33	III	Enfatizar o cuidado em saúde mental que transforme a cultura da medicalização neste campo, buscando: a) evitar prescrições desnecessárias qualificando os critérios para

		início do uso de drogas psiquiátricas; b) apresentar riscos e benefícios a partir de consentimento esclarecido quando do início do tratamento medicamentoso, oferecendo outras possibilidades de tratamento (PICs por ex.); c) ofertar estratégias e cuidados específicos, como a redução de danos, às pessoas dependentes de drogas psiquiátrica com foco na qualificação da assistência, redução do preconceito e dos danos do uso irracional de drogas psiquiátricas.
34	IV	Revogação imediata da EC 95, bem como a revisão de valores praticados e a atualização dos procedimentos ofertados pela tabela SUS (SIGTAP) que se encontram congelados há 30 anos sem reajuste e sem atualização desde a sua criação. Programação para futuras atualizações periódicas e subsequentes e, desse modo, revisão com aumento do teto disponível aos prestadores de serviços de saúde.
35	I	Criar e/ou ampliar equipe de saúde bucal hospitalar.
36	IV	Criar Política de saúde voltada ao envelhecimento, com inclusão de médico geriatra em equipes ampliadas de atenção primária, e criação de centro voltado ao idoso (promoção e cuidado à saúde) em parceria com o Serviço Social.
37	III	Garantir acesso ao tratamento com Cannabis Medicinal através do SUS, prezando por parceria com associações ou produção própria do remédio.
38	I	Elaborar e implantar uma Rede de Dados em Saúde, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que permita a otimização e unificação dos sistemas de informação (e-SUS, CADSUS, SISREG) no qual dados clínicos, exames e procedimentos feitos pelo paciente possam ser compartilhados de acordo com a categoria profissional e tipo de atendimento a nível municipal, estadual e nacional.
39	III	Ampliação de recursos de investimento para construção, ampliação ou reforma das UBS's, Academias de Saúde e Requalifica UBS.
40	III	Promover ações voltadas para melhoria do saneamento básico e ampliação dos testes para potabilidade da água (ampliar investimento).
41	IV	Incluir nas escolas federais, estaduais, municipais e privadas desde a pré-escola até o ensino médio espaço na grade curricular que permita educação em saúde, promovendo o debate sobre o SUS, bem como sua história e da Educação em Saúde
42	III	Assumir a responsabilidade de ordenar os recursos humanos dentro da graduação e principalmente nas residências médicas e multiprofissionais, onde se formam os especialistas para ampliação dos profissionais de saúde da família, e que as especialidades sejam direcionadas conforme as necessidades do território para formação de profissionais mais comprometidos com o SUS
43	II	Realizar a IV Conferência de Saúde Bucal e suas etapas estaduais e municipais no ano de 2024
44	III	Implementar integralmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estadual nos moldes reforma psiquiátrica e Conferências de Saúde Mental em 2022. Assegurar a qualificação dos profissionais de saúde da APS e de urgências/emergências para um atendimento oportuno e adequado; a ampliação dos equipamentos existentes; e a implantação de CAPS III adulto, CAPSad III, CAPSi, serviço residencial terapêutico, leitos hospitalares para saúde mental em hospitais gerais, serviços de reabilitação das questões de aprendizagem, Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Síndrome de Down e demais Síndromes, Centro de Convivência e Cultura segundo a realidade dos municípios, com assistência familiar. Abrangência Estadual/Nacional.
45	IV	Ampliar a integração de forma a unificar os sistemas de informação do SUS /Ministério



		da Saúde (e-SUS, CADWEB, SISREG, SINAN, SISCAN, TELEMEDICINA, SINASC, SIM), permitindo melhor integração entre os níveis de atenção à saúde e possibilitando, inclusive, a troca de informações com sistemas intersetoriais, tais como o de assistência social e educação, conforme a lei geral de proteção de dados (LGPD).
46	I	Ampliar e assegurar o acesso às mais de 50 anomalias possíveis de avaliar e diagnosticar no teste do pezinho para recém-nascido, e garantir o fluxo de atendimento às doenças diagnosticadas.
47	II	Reestruturação de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) aos integrantes dos dispositivos do controle social, visando ampliar o conhecimento e reconhecimento dos papéis e caminhos para a representatividade ativa. Bem como, fortalecer a formação e capacitação dos profissionais inseridos na RAS acerca do controle social, aprimorando a interação entre os pares com ênfase no protagonismo dos usuários, incentivando a participação dos jovens e adultos e a cogestão entre as áreas de educação e da saúde atendendo a lógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para controle social de modo efetivo.
48	III	Fortalecer a atenção à saúde bucal nos municípios por meio política nacional com incremento financeiro para atendimento aos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) com a respectiva adequação da estrutura física da rede e implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).
49	IV	Criar um programa de pronto atendimento (PA) em municípios que não tem hospital.
50	II	Ampliar, realizar e garantir capacitação permanente para conselheiros de saúde como forma de auxiliar na tomada de decisões, além de divulgar a sua atuação para conscientização da sociedade acerca da importância do controle social na saúde.
51	IV	Articular de forma intersetorial a destinação de recursos específicos para a ampliação do saneamento básico com alcance de, no mínimo, 90% da população até 2030.
52	III	Garantir melhor custeio das ações em saúde, por meio da realização de auditorias da dívida pública municipal, estadual e da União
53	IV	Estimular e financiar parcerias com instituições de ensino públicas e comunitárias para a produção de tecnologia em saúde (novos medicamentos, vacinas e atualização de tratamentos de doenças) no nosso País.
54	I	Garantir e ampliar recurso para as políticas públicas voltada à pessoa idosa, que contemple a promoção a saúde, alimentação saudável, atividade física e convívio social, bem como a construção de Centros de Saúde multiprofissionais focados no idoso frágil, com linhas de financiamento para a implementação e custeio, e integrados a Rede de Atenção à Saúde.
55	I	Incluir no Programa Saúde na Escola (PSE) a capacitação dos profissionais da educação para tratar dos temas de saúde mental, incluindo bullying, discriminação (racismo, gênero, classe, capacitismo, etc.), uso de substâncias lícitas e ilícitas, automutilação e prevenção ao suicídio
56	IV	Incentivo financeiro federal e estadual para os municípios, voltados aos programas/ atendimento com (Terapeuta Ocupacional, Neurologista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Dentista, psicopedagogo, psicólogo e assistente social) as crianças, pacientes com autismo e ou que apresentem alterações de desempenho ocupacional, que tenham dificuldades em realizar suas atividades diárias, mediante apresentação de laudos médicos por especialista da área.
57	I	Ampliar a rede de assistência do SAMU, através da garantia de financiamento tripartite, implantando nos municípios não contemplados, bem como ampliar as

		equipes em todas as suas modalidades.
58	IV	Incentivar a pesquisa e a inovação em saúde nas Universidades e outras instituições públicas e comunitárias, fortalecendo os vínculos dessas com o SUS nos estados e municípios.
59	IV	Estabelecer aos municípios o valor do repasse específico para pagamento do piso da Enfermagem (garantir financiamento federal para a implantação do piso nacional da Enfermagem nos municípios, respeitando a aplicação na carreira conforme Emenda Constitucional nº 124/2022).
60	IV	Revisão da tabela SUS com periodicidade anual de modo a aumentar o acesso às cirurgias e aos procedimentos de alta e média complexidade. Aumentar o teto de média e alta complexidade (MAC) dos municípios.
61	I	Solicitar ao Ministério da Saúde a ampliação da faixa etária da vacinação HPV para a população até 45 anos, com vistas a aumentar a cobertura vacinal e diminuir a incidência de câncer no colo uterino.
62	IV	Criação de um grupo temático permanente entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde para a revisão das grades curriculares dos cursos do campo da saúde, visando a formação humanizada e dentro dos Princípios e Diretrizes do SUS, de futuros trabalhadores das instituições públicas de saúde. Criação de bolsas de estudos para especialização, mestrado e doutorado para trabalhadores do SUS.
63	III	Implantar programa para redução e conscientização do absenteísmo em exames, consultas, procedimentos e cirurgias, e realizar campanhas nacionais a fim de evitar o mau uso dos recursos do SUS.
64	I	Contratação de profissional Estomaterapeuta em regime macrorregional para a atenção, cuidado e capacitação de profissionais de saúde na área de feridas, incontinências urinárias e estomias
65	III	Garantir que o acesso aos profissionais de saúde no âmbito do SUS, ocorra mediante aprovação exclusiva em concurso público com vínculos de provimento efetivo, ressalvado os casos de real excepcionalidade de necessidade temporária, conforme o art. 37 da Constituição Federal de 1988, com vistas à garantia da longitudinalidade e continuidade do cuidado
66	I	Garantir como política de Estado (com layout permanente) a distribuição das carteiras de saúde (criança, gestante, idosos, vacinas, etc) de forma física/impressa pelos órgãos competentes.
67	I	Implementar o Plano de Carreira e o piso salarial das categorias que trabalham no SUS, bem como garantir a redução de carga horária (30h).
68	III	Assegurar a integralidade da assistência através do acesso aos serviços de média e alta complexidade de forma regionalizada através da implantação de centros de especialidades e/ou policlínicas de referência regional públicas, ofertando serviços de exames, consultas especializadas e procedimentos ambulatoriais, ampliando o cofinanciamento estadual para custeio em todos os níveis de atenção, a fim de assegurar a participação equânime das três esferas do governo no financiamento das ações e serviços de saúde.
69	III	Aprimorar e financiar as Práticas Integrativas e Complementares(PICS) no SUS, com uso de tecnologia e inovação para capacitação dos profissionais do SUS.
70	IV	Aplicação dos financiamentos aos projetos de pesquisa e extensão das universidades públicas nos departamentos de saúde que visem fortalecer o complexo econômico e

		industrial de saúde fomentando assim polos regionais e nacionais de pesquisa.
71	III	Ampliação das especialidades do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) com criação de polos regionais de saúde, aderindo às especialidades de prótese e odontopediatria.
72	I	Melhorar e viabilizar a implantação do Programa de Prótese Dentária dentro dos princípios e diretrizes de acordo com a política nacional de Saúde Bucal, aumentando e garantindo o financiamento e ampla divulgação da oferta
73	III	Viabilizar recursos específicos para os municípios implementarem e efetivarem Postos de Vacinação Móvel como estratégia permanente, tendo como objetivo ampliar a cobertura vacinal dos usuários e atingir a meta preconizada pela Política de Imunização.
74	IV	Implementar e efetivar a Política de Educação Permanente em Saúde, qualificando os profissionais através de estratégias de formação para o SUS em atenção à saúde mental do profissional. Incentivando financeiramente o bom desempenho de servidores e equipes, estimulando-os na busca de melhores resultados no atendimento do usuário para a qualidade de vida da população, inclusive ofertando capacitação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e em políticas étnicas especializadas.
75	II	Fortalecer a participação popular no controle social através dos conselhos locais e municipais de saúde garantindo o financiamento das três esferas de governo com vistas a fortalecer o controle social.
76	I	Garantir, ampliar, qualificar e facilitar a implementação e aplicação das políticas de Estado voltadas às populações minorizadas, tais como representantes da população PPI (pretos, pardos e indígenas), pessoas LGBTQIAP+, mulheres, idosos, PCD (pessoas com deficiência), pessoas em sofrimento psíquico e neuro divergentes, em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH).
77	IV	Atualização e revisão do repasse e financiamento defasado referente à tabela SUS, conforme inflação, pois a mesma está defasada e não cobre necessidades referentes a contratação de serviços. Tendo em vista a dificuldade de contratação dos profissionais, prestadores de serviço e discrepância de valores pagos comparados aos valores SUS, por parte dos municípios. Sendo necessário a implementação de recursos dos municípios para repor esse financiamento, bem como da Atenção Primária, Assistência Farmacêutica e Práticas Integrativas e Complementares. Com vistas a aprimorar a prevenção, promoção e resolutividade da RAS, considerando a necessidade dos serviços e das comunidades.
78	IV	Incentivar a unificação e ampliação dos recursos do prontuário eletrônico para garantir o acesso aos dados de saúde e o funcionamento do e-SUS em todo território nacional, com a unificação de informação de saúde integrando no setor público e privado, na baixa, média e alta complexidade, respeitando os preceitos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).
79	III	Implantar o atendimento odontológico nas unidades da Rede de Urgência e Emergência.
80	I	Implementar centros de atendimento microrregionais em complementação aos centros de aconselhamento, testagem e tratamentos regionais, para atendimento integral das pessoas com doenças infectocontagiosas e com mais agilidade (hepatites, ists, tuberculose, sífilis, entre outras).
81	IV	Criar rede de apoio em saúde mental ao profissional de saúde, bem como sua valorização com incentivos para melhores condições de trabalho, remuneração adequada e padronização nacional do piso salarial, a fim de garantir a permanência do

		profissional na sua origem. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador(a) a nível nacional com iniciativas como cobertura total de CERESTES regionais, atendimento integral à saúde do trabalhador, participação popular e aumento do número das notificações das doenças e agravos relacionados ao trabalho.
82	IV	Aperfeiçoar o sistema de gerenciamento de prontuário eletrônico, unificando os vários sistemas existentes, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar, para que as informações estejam acessíveis a todos os níveis de atenção sem compartimentalização, tornando obrigatória também a contra referência eletrônica das especialidades, para que os profissionais de saúde tenham acesso aos procedimentos e as condutas realizadas e possam dar continuidade ao cuidado integral. Para que exista mais transparência e efetivação na regulação e aproveitamento das vagas ofertadas. Bem como, criar um único sistema para todos os programas, saúde da mulher, e-SUS, e epidemiologia.
83	I	Fomentar e garantir recursos federais e estaduais para promoção de programas de educação permanente aos profissionais de saúde atuantes no SUS, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde, afim de aprimorar a qualidade do atendimento em demandas específicas como violência, suicídio, saúde mental, população de baixa renda, imigrantes e desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) nos municípios. Abrangência Estadual e Nacional.
84	II	Ampliar a obrigação mínima de recurso financeiro em saúde da União, de 5% para 10%, prever recurso novo do cofinanciamento federal nas diversas áreas de cuidado, APS, atualizar tabela SUS, e as demais políticas vigentes, bem como articular o financiamento para os conselhos de saúde.
85	III	Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi, com aumento do financiamento federal e estadual, conforme Política Nacional de Saúde Mental, garantindo desta forma acesso aos serviços às pessoas em situação de uso e abuso de álcool e outras drogas, sofrimento e/ou transtorno mental, viabilizando a implantação dos CAPS regionais ou microrregionais em municípios com menos habitantes.
86	III	Unificação dos sistemas de informação em saúde e capacitação para o uso e alimentação correta na atenção primária, secundária e terciária, bem como demais estabelecimentos de saúde (farmácia/laboratório municipal), a fim de melhorar a comunicação na rede pública, com ênfase na segurança e integralidade dos atendimentos aos usuários, otimização do cuidado e redução de custos ao evitar duplicação de atendimentos e exames.
87	III	Garantir financiamento para fomentar a educação permanente e o fortalecimento das políticas de atenção integral da saúde das minorias (população negra, LGBTI+, povos originários, etc), em consonância com a Política Nacional de Humanização.
88	III	Revisar e ampliar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME e REMUME) para redistribuição dos medicamentos entre os componentes da assistência farmacêutica.
89	III	Efetivar a integração entre os Sistemas de Informação (SIASI e sistema de informação vigente no município e estado) para ofertar um serviço de saúde mais amplo e de maior qualidade para a população indígena, incluindo uma referência em atenção básica com equipe capacitada à realidade desta população e suas necessidades com transparência nas medidas tomadas e recursos direcionados.
90	IV	Destinar mais recursos financeiros aos serviços e programas vinculados à Política Nacional de Saúde do Trabalhador, a fim de qualificar as fiscalizações, notificações e capacitações dos profissionais que atuam na área.
91	I	Fiscalizar e garantir que os estabelecimentos públicos de saúde tenham estrutura física

		adequada conforme as legislações vigentes, com autonomia à vigilância sanitária, para um melhor atendimento ao usuário e segurança dos trabalhadores de saúde
92	II	Realizar no intervalo entre as conferências de saúde eventos do controle social para fazer o acompanhamento das demandas deliberadas nas conferências e prioritariamente vinculados à elaboração dos planos municipais e estaduais, e políticas de saúde.
93	III	Garantir incentivo financeiro para os preceptores, a fim de ampliar e fortalecer os laços da residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional, para garantir que aconteça a formação da residência multidisciplinar em saúde dentro dos municípios, estimulando melhor laço entre as formações de profissionais da APS no âmbito municipal e estadual.
94	I	Contratar, por meio de concurso público, novos profissionais especializados voltados ao autismo e outros transtornos mentais, e capacitar as equipes já existentes no cuidado dessa população.
95	III	Fortalecer e ampliar a divulgação das campanhas de vacinação através das mídias e dos canais de comunicação (redes sociais, TV, rádios, etc) sobre a importância da adesão às vacinas disponíveis no SUS e valorizando a imunização de acordo com o calendário do Programa Nacional de Imunizações.
96	IV	Aumentar os incentivos financeiros para os programas relacionados à saúde da mulher, incluindo exames de rastreamento e diagnóstico.
97	I	Promover e garantir financiamento às ações preventivas referentes à saúde mental voltadas às crianças e adolescentes e suas famílias, com a criação de um programa permanente e a devida contratação de profissionais através de concursos públicos.
98	III	Instituir no âmbito do SUS um programa do Ministério da Saúde que financie a elaboração, construção e custeio de estruturas específicas (serviços especializados multiprofissionais) para o atendimento integral e tratamento no desenvolvimento cognitivo às crianças e adolescentes com deficiências (pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), síndrome de DOWN, dentre outras), com assistência familiar.
99	III	Estabelecer e fiscalizar o cumprimento de pagamento de pisos salariais dignos para todos os profissionais de saúde.
100	IV	Criar ou ampliar os recursos financeiros de custeio aos municípios para a Atenção Primária em Saúde (APS) com fiscalização do investimento, fortalecendo os programas de saúde da família e o Serviço de Atenção Domiciliar, com ampliação de horários de atendimento das Unidades Básicas de Saúde. Bem como a retomada de investimentos para construções e reformas para as unidades básicas de saúde.
101	I	Criar Política de cuidado voltada aos profissionais de saúde.
102	III	Garantir leitos psiquiátricos e equipes adequadas nos hospitais gerais em acordo com a Política Nacional de Saúde Mental.
103	II	Garantir a ampla divulgação continuada, através da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria de Comunicação, sobre a importância da participação social nas discussões de saúde enquanto instrumento de fortalecimento e defesa do SUS (municipal, estadual, federal), informando a população quanto a importância da participação social para a melhoria dos serviços de saúde.
104	IV	Que se cumpra a Emenda Constitucional nº 29/2000, onde se estabelece o percentual mínimo para cada ente federativo (10% Federal, 12% Estadual e 15% Municipal).
105	IV	Consolidar o papel do Estado com o financiamento do SUS, preconizados na legislação

		e executando o que é de sua competência ou realizar o repasse aos municípios, bem como elaborar plano de aumento gradual do financiamento estatal dos Hospitais Públicos Municipais com abrangência regional, e garantir a clareza e transparência com linguagem acessível ao controle social na prestação de contas.
106	III	Garantir a promoção, prevenção e proteção da saúde dos trabalhadores do SUS, bem como a garantia dos direitos trabalhistas como insalubridade, piso salarial e percentual mínimo de gratificação por dedicação exclusiva no âmbito do SUS, conforme Lei nº 8080/1990 e financiamento à capacitação permanente dos profissionais.
107	III	Criar política nacional que institua centros municipais de atendimento especializado em saúde do trabalhador com prevenção, promoção, diagnóstico, assistência, nexos com trabalho, fiscalização e vigilância
108	III	Implantar um prontuário único e gratuito a nível nacional, que contenha informações, agendamentos, atendimentos, medicamentos, exames e vacinação.
109	IV	Estimular o debate, a conscientização, viabilizar recursos financeiros e cuidados necessários para o enfrentamento das doenças raras.
110	III	Estabelecer prazo máximo para realização de cirurgia eletiva sensível de acordo com a necessidade do procedimento e agilizar a reinserção social do paciente.
111	IV	Ampliar a participação do financiamento público federal do SUS a pelo menos 60% do total, reduzindo peso do ente municipal, o qual detém menor capacidade de arrecadação tributária, e assim substituindo os critérios atuais do governo federal de financiamento da Atenção Básica (por número de cadastros), tornando a população do município como principal critério de distribuição de recursos. Ampliando vagas de residência médica da saúde da família e comunidade e residência multiprofissional.
112	IV	Aumento da participação financeira estadual e federal na saúde, a fim de reduzir filas de espera para exames e ampliação das prevenções.
113	III	Implementar serviços de atendimento móvel de urgência e emergência com equipes especializadas em saúde mental para atendimento às demandas psiquiátricas.
114	IV	Revisar as formas de financiamento do SUS, confrontando os limites constitucionalmente estabelecidos atualmente pela EC 95 com propostas de ampliação de formas de financiamento mediante incremento do PIB.
115	IV	Realizar análise, revisão e atualização periódica da PPI e da tabela SUS via tripartite visando maior participação de recursos de acordo com a realidade de cada município.
116	III	Instituir no âmbito do SUS serviços especializados através de políticas públicas de saúde mental, doenças raras e crônicas, investindo em tecnologias e inovação para melhor a eficiência no diagnóstico e tratamento.
117	III	Implantar as linhas de cuidado em saúde da mulher, da criança e do adolescente, dos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e idosos, garantindo financiamento e assistência qualificada em todos os ciclos da vida.
118	II	Ampliar as ações do Plano de Educação Permanente voltado a conselheiros e usuários do SUS, para o exercício do controle social e uso racional dos serviços.
119	III	Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e recriar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), valorizando o servidor em atuação, garantindo o dimensionamento de pessoal adequado e investindo na proposta de assistência integral, longitudinal, estratégica e para além do atendimento ambulatorial. Garantindo o reinvestimento no SUS, revisando a avaliação e financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS), a

		partir de um olhar para a qualidade da assistência integral e não exclusivamente para a produtividade.
120	III	Revisão da política hospitalar, ampliação do acesso e aumento do recurso financeiro destinado às cirurgias eletivas, consultas especializadas, exames, medicação de alto custo e demais assistências na média complexidade.
121	I	Atualizar protocolos de diretrizes terapêuticas, ampliando a lista de medicamentos de alto custo junto ao Estado e a União.
122	III	Implantar uma política nacional de cuidados paliativos com profissionais capacitados para esse atendimento, bem como, capacitar todos os profissionais da Rede de Atenção à Saúde e familiares para esse cuidado.
123	III	Melhorar o incentivo financeiro de custo fixo para manter o atendimento de emergência hospitalar com qualidade
124	IV	Aumentar o percentual de investimentos em saúde pela União.
125	III	Realizar auditorias periódicas nas filas de espera do SUS, melhorando o processo de regulação, dentro dos instrumentos de gestão previstos e em parceria com os conselhos de saúde.
126	III	Realizar concurso público em regime estatutário, para estabilidade, qualificação do trabalho e redução do processo de vinculação político partidário.
127	III	Integrar um sistema nacional de consultas e vacinas, comunicação da alta e média complexidade informatizada direcionada a Atenção Básica (garantir financiamento para a integração de dados em saúde dos municípios juntamente a rnds permitindo e facilitando o acesso às informações de saúde em todo território nacional).
128	III	Criar aplicativo para uso em dispositivo móvel que facilite o chamado de emergência aos Órgãos prestadores de serviços (app similar a botão de pânico), conscientização e educação as pessoas para evitar os trotes
129	I	Aumentar a oferta de vagas de serviços especializados, consultas, exames e procedimentos no SUS relacionados a média e alta complexidade, através da ampliação de espaços e profissionais nas macrorregionais garantindo o financiamento.
130	I	Garantir cursos e capacitação presencial e qualificada para os trabalhadores de saúde, identificando quais as maiores dificuldades de cada setor para manter o compromisso e o melhor atendimento humanizado aos usuários.
131	III	Reavaliar a capacidade de atendimento das ESFs, conforme a vulnerabilidade da população atendida e não considerando apenas o número de pessoas cadastradas, a fim de garantir o princípio de equidade com estrutura física e recursos humanos adequados.
132	III	Fortalecer as equipes de Estratégia de Saúde da Família, incluindo as equipes de saúde bucal e Psicologia na equipe mínima, visando a qualidade da assistência primária à saúde (promoção e prevenção) e de acordo com a adscrição de cada território.
133	III	Priorizar a Rede de Atenção Psicossocial com foco no desenvolvimento da saúde mental na Atenção Primária com educação permanente e financiamento adequado.
134	III	Coordenar a valorização e o fortalecimento da Atenção Primária no âmbito tripartite, garantindo programas que contemplem sua ampliação e qualificação, consolidando a Estratégia Saúde da Família, reordenando o NASF e implementando o Plano de Carreira, Cargos e Salários para os trabalhadores do SUS.

135	I	Fomentar, financiar e implantar o desenvolvimento de tecnologias (saúde digital) como mais uma alternativa para o agendamento de consultas, marcação de exames e obtenção de certificados e documentos emitidos pelos serviços de saúde, utilizando como base de dados os sistemas eSUS, GovBR e similares, a fim de garantir melhor acesso e resolutividade da APS.
136	I	Garantir a educação permanente dos servidores de forma contínua com garantia de recursos e carga horária para este fim, conforme preconizado na Política Nacional de Educação Permanente.
137	IV	Expandir a abrangência do e-SUS aos diferentes pontos da rede (média e alta complexidade, além da Atenção Primária à Saúde).
138	III	Ampliar o investimento para criação de novos centros regionais de saúde (especialidades - média e alta complexidade).
139	I	Incentivar a implementação de protocolos de cuidado aos usuários de drogas lícitas e ilícitas.
140	I	Ampliar a oferta de leitos de retaguarda em hospitais de pequeno e médio porte respeitando as Macrorregiões
141	I	Reestruturar o Hospital Doutor Waldomiro Colauti (gestão estadual) com ampliação do acesso à porta de entrada e dos atendimentos de média e alta complexidade: oferta de exames, consultas de especialidades, internações e cirurgias garantindo atendimento aos municípios da macrorregião evitando viagens de risco aos pacientes e profissionais de saúde.
142	I	Implantar no Médio Vale um hospital estadual regional que abrange os municípios de Benedito Novo, Doutor Pedrinho, Rio dos Cedros, Indaial, Timbó, Rodeio e Acurra.
143	I	Ampliar os polos de coleta de leite materno ao banco de leite de referência da região
144	I	Investir em políticas públicas de informação em saúde coletiva que sejam mais inclusivas e abrangentes: campanhas informativas, atualizadas e direcionadas às necessidades regionais e faixas etárias, utilizando diferentes mídias e meios buscando combater de forma mais eficaz as fake news.
145	I	Que o Hospital da Criança de Chapecó seja regionalizado SUS e ampliado como UTI infantil
146	I	Construir novos espaços para ampliação dos atendimentos a nível hospitalar na região Norte e Nordeste do Estado.
147	II	Investir em capacitação para os conselheiros de saúde, presenciais ou semipresenciais, de forma sistemática e permanente, garantindo recursos financeiros para custeio das atividades dos conselheiros como deslocamento, alimentação, estadias e materiais.
148	II	Promover e intensificar as ações do controle social, para a promoção da saúde e prevenção de doenças em parceria com associações de moradores, igrejas, entidades, para a prática de esportes, a prática de convivência da melhor idade e troca de experiência, promovendo assim a aproximação dos conselhos municipais e do conselho estadual de saúde junto às populações.
149	II	Levantamento das legislações municipais pelo Conselho Estadual, referente ao funcionamento e estruturação dos Conselhos Municipais, de modo a padronização e respeito às legislações pertinentes a esses.
150	III	Garantir o cumprimento da Lei nº 17.066/2017 que torna transparente as filas de espera



		para os procedimentos e serviços do SUS no âmbito estadual.
151	III	Realização de concurso público de forma periódica visando a recomposição do quadro profissional efetivo.
152	III	Implantar em Blumenau um Hospital Estadual Regional, fortalecendo o município como polo regional de saúde
153	III	Descentralizar e ampliar a oferta de profissionais da alta complexidade, garantindo o acesso de qualidade ao T.F.D.
154	III	Fortalecer políticas de matriciamento dentro da linha do cuidado, evitando consultas desnecessárias e medicalização exacerbada, potencializando processos de equidade, para não deixar usuários em situação de vulnerabilidade sem atendimento e cobertura a nível biopsicossocial.
155	III	Criar um ambulatório ou ala pediátrica no Hospital Regional de São Miguel do Oeste/SC para melhorar e agilizar o atendimento de especialidades pediátricas na região.
156	III	Fortalecimento da rede de referência e contra referência para especialidades médicas, facilitando o acesso às consultas e com exames em quantidade suficiente com um sistema interligado entre as redes de atendimento, que facilitem a visualização da classificação de risco e posição na lista de espera.
157	III	Regulamentar a Lei nº 18.162, de 14 de julho de 2021, que institui o programa de cuidados para pessoas com fibromialgia no Estado de SC.
158	III	Garantir através do SUS a integralidade do atendimento às pessoas com deficiências, como por exemplo a realização de exames com sedação, caso necessário.
159	III	Tornar obrigatório e fornecer a capacitação para os gestores dos Fundos de Saúde para que tenham conhecimento sobre os recursos públicos recebidos e garantir à população a transparência sobre a utilização dos mesmos. Criar meios de divulgação aos usuários do SUS para que eles tenham conhecimento sobre esse sistema de saúde, estimular a sua valorização e uso racional de seus recursos.
160	III	Fortalecer e ampliar a oferta de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para resolver problemas de saúde bucal que não são contemplados de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal, prevendo a participação dos municípios referenciados e do Estado pela Secretaria Estadual de Saúde.
161	III	Adequar as portarias que envolvem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com abertura do sistema para credenciamento/habilitação de novos dispositivos/unidades junto ao Ministério da Saúde, principalmente pela demanda real do território para adesão de equipe, a fim de completar e ampliar as equipes de CAPS, Consultório na Rua, Unidade de Acolhimento, Residencial Terapêutico e Ambulatório de Saúde Mental, de modo a garantir a cobertura adequada das equipes e serviços da rede de atenção psicossocial, a partir de concursos públicos.
162	III	Garantir que o estado cumpra com o pagamento dos co-financiamentos estaduais e que revise, atualize e aumente os valores nos diversos com financiamentos da atenção básica e de média complexidade.
163	III	Garantir que a Rede de Atenção em Oncologia da região da AMFRI atenda a população alvo de forma satisfatória e especialmente dentro do tempo máximo previsto em Lei nº 12.732/2012 (60 dias)
164	IV	Incluir no Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção à Urgência e

		Emergência (RUE) de Santa Catarina para atendimento 24hrs do Hospital São Benedito do município de Benedito Novo, solicitando habilitação para criação de leitos de longa permanência e leito de retaguarda, e incluindo o Hospital São Benedito na política hospitalar estadual.
165	IV	Construir um Hospital Regional na Região da Foz do Rio Itajaí, inclusive com leitos psiquiátricos.
166	IV	Ampliar a equipe de atendimento na UNACON, a fim de garantir o atendimento do paciente, conforme a Lei nº 12.732/2012, no prazo máximo de 30 dias.
167	IV	Aumentar o percentual de gasto mínimo do Estado em saúde de 15% para 20%, por meio de legislação estadual específica
168	IV	Fortalecer os Consórcios Intermunicipais de Saúde; Implementar as especialidades odontopediátricas e pacientes especiais com pactuação com estabelecimento hospitalar em casos de necessidade de anestesia geral; garantir financiamento suficiente para manutenção dos Centros de Especialidades Odontológicas.
169	IV	Que o Estado de Santa Catarina retome a implementação do Plano Diretor de Investimento e de Regionalização, capacitando as Regiões de Saúde e evitando desta forma os longos percursos de usuários em busca de assistência.
170	IV	Instituir as teleconsultas para especialidades centralizadas em Florianópolis, principalmente para os retornos.
171	IV	Implantar centros de atendimentos especializado de forma regionalizada com financiamento adequado para pessoas com deficiência e autista, com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), com atendimento multiprofissional, intersetorial e equipe mínima composta por neurologista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social e pedagogo nutricionista e odontólogo, devido ao aumento da demanda tanto municipal, quanto estadual.
172	IV	Efetivar a regionalização da média e alta complexidade (clínicas contemplando especialidades essenciais, consultas, exames e cirurgias), fortalecendo os hospitais incluindo clínica hemodinâmica e cardiologia na Grande Oeste. Descentralizar atendimentos em média e alta complexidade para região, visando efetividade dos atendimentos e diminuindo as filas de espera.
173	IV	Assegurar a integralidade à saúde com o acesso aos serviços de média e alta complexidade de forma descentralizada e regionalizada, fortalecendo o suporte de telessaúde, a fim de minimizar a necessidade de viagens para o acesso ao cuidado, para que a população precise se deslocar o mínimo possível a municípios muito distantes para ter acesso aos serviços.
174	I	Buscar melhorar a estrutura do setor de oncologia - UNACON, como o atendimento de quimioterapia e a habilitação do serviço de radioterapia na região de Joaçaba; como a implementação de casas e serviços de apoio para pacientes e acompanhantes e atendimento multiprofissional mais humanizado.
175	I	Garantir pontos de coleta do HEMOSC em todas as microrregiões do estado (em especial Rio do Sul, Foz do Rio Itajaí, Extremo e Meio Oeste, Serra Catarinense) e implantar coletas mensais em mais municípios, com pontos móveis, com o intuito de os doadores voltarem a doar e garantir o banco de sangue abastecido.
176	I	Implementar centros de parto perinatal nas macrorregiões de acordo com a Portaria nº 1.459/2011, Rede Cegonha, ampliando e qualificando a assistência obstétrica.
177	I	Garantir a permanência das cirurgias eletivas estaduais criando centros regionais de

		especialidades de média e alta complexidade em todas as macrorregiões do Estado de Santa Catarina.
178	I	Garantir a implantação HEMOSC nas regionais de Saúde para atender a demanda. Melhorando a logística das coletas
179	I	Instalar o serviço de radioterapia no Hospital São Braz, no município de Porto União, para oferecer um atendimento oncológico integral para cidadãos da macrorregião Norte e Nordeste.
180	II	Implementar e efetivar ações de controle social, por meio da mobilização de atores sociais (trabalhadores e sociedade civil) para acompanhar, fiscalizar e ativar espaços democráticos de deliberações em prol da saúde, como o Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde, além de outras instâncias de deliberação.
181	II	Garantir o fortalecimento, ampliação dos espaços do controle social, bem como, o repasse de recursos financeiros para a estrutura de funcionamento dos conselhos de saúde em todas as esferas, criando a obrigatoriedade de os municípios terem uma secretaria executiva, garantindo espaços físicos específicos para os conselhos, objetivando sua melhor organização e efetivação e um servidor de carreira.
182	III	Garantir acesso em tempo rápido aos recursos de média e alta complexidade, tais como: leitos psiquiátricos em hospitais gerais, com equipe multiprofissional, medicações de alto custo (com lista revista e atualizada); às cirurgias eletivas e consultas especializadas (ortopedia, oftalmologia, ginecologia, otorrinolaringologia, cirurgia vascular, cuidados paliativos e demais especialidades) e exames. Garantir transparência e facilidade de acesso nas informações das filas de espera para atendimento especializado em saúde.
183	III	Criar e ampliar centros multiprofissionais especializados em atendimento de crianças, adolescentes e adultos com transtornos neurológicos nas macrorregiões de Santa Catarina. Abrangência Estadual.
184	III	Garantir a efetividade e ampliação dos valores do repasse fundo a fundo Estado/ Município com objetivo de agilizar e diminuir as filas de espera Tratamento Fora Domicílio (TFD).
185	III	Criar programa de apoio de atenção à saúde de municípios cuja economia seja baseada principalmente no turismo sazonal, garantindo aditivo financeiro.
186	III	Implantar e expandir os serviços em Neurologia e Neuropediatria, tanto na Região Oeste quanto nas demais regiões do Estado.
187	III	Garantir a territorialização e o acesso dos serviços de média e alta complexidade na região Oeste, evitando assim o deslocamento de longas distâncias para atendimento.
188	III	Garantir com financiamento do Estado e da União uma rede de atendimento com qualidade e agilidade nas referências de especialidades de média e alta complexidade na região do Extremo Oeste catarinense com oferta de serviços de exames, procedimentos cirúrgicos, e acompanhamento posterior.
189	III	Fortalecer Políticas de Manutenção e Promoção de Saúde do Trabalhador de Saúde.
190	III	Fortalecer e ampliar a capacidade instalada dos serviços de oncologia clínica e cirúrgica na Macrorregião Grande Oeste.
191	III	Construir um hospital de referência para o tratamento do câncer na Região Norte do Estado, com equipe multidisciplinar especializada, para agilizar o atendimento dos pacientes diagnosticados e diminuir o tempo entre o diagnóstico e o início do

		tratamento.
192	III	Garantir financiamento para implantação ou ampliação de equipe multi especializada em saúde mental (incluindo psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional) na Atenção Primária e/ou de Programa de Saúde Mental além de destinar recursos para capacitação contínua das equipes com o fortalecimento da RAPS.
193	III	Ampliar a quantidade de leitos de UTI Neonatal no estado nas regiões do Planalto Norte e no Hospital Santa Cruz de Canoinhas bem como para as demais regiões do Estado.
194	III	Fomentar recursos financeiros para implantar a UTI Neonatal e Habilitação junto ao Ministério da Saúde da ala de oncologia e posterior implantação da radioterapia de São Miguel do Oeste (HRTGB) e ampliar a estrutura e serviço oncológico no hospital regionais de Chapecó (Hospital Regional do Oeste).
195	III	Garantir que o estado cumpra com o pagamento dos co-financiamentos estaduais e que revise, atualize e aumente os valores nos diversos co-financiamentos da atenção básica e de média complexidade.

Fonte: Conselho Estadual de Saúde- CES/SC, 06/2023.

## 5. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO - PRI

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é parte do processo de planejamento do SUS, realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, que visa garantir o acesso e resolubilidade da atenção promovendo a equidade regional. O produto desse processo é o Plano Regional e conforme o art.º 30, da Lei Complementar 141/2012, servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde (REFERÊNCIA).

Neste ano de 2023 a SES/SC, por meio da Diretoria de Planejamento em Saúde (DIPS), da Gerência de Planejamento em Saúde (GPLAN) e das Gerências Regionais de Saúde (GERSA), retomou o processo de elaboração do Planejamento Regional Integrado (PRI), em parceria com a Superintendência do Ministério da Saúde em Santa Catarina (SEMS) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS).

Esse processo contou com o suporte metodológico do Projeto “*Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde (Regionalização)*” realizado pela Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência (BP), através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), desenvolvido pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde.

A retomada do PRI em Santa Catarina, trouxe um desafio a mais para a SES/SC, implicando na transição de uma organização esporádica e fragmentada, para uma abordagem contínua, proativa e integrada. Essa nova abordagem culminou no alinhamento entre o PRI e o PES de modo a fortalecer o planejamento ascendente e regionalizado.

Em decisão bipartite, em 2023, entre a Secretaria de Estado da Saúde e Conselho das Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina, a Macrorregião de Saúde Sul tornou-se o piloto para a implantação do Planejamento Regional Integrado em Santa Catarina.

Sendo assim, em 24 e 25 de outubro de 2023, foram reunidos, na cidade de Criciúma, os 45 municípios que compõem a Macrorregião de Saúde Sul, representados por seus Secretários Municipais de Saúde e equipe técnica de apoio, bem como,

Secretário Adjunto de Estado da Saúde e equipe técnica, como também, os facilitadores do Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde-Regionalização – os quais ofertam apoio metodológico para implantação do PRI no Estado. Além da participação do corpo técnico do Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa, da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Santa Catarina.

Nesta oportunidade foram realizadas a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população no território; a identificação da capacidade instalada da macrorregião de saúde referente à rede própria dos serviços do SUS, bem como aqueles da rede conveniada/contratada; a identificação dos vazios assistenciais; e o perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico do território. Além disso, já foram priorizados os macroproblemas daquela região em comum acordo com os gestores e técnicos presentes. O levantamento dessas informações irá compor a etapa de elaboração da análise da situação de saúde, em conformidade com a Deliberação CIT 37/2018.

#### Quadro 4 - Macroproblemas priorizados na Macrorregião Sul. Santa Catarina, 2023.

Macroproblemas priorizados na Macrorregião Sul do estado de Santa Catarina
<ul style="list-style-type: none"><li>- Falta de oferta de serviços ambulatoriais especializados (consultas, exames, procedimentos)</li><li>- Falta de habilitação de especialidades de alta e média complexidade</li><li>- Financiamento insuficiente para ações em saúde</li><li>- Fragilidades na Atenção Materno infantil</li><li>- Insuficiência de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</li><li>- Fragilidades na Atenção Primária e Vigilância em Saúde</li><li>- Fragilidades na contratualização e monitoramento dos contratos</li><li>- Fragilidades na Atenção à pessoa com deficiência (PcD)</li></ul>

Fonte: A Beneficência Portuguesa, 2023.

A próxima fase será a definição das diretrizes, objetivos, metas, e indicadores no âmbito da macrorregião de saúde, que ocorrerá no dia 28 de novembro de 2023, na cidade de Criciúma, com os mesmos participantes.

Salienta-se que a regionalização no SUS, que se concretiza por meio das RAS, tem como propósito garantir a equidade, a integralidade, a racionalização dos gastos e a otimização dos recursos. Isso envolve a implementação de mecanismos de governança e a atuação do Estado orientada pelos princípios dos interesses coletivos e do SUS no contexto regional (BRASIL, 2003).

## 6. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/SC

A estrutura organizacional da SES foi revisada no momento de elaboração deste PES, sendo então formalizado no início do ano de 2024. É natural que durante os quatro anos de execução do plano que alterações possam ser feitas tanto na estrutura organizacional, quanto no regimento interno, além de alterações nas atribuições e responsabilidades das áreas, conforme dinâmica da saúde pública do território catarinense e do nosso país.

Diante do exposto, apresentamos abaixo a identidade e a nova estrutura organizacional da SES/SC, para a mínima compreensão dos processos de trabalho que compõem esta secretaria.

### 6.1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

A identidade organizacional apresentada abaixo, expressa a missão, visão e valores da SES/SC, pelo olhar dos profissionais da SES, realizado e/ou validado em 2023, durante as oficinas de trabalho.

Quadro 5 - Identidade organizacional da SES/SC, 2023.

Missão
Garantir que a população catarinense tenha acesso à saúde de qualidade, segundo os princípios do SUS.
Visão
Instituição que garante o direito à saúde da população catarinense e o fortalecimento do SUS no Estado, por meio da gestão pública de qualidade.
Valores
Equidade Transparência Integridade Qualidade Compromisso Participação Coletiva SES/CES

Fonte: Elaboração própria. Gplan, 2023.

## 6.2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Lei Complementar nº 741, de 12 de junho de 2019 dispõe sobre a estrutura organizacional básica e o modelo de gestão da Administração Pública Estadual, no âmbito do Poder Executivo, no Título II, Capítulo V, Seção IX - Da Secretaria de Estado da Saúde, no Artigo 41:

Art. 41. À SES compete, em observância aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS):

I – desenvolver a capacidade institucional e definir políticas e estratégias de ação voltadas às macrofunções 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.



O Decreto n° 481, publicado em fevereiro de 2024, dispõe sobre a nova estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde (SES) alterando o Decreto n° 1.682 de 2022 válido até então. Compreende a estrutura organizacional da SES:

- I – Gabinete da Secretária de Estado da Saúde (GABS)
- II – Gabinete do Secretário Adjunto (GABA)
- III – Corregedoria (COGER)
- IV – Assessoria de Comunicação (ASCOM)
- V – Consultoria Jurídica (COJUR)
- VI – Coordenadoria de Controle Interno e Ouvidoria (CIOUV)
- VII - Centro de Informações Estratégicas para a Gestão do SUS CIEGES
- VIII – Secretaria do Conselho Estadual de Saúde (CES)
- IX – Secretaria da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)
- X – Superintendência de Gestão Estratégica e Planejamento (SGP):
  - 1. Diretoria de Regionalização e Planejamento (DIRP):
    - a) Gerência de Planejamento em Saúde (GPLAN);
    - b) Gerências Regionais de Saúde (GERSAs).
  - 2. Diretoria de Planejamento e Gestão de Compras (DPGC):
    - a) Gerência de Controle e Ações Estratégicas (GECAE).
  - 3. Diretoria de Projetos e Captação de Recursos (DPRO):
    - a) Gerência de Convênios (GCONV).
  - 4. Diretoria de Tecnologia da Informação e Governança Eletrônica (DTIG).
- XI – Superintendência de Gestão Administrativa (SGA):
  - a) Gerência de Apoio Operacional (GEAPO);
  - b) Gerência de Patrimônio (GEPAT);
  - c) Gerência de Acompanhamento de Obras e Manutenção (GEOMA).
  - 1. Diretoria de Gestão de Pessoas (DIGP):
    - a) Gerência de Controle Funcional e Benefícios (GECOB);
    - b) Gerência de Remuneração e Ingresso (GERIN).
  - 2. Diretoria de Aquisições e Contratos (DIAC):
    - a) Gerência de Contratualização dos Serviços do SUS (GECOS);
    - b) Gerência de Contratos (GECON);

c) Gerência de Aquisições (GEAQI).

3. Diretoria de Logística (DLOG):

- a) Gerência de Bens Regulares (GEBER);
- b) Gerência de Bens Judiciais (GEJUD);
- c) Coordenadoria de Gestão Documental (COGED).

XII – Superintendência de Atenção à Saúde (SAS):

- a) Gerência de Monitoramento de Atas e Contratos (GEMAC);
- b) Gerência do SC Transplantes (GETRA);
- c) Gerência do Centro de Informação e Assistência Toxicológica (GETOX);

1. Diretoria de Atenção Especializada (DAES):

- a) Gerência de Processamento em Saúde (GEPRO);
- b) Gerência de Habilitações e Redes de Atenção (GEHAR);
- c) Gerência de Monitoramento e Avaliação em Saúde (GEMAS)

2. Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS):

- a) Gerência de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde (GAPPS);
- b) Gerência de Atenção Psicossocial (GEAPS).

3. Diretoria de Auditoria do SUS (DIAS):

4. Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC):

5. Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF):

- a) Gerência de Administração da Assistência Farmacêutica (GEAAF);
- b) Gerência Técnica da Assistência Farmacêutica (GETAF).

XIII – Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR):

- a) Gerência de Regulação Ambulatorial (GERAM);
- b) Gerência de Regulação Estadual e de Internação Hospitalar (GERIH).

XIV – Superintendência de Vigilância em Saúde (SUV):

1. Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVS):

- a) Gerência de Inspeção e Monitoramento de Serviços de Saúde (GEIMS);
- b) Gerência de Saúde do Trabalhador (GESAT);
- c) Gerência em Saúde Ambiental (GESAM);
- d) Gerência de Inspeção e Monitoramento de Produtos (GEIMP).

2. Diretoria do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN):

- a) Gerência de Meio Ambiente e Produtos (GEMAP);
- b) Gerência de Biologia Médica (GEBIO).

3. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE):

- a) Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GADNT);
- b) Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização (GEDIM);
- c) Gerência de IST, HIV/AIDS e Doenças Infecciosas Crônicas (GEDIC);
- d) Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças Transmitidas por Vetores (GEZOO).

XV – Superintendência de Urgência e Emergência (SUE):

- a) Gerência Administrativa e Financeira (GEADF);
- b) Gerência do Grupo de Resposta Aérea de Urgência (GGRAU);
- c) Gerência Técnica (GETEC);

1. Diretoria de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (DAPM).

XV – Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais (SUH):

- a) Gerência de Desenvolvimento dos Hospitais Públicos Estaduais (GEDHP);
- b) Gerência de Acompanhamento de Custos e Resultados (GEACR);
- c) Gerência de Apoio Hospitalar (GEAPH).

1. Diretoria do Centro Catarinense de Reabilitação (DCCR);

2. Diretoria do Instituto de Anatomia Patológica (DIAP);

3. Diretoria de Supervisão e Controle das Organizações Sociais (DSOS):

- a) Gerência de Monitoramento das Organizações Sociais (GEMON);
- b) Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais (GAEMC).

4. Diretorias dos Hospitais e Maternidades sob Administração Direta da SES:

- a) Gerência de Administração dos Hospitais e das Maternidades sob Administração Direta da SES;
- b) Gerência de Enfermagem dos Hospitais e das Maternidades sob Administração Direta da SES;
- c) Gerência Técnica dos Hospitais e das Maternidades sob Administração Direta da SES;

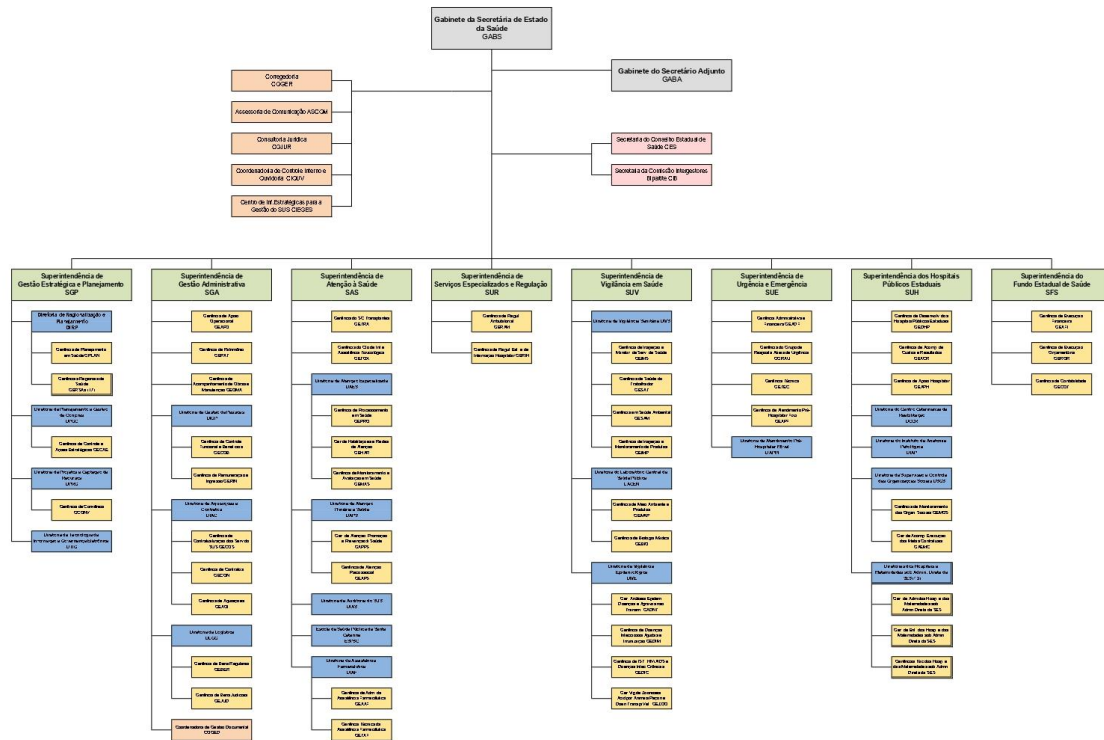
X – Superintendência do Fundo Estadual de Saúde (SFS):

- a) Gerência de Execução Financeira (GEAFI);
- b) Gerência de Execução Orçamentária (GEROR);

c) Gerência de Contabilidade (GECOT).

6.3. ORGANOGRAMA

Figura 3 - Organograma da Secretaria Estadual de Saúde. Santa Catarina, 2024.



Fonte: Elaboração própria. Gplan, 2024.

**>>> OBSERVAÇÃO:**

A SES/SC passa a ter nova estrutura organizacional firmado por meio do Decreto nº 481, publicado em fevereiro de 2024. No novo organograma é possível identificar a criação de novas diretorias e gerências, além de mudança de nomenclatura de alguns setores.

## 7. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - ASIS

Compreender a situação de saúde de um determinado território é uma ferramenta essencial para o eficiente gerenciamento, identificação, descrição, priorização e resolução dos problemas de saúde da sua população. A Análise de Situação de Saúde (ASIS) desempenha um papel crucial, permitindo que gestores e profissionais da área da saúde contextualizem e abordem os problemas identificados, tanto no âmbito da gestão quanto nos territórios de atuação das equipes de saúde (OLIVEIRA; CHAGAS; GARCIA, 2019).

Os objetivos da análise situacional são (BRASIL, 2023, p. 37):

- Avaliar a real situação do sistema analisado, considerando suas fortalezas, fraquezas, oportunidades e ameaças, e a análise de raiz de causas e efeitos;
- Produzir uma base informada por evidências que subsidiem a implantação de ações, planos e futuras direções estratégicas para responder às necessidades de saúde e expectativas da população;
- Identificar partes da análise que deverão ser consideradas periodicamente, com o intuito de monitoramento e avaliação de ações e planos implantados.

### 7.1. NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

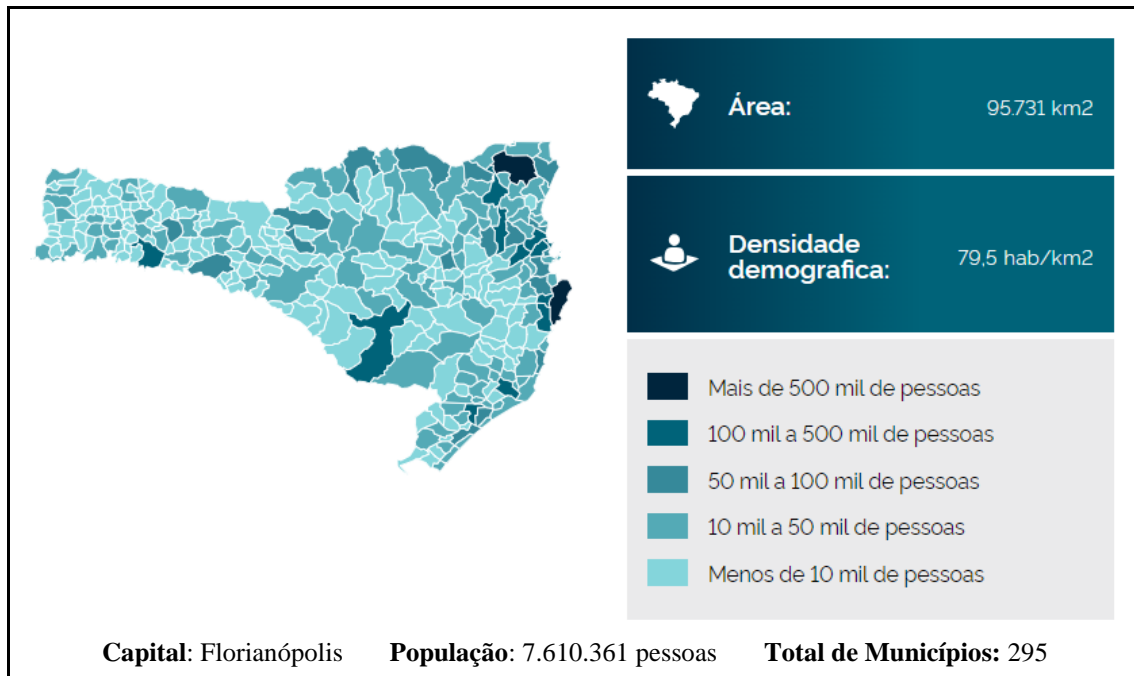
#### 7.1.1. Perfil demográfico, socioeconômico e ambiental

O perfil demográfico, socioeconômico e cultural se refere ao conjunto de características que descrevem uma determinada população. Essas informações fornecem uma visão abrangente da sociedade, abordando aspectos como tamanho da população, composição por idade e gênero, distribuição geográfica, nível de educação, renda média, indicadores de saúde, religião, língua falada, entre outros.

##### 7.1.1.1. Perfil Demográfico

Santa Catarina (SC), situada na região sul do Brasil, possui dimensões territoriais que abrangem uma área de aproximadamente 95.730,690 km<sup>2</sup>, e densidade demográfica de 79,50 habitantes por km<sup>2</sup>, distribuídos em 295 municípios (IBGE, 2023).

Figura 4 - Mapa de estado e suas características. Santa Catarina, 2023.



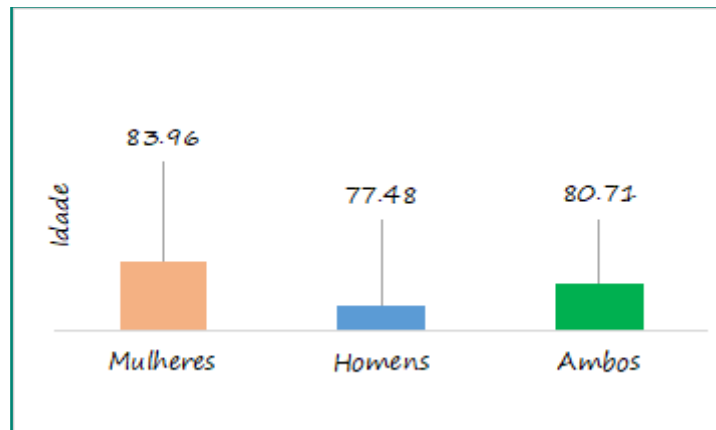
Fonte: IBGE, 2023.

A população do estado no último censo [2022] é de 7.610.361 pessoas. No período entre 2010 e 2022, o estado registou uma taxa de crescimento anual de 1,66%. Esse crescimento coloca SC como o segundo estado brasileiro com maior ganho absoluto de população (IBGE, 2023).

No Censo IBGE de 2010 mostrava que a população do estado era majoritariamente urbana, com cerca de 84% dos habitantes vivendo em áreas urbanizadas. As cidades mais populosas do estado foram: Joinville, com 616.323 habitantes; Florianópolis, com 537.213 habitantes; Blumenau, com 361.261 habitantes; e São José, com 270.295 habitantes (SANTA CATARINA, 2023).

A esperança de vida ao nascer, que estima o número de anos que se espera que um indivíduo possa viver, foi de 80,71 anos no estado, sendo maior para mulheres que para homens, como pode ser observado na figura 1 abaixo (SANTA CATARINA, 2023).

Figura 5 - Esperança de Vida ao Nascer. Santa Catarina, 2022.



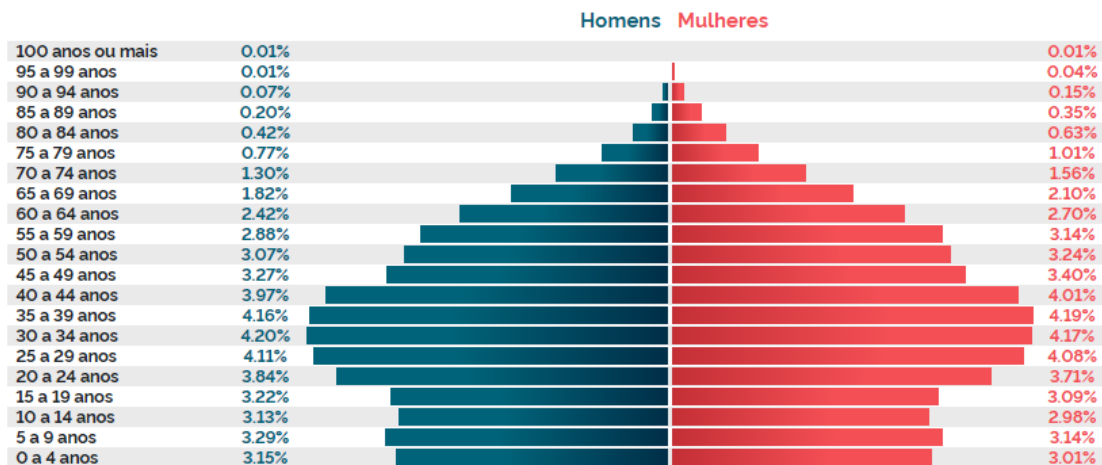
Fonte: IBGE, 2022 apud SANTA CATARINA, 2023, p. 15.

Já a evolução da população por gênero nos anos 2010 e 2022, podemos observar um aumento na proporção entre mulheres, que passou de 50,36% em 2010 para 50,71% em 2022. E a população masculina diminuiu de 49,64% em 2010 para 49,29% em 2022. Atualmente, há 97,2 homens para cada 100 mulheres, segundo o censo de 2022.

No que se refere à composição da população por raça/cor, conforme dados divulgados pelo IBGE (2022), no ano de 2021, 81,5% eram da cor ou raça branca, 14,7%, parda, 3,4%, preta e 0,4%, amarela ou indígena. Entre os anos de 2012 e 2021, a população da cor branca de SC reduziu 4,6%. Já as populações de cores parda e preta tiveram, respectivamente, um crescimento de 4,7% e 0,7% nesse mesmo período (SANTA CATARINA,2023). No Censo 2022, no estado, a população quilombola tem um total de 4.447 pessoas e a população indígena, de 21.541 pessoas.

A pirâmide etária de SC (figura 6) demonstra uma concentração de 24,25% dos Homens e 20,16% das Mulheres nas faixas etárias de 20 a 44 anos em 2022. A idade mediana calculada, neste último censo, é de 35 anos de idade.

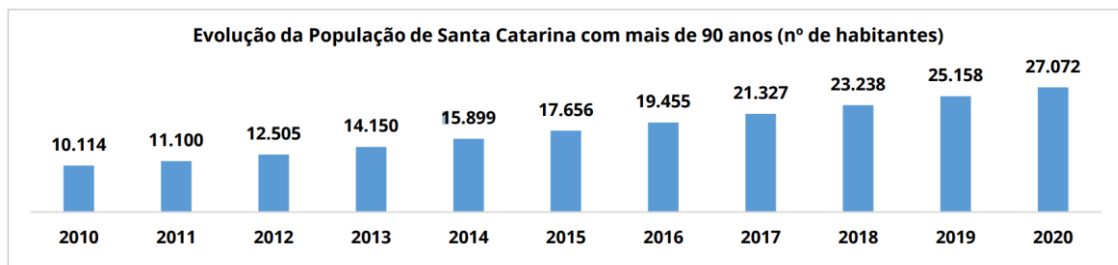
Figura 6 - Estrutura Populacional por Sexo e Faixa Etária. Santa Catarina, 2022.



Fonte: IBGE, 2023.

Em SC, a maior parte da população está na faixa etária de 15 a 64 anos, representando 70,2% dos habitantes. Já o número de idosos com idade superior a 90 anos teve um crescimento significativo, com uma média anual de 10,36% no período de 2010 a 2020. Em 2010, havia 10.114 pessoas nessa faixa etária, e em 2020, esse número chegou a um total de 27.072 (Figura 7) (SANTA CATARINA, 2023).

Figura 7 - Projeção da população com mais de 90 anos (nº de habitantes). Santa Catarina, 2020.



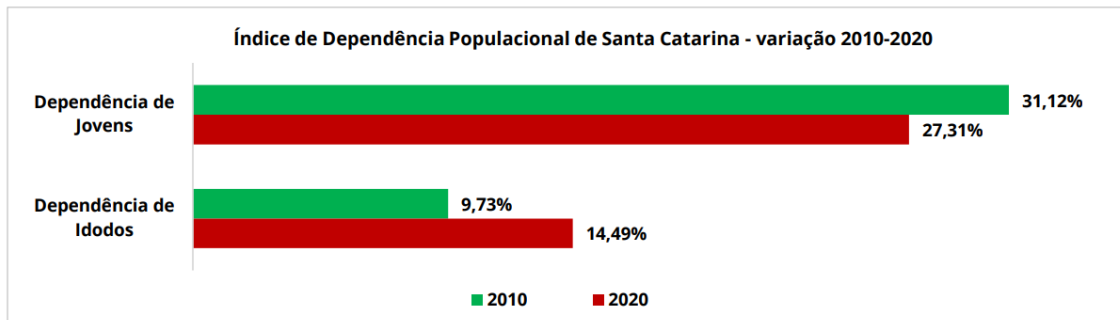
Fonte: Projeção da População. IBGE. 2020 apud SANTA CATARINA, 2023, p. 21.

Com isso, observa-se o fenômeno do duplo envelhecimento da população: aumento de idosos e redução de jovens. Verifica-se, no estado, que o índice dependência de Idosos (relação entre o número de Idosos - população com 65 ou mais anos - e a população em Idade Ativa - população entre 15 e 64 anos) aumentou de 9,73% no ano de 2010 para 14,49% no ano de 2020, em relação à população em idade ativa. E o índice de dependência de jovens (relação entre o número de jovens - população entre zero e 14



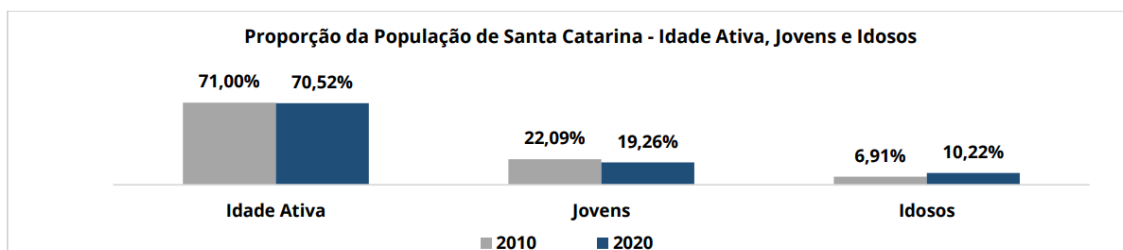
anos - e a população em idade ativa) reduziu de 31,12% em 2010, em relação à população em idade ativa, para 27,31% em 2020 (figuras 8 e 9) (SANTA CATARINA, 2023).

Figura 8 - Índice de Dependência de Jovens e Idosos em Santa Catarina - 2010 e 2020



Fonte: IBGE, 2020 apud SANTA CATARINA, 2023, p. 21.

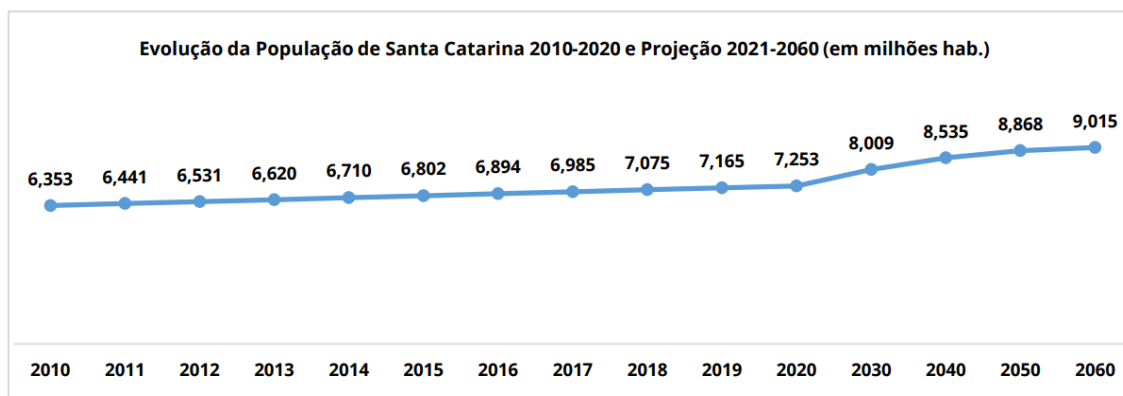
Figura 9 - Proporção da população em idade ativa, jovens e idosos. Santa Catarina, 2010 e 2020.



Fonte: IBGE, 2020 apud SANTA CATARINA, 2023, p. 21.

A população residente no estado em 2030 poderá atingir 8 milhões e ultrapassar 9 milhões no ano de 2060, conforme mostra a figura 6 abaixo baseada nos dados do IBGE baseada em projeções do IBGE (SANTA CATARINA, 2023).

Figura 10 - Evolução da População 2010-2020 e Projeção 2021-2060 (milhões habitantes). Santa Catarina, 2020.



Fonte: IBGE, 2020 apud SANTA CATARINA, 2023, p. 19.

A SES/SC atua na perspectiva da promoção da equidade em saúde a partir da implementação de políticas públicas direcionadas a alguns grupos populacionais específicos, a saber: povos indígenas, população negra, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, população LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transexuais, Queer/Questionando, Intersexuais, Assexuais/ Arromânticas/ Agênero, Panssexuais/Poli, Não-binária e mais), população do campo, florestas e águas, imigrantes e refugiados.

Com relação à população indígena, como já citado, há 21.541 pessoas indígenas, representando 0,28% da população residente no estado. Do total dessa população, 49,04% vivem dentro da localização de terras indígenas - um decréscimo de -6,22% de pessoas indígenas em terras indígenas em 2022 comparado com 2010. São 25 terras indígenas (IBGE, 2023), que se dividem basicamente em três povos, sendo Guarani, Xoklengs e Kaingang, Localizados mais precisamente em 20 municípios os quais estão demonstrados na tabela, separados por região de saúde, com suas respectivas populações, e serviços de saúde cadastrados no ElastiCNETS (<https://elasticnes.saude.gov.br>).

O quantitativo de Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), também é um dado a ser monitorado. De acordo com o Sistema de Identificação e Administração Penal (I-PEN) existem hoje no estado 24.474 pessoas privadas de liberdade no território. Os dados da Administração Prisional referentes à quantidade de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei apontam para a necessidade de investimento nas equipes de atenção primária prisional e nos leitos de saúde mental dos hospitais da rede pública. Em SC, há um hospital de custódia e recebe apenas pessoas do sexo masculino.

De acordo com os dados publicados pelo CadÚnico, até abril de 2023, mais de 8.200 pessoas estavam vivendo em situação de rua em SC, 90% desse total era de homens e 10% mulheres. Ainda segundo o cadastro, 93% têm idade entre 18 e 59 anos ([https://www.jornalmetas.com.br/geral/sc\\_tem\\_mais\\_de\\_8\\_mil\\_moradores\\_de\\_rua.507373](https://www.jornalmetas.com.br/geral/sc_tem_mais_de_8_mil_moradores_de_rua.507373)). Segundo a Defensoria Pública de SC (2023), o município catarinense com maior registro de população em situação de rua é Florianópolis com 2.213 pessoas, seguido de Joinville com 1.048 pessoas e Itajaí com 559 pessoas. Destaca-se a importância da intersetorialidade, especialmente com a Secretaria de Estado da Assistência Social, para o desenvolvimento de ações efetivas para essas pessoas.

Atualmente, a dimensão da população LGBTQIAPN+ no Brasil e no estado enfrentam dificuldades de estimativa devido à falta de informações nos levantamentos censitários e populacionais disponíveis. No entanto, reconhecendo a importância da diversidade sexual e de gênero como fatores relevantes para os determinantes sociais da saúde, alguns instrumentos utilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) já permitem o registro do nome social e a autodeclaração de informações sobre orientação sexual e identidade de gênero.

As populações do campo, da floresta e das águas, são constituídas por povos e comunidades que possuem interações sociais ligadas à terra e à água. Nesse contexto, englobam-se os camponeses, como agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários, independentemente de sua residência ser no campo ou na cidade. Assim como as comunidades que vivem ou utilizam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas, comunidades de pescadores, aquicultores, populações impactadas por barragens, entre outras.

No Brasil, a população de imigrantes e refugiados vem crescendo cada vez mais nos últimos anos. Dados de 2019, revelaram que o número de refugiados e outros migrantes internacionais totalizou 774,2 mil pessoas entre os anos de 2011 e 2018. A migração complexifica a assistência à saúde devido à diversidade cultural e possíveis empecilhos de comunicação. As nacionalidades mais expressivas em número em SC são haitianos, bolivianos, venezuelanos, colombianos e argentinos, respectivamente.

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

Populações vulnerabilizadas enfrentam barreiras consideráveis. Pessoas de baixa renda, minorias étnicas, populações indígenas, pessoas em situação de rua e imigrantes muitas vezes lidam com condições de vida precárias que aumentam sua vulnerabilidade a doenças. Além disso, a discriminação e o estigma podem impedir o acesso a serviços de qualidade, perpetuando o ciclo de desigualdade.

7.1.1.2. Perfil Socioeconômico

A situação socioeconômica dos indivíduos tem impacto relevante na sua condição de saúde. O Produto Interno Bruto (PIB) é um importante indicador econômico que

representa a soma de todos os bens e serviços produzidos (agropecuária, indústria e serviços) em uma área geográfica durante um determinado período. Esse indicador é amplamente utilizado para analisar o desenvolvimento econômico de um país, estado ou região e está relacionado às condições de vida e acesso a serviços de saúde da população.

Segundo os últimos dados disponibilizados pelo IBGE, o PIB per capita de SC em 2020 era de R\$ 48.159,2, 34% acima do brasileiro, de R\$ 35.935,7, mantendo o estado com o quarto maior per capita do Brasil naquele mesmo ano, atrás do Distrito Federal (R\$ 87.016,2); São Paulo (R\$ 51.364,7) e Mato Grosso (R\$ 50.663,2). Segundo o Boletim de Indicadores Econômicos-Fiscais de SC (2022), o Produto Interno Bruto (PIB) do estado cresceu 3% em 2022 e está estimado para 2023 em R\$455,6 bilhões.

Ainda conforme os dados publicados pelo Boletim de Indicadores Econômicos-Fiscais de SC (2022), em 2020, o setor de serviços desempenhou um papel significativo na economia de SC, contribuindo com 66,3% do total. Esse grupo de atividades econômicas foi o de maior peso na economia do estado. Dentro das atividades de serviços, o comércio teve a maior participação, representando 16,9% do total, seguido pela administração pública (administração, educação, saúde pública, defesa e seguridade social), com 13%, e atividades imobiliárias, com 10,2%.

Em 2021, o setor cresceu 14,8% no Estado, já em 2022, fechou o ano com alta de 5,4%. E com o desempenho bastante positivo no primeiro quadrimestre voltou a crescer na comparação de 12 meses, fechando o mês de abril deste ano com alta de 7,5% (SEPLAN, 2023).

Em 2022, o setor agropecuário de SC registrou um aumento significativo em seu faturamento. O Valor da Produção Agropecuária (VPA) atingiu a marca de R\$61 bilhões, representando um crescimento de 13,8% em relação ao ano anterior. Esse aumento foi impulsionado, principalmente, pelo desempenho positivo da produção animal e do setor florestal (ASCOM/SAR, 2023).

O grande destaque na agropecuária catarinense, em 2022 foi a suinocultura, que alcançou um faturamento de R\$12,3 bilhões. Apesar de uma leve queda de 3,6% em relação a 2021, a produção de suínos ainda representou 20,2% do VPA de SC. O estado é reconhecido como o maior produtor e exportador de carne suína do Brasil e, no mesmo ano, recebeu o título de zona livre de peste suína clássica (ASCOM/SAR, 2023).

Ainda de acordo com as informações publicadas pela ASCOM/SAR (2023) com relação à produção industrial, o estado de SC, mesmo que também venha sofrendo com a

desindustrialização, assim como o Brasil, tem mantido boas produções. Os setores da indústria que mais expandiram suas vendas internacionais em 2021 foram o de papel e celulose (69,2%), seguidos pelo de metal mecânica e metalurgia (48%) e de equipamentos elétricos (36,8%). Juntos, os três setores movimentaram cerca de US\$914 milhões de exportações de janeiro a novembro de 2022.

Santa Catarina também se destacou no índice de Gini (distribuição do rendimento real efetivo domiciliar per capita, em que o valor mais perto de 0 significa maior a igualdade de renda e mais perto de 1, maior a desigualdade) passando de 0,424 em 2021 para 0,419 em 2022, colocando o estado com menor desigualdade de renda em comparação com os demais estados brasileiros (IBGE, 2022).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é medido através dos aspectos de renda, educação e saúde. Em SC o IDH era de 0,826, em 2019 e passou para 0,792 em 2021, ficando em 3º lugar no ranking nacional (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD).

A taxa de escolarização do estado tem o total de 27,2%, segundo o PNAD 2022. As crianças de 6 a 14 anos que estão na escola representam 99,4% desse público; e a proporção de jovens de 15 a 17 anos estudantes representa 93,1%.

Os dados sobre a educação no estado refletem a evolução do nível de escolaridade da população catarinense e a boa posição que o estado possui entre os entes federados, conforme tabela abaixo:

Quadro 6 - Dados sobre escolaridade de Santa Catarina em comparação com o Brasil. Santa Catarina, 2022.

<b>Dados</b>	<b>Brasil</b>	<b>Santa Catarina</b>
Taxa de Analfabetismo para pessoas de 15 anos ou mais de idade	5,6%	2,2%
Número médio de anos de estudo das pessoas de 15 anos ou mais	10,1 anos	10,4 anos

Fonte: Adaptada de SANTA CATARINA, 2023, p. 18.

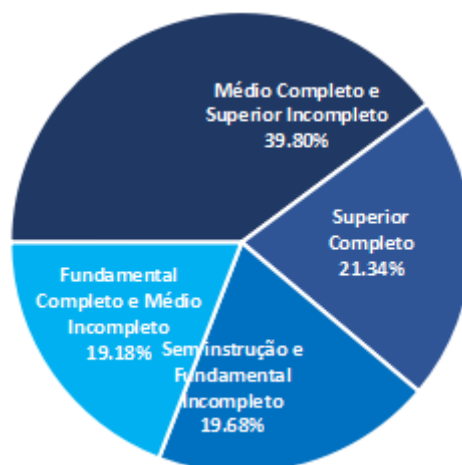
O mercado de trabalho catarinense permaneceu aquecido em 2022, no entanto já dá indícios de desaceleração, conforme apontam os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), divulgados pelo IBGE.

A taxa de desocupação, popularmente conhecida como taxa de desemprego, apresentou trajetória de queda em SC, fechando o ano de 2022 com média de 3,9%, diante

dos 9,3% no Brasil. Na comparação anual com os demais estados brasileiros, SC segue na liderança nacional com a menor taxa de desemprego (FECOMÉRCIO, 2023).

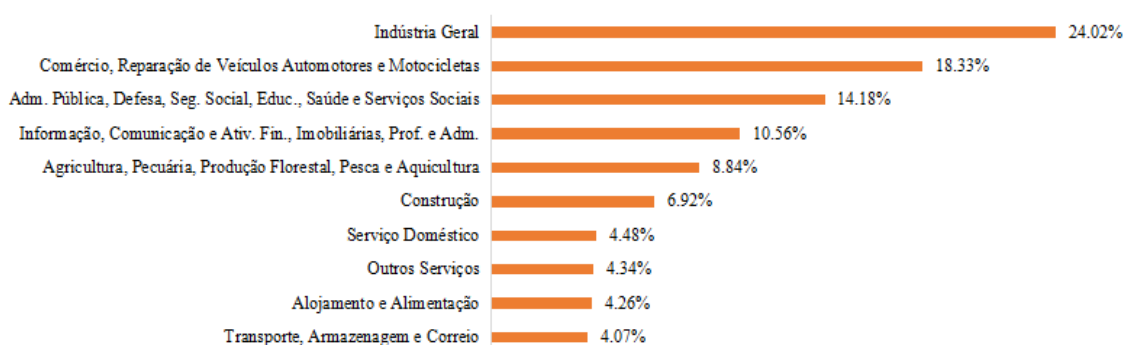
No primeiro trimestre de 2023, a nossa força de trabalho foi estimada em 4,042 milhões de pessoas, com 96,2% delas ocupadas. Em comparação com o trimestre anterior, houve uma diminuição de 2,4% no número de pessoas ocupadas, enquanto em relação ao mesmo trimestre de 2022, houve um aumento de 2,1%, equivalente a 80 mil pessoas adicionais. Dos 3,888 milhões de ocupados, 56,6% estavam no setor privado (sendo que 88% possuíam carteira assinada, o maior percentual do país), 3,9% eram trabalhadores domésticos, 9,1% estavam empregados no setor público, 4,9% eram empregadores, e 24,4% trabalhavam por conta própria (SEPLAN, 2023).

Figura 11 - Pessoas com 14 anos ou mais ocupadas por nível de instrução. Santa Catarina, 2019.



Fonte: SANTA CATARINA, 2023. (FAZENDA)

Figura 12 - Pessoas ocupadas por grupo de atividade. Santa Catarina, 2019.



Fonte: SANTA CATARINA, 2023. (Fazenda)

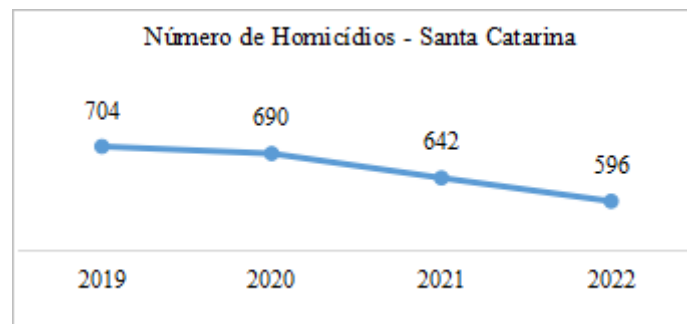
Em 2021, os domicílios catarinenses com acesso à internet corresponderam a 92,91% e com telefone, 98,37%. Já a população (acima de 10 anos) que possuem acesso a telefone celular para uso pessoal chega a 87,71% (PNAD, 2022).

Com relação à segurança pública catarinense, o número de homicídios vem apresentando uma queda progressiva desde 2019, conforme figura 9 abaixo.

Conforme os registros fornecidos pela Secretaria de Segurança Pública de SC, durante o ano de 2022 observou-se que aproximadamente metade dos municípios não apresentaram ocorrências de mortes violentas. Dentro do conjunto de 295 municípios, foi constatado que 143 deles (equivalente a 48,5%) não tiveram registros de homicídios, feminicídios, latrocínios ou óbitos resultantes de confrontos policiais. Adicionalmente, 56 cidades relataram apenas um caso de morte violenta ao longo desse período.

No total, foram registrados 682 casos de mortes violentas no estado durante o ano de 2022. Dentre esses, 596 foram classificados como homicídios, indicando uma queda de cerca de 7% em comparação com o período anterior. Embora haja uma diminuição contínua nos números gerais de assassinatos ao longo do quadriênio, a tendência não se repete de forma similar em crimes mais específicos.

Figura 13 - Número de homicídios em SC. Santa Catarina, 2023.



Fonte: SANTA CATARINA, 2023.

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

A mortalidade por causas externas, que abrange acidentes e violências, representa um sério desafio à saúde pública. Esses eventos geram impactos duradouros nas comunidades. Estratégias abrangentes são essenciais para reduzir o problema, proporcionando ambientes mais seguros e consequentemente preservando vidas.

### 7.1.1.3. Perfil Ambiental

A Vigilância Ambiental em Saúde possui o importante escopo de atuar, mediante um conjunto de ações e de serviços, na detecção, prevenção e combate aos agravos gerados pelo meio ambiente, os quais interferem na saúde humana. Esse sistema é constituído por informações e pelo delineamento de ações articuladas com diferentes setores da sociedade, objetivando minimizar e/ou controlar os riscos de doenças e de outros agravos à saúde, decorrentes do ambiente e das atividades produtivas. Quanto aos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, destacam-se como interesse de saúde e monitoramento relevante para traçar o perfil ambiental do Estado de Santa Catarina as ações inerentes aos Programas vinculados e coordenados pelo Ministério da Saúde, sendo eles o VSPEA (Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos), o VIGIAGUA (Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano), o VIGIDESASTRES, ações e prevenção à Dengue e outras arboviroses, além das atividades referentes aos riscos ambientais provenientes de atividades produzidas pelos diversos segmentos, principalmente no tocante aos resíduos produzidos, tanto de serviços de saúde quanto os perigosos.

O Programa VSPEA (Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos) de SC está vinculado ao Programa Nacional VIGIPEQ (Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos), coordenado pelo Ministério da Saúde e pela Gerência em Saúde Ambiental do Estado. Desde 2012, a SES/SC desenvolve ações para cumprir os objetivos da VSPEA, que incluem a promoção da saúde, vigilância, prevenção e controle de doenças causadas pela intoxicação por agrotóxicos. O Programa atua por meio da realização de seminários e oficinas para profissionais de saúde e agricultores, capacitação em vigilância epidemiológica com foco no uso do SINAN Net, monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água e alimentos, e reuniões e participações em comissões relevantes ao tema.

No que se refere às ações contempladas pelo Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos (VSPEA) relacionadas ao perfil ambiental do Estado de Santa Catarina, cabe destacar o monitoramento contínuo dos casos de intoxicações exógenas por agrotóxicos. Em 2021, no Estado de SC, foram notificados 436 casos de intoxicação exógena por agrotóxicos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esses casos representaram uma taxa de 52,75% de notificações



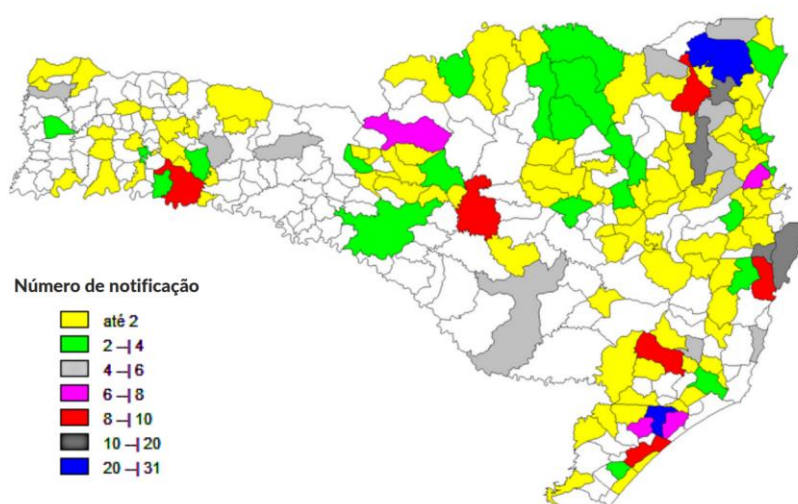
confirmadas por manifestação de sintomas ou exame laboratorial. Além disso, 41% dos pacientes foram expostos ao agrotóxico, mas não apresentaram manifestações clínicas. Esses dados indicam a importância de uma abordagem clínica eficiente para identificar e confirmar casos de intoxicação por agrotóxicos em SC.

Os anos de 2020 e 2021 foram marcados pela sobrecarga do sistema de saúde devido ao enfrentamento da pandemia do Covid-19. Esse cenário acabou afetando a rotina e a qualidade de trabalho das equipes de saúde, o que resultou em uma baixa no número de notificações de casos de intoxicações exógenas por agrotóxicos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) durante esses dois anos. Esse quadro de subnotificação agravou a situação, tornando mais difícil o monitoramento e o tratamento adequado dessas intoxicações durante esse período.

Cabe ressaltar que, os casos de intoxicação ocorreram principalmente por tentativa de suicídio (53,7%) e situação acidental (33%). Em menor proporção, houve ocorrências relacionadas ao uso habitual do produto (7%) e contaminação ambiental (3%).

Ao longo de 2022, foram contabilizadas 465 notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos registradas no SINAN, sendo que destas, 52,5% foram confirmadas, distribuídas em 146 municípios (Figura 11).

Figura 14 - Municípios que notificaram casos de intoxicação exógena por agrotóxico. Santa Catarina, 2022.



Fonte: SINAN, 2022. DIVE, 2023.

O monitoramento de resíduos em alimentos em SC é conduzido por análises de vigilância e fiscais, analisadas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Estado (LACEN/SC), tendo como objetivo garantir a segurança alimentar, prevenir a ocorrência de agravos crônicos relacionados ao consumo de alimentos e contribuir para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

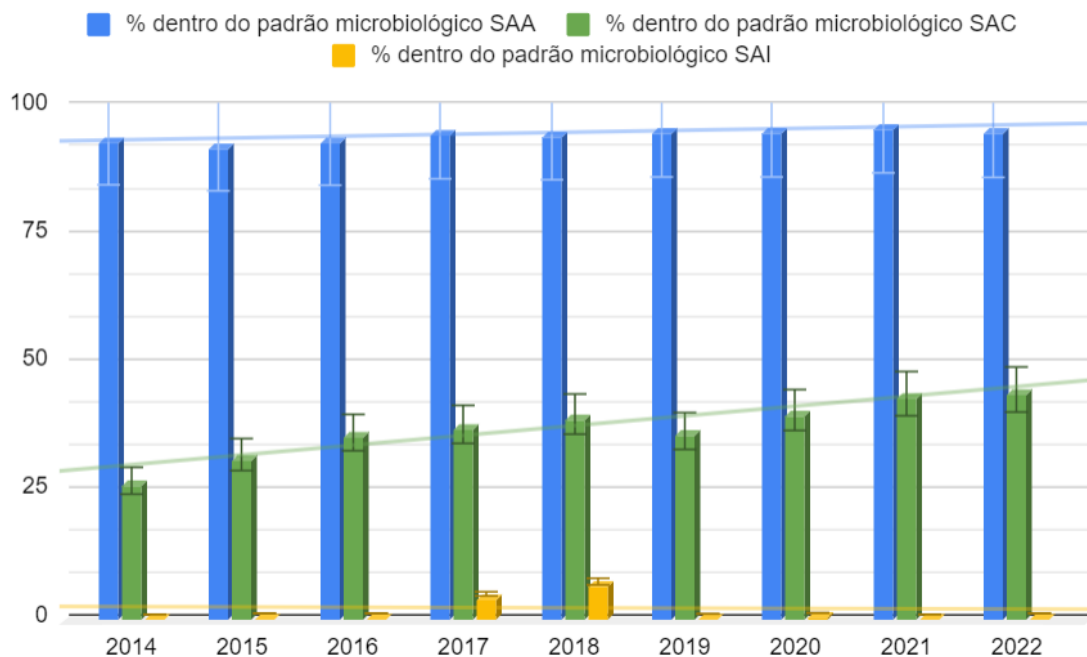
Dentro do mesmo contexto, o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água ocorre por meio de uma interface entre os Programas VSPEA e VIGIAGUA, o qual é realizado conforme o previsto nas diretrizes do Ministério da Saúde ocorrendo de duas formas: monitoramento de Vigilância e monitoramento dos Prestadores de Serviço de Abastecimento de Água. Para o monitoramento de Vigilância foram coletadas e analisadas 419 amostras distribuídas em 214 municípios priorizados conforme critérios de atendimento às diretrizes da VSPEA. Dessas amostras, foram reportados resultados quantificados apenas no município de Rio do Sul em valores inferiores ao valor máximo permitido quanto aos requisitos de potabilidade, sendo detectados traços de metolacoloro e trifluralina nos municípios de Brusque e Sangão, respectivamente. Quanto às amostras coletadas e analisadas pelos Prestadores de Serviço de Abastecimento de Água, das 13.321 amostras analisadas ao longo de 2022, duas amostras apresentaram resultados quantificados, porém abaixo dos valores máximos permitidos (São João do Oeste e Tunápolis). No entanto, apesar dos resultados dos monitoramentos não apresentarem valores acima do permitido na norma de potabilidade, das amostras analisadas pelos Prestadores de Serviço de Abastecimento de Água, 50% apresentaram traços de pelo menos uma substância classificada como agrotóxico na água.

Além dessas ações, o Programa VIGIAGUA monitora todos os demais parâmetros referentes à norma de potabilidade e atua como parte integrante das ações de prevenção dos agravos transmitidos pela água e de promoção da saúde, previstas no Sistema Único de Saúde (SUS). E, ainda, o estado em conjunto com os municípios realizam as inspeções nas formas de abastecimento de água através dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) e Soluções Alternativas Coletivas (SAC) e Individuais (SAI).

A qualidade microbiológica da água para consumo humano ao longo dos últimos 9 anos, manteve os percentuais de amostras satisfatórias para os parâmetros microbiológicos (ausência para coliformes totais e *Escherichia coli*), apresentando uma

tendência de melhora gradativa em relação aos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) e Soluções Alternativas Coletivas (SAC). (Figura 15).

Figura 15 - Série histórica do atendimento ao padrão microbiológico de potabilidade. Santa Catarina, 2023.

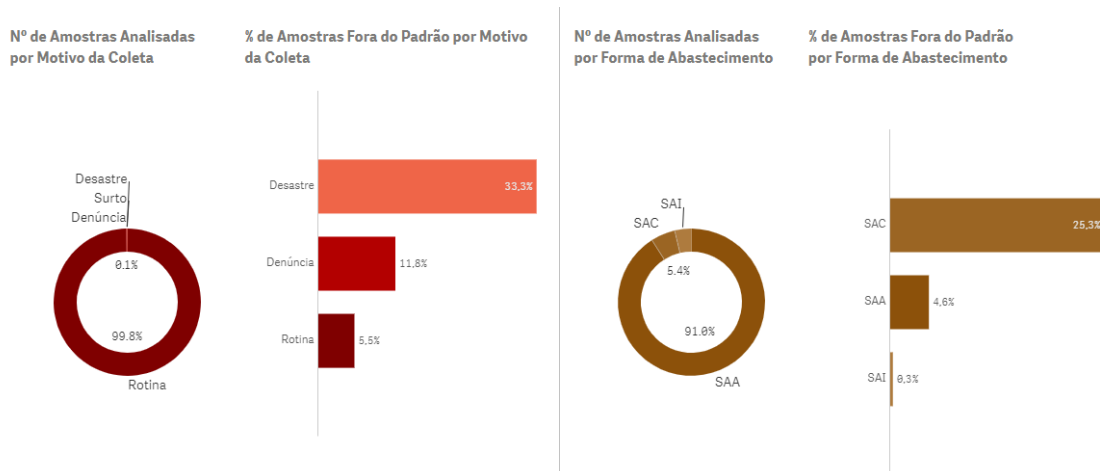


Fonte: Ministério da Saúde, 2023.

Na Figura 16 são apresentadas as amostras referentes ao monitoramento de vigilância para o ano de 2023 contendo resultados até 20 de setembro de 2023, os quais destacam a vulnerabilidade das Soluções Alternativas, com elevado percentual de amostras fora do padrão provenientes de coletas realizadas em situações de desastre, denúncia e de surtos, representando risco à saúde, o que denota importância pelo significativo número de população que não é atendida por rede de abastecimento público e necessita de soluções alternativas.

Figura 16 - Amostras de vigilância fora do padrão quanto ao motivo de coleta e forma

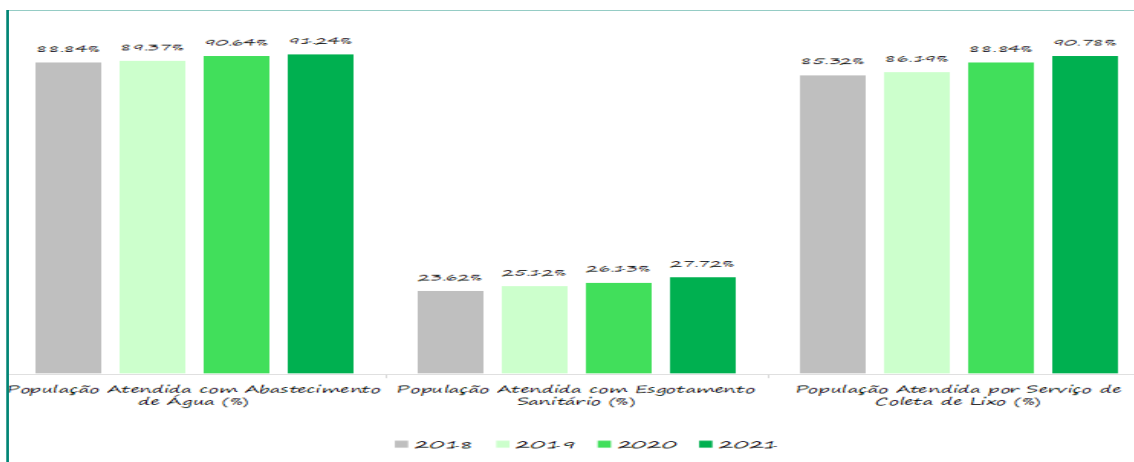
de abastecimento. Santa Catarina, 2023.



Fonte: Ministério da Saúde, 2023.

Sobre o saneamento básico, observa-se que a população atendida com abastecimento com água e por serviço de coleta de lixo atingiu um percentual bem elevado da população, porém o esgotamento sanitário alcançou apenas um pouco mais de ¼ (um quarto) dessa população em 2021, conforme figura 17 abaixo.

Figura 17 - Saneamento Básico. Santa Catarina, de 2018 a 2021.



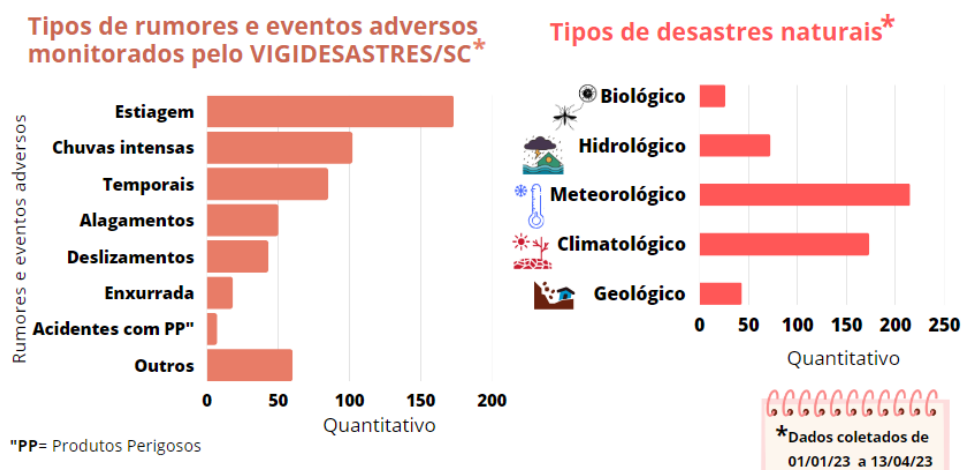
Fonte: SANTA CATARINA, 2023, p. 18. (fazenda)

Com relação ao clima, SC é frequentemente afetada por eventos climáticos extremos, como chuvas intensas, vendavais, queda de granizo e estiagens, que em determinadas épocas do ano podem apresentar frequência e intensidade maiores, conforme os alertas da Defesa Civil do estado. As mudanças climáticas podem acarretar impactos ambientais negativos nas comunidades, aumentando os riscos à saúde. No

âmbito da defesa civil, o conceito de risco de desastres é utilizado para determinar a probabilidade e a extensão dos danos causados por eventos naturais ou tecnológicos.

Cabe destacar que o Programa VIGIDESASTRES propõe o desenvolvimento de ações contínuas no âmbito da saúde pública, com um modelo de atuação nas diferentes etapas de gestão do risco, não somente dos desastres de origem natural, como também os de origem tecnológica. Referente ao delineamento do perfil ambiental proposto por esse programa, cabe destacar a intensificação ao longo dos anos dos eventos envolvendo diferentes tipos de desastres, com destaque para aqueles de origem natural somando um montante nas três últimas décadas mais de um bilhão de desabrigados e desalojados, doze milhões de afetados e prejuízos públicos na ordem de 1,80 bilhões de reais (Fonte dos dados: <https://atlas.ceped.ufsc.br/paginas/graficos.xml#>).

Figura 18 - Tipos de rumores e eventos adversos monitorados pelo VIGIDESASTRES/SC no primeiro quadrimestre de 2023. Santa Catarina, 2023.



Fonte: GESAM, 2023.

Conforme dados extraídos do Boletim Informativo 04/abril de 2023, a estiagem, chuvas intensas, temporais e alagamentos, entre outros, contabilizaram mais de 150 rumores de desastres naturais no Estado de Santa Catarina no período de janeiro a meados de abril de 2023 (Figura 18).

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

A ausência de uma abordagem intersetorial revela-se como um desafio crucial no combate aos fatores sociais e ambientais que influenciam diretamente a saúde. O estabelecimento de uma coordenação entre diferentes setores amplia a capacidade de

lidar eficazmente nessas situações, impedindo um impacto negativo na qualidade de vida da população.

### 7.1.2. Perfil epidemiológico

O perfil epidemiológico de uma população é um retrato essencial do processo saúde e doença. Ao analisar fatores como prevalência e incidência de doenças e agravos, distribuição por idade, sexo, localização geográfica e fatores de risco, é possível compreender melhor as principais questões de saúde que afetam a população.

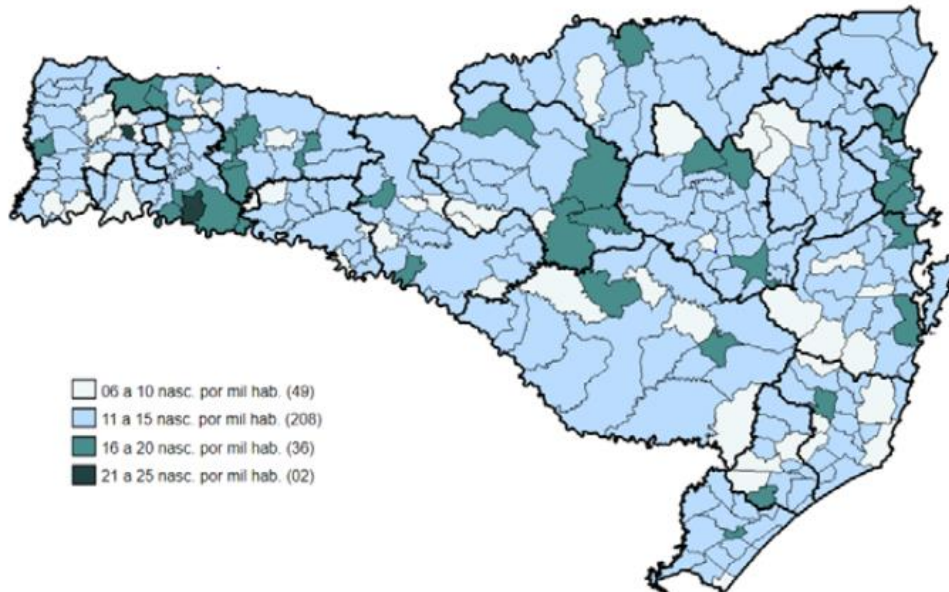
#### 7.1.2.1. Nascidos Vivos

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN), também chamado de Coeficiente Geral de Natalidade, é um indicador utilizado para expressar o número de nascidos vivos a cada mil habitantes em um determinado espaço geográfico durante um período específico. Esse índice é fundamental para analisar o crescimento populacional e representar a dinâmica da população.

No período de 2019 a 2021 nasceram 292.409 crianças, sendo 98.089 em 2019, 97.955 em 2020 e 96.365 em 2021. Esse cenário revela uma tendência decrescente na TBN, com uma taxa de 13,7 nascidos vivos (NV) a cada mil habitantes em 2019, reduzindo para 13,1 em 2021. No entanto, em 2021, algumas regiões do Estado apresentaram TBN mais elevadas, com destaque para o Oeste (18,4), Foz do Rio Itajaí (14,7) e Alto Vale do Rio do Peixe (13,8).

Na Figura 16 apresentamos a TBN por município de residência no ano de 2019. Os municípios com as maiores taxas foram Tigrinhos (25 NV/ mil hab.), Guatambu (22,5), José Boiteux (19,8) e Zortéa (19,6). Enquanto que as menores taxas foram identificadas nos municípios de Xavantina (6,4 NV/mil hab.), Coronel Martins (6,7), Bom Jardim da Serra (7,4) e São Pedro de Alcântara (7,4). As cidades mais populosas do estado apresentaram TBN de 13,2 (Joinville), 12,2 (Florianópolis), 12,4 (Blumenau), 13,3 (São José), e 16,6 (Chapecó). Dentre as regiões do estado, as maiores taxas ocorreram no Oeste (18,8), na Foz do Rio Itajaí (15,2) e no Vale do Itapocu (14,6). E, as menores taxas ocorreram no Extremo Oeste (10,2), Xanxerê (11,9) e Carbonífera (12,7).

Figura 19 - Taxa de natalidade (por 1.000 hab.), por município de residência. Santa Catarina, 2019.



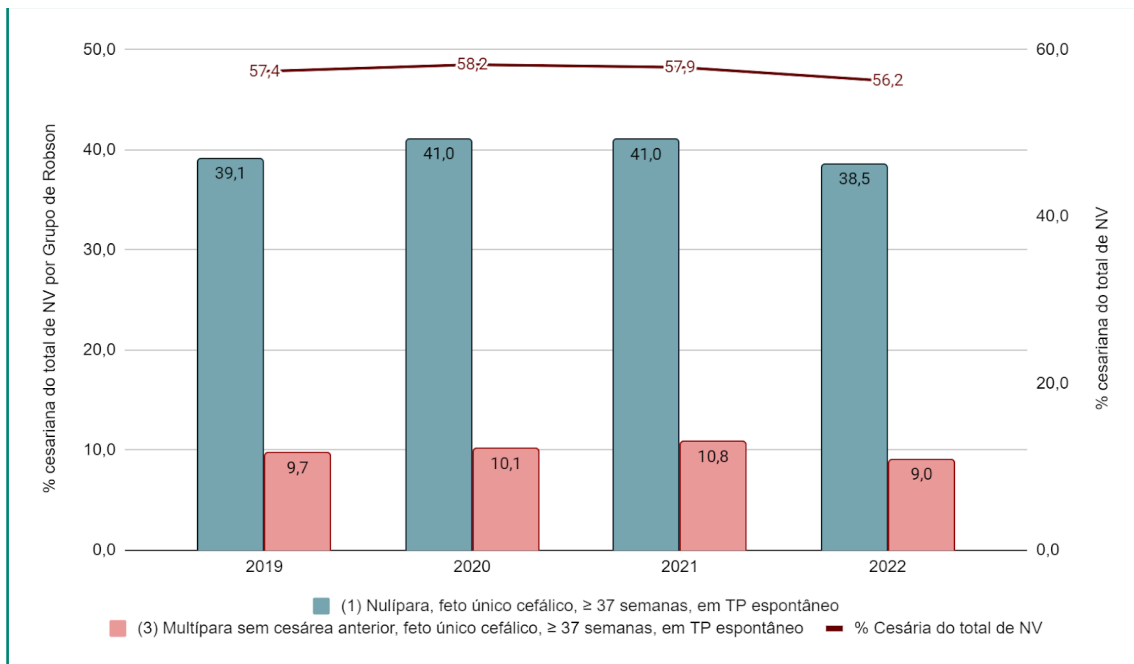
Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2019.

A taxa de fecundidade é calculada somando as taxas específicas por faixas etárias e representa o número médio de filhos esperados por mulher ao final de sua vida reprodutiva, desde que as condições atuais de regulação da fecundidade permaneçam inalteradas (BOING, D'ORSI e REIBNITZ, 2015). Em SC o número médio de filhos esperados por mulher passou de 1,6 em 2010 para 1,7 em 2019. Dentre as regiões de saúde, no ano de 2019, chama atenção o Oeste Catarinense com taxa de fecundidade de 5,5, Alto Vale do Itajaí (4,7), e Alto Vale do Rio do Peixe (4,4), sendo que as menores taxas ocorreram na Grande Florianópolis (0,4), Médio Vale do Itajaí (0,6) e Carbonífera (0,8).

Quanto ao tipo de parto, em 2019, no estado, 57,9% dos partos ocorreram por meio de cesariana, diminuindo para 56,2% até setembro de 2022. Analisando a Figura 13, o grupo 1 de Robson, que se refere a nulíparas (mulheres que nunca tiveram filhos), com feto único, cefálico, com pelo menos 37 semanas e em trabalho de parto espontâneo, mais de 38% dos partos realizados no período analisado foram por meio de cesariana, o que é mais do que o dobro do recomendado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), que é de 15%. Já no grupo 3 de Robson (mulheres múltíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, com pelo menos 37 semanas e em trabalho de parto espontâneo), a

proporção de partos cesáreos foi próxima a 10%. Nesse caso, a ANS preconiza que o esperado seja de até 5%.

Figura 20 - Proporção de NV por tipo de parto cesariana e classificado como Grupo de Robson 1 e 3. Santa Catarina, 2019 e 2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 8.

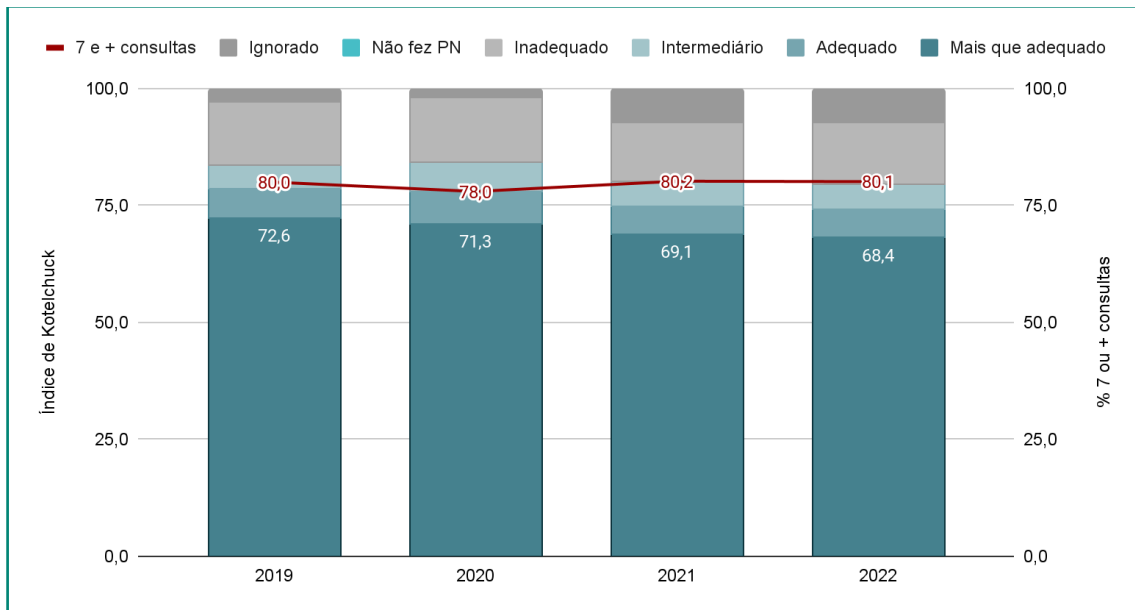
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Em relação às parturientes, podemos constatar que aproximadamente 87% de todas as mulheres que deram à luz no período de 2012 a 2019 eram classificadas como brancas, enquanto 9,3% eram pardas, 3,3% pretas, 0,3% indígenas e 0,1% amarelas. No entanto, quando analisamos especificamente as adolescentes nesse mesmo período, as proporções mudam ligeiramente: 83% são brancas, 13% pardas, 3,2% pretas, 0,8% indígenas e 0,2% amarelas.

Ao analisar a proporção de consultas pré-natal realizadas entre os anos de 2019 e setembro de 2022 (Figura 21, abaixo), fica evidente que, com exceção do ano de 2020, mais de 80% das mulheres fizeram sete ou mais consultas médicas e/ou de enfermagem. No entanto, ao avaliar a qualidade da assistência prestada, considerando as diretrizes da Rede Cegonha, que preconiza o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de no mínimo seis consultas durante a gestação, percebe-se uma queda na proporção de consultas consideradas adequadas: 72,6% em 2019, 71,3% em 2020, 69,1% em 2021 e 68,4% até setembro de 2022.



Figura 21 - Proporção de consultas e adequação de acesso ao pré-natal (índice Kotelchuck). SC, 2019 a 2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 9.  
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

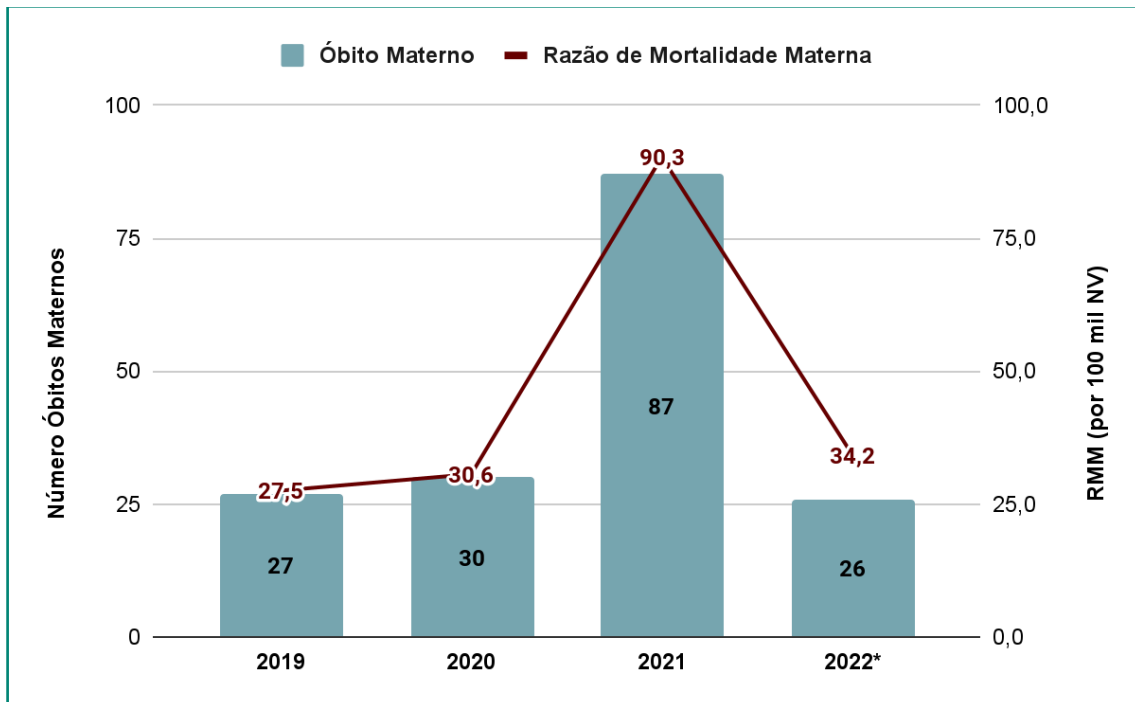
#### 7.1.2.2. Mortalidade Materna

A morte materna é definida como o óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após o término da gestação, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, exceto por causas acidentais ou incidentais. Sendo uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, o óbito materno é classificado na maioria dos casos como evitável, pois as soluções para prevenir ou administrar complicações estão diretamente relacionadas ao direito de acesso a serviços e cuidados de saúde adequados.

No Estado de SC, entre 2019 e setembro de 2022, foram registrados 170 óbitos maternos, conforme mostra a Figura 22. Constatou-se que 51 desses óbitos foram relacionados à pandemia de Covid-19, sendo que a razão de mortalidade materna catarinense chegou a 90,3 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos em 2021.

Figura 22 - Frequência e razão de mortalidade materna (por 100 mil NV). Santa

Catarina, 2019 a 2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 12.

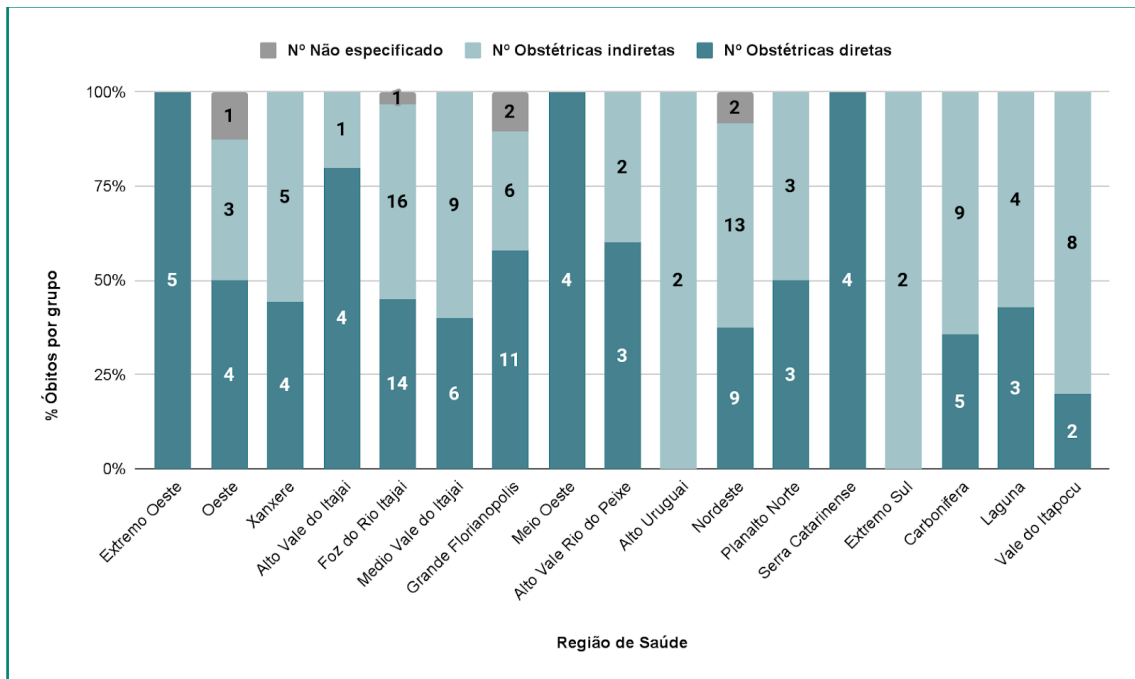
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em 2015, para serem alcançados até 2030 a redução da razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos é um deles e o estado catarinense ainda está ultrapassando esses valores.

As regiões de saúde que registraram as maiores frequências de óbitos maternos, durante o período de 2019 a setembro de 2022, foram a Foz do Rio Itajaí (31), a Nordeste (24) e a Grande Florianópolis (19), conforme mostra a figura 23. Destacaram-se negativamente com as maiores razões de mortalidade materna as regiões de Xanxerê (99,6 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos), Foz do Rio Itajaí (74,3) e Carbonífera (65,6).

Figura 23 - Número e proporção de óbitos maternos por grupo de causas, por Região de

Saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 12.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Dentre o total de óbitos maternos, 48,8% foram classificados como sendo de causa obstétrica indireta – ou seja, aquelas resultantes de patologias já existentes antes da gestação ou que se desenvolveram durante o período gravídico, não causadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

### 7.1.2.3. Mortalidade Infantil

Em 2021, a taxa de mortalidade infantil em SC foi de aproximadamente 9,2 por 1.000 nascidos vivos. Embora esse número tenha diminuído ao longo das últimas décadas, é essencial manter uma atenção constante para assegurar a saúde e bem-estar das crianças catarinenses (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2023).

A mortalidade infantil é classificada a partir do nascimento vivo e pode ser dividida em componentes neonatal, quando o óbito ocorre até o 27º dia de vida, e pós-neonatal, quando ocorre entre o 28º e o 364º dia de vida. A mortalidade neonatal, por sua vez, pode ser subdividida em neonatal precoce (do nascimento até o 6º dia de vida) e neonatal tardio (do 7º ao 27º dia). Além disso, temos a mortalidade fetal, que diz respeito ao óbito do produto da concepção, antes da expulsão ou extração completa do corpo da

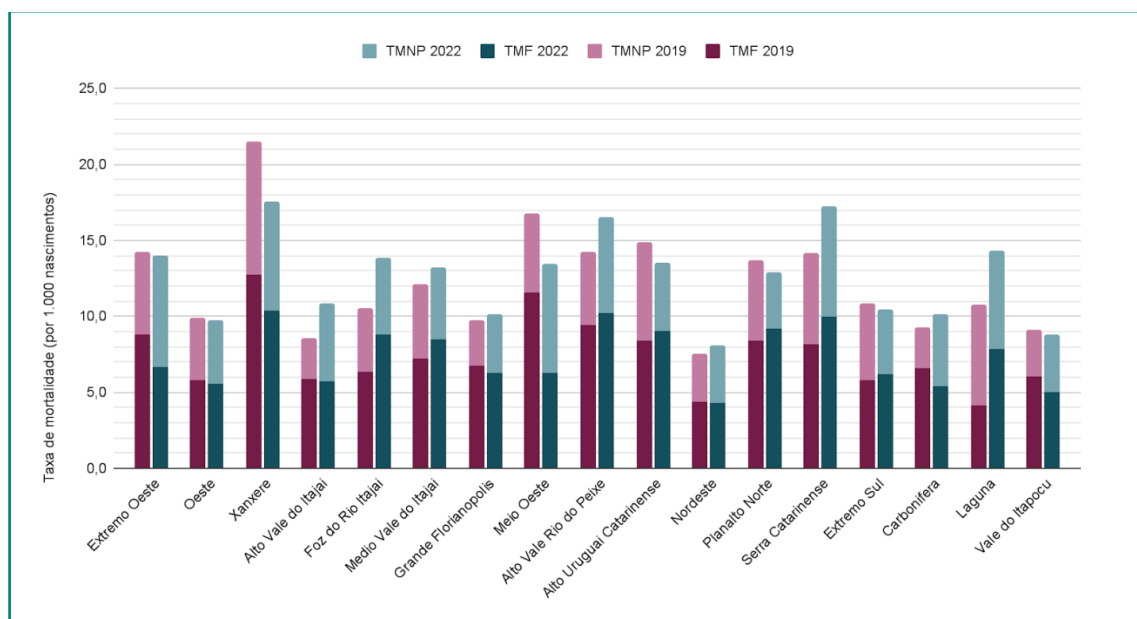
mãe, ocorrido em gestação com duração igual ou superior a 20 semanas OU com peso fetal igual ou superior a 500 g OU estatura fetal igual ou superior a 25 cm. Por outro lado, os óbitos perinatais são o somatório de todos os óbitos fetais ocorridos a partir de 22 semanas de gestação até os nascidos vivos que vêm a óbito até o 6º dia de vida (neonatal precoce).

No período de 2019 a setembro de 2022, em SC, foram registrados 2.457 óbitos fetais com gestações acima de 22 semanas e 1.786 óbitos neonatais precoces.

Em 2019, a Taxa de Mortalidade Perinatal (TMP) foi de 11,1 óbitos a cada 1.000 nascimentos totais. Até o mês de setembro de 2022, esse número tem se mantido próximo a 11,9 óbitos a cada 1.000 nascimentos.

É possível observar na Figura 24 a TMP por região de saúde do Estado e a comparação entre os anos de 2019 e 2022 (janeiro a setembro), sendo que as regiões de saúde se destacaram negativamente em 2022 são Xanxerê (17,5), Serra Catarinense (17,2) e Alto Vale do Rio do Peixe (16,4).

Figura 24 - Taxa de mortalidade fetal (TMF) e neonatal precoce (TMNP) (por 1.000 nascimentos), por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 e 2022\*.



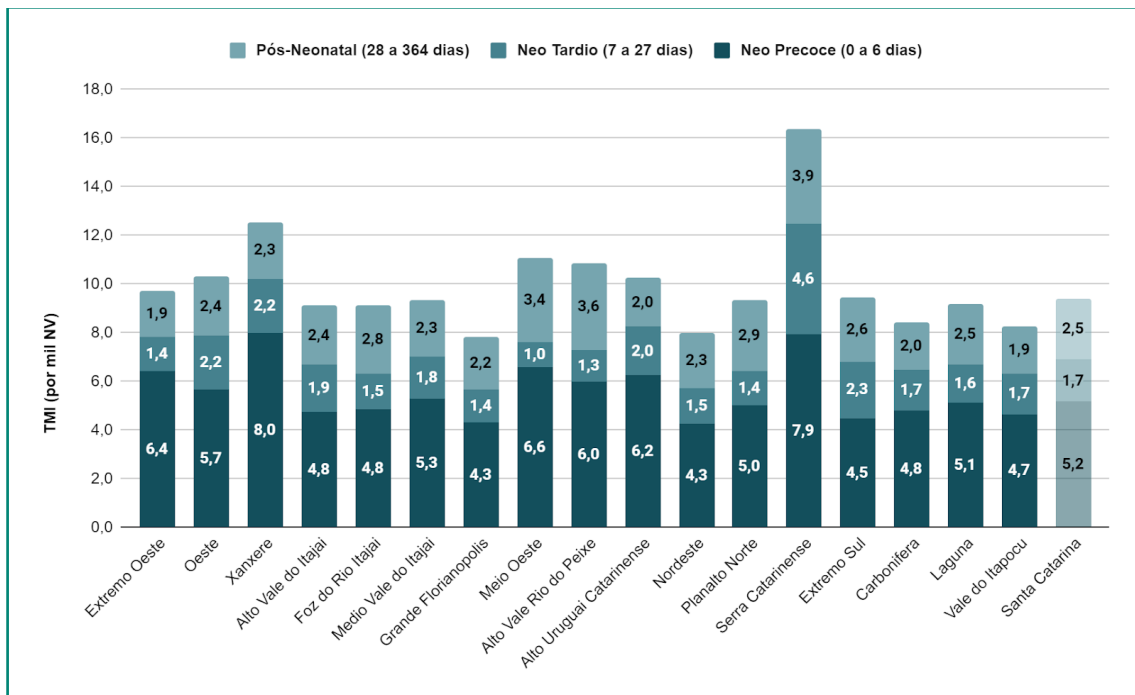
Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 10.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Na figura 23, observa-se que as maiores taxas de mortalidade infantil no estado estão relacionadas ao componente neonatal precoce, independentemente da região de residência da criança. Entre as taxas de mortalidade em menores de um ano, as regiões

que se destacaram negativamente foram Serra Catarinense (16,4 óbitos a cada mil nascidos vivos), Xanxerê (12,6) e Meio Oeste (11,1). No que diz respeito ao componente neonatal precoce, Xanxerê apresentou a maior taxa (8,0), enquanto a Serra Catarinense liderou nos componentes neonatal tardio e pós-neonatal, com 4,6 e 3,9 óbitos a cada mil nascidos vivos, respectivamente.

Figura 25 - Taxa de mortalidade infantil por componente por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022\*



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 11.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

É importante destacar que o componente neonatal é fortemente influenciado pela qualidade da atenção prestada à saúde, especialmente durante o pré-natal, parto e puerpério. Por outro lado, o componente pós-neonatal recebe maior influência dos determinantes socioeconômicos e ambientais. Quando há maior frequência de óbitos nos primeiros seis dias de vida, isso indica a complexidade de atuação sobre as causas das mortes.

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

A redução das mortalidades infantil e materna trata-se de prioridade global. Para isso é necessário investimento em políticas públicas que busquem minimizar disparidades e

iniquidades, melhorando o acesso à serviços de saúde e dispondo de atenção qualificada. Embora configure-se ainda como um grande desafio acelerar a redução desses óbitos, ao investir em estratégias para alcançar resultados positivos na saúde e bem-estar materno infantil será possível fortalecer comunidades e construir um futuro mais saudável a todos.

#### 7.1.2.4. Mortalidade Geral

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de adoecimento e morte em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) as classifica como as doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias ou cânceres (CA), doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes mellitus (DM), pois apresentam fatores de risco e proteção em comum em sua história natural, o que facilita o desenvolvimento de políticas de prevenção e controle.

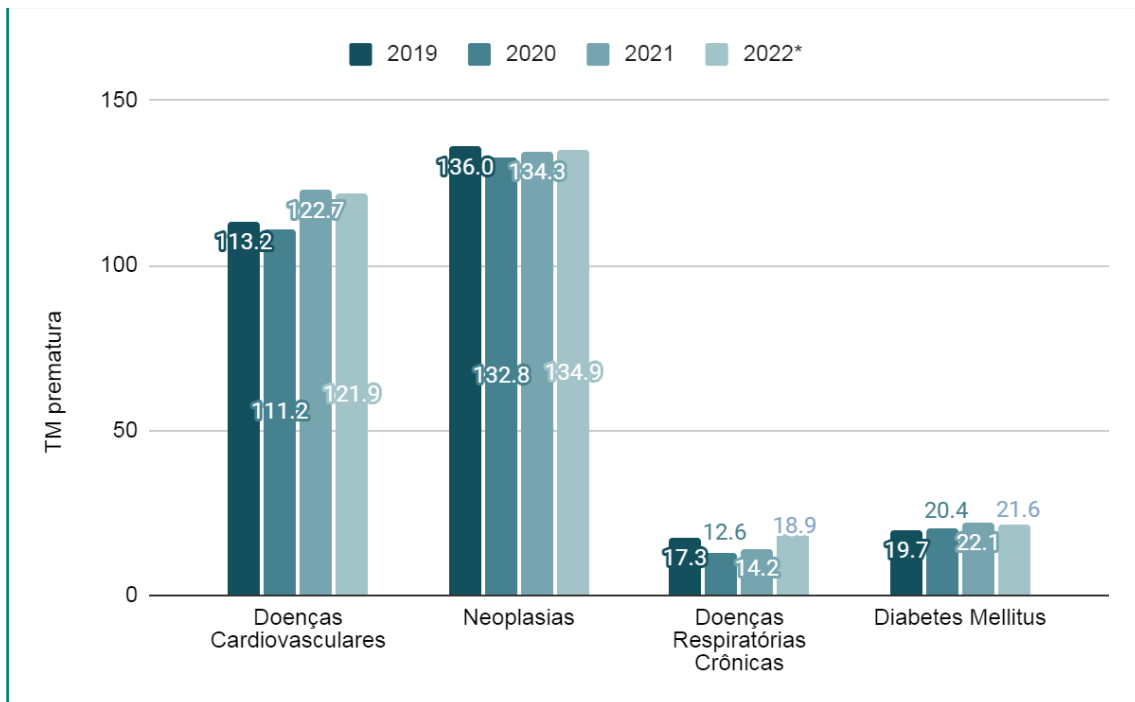
O aumento da carga dessas doenças está associado ao envelhecimento populacional, mudanças nos hábitos e estilo de vida, além de disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. É considerada morte prematura aquela que ocorre em pessoas entre 30 e 69 anos, visto como um reflexo do valor social da morte, pois atinge uma fase da vida em que o indivíduo ainda é potencialmente produtivo, afetando não apenas a pessoa e seu grupo, mas também a sociedade como um todo.

A taxa de mortalidade prematura por 100 mil habitantes decorrente do conjunto das quatro DCNTs, comparando os anos de 2019 a 2022, no Estado de SC, está representada na figura 20.

Diferente do cenário mundial em que as DCV estão em primeiro lugar, o estado catarinense apresenta as neoplasias nessa posição nos quatro anos consecutivos. Além disso, o diabetes mellitus também ultrapassou as doenças respiratórias crônicas em todo o período, alterando o panorama epidemiológico das DCNTs e destacando a necessidade de repensar estratégias para conter o aumento da mortalidade prematura relacionada a essas doenças. É importante ressaltar que a taxa de mortalidade tem sido alta no ano de 2022, comparado aos anos anteriores, o que, mesmo de forma preliminar, indica que a projeção da mortalidade pode superar os anos anteriores. Isso demanda uma atenção

especial das autoridades de saúde e a implementação de medidas preventivas e de cuidados para reduzir o impacto dessas doenças na população.

Figura 26 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT. Santa Catarina, 2019 a 2022\*

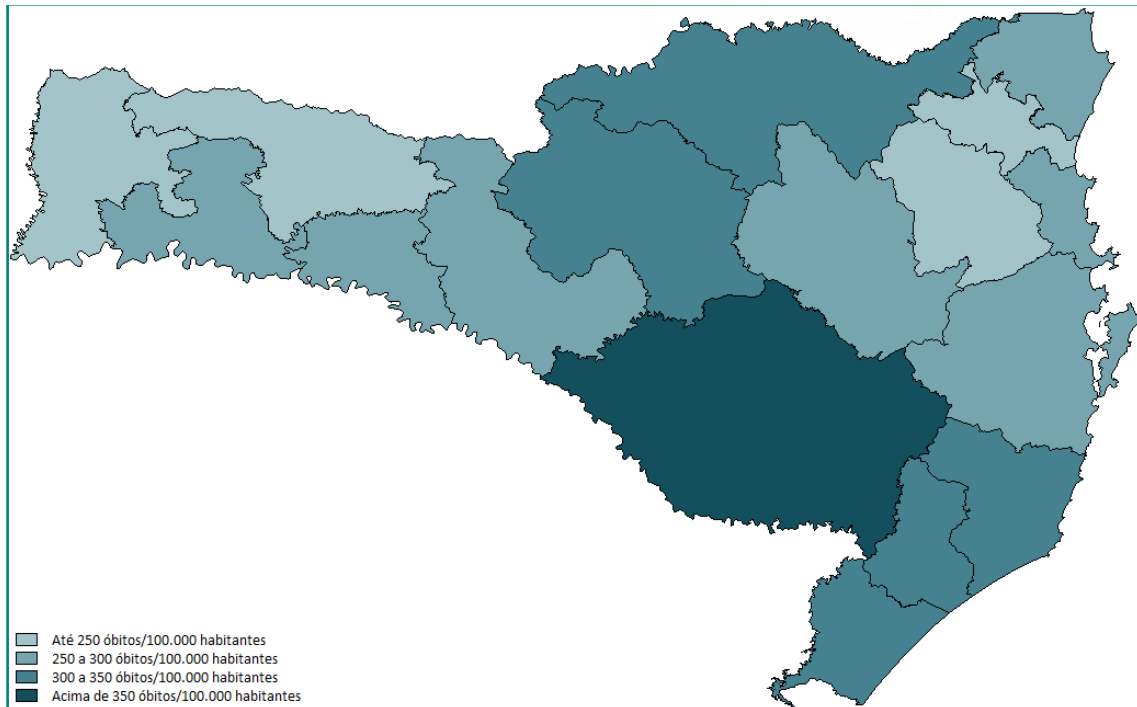


Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 15.  
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

As Figuras 27 e 28 dos mapas de SC ilustram a distribuição espacial da taxa de mortalidade prematura (TMP) por principais causas de mortalidade relacionadas a DCNT nas 17 regiões de saúde. Os anos de 2019 e 2022 foram selecionados para permitir a visualização da situação de saúde em diferentes cenários epidemiológicos: antes e durante a pandemia da Covid-19. Ao comparar as taxas de mortalidade dos dois anos em cada região, observou-se um crescimento nas regiões de saúde do Oeste, Alto Vale do Itajaí, Médio Vale do Itajaí, Vale do Itapocu e Extremo Sul. Por outro lado, apenas a região do Alto Uruguai Catarinense apresentou uma diminuição desta taxa.

Figura 27 - Distribuição espacial da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) (por 100 mil habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de

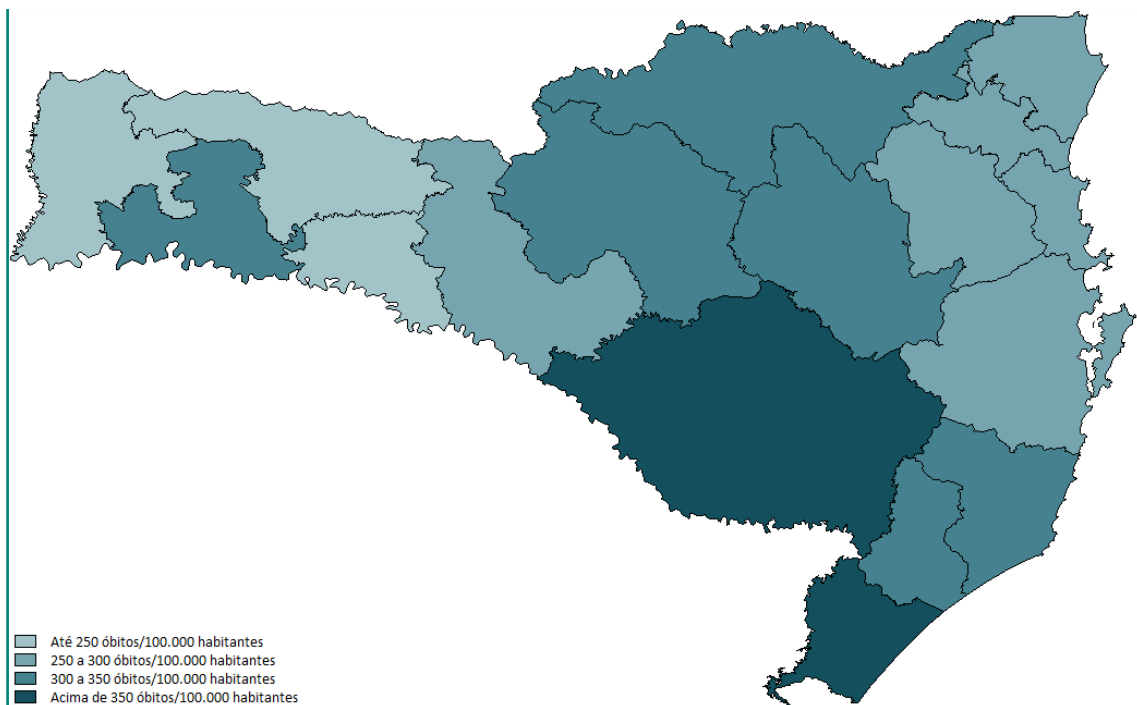
residência. Santa Catarina, 2019.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 16.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Figura 28 - Distribuição espacial da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) (por 100 mil habitantes) pelas principais causas de DCNT, segundo região de residência. Santa Catarina, 2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 16.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.



>>> **IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

Nas últimas décadas, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal causa de óbito no Brasil. E a tendência é que esse cenário se repita aqui no estado. Por isso a prevenção, o controle das DCNT e seus fatores de risco são vitais para evitar um aumento epidêmico dessas doenças, que trazem sérias consequências para a qualidade de vida e para os sistemas de saúde.

#### 7.1.2.5. Alimentação e Nutrição

Com relação à alimentação e nutrição no estado, verifica-se que houve aumento nos registros de Estado Nutricional (EN) no estado acima de 10% comparados os dois últimos anos de acompanhamento, resultado extremamente positivo considerando a necessidade de avaliação contínua dos cenários para adoção de medidas propositivas na atenção nutricional do Estado.

Quadro 7 - Percentual da população do Estado de SC, conforme IBGE, com registro de EN, no SISVAN. Santa Catarina, 2023.

	2019	2020	2021	2022
<b>IBGE</b>	6.2484,36	6.2484,36	7.338.473	7.338.473
<b>%</b>	19,87	18,38	21,35%	31,88%

Fonte: SES/DAPS, 2023

Nos quadros a seguir é apresentado o perfil nutricional da população catarinense acompanhada pelo SISVAN, calculando a média percentual entre os anos de 2019 e 2022 e distribuindo por faixa etária, além de comparar com os números da região Sul e do Brasil.

Quadro 8 - - Percentual médio do EN das Crianças de 0 a 2 anos, entre 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.

Localidade	Magreza acentuada	Magreza	Eutrofia	Risco Sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade
<b>Média SC</b>	1,30	2,70	67,80	18,64	4,82	3,25
<b>Média Sul</b>	1,32	2,56	66,33	12,77	5,31	3,16
<b>Média BR</b>	2,36	2,99	44,42	18,95	6,02	5,44

Fonte: SES/DAPS, 2023

Entre as crianças de 0 a 2 anos na APS, foi realizado um total de 320.677 nos 4 anos de acompanhamento nas regiões de saúde, usando como medida o peso/altura/idade. Destaca-se o risco de sobrepeso em 18,64% das crianças acompanhadas, e no outro extremo dos agravos nutricionais, os maiores percentuais de Magreza acentuada nas regiões de saúde da Serra Catarinense de 2,22% e Carbonífera de 1,89%.

Devemos destacar ainda, no cenário de desnutrição desta faixa etária, o percentual médio de 2,70% de Magreza observados no estado, sendo que, 6 regiões de saúde apresentaram percentuais acima de 3,0%, além da Serra Catarinense com 3,72% e Alto Vale do Rio do Peixe com 3,64%, regiões que apresentam cidades com baixo Índice de Desenvolvimento Humano e alto Índice de Vulnerabilidade Social (IVS).

Quadro 9 - Percentual médio do EN das Crianças de 2 a 5 anos, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.

Localidade	Magreza acentuada	Magreza	Eutrofia	Risco Sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade
<b>Média SC</b>	1,17%	1,45%	63,83%	19,46%	7,54%	6,54%
<b>Média Sul</b>	1,14%	1,49%	61,17%	19,63%	8,14%	8,37%
<b>Média BR</b>	2,22%	2,57%	62,69%	16,64%	7,23%	8,58%

Fonte: SES/DAPS, 2023

Um total de 341.065 crianças de 2 a 5 anos foram acompanhadas em SC, no período analisado, usando como medida o peso/altura/idade. Destaca-se um percentual médio similar a faixa etária de 0 a 2 anos, de 1,84% de Magreza acentuada e 2,26% de Magreza na região da Serra Catarinense, para esta faixa etária. O percentual médio de sobrepeso para esta faixa etária no estado foi de 19,46%, no entanto, percentuais duas vezes maiores para os diagnósticos de sobrepeso e obesidade foi observado, 7,54% de sobrepeso e 6,54% de obesidade. Na região do Extremo Sul Catarinense foi observada 10,2% da população com diagnóstico de obesidade.

Quadro 10 - Percentual médio do EN das Crianças de 5 a 10 anos, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.

Localidade	Magreza acentuada	Magreza	Eutrofia	Risco Sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade
<b>Média SC</b>	1,04%	1,94%	61,50%	18,12%	10,81%	6,60%

<b>média Sul</b>	1,04%	1,95%	59,50%	18,13%	11,47%	7,93%
<b>média BR</b>	2,20%	3,29%	63,23%	15,61%	9,41%	6,25%

Fonte: SES/DAPS, 2023

Para as crianças de 5 a 10 anos um total de 486.758 acompanhamentos foram realizados em SC, usando como medida o peso/altura/idade. Destaca-se um aumento no percentual médio de crianças acompanhadas com EN avaliado em sobrepeso para 10,81%, se considerado a população da faixa etária menor, 2 a 5 anos, que foi de 7,54%, possivelmente apontando para um cenário de ganho de peso acima do esperado da população acompanhadas na APS.

Quadro 11 - Percentual médio do EN dos Adolescentes, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.

Localidade	Magreza acentuada	Magreza	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	Obesidade Grave
Média SC	0,65%	2,22%	61,28%	20,55%	11,91%	3,41%
média Sul	0,61%	2%	59,11%	21,18%	12,92%	4,10%
média BR	1,07%	3,06%	64,92%	19,21%	9,33%	2,42%

Fonte: SES/DAPS, 2023

Na população avaliada de 172.815 adolescentes atendidos na APS, usando como medida o Índice de Massa Corpórea (IMC)/idade. Observa-se um percentual médio de 20,55% sobrepeso, 11,91% obesidade e 3,41% obesidade grave, demonstrando um cenário de agravamento nutricional importante desta faixa etária, totalizando mais de 35% da população acompanhada com peso acima do previsto para idade. Os riscos para esta faixa etária de manutenção ou desenvolvimento de obesidade na vida adulta é maior, com desfechos piores no estado de saúde e desenvolvimento de DCNTs.

Quadro 12 - Percentual médio do EN de adultos, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.

Localidade	Baixo Peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade grau I	Obesidade grau II	Obesidade grau III

Média SC	1,54%	29,81%	34,71%	21,01%	8,48%	4,47%
média Sul	1,60%	28,31%	33,97%	21,81%	9,22%	5,09%
média BR	2,21%	31,90%	34,66%	19,74%	7,59%	3,91%

Fonte: SES/DAPS, 2023

Na população adulta foram 3.242.069 acompanhamentos em SC, usando como medida o IMC, observa-se que 29,81% da população adulta foi avaliada em eutrofia, peso adequado, enquanto 34,71% apresentou sobrepeso e 33,96% algum grau de obesidade. Alguns percentuais nos diferentes graus de obesidade devem ser destacados nas diferentes regiões de saúde, a região Nordeste, que corresponde a Regional de Saúde de Joinville, apresentou os maiores percentuais nos diferentes graus: 23,66% de obesidade grau I, 10,48% de obesidade grau II e 5,97% de obesidade grau III. Considerando que a obesidade grau III é o estágio mais grave, apresenta o IMC  $\geq 40,00$  e o risco de comorbidades é classificado como altíssimo. Com a análise dos dados, pode-se constatar que mais de 60% da população adulta avaliada está em algum grau de sobrepeso.

Quadro 13 - Percentual médio do EN dos Idosos, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.

Localidade	Baixo Peso	Eutrofia	Sobrepeso
Média SC	8,52%	32,68%	58,80%
média Sul	9,42%	32,78%	57,81%
média BR	12,10%	36,38%	51,53%

Fonte: SES/DAPS, 2023

Na população de idosos, 1.082.322 acompanhamentos foram realizados em SC no período, usando como medida o IMC, e observa-se um percentual médio de apenas 32,68% de eutrofia, peso e altura adequados para a idade, e percentual de 58,8% de sobrepeso, dados similares encontrados na região do Sul do país e no indicador nacional. Um percentual acima de 60% é visto nas regiões Nordeste, Laguna, Alto Vale do Itajaí, Vale do Itapocú e Grande Florianópolis.

Quadro 14 - Percentual médio do EN das Gestantes Adolescentes, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.

Localidade	Baixo Peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
Média SC	24,49%	41,26%	21,38%	12,87%
média Sul	24,07%	40,92%	21,76%	13,26%
média BR	30,21%	41,11%	18,94%	9,75%

Fonte: SES/DAPS, 2023

Um total de 16.768 de gestantes adolescentes foram acompanhadas, usando como medida o IMC - idade gestacional, com resultados de 24,49% de baixo peso, 41,26% de eutrofia e percentuais de 21,38% de sobrepeso e 12,87% obesidade, trazendo também um alerta para um total superior a 32% de gestantes adolescentes com peso acima do esperado.

O Ganho de Peso Gestacional (GPG) deve ser orientado conforme o diagnóstico de IMC pré-gestacional e deve ser acompanhado para identificar possíveis inadequações. O alto percentual de baixo peso em gestantes adolescentes é observado também no percentual nacional e na região Sul, no entanto, a prevalência de sobrepeso e obesidade no estado de SC é maior que a nacional.

Quadro 15 - Percentual médio do EN das Gestantes Adultas, entre os anos de 2019 e 2022. Santa Catarina, 2023.

Localidade	Baixo Peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
Média SC	9,38%	32,46%	30,18%	27,99%
média Sul	9,38%	31,32%	30,15%	29,16%
média BR	11,11%	32,64%	30,57%	25,69

Fonte: SES/DAPS, 2023

Do grupo de gestantes adultas, 116.610 foram acompanhadas no estado, usando como medida o IMC - idade gestacional, foram encontrados 9,38% de baixo peso, 32,46% de eutrofia e percentuais altos de sobrepeso e obesidade entre as gestantes, 30,18% e 27,99%, respectivamente. Na população de gestantes adultas avaliadas observa-se uma redução comparada às adolescentes gestantes de casos de baixo peso, no entanto, o

percentual médio de eutrofia ficou reduzido e um total de aproximadamente 60% está com peso acima do esperado, com destaque de um alto percentual de obesidade.

Analisando o comportamento do sobrepeso e obesidade no estado, entre os anos de 2019 e 2022, é possível observar percentuais altos entre a população em todas as fases do ciclo de vida.

#### 7.1.2.6. Violência Interpessoal e Autoprovocada

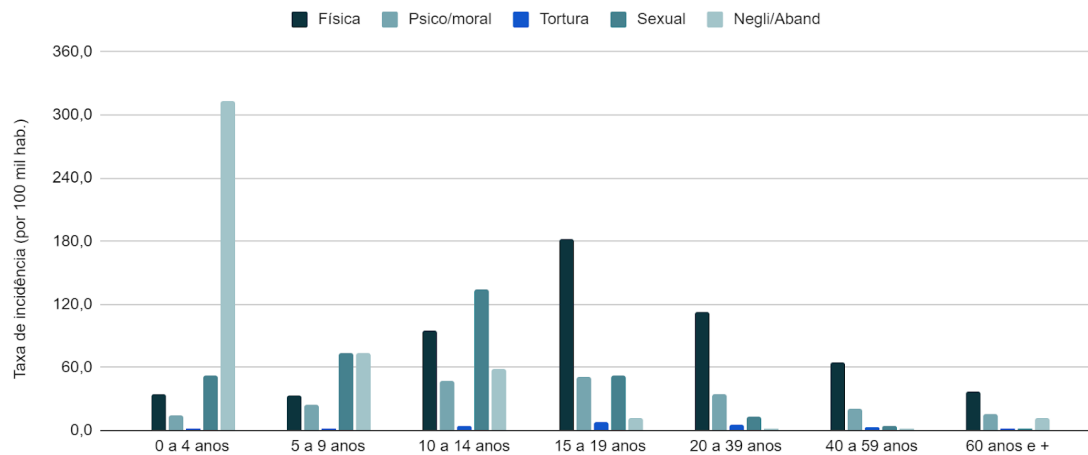
A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, capaz de deixar marcas profundas. A notificação das violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, resultado de uma luta contínua para expor a violência perpetrada contra esses grupos da população e retirá-la da invisibilidade.

A notificação dos casos se refere à primeira etapa para a inclusão da pessoa em situação de violência em linhas de cuidado, visando prover atenção integral e a garantia de direitos. Nesse sentido, para fins de notificação, estão incluídos todos os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais).

Durante o período de 2019 a setembro de 2022, foram registradas 55.565 notificações de violência no Estado de SC. A figura 29 apresenta a incidência de violência (por 100.000 habitantes), nesse mesmo período. A faixa etária de 0 a 4 anos, a negligência foi predominante: 313,0 casos a cada 100 mil habitantes. Na faixa etária de 10 a 14 anos, foi a violência sexual: 134,2 casos a cada 100 mil habitantes. Já acima de 15 anos, a violência física foi a mais frequente, com uma taxa mais alta na faixa etária de 15 a 19 anos: 182,5 casos.

Figura 29 - Taxa de incidência (por 100 mil hab.) por faixa etária, segundo tipo de

violência interpessoal. Santa Catarina, 2019 a 2022.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 13.  
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

A prestação de cuidados de saúde às pessoas em situação de violência, especialmente violência sexual, enfrenta várias deficiências. A falta de um protocolo estadual e a ausência de fluxos de atendimento em muitos municípios geram um vazio assistencial significativo. Além disso, a coordenação entre as diferentes políticas públicas encarregadas de acolher e assistir vítimas de violência sexual é insuficiente, prejudicando a eficácia dos serviços oferecidos.

Outro vazio assistencial é observado no atendimento às mulheres que se encontram em situação de Interrupção Legal da Gestação (ILG). Apenas quatro hospitais são designados para lidar com essa situação em todo o estado, resultando em limitações no acesso e na qualidade do cuidado.

Além disso, a falta de notificação adequada e completa dos casos de violência constitui um problema adicional. A subnotificação e a incompletude das informações dificultam a compreensão abrangente da extensão do problema, bem como a formulação de estratégias eficazes para enfrentá-lo.

Já as violências autoprovocadas é um grupo que abrange situações de ideação suicida, autoagressão, tentativa de suicídio e suicídio consumado, constituindo um fen meno complexo e multicausal, associado a diversos fatores psicossociais, emocionais, de gênero, de aceitabilidade sociocultural das vítimas.

Em 2019, SC se destacou negativamente com a segunda maior Taxa de Mortalidade por Suicídio (TMS) do país, ficando atrás apenas do Rio Grande do Sul. No período de 2019 a 2022, foram registrados 2.490 óbitos por suicídio no Estado. As regiões

do Alto Uruguai Catarinense e Oeste apresentaram as maiores taxas em todos os anos, como evidenciado na figura 27 abaixo. Também é válido ficar atento às taxas do Extremo Oeste e Alto Vale do Itajaí.

Figura 30 - Distribuição do número absoluto de óbitos (n) e taxa de mortalidade por suicídio a cada 100 mil habitantes (tx), por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022\*.

REGIÕES DE SAÚDE	2019		2020		2021		2022	
	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx
Extremo Oeste	30	14,7	39	19,0	36	17,5	39	25,3
Oeste	63	19,8	65	20,2	70	21,5	64	26,3
Xanxerê	18	10,4	22	12,7	14	8,0	18	13,7
Alto Vale do Itajaí	51	19,8	43	16,6	35	13,4	38	19,4
Foz do Rio Itajaí	76	12,3	72	11,4	61	9,5	57	11,8
Médio Vale do Itajaí	84	12,1	67	9,5	84	11,7	84	15,6
Grande Florianópolis	88	8,3	105	9,7	121	11,0	87	10,6
Meio Oeste	28	16,7	20	11,9	26	15,4	17	13,4
Alto Vale R. do Peixe	28	11,2	37	14,7	46	18,1	23	12,1
Alto Uruguai	28	22,1	30	23,6	25	19,6	21	22,0
Nordeste	53	8,4	61	9,5	59	9,1	54	11,1
Planalto Norte	42	13,0	38	11,7	51	15,6	28	11,4
Serra Catarinense	35	14,1	38	15,3	31	12,5	26	14,0
Extremo Sul	30	17,1	20	11,3	35	19,6	19	14,2
Carbonífera	52	13,6	43	11,1	66	16,9	41	14,0
Laguna	58	17,9	48	14,7	43	13,1	33	13,4
Vale do Itapocu	34	12,8	28	10,3	38	13,7	26	12,5
<b>Santa Catarina</b>	<b>798</b>	<b>12,8</b>	<b>776</b>	<b>12,3</b>	<b>841</b>	<b>13,2</b>	<b>675</b>	<b>14,11</b>

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 14.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

É importante ressaltar que os dados numéricos relacionados ao suicídio podem ser subestimados, e estima-se que, para cada suicídio consumado, ocorram entre dez e vinte tentativas. Essa realidade destaca a importância de abordar essa questão com seriedade e sensibilidade, buscando compreender e atuar sobre os fatores de risco e proteção relacionados ao comportamento suicida. A prevenção do suicídio é uma responsabilidade coletiva que envolve governos, profissionais de saúde, instituições e toda a sociedade. É



necessário promover a conscientização, o acesso a serviços de Saúde Mental e ações de acolhimento, apoio e valorização da vida.

#### 7.1.2.7. Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

As informações relativas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, são de extrema importância para a gestão dos serviços públicos de saúde. Elas fornecem o conhecimento necessário para detectar ou prevenir quaisquer alterações nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva.

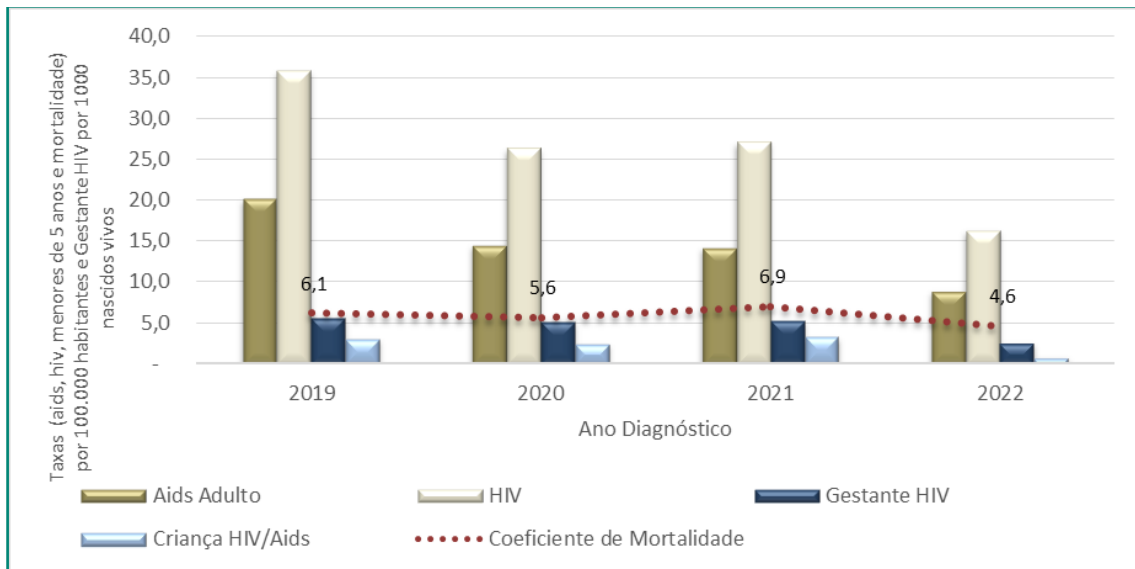
Em SC, entre os anos de 2019 e 2022, foram registrados 11.874 novos casos de infecção pelo HIV e Aids (7.669 casos de infecção pelo HIV e 4.205 casos de Aids). Comparando ao quadriênio anterior, houve uma redução nos casos HIV/Aids. Essa redução também foi observada em 2019 com 56,1 casos HIV/Aids /100.000 hab., e 2021 com 41,4 casos/100.000 hab., representando uma diminuição de 24,37%. Da mesma forma, acontece com os casos de gestante HIV: em 2019 foram notificados 553 casos (5,6 casos por 1000 nascidos vivos) e em 2021 tivemos 512 casos (5,3 casos por 1000 nascidos vivos), conforme figura 31.

A oferta do tratamento antirretroviral de forma precoce, logo após o diagnóstico da infecção pelo HIV, pode ser um dos fatores responsáveis pela redução dos casos novos nesse período, pois indivíduos que alcançam a indetectção viral de maneira sustentada são considerados não-transmissíveis do HIV, interrompendo a cadeia de transmissão. Além disso, a ampliação da profilaxia pós e pré-exposição (PEP e PrEP) na rede assistencial do estado também contribuiu para esse cenário.

Ainda que com uma redução menor, houve diminuição no número de casos de gestantes com HIV, o que pode ser atribuído a melhores condições de saúde geral, sexual e reprodutiva, permitindo uma gestação mais segura. No entanto, é necessário continuar avançando na redução da infecção de gestantes no estado.

Figura 31 - Taxas de detecção de Aids, HIV, Aids em menores de 5 anos e coeficiente de mortalidade (por 100000 habitantes), e infecção pelo HIV em gestantes (por 1000

nascidos vivos). Santa Catarina, 2019-2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 19.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Em relação à transmissão vertical do HIV, entre 2019 e 2022, foram registrados 47 casos de crianças menores de 5 anos infectadas pelo HIV ou com Aids. Em 2019, foram 15 casos (3,1 casos/100.000 hab.), e em 2021, ocorreram 16 casos (3,3 casos/100.000 hab.). Até setembro de 2022, foram registrados 4 casos de transmissão vertical. Muitas infecções ocorreram devido a infecções adquiridas tardiamente no período gestacional ou pós-parto. Medidas adicionais de prevenção e identificação dessas infecções tardias são urgentes e devem ser implementadas em conjunto com a Diretoria de Atenção Primária à Saúde.

Neste mesmo período tivemos 1.687 óbitos, sendo 439 óbitos (6,1/100.000 hab.) em 2019 e 508 óbitos (6,9/100.000 hab.) em 2021. A curva descendente de óbitos por Aids no estado, observada ao longo da última década, sofreu o impacto do período pandêmico de COVID-19, quando muitos indivíduos deixaram de procurar os serviços de saúde, não conseguindo realizar suas consultas e exames, resultando em uma importante perda de acompanhamento médico e, conseqüentemente, um aumento da morbimortalidade por Aids nos anos de 2020 e 2021, o que representa um desafio para o sistema de saúde nos próximos anos.

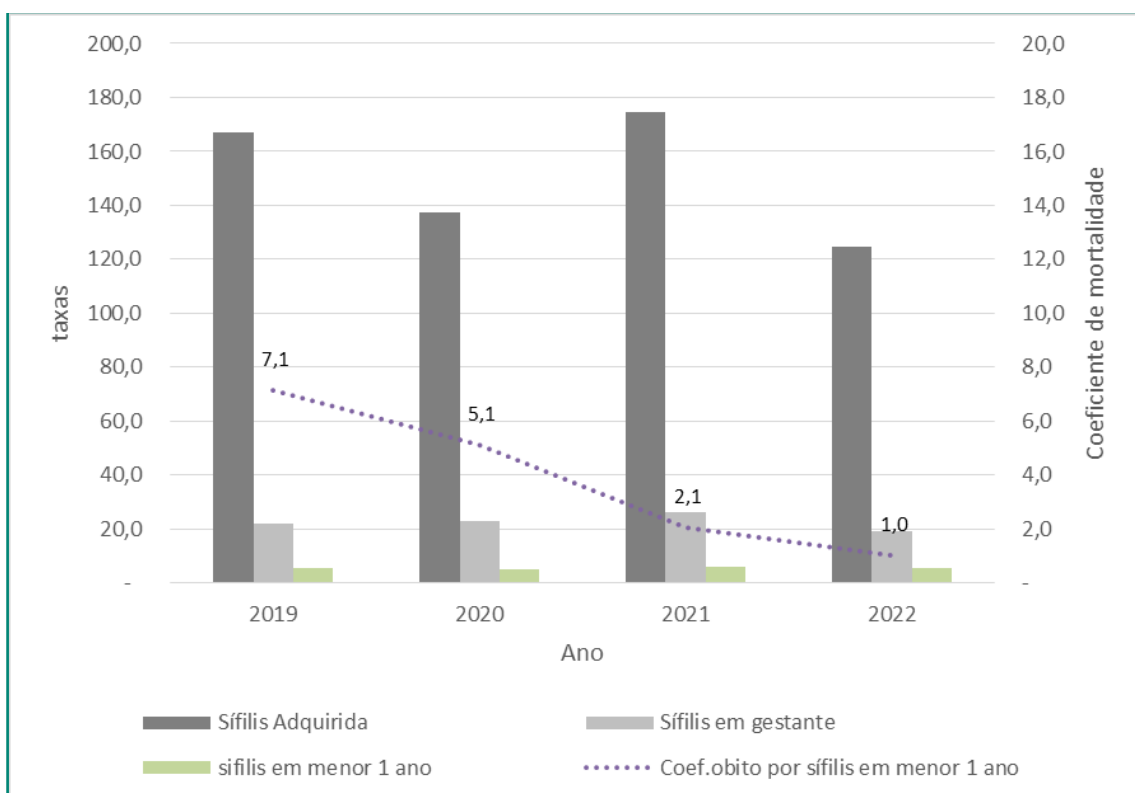
Observando o coeficiente de mortalidade por Aids segundo as regiões de saúde nota-se uma redução dos óbitos em 2021 em comparação com 2019 em 8 regiões de Saúde. Porém, em 9 regiões houve um aumento na mortalidade, que foram: Vale do

Itapocu, Laguna, Nordeste, Alto Uruguai Catarinense, Alto Vale do Rio do Peixe, Grande Florianópolis, Médio Vale do Itajaí, Alto Vale do Itajaí e Xanxerê.

A sífilis adquirida, apesar de ser uma das doenças médicas mais antigas, continua sendo um grave problema de saúde pública tanto no Brasil quanto no estado de SC, com aumento do número de casos nos últimos anos.

Aqui no estado, durante o período de 2019 a setembro de 2022, foram notificados 43.869 casos de Sífilis Adquirida, conforme figura 32, evidenciando um aumento de casos em 2021. No mesmo período, foram registrados 8.795 casos de sífilis em gestantes, sendo 2.164 casos (22,1 casos por 1.000 nascidos vivos) em 2019 e 2.545 casos (26,4 casos por 1.000 nascidos vivos) em 2021. Quanto à sífilis congênita, foram registrados 537 casos (5,5 casos/1.000 nascidos vivos) em 2019 e 580 casos (6,0 casos/1.000 nascidos vivos) em 2021. Até setembro de 2022, foram notificados 537 casos de transmissão vertical de sífilis. Apesar do aumento nos casos de sífilis congênita, houve uma redução na taxa de mortalidade no período.

Figura 32 - Taxas de detecção de Sífilis (por 100.000 habitantes), Sífilis em gestante e sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) e Mortalidade por sífilis congênita em menor de 1 ano (por 100.000 nascidos vivos). Santa Catarina, 2019-2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 20.

\*Dados preliminares até setembro de 2022. (DIVE já tem dados atuais)

A prevenção da transmissão vertical da sífilis é uma prioridade nas ações de saúde, destacando-se a detecção precoce e o tratamento adequado para evitar complicações graves, como má formação do feto, aborto e até mesmo a morte neonatal. Além disso, é essencial que os serviços de saúde monitorem e comuniquem adequadamente para o acompanhamento das crianças diagnosticadas com sífilis, bem como das crianças expostas ao treponema durante a gestação.

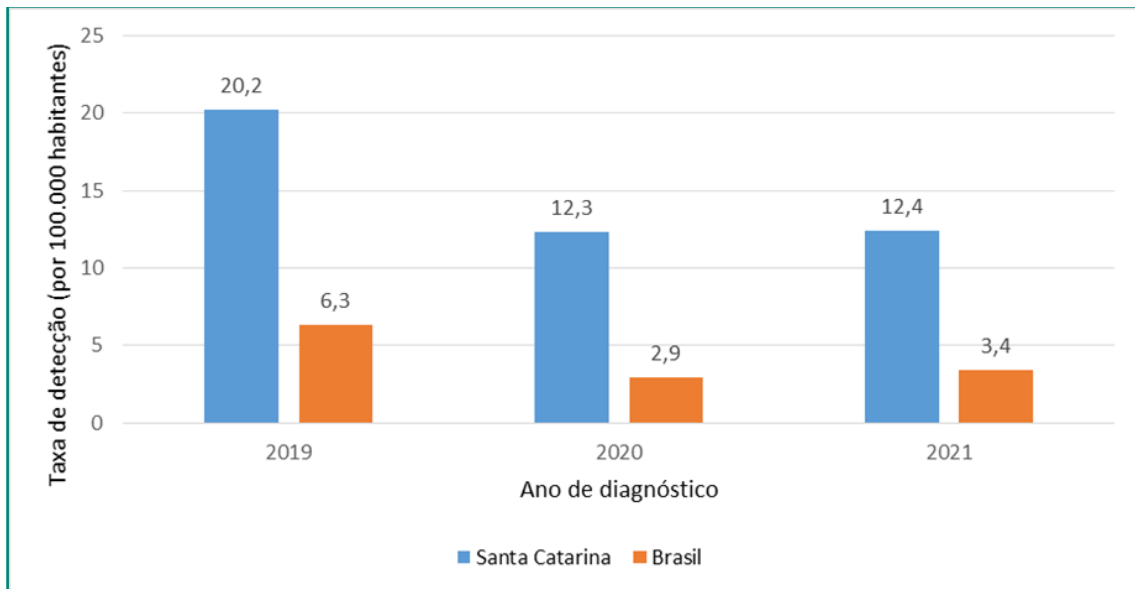
Em relação à taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano, considerando as regiões de saúde em 2019 e 2021, foi observada uma redução em 9 regiões de SC. Nas localidades pertencentes às Regiões de Saúde de Xanxerê, da Serra Catarinense e do Extremo Sul, essa redução foi especialmente significativa. No entanto, em outras 8 regiões do estado, foi registrado um aumento no mesmo período. Essas regiões são: Alto Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Médio Vale do Itajaí, Alto Vale do Rio do Peixe, Nordeste, Carbonífera, Laguna e Vale do Itapocu.

As hepatites virais também são um grave problema de saúde pública em todo o mundo. No período de 2019 a 2021, foram notificados no Brasil um total de 77.085 casos de hepatites B e C. Em SC, o número de casos notificados foi de 6.191 para essas doenças.

Ao analisar a taxa de detecção de hepatite B no estado, observamos que em 2019 ela foi de 20,2%, em 2020 foi de 12,3% e em 2021 foi de 12,4%. Comparando essas taxas com as do Brasil, é possível perceber que SC tem apresentado taxas superiores à marca nacional, como demonstrado na figura 33.

Figura 33 - Taxa de detecção de hepatite B (por 100.000 habitantes) segundo ano de

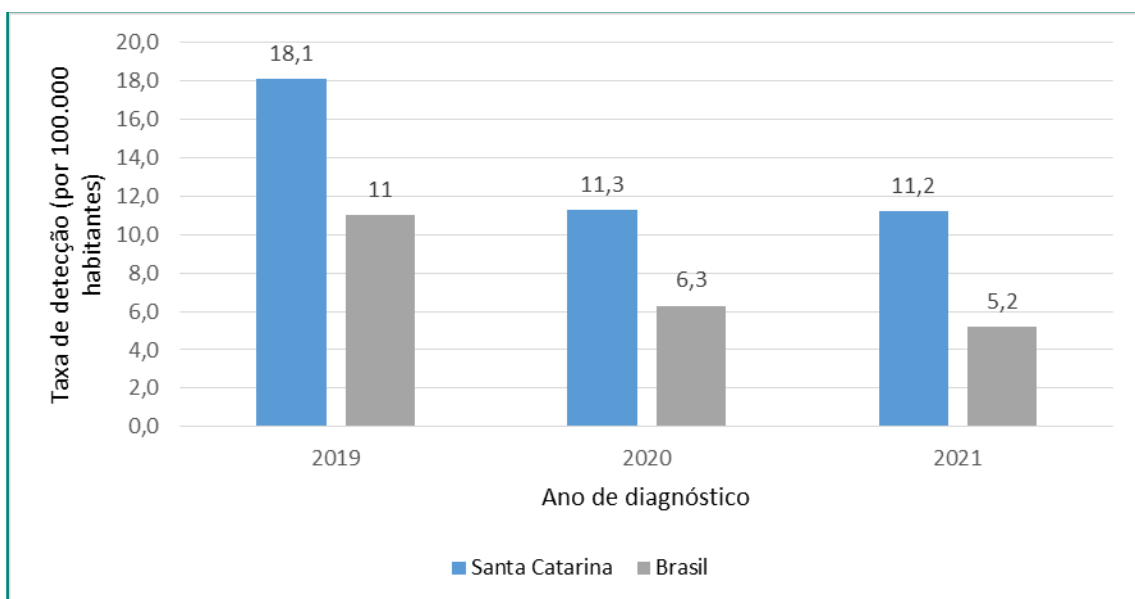
notificação. Santa Catarina e Brasil, 2019-2021.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 21.  
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Em relação à hepatite C, a taxa de detecção (por 100.000 habitantes) tem apresentado uma redução ao longo do período analisado. Em 2019, a taxa foi de 18,1%, em 2020 foi de 11,3% e em 2021 foi de 5,2%. Assim como na hepatite B, mesmo com a redução, o estado de SC apresenta taxas mais elevadas quando comparadas a do país, conforme ilustrado na figura 34.

Figura 34 - Taxa de detecção de hepatite C (por 100.000 habitantes) segundo ano de notificação. Santa Catarina e Brasil, 2019-2021.

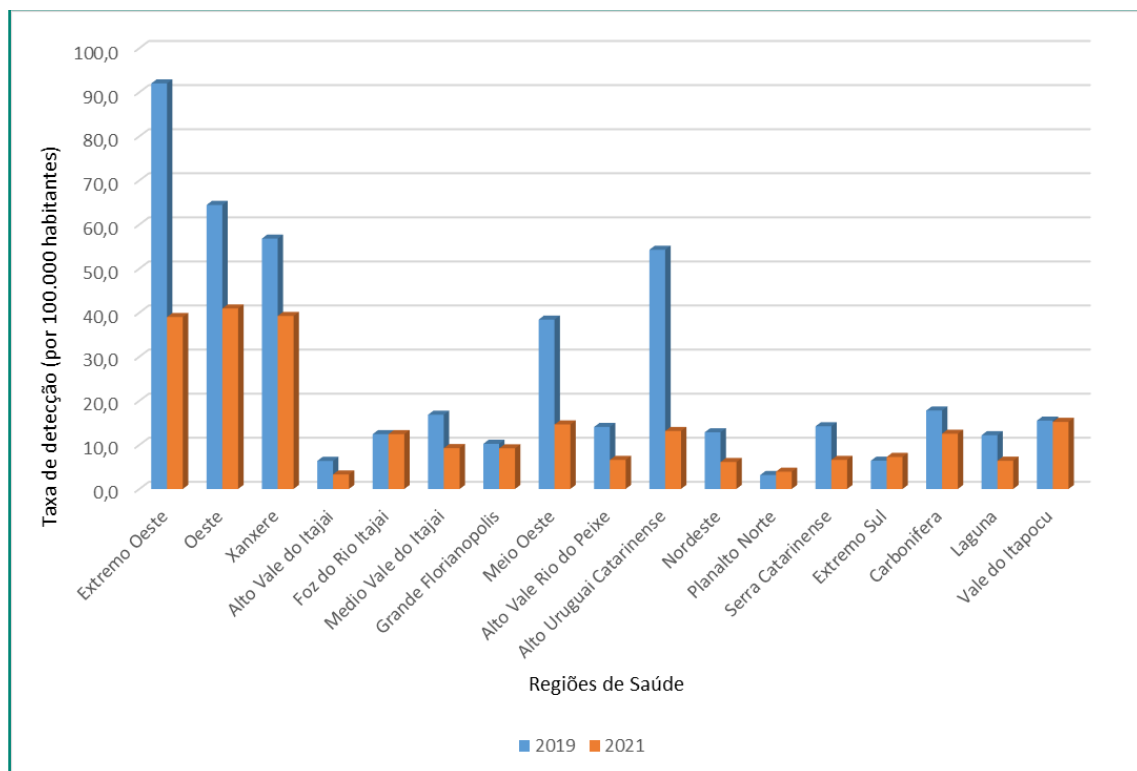


Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 21.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Ao analisar a taxa de detecção de hepatite B segundo as Regiões de Saúde, constata-se que no ano de 2021, a maior taxa ocorreu na Região Extremo Oeste, seguida pelas Regiões Oeste, Xanxerê e Alto Uruguai Catarinense, como demonstrado na figura 35.

Figura 35 - Taxa de detecção de hepatite B (por 100.000 habitantes), segundo Regiões de Saúde, 2019 e 2021.



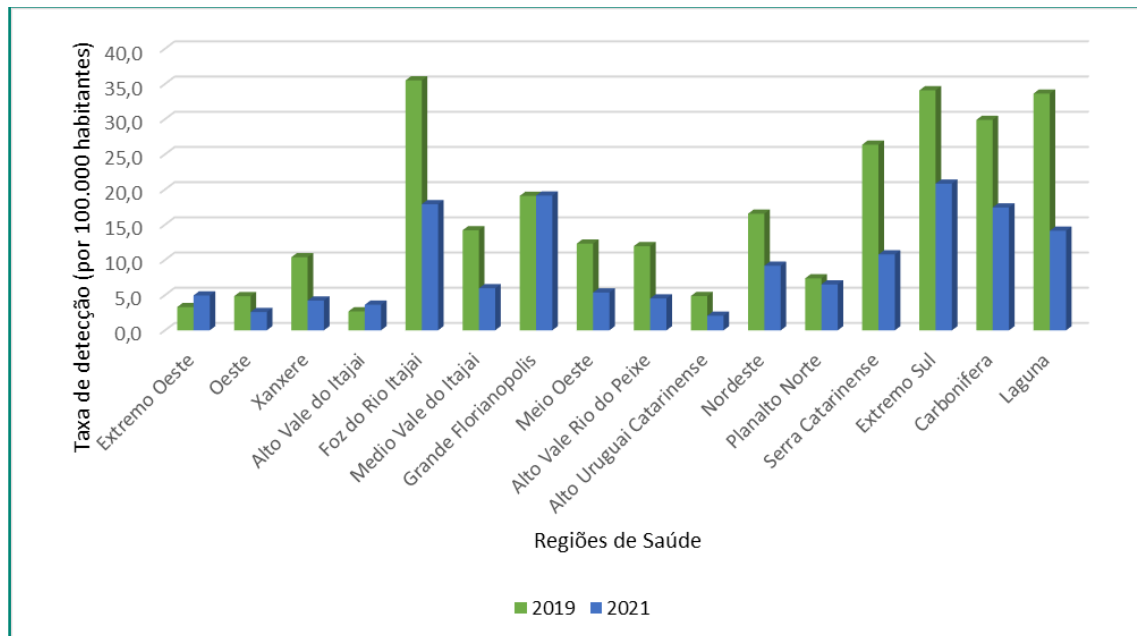
Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 22.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Já em relação à taxa de detecção de hepatite C segundo as Regiões de Saúde em 2021, a Região com a maior taxa foi o Extremo Sul Catarinense, seguida pela Grande Florianópolis, Foz do Itajaí, Carbonífera e Laguna, conforme evidenciado na figura 36.

Figura 36 - Taxa de detecção de hepatite C (por 100.000 habitantes), segundo Regiões

de Saúde, 2019 e 2021.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 22.

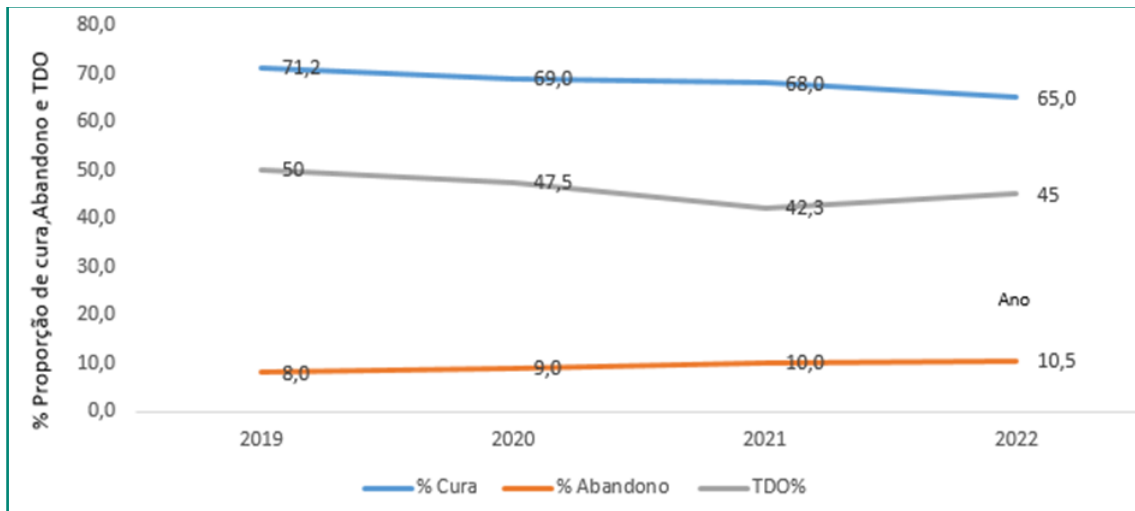
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Ao considerar o cenário epidemiológico da tuberculose nos anos de 2019 a 2022, observam-se variações significativas: em 2019, foram notificados 1.878 casos novos de tuberculose, com uma incidência de 27,2 casos por 100 mil habitantes. No ano seguinte, em 2020, houve uma queda nas notificações de casos novos, com 1.538 registros e uma incidência de 20,9/100 mil habitantes. Entretanto, ocorreu um aumento expressivo em 2021, com 1.818 casos notificados e taxa de incidência de 24,7/100 mil habitantes. É importante ressaltar que a redução no número de casos em 2020 pode ter sido influenciada pela disseminação da COVID-19. Os dados preliminares de 2022 apontam para 749 notificações ao longo do ano.

A tuberculose é uma doença curável em praticamente todos os casos, desde que o tratamento seja realizado corretamente. No entanto, é importante destacar que a meta preconizada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, de curar 85% dos casos novos, não foi alcançada no Estado no período analisado, conforme apresentado na figura 37.

Figura 37 - Número de casos novos por tuberculose de todas as formas, com cura, abandono e Tratamento Diretamente Observado (TDO). Santa Catarina no ano 2019 a

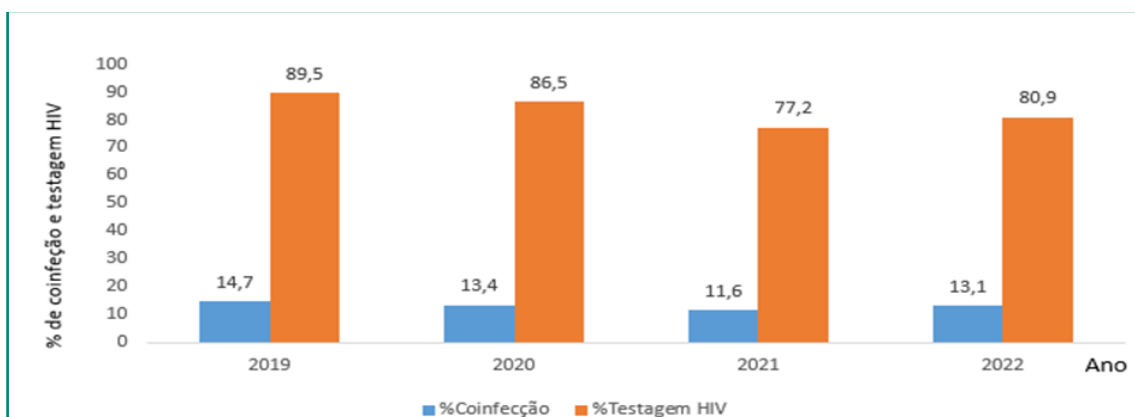
2022.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 23.  
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

O percentual de coinfeção Tuberculose/Vírus da Imunodeficiência Humana (TB/HIV) no estado ainda é elevado, mas apresenta uma tendência de queda ao longo dos anos. Por outro lado, a testagem para HIV nos casos novos de tuberculose teve uma redução ao longo do tempo, conforme figura 38.

Figura 38 - Proporção de coinfeção TB/HIV/AIDS, por 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 24.  
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Quanto ao coeficiente de mortalidade por Tuberculose no estado, ao analisar a série histórica, observa-se que nos anos 2019 e 2020 a taxa se manteve estável, registrando 1,1 e 1,12 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente. Entretanto, houve



uma tendência de aumento nos anos 2021 e 2022, com uma taxa de 1,55 e 1,22 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente.

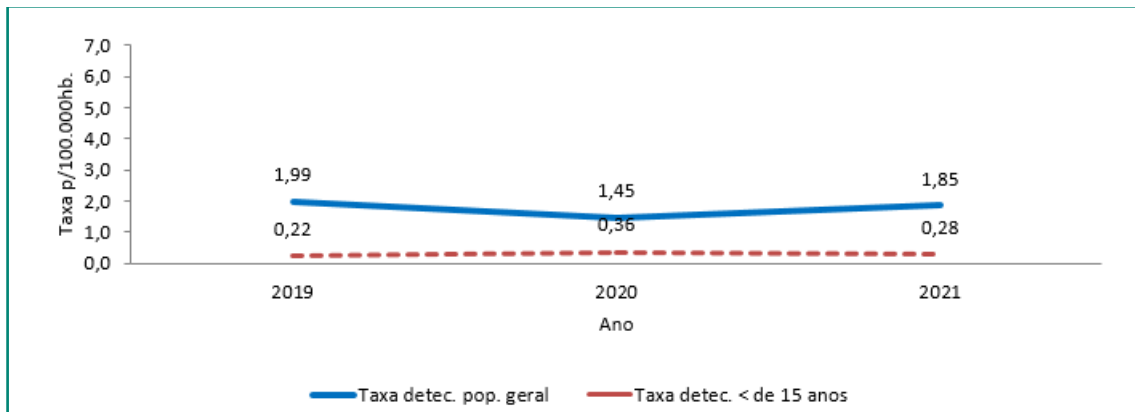
A hanseníase é uma doença crônica e infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, quando diagnosticada precocemente e tratada adequadamente, é curável na grande maioria dos casos.

O Brasil é um dos países com alta carga de hanseníase, estando entre os 22 países com maior incidência global da doença e sendo o segundo país com maior número de casos novos. A hanseníase afeta principalmente populações vulnerabilizadas socioeconomicamente. A Estratégia Global da Hanseníase 2021-2030, da Organização Mundial da Saúde (OMS), traz uma mudança significativa na abordagem do enfrentamento da hanseníase no mundo. Com a redução da carga global nas últimas três décadas, a nova estratégia centraliza esforços para interrupção da transmissão e o alcance de zero casos autóctones, trazendo uma visão a longo prazo: zero hanseníase, zero infecção e doença, zero incapacidade, zero estigma e discriminação (Boletim Epidemiológico - Jan. 2023 Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde). No entanto, a hanseníase ainda é um desafio para a saúde pública no estado, pois mesmo apresentando baixa endemicidade da doença, ainda há alta proporção de casos diagnosticados com sequelas e incapacidades físicas, o que caracteriza o diagnóstico tardio.

No período de janeiro de 2019 a setembro de 2022, foram diagnosticados 480 casos novos da doença no estado catarinense, sendo apenas 15 desses casos (3,1%) em menores de 15 anos. Ao longo dos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, a taxa de detecção na população geral do estado permaneceu dentro do parâmetro de baixa endemicidade, ou seja, inferior a 2,00 casos por 100.000 habitantes. O ano de 2020 apresentou uma redução de 28% no número de casos detectados em comparação com 2019, o que sugere que os efeitos da pandemia de COVID-19 podem ter influenciado nesse resultado. Na população dos menores de 15 anos, a taxa de detecção também se manteve dentro do parâmetro de baixa endemicidade no estado.

Figura 39 - Taxa de detecção de casos novos de hanseníase na população geral e

menores de 15 anos, por 10.000 habitantes. Santa Catarina, 2019 a 2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 25.

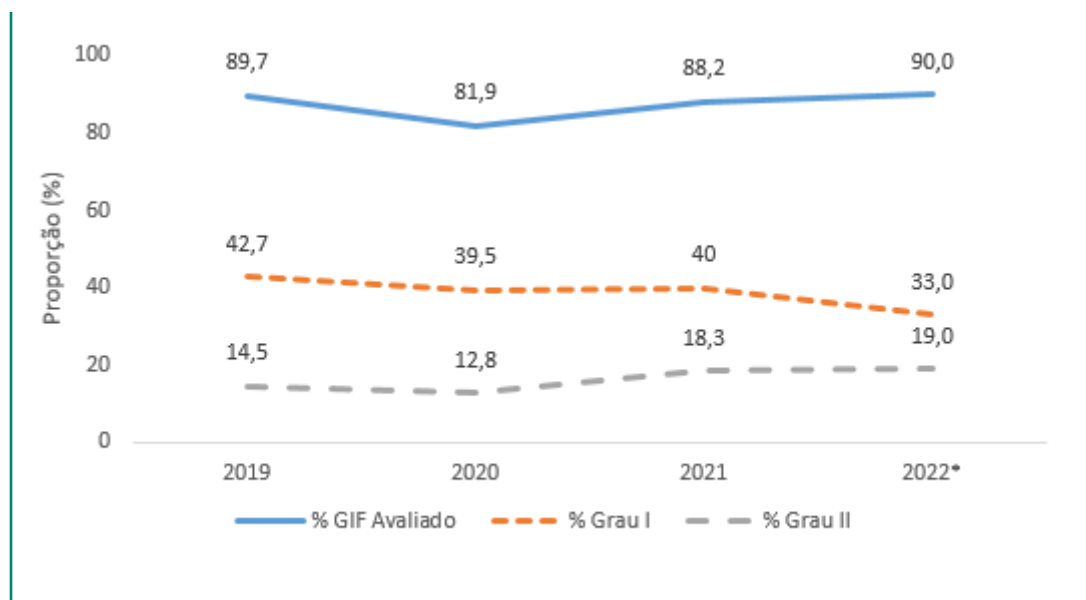
\*Dados preliminares até setembro de 2022. (eles já tem dados atuais HANSEN)

No período de 2019 a 2022 (mês de setembro), a distribuição da hanseníase por município de residência no estado de SC apresentou diferentes cenários epidemiológicos. Cerca de 61% dos municípios não registraram nenhum caso da doença nesse período. A maioria dos municípios notificantes registrou entre 1 e 10 casos, destacando-se os municípios de Joinville (65), Tigrinhos (28), Chapecó (25), Florianópolis (22) e Maravilha (17) com o maior número de casos novos diagnosticados. Os dados mostraram também que a população do sexo masculino (56%) e os grupos etários considerados em idade produtiva, entre 20 e 64 anos (75%), foram os mais afetados pela doença. Com relação à classificação clínica da hanseníase, a maioria dos casos novos diagnosticados no período, independente do ano, foram classificados como multibacilares, que é a forma mais contagiosa da doença e apresenta maior risco de desenvolver complicações, como as reações hansênicas e incapacidades físicas.

Um indicador relevante é a proporção de casos avaliados quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico, que mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde. O estado de SC apresentou redução na proporção, de 89,7% em 2019 para 88,2% em 2021, mantendo o resultado no parâmetro regular (75 a 89,9%). Por outro lado, a proporção de casos com grau 2 de incapacidade física (GIF 2), que mede a efetividade das atividades para a detecção precoce de casos, aumentou, passando de 14,5% em 2019 para 18,3% em 2021. Os dados parciais de 2022 indicam que, dos

90% de pacientes avaliados, 19% apresentaram GIF 2 no diagnóstico, mantendo o indicador no parâmetro alto ( $\geq 10\%$ ) em todo o período analisado. Esse resultado mostra a necessidade contínua de melhorar a detecção precoce de casos e de evitar a ocorrência de incapacidades físicas decorrentes da doença.

Figura 40 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 1 e 2 entre os casos avaliados no diagnóstico. Santa Catarina 2019 a 2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 26.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

A capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos contatos é fundamental para aumentar a detecção oportuna de casos de hanseníase na fase inicial da doença e prevenir complicações. Quando o indicador de proporção de contatos examinados entre os casos novos de hanseníase é igual ou superior a 90,0%, considera-se que a vigilância de contatos é boa; entre 75,0% e 89,9%, é regular; e quando menor que 75%, é precária. No período analisado, observou-se um resultado regular para o indicador de vigilância de contatos, com uma redução ao longo do período: em 2019, a proporção de contatos examinados foi de 88,7%, caindo para 78,5% em 2021. O resultado preliminar de 2022 apresentou uma proporção de 81,2%.

O percentual de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados, que mede a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta do paciente, é considerado bom quando é igual ou superior a 90,0%. O estado apresentou, em 2019, o

percentual de cura foi de 87,4%, caindo para 75,8% em 2021, mantendo-se no parâmetro regular. O resultado parcial de 2022 mostra uma situação ainda mais preocupante, com uma proporção de cura de 70,5%, classificado como precário. Esse resultado indica a necessidade de medidas para melhorar a adesão ao tratamento e garantir a eficácia dos serviços no cuidado aos pacientes diagnosticados com hanseníase.

A circulação endêmica do vírus do sarampo foi interrompida no estado no ano 2000, e desde então, tem havido apenas casos esporádicos importados. De 2001 a 2013, foram registrados 5 casos, todos relacionados a histórico de viagens internacionais, com identificação viral do genótipo D8, circulante no continente europeu. Após um período de 6 anos sem registros, no mês de fevereiro de 2019, foram registrados 3 casos em tripulantes de navio com bandeira de Malta, procedente do município de Santos, que ancorou no litoral catarinense. Graças às ações oportunas realizadas pelas equipes estaduais e municipais de vigilância epidemiológica, imunização e LACEN/SC, não ocorreram casos secundários. Após 90 dias sem novos registros e conforme as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde, o surto foi encerrado.

Entretanto, a partir de julho do mesmo ano (semana epidemiológica 29), iniciou-se um novo surto relacionado a indivíduos com histórico de residência e/ou deslocamento para outros estados do país (que apresentavam casos desde 2018). Esse surto perdurou por 37 semanas consecutivas, totalizando 411 casos confirmados. A distribuição geográfica dos casos ocorreu em 43 (14%) municípios catarinenses, com Florianópolis e Joinville (regiões litoral e norte) apresentando os maiores números de registros. Mas a maior incidência de casos foi registrada no município de Peritiba (região oeste) com 0,14 casos por 100.000 habitantes. Notavelmente, 94% dos casos ocorreram na zona urbana dos municípios.

O surto foi encerrado em abril de 2020, e desde então, até o mês de setembro de 2022, foram notificados 132 casos suspeitos, mas todos foram descartados pelo critério laboratorial. Isso demonstra a importância das ações de vigilância e controle realizadas pelas autoridades de saúde para prevenir e controlar surtos de sarampo no estado.

Em abril de 2015, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) declarou a região das Américas livre da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) devido às ações integradas de vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial e do Programa Nacional de Imunização. No Brasil, os últimos casos confirmados de rubéola foram registrados em 2008, incluindo 90 casos em SC. O último caso importado no país foi

confirmado em 2014, em um indivíduo proveniente das Filipinas. Apesar disso, a vigilância permanece ativa em SC, e no período de 2019 a 2022, foram notificados 132 casos suspeitos de rubéola, todos descartados após critérios laboratoriais.

A figura 41 apresenta a série histórica dos indicadores alcançados no estado, demonstrando o sucesso das ações de controle e vigilância para manter a eliminação da rubéola.

Figura 41 - Indicadores de qualidade de vigilância das doenças exantemáticas febris, sarampo e rubéola (imunização, vigilância e laboratório). Santa Catarina 2019 a 2022\*

INDICADOR	META	2019	2020	2021	2022
Taxa de notificação	≥ 2/100 mil hab	14,2	5,5	0,9	0,6
Homogeneidade da cobertura vacinal	70%	59	50	24	39
Notificação negativa	80%	88	85	85	87
Investigação oportuna	80%	90	90	98	96
Investigação adequada	80%	87	90	98	90
Coleta oportuna	80%	93	94	100	98
Envio oportuno	80%	99	99	98	100
Resultado oportuno em até 4 dias	80%	78	78	78	100
Encerramento por laboratório	100%	95	96	98	100

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 27.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

A análise situacional indica que a distribuição do número de casos confirmados de tétano acidental tem se mantido estável nos últimos anos em SC. Entre 2019 e 2022, os casos foram registrados em 32 municípios, com o município de Itajaí apresentando o maior número de casos (6), seguida por Florianópolis, Araranguá e Joinville, cada um com 5 casos.

Ao longo da série histórica, de 2019 a setembro de 2022, foram notificados 61 casos suspeitos, sendo 39 deles confirmados. A incidência da doença variou de 0,16 casos por 100.000 habitantes em 2019 a 0,06 casos por 100.000 habitantes em 2022. Além disso, ocorreram 13 óbitos. A taxa de letalidade apresentou variação significativa, passando de 25% em 2019 para 63,6% em 2021. Esse aumento na taxa de letalidade é preocupante, indicando possíveis dificuldades no diagnóstico precoce da doença ou demora na busca por atendimento médico.

Figura 42 - Casos confirmados, incidência por 100.000 habitantes e letalidade por tétano acidental. Santa Catarina 2019 a 2022\*.

ANO DA NOTIFICAÇÃO	Nº DE CASOS	INCIDÊNCIA	LETALIDADE %
2019	12	0,16	25
2020	11	0,15	27,2
2021	11	0,14	63,6
2022	5	0,06	0

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 28.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Ao classificar os casos de tétano acidental segundo a faixa etária, os registros indicam que a doença predominou na faixa etária de 50 a 64 anos, representando 43% dos casos no estado. Quanto à localização dos ferimentos, os membros inferiores foram os mais afetados, totalizando 79% dos casos. A possível causa desses ferimentos foi principalmente devido a perfurações, representando 61% dos casos, sendo os "pregos no pé" apontados. Com relação à situação vacinal dos casos confirmados, houve uma variação nos registros. Cerca de 28% dos casos referiram ter recebido pelo menos uma dose de vacina, enquanto 71% foram registrados como não vacinados ou nunca vacinados.

Durante o período analisado, foi observado um comportamento endêmico da coqueluche no Estado de SC, com uma significativa redução no número de casos confirmados. Esse cenário pode estar relacionado a vários fatores epidemiológicos, incluindo a diminuição geral da ocorrência da doença no país, a ausência de surtos, melhorias no diagnóstico laboratorial e a introdução da vacina dTpa em gestantes a partir de 2014. A implementação dessa vacina pode estar contribuindo para a queda no número de casos em crianças menores de 1 ano, que são particularmente vulneráveis à doença.

No período de 2019 a 2022, foram notificados 538 casos suspeitos, e destes, 49 (9%) foram confirmados. Felizmente, não houve registros de óbitos durante esse período avaliado. Os indicadores de qualidade mostraram-se satisfatórios, especialmente em relação à coleta de material para a realização de cultura, considerada o padrão-ouro para confirmar os casos, como evidenciado na figura 43.

Figura 43 - Indicadores de qualidade da vigilância da Coqueluche. Santa Catarina. 2019

a 2022\*.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS						INDICADORES OPERACIONAIS		
Ano da notificação	Nº de casos notificados	Nº de casos confirmados por faixa etária		Incidência % (100.000 hab)	Óbitos		Coleta de nasofaringe (%)	Encerramento oportuno (%)
		< 1 ano	≥ 1 ano		< 1 ano	≥ 1 ano		
2019	275	19	13	0,45	0	0	77	95
2020	64	2	5	0,08	0	0	75	79
2021	82	1	3	1,1	0	0	78	80
2022	117	2	4	0,02	0	0	83	90

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 29.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Desde o ano de 1984, o vírus da poliomielite não foi mais detectado em todo o território nacional, e em 1989, as Américas receberam a certificação de continente livre da doença. A partir desse momento, os países do continente americano se comprometeram a manter uma vigilância fortalecida para identificar prontamente qualquer possível reintrodução do vírus, além de garantir altas e uniformes coberturas vacinais contra a poliomielite. A eficácia dessa estratégia depende, principalmente, do acompanhamento de indicadores de qualidade e do cumprimento das metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os quais permitem avaliar a efetividade do sistema de vigilância.

Ao analisar os indicadores de vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) na figura 44, verifica-se que, no período de janeiro de 2019 até setembro de 2022, os objetivos relacionados à taxa de notificação não foram atingidos, especialmente durante os anos de pandemia, 2020 e 2021, quando somente sete casos por ano dos 14 pactuados foram notificados. Além disso, a meta estabelecida para a coleta oportuna de fezes também não foi alcançada no ano de 2019 e no período avaliado até 2022.

Figura 44 - Indicadores operacionais de vigilância da Paralisia Flácida Aguda/Pólio.

Santa Catarina, 2019 a 2022\*.

ANO	META	2019	2020	2021	2022*
Taxa de notificação	14/100.000hab.	100%	50%	50%	100%
Investigação oportuna	80%	86%	86%	100%	100%
Coleta oportuna	80%	71%	86%	86%	57%
Notificação semanal	80%	95%	92%	90%	95%

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 29.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

A meningite, no Brasil, é considerada uma doença endêmica, o que significa que casos da doença são esperados ao longo de todo o ano, podendo ocorrer surtos e epidemias esporádicas. No estado de SC, a situação geral das meningites durante o período avaliado encontra-se dentro do padrão esperado, sem ocorrência de surtos significativos. No entanto, é relevante mencionar que os anos de 2020 e 2021 foram marcados por restrições de mobilidade e uso de máscaras em toda a população, devido à pandemia de COVID-19, o que pode ter contribuído para a redução da incidência de todas as formas de meningite.

Durante o período avaliado, foram registrados casos de meningite em todas as regiões do estado, com uma maior concentração de incidência nas regiões de Joinville e Blumenau. Ao analisar os casos de meningite estratificados por sua etiologia, observou-se um perfil semelhante de incidência nos anos de 2019 até setembro de 2022. No entanto, ao avaliar a letalidade, constatou-se um aumento na taxa durante os anos de 2020 e 2021, especialmente nas meningites bacterianas e em outras etiologias, conforme demonstrado na figura 45.

Figura 45 - Incidência e letalidade das meningites, por etiologia. Santa Catarina, 2019 a



2022\*.

ETIOLOGIA	2019		2020		2021		2022	
	Incidência	Letalidade	Incidência	Letalidade	Incidência	Letalidade	Incidência	Letalidade
DM	0,7	28,3	0,1	12,5	0,2	8,3	0,3	14,3
MTBC	0,3	18,2	0,2	11,1	0,1	12,5	0,1	22,2
MB	1,5	16,8	0,9	20,0	1,1	20,7	0,9	13,6
MNE	1,9	2,9	0,7	7,7	0,7	16,0	0,8	6,7
MV	7,3	1,5	2,8	3,9	2,1	0,6	2,1	1,3
MOE	0,9	14,8	0,5	20,5	0,6	34,1	0,3	5,0
MH	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	20,0
MP	0,9	13,2	0,3	34,8	0,4	34,4	0,5	25,0
<b>Total</b>	<b>13,7</b>	<b>6,8</b>	<b>5,7</b>	<b>10,6</b>	<b>5,2</b>	<b>13,8</b>	<b>5,1</b>	<b>8,5</b>

DM: Doença meningocócica; MTBC: Meningite tuberculosa; MB: Meningite outras bactérias; MNE: Meningite não especificada; MV: Meningite viral; MOE: Meningite por outras etiologias; MH: Meningite por hemófilo; MP: Meningite pneumocócica.

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 30. \*Dados preliminares até setembro de 2022.

As arboviroses, são doenças causadas pelos “arbovírus”, ou seja, vírus transmitidos por insetos e aracnídeos. Fazem parte desse grupo, os vírus da dengue, zika, chikungunya e febre amarela.

A dengue é uma doença viral transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, que se propaga rapidamente pelo mundo. O vírus da dengue possui quatro sorotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4. Nos últimos anos, tem ocorrido um aumento na transmissão da dengue em todas as regiões de SC, influenciado por fatores como mudanças climáticas, crescimento urbano desordenado, falta de políticas abrangentes de saneamento e a disseminação do mosquito *Aedes aegypti* no estado.

Em 2019, foram notificados 7.447 casos de dengue em SC, dos quais 1.921 foram confirmados, sendo 1.711 casos autóctones (transmissão dentro do estado), 149 casos importados (transmissão fora do estado) e 61 casos indeterminados. Naquele ano, ocorreram epidemias em três municípios: Itapema, Camboriú e Porto Belo. Análises realizadas pelo LACEN/SC identificaram a circulação dos sorotipos DENV1 e DENV2. Foram encontrados 30.042 focos do mosquito *Aedes aegypti* em 187 municípios, sendo que 97 desses foram considerados infestados.

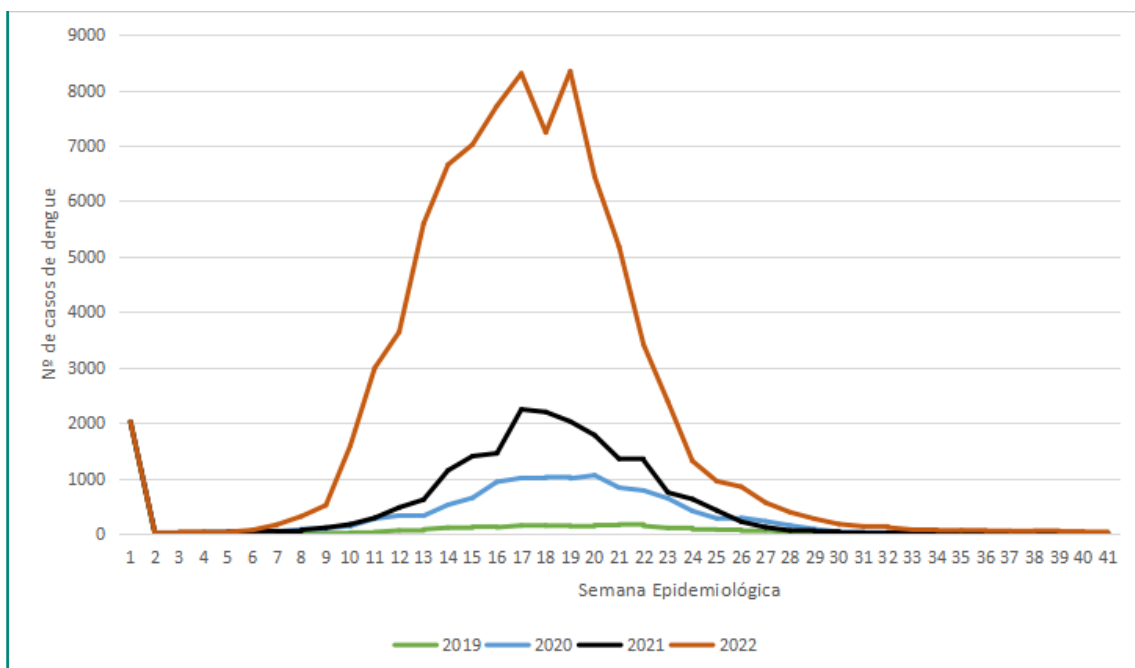
Em 2020, os casos de dengue aumentaram para 22.962 notificações no estado, com 11.376 confirmações, incluindo 10.947 casos autóctones, 176 casos importados e 253 casos indeterminados. A doença se espalhou por 53 municípios, com 11 deles

apresentando transmissão epidêmica. As análises do LACEN/SC mostraram a circulação dos sorotipos DENV1, DENV2 e DENV4. Foram identificados 40.389 focos do mosquito *Aedes aegypti* em 197 municípios, com 103 considerados infestados.

Já em 2021, houve um aumento significativo no número de casos de dengue, com 34.969 notificações em SC. Desses, 19.133 foram confirmados, incluindo 18.752 casos autóctones, 77 casos importados e 125 casos indeterminados. A doença se espalhou por 58 municípios, com 4 deles apresentando transmissão epidêmica. O LACEN/SC identificou a circulação dos sorotipos DENV1 e DENV2. Também foram registrados casos de dengue com sinais de alarme (150 casos) e casos graves (10 casos), além de 7 óbitos. Foram encontrados 60.460 focos do mosquito *Aedes aegypti* em 225 municípios, sendo 118 considerados infestados.

Em 2022, o cenário epidemiológico da dengue sofreu mudanças significativas e rápidas em comparação com os anos anteriores. Até setembro, foram confirmados 82.895 casos em 142 municípios, dos quais 76 atingiram o nível de epidemia. As análises realizadas pelo LACEN/SC identificaram a circulação dos sorotipos DENV1 e DENV2. A figura 46 ilustra as alterações no perfil epidemiológico, evidenciando o aumento acentuado de casos em 2022.

Figura 46 - Casos de dengue por semana epidemiológica do início dos sintomas. Santa Catarina, 2019 a 2022\*.

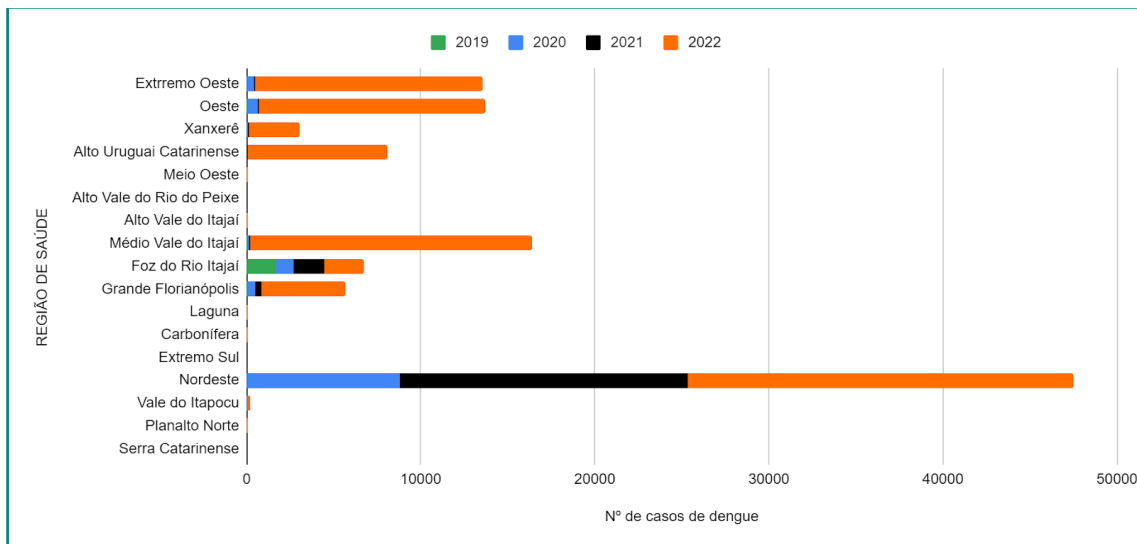


Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 37.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Já a figura 47 apresenta a distribuição dos casos nas 17 Regiões de Saúde, com destaque para o maior número de casos nas regiões do Extremo Oeste, Oeste, Xanxerê, Alto Uruguai Catarinense, Médio Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis e Nordeste.

Figura 47 - Casos de dengue, segundo Região de Saúde de residência. Santa Catarina, 2019 a 2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 37.  
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Até a semana epidemiológica 42/2022, foram notificados 1.475 casos de dengue com sinais de alarme e 94 casos de dengue grave no estado. Na figura 48 abaixo, pode-se observar a gravidade da doença entre os anos de 2019 e 2022.

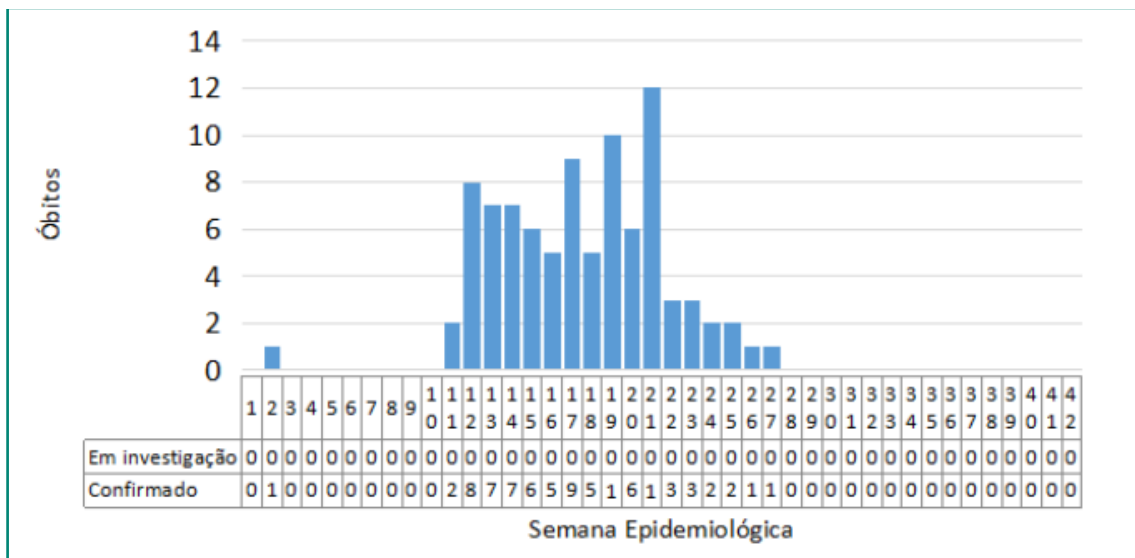
Figura 48 - Perfil dos casos de dengue quanto à classificação final. Santa Catarina, 2019 a 2022\*.

CLASSIFICAÇÃO	2019	2020	2021	2022
Dengue com sinais de alarme	5	96	150	1.475
Dengue Grave	-	-	10	94

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 38.  
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Além disso, infelizmente, 90 óbitos foram registrados devido à infecção pelo vírus da dengue, conforme demonstrado na figura 43, que apresenta a ocorrência desses óbitos por semana epidemiológica.

Figura 49 - Óbitos confirmados de dengue, e investigação, segundo semana epidemiológica da doença. Santa Catarina, 2022.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 38.  
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Em relação à chikungunya, em 2019 foram notificados 686 casos suspeitos no estado. Dentre esses, 39 casos foram confirmados pelo critério laboratorial, sendo 38 casos importados e 1 caso indeterminado. Nos anos de 2019 e 2020, não foram confirmados casos autóctones. Contudo, em 2021, foram confirmados 27 casos, e o estado registrou novamente 12 casos autóctones da doença, sendo 1 em Balneário Camboriú, 2 em Itajaí, 1 em Navegantes e 8 no município de Seara. Até setembro de 2022, foram confirmados 24 casos de chikungunya, sendo 3 autóctones, com distribuição em Florianópolis, Seara e Xaxim.

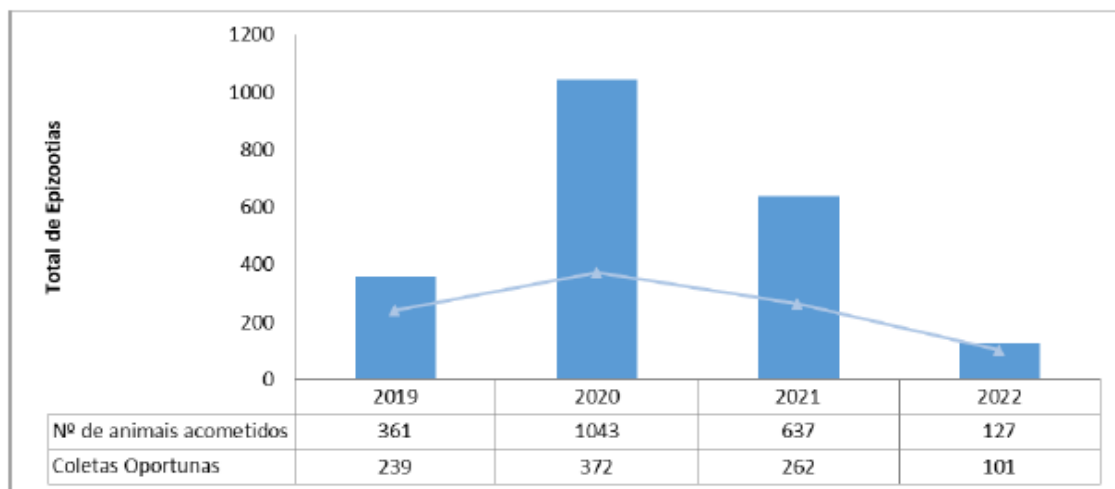
Em relação ao zika vírus (SCZ), o estado não registrou casos confirmados no período de 2019 a 2022. A infecção pelo SCZ durante a gravidez tem sido associada a complicações graves, como a microcefalia congênita, malformações fetais e perdas fetais. Dos 77 casos notificados em SC (2019-2022) com suspeita de infecção, 75 foram investigados com a realização de diagnóstico laboratorial para, pelo menos, um dos STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes) na gestação ou pós-parto imediato. Entre esses, 26 casos foram confirmados com alterações

neuroológicas, mas nenhum deles foi confirmado como sendo causado pelo zika vírus. É importante destacar que 40% dos casos suspeitos registrados no estado durante o período analisado provém da região de Foz do Rio Itajaí, com ênfase no município de Itajaí, devido à ativa vigilância e sensibilização das maternidades naquela região.

No ano de 2019 ocorreu a reintrodução da febre amarela no estado, que passou a registrar casos confirmados em primatas não humanos e casos humanos. Uma das principais atividades relacionadas ao monitoramento da doença é a vigilância de epizootias, que 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 amarílico no estado em áreas silvestres. No período de 2019 a 2022 foram registradas 2.168 epizootias em PNH com 975 coletas oportunas de vísceras (45%), sendo que em 358 foi detectada a presença do vírus amarílico.

Apesar da coleta oportuna ser de 45% no período analisado, no surto de Febre Amarela ocorrido no Sul do Brasil em 2019/2021 e mesmo com a intensificação das ações de sensibilização das equipes de vigilância junto à população de risco (rural e silvestre), verificou-se um aumento no número das notificações e uma queda na média das coletas em tempo oportuno. Isto ocorreu devido ao alto número de mortes em primatas em locais distantes e de difícil acesso, além da falta de recursos humanos capazes de atender todas as áreas simultaneamente (Figura 50).

Figura 50 - Número de coletas oportunas de vísceras em PNH. Santa Catarina, 2019 a 2022.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 50.

A maior demanda relacionada à notificação de adoecimento e mortes de PNH no estado de SC foram às regiões mais atingidas pelo deslocamento do vírus (pelos fragmentos de mata atlântica): Médio Vale do Itajaí, Nordeste, Norte, Alto Vale do Itajaí, Serra Catarinense e a Grande Florianópolis (Figura 51). Na Tabela também podem ser visualizadas as regiões com o maior número de notificações, embora a ocorrência da epizootia já seja considerada um evento sentinela.

Figura 51 - Número de notificações de epizootias de PNH e casos confirmados para Febre Amarela, por região de saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022\*.

REGIÕES DE SAÚDE	2019	2020	2021	2022	TOTAL	CONFIRMADAS
Extremo Oeste	0	6	9	6	21	1
Xanxerê	2	25	0	3	30	5
Oeste	4	0	5	3	12	0
Alto Uruguai Catarinense	2	5	2	0	9	0
Meio Oeste	5	3	46	0	54	4
Médio Vale do Itajaí	91	290	16	16	413	85
Grande Florianópolis	94	104	154	80	432	9
Laguna	11	11	81	0	103	18
Saúde Carbonífera	7	1	16	1	25	5
Extremo Sul Catarinense	4	2	0	4	10	0
Alto Vale do Rio do Peixe	14	21	41	0	76	9
Foz do Rio Itajaí	1	28	0	0	29	2
Alto Vale do Itajaí	20	109	5	1	135	31
Nordeste	57	26	12	13	108	9
Planalto Norte	32	387	5	0	424	91
Serra Catarinense	17	25	244	0	286	89
<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>1.043</b>	<b>637</b>	<b>127</b>	<b>2.168</b>	<b>358</b>

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 51.

\*Dados preliminares até outubro de 2022.

É possível verificar que algumas Regiões de Saúde antes “silenciosas” passaram a notificar epizootias a partir do ano de 2019. Considerando a entrada do vírus da febre amarela em território catarinense e a importância do monitoramento da presença deste, 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 para que o tempo entre a ocorrência do óbito e a realização dos

procedimentos da coleta de vísceras ocorra, idealmente, em até 24 horas. Dessa forma, todas as regiões de saúde do Estado estão estruturadas com Kits de necropsia e com profissionais capacitados para a coleta de vísceras em tempo oportuno.

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 2019 a 2022, foram notificados 416 casos humanos suspeitos. Destes, 28 foram confirmados com a doença (27 autóctones, e 1 importado). No ano de 2019 foram confirmados 2 casos humanos (com 100% de letalidade), em 2020, 17 casos humanos (12% de letalidade) e em 2021, 8 casos humanos (38% de letalidade). O caso confirmado no ano de 2022 evoluiu para óbito, sendo considerado importado.

Quanto à sensibilidade da rede para detectar casos humanos suspeitos de Febre Amarela, as Regiões de Saúde que mais notificaram entre os anos de 2019 e 2022 foram: Serra Catarinense, Nordeste, Médio Vale do Itajaí, Planalto Norte e Grande Florianópolis. Isso pode estar associado à confirmação da presença do vírus em PNH, que reforça a suspeita da doença pelos profissionais de saúde (Figura 52).

Figura 52 - Total de casos humanos suspeitos de Febre Amarela notificados e

confirmados, por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 a 2022#

REGIÕES DE SAÚDE	CASOS SUSPEITOS NOTIFICADOS				TOTAL	CASOS CONFIRMADOS
	2019	2020	2021	2022		
Extremo Oeste	0	3	0	0	3	0
Extremo Sul Catarinense	0	1	0	0	1	0
Xanxerê	2	2	1	1	6	0
Alto Uruguai Catarinense	0	0	0	0	0	0
Alto Vale do Rio do Peixe	5	1	3	3	12	0
Laguna	1	4	4*	1	10	1
Serra Catarinense	3	1	3	2	9	0
Alto Vale do Itajaí	2	9	4*	1	16	1
Meio Oeste	0	0	1	0	1	0
Oeste	2	0	0	0	2	0
Saúde Carbonífera	1	1	3	8	13	0
Nordeste	13*	21*	9	6	49	2
Foz do Rio Itajaí	13	41*	23	10*	87	2**
Médio Vale do Itajaí	8	57*	11*	15	91	14
Planalto Norte	8*	28*	6	3	45	2
Grande Florianópolis	6	12	26*	16	60	5
Outros Estados	0	1	0	10	11	1
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>182</b>	<b>94</b>	<b>76</b>	<b>416</b>	<b>28</b>

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 52.

#Dados preliminares até outubro de 2022.

\* Anos com casos confirmados.

\*\* 1 caso importado.

### >>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:

O aumento da incidência e morbimortalidade por arboviroses é uma preocupação crescente na saúde pública de SC. Essas doenças transmitidas por mosquitos, como dengue, zika e chikungunya, têm se expandido, resultando em mais casos e impactos na população. A prevenção, através do controle de vetores e educação, é crucial para mitigar o avanço dessas infecções e proteger a saúde das comunidades.

A vigilância do vírus da gripe (influenza) no Brasil é realizada por meio de uma rede composta por Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e pela vigilância universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos. O objetivo principal da vigilância sentinela de SG é identificar e monitorar o



comportamento dos vírus circulantes, permitindo um alerta precoce ao sistema de vigilância.

Em SC, as Unidades Sentinelas de SG estão distribuídas nos municípios de Chapecó, Concórdia, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba, Joinville e São José, sendo que cada unidade faz o envio de 5 amostras de secreção nasofaríngea semanalmente. Durante o período de 2019 até setembro de 2022, foram processadas 3.583 amostras, das quais 270 foram positivas para o vírus da influenza A, com o vírus H3N2 predominante, e 53 para o vírus B. Além disso, foram identificados outros vírus, como o SARS-CoV-2 (751 amostras positivas), Metapneumovirus (66 amostras), Parainfluenza 3 (59 amostras), Vírus Sincicial Respiratório (VRS - 37 amostras), Adenovírus (27 amostras), Parainfluenza 1 (11 amostras), Parainfluenza 2 (9 amostras) e Bocavírus (5 amostras).

Desde a pandemia de COVID-19, a vigilância de SRAG se tornou universal, o que significa que todos os casos de SRAG devem ser obrigatoriamente notificados. No estado, ao analisar os dados do sistema SIVEP-GRIPE no período de 2019 a 2022, foram confirmados 1.024 casos de SRAG por influenza. A circulação do vírus Influenza H1N1 prevaleceu, apresentando o maior número de registros e a maior taxa de letalidade, conforme demonstrado na figura 53.

Figura 53 - Número de casos, óbitos e letalidade de SRAG por Influenza, segundo classificação final. Santa Catarina, 2019 - 2022\*.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	Nº DE CASOS CONFIRMADOS	Nº DE ÓBITOS	LETALIDADE %
Influenza H3N2	385	47	12,2
Influenza H1N1	381	80	20,9
Influenza B	74	3	4
Influenza A não subtipado	184	27	14,6

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 31.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

Do total de casos positivos para Influenza, foram registrados 157 óbitos, o que representa 15,3% do total de casos positivos. Dentre esses óbitos, 80 (50,9%) foram causados pelo vírus H1N1, 47 (29,9%) pelo vírus H3N2, 27 (17,1%) pelo vírus A não subtipado e 3 (1,9%) pelo vírus B. É importante notar que, dos 157 óbitos, 20 (14%) das vítimas estavam vacinadas contra o vírus da Influenza. No que se refere à distribuição

geográfica dos casos confirmados de SRAG por influenza no período, as regiões de Florianópolis, Blumenau, Lages e Itajaí concentraram o maior número de ocorrências.

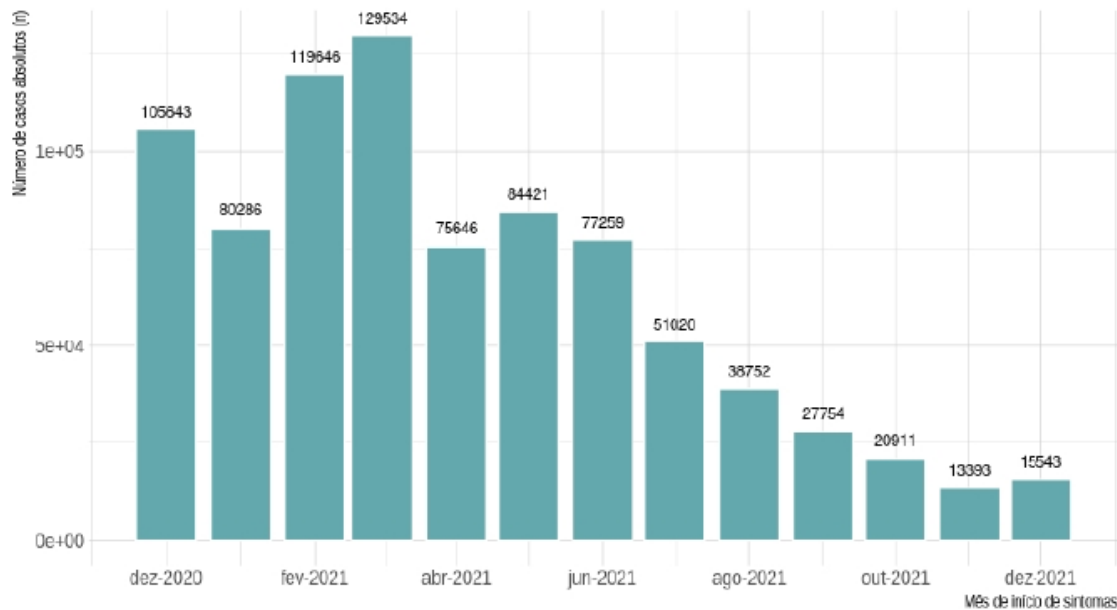
A pandemia recente de COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, trouxe grandes repercussões nacionais e mundiais. No estado, o primeiro caso suspeito foi comunicado em fevereiro de 2020, seguido pelo registro do primeiro óbito trinta dias depois. Em março do mesmo ano, foi declarada situação de emergência em todo o território de SC, através do Decreto Nº 515, levando à implementação do regime de quarentena que afetou diversos serviços e atividades. Ainda em março do mesmo ano o COES (Centro de Operações e Emergências em Saúde) foi estabelecido, atuando como órgão central do Poder Executivo para coordenar tecnicamente as ações necessárias para enfrentar a pandemia, conforme especificado no Decreto nº 525.

No estado, os casos de COVID-19 apresentaram variações, com um pico notável nos meses de outubro e novembro de 2020, seguido por uma persistente presença nos primeiros meses de 2021. Essa tendência mostrou uma correlação direta com o aumento significativo do número de óbitos. Durante esse período, houve um auge nos casos confirmados, atingindo 148.199 notificações em novembro de 2020, representando uma taxa de incidência de 2.019 casos por 100 mil habitantes. Nesse cenário, SC ascendeu ao quarto lugar entre os estados brasileiros com a maior taxa de incidência, superada apenas por Roraima, Distrito Federal e Amapá.

A variante P1 do vírus foi detectada no estado em janeiro de 2021, o que se refletiu em um aumento dos casos nos meses subsequentes, especialmente em fevereiro e março do mesmo ano.

Figura 54 - Número de casos confirmados de COVID-19, segundo o mês de início de

sintomas. Santa Catarina, 2021.



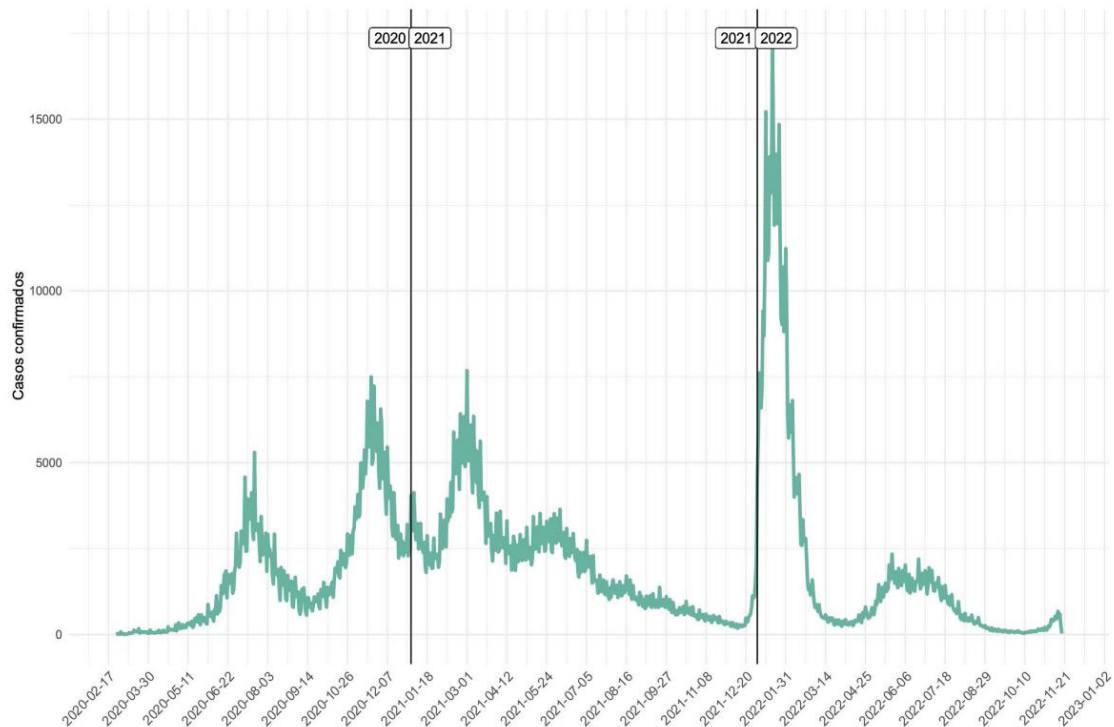
Fonte: SES/DIVE, 2023.

Em janeiro de 2021, o Ministério da Saúde implementou a campanha de vacinação contra a COVID-19 em todo o Brasil, com o objetivo de conter a propagação da doença. Contudo, durante o período de aumento de mortes, a vacinação estava apenas começando no estado, sendo direcionada principalmente aos grupos de risco e, conseqüentemente, abrangendo uma parte limitada da população. À medida que a imunização avançou, os indicadores relacionados à COVID-19 começaram a declinar consistentemente ao longo dos meses seguintes de 2021.

Apesar da circulação da variante Delta no estado, nos últimos meses de 2021 testemunharam os índices mais baixos de internações e óbitos por COVID-19 ao longo do ano, refletindo o aumento da cobertura vacinal. Durante esse período, aproximadamente 70% da população já havia sido imunizada.

Figura 55 - Número de óbitos confirmados de COVID-19, segundo o mês de ocorrência.

Santa Catarina, 2020 - 2022.



Fonte: Dive, 2023.

A doença Monkeypox é uma zoonose acidental causada pelo vírus da varíola dos macacos, com infecção em humanos. A transmissão ocorre através de gotículas expelidas ou contato com lesões ou materiais contaminados. O período de incubação varia de 5 a 21 dias. Os sintomas, que podem durar de 14 a 21 dias, podem ser leves ou graves, incluindo lesões cutâneas pruriginosas ou dolorosas.

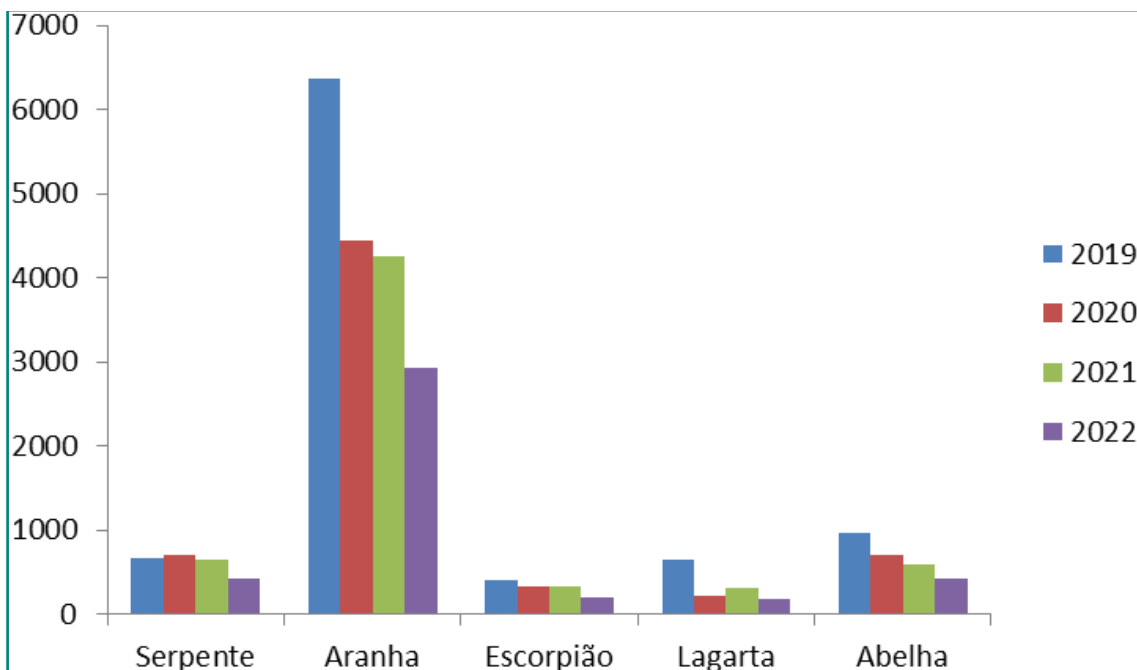
No mês de maio de 2022, o estado registrou o primeiro caso suspeito de Monkeypox. Posteriormente, em julho do mesmo ano, foi confirmado o primeiro caso de Monkeypox, envolvendo um paciente com histórico de viagem para países afetados pelo surto até então. Além disso, também em julho de 2022, foi confirmado o primeiro caso da doença que não tinha ligação epidemiológica com viagens para áreas de transmissão.

No período de maio a dezembro de 2022, foram notificados no estado 2.094 casos suspeitos de Monkeypox. Desses, 434 foram confirmados, 37 considerados prováveis e 1.623 descartados. Os casos confirmados se concentraram em 33 municípios catarinenses, com o registro de um óbito no município de Balneário Camboriú, em novembro de 2022. A maioria dos casos confirmados ocorreu em indivíduos do sexo masculino (94%), com idade entre 18 e 39 anos (82,1%). Os principais sintomas incluíram lesões na pele, febre, cefaléia, mialgia, astenia, aumento dos gânglios linfáticos e dor de garganta.

Os acidentes causados por animais peçonhentos são registrados e tratados de acordo com o tipo de acidente e a espécie do animal envolvido. Entre essas espécies peçonhentas estão as abelhas, escorpiões, aranhas (loxosceles, fonêutricas e outras aranhas), lagartas (Lonomia e outras) e serpentes (botrópicas, crotálicas, elapídicas e não peçonhentas).

Durante o período de 2019 a outubro de 2022, foram notificadas 28.854 ocorrências de acidentes por animais peçonhentos em SC. Dessa quantidade, aproximadamente 67% dos casos foram relacionados a acidentes com aranhas, 10% com abelhas, 9,2% com serpentes, 5,1% com lagartas e 4,8% com escorpiões. É relevante mencionar que no ano de 2020, o início da pandemia de COVID-19, houve uma redução significativa de 31% no número de notificações de acidentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em comparação com o ano de 2019. Essa tendência de redução permaneceu nos anos seguintes, conforme evidenciado na figura 56.

Figura 56 - Número de acidentes por animais peçonhentos. Santa Catarina, 2019-2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 39.  
\*Dados preliminares até outubro de 2022.

Foram registradas 2.666 notificações de acidentes por abelha no estado, entre os anos de 2019 e outubro de 2022. A maioria dos acidentes ocorreu no sexo masculino, na faixa etária de 20 a 39 anos, em zona urbana. O local da picada foi principalmente na cabeça, com tempo entre picada e atendimento de até uma (1) hora e classificação leve.

Os casos evoluíram principalmente para cura, com ocorrência de cinco (5) óbitos no período.

Em relação às aranhas durante o mesmo período foram notificados 17.979 acidentes: 5.249 foram pelo gênero *Loxosceles* (aranha marrom) e 2.721 pelo gênero *Phoneutria* (aranha armadeira). A maioria dos acidentes loxoscélicos ocorreu no sexo feminino, na faixa etária de 20 a 39 anos, em zona urbana, afetando membros inferiores e o tempo entre picada e atendimento foi de 24 horas ou mais. Dos acidentes fonêutricos, a maioria ocorreu no sexo masculino, na faixa etária de 40 a 59 anos, em zona rural, afetando os membros inferiores e o tempo entre picada e atendimento foi de uma (1) hora. Os dois tipos de acidente foram classificados principalmente como leves. Na maioria dos casos não houve indicação de soroterapia e a principal evolução observada foi a cura, sendo registrado um (1) óbito nesse período associado a acidente com *Loxosceles*.

Já as notificações de acidentes por escorpiões foram de 1.283 casos no período de 2019 a setembro de 2022. A maioria dos acidentes ocorreu entre pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 39 anos, em zona urbana, tendo a mão como local de picada. O tempo entre picada e o atendimento foi de até uma (1) hora, com maioria de classificação leve, sem indicação de soroterapia e evolução para cura em 100% dos casos, logo, sem registro de óbitos no período.

Nos acidentes com lagartas, das 1.363 notificações, 250 foram pela lagarta do gênero *Lonomia* e 1.037 por outra lagarta, com redução nos acidentes no período de 2019 a outubro de 2022. A maioria dos acidentes ocorreu entre pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 40 a 59 anos, em zona rural e tendo a mão como local de contato. A maioria dos casos levou até uma (1) hora entre o contato com a lagarta e o atendimento, tiveram classificação leve, sem indicação de soroterapia e com evolução para cura. Ocorreu o registro de um (1) óbito no período causado pela lagarta *Lonomia*.

Sobre os acidentes causados por serpentes, foram notificadas 2.459 ocorrências: 1.915 causadas pelo gênero botrópico, 22 crotálicos e 39 elapídicos. A maioria dos acidentes ocorreu entre pessoas do sexo masculino, em área rural e sendo o pé o local da picada. A faixa etária mais acometida por *Micrurus* foi de 20 a 59 anos e a mais acometida por *Bothrops* e *Crotalus* foi de 40 a 59 anos. O tempo entre a picada e o atendimento nos casos de Botrópicos e Elapídicos foi de até uma (1) hora, já dos casos de crotálicos, de uma (1) a três (3) horas. Os casos apresentaram-se leves, com indicação de soroterapia e

a evolução mais presente foi a cura. No período analisado, ocorreram sete (7) óbitos por acidentes com Bothrops.

Com relação à leptospirose, entre 2019 e 2022, foram confirmados 707 casos, com variação na taxa de incidência de 2,0 a 4,0 casos por 100.000 habitantes (Figura 51). O ano de 2019 apresentou a incidência mais elevada, possivelmente em decorrência das fortes chuvas e enchentes que ocorreram naquele ano. Algumas regiões destacam-se por apresentarem uma elevada incidência em relação às demais e então uma queda, como o Extremo Oeste e o Extremo Sul Catarinense, ambas com incidência acima de 8,0 em 2019 e chegando a 1,6 e 1,0 em 2022, respectivamente. Quanto à letalidade, destaca-se o Nordeste, com uma letalidade que chegou a 18,8 em 2021 e o Alto Uruguai Catarinense, o qual passou de 0,0 em 2019, 2020 e 2021 para 33,3 em 2022 (Figura 57). É necessário ressaltar o aumento da letalidade da doença no período, demandando capacitação das equipes de assistência para a suspeição e manejo clínico dos casos.

Figura 57 - Número de casos, incidência (por 100.000 hab.) e letalidade de leptospirose,

segundo regiões de saúde. Santa Catarina, 2019-2022\*.

REGIÕES DE SAÚDE	2019			2020			2021			2022		
	Conf.	Inc.	Let.	Conf.	Inc.	Let.	Conf.	Inc.	Let.	Conf.	Inc.	Let.
Extremo Oeste	16	8,8	0	5	2,8	0	9	4,9	0	3	1,6	0
Oeste	16	3,5	0	12	2,6	0	2	0,4	0	3	0,7	0
Xanxerê	3	1,8	0	2	1,2	0	0	0	0	1	0,6	0
Alto Vale do Itajaí	10	3,4	0	13	4,3	0	6	2	0	4	1,3	25
Foz do Rio Itajaí	22	3,1	4,5	12	1,6	0	13	1,7	23	7	0,9	14,3
Médio Vale do Itajaí	20	2,5	5	17	2,1	5,9	21	2,6	9,5	22	2,7	13,6
Grande Florianópolis	61	5	4,9	31	2,5	0	45	3,6	2,2	22	1,8	4,5
Meio Oeste	3	1,6	0	0	0	0	2	1	0	2	1	0
Alto V. do Rio do Peixe	1	0,3	0	2	0,7	50	0	0	0	0	0,3	0
Alto Urug. Catarinense	13	9	0	4	2,8	0	2	1,4	0	3	2,1	33,3
Nordeste	37	5,1	2,7	17	2,3	5,9	16	2,1	18,8	18	2,4	5,6
Planalto Norte	4	1,1	0	3	0,8	0	3	0,8	0	2	0,8	0
Serra Catarinense	3	1	0	0	0	0	0	0	0	6	2,4	0
Extremo Sul Catarinense	17	8,4	5,9	1	0,5	0	2	1	0	2	1	0
Carbonífera	15	3,4	0	4	0,9	0	5	1,1	0	8	1,8	0
Laguna	19	5,2	0	12	3,2	0	10	2,7	10	6	1,9	16,7
Vale do Itapocu	29	9,4	6,9	11	3,5	0	17	5,3	5,9	10	3,1	0
<b>Total</b>	<b>289</b>	<b>4</b>	<b>2,1</b>	<b>146</b>	<b>2</b>	<b>3,6</b>	<b>153</b>	<b>2,1</b>	<b>4</b>	<b>119</b>	<b>1,7</b>	<b>6,6</b>

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 45.

\*Dados preliminares até outubro de 2022.

Dentre os casos confirmados, observamos maior frequência em pessoas do sexo masculino (87,6%), na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade (56,8%), ou seja, homens em idade laboral. Logo, pode-se inferir que a ocorrência de leptospirose causa também um ônus econômico e social. A maior parte dos casos ocorreu em área urbana (cerca de 70%), com um incremento de casos na área rural de 20,7% para 22,9% no período. As situações mais frequentes de exposição a risco foram “sinais de roedores” (>60%), seguido por “água/rio/córrego” (43,7%), “criação de animais” (35,4%), “roedores diretamente” (29,9%), “lixo” (29,4%), e por fim “água/lama/enchente”, com 27,5%.

A leptospirose é uma doença relacionada a períodos de alta pluviosidade, enfrentando a análise dos dados mostra que a exposição foi maior a “sinais de roedores” e “criação de animais” do que propriamente a “água/lama/enchente”. A presença de “lixo” e “roedores” (tanto sinais quanto diretamente) levanta a possibilidade de ocorrência da



doença em pessoas de baixa renda, sem acesso a moradia com infraestrutura de saneamento e coleta de resíduos sólidos. Logo, pode-se inferir que a leptospirose tem em seu escopo um forte componente social, que demanda uma resposta que envolva outros setores além da saúde.

Os acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva são um dos agravos com o maior número de notificações no Estado, com registro de mais de 20 mil atendimentos ao ano. Dos 86.450 acidentes notificados no período, em 77% foi possível realizar a observação do animal, em 13% foi utilizado apenas vacina na profilaxia pós-exposição e somente em 6% foi utilizado o esquema de soro antirrábico e vacina. Importante ressaltar que no período de 2019 a 2022 ocorreu um desabastecimento do soro antirrábico, fornecido pelo Ministério da Saúde, demandando orientação e capacitação da rede para seguir o protocolo de atendimento antirrábico estabelecido no Guia de Vigilância em Saúde, que passou por constantes atualizações no período.

A região de saúde onde mais ocorrem acidentes é a Grande Florianópolis, seguida pela Foz do Rio Itajaí (figura 56). Há equilíbrio entre os sexos, 50,3% masculino e 49,7% feminino, sendo a faixa etária mais afetada a de 20-64 anos. Quanto aos animais envolvidos, os cães são os responsáveis pela grande maioria dos acidentes em todas as regiões de saúde (85%), seguidos pelos gatos (11%). Os acidentes com quirópteros representaram menos de 1% dos acidentes notificados.

Importante ressaltar que no ano de 2019, após 38 anos, SC registrou um caso de raiva humana autóctone em Gravatal, no sul do estado. Uma mulher foi mordida por um gato na mão e não procurou atendimento médico para realização da profilaxia antirrábica humana. O animal tinha se infectado com a variante 3 de morcegos hematófagos. O último registro em cães foi em 2016, no município de Jaborá, no meio oeste catarinense, com envolvimento desse animal doméstico com morcegos (variante 3 – morcego hematófago). O estado não realiza campanhas de vacinação para cães e gatos por ser considerada área controlada para raiva no ciclo urbano (não apresenta circulação de vírus rábico em cães e gatos “variante canina”).

Figura 58 - Número de acidentes por animal potencialmente transmissor de raiva e

incidência (por 100 mil hab.) segundo regiões de saúde. Santa Catarina, 2019-2022\*.

REGIÕES DE SAÚDE	2019		2020		2021		2022	
	n	Inc.	n	Inc.	n	Inc.	n	Inc.
Extremo Oeste	531	292,5	439	241,5	438	240,7	293	161
Oeste	1.568	346	1.427	312	1.468	318,1	1.145	248,1
Xanxerê	685	418,4	525	318,9	566	341,9	476	287,5
Alto Vale do Itajaí	695	233,4	607	202,1	618	204	616	203,4
Foz do Rio Itajaí	3.009	420,6	2.425	331,4	2.438	326,1	2.181	291,7
Médio Vale do Itajaí	2.825	355,2	2.377	294,2	2.540	309,6	1.915	233,4
Grande Florianópolis	3.932	325	2.689	218,7	2.931	234,8	1.871	149,9
Meio Oeste	739	384,2	602	311,3	519	267	389	200,1
Alto Vale Rio do Peixe	1.112	377,1	895	301,7	936	313,8	603	202,1
Alto Uruguai Catarinense	502	349,3	360	249,8	342	236,8	362	250,6
Nordeste	2.591	354,5	2.162	291,5	2.031	270	1.343	178,5
Planalto Norte	1.453	383,3	1.259	330,3	1.141	297,8	929	242,5
Serra Catarinense	1.114	386,6	710	246,7	648	225,4	573	199,3
Extremo Sul	789	389,9	701	343	684	331,5	707	342,6
Carbonífera	2.171	495,5	1.636	369,7	1.828	409	1.413	316,2
Laguna	2.101	569,8	1.444	388,4	1.724	460,1	1.445	385,6
Vale do Itapocu	1.049	338,8	823	260,6	749	232,7	641	199,1
<b>Total</b>	<b>26.866</b>	<b>375</b>	<b>21.081</b>	<b>290,7</b>	<b>21.601</b>	<b>294,4</b>	<b>16.902</b>	<b>230,3</b>

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 45.

\*Dados preliminares até outubro de 2022.

Outro ponto de alerta para a vigilância da raiva no Estado, é que desde setembro de 2016 não existe laboratório habilitado na Secretaria de Estado de Saúde em SC para realização de diagnóstico de raiva animal proveniente de área urbana. Em janeiro de 2018 o LACEN/SC passou a receber e armazenar as amostras. A partir de junho de 2019, a Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina (CIDASC) passou a realizar o diagnóstico de raiva de dez (10) amostras por mês. Esse número foi ampliado para quinze (15) amostras por mês a partir de fevereiro de 2020. Desses animais analisados, todos quirópteros, sete tiveram resultados positivos para raiva, dois em Joinville, quatro em Florianópolis e um em Águas de Chapecó.

A vigilância epidemiológica monitora diversas doenças transmitidas por água ou alimento (DTHA), como por exemplo, botulismo, cólera, doença de Creutzfeldt-Jakob

(DCJ), doença diarreica aguda, febre tifóide, rotavírus, toxoplasmose gestacional, toxoplasmose congênita.

Os surtos de DTHA são identificados quando uma ou mais pessoas apresentam sintomas similares, geralmente decorrentes de uma fonte comum ou contato fecal-oral com pessoas doentes. Em casos de patógenos altamente virulentos, um único caso pode ser considerado um surto.

Figura 59 - Número de casos suspeitos notificados de DTHA, por agravo, Santa Catarina, 2019 a 2022\*.

DTHA	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Botulismo	1	4	0	0	5
DCJ	7	11	8	4	30
Febre Tifóide	2	2	0	1	5
Rotavírus	74	28	125	62	289
Surto DTHA	229	105	232	182	748
Surto Toxoplasmose	0	0	0	1	1
Toxoplasmose Congênita	181	191	276	208	856
Toxoplasmose Gestacional	489	480	495	389	1.853
<b>Total</b>	<b>983</b>	<b>821</b>	<b>1.136</b>	<b>847</b>	<b>3.787</b>

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 32.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

A subnotificação ou notificação tardia das DTHA e dos surtos é um desafio constante que precisa ser avaliado com atenção. A figura 53 apresenta o número de casos suspeitos de diferentes doenças entre os anos de 2019 e setembro de 2022, totalizando 3.787 notificações. Nota-se que os surtos de DTHA representaram 19,75% das notificações. Já o Botulismo (0,13%) e a Febre Tifóide (0,13%) apresentaram o menor número de casos suspeitos notificados, que posteriormente foram descartados.

A DCJ representa 0,79% dos casos notificados e permanece classificada como caso provável devido à necessidade de uma série de exames para confirmar a suspeita, os quais não estão disponíveis na rede. Por outro lado, a toxoplasmose gestacional (48,93%) e a toxoplasmose congênita (22,66%) foram os agravos com maior número de notificações. Isso pode estar relacionado à maior sensibilidade na detecção de casos, uma vez que o exame é realizado durante o pré-natal, permitindo a notificação e o acompanhamento adequado dos casos.

A Brucelose Humana é uma doença identificada a partir dos casos de Brucelose bovina informados pela CIDASC à Secretarias Municipais de Saúde. A vigilância epidemiológica municipal inicia o processo de investigação para identificar os casos humanos, com base no Protocolo Estadual de Vigilância da Brucelose em SC desde 2012.

No período compreendido entre 2019 e 2022, foram notificados 1.136 casos, sendo 208 (18,3%) casos confirmados (SINAN). A incidência de casos confirmados é muito baixa e sem ocorrência de óbitos. Foram dispensados pela SES no período 177 tratamentos para a doença no Estado. A faixa etária mais acometida corresponde à faixa etária de 20 a 59 anos (82,2%), a zona predominante de ocorrência é a rural (79,1%) e os casos se dão tanto por contato ocupacional, quanto por ingestão de laticínios sem pasteurização. Quanto ao sexo, o masculino é o mais acometido, com 64,9% dos casos, e feminino com 35,1%.

Foram notificados 617 casos suspeitos de Febre Maculosa Brasileira (FMB) no estado entre 2019 e 2022. Desses, 165 (26,7%) tiveram confirmação do diagnóstico através de exame laboratorial. Dos casos confirmados, 128 (77,5%) foram autóctones dos municípios de residência e evoluíram para cura. A ocorrência mais frequente é na área rural (48,4%), predominando o sexo masculino (60,6%) e acometendo principalmente pessoas em idade produtiva (20-59) que somadas correspondem (71,5%) dos casos.

O registro de casos coincide com as épocas do ano de maior atividade dos carrapatos, ou seja, de setembro a fevereiro, sendo os meses de outubro, janeiro e fevereiro os com maior número de casos confirmados. Os casos confirmados ocorreram em 9 das 17 Regiões de Saúde, sendo que as maiores incidências foram no Médio Vale do Itajaí e Vale do Itapocu. As regiões do Extremo Oeste, Serra Catarinense, Extremo Sul, Laguna, Planalto Norte, Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe e Alto Uruguai Catarinense não registraram casos confirmados. No ano de 2021, foi criado e implantado um formulário de investigação online para acompanhamento dos casos, qualificando o processo de monitoramento da doença.

A Doença de Lyme é caracterizada como um agravo inusitado, sendo uma infecção provocada por um tipo de bactéria transmitida por carrapato, portanto de notificação compulsória e investigação obrigatória. Foram notificados e investigados 249 casos da doença, com 51 (20,4%) casos com confirmação laboratorial, sendo que 70,5% são casos autóctones do município de residência. A ocorrência dos casos possui maior

predominância no sexo masculino (52,9%) e acomete principalmente pessoas em idade produtiva (20-59) que correspondem a 74,5% dos casos.

A vigilância e o controle da Teníase e Cisticercose foi instituída no Estado de SC devido à necessidade de constante aperfeiçoamento das ações de prevenção e promoção à saúde. Foram notificados e investigados 27 casos de Cisticercose em pessoas residentes nos municípios do estado. Desses, 20 (74%) foram confirmados. Em relação à confirmação, 18 (90%) ocorreram por critério laboratorial. A Cisticercose ocorreu com maior frequência na área urbana (55%), com paridade da doença entre os sexos, acometendo principalmente pessoas com idade entre 20 e 59 (70%). Os casos ocorreram nas regiões de saúde: Meio Oeste (07), Serra Catarinense (04), Foz do Rio Itajaí (02), Xanxerê (01), Alto Vale do Itajaí (01), Alto Vale do Rio do Peixe (01), Alto Uruguai Catarinense (01), Planalto Norte (01), Carbonífera (01) e Grande Florianópolis (01). Algumas regiões de saúde não apresentaram casos no período avaliado. Quanto à teníase, é realizada liberação de medicação para tratamento e bloqueio de foco, sendo utilizado o Praziquantel 600mg, dose única. Foram distribuídos no período 2.117 comprimidos para as 17 regiões de saúde para bloqueio de foco.

A hantavirose é uma zoonose viral aguda, cuja infecção em humanos, no Brasil, se apresenta na forma da Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus. Na América do Sul, foi observado importante comprometimento cardíaco, passando a ser denominada de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus (SCPH). Em SC, foram confirmados 42 casos da doença no período de 2019 a setembro de 2022, em dez (10) Regiões de Saúde. As maiores incidências ocorreram nas regiões de saúde do Alto Uruguai Catarinense e Meio Oeste, ambas com picos de 2,1 em 2019.

No período de 2019 a 2022, o estado de SC registrou 571 casos suspeitos de malária, sendo que 120 foram confirmados pelo critério laboratorial. A maioria dos casos notificados esteve concentrada nas regiões de saúde da Grande Florianópolis, Médio Vale do Itajaí, Nordeste e Foz do Rio Itajaí. Dos 120 casos de malária confirmados no período, a maioria foi causada pelo *Plasmodium vivax*. Em relação ao Local Provável de Infecção (LPI), 118 foram importados e apenas 02 autóctones do estado. Os casos autóctones foram registrados nos municípios de Guabiruba e Rio do Oeste. Ocorreu o registro de dois (2) óbitos, sendo um caso por *Plasmodium malariae* residente no município de Guabiruba e um caso por *Plasmodium falciparum* residente no município de Palhoça na Grande Florianópolis. Em ambos os casos, o óbito provavelmente foi decorrente de terapêutica

medicamentosa tardia, devido ao estado avançado do quadro clínico grave. Os dois óbitos ocorreram em homens com idade média de 38 anos.

O Estado de SC não havia registrado casos de Leishmaniose Visceral Canina (LVC) até o ano de 2010, quando foram diagnosticados os quatro primeiros casos autóctones da doença na localidade do Canto dos Araçás, bairro da Lagoa da Conceição, em Florianópolis. De 2019 a 2022 foram analisadas amostras de 7.535 cães no estado, sendo que desses, 531 foram sororreagentes e 7.004 foram não reagentes para LVC. Ainda no período analisado, 50 municípios registraram casos confirmados da doença, porém, até o momento, apenas o município de Florianópolis registra a transmissão autóctone da doença. Atualmente existem cerca de 44 bairros no município de Florianópolis com casos de LVC confirmados. Assim, o maior número de casos ocorreu na Região de Saúde da Grande Florianópolis, com 57 casos confirmados em 2022, seguido de Foz do Rio Itajaí com 7 casos no mesmo ano. A partir de 2016 a resistência dos proprietários em entregar os animais sororreagentes para a realização da eutanásia tornou-se maior devido à possibilidade de tratamento dos cães com o medicamento Milteforan. Dentro do período de 2019 a 2022, dos 530 cães sororreagentes, 394 (74%) eram autóctones do município de Florianópolis. Desses, apenas 174 (44%) foram eutanasiados.

No período de 2019 a outubro de 2022, o estado de Santa Catarina registrou 91 casos suspeitos de Leishmaniose Visceral Humana (LVH). Destes, 6 casos foram confirmados, sendo 4 importados e 2 casos autóctones. Ressaltamos que um (1) caso importado notificado no ano de 2019, apresentou três recidivas da doença, nos anos de 2021 (1) e 2022 (2), embora essas situações não foram contabilizadas como casos. Analisando o comportamento da doença dentro do período estudado, verifica-se que o município de Florianópolis se apresenta como área de transmissão para LVH, com 2 (dois) casos autóctones entre os 36 casos suspeitos notificados durante este período. Os casos importados são provenientes dos estados de Alagoas (AL), Tocantins (TO), Maranhão (MA) e Pará (PA), e, os casos autóctones tiveram como Local Provável de Infecção (LPI) o município de Florianópolis. A maioria dos casos notificados esteve concentrada nas regiões de saúde da Grande Florianópolis, Nordeste e Foz do Rio Itajaí.

No período de 2019 a 2022, foram notificados no SINAN um total de 105 casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) no Estado, em 14 das 17 Regiões de Saúde. As Regiões de Saúde com o maior registro de casos foram o Médio

Vale do Itajaí (19 casos), Nordeste (15 casos), Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí (14 casos cada uma) e Alto Vale do Itajaí (13 casos). Analisando o comportamento da doença verifica-se que, no período estudado, onze Regiões de Saúde apresentam-se como áreas de transmissão para LTA, com registro de 37 casos autóctones.

Entre os anos de 2020 e 2021 houve o registro de um surto de LTA no município de Rio do Sul, com sete (7) casos no bairro Valada Itoupava. A maioria dos pacientes deste surto foi atendida no hospital de referência estadual (Hospital Nereu Ramos). Posteriormente foi acordado com o município a definição de uma referência para os atendimentos dos pacientes sem a necessidade de deslocamento até o hospital de referência, salvo casos que realmente necessitem da assistência e atendimento especializado.

A SES/SC faz o monitoramento, verifica o impacto das estratégias de intervenção e analisa a disponibilidade dos serviços de saúde para o enfrentamento de todas as doenças supracitadas independentemente do número de casos no estado.

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

O aumento no número de mortes por doenças transmissíveis é um alerta para a importância contínua da vigilância em saúde. Essas doenças, propagadas por vírus, bactérias e outros agentes, podem resultar em complicações graves. Sendo assim, a prevenção é fundamental para o controle de vetores, sem esquecer da colaboração global e a conscientização da população para reverter essa tendência e proteger vidas.

7.1.2.8. Internações por Causas 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. Dentre esses agravos estão, por exemplo, doenças preveníveis por imunização, gastroenterites infecciosas, deficiências nutricionais, hipertensão, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus, doenças relacionadas ao pré-natal e parto, dentre outras.

Quando a Atenção Primária em Saúde - APS não garante acesso oportuno, 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 que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da atenção primária.

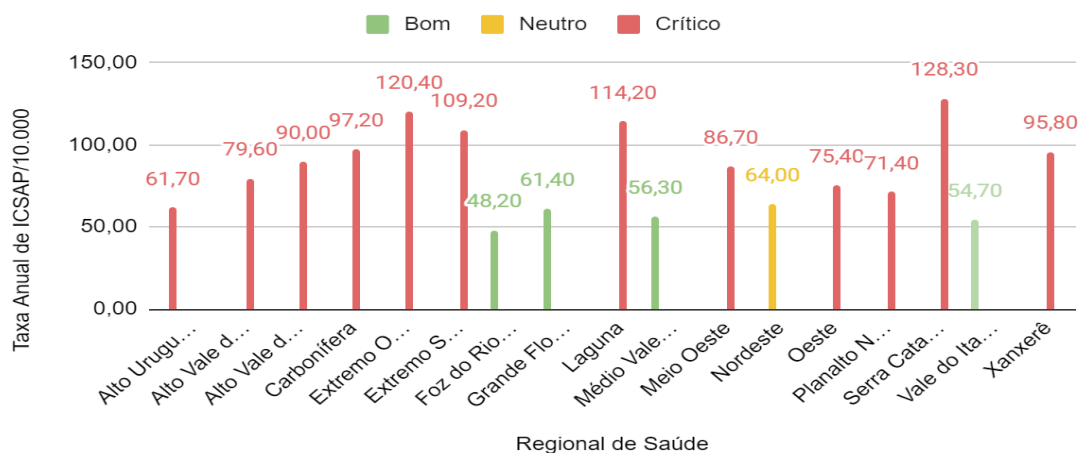
Enquanto reduções nas proporções ou taxas de ICSAP sugerem possíveis melhorias na atenção primária à saúde, valores altos para estes indicadores não são necessariamente indicativos de deficiências na atenção básica, mas um sinal de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde elas ocorrem.

As características dos pacientes, a variabilidade da prática clínica hospitalar, as políticas de admissão dos centros são algumas das variáveis que podem interferir nos resultados dos indicadores de ICSAP. Apesar de suas limitações, o uso prudente do indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da Atenção Básica/APS ao identificar áreas prioritárias de intervenção e colocando em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais.

O cálculo do indicador é feito pela divisão do número de internações por causas sensíveis à Atenção Primária em determinado local e período dividido pelo total de internações clínicas no mesmo local e período, multiplicado por 100.

Durante o planejamento de 2022, foi acordado pelo grupo que os parâmetros para ICSAP no estado de SC, baseado nos dados daquela ocasião, seriam: Bom  $\leq 63$ , Neutro  $\leq 68$  e Crítico  $> 68$ .

Figura 60 - Perfil das ICSAP em Santa Catarina para o ano de 2022. Santa Catarina, 2023.



Fonte: SES/DAPS, 2023.



A partir desses dados, pode-se observar que a maioria das regiões de saúde apresentam um desempenho considerado crítico, com taxas de ICSAP superiores a 68. As regiões (Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis, Médio Vale do Itajaí e Vale do Itajaí) apresentam um desempenho classificado como bom ou neutro, com taxas de ICSAP abaixo de 68. No entanto, é importante ressaltar que a comparação com os parâmetros estabelecidos para o estado indica que ainda há espaço para melhorias nessas áreas.

Em resumo, com base nas informações fornecidas, pode-se concluir que as taxas de ICSAP em SC, no ano de 2022, foram predominantemente consideradas críticas, sugerindo a necessidade de aprimorar os cuidados primários de saúde em todo o estado, com o objetivo de reduzir as internações por causas sensíveis à atenção primária.

Outra informação importante possível de ser extraída da nossa base de dados é a distribuição da taxa de ICSAP por ciclo de vida e quais são as 3 principais causas de internação.

Figura 61 - Principais causas de ICSAP, por ciclo de vida. Santa Catarina, 2022.

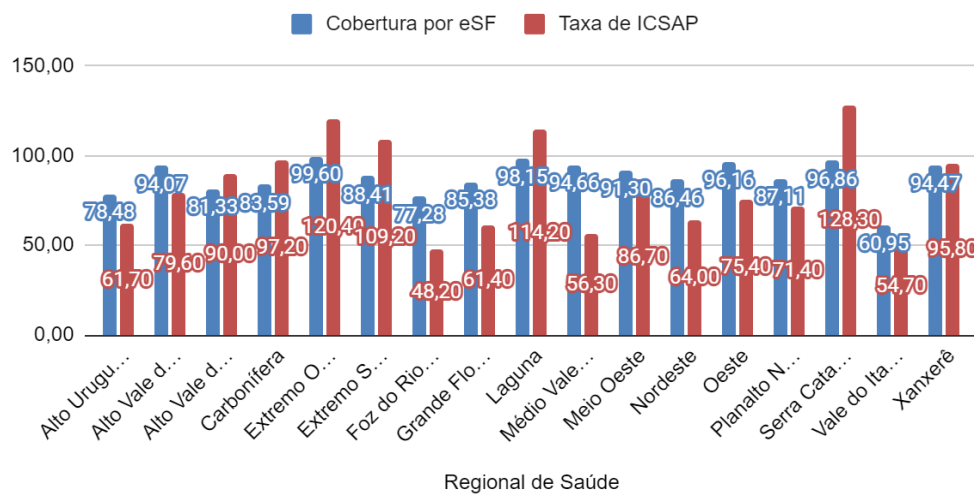
Tabela 1	
Ordenamento das principais causas de ICSAP, por ciclo de vida. Santa Catarina, 2022.	
Ciclo de Vida	Três principais grupos de causas de ICSAP
< 1 ano	1ª Infecções no rim e trato urinário
	2ª Doenças cerebrovasculares
	3ª Doenças pulmonares
1-4 anos	1ª Doenças Pulmonares
	2ª Pneumonias Bacterianas
	3ª Gastroenterites Infecciosas e Complicações
5-9 anos	1ª Doenças Pulmonares
	2ª Asma
	3ª Gastroenterites Infecciosas e Complicações
10-19 anos	1ª Infecções no rim e trato urinário
	2ª Doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto
	3ª Diabetes Mellitus
20-59 anos	1ª Infecções no rim e trato urinário
	2ª Doenças cerebrovasculares
	3ª Diabetes Mellitus
60 anos >	1ª Doenças cerebrovasculares
	2ª Insuficiência Cardíaca
	3ª Infecções no rim e trato urinário

ICSAP= inervação hospitalar por causas sensíveis à atenção primária à saúde  
 Fonte: SIH-SUS/MS, dados populacionais do IBGE/DATASUS/MS

Analisando os dados fornecidos e correlacionando-os com possíveis ações na atenção primária à saúde, podemos identificar algumas tendências e necessidades específicas, tais como: Incentivar a vacinação adequada; promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; identificar fatores de risco e fornecer orientações para a sua redução; fornecer tratamento adequado para asma e educação sobre o manejo da doença; fornecer cuidados e educação adequada para adolescentes grávidas ou que planejam engravidar; promover estilos de vida saudáveis, incluindo uma dieta balanceada e atividade física regular para prevenir doenças cerebrovasculares e o diabetes mellitus; monitorar e controlar fatores de risco para hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e diabetes mellitus; fornecer orientações sobre o manejo da insuficiência cardíaca, incluindo a adesão à medicação e à dieta adequada.

Seguindo com a análise, é possível fazer analisar a taxa de ICSAP à luz da cobertura por eSF de cada regional de saúde. Esses valores estão presentes no gráfico abaixo.

Figura 62 - Cobertura de eSF e Taxa de ICSAP, por região de saúde. Santa Catarina, 2022.



Fonte: SES/DAPS, 2023

Espera-se que quanto mais alta seja a cobertura de eSF, menor seja a taxa de ICSAP, uma vez que altas coberturas de eSF ampliariam o acesso aos serviços da atenção primária. Porém, o gráfico não apresenta, em análise visual, essa relação de forma evidente.

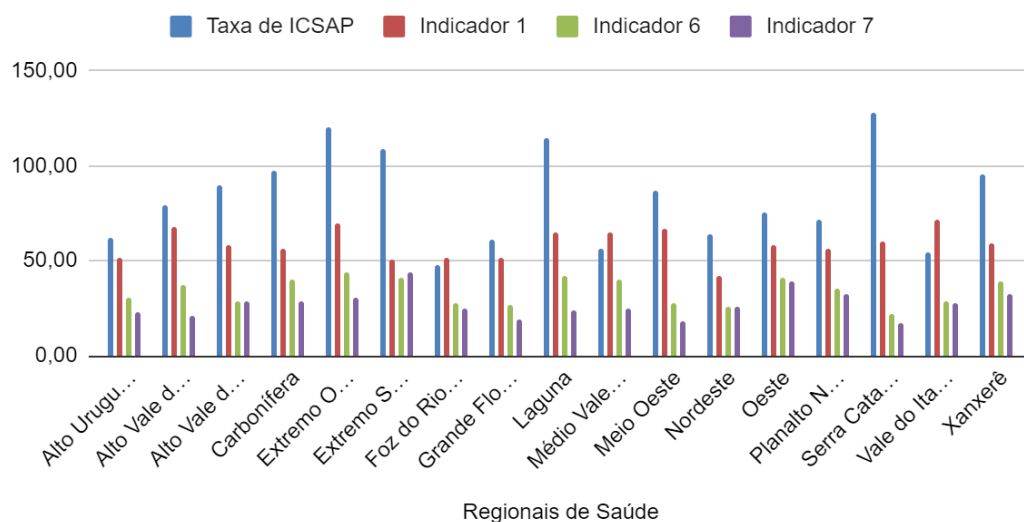
Nota-se que as regionais que têm as menores taxas de ICSAP não têm as maiores coberturas por eSF, exceto a região de saúde do Médio Vale do Itajaí. Percebe-se também que a regional com a menor cobertura por eSF tem a segunda menor taxa de ICSAP.

Uma provável explicação para isso é que a composição atual da equipe de Saúde da Família, para critérios de cálculo de cobertura, é de 3450 pessoas cadastradas, como orienta a PNAB de 2017. Isso excede a recomendação da DAPS/SES de 2500 pessoas cadastradas por equipe e pode afetar negativamente a qualidade e a eficiência dos serviços prestados. Com uma equipe menor do que o ideal, é possível que ocorram problemas como sobrecarga de trabalho, dificuldade na coordenação do cuidado, menor disponibilidade de profissionais para atender à demanda e menor tempo disponível para cada paciente. Esses fatores podem levar a um atendimento menos eficaz na atenção primária, o que por sua vez pode resultar em taxas mais altas de internações por causas

sensíveis à APS. Em resumo, a alta taxa de ICSAP pode estar relacionada à cobertura por eSF insuficiente, devido ao excesso de pessoas cadastradas por equipe atualmente.

Finalizando as avaliações relacionadas à ICSAP, trazemos um comparativo entre a sua taxa por regional de saúde e os respectivos desempenhos nos indicadores 1, 6 e 7 (indicador 1 representado por 6 consultas de pré-natal iniciados antes de 12 semanas, indicador 6 (hipertensão) e indicador 7 (diabetes) do Previne Brasil.

Figura 63 - Comparação entre a taxa de ICSAP e indicadores do Previne Brasil Q3.22. Santa Catarina, 2022.



Fonte: SES/DAPS, 2023

Reforçando a posição de que altas taxas de ICSAP estão relacionadas a cuidados em atenção primária insuficientes, o gráfico 3 indica visualmente uma relação inversa entre taxa de ICSAP e desempenho nos indicadores, como se vê na Serra Catarinense, que tem a taxa de internação mais alta e o pior desempenho nos indicadores 1 (6 consultas de pré-natal iniciados antes de 12 semanas, 6 (hipertensão) e 7 (diabetes).

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

O aumento no número de mortes por doenças transmissíveis é um alerta para a importância contínua da vigilância em saúde. Essas doenças, propagadas por vírus, bactérias e outros agentes, podem resultar em complicações graves. Sendo assim, a prevenção é fundamental para o controle de vetores, sem esquecer da colaboração global e a conscientização da população para reverter essa tendência e proteger vidas.

#### 7.1.2.9. Acidentes de Transporte Terrestre

Os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), em SC, representam uma das principais causas externas de internações hospitalares e óbitos. Esse cenário acarreta altos custos para a gestão em saúde e para a sociedade como um todo. Diversos fatores estão associados à ocorrência de lesões e mortes no trânsito, como as condições das vias, o aumento da frota de veículos, especialmente motocicletas, o consumo de álcool associado à direção veicular, a não utilização de equipamentos de segurança (como cintos de segurança, capacetes e dispositivos de retenção para crianças), o uso do celular pelo condutor, a alta velocidade e o desrespeito à legislação vigente.

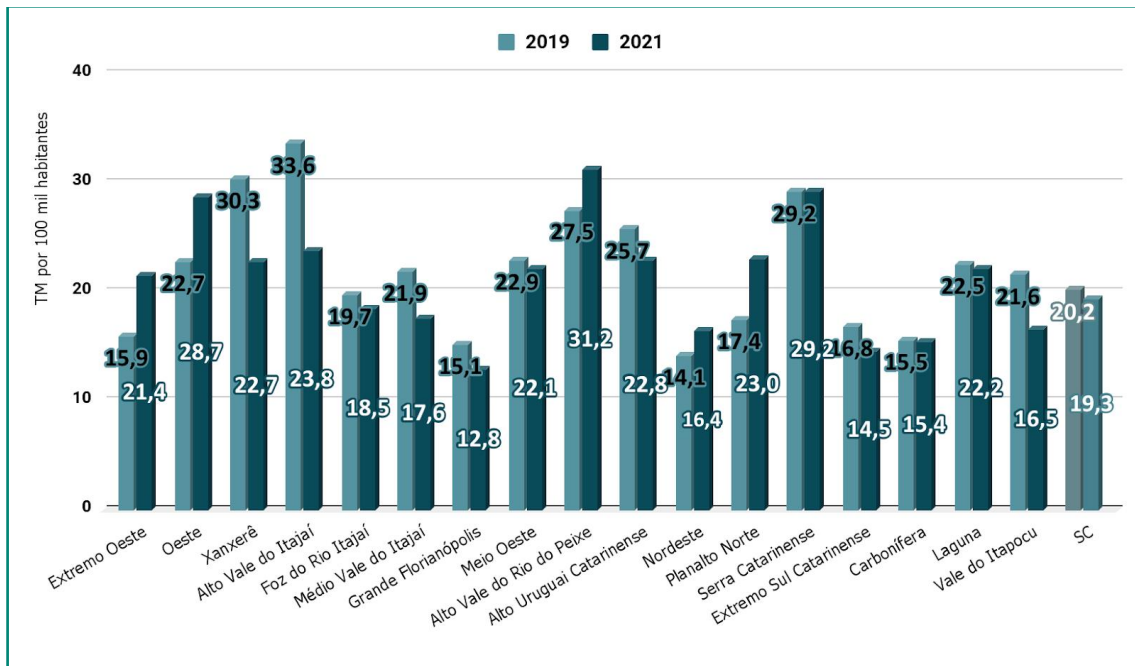
A frota de veículos no estado contou com um total de 4.463.530, em 2022, sendo: 3.294.394 automóveis ; 977.512 motocicletas ; 169.008 caminhões; e 22.616 ônibus.

De janeiro de 2019 a setembro de 2022, foram registrados 5.232 óbitos por ATT no estado, com uma taxa de mortalidade que variou de 20,2 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2019 para 19,3 em 2021. No ano de 2022, até o mês de setembro, já ocorreram 1.017 óbitos por ATT.

Analisando o ano de 2021, conforme figura 64, as regiões que se destacaram negativamente com as maiores taxas foram o Alto Vale do Rio do Peixe (31,2), a Serra Catarinense (29,2) e o Oeste (28,7). E com as menores taxas foram a Grande Florianópolis (12,8), o Extremo Sul Catarinense (14,5) e a região Carbonífera (15,4).

Figura 64 - Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por acidente de transporte terrestre

por Região de Saúde. Santa Catarina, 2019 e 2021.

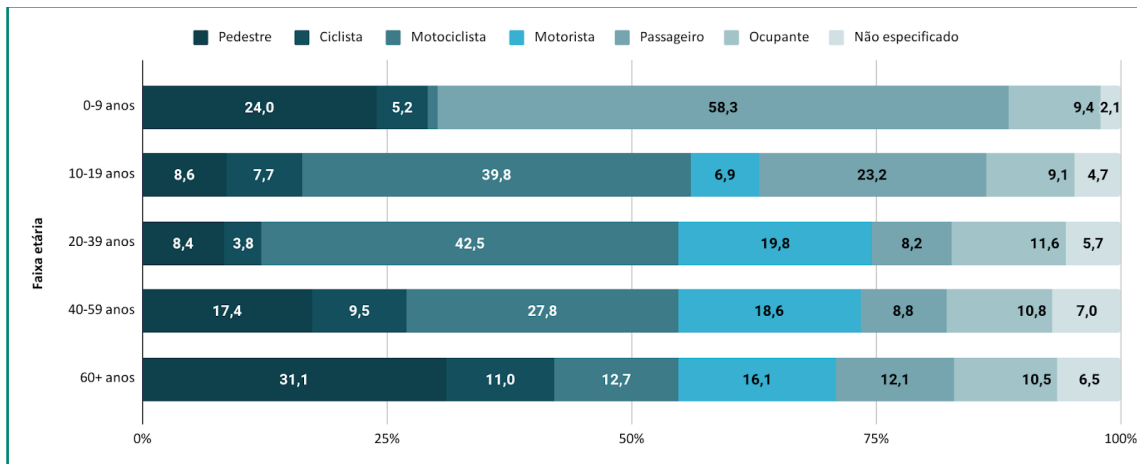


Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 17.

Já na figura 65 abaixo, em relação à faixa etária e categoria de condição da vítima nos acidentes de transporte terrestre (ATT), observaram-se as seguintes proporções: crianças de 0 a 9 anos que vieram a óbito devido a ATT estavam principalmente na condição de passageiro (58,3%) ou pedestre (24,4%); pessoas de 10 a 19 anos estavam em sua maior proporção na condição de motociclista (39,8%) e passageiro (23,2%); Na faixa etária de 20 a 39 anos, a maior parte das vítimas estava na condição de motociclista (42,5%) e motorista (19,8%); já entre as pessoas de 40 a 59 anos, a principal condição foi de motociclista (27,8%) e motorista (18,6%); para os idosos acima de 60 anos, a maior parte estava na categoria de pedestre (31,1%) e motorista (16,1%).

Figura 65 - Proporção de óbito por acidente de transporte terrestre por faixa etária e

categoria de condição da vítima. Santa Catarina, 2019 a 2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 18.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

#### 7.1.2.10. Saúde do(a) Trabalhador(a) de Santa Catarina

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi estruturada em setembro de 2002, através da Portaria MS nº 1679/02. Nesta portaria, ficou definido que à Santa Catarina iriam ser disponibilizados recursos federais para a implantação de um Centro de Referência Estadual e dois Centros de Referências Regionais (CEREST), até o final de 2004.

Em agosto de 2003, através da Portaria nº 249/MS o CEREST Estadual é habilitado. Na mesma ocasião, foram habilitados os CERESTs da Macrorregião do Vale do Itajaí, com sede em Blumenau, e da Macrorregião Nordeste, com sede em Joinville. No mês de outubro de 2003, o Ministério da Saúde iniciou o repasse financeiro mensal para implantação e custeio destes CERESTs. Em dezembro de 2005, através da publicação da Portaria MS nº 2437, que trata da ampliação da RENAST, Santa Catarina é contemplada com mais quatro CERESTs Regionais: Criciúma, Chapecó, Lages e Florianópolis.

O diagnóstico da Situação de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de Santa Catarina apresentado abaixo foi elaborado a fim de traçar um panorama do perfil de doenças e agravos relacionados ao trabalho, assim como apresentar os dados da População Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO) no Estado

A organização e apresentação dos dados considerou:

- Os principais setores econômicos de cada município por área de abrangência dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) e por áreas descobertas de CEREST (<https://www.caravela.info/regional/>);
- A discriminação do quantitativo de notificações de DARTs - Doenças e agravos relacionados ao trabalho no Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (<http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>);
- O total de óbitos causados por acidentes de trabalho registrados no SIM – Sistema de Informação sobre mortalidade (<http://sim.saude.gov.br/default.asp>);
- O número de comunicações de acidente de trabalho no Radar SIT <http://clusterqap2.economia.gov.br/extensions/RadarSIT/RadarSIT.html>;
- As Figuras disponibilizadas pelo Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho com suas respectivas descrições (<https://smartlabbr.org/sst>).
- Os dados da População Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO) e da população estimada de cada município (<https://cidades.ibge.gov.br>).

- CEREST FLORIANÓPOLIS

A área de abrangência corresponde a 21 municípios: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas. Além da capital do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.

Os Setores econômicos com os maiores números de acidentes de trabalho registrados através das CATs – Comunicações de acidentes de trabalho no Cerest Florianópolis são: Atividade de atendimento hospitalar, Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - hipermercados e supermercados, Administração pública em geral, Coleta de resíduos não-perigosos e Construção de edifícios.



Em 2021, foram registrados 5605 CATs na área de abrangência do Cerest Florianópolis. Em contrapartida, no Sinan ocorreram 1265 notificações de acidentes de trabalho nesse mesmo período. Em 2022, a ocupação que mais se acidentou foi o “Técnico de Enfermagem” e a lesão com maior frequência foi a “Fratura em dedo”. Ressalta-se que os municípios a seguir, chamados de municípios silenciosos, não registraram no Sinan qualquer doença ou agravo relacionado ao trabalho no ano de 2022: Águas Mornas, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Rancho Queimado.

- CEREST BLUMENAU

A área de abrangência contempla 53 municípios: Agrolândia, Agronômica, Apiúna, Acurra, Atalanta, Aurora, Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Benedito Novo, Blumenau, Bombinhas, Botuverá, Braço do Trombudo, Brusque, Camboriú, Chapadão do Lageado, Dona Emma, Doutor Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Ibirama, Ilhota, Imbuia, Indaial, Itajaí, Itapema, Ituporanga, José Boiteux, Laurentino, Lontras, Luiz Alves, Mirim Doce, Navegantes, Penha, Petrolândia, Pomerode, Porto Belo, Pouso Redondo, Presidente Getúlio, Presidente Nereu, Rio do Campo, Rio do Oeste, Rio do Sul, Rio dos Cedros, Rodeio, Salete, Santa Terezinha, Taió, Timbó, Trombudo Central, Vidal Ramos, Vitor Meireles, Witmarsum. Contendo uma população economicamente ocupada (PEAO) de 848.098 pessoas.

Os Setores econômicos com os maiores números de acidentes de trabalho registrados através das CATs – Comunicações de acidentes de trabalho no Cerest Blumenau são: Fabricação de estruturas de madeira e de artigos de carpintaria para construção, Confeções de peças de vestuário, Atividades de atendimento hospitalar, Administração Pública em geral.

Em 2021, foram registrados 9.794 CATs na área de abrangência do Cerest Blumenau. Em contrapartida, no Sinan em 2022 ocorreram 1.996 notificações de acidentes de trabalho. Em 2022, a ocupação que mais se acidentou foi o “Alimentador de linha de produção” e a lesão com maior frequência foi “Contusão / Esmagamento e Fratura em dedo”.

Ressalta-se que os municípios Agronômica, Braço do Trombudo, Chapadão do Lageado, Doutor Pedrinho, Laurentino, Mirim Doce, Petrolândia, Porto Belo, Presidente Nereu, Santa Terezinha não registraram no Sinan qualquer doença ou agravo relacionado

ao trabalho no ano de 2021. Já em 2022 os municípios silenciosos foram: Agrolândia, Agronômica, Doutor Pedrinho, Laurentino, Mirim Doce, Rio do Oeste, Santa Terezinha.

- CEREST JOINVILLE

A área de abrangência são de 16 municípios: Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Campo Alegre, Corupá, Garuva, Guaramirim, Itapoá, Jaraguá do Sul, Joinville, Massaranduba, Rio Negrinho, Schroeder, São Bento do Sul, São Francisco do Sul e São João do Itaperiú, com uma população economicamente ocupada (PEAO) de 533720 pessoas.

Os Setores econômicos com os maiores números de acidentes de trabalho registrados através das CATs – Comunicações de acidentes de trabalho no Cerest Joinville são: produção de semi acabados de aço, coleta de resíduos não perigosos, comércio atacadista de mercadorias com predominância de produtos alimentícios, fabricação de móveis, fabricação de tecidos, produção de tubos de aço com costura, confecção de peças de vestuário, armazenamento, atividade hospitalar, fundição de ferro e aço, desdobramento de madeira, gestão de portos e terminais, abate de reses, exceto suínos, e fabricação de artefatos de material plástico.

Em 2021, foram registrados 6.485 CATs na área de abrangência do Cerest Joinville. Em contrapartida, no Sinan em 2022 ocorreram 1.854 notificações de acidentes de trabalho nesse mesmo período. Em 2022, a ocupação que mais se acidentou foi “Rebarbador de metal” e a lesão com maior frequência foi “Escoriação / abrasão nos olhos”.

Em 2022, o Cerest Joinville não apresentou nenhum município silencioso, porém os municípios Balneário Barra do Sul e Corupá, realizaram menos de 5 notificações no SINAN em todo o ano.

- CEREST CRICIÚMA

A Microrregião de Criciúma abrange 43 municípios, distribuídos em 3 regiões administrativas: Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC), Associação dos Municípios da Região Carbonífera (amrec) e Associação dos Municípios da Região de Laguna (AMUREL): Araranguá; Balneário Arroio do Silva; Balneário Gaivota; Ermo; Jacinto Machado; Maracajá; Meleiro; Morro Grande; Passo de Torres; Praia Grande; Santa Rosa do Sul; São João do Sul; Sombrio; Timbé do Sul; Turvo; Cocal

do Sul; Criciúma; Forquilha; Içara; Lauro Muller; Morro da Fumaça; Nova Veneza; Orleans; Treviso; Urussanga; Siderópolis; Armazém; Braço do Norte; Capivari de Baixo; Grão Pará; Gravatal; Imaruí; Imbituba; Jaguaruna; Laguna; Pedras Grandes; Rio Fortuna; Sangão; Santa Rosa de Lima; São Ludgero; São Martinho

Pelos dados do IBGE (ano 2020) a macrorregião tem uma população estimada em 1.018.706; entre as regiões, com 442.578 habitantes, a AMREC segue como a mais populosa, principalmente por causa de Criciúma, que é responsável por quase metade dos moradores. Na sequência vem a AMUREL, com 371.748 pessoas; e a AMESC, com 204.380.

Constata-se que houve a emissão de CAT para 5507 acidentes do trabalho/doenças do trabalho ou relacionadas ao trabalho, enquanto foram notificados pelo SINAN 3351 doenças e agravos relacionados ao trabalho: 2845 acidentes de trabalho; 434 exposição a material biológico; 72 intoxicação exógena. Além de 39 óbitos por acidente de trabalho.

Os Setores econômicos com os maiores números de acidentes de trabalho registrados através das CATs – Comunicações de acidentes de trabalho na macro-região de Criciúma são: atividade de atendimento hospitalar, fabricação de embalagens de material plástico, abate de de suínos aves e outros pequenos animais, fabricação de produtos cerâmicos não refratários para uso estrutural na construção, administração pública em geral e comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - hipermercados e supermercados.

Em 2022, a ocupação que mais se acidentou foi o “Técnico de Enfermagem” e a lesão com maior frequência foi a “Fratura em dedo”.

- CEREST LAGES

O ponto focal, o município de Lages, está situado na Serra Catarinense e abrange dezoito municípios: Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Paineira, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema. Nesta área de abrangência, a população economicamente ativa é de 135.658 e a população estimada nesta área é de 287.549 habitantes.

Após análise dos dados no SmartLab – Observatório de Segurança e Saúde do Trabalhador no período 2012 – 2021 observa-se que os setores econômicos com mais

notificações de acidentes de trabalho nas cidades da região são: administração pública em geral atingindo 83%, desdobramento de madeira com 66% e transporte rodoviário de carga com 39%. Em 2022, a ocupação que mais se acidentou foi “Administração Pública em geral” e a “Lesão Imediata em dedo” teve maior frequência.

Ainda no SmartLab-2022, foram notificados 1.237 Comunicações de Acidente de Trabalho nos municípios situados na abrangência do Cerest Lages. No mesmo ano, no SINAN-2022 foram registradas 1.756 notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho - DARTs; 1521 acidentes de trabalho; 170 exposições a material biológico; 02 intoxicação exógena e 14 óbitos por acidente de trabalho.

Os municípios silenciosos em 2022 foram: Cerro Negro, Paineira, Palmeira e Urubici. Estes municípios possuem uma população economicamente ativa de 9.956 pessoas. Além disso, 44% das cidades de abrangência do Cerest Lages realizaram de 1 a 5 (uma a cinco) notificações dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho, mesmo totalizando uma população economicamente ativa expressiva de trabalhadores.

- REGIÃO MEIO OESTE E PLANALTO NORTE

A região meio oeste é constituída por 55 municípios já a região do planalto Norte é constituída por 10 municípios. Essas regiões não possuem cobertura de Cerest Regional, tendo suporte do Cerest Estadual de Santa Catarina no momento. Ainda, fazem parte desses municípios Balneário Rincão e Pescaria Brava, que fazem parte da macro região sul.

As cinco cidades com maior número de população economicamente ativa e ocupada são: Caçador (33.920 pessoas), Canoinhas (24.736), Concórdia (40.689), Mafra (28.007) e Videira (26.809).

No total, as regiões possuem 430.641 pessoas ocupadas, e no ano de 2022 registrou 1.368 notificações de DART, 27 intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho, 587 notificações de acidente de trabalho. Ainda, ocorreram 43 óbitos por acidente de trabalho no referido ano, sendo o município de Mafra que registrou sete óbitos relacionados com o trabalho. Em 2022, a ocupação que mais se acidentou na macrorregião do Meio Oeste foi “Abate de suínos, aves e outros pequenos animais” e a Lesão com maior frequência foi “Contusão / Esmagamento em dedo”. Já na macrorregião do Planalto Norte a ocupação que mais se acidentou foi “Alimentador de linha de produção” e a Lesão com maior frequência foi “Fratura em dedo”.

O município com maior coeficiente de notificação de DARTs dessa região foi Concórdia, com 963 notificações a cada 100 mil trabalhadores.

- CEREST CHAPECÓ

A área de abrangência corresponde a 76 municípios: Abelardo Luz, Águas de Chapecó, Águas Frias, Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Bom Jesus, Bom Jesus do Oeste, Caibi, Campo Erê, Caxambu do Sul, Chapecó, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Coronel Martins, Cunha Porã, Cunhataí, Descanso, Dionísio Cerqueira, Entre Rios, Faxinal dos Guedes, Flor do Sertão, Formosa do Sul, Galvão, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Guatambú, Iporã do Oeste, Ipuacu, Iraceminha, Irati, Itapiranga, Jardinópolis, Jupiá, Lajeado Grande, Maravilha, Marema, Modelo, Mondaí, Nova Erechim, Nova Itaberaba, Novo Horizonte, Ouro Verde, Palma Sola, Palmitos, Paraíso, Passos Maia, Pinhalzinho, Planalto Alegre, Ponte Serrada, Princesa, Quilombo, Riqueza, Romelândia, Saltinho, Santa Helena, Santa Terezinha do Progresso, Santiago do Sul, São Bernardino, São Carlos, São Domingos, São João do Oeste, São José do Cedro, São Lourenço do Oeste, São Miguel da Boa Vista, São Miguel do Oeste, Saudades, Serra Alta, Sul Brasil, Tigrinhos, Tunápolis, União do Oeste, Vargeão, Xanxerê e Xaxim.

Os Setores econômicos com os maiores números de acidentes de trabalho registrados através das CATs – Comunicações de acidentes de trabalho no Cerest Chapecó são: Abate de suínos, aves e outros pequenos animais, Atividades de atendimento hospitalar, Fabricação de móveis com predominância de madeira, Construção de edifícios e Administração pública em geral.

Em 2021, foram registrados 4924 CATs na área de abrangência do Cerest Chapecó. Em contrapartida, no Sinan ocorreram 4671 notificações de acidentes de trabalho nesse mesmo período. Em 2022, a ocupação que mais se acidentou foi “Magarefe” e a lesão com maior frequência foi “Corte / Laceração / Ferida contusa em dedo”.

Os municípios silenciosos deste Cerest em 2022 são: Barra Bonita; Bom Jesus; Coronel Martins; Cunhataí; Guaraciaba; Jupiá; Lajeado Grande; Marema; Romelândia; União do Oeste.

#### 7.1.2.11. Coberturas vacinais

Nos últimos anos, a expansão da oferta de vacinas pelo Programa Nacional de Imunização tem tido um impacto significativo no cenário das doenças imunopreveníveis, contribuindo para mudanças no perfil de morbidade e mortalidade no país. A imunização é uma das medidas mais seguras e custo-efetivas para os sistemas de saúde na prevenção de doenças infecciosas. Ao longo da história, a vacinação tem sido fundamental para evitar milhões de óbitos e incapacidades, controlando doenças como sarampo, rubéola e poliomielite, e até mesmo erradicando a varíola.

O controle e a eliminação das doenças alcançadas nos últimos anos dependem da manutenção das coberturas vacinais adequadas. A maioria das vacinas do calendário da criança tem uma meta de 95% de cobertura, exceto as vacinas BCG e rotavírus, que possuem uma meta de 90%, e a vacina HPV, que tem uma meta de 80%.

Em SC, durante o período de 2019 a 2022, as metas preconizadas no calendário da criança não foram alcançadas para várias vacinas, incluindo BCG, Penta (DTP/Hib/HB), poliomielite, hepatite A e febre amarela. A cobertura vacinal para a vacina do rotavírus humano atingiu a meta em 2019 e 2020, mas apresentou um declínio nos anos seguintes. Em 2019, algumas vacinas, como rotavírus humano, pneumocócica 10 valente, meningocócica C e tríplice viral D1, alcançaram a meta estabelecida para a cobertura vacinal, tornando esse ano o mais relevante no período avaliado (conforme demonstrado na figura 66).

Figura 66 - Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano e 1 ano de idade. Santa Catarina. 2019 a 2022\*.

ANO	BCG	ROTAVÍRUS	PENTA	PNEUMO 10	PÓLIO	MNG C	VTV	HEPA	FA
2019	83,19%	95,45%	71,87%	97,99%	93,84%	98,03%	96,10%	94,70%	84,92%
2020	82,21%	90,34%	87,89%	93,79%	88,34%	90,91%	87,28%	88,56%	77,37%
2021	69,37%	84,30%	84,68%	86,87%	83,23%	84,25%	87,24%	79,97%	74,55%
2022	70,81%	72,16%	70,36%	76,10%	69,74%	72,75%	71,77%	68,75%	57,68%

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 33.

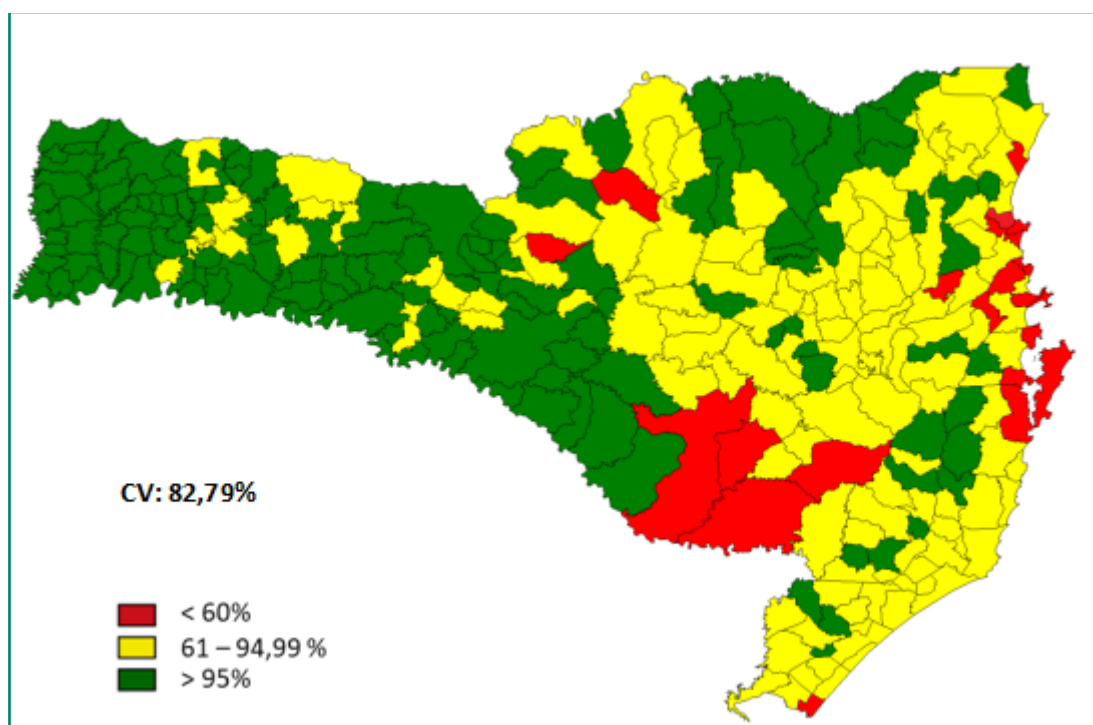
\*Dados preliminares até setembro de 2022.

É importante ressaltar que a queda nas coberturas vacinais ao longo do período, especialmente em crianças, pode abrir a possibilidade do retorno de diversas doenças ao Estado. Portanto, é essencial intensificar os esforços para garantir a vacinação adequada e proteger a população contra doenças preveníveis por meio da imunização.

A queda abrupta das coberturas vacinais têm sido influenciada por diversos fatores, incluindo a percepção enganosa dos pais de que doenças já desapareceram e, portanto, a vacinação não seria mais necessária; o desconhecimento das vacinas que fazem parte do Calendário Nacional de Vacinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), sendo todas de aplicação obrigatória; o medo de possíveis reações prejudiciais ao organismo causadas pelas vacinas; o receio de que um grande número de imunizantes possa sobrecarregar o sistema imunológico; a dificuldade das pessoas em encontrar tempo para ir aos postos de saúde, que geralmente funcionam apenas em horário comercial nos dias úteis; os problemas nos sistemas de registro de imunização; o impacto negativo da pandemia de COVID-19, que afetou a continuidade das ações de atenção primária em saúde, incluindo a vacinação; e a circulação de notícias falsas em redes sociais, impulsionadas por grupos contrários à vacinação.

No que diz respeito à Febre Amarela, SC é considerada uma Área com Recomendação de Vacinação (ACRV) desde julho de 2018. Até o mês de setembro de 2022, a cobertura vacinal no estado era de 82,79%. A Figura 67 ilustra a situação da cobertura vacinal em cada município, destacando a falta de homogeneidade nas taxas de vacinação.

Figura 67 - Cobertura Vacinal de Febre Amarela. Santa Catarina, 1994-2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 34.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

A vacina HPV; Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) foi gradualmente incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 2014. Atualmente, a vacina está disponível para adolescentes com idades entre 9 e 14 anos (14 anos, 11 meses e 29 dias). No período avaliado, de 2019 a setembro de 2022, a cobertura vacinal para adolescentes do sexo feminino tem se mantido em torno de 68%, com uma leve queda em 2022, chegando a 63,62%. Em relação aos adolescentes do sexo masculino, a cobertura vacinal apresenta um desempenho cerca de 15% menor do que o observado para o sexo feminino. Esse cenário é acentuado ainda mais em 2022, o que evidencia uma preocupação maior para essa população (conforme apresentado na figura 68).

Figura 68 - Cobertura vacinal para HPV em adolescentes. Santa Catarina, 2019-2022\*.



Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 34.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

A vacinação contra a COVID-19 no Brasil começou na segunda quinzena de janeiro de 2021, com as vacinas Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz. Em maio, foi adicionada a vacina Pfizer/Wyeth e, em junho, a vacina da Janssen, totalizando quatro imunobiológicos disponíveis no país para a vacinação contra a COVID-19. Atualmente, a vacinação contra a COVID-19 é indicada para a população a partir de três anos de idade, dependendo do laboratório que a produz.

Até setembro de 2022, foram distribuídas cerca de 17.992.869 milhões de doses de vacinas contra a COVID-19 aos municípios catarinenses, seguindo o Plano Nacional



de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19 (PNO), com a meta de atingir 90% de cobertura vacinal.

Durante o período avaliado, de janeiro de 2021 a setembro de 2022, foram aplicadas mais de 16,2 milhões de doses de vacinas contra a COVID-19 no estado. Mais de 6 milhões de catarinenses receberam as duas doses ou a dose única, de acordo com o laboratório da vacina, alcançando uma cobertura de esquema primário de 88,91%. Além disso, pouco mais de 3 milhões de catarinenses receberam a dose de reforço, o que representa 54,33% de cobertura para a população com 12 anos ou mais, elegível para a dose de reforço após 4 meses do esquema primário completo.

A figura 69 mostra que as faixas etárias acima de 18 anos alcançaram a meta preconizada para o esquema primário. Porém, é importante destacar que a vacinação para crianças de 3 a 4 anos começou em julho e para crianças de 5 a 11 anos em janeiro deste ano, mas as coberturas ainda são baixas para esses grupos.

Figura 69 - Cobertura vacinal, esquema primário COVID 19, por faixa etária. Santa Catarina, 2022\*.

FAIXA ETÁRIA	COBERTURA VACINAL (ESQUEMA PRIMÁRIO)
0 à 4 anos	1,22%
5 à 11 anos	34,33%
12 à 17 anos	73,61%
18 à 19 anos	93,09%
20 à 29 anos	91,49%
30 à 39 anos	94,45%
40 à 49 anos	99,17%
50 à 59 anos	97,05%
60 à 69 anos	104,39%
70 à 79 anos	100,86%
Acima de 80 anos	93,09%

Fonte: Santa Catarina, 2022, p. 35.

\*Dados preliminares até setembro de 2022.

A vacinação contra a COVID-19 para crianças de 5 a 11 anos iniciou em janeiro de 2022, mas as coberturas vacinais para a segunda dose estão em apenas 34,33%. Já para as crianças de 3 e 4 anos, incluídas na campanha de vacinação a partir de julho com a aprovação da vacina Corona Vac, a cobertura vacinal para a segunda dose é de apenas 1,22%. Além disso, somente 54,33% das pessoas com mais de 12 anos retornaram para

receber o primeiro reforço e menos de 20% das pessoas acima de 30 anos retornaram para receber a segunda dose de reforço.

O monitoramento dos Eventos Supostamente Atribuídos à Vacinação e à Imunização (ESAVI) no Estado é realizado através de um boletim, que mostra um total de 13.560 notificações acumuladas até 31 de julho de 2022. Dessas notificações, 2.652 (19,5%) foram referentes a Erros de Imunização e 10.908 (80,5%) a ESAVI. Os ESAVIs temporalmente associados à vacina COVID-19 correspondem a apenas 0,06% do total de doses administradas. A grande maioria (95,1%) dos casos suspeitos de ESAVI foi classificada como Eventos Não Graves.

>>> **Para mais informações sobre as coberturas vacinais acesse o seguinte link:**  
**<http://tabnet.dive.sc.gov.br/>**.

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

Quando as taxas de vacinação caem, ocorre um aumento no risco de doenças preveníveis por vacinas. Isso compromete a imunidade de rebanho, colocando em risco não apenas indivíduos não vacinados, mas também pessoas que não podem ser vacinadas por razões médicas. É essencial promover a conscientização sobre a importância das vacinas e garantir o acesso adequado a elas para proteger a saúde coletiva.

### **7.1.3. Perfil do setor suplementar**

O artigo nº 196, da Constituição Federal de 1988, estabeleceu a Saúde como um dever do Estado, no entanto também permitiu a atuação da iniciativa privada na área - conforme o artigo nº 199. Em 1998, com a promulgação da Lei n. 9.656, que estabeleceu as bases da Saúde Suplementar no Brasil e deu origem à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), oficializou-se o processo de regulamentação do sistema privado de assistência à saúde. A partir desse momento, o Brasil passou a contar com dois sistemas de atendimento: o sistema público, representado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), e o sistema privado, regulamentada pela ANS (ZIROLDO; GIMENES; CASTELO JÚNIOR, 2013).

É de suma relevância estudar sobre o comportamento do mercado privado na área da saúde para obter evidências científicas que possam embasar a formulação de políticas públicas relacionadas à comercialização do acesso aos cuidados de saúde (COSTA; BAHIA, 2022). Assim, abaixo segue dados e informações sobre a saúde suplementar no Brasil, com foco no Estado de SC, retirados da website da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

#### 7.1.3.1. Planos de Saúde

A quantidade de operadoras de planos de saúde que possuem registro ativo no estado catarinense era de 37 até maio de 2023. No entanto, são 34 operadoras que possuem beneficiários cadastrados, conforme quadro apresentado abaixo.

Quadro 16 - Operadoras de Planos de Saúde com Registro Ativo no Estado. Santa Catarina, 2023.

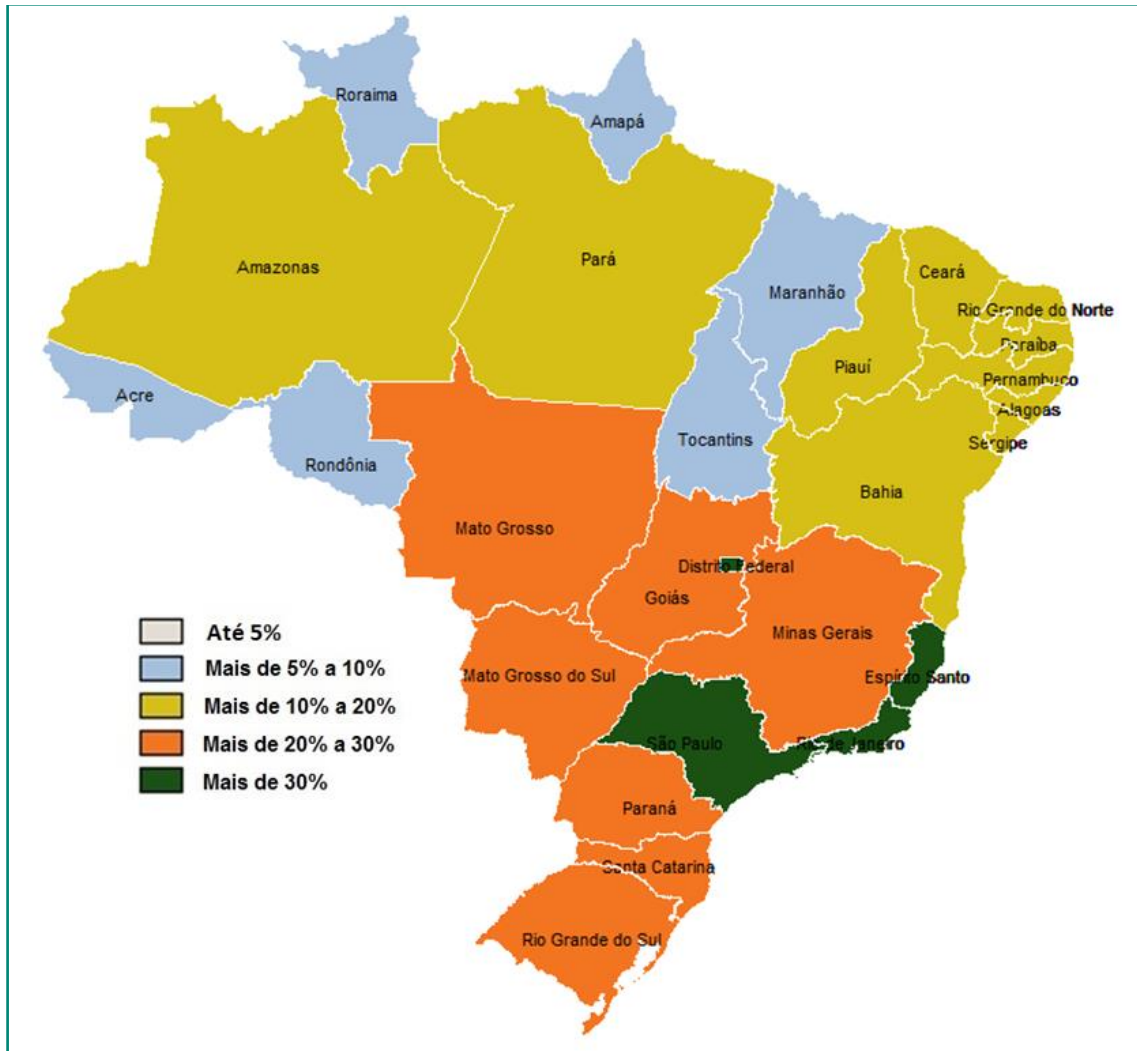
Operadoras com registro ativo em Santa Catarina (Mai/2023)	
Classificação	Total
Operadoras com registro ativo	37
Operadoras com registro ativo que possuem beneficiários	34

Fonte: Dados de ANS Tabnet, maio de 2023. Elaboração GPLAN, 2023.

A taxa de cobertura dos planos de saúde em todo o Brasil, apresentada na figura abaixo, demonstra que o estado catarinense está na categoria 2 da classificação decrescente entre os estados com maior cobertura de planos de saúde.

Figura 70 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde de Assistência Médica nas Unidades

Federativas do Brasil, 2023.

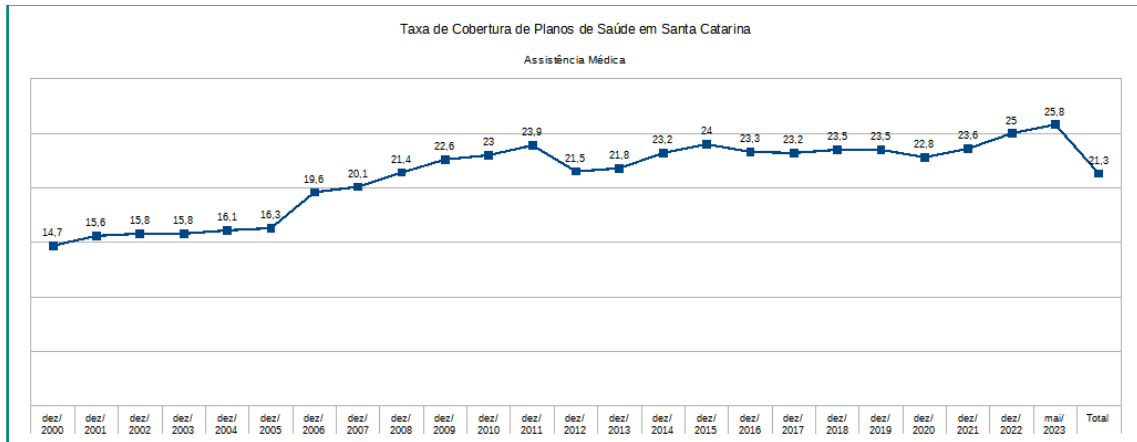


Fonte: Dados Consolidados, Atualizado em 27/06/2023, p. 14 - ANS, 2023.

A taxa de cobertura dos planos de saúde de assistência médica em SC, em maio de 2023, era de 25,8%. O gráfico abaixo é a série histórica desta taxa, demonstrando uma tendência de aumento gradativo de planos de saúde no estado.

Figura 71 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde em Assistência Médica no Estado.

Santa Catarina, de 2000 a 2023.

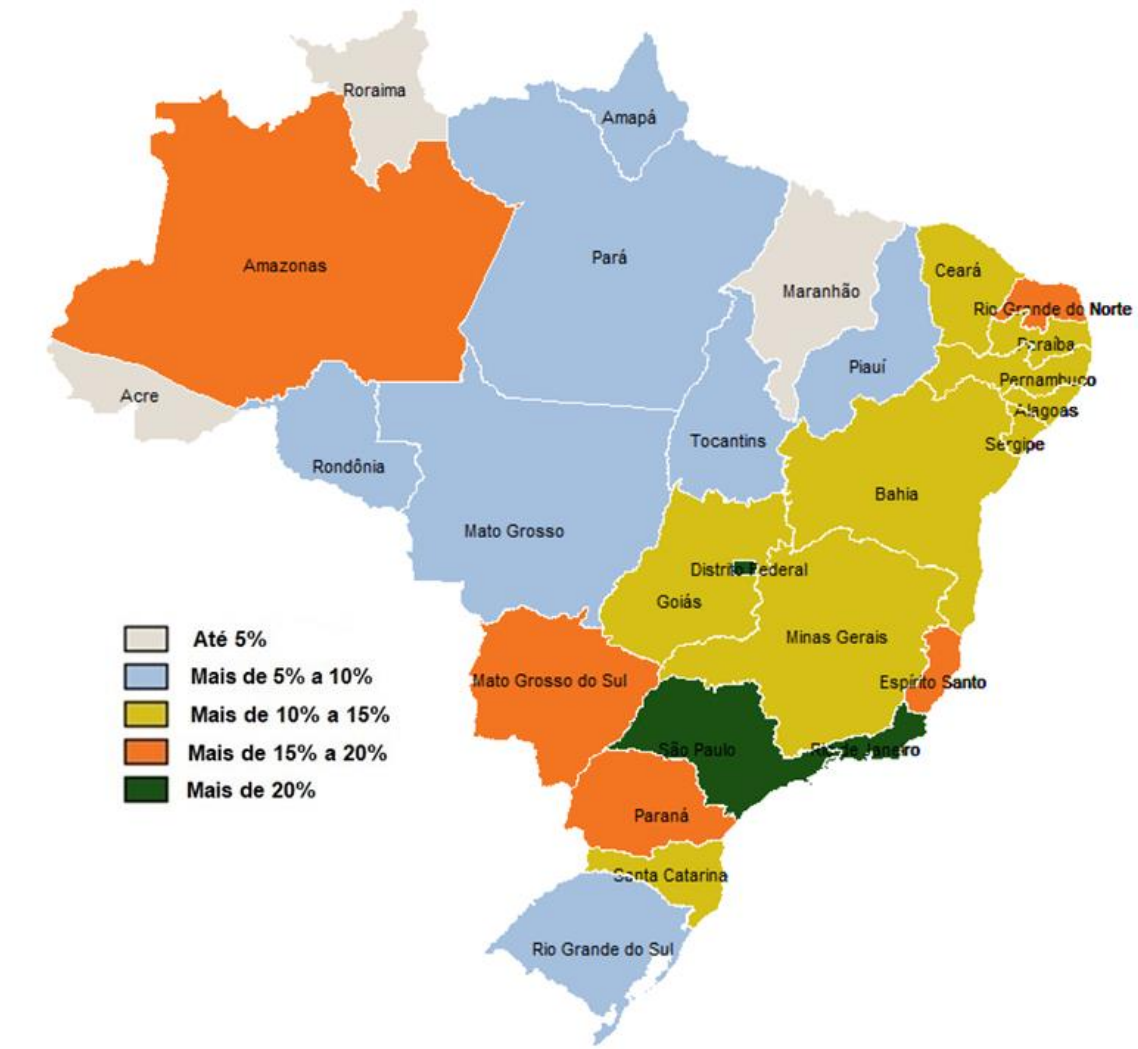


Fonte: Dados de ANS Tabnet, maio de 2023. Elaboração GPLAN, 2023.

Já sobre a taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos, a figura abaixo demonstra que o estado catarinense está na categoria 3 da classificação decrescente entre os estados com maior cobertura desses planos específicos.

Figura 72 - Taxa de Cobertura de Planos Exclusivamente Odontológicos nas Unidades

Federativas do Brasil, 2023.

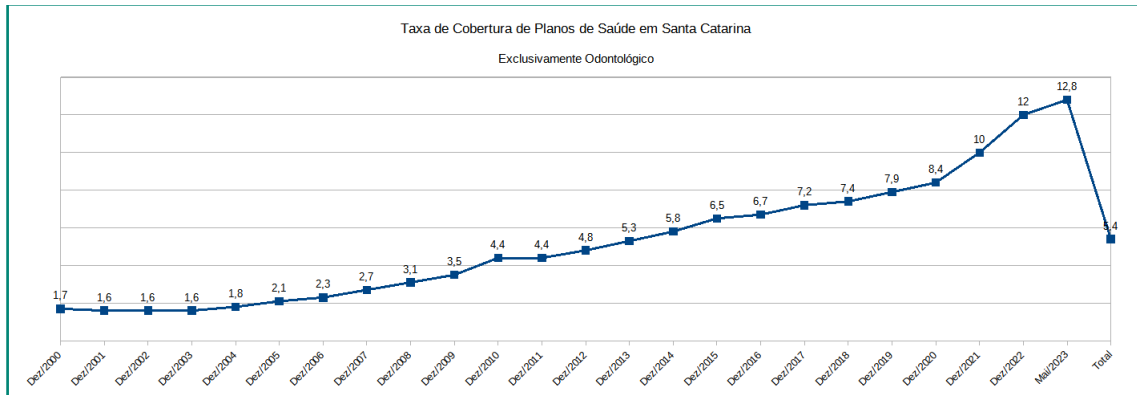


Fonte: Dados Consolidados, Atualizado em 27/06/2023, p. 16 - ANS, 2023.

A taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos em SC, em maio de 2023, era de 12,8%. A figura abaixo mostra a série histórica, demonstrando um aumento significativo nos últimos anos e se mostrando continuar nessa tendência de alta.

Figura 73 - Taxa de Cobertura de Planos Exclusivamente Odontológico no Estado.

Santa Catarina, de 2000 a 2023.



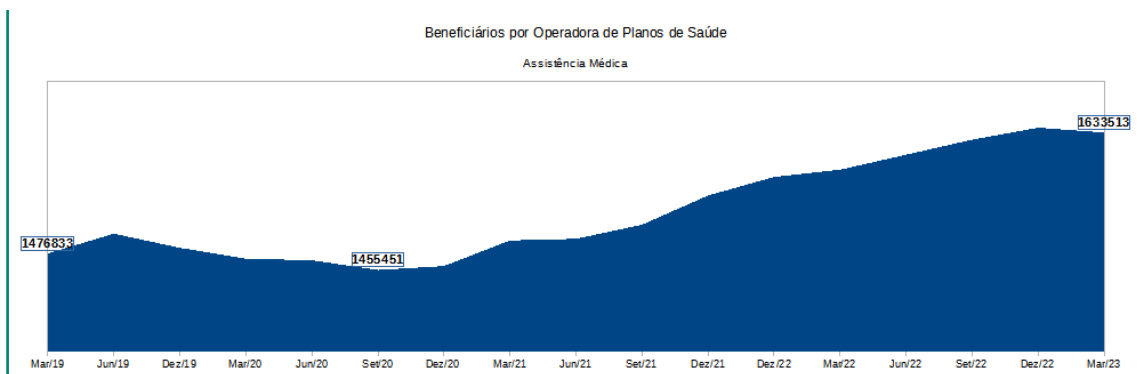
Fonte: Dados de ANS Tabnet. Elaboração GPLAN, 2023.

### 7.1.3.2. Evolução dos Beneficiários

O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo (ANS, 2023).

Após verificar a taxa de cobertura dos planos e identificar o aumento desses no estado de SC, conseqüentemente, também se observa o aumento do número de beneficiários vinculados tanto aos planos de assistência médica quanto aos odontológicos - conforme percebe-se nos gráficos 74 e 75 abaixo.

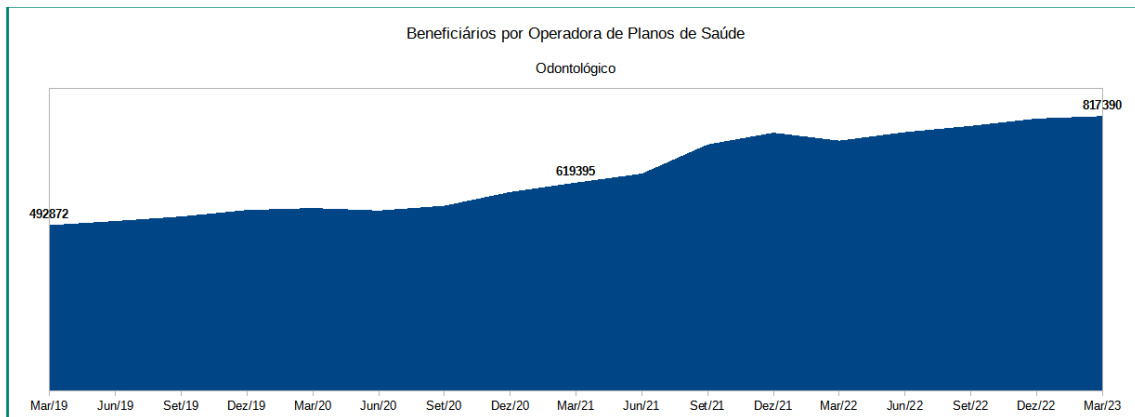
Figura 74 - Evolução dos Beneficiários de Planos de Saúde em Assistência Médica no Estado. Santa Catarina, de 2019 a 2023.



Fonte: Dados de ANS Tabnet. Elaboração GPLAN, 2023.

Figura 75 - Evolução dos Beneficiários de Planos de Saúde em Assistência

Odontológica no Estado. Santa Catarina, de 2019 a 2023.



Fonte: Dados de ANS Tabnet. Elaboração GPLAN, 2023.

7.1.3.3. Receita/Despesa no Ano e Ressarcimento ao SUS

A financeirização e a crescente atuação dos mercados, instituições e agentes financeiros no setor de saúde teve um impulsionamento significativo com a abertura do capital estrangeiro, em 2015. Ao se unir a redes de assistência privadas não universais, o capital estrangeiro pode se tornar um vetor que impulsiona tendências regressivas, como o aumento dos gastos privados em saúde e o agravamento das desigualdades de acesso aos serviços de saúde para a população. Essa situação pode representar um obstáculo adicional à consolidação do SUS (SCHEFFER; SOUZA, 2022).

A figura abaixo mostra as receitas e despesas dos planos de saúde ativos no Brasil, comparando o primeiro trimestre de 2022 com o de 2023, além de contemplar as modalidades de assistência médica e odontológica.

Figura 76 - Receitas e Despesas de Planos de Saúde (Médica e Odontológica) no Brasil,



2023.

Receita/Despesa no Ano		
	1º Tri/2022	1º Tri/2023
Receita de contraprestações	59.368.545.902	66.756.146.301
Outras receitas operacionais	3.545.661.854	4.166.694.086
Despesa assistencial	49.924.983.150	57.067.593.162
Despesa administrativa	6.341.965.977	6.778.218.599
Despesa comercialização	2.051.158.499	2.325.041.092
Outras despesas operacionais	5.227.454.124	6.019.555.942
Contraprestações de Corresponsabilidade Cedida	785.399.355	533.814.326
Taxa de sinistralidade	84.3%	85.6%

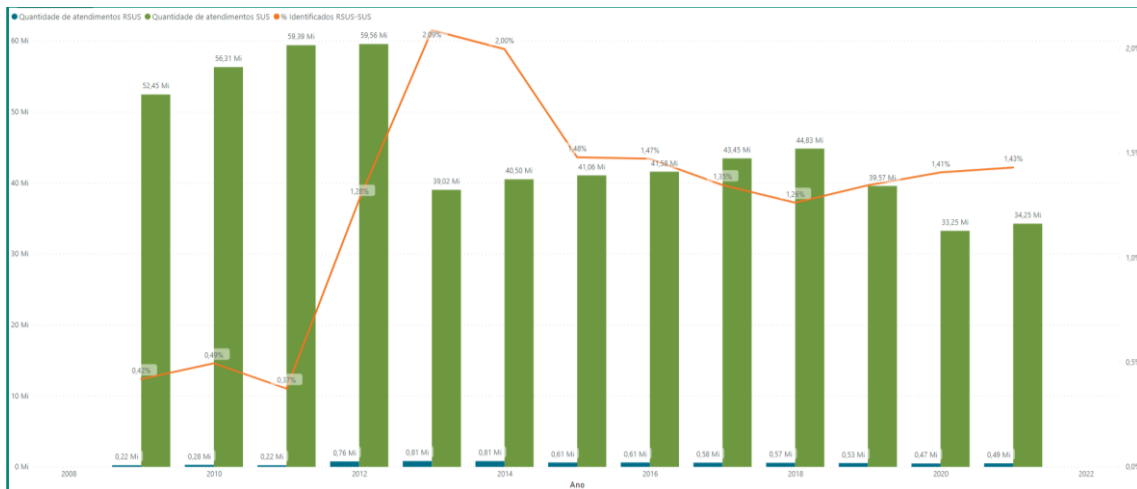
Fonte: Dados de ANS - Sala de Situação, 2023.

Conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, o Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), observando-se os limites dos contratos celebrados, ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde forem realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público. Essa lógica de regulação desestimula o não cumprimento dos contratos celebrados e impede o subsídio de atividades lucrativas com recursos públicos, ainda que indireto (ANS, 2022).

As quantidades de atendimentos realizados pelo SUS a beneficiários de planos de saúde cujos valores foram considerados passíveis de cobrança pela ANS às operadoras a título de ressarcimento ao SUS são apresentadas na figura abaixo. Até o ano de 2011, eram cobradas apenas as internações hospitalares. A partir do ano de 2012, passaram a ser cobrados os valores também dos atendimentos ambulatoriais de média e de alta complexidade (ANS, 2022).

Figura 77 - Atendimentos Identificados de Beneficiários de Planos de Saúde realizados

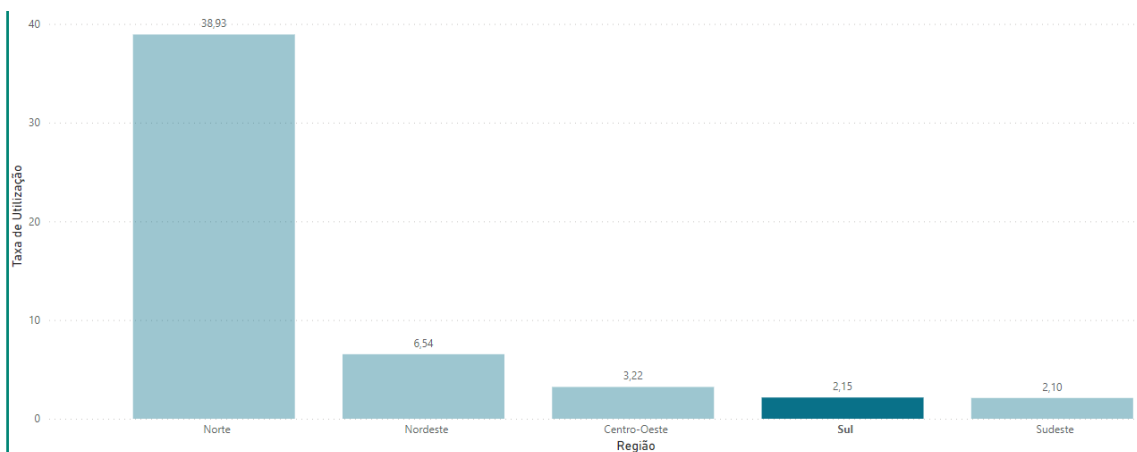
no SUS no Território Brasileiro de 2009 a 2021.



Fonte: Boletim Informativo 15ª edição, dezembro de 2022, p. 10 - ANS.

A figura acima mostra um gráfico do percentual de internações hospitalares cujos valores foram cobrados das operadoras de planos de saúde a título de ressarcimento ao SUS em relação ao quantitativo total de internações realizadas pelo SUS entre 2017 e 2021. Já a figura abaixo traz a taxa média de utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde (identificado pela AIH/APAC), em 2020, nas grandes regiões do Brasil - sendo a região Sul a segunda menor neste quesito.

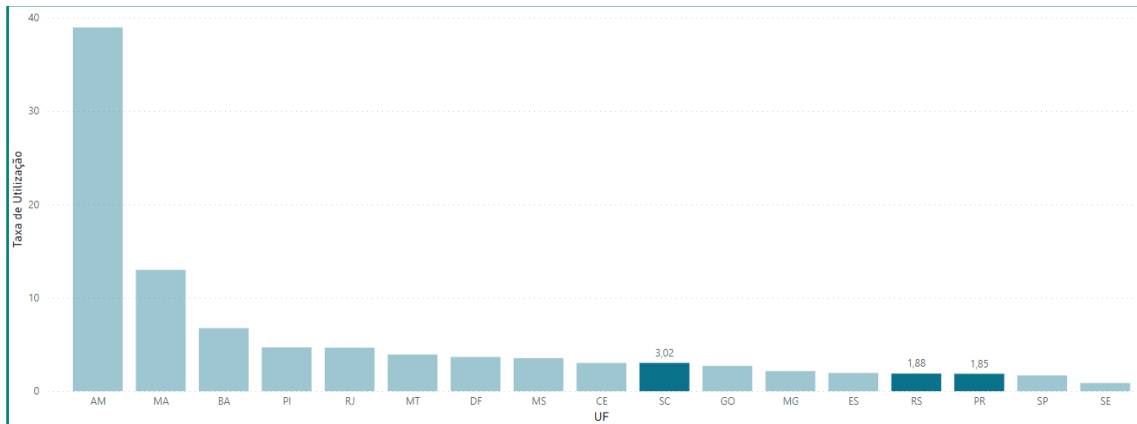
Figura 78 - Taxa Média de Utilização do SUS por Grandes Regiões - 2020.



Fonte: Dados do Setor, dezembro de 2021, p. 7 - ANS.

O estado catarinense apresenta a média de 3,02% de utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde, em 2020 - sendo o estado da região Sul com maior utilização e o décimo dentre os estados apresentados.

Figura 79 - Taxa Média de Utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde-2020.



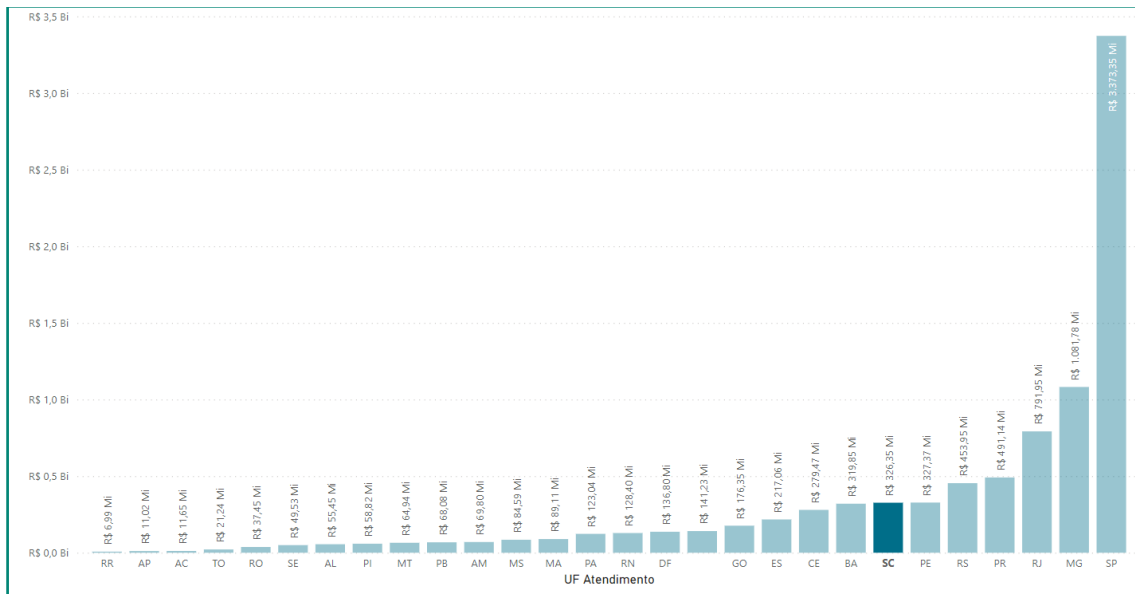
Fonte: Dados do Setor, dezembro de 2021, p. 7 - ANS.

Visto isso, é importante verificar as cobranças de ressarcimento ao SUS dos atendimentos realizados aos beneficiários de planos de saúde. Trata-se de um processo cujo início se dá cerca de 12 meses após o atendimento, tempo que se faz necessário para o faturamento pelo SUS, envio e processamento na base de dados da ANS. O ressarcimento abarca os procedimentos registrados por AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e APAC (Autorização de Procedimento Ambulatorial) realizados nos estabelecimentos públicos e privados conveniados ao SUS (ANS, 2022).

A figura abaixo mostra as cobranças de ressarcimento ao SUS com guia de recolhimento da união (GRU) dos atendimentos aos beneficiários de planos de saúde de 2009 a 2021 - estado catarinense apresenta o valor cobrado dos planos de saúde de R\$326,35 Mi.

Figura 80 - Cobranças de Ressarcimento ao SUS com GRU dos Atendimentos aos

Beneficiários de Planos de Saúde de 2009 a 2021.



Fonte: Boletim Informativo 15ª edição, dezembro de 2022, p. 17 - ANS.

Refletir sobre o sistema de saúde privado é uma busca por compreender como um sistema que é considerado único pode, paradoxalmente, ser também duplo; e ao ser duplo, deve ainda ser, e em certa medida, único. É necessário redirecionar o foco para uma compreensão abrangente e conectada do sistema de saúde suplementar, alicerçada na Constituição. Abriga-se um interesse público subjacente nesses contratos: público porque impactam um quarto da população, público porque recebem subsídios governamentais e público porque seu objetivo está relacionado à saúde, que por sua vez abarca a dimensão fundamental da vida, moldando assim a própria existência (GOMES; MACIEL, 2020).

>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:

Os serviços de saúde são essenciais para o bem-estar da sociedade e podem ser oferecidos tanto pelo setor público quanto pelo privado. No entanto, a insuficiência de recursos é um desafio que afeta ambos os serviços. A busca por um equilíbrio entre financiamento adequado e distribuição eficiente de recursos é fundamental para garantir a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade e acessíveis a todos.

7.2. DIMENSÃO DA GOVERNANÇA REGIONAL E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

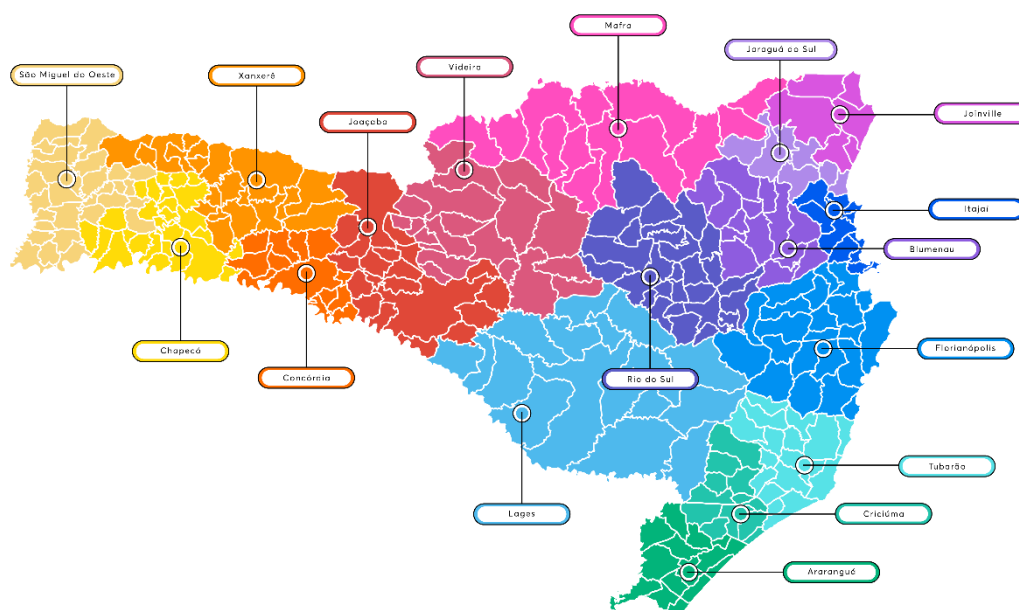
### 7.2.1. Dimensão Regional

O processo de regionalização leva em consideração a definição de regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores de estados e municípios a partir do conhecimento das identidades culturais, econômicas e sociais, das redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas dentro do território. Essas regiões devem organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no intuito de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. E essa organização das regiões de saúde deve visar o favorecimento de ações cooperativas e solidárias entre os gestores e o fortalecimento do controle social (OPAS, 2011).

No estado de SC a organização das RAS está sendo realizada com base na configuração das 17 regiões de saúde e das 07 macrorregiões de saúde, abrangendo os 295 municípios, expressa por meio da Deliberação CIB nº 184 de 2021, vigente até o momento.

Para cada região de saúde há uma gerência regional de saúde ligada à sede da SES/SC, cujo nome é do município onde está alocada, conforme figura a seguir.

Figura 81 - Mapa de Santa Catarina identificando as regiões de saúde por cores e pelo nome das gerências regionais de saúde. Santa Catarina, 2023.



Fonte: Elaboração própria - DIVE, 2022.

Quadro 17 - Macrorregião de Saúde, Região de Saúde, Municípios e Município Sede da Regional de Saúde. Santa Catarina, 2023.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO GRANDE OESTE		
REGIÃO DE SAÚDE DO EXTREMO OESTE	REGIÃO DE SAÚDE DE XANXERÊ	REGIÃO DE SAÚDE DO OESTE
Anchieta	Abelardo Luz	Águas de Chapecó
Bandeirante	Bom Jesus	Águas Frias
Barra Bonita	Campo Erê	Arvoredo
Belmonte	Coronel Martins	Caibi
Bom Jesus do Oeste	Entre Rios	Caxambu do Sul
Descanso	Faxinal dos Guedes	Chapecó (Regional de Saúde)
Dionísio Cerqueira	Galvão	Cordilheira Alta
Flor do Sertão	Ipuçu	Coronel Freitas
Guaraciaba	Jupia	Cunha Porã
Guarujá do Sul	Lajeado Grande	Cunhataí
Iporã do Oeste	Marema	Formosa do Sul
Iraceminha	Novo Horizonte	Guatambu
Itapiranga	Ouro Verde	Irati
Maravilha	Passos Maia	Jardinópolis
Modelo	Ponte Serrada	Nova Erechim
Mondaí	São Bernardino	Nova Itaberaba
Palma Sola	São Domingos	Paial
Paraíso	São Lourenço do Oeste	Palmitos
Princesa	Vargeão	Pinhalzinho
Romelândia	Xanxerê (Regional de Saúde)	Planalto Alegre
Saltinho	Xaxim	Quilombo
Santa Helena		Riqueza
Santa Terezinha do Progresso		Santiago do Sul

São João do Oeste		São Carlos
São José do Cedro		Serra Alta
São Miguel da Boa Vista		Sul Brasil
São Miguel do Oeste (Regional de Saúde)		União do Oeste
Saudades		
Tigrinhos		
Tunápolis		

MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO MEIO OESTE E SERRA CATARINENSE			
REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO URUGUAI CATARINENSE	REGIÃO DE SAÚDE DO MEIO OESTE	REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE	REGIÃO DE SAÚDE DA SERRA CATARINENSE
Alto Bela Vista	Abdon Batista	Arroio Trinta	Anita Garibaldi
Arabutã	Água Doce	Caçador	Bocaina do Sul
Concórdia (Regional de Saúde)	Brunópolis	Calmon	Bom Jardim da Serra
Ipira	Campos Novos	Curitibanos	Bom Retiro
Ipumirim	Capinzal	Fraiburgo	Campo Belo do Sul
Irani	Catanduvas	Frei Rogério	Capão Alto
Itá	Celso Ramos	Ibiam	Cerro Negro
Lindóia do Sul	Erval Velho	Iomerê	Correia Pinto
Peritiba	Herval d'Oeste	Lebon Régis	Lages (Regional de Saúde)
Piratuba	Ibicaré	Macieira	Otacílio Costa
Presidente Castelo Branco	Jaborá	Matos Costa	Painel
Seara	Joaçaba (Regional de Saúde)	Pinheiro Preto	Palmeira
Xavantina	Lacerdópolis	Ponte Alta do Norte	Ponte Alta
	Luzerna	Rio das Antas	Rio Rufino
	Monte Carlo	Salto Veloso	São Joaquim
	Ouro	Santa Cecília	São José do Cerrito
	Treze Tílias	São Cristóvão do Sul	Urubici

	Vargem	Tangará	Urupema
	Vargem Bonita	Timbó Grande	
	Zortéa	Videira (Regional de Saúde)	

MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA FOZ DO RIO ITAJAÍ	
REGIÃO DE SAÚDE DA FOZ DO RIO ITAJAÍ	
Balneário Camboriú	
Balneário Piçarras	
Bombinhas	
Camboriú	
Ilhota	
Itajaí (Regional de Saúde)	
Itapema	
Luís Alves	
Navegantes	
Penha	
Porto Belo	

MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO VALE DO ITAJAÍ	
REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO ITAJAÍ	REGIÃO DE SAÚDE DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ
Agrolândia	Apiúna
Agronômica	Ascurra
Atalanta	Benedito Novo
Aurora	Blumenau (Regional de Saúde)
Braço do Trombudo	Botuverá
Chapadão do Lageado	Brusque
Dona Emma	Doutor Pedrinho
Ibirama	Gaspar
Imbuia	Guabiruba
Ituporanga	Indaial



José Boiteux	Pomerode
Laurentino	Rio dos Cedros
Lontras	Rodeio
Mirim Doce	Timbó
Petrolândia	
Pouso Redondo	
Presidente Getúlio	
Presidente Nereu	
Rio do Campo	
Rio do Oeste	
Rio do Sul (Regional de Saúde)	
Salete	
Santa Terezinha	
Taió	
Trombudo Central	
Vidal Ramos	
Vitor Meireles	
Witmarsum	

MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS	
<b>REGIÃO DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS</b>	
Águas Mornas	
Alfredo Wagner	
Angelina	
Anitápolis	
Antônio Carlos	
Biguaçu	
Canelinha	
Florianópolis (Regional de Saúde)	
Garopaba	

Governador Celso Ramos
Leoberto Leal
Major Gercino
Nova Trento
Palhoça
Paulo Lopes
Rancho Queimado
Santo Amaro da Imperatriz
São Bonifácio
São João Batista
São José
São Pedro de Alcântara
Tijucas

MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUL		
REGIÃO DE SAÚDE DE LAGUNA	REGIÃO DE SAÚDE CARBONÍFERA	REGIÃO DE SAÚDE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
Armazém	Balneário Rincão	Araranguá (Regional de Saúde)
Braço do Norte	Cocal do Sul	Balneário Arroio do Silva
Capivari de Baixo	Criciúma (Regional de Saúde)	Balneário Gaivotas
Grão Pará	Forquilha	Ermo
Gravatal	Içara	Jacinto Machado
Imaruí	Lauro Muller	Maracajá
Imbituba	Morro da Fumaça	Meleiro
Jaguaruna	Nova Veneza	Morro Grande
Laguna	Orleans	Passo de Torres
Pedras Grandes	Siderópolis	Praia Grande
Pescaria Brava	Treviso	Santa Rosa do Sul
Rio Fortuna	Urussanga	São João do Sul

Sangão		Sombrio
Santa Rosa de Lima		Timbé do Sul
São Ludgero		Turvo
São Martinho		
Treze de Maio		
Tubarão (Regional de Saúde)		

MACRORREGIÃO DE SAÚDE PLANALTO NORTE E NORDESTE		
REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE	REGIÃO DE SAÚDE DO VALE DO ITAPOCU	REGIÃO DE SAÚDE DO PLANALTO NORTE
Araquari	Barra Velha	Bela Vista do Toldo
Balneário Barra do Sul	Corupá	Campo Alegre
Garuva	Guaramirim	Canoinhas
Itapoá	Jaraguá do Sul (Regional de Saúde)	Irineópolis
Joinville (Regional de Saúde)	Massaranduba	Itaiópolis
São Francisco do Sul	São João do Itaperiú	Mafra (Regional de Saúde)
	Schroeder	Major Vieira
		Monte Castelo
		Papanduva
		Porto União
		Rio Negrinho
		São Bento do Sul
		Três Barras

### >>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:

A fragilidade no processo de regionalização é um obstáculo para a eficácia do sistema de saúde. A regionalização busca distribuir os recursos e serviços de saúde de maneira equitativa, adaptada às necessidades locais. A superação dessas fragilidades requer esforços conjuntos dos governos e partes interessadas para garantir uma distribuição justa e eficiente dos serviços de saúde em todas as regiões.

### **7.2.2. Redes de Atenção à Saúde**

Para que haja acesso efetivo às ações e serviços de saúde, é essencial não apenas disponibilizar esses serviços, mas também promover a articulação entre eles. O conceito de acesso é amplo e abrange diversas dimensões, indo além do simples uso dos serviços de saúde. Ele envolve a liberdade de utilização e está intimamente ligado à capacidade do sistema de saúde em oferecer cuidados coordenados de acordo com as necessidades da população (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

O acesso é um dos princípios do SUS e está vinculado às condições sociais, pois os grupos populacionais que mais precisam dos serviços de saúde são os que têm maior dificuldade em acessá-los (LIMA et al., 2012). Ressalta-se que não se restringe somente à utilização dos serviços de saúde, abrange desde questões sócio-organizacionais até as relações interpessoais para promover a entrada no sistema público de saúde, com a utilização dos serviços em tempo oportuno e com melhor resultado para a população (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

Para o alcance dos objetivos de melhoria no acesso aos serviços de saúde, pode-se utilizar de algumas ferramentas de microgestão que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar a RAS: Diretrizes clínicas, Linhas de Cuidado - LC, Gestão da condição da saúde, Gestão de caso, Auditoria clínica e Lista de espera (BRASIL, 2017).

As Redes Temáticas de Atenção à Saúde implantadas no Estado são: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Para a Rede Cegonha, o Plano de Ação Regional - PAR foi desenvolvido em cada região de saúde nos anos de 2012 e 2013 (estando no momento em período de atualização por região de saúde), para as demais redes o PAR foi realizado em cada macrorregião, entre os anos de 2015 e 2018.

#### **7.2.2.1. Redes Temáticas**

As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A Rede Cegonha é uma rede de cuidados que “visa assegurar à mulher 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 saudável”. Um dos principais objetivos dessa rede é a redução da mortalidade materna e infantil neonatal (BRASIL, 2017).

No estado catarinense, a Linha de Cuidado Materno Infantil, publicada em 2019 pela SES, é um conjunto de diretrizes clínicas descritas em um documento orientador que visa a qualificação da atenção profissional prestada às mulheres no período gravídico puerperal e às crianças menores de dois anos. Além disso, a Rede Cegonha também atua na organização das referências regionalizadas para: Gestação de Alto Risco - GAR, Centro de Parto Normal - CPN, Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP e leitos para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIn, Unidades Cuidados Intermediários Neonatais e Unidades de Cuidados Neonatais na modalidade Canguru.

Quadro 18 - Situação de Serviços e leitos da Rede Cegonha em Santa Catarina - setembro/2023.

SERVIÇOS REDE CEGONHA	PAR 2013	Habilitados	SUS	Não SUS	Existentes
Centro de Parto Normal - CPN	20	1	1	0	1
Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP	20	2	2	0	2
Gestação de Alto Risco - GAR	181	113	113	0	113

Fonte: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/apresentacoes-1/19714-capacidade-instalada-rede-cegonha-2022/file>.

Quadro 19 - Situação de leitos de UTI neonatal, UCINCo e UCINCa da Rede Cegonha em Santa Catarina - setembro/ 2023.

REGIÃO	Leitos habilitados MS de UTI neonatal	Leitos Ativo na Regulação da SES de UTI Neonatal	Leitos habilitados MS de UCINCo	Leitos habilitados e ativos na Regulação da SES de UCINCo	Leitos habilitados MS de UCINCa	Leitos habilitados MS de UCINCa

Laguna	7	7	8	8	4	4
Extremo Sul	10	17	*		*	*
Carbonífera	20	20	*	10	*	*
Foz do rio Itajaí	16	15	8	8	4	4
Médio Vale do Itajaí	28	37	12	13	4	4
Alto Vale do Itajaí	8	8	7	6	3	3
Xanxerê	10	10	4	4	2	2
Extremo Oeste	0	0	*	*	*	*
Oeste	<b>10</b>	10	*	*	*	2
Serra Catarinense	10	15	*	11	*	4
Alto vale do Rio do Peixe	7	12	6	*	3	3
Meio Oeste	<b>0</b>	0	*	*	*	*
Alto Uruguai Catarinense	6	7	*	*	*	*
Grande Florianópolis	28	58	4	31	*	*
Vale do Itapocu	6	7	6	6	3	*
Nordeste	30	31	14	14	3	2
Planalto Norte	9	9	4	4	4	4
Total	205	263	73	115	30	32

Fonte: Gerência de articulação de Redes de Atenção à Saúde- setembro -2023

A situação de leitos de UTI, UCINCo e UCINCa no Estado, são de leitos habilitados pelo Ministério da Saúde e leitos em funcionamento que estão ativos na regulação e estão em processo de habilitação.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem como objetivo “ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.”

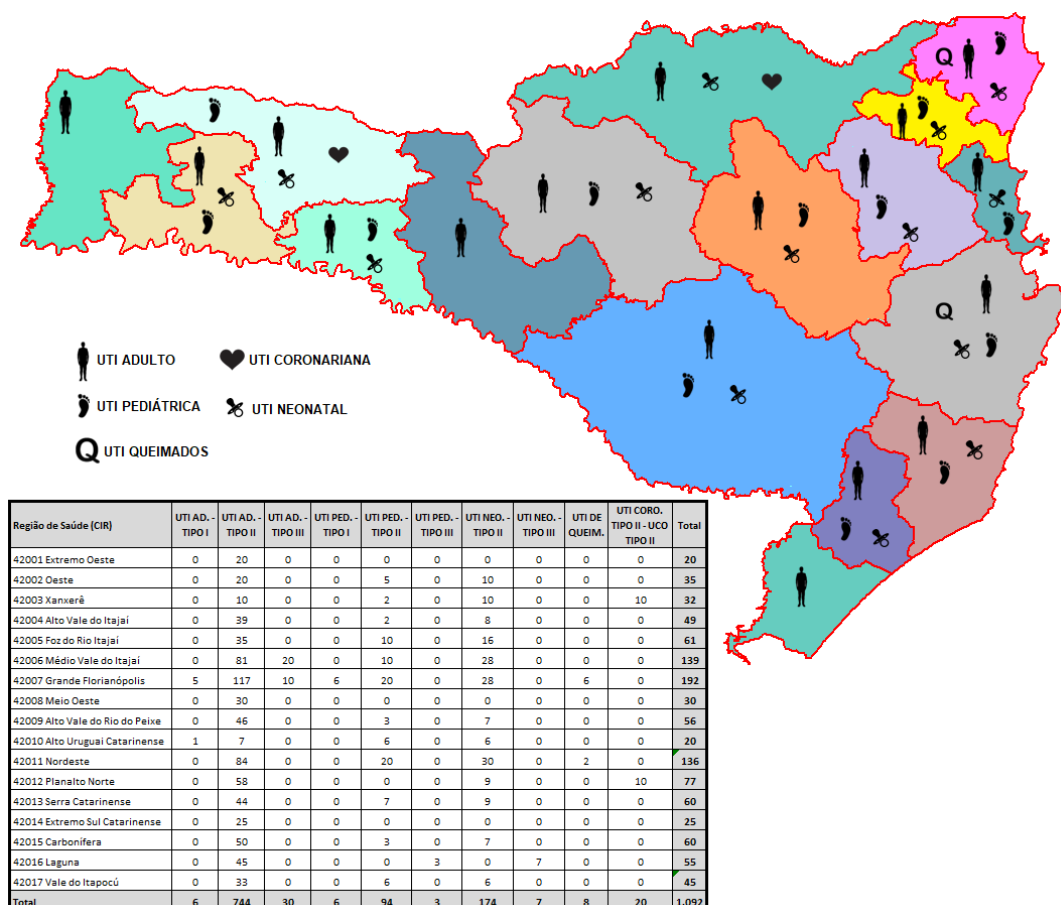
Os componentes da rede são: (1) Porta de entrada, com 32 leitos; (2) Leitos de retaguarda clínica, com 661 leitos; (3) Leitos de UTI adulto, com 413 leitos; (4) Leitos

de UTI pediátrico, com 58 leitos; (5) Leitos de cuidados prolongados, com 200 leitos; (6) Leitos de AVC, com 97 leitos; (7) Leitos de Unidades Coronariana, com 10 leitos; (8) Programa Melhor em Casa, com 39 leitos; (9) Unidade Pronto Atendimento (UPA), (10) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O SAMU em SC, por meio da Deliberação CIB/049/2021 possui: 08 Centrais de Regulação às Urgências (CRUs), operam 24 horas por dia, 07 dias por semana e atendem de forma regionalizada cobrindo 100% dos municípios. Atualmente o estado conta com um total de 120 viaturas (26 Unidades de Suporte Avançado - USA; e 94 Unidade de Suporte Básico - USB).

O estado conta com um total de 27 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e com 42 Pronto Atendimentos (PA) e com 172 hospitais que atendem urgência e emergência.

Figura 82 - Leitos de UTI em Santa Catarina: adulto, pediátrico, neonatal, queimados, coronariana. Santa Catarina, 2023.



Fonte: GEARS. SANTA CATARINA, 2023.

Além dos serviços citados, a SES/SC construiu o Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR), que é um instrumento qualificado, com fundamentação científica atualizada, destinado a melhorar a organização das portas de entrada dos serviços de urgência e emergência. Composto por fluxogramas clínicos, cirúrgicos, odontológicos, pediátricos, psiquiátricos e obstétricos, serve como excelente ferramenta de apoio ao enfermeiro da Classificação de Risco e ao médico da emergência, contribuindo para o acesso qualificado do paciente na porta de urgência ou emergência e o atendimento por ordem de gravidade. Aprovado pela Deliberação CIB nº 335 de 27 de julho de 2023, para ser utilizado por adesão pelos Pontos de Atenção da Rede de Urgência e Emergência. Atualmente, está implantado em 07 hospitais e está em fase de expansão.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas tem como objetivo realizar a atenção, de forma integral às pessoas com condições 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.

As condições crônicas não transmissíveis (CCNT), entre elas, hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, estão relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual e prognóstico incerto. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar complicações e até mesmo levar à morte.

A portaria ministerial traz como linhas de cuidados prioritárias: Cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade, Cuidado da pessoa com doença renal crônica - DRC, Cuidado à pessoa tabagista e Cuidado do câncer de colo de útero e do câncer de mama.

Dentre essas linhas, o estado de SC aprovou em 2015, o Protocolo para o diagnóstico, a avaliação e o tratamento de problemas de saúde vinculados ao tabagismo; em 2016, Plano de ação da rede de atenção à saúde das pessoas com câncer em SC (incorporando a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer); em 2017, a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade; em 2018, linha de cuidado à pessoa com diabetes mellitus; em 2019, linha de cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica; em 2021, linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica em SC.



Os serviços de alta complexidade habilitados para atendimento ao portador de obesidade são: Hospital Azambuja, em Brusque; Hospital e Maternidade Tereza Ramos, em Lages; Hospital Univ. Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em Florianópolis; Hospital Regional de São José Dr. Homero Miranda Gomes, em São José; Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, em Joinville; e, Hospital Santo Antônio, em Blumenau.

Os serviços de terapia renal substitutiva estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Quadro 20 - Serviços de Terapia Renal Substitutiva em Santa Catarina. Santa Catarina, setembro de 2023.

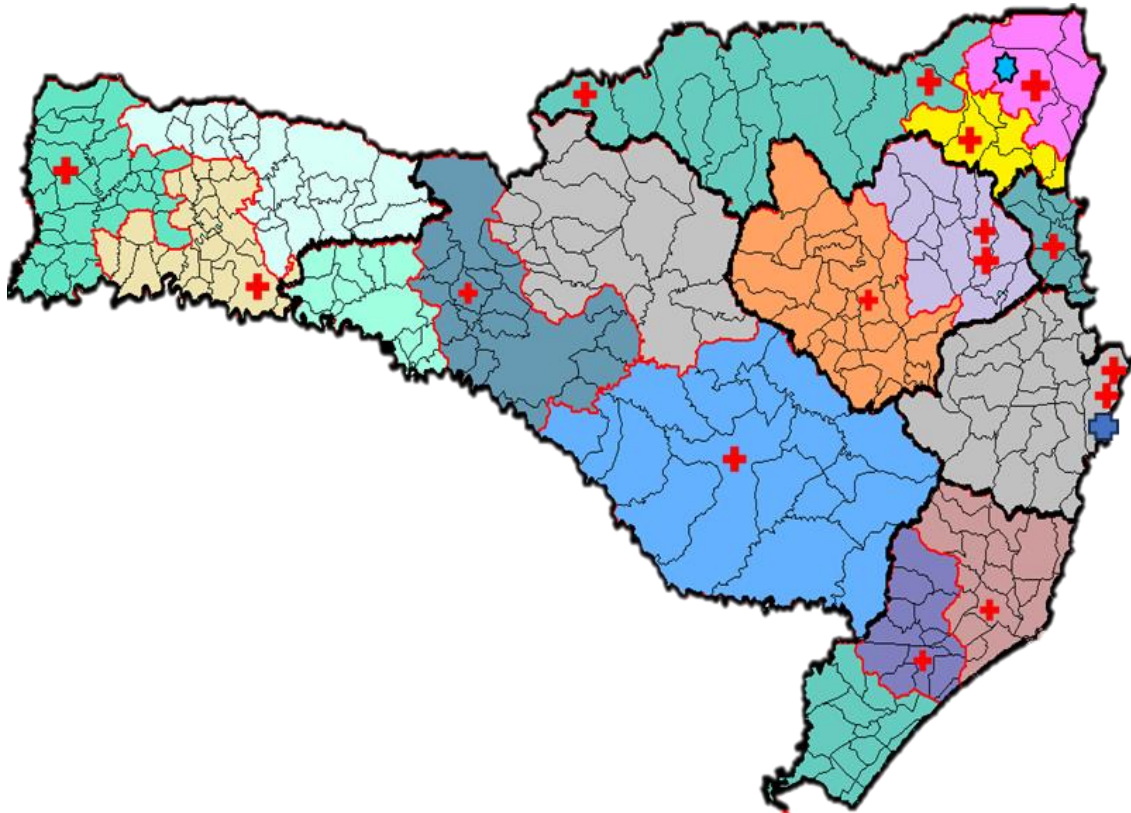
Região de Saúde	Qtd. de estabelecimentos	Hemodiálise	Diálise Peritoneal	Pré Dialítico
Extremo Oeste	1	X	X	X
Oeste	1	X	X	X
Xanxerê	1	x	x	x
Alto Vale do Itajaí	1	x	x	x
Foz do Rio Itajaí	2	x	x	x
Médio vale do Itajaí	3	x	x	x
Grande Florianópolis	4	x	x	x
Meio Oeste	1	x		x
Alto Vale do Rio do Peixe	2	x	x	x
Alto Uruguai Catarinense	1	x	x	x
Nordeste	2	x	x	x
Vale do Itapocu	1	x	x	x
Planalto Norte	3	x	x	x
Serra Catarinense	2	x	x	x
Extremo Sul	1	x	x	x
Carbonífera	2	x	x	x
Lagunita	1	x	x	x

Fonte: GEARS, 2023.

Com vistas à Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) da Portaria de Consolidação SAES nº 1, de 22 de fevereiro de 2022 e a Portaria SAES/MS nº 688, de 28 de agosto de 2023,, o estado catarinense mantém a Rede de Oncologia desenhada abaixo.

Figura 83 - Rede de oncologia - UNACON e CACON em Santa Catarina. Santa

Catarina, 2023.



**Legenda:** + UNACON    \* CACON    + UNACON (habilitando)

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/13688-hospitais-cadastrados-para-tratamento-de-cancer/file>

Fonte: GEARS. SANTA CATARINA, 2023.

O atendimento infantil (UNACON infantil) atualmente concentra-se no Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, e Hospital Infantil Jeser Amarante Filho, em Joinville. Os Serviços de Hematologia (UNACON com hematologia) são oferecidos pelo Hospital Leonir Vargas Ferreira, em Chapecó; Hospital São José, em Criciúma; Hospital Celso Ramos, em Florianópolis; Hospital Municipal São José, em Joinville; e Hospital Santo Antônio, em Blumenau.

O diagnóstico precoce, a estratificação de risco e a adesão ao tratamento, bem como a mudança de hábitos de vida são componentes-chave da resposta a essas doenças. A mudança no paradigma do sistema de saúde por meio da construção de redes, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, bem como ações intersetoriais, vêm ao encontro do desafio proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU) através dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) de até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e

promover a Saúde Mental e o bem-estar. Diante desta complexidade, a principal iniciativa é alinhar ações e serviços já existentes nos municípios para que seja possível reconhecer uma rede de cuidado às pessoas com condições crônicas a partir das Linhas de Cuidado.

Com relação às linhas de cuidados, o estado de SC ainda precisa avançar na implementação da Linha de Cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus, aprovada na CIB pela deliberação 330/CIB/2018; Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial, aprovada na CIB; e da Linha de Cuidado Sobrepeso e Obesidade, aprovada na CIB em Deliberação 86/2017, em atualização.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) trata-se de um arranjo institucional que consiste na implementação dos diferentes serviços e ações em Saúde Mental para que, de forma articulada com outros recursos intra e intersetoriais possam operar o cuidado em rede. Buscando ser mais resolutiva respondendo às diferentes e complexas necessidades no campo da Saúde Mental, álcool e outras drogas, no nível comunitário, dentro dos preceitos técnicos e científicos, respeitados os princípios éticos e os Direitos Humanos (BRASIL, 2022). Esta, foi instituída a partir da Reforma Psiquiátrica ( LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001) em que traz a importância do fortalecimento dos serviços territoriais (extra hospitalares) para o cuidado em liberdade.

Para o fortalecimento da APS no cuidado em Saúde Mental, uma das principais estratégias foi a criação de equipes de apoio matricial, que realizam ações de atendimento compartilhado e capacitação em serviço, desempenhada por uma equipe especializada na área.

O diagnóstico da RAPS no estado tem como base quatro referências: os Planos de Ação Regional (PAR), correspondendo ao desenho dos serviços que devem ser implantados e implementados em território catarinense para preencher vazios assistenciais da RAPS, elaborados em 2021; as visitas institucionais aos serviços da RAPS realizadas pela equipe de Saúde Mental do estado; as propostas resultantes da V Conferência Estadual de Saúde Mental/2022 e o monitoramento da produção dos serviços CAPS por meio do Registro de Ações em Saúde (RAAS) e dados coletados pelo formulário padrão de análise situacional dos serviços (estrutura, processo e resultados).

O quadro a seguir apresenta a capacidade instalada, nos 295 municípios catarinenses, dos Centros de Atenção Psicossocial, em suas modalidades, assim como dos serviços de moradia provisória - Unidades de Acolhimentos (UA), de moradia

permanente - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e das Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental (EMAESM):

Quadro 21 - Capacidade instalada dos CAPS no estado, conforme a modalidade. Santa Catarina, 2023.

CAPS I Micro	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS III ad	CAPS i	CAPS ad	U.A	EMAESM	SRT
18	47	15	02	02	10	15	01	03	04

Fonte: DAPS/CGA/ CIS, 2023.

Os municípios que se habilitaram na Unidade de Acolhimento (U.A.) foram Chapecó com três (03) leitos e Joinville com sete (07) leitos. Aqueles que se habilitaram no Serviço Residencial Terapêutico (SRT) foram Monte Castelo com o SRT tipo I e Joinville com os tipos I e II. Já os municípios com Consultório na Rua são: Criciúma, Florianópolis e Joinville (DAPS, 2023).

Vale ressaltar que, pelo fato da maioria dos municípios catarinenses não terem porte populacional para a instalação de um CAPS (a implementação do serviço só é possível em municípios acima de 15 mil habitantes), foi criado no estado a modalidade CAPS Microrregional (dois ou mais municípios), de acordo com a deliberação 022/CIB/09. Os 18 CAPS Microrregionais abrange 52 municípios.

O cofinanciamento estadual para a Saúde Mental consiste em custeio mensal aos CAPS da modalidade Microrregional, somando 108.225,35 mensais em 2022, destinados a custear o traslado dos usuários de outros municípios pactuados para o município sede (deliberação 054/cib/2019), a ausência de muitos dos serviços propostos pela RAPS em território catarinense vem a ser justificada pelo baixo custeio federal (congelado desde 2011 em seus valores) e pela restrição do custeio estadual, destinado apenas aos CAPS Microrregionais.

A rede SUS estadual, apresenta na alta complexidade, 79 leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais habilitados pelo Ministério da Saúde, além dos 680 contratualizados pelo estado, ambos destinados ao cuidado em situações de crise em Saúde Mental, seguindo os preceitos norteadores da lei 10216/2001.

Quadro 22 - Rol de hospitais com leitos de psiquiatria e/ou Saúde Mental (MS)

enquadrados na Política Hospitalar Catarinense (PHC), em 2021. Santa Catarina, 2023.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	GESTÃO	ESTABELECIMENTO	QDT PSIQUIATRIA - PHC	QDT SAÚDE MENTAL - MS	QDT LEITOS
Nordeste	Joinville	Estadual	Hospital Materno Infantil Dr Jeser Amarante Faria	14	-	14
Nordeste	Joinville	Estadual	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	30	-	30
Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	Estadual	Hospital Hélio Anjos Ortiz	20	-	20
Médio Vale do Itajaí	Brusque	Municipal	Hospital Azambuja	26	4	30
Laguna	Laguna	Municipal	Hospital de Caridade S B J dos Passos	15	15	30
Serra Catarinense	Lages	Municipal	Hospital Infantil Seara do Bem	10	-	10
Extremo Oeste	Maravilha	Estadual	Hospital São José de Maravilha	17	-	17
Médio Vale do Itajaí	Indaial	Municipal	Hospital Beatriz Ramos	10	-	10
Foz do Rio Itajaí	Itajaí	Municipal	Hospital Infantil Pequeno Anjo	8	-	8
Carbonífera	Morro da Fumaça	Estadual	Hospital De Caridade São Roque	10	-	10
Grande Florianópolis	São João Batista	Municipal	Hospital Municipal Monsenhor JOSÉ Locks	10	-	10
Extremo Sul Catarinense	Praia Grande	Estadual	Hospital Nossa Senhora de Fátima	2	8	10
Xanxerê	Ponte Serrada	Estadual	Hospital Santa Luzia de Deolindo Jose Baggio	30	-	30
Médio Vale do Itajaí	Pomerode	Estadual	Hospital e Maternidade Rio do Testo	10	-	10
Carbonífera	Urussanga	Municipal	Hospital Nossa Senhora da Conceição HNSC	20	-	20
Oeste	Palmitos	Estadual	Hospital Palmitos	25	-	25
Planalto Norte	Três Barras	Municipal	Hospital Felix da Costa Gomes	3	8	11
Alto Vale do Rio do Peixe	Santa Cecília	Estadual	Hospital e Maternidade Santa Cecília	30	-	30
Meio Oeste	Luzerna	Estadual	Hospital São Roque de Luzerna	30	-	30
Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	Municipal	Hospital Samaria	8	22	30
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Municipal	Hospital Misericórdia	10	-	10
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Municipal	Hospital Santo Antônio	0	10	10
Oeste	Quilombo	Municipal	Hospital São Bernardo	20	-	20
Alto Uruguai Catarinense	Lindóia do Sul	Estadual	Hospital Izolde Hubner Dalmora	12	8	20
Oeste	São Carlos	Estadual	Associação Hospitalar Pe João Berthier	10	-	10
Carbonífera	Lauro Muller	Municipal	Fundação Hospitalar Henrique Lage	15	-	15
Extremo Oeste	Mondaí	Estadual	Hospital Mondaí	20	-	20

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	GESTÃO	ESTABELECIMENTO	QDT PSIQUIATRIA - PHC	QDT SAÚDE MENTAL - MS	QDT LEITOS
Médio Vale do Itajaí	Rio do Cedros	Estadual	Hospital Dom Bosco	10	-	10
Grande Florianópolis	São Pedro de Alcântara	Estadual	Hospital Santa Teresa	30	-	30
Extremo Oeste	Tunápolis	Estadual	Hospital de Tunápolis	30	-	30
Planalto Norte	Papanduva	Estadual	Hospital São Sebastião	18	-	18
Extremo Oeste	Descanso	Estadual	Fundação Médica	18	-	18
Alto Uruguai Catarinense	Itá	Estadual	Hospital São Pedro	10	-	10
Oeste	Cunha Porã	Estadual	Hospital Cunha Porã	15	-	15
Laguna	Armazém	Estadual	Hospital Santo Antônio HSA	10	-	10
Alto Vale do Itajaí	Pouso Redondo	Estadual	Hospital de Pouso Redondo	16	-	16
Serra Catarinense	Anita Garibaldi	Estadual	Hospital Frei Rogério	10	-	10
Médio Vale do Itajaí	Timbó	Estadual	Hospital e Maternidade OASE	0	4	4
Laguna	Rio Fortuna	Estadual	Hospital de Rio Fortuna	10	-	10

Fonte: GEARS. SANTA CATARINA, 2021.

### >>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:

Existem lacunas nos serviços residenciais terapêuticos para indivíduos com histórico de sofrimento psíquico e nas unidades de acolhimento para aqueles com problemas relacionados ao uso excessivo de substâncias. As regiões de saúde e municípios enfrentam fragilidades na organização do trabalho para desinstitucionalização. Além disso, a colaboração entre setores é frágil, comprometendo iniciativas que visam reintegrar socialmente os usuários, promovendo sua autonomia no cuidado em saúde mental.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. Tem como componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2023).

Em agosto de 2012, a CIB aprovou o plano de ação estadual para a estruturação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência (Deliberação 375/CIB/12). No

Estado, os serviços especializados em única modalidade de deficiência foram habilitados anteriormente à Portaria GM/MS 793 de 24 de abril de 2012. São 06 serviços de saúde auditiva, 1 serviço de reabilitação visual e 140 serviços de atendimento de deficiência intelectual e transtorno do espectro autista, na sua maioria, APAEs.

A partir das necessidades do Estado para a estruturação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, foram habilitados 05 serviços para atendimento de duas modalidades de deficiência, os Centros Especializados em Reabilitação (CER II), para atendimento de deficiência física e intelectual e 1 Oficina ortopédica. Pelo plano de ação Estadual, revisado em 2020, estão previstos novos serviços na modalidade CER III e CER IV, nas regiões de vazio assistencial.

Quanto a Atenção às Pessoas com Estomias está prevista em deliberações da CIB, a compra e a concessão dos insumos de maneira centralizada, de competência Estadual, a disponibilização dos 53 itens para as estomias intestinais e urinárias, e 10 itens de estomia respiratória. E a atenção ao usuário é realizada no município de origem do paciente, sendo encaminhado para serviços de referência conforme pactuações regionais, quando necessárias.

É importante destacar que, em 2022, o estado de SC aprovou por meio da Deliberação 121/CIB/2022 as Diretrizes para a Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Raras na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em SC, que descreve as 22 doenças selecionadas de acordo com a prevalência e existência de protocolo clínico e diretriz terapêutica (PCDT).

Conforme definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma Doença Rara (DR) é caracterizada por afetar até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, aproximadamente 1,3 pessoa a cada 2.000 indivíduos. Isso corresponde a uma faixa de 6% a 8% da população.

Destaca-se que a grande maioria, ou seja, cerca de 95% das Doenças Raras, não dispõe de tratamentos específicos, sejam eles medicamentosos ou nutricionais. Portanto, essas condições dependem de uma rede de cuidados bem estruturada, com o propósito de aliviar tanto o sofrimento físico quanto emocional, para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e oferecer apoio aos seus familiares e cuidadores (ANDRADE e ALBUQUERQUE, 2020).

Figura 84 - Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência. Santa Catarina, 2023.

**Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências**



Fonte: A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina.ppt  
Mapa dos serviços ativos: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-cuidados-a-saude-da-pessoa-com-deficiencia-1>

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

A organização das Redes de Atenção à Saúde representa um desafio complexo. É necessário uma rede robusta para oferecer cuidados abrangentes e eficazes. No entanto, obstáculos como falta de integração entre os níveis de atendimento, escassez de recursos, desigualdades geográficas e limitações na capacitação de profissionais podem comprometer a qualidade dos serviços prestados.

7.2.2.2. Linhas de Cuidado em Santa Catarina

A Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema. Os principais objetivos são: Definir os fluxos assistenciais de uma determinada condição de saúde dentro da Rede de Atenção à Saúde; Prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação das ações voltadas à implantação; Promover a capacitação de gestores e profissionais de saúde dos serviços que compõem a rede de atenção primária para a implementação das linhas de cuidado nos municípios; Fortalecer as ações, projetos e programas referentes às linhas de cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde a partir da Atenção Primária; Estabelecer parcerias



com outros setores públicos com o intuito de fomentar e promover a implantação das linhas de cuidado nos municípios.

Quadro 23 - Relação das Linhas de Cuidados, conforme deliberação, fase implantação e região de saúde implantada. Santa Catarina, 2023.

LINHA DE CUIDADO	DELIBERAÇÃO	FASE DE IMPLANTAÇÃO	REGIÃO DE SAÚDE
Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual	Deliberação 331/cib/2018 Atualização Deliberação 160cib/2022	Fase Inicial (qualificação)	-
Linha de cuidado Materno Infantil	Deliberação 286/cib/18	Revisão	-
Linha de cuidado à pessoa com Sobrepeso e Obesidade	Em atualização com previsão de lançamento para 2023.02	Revisão	
Linha de cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus	Deliberação 330/cib/2018	Implantação e implementação	Extremo Oeste Xanxerê Oeste
Linha de cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica		Implantação e implementação	Extremo Oeste Xanxerê Meio Oeste
Linha de cuidado para atenção à saúde da pessoa Idosa	Deliberação 307/cib/2018	Implantação e implementação	Extremo Oeste Xanxerê Meio Oeste
Linha de Cuidado das Pessoas com Doença Renal Crônica	Deliberação 190/cib/2021	Implantação e implementação	Todas as regiões de saúde
Linha de cuidado para atenção à Saúde Bucal	Deliberação 285/cib/18	Implantação e implementação	Alto Uruguai Alto Vale do Rio do Peixe

Fonte: DAPS, 2023.

### >>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:

O sistema de referência e contra-referência é um componente vital da coordenação dos cuidados de saúde. Ele estabelece uma ligação entre diferentes níveis de atendimento, permitindo encaminhamentos eficientes e informações compartilhadas. Isso assegura uma continuidade do cuidado, otimizando os recursos e garantindo um atendimento completo e integrado.

### 7.3. MACROPROCESSOS DE GOVERNANÇA DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS

#### 7.3.1. Atenção Primária à Saúde

As ações e os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) são ofertados nos 295 municípios do Estado, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao SUS.

A capacidade instalada de serviços e profissionais da APS catarinense está composta por 2.199 equipes de Saúde da Família/equipes de Atenção Primária (eSF/eAP), 962 equipes de Saúde Bucal (eSB) e 8.911 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a cobertura de eSF/eAP no estado é 88,75% e a cobertura de eSB é de 45,72% (SANTA CATARINA, FEV. 2023; BRASIL, FEV. 2023).

As Regiões de Saúde com maior cobertura de eSF/eAP são a Oeste (100%), a Extremo Oeste (99,87%), Médio Vale do Itajaí (99,82%) e Laguna (99,48%), já as Regiões de Saúde que possuem menor cobertura de eSF/eAP são a Região de Saúde Foz do Itajaí (79,41%) e a Vale do Itapocu (59,85%). As Regiões com melhores percentuais de cobertura de eSB são Extremo Oeste (86,41%) e Laguna (81,18%) (SANTA CATARINA, FEV. 2023).

O fato da cobertura de eSF de Santa Catarina alcançar a marca de 88,75% da população demonstra que o estado está no caminho para a ampliação do acesso aos serviços de saúde. No entanto, ainda são muitos os desafios para instituir diretrizes efetivas desse acesso, de qualificação dos processos de trabalho e resolutividade nesse nível de atenção.

Para ampliar acesso é essencial diversificar e qualificar as formas de comunicação dos usuários com a equipe de saúde, com prioridade para o uso de novas tecnologias, 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, para que o usuário consiga usufruir dos serviços no tempo oportuno (TESSER, 2015).

O Programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, foi idealizado como um modelo de financiamento, cujo objetivo é

ampliar o acesso das pessoas na rede de atenção primária e promover o vínculo da população com as equipes de saúde. O Ministério da saúde elegeu 07 indicadores de saúde para o incentivo de pagamento por desempenho.

A avaliação do desempenho dos municípios foi definida pela equipe técnica da SES/SC, com a seguinte escala: muito ruim, ruim, bom e ótimo: 03 indicadores obtiveram resultados relevantes, visto que mais de 50% dos municípios apresentaram um ótimo desempenho, contudo, 04 indicadores apresentaram resultados com um desempenho abaixo do esperado. O estado apresentou um discreto aumento no Indicador Sintético Final (ISF), correspondente a nota da equipe, de 0,34 no quadrimestre 1 (Q1) de 2023 em comparação ao período anterior. A média da nota foi 8.18 no Q1 de 2023 e 7.84 no Q3 de 2022. (SANTA CATARINA, 2023 Indicadores Previne Brasil: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiODFmNWQ2NGUtMmViZi00MTlhLWI1ZTQtYTcyMjI5MDZiZDM1IiwidCI6IjhhNjNlOTRhLW0MzktNDM5Yy1iYjAyLTExOGM5ZWZiZTBjMyJ9>).

Com a implantação em 2004 da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), as ações da Saúde Bucal (SB) passaram a ser ofertadas de forma mais integral. A implantação de novos serviços possibilitou a reorganização do cuidado nos diferentes pontos de atenção em SB no Sistema Único de Saúde, apontando para o desenvolvimento de ações organizadas em Linha de Cuidado e condições especiais de vida, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo.

A PNSB também conhecida como Brasil Sorridente, além da ampliação e desenvolvimento de novos serviços de SB, reorientou o modelo assistencial com a implantação de uma rede assistencial que articula a APS no Brasil. A Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) e a Atenção Especializada Hospitalar (AEH), além das ações multidisciplinares e intersetoriais, estão associadas à consolidação da PNSB. A AEA foi potencializada por meio da criação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Assim, a PNSB – Brasil Sorridente tem contribuído de inúmeras formas para a melhoria no acesso e na qualidade da atenção em Saúde Bucal dos brasileiros.

A Linha de Cuidado em Saúde Bucal de SC foi revisada e publicada em 2022, foi implantada em duas regiões de saúde: Alto Vale do Rio do Peixe e Alto Uruguai Catarinense. O presente instrumento tem como objetivo organizar a assistência dos serviços odontológicos ofertados por meio da linha de cuidado, estabelecer fluxos e

qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso e da longitudinalidade do cuidado. Entendendo a importância da implantação dessa linha de cuidado nestas regiões de saúde, contamos com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde para adesão dos municípios.

A Rede de Saúde Bucal em SC é constituída por 954 equipes de Saúde Bucal; 48 CEO, destes 34 aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD); 212 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária; 33 Hospitais aderidos ao Atendimento odontológico ao PNE na PHC; Hospitais para atendimento de Bucomaxilo; 2 Centros de Defeito de Face e Malformação; 1 Serviço de Tele Estomatologia (UFSC).

A área técnica realiza diversas ações voltadas para o aprimoramento e a promoção da saúde bucal. Isso inclui monitorar os indicadores e serviços relacionados à Saúde Bucal, abrangendo equipes dedicadas a essa área, assim como os setores de CEO e LRPD. Além disso, essa equipe monitora atentamente a dosagem de flúor presente na água da rede de abastecimento público e coordena grupos de estudo do VIGIFLUOR, visando aprofundar o entendimento sobre essa substância essencial.

A inclusão do atendimento odontológico ao Plano Nacional de Educação (PNE) é uma conquista relevante que foi integrada à Política Hospitalar Catarinense. Isso reforça a importância da saúde bucal na abordagem global do sistema de saúde. Para assegurar a coerência e qualidade das ações, são realizadas reuniões sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI), bem como planejamento relacionado ao Vigiflúor. Encontros virtuais por região também são promovidos para discutir o monitoramento do flúor e para efetivar a implantação da Linha de Cuidado em Saúde Bucal de SC, incluindo a consideração dos resultados do SB BRASIL 2020

Em SC a área de Alimentação e Nutrição (A&N) é responsável pelo apoio institucional aos programas e ações conforme as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 e revisada em 2011. O conjunto de diretrizes que norteiam a organização e oferta dos cuidados relativos à A&N no SUS, devem contribuir para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Com propósito de melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Quanto ao arranjo Institucional e Intersetorialidade a área técnica de A&N não consta no organograma da SES e está vinculada à Atenção Primária à Saúde, e o estado não possui Política Estadual de Alimentação e Nutrição.

No estado, o número de nutricionistas em dezembro de 2022 era de 1.494 atuando em um cenário de 22.678 estabelecimentos de saúde e 4.471 equipes ativas, conforme mapa de acompanhamento estadual; e o número total de atendimentos individualizados realizando neste mesmo ano foi de 126.912.

Em busca de ações que possam apoiar e fortalecer a atenção nutricional da população com sobrepeso e obesidade no território, em 2022, foi finalizada a atualização da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade de SC nos Ciclos de vida, anteriormente aprovada sob a Resolução 086/CIB/2017. Com vistas a apoiar a implementação das ações de alimentação e nutrição nos estados e municípios, foi instituído, em 2006, o incentivo Financiamento de Alimentação e Nutrição (FAN) para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O incentivo é repassado na modalidade fundo a fundo a todas as SES e SMS, de acordo com porte populacional (referência IBGE) aos municípios com população entre 30.000 e 149.999 habitantes.

No estado, conforme o porte populacional, 42 municípios foram contemplados com o recurso. No ano de 2022, 56,3% dos municípios tiveram aumento dos indicadores previstos para o recurso, aumento de registro de estado nutricional e consumo alimentar. No monitoramento de 2021 do FAN, Portaria GM/MS no 1.127, de 2 de junho de 2021, 89,6% dos municípios aumentaram o registro de estado nutricional, 60,4% aumentaram o registro de consumo alimentar e 56,3% obtiveram aumento do registro dos dois indicadores, estado nutricional e consumo alimentar.

Dentre as estratégias e programas acompanhados pela área de Alimentação e Nutrição na Diretoria de APS estão: Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (Proteja), e Programa Crescer Saudável.

Outra ação desenvolvida pelas equipes de saúde que são assessoradas, qualificadas e apoiadas pela DAPS 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, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas equipes às famílias beneficiárias do programa é previsto para as crianças menores de 7 anos e/ou gestantes com idade entre 14 e 44 anos. O percentual de acompanhamento dos beneficiários, entre 2019 e 2022, teve uma média de 71,16%. Quanto ao percentual de cobertura do acompanhamento das crianças, a média ficou em 44,42%, um percentual bastante abaixo do esperado, considerando a vulnerabilidade social desta população, e a importância do monitoramento.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) busca a prevenção de doenças, promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. A PNPIC foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, e depois foi ampliada pelas portarias GM nº 849/2017 e GM nº 702/2018.

São regulamentadas como Práticas Integrativas e Complementares (PICS): Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, 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.

As PICS são utilizadas como práticas transversais em suas ações no SUS e podem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, prioritariamente na APS. Nas suas aplicações, as PICS promovem um olhar mais amplo sobre o processo de saúde/doença, considerando os aspectos físicos, sociais e emocionais; e estimulam o autocuidado, o cuidado com o outro e com o meio ambiente.

Em SC também são desenvolvidas ações para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. De acordo com a OMS, a adolescência é dividida em três fases: pré-adolescência dos 10 aos 14 anos; adolescência: dos 15 aos 19 anos completos e juventude: dos 15 aos 24 anos.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é compreendido como uma política transversal dentro das ações de saúde, e o estado aderiu pela primeira vez ao programa em 2008, contando com 14 municípios. Após 15 anos de Programa, em 2023 como

estratégia nacional foi conduzida uma adesão para todos os municípios da federação, alcançando o total de 471 Unidades Escolares pactuadas e 160.534 mil estudantes a mais beneficiados.

O estado conta ainda com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), instituída pela Portaria N° 1.082/2014. O objetivo é garantir e ampliar o acesso ao cuidado em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade.

Atualmente, o Estado de SC possui 16 municípios com unidades socioeducativas em seu território, sendo que, até o presente momento, 07 promoveram a implantação e implementação do PNAISARI. São eles: Joaçaba, Chapecó, Concórdia, Rio do Sul, São José do Cedro, São Miguel do Oeste e Tubarão.

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2525/GM/2006) a finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Em SC é preciso avançar na implantação e implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa nas diversas regionais do estado, aprovada na CIB em Deliberação 307/CIB/2018. Em 2021, a Linha de Cuidado foi implantada nas regiões do Extremo Oeste, Xanxerê e Oeste.

Com relação à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a organização da saúde ocorre no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que é uma área do MS, responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), na esfera do Sistema Único de Saúde.

A SESAI também é responsável em alinhar o atendimento de saúde nas Terras Indígenas e esse atendimento se faz através dos Distritos Sanitários Especiais.

Os DSEI, são unidades gestoras, descentralizadas, que organizam o atendimento regionalmente. Contam com a atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que prestam atendimento nas aldeias em parceria com os Agentes Indígena de Saúde (AIS). A referência de DSEI para SC é a 13ª Região Interior Sul, com sede na capital, Florianópolis.

Um dos maiores desafios dos municípios é a falta de cadastramento na Atenção Primária, haja visto que os atendimentos são prestados a esta população porém não são contabilizados na produção assistencial e a não integração das informações de saúde da população indígena nos sistema de informação do DataSUS (SIM, SINAN, e-sus, PNI etc). Esta questão gera uma invisibilidade dos serviços prestados, não sendo possível requerer recursos específicos para melhorar o acesso e instrumentalizar os processos de planejamento em saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria GM/MS nº 3562, de 12 de dezembro de 2021 ([https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3562\\_15\\_12\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3562_15_12_2021.html)), que altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, tem como objetivo: promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, abordando de maneira abrangente os fatores de risco e vulnerabilidades associados. A política busca também reconhecer e respeitar as diversas manifestações de masculinidade, com a promoção do acesso a serviços de saúde abrangentes e ações preventivas.

Para alcançar seu objetivo, a PNAISH é desenvolvida a partir de cinco (5) eixos temáticos: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Doenças Prevalentes na População Masculina; Prevenção de Violências e Acidentes.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, tem como objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no Sistema Único de saúde (SUS). 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 a saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas de saúde e da justiça; promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com a Justiça Criminal; fomentar e fortalecer a participação e controle social.

A PNAISP está normatizada pela Portaria GM/MS Nº2.298 de 9 de setembro de 2021. Esta Portaria altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as normas para a



operacionalização da PNAISP, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A adesão à PNAISP se dá por meio da pactuação do Estado e municípios 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. Santa Catarina tem adesão à PNAISP desde 2014 e repassa aos municípios com equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) credenciada Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 20% do valor repassado pela União.

No território Catarinense, atualmente, o sistema prisional é constituído de 53 Unidade Prisional instaladas em 36 municípios, desses 31 têm adesão à PNAISP. Dos 31 municípios com adesão, 21 municípios têm equipes de eAPP credenciadas no CNES e 10 não têm eAPP credenciadas.

Para a população negra, o estado dispõe ainda da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Através da referida política, o Ministério da Saúde reconheceu a existência do racismo enquanto promotor de iniquidade em saúde, firmou e assumiu o compromisso de instituir mecanismos de promoção à saúde da população negra e de enfrentamento ao racismo institucional, com a finalidade de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população negra.

Além disso, a SES/SC implementou outros projetos e programas, tais como o PlanificaSUS e o Programa Gente Catarina.

O PlanificaSUS é uma estratégia que busca consolidar a operacionalização plena da Rede de Atenção à Saúde, por meio da implantação metodológica da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) e tem como objetivo fortalecer a integração entre a APS e a Atenção Ambulatorial Especializada. Visa ainda desenvolver competências, habilidades e atitudes necessárias às equipes técnicas e gerenciais para organizar, qualificar e integrar os processos de trabalho com foco nas necessidades de saúde dos usuários, garantindo o acesso oportuno e a resolutividade para o público de crianças e gestantes de alto risco.

Este é um projeto que tem parceria com o PROADISUS, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das Regiões de Saúde da Serra Catarina (18 municípios) e Foz do Rio Itajaí (11 municípios). Além disso, foi implantado ambulatórios de especialidades de gestação de alto risco localizados no Hospital Tereza Ramos e na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). A organização dos processos na RAS acontece na linha prioritária de cuidado materno-infantil, com intuito de expansão para

uma segunda linha de cuidado definida como prioritária no Estado, conforme avanços obtidos na implantação do projeto PlanificaSUS.

### **7.3.2. Atenção Especializada**

#### **7.3.2.1. Atenção Ambulatorial Especializada**

A Atenção Ambulatorial Especializada é um pilar indispensável nos sistemas de saúde contemporâneos, tendo como objetivo oferecer atendimento médico altamente especializado e adaptado às necessidades de pacientes com condições de saúde complexas ou que demandam tratamentos mais avançados. Essa modalidade de cuidado é promovida em ambientes fora das instalações hospitalares, desempenhando um papel essencial na promoção de uma assistência de saúde completa e de excelência.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

As RAS consistem em um conjunto de ações e serviços coordenados de forma a atender as necessidades de saúde da população em todos os seus níveis de complexidade, garantindo assim a integralidade do cuidado. São estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde em um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, que se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam, rompendo as relações verticalizadas. Contudo, as RASs apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS, no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde.

As RASs determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários. Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização e articulam-se com os níveis de atenção à saúde: os pontos de atenção secundária que compõem o nível de atenção secundária (“média complexidade”) e os pontos de atenção terciária, que integram o nível de atenção terciária (“alta complexidade”).

Conforme a natureza da rede temática de atenção à saúde, definem-se os pontos de atenção secundária e terciária: os Centros de Apoio Psicossocial (CAPSs), nas redes de atenção à Saúde Mental, as Unidades de Terapia Renal Substitutiva (TRSs), na rede de atenção às doenças crônicas, as maternidades na rede de atenção mulheres e criança - Rede Cegonha. Em geral, os pontos de atenção secundária e terciária são constituídos por unidades hospitalares e por unidades ambulatoriais, estas últimas, podendo estar situadas no hospital ou fora dele (MENDES, 2011).

#### 7.3.2.2. Atenção Hospitalar Especializada

O gerenciamento da rede hospitalar tem o propósito de coordenar e integrar as atividades administrativas, técnicas e pedagógicas de assistência, com base nos princípios e nas diretrizes do SUS e nas políticas de saúde da SES/SC.

No estado de SC existem 13 hospitais próprios por administração direta e 05 hospitais administrados por Organizações Sociais (OS). Além disso, para ampliar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos, o estado possui uma rede de assistência com hospitais filantrópicos e contratualizados com o SUS.

Os desafios do sistema de saúde em garantir acesso dos cidadãos à rede de atenção à saúde, em tempo oportuno e com qualidade, reforçar a horizontalidade das relações políticas e cooperar com a qualificação dos processos, são enfrentados diariamente nas práticas da gestão.

A assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), é organizada a partir das necessidades da população de forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com outras políticas intersetoriais.

Os hospitais estão distribuídos entre prestadores públicos, privados e filantrópicos, onde a assistência conta com serviços próprios ou contratualizados ao SUS, objetivando o aumento do acesso e a integralidade ao cuidado. A implementação da atenção hospitalar, visando ao fortalecimento da regionalização em conformidade com a RAS, tem apresentado problemas de acesso aos serviços de média complexidade e alta complexidade, frente às dificuldades de financiamento de todo aparato necessário à prestação dos serviços, que mantém uma tabela defasada há anos.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS está instituída na Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação

das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo II - Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, Art. 6º - inciso IV, Anexo XXIV (pág. 142 a 145), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Santa Catarina tem uma rede hospitalar de assistência diversificada em especialidades, que se preocupou habilitar serviços de alta complexidade nas diversas Regiões de saúde, e quando não era possível, minimamente no desenho administrativo da mesma Macrorregião de saúde, procurando a suficiência destas. A regulação tem papel importante neste contexto, onde desempenha o deslocamento de usuários para serviços próximos, propiciando assim, a agilidade do atendimento da demanda represada ou de locais onde exista algum vazio assistencial.

Abaixo segue quadro que informa alguns dos planos operativos/ linhas de cuidados de maior fluxo frente às necessidades da população e os links para acesso a estes e as unidades habilitadas, segundo suas Regiões de Saúde.

Quadro 24 - Links dos Planos Operativos e das Unidades Habilitadas nas Linhas de Cuidado de Maior Fluxo. Santa Catarina, 2023.

Nome	Link
1. Plano da Linha de cuidado Sobrepeso e Obesidade	<a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/sobrepeso-e-obesidade">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/sobrepeso-e-obesidade</a> <a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/5514-cirurgia-bariatrica-gastroplastia/file">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/5514-cirurgia-bariatrica-gastroplastia/file</a>
2. Plano operativo em Alta Complexidade Cardiovascular em SC	<a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-cardiovascular">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-cardiovascular</a> <a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/5156-cardiologia/file">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/5156-cardiologia/file</a>
3. Plano de Atenção ao Portador de doença neurológica	<a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-atencao-ao-portador-de-doenca-neurologic">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-atencao-ao-portador-de-doenca-neurologic</a> <a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/5527-neurocirurgia/file">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/5527-neurocirurgia/file</a>
4. Plano da Linha de cuidados das pessoas com doença renal crônica em SC	<a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-nefrologia/linha-de-cuidado-das-pessoas-com-doenca-renal-cronica-em-santa-catarina-aprovado-pela-deliberacao-cib-190-2021">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-nefrologia/linha-de-cuidado-das-pessoas-com-doenca-renal-cronica-em-santa-catarina-aprovado-pela-deliberacao-cib-190-2021</a> <a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/5521-nefrologia/file">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/5521-nefrologia/file</a>
5. Plano de Ação da Rede de atenção a Saúde das pessoas com	<a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-oncologia/13892-plano-de-oncologia/file">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-oncologia/13892-plano-de-oncologia/file</a>

câncer em SC	<a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/13688-hospitais-cadastrados-para-tratamento-de-cancer/file">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/13688-hospitais-cadastrados-para-tratamento-de-cancer/file</a>
6.Plano operativo em Oftalmologia de SC	<a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos</a> <a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/7153-oftalmologia/file">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/7153-oftalmologia/file</a>
7. Plano de atenção em Alta complexidade Traumatologia/Ortopedia	<a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-traumatologia-ortopedia">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/planos-operativos/plano-de-traumatologia-ortopedia</a> <a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/5072-ortopedia/file">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-credenciados/5072-ortopedia/file</a>

Fonte: GEARS, 2023.

1. Em março de 2013, por meio da Portaria nº 424, o Ministério da Saúde redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, objetivando organizar a atenção longitudinalmente nos pontos de atenção no Sistema Único de Saúde, período em que se iniciaram as primeiras reflexões em relação à linha de cuidado. Em 2017 a SES na Deliberação nº 86/CIB/2017 aprova a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas para o Estado de Santa Catarina seguindo as diretrizes da Portaria 424 GM/MS de 19 de março de 2013. Atualmente temos 05 unidades de assistência no estado e, aguardando conclusão da habilitação de outras 02 unidades.

2. Plano operativo Deliberação que aprovou o Plano nº 12/CIB/2005 e a Deliberação nº 260/CIB/2019 aprovou a alteração do Plano. Desde a construção do Plano, não teve mais nenhuma publicação de nova portaria e/ou mudanças específicas nos critérios. Atualmente o Estado de Santa Catarina conta com um total de 15 (quinze) unidades sendo 1 (um) Centro e 14 (quatorze) Unidades, porém como na Cardiologia além destas habilitações, as unidades podem ampliar suas habilitações em mais 5 (cinco) especialidades: a) Cirurgia Cardiovascular e intervencionista b) Cirurgia Cardiovascular Pediátrica c) Cirurgia Vascular d) Cirurgia Vascular e procedimentos Endovasculares e) Laboratório de eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e procedimentos intervencionistas. Atualmente temos 01 Centro de referência e 14 unidades habilitadas distribuídas nas diversas regiões de saúde.

3. Foi aprovado por meio da deliberação nº 249/CIB/2008, o Plano Operativo de Atenção ao Portador de Doença Neurológica em Santa Catarina. Sua elaboração seguiu as recomendações descritas na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença

Neurológica, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.161, de 07 de junho de 2005, bem como as definições estabelecidas na Portaria SAS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005. Desde então, não houve mais publicação de nenhuma portaria que alterasse os critérios. Em Santa Catarina, temos 16 unidades de assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia no estado.

4. A linha de cuidado das pessoas com Doença Renal Crônica em SC, foi aprovada por meio da deliberação 190/CIB/2021. Atualmente temos 33 unidades habilitadas no estado, em três tipos de atendimento especializado conforme o código de habilitação: 1504 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise, 1505 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Diálise Peritoneal, 1506 – Unidade Especializada em DRC.

5. A deliberação nº 161/CIB/2022 aprova a atualização do Plano de ação da Rede de atenção à saúde das pessoas com câncer em SC segundo os critérios da portaria nº 1399 de 17 de dezembro de 2019. Atualmente temos 20 unidades habilitadas (UNACON/UNACON com serviços especializados nas subdivisões) e 01 Centro de Referência (CACON).

6. A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, instituída pela Portaria GM/MS nº 957, de 15 de maio de 2008 e a definição das competências, ações e critérios de credenciamento da Atenção em Oftalmologia, foi estabelecida na Portaria SAS/MS nº 288, de 19 de maio de 2008, que regulamentou e criou mecanismos para organização, hierarquização e implantação da Rede de Atenção em Oftalmologia, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O plano operativo desta rede foi aprovado, por meio da deliberação 257/CIB/2008 e desde então não ocorreu mais nenhuma publicação de nova portaria. Atualmente temos 01 Centro de referência em Oftalmologia no estado, o Hospital Regional Homero Miranda Gomes - São José e 01 Unidade - Hospital Governador Celso Ramos – Florianópolis. Para o tratamento de Glaucoma, existem 10 unidades habilitadas no estado.

7. O Plano Operativo para Organização da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia de Santa Catarina foi elaborado a partir da instituição da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia (Portaria MS/GM nº 221, de 15 de fevereiro de 2005). O plano seguiu também as normativas da Portaria SAS/MS nº 95, de 14 de fevereiro de 2005. Desde então não ocorreu publicação de nova portaria. Em Santa Catarina, o Hospital Governador Celso

Ramos em Florianópolis foi aprovado pelas instâncias gestoras como o Centro de Referência em Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia e o Hospital Infantil Joana de Gusmão, como o Centro de Referência em Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia Infantil, embora a habilitação oficial seja (2501) – Unidade em Traumatologia e Ortopedia. O Hospital Regional Homero de Miranda Gomes em São José e o Hospital Florianópolis, o Hospital Governador Celso Ramos ficaram como unidades do serviço. Atualmente existem outras 14 unidades nas diversas regiões de saúde do estado, podendo inclusive qualquer hospital geral, executar cirurgias de Média Complexidade desta especialidade, sem a obtenção da habilitação.

Considerando a Pandemia da Covid-19, muitas agendas foram fechadas como ações necessárias para o enfrentamento e prevenção da infecção humana por SARS-COV-2, exceto as de tempo sensível, como da oncologia, cardiologia e neurologia.

Em 2020, por meio da Portaria SES nº 341/2020 e Portaria SES nº 342/2020, as Unidades Hospitalares foram liberadas a reiniciar os atendimentos de consultas, exames e procedimentos cirúrgicos eletivos, no quantitativo de 50% da sua capacidade previstas no Plano Operativo. Nesse período, os hospitais começaram a chamar para atendimento os pacientes que haviam sido cancelados.

Ainda assim, houve a necessidade de adoção de estratégias para diminuição da demanda por cirurgias eletivas. Em 2021, a SES aprovou por meio da Deliberação 008/CIB/2021, a Campanha de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade, considerando o número de procedimentos com maior tempo em fila de espera nas Centrais de Regulação Macrorregionais do Estado.

Contudo, no mesmo ano, por meio da Portaria SES nº 394, as Unidades Hospitalares foram autorizadas a reiniciar as atividades na sua integralidade.

Diante de um novo recomeço, as unidades hospitalares começaram a se readequar, desmobilizando espaços ocupados na íntegra, para tratamento de pacientes acometidos por COVID-19 e, ainda, administrando internamente espaços, para o contínuo atendimento aos pacientes que ainda necessitavam de tratamento para COVID-19.

Durante o ano de 2022, a SES realizou Convênios com algumas Unidades Hospitalares do Estado, com o intuito de atender com mais brevidade os pacientes que aguardavam na fila, para a realização de cirurgias eletivas.

Os dados de 2022, revelam que o Estado apresentava 176 hospitais que apresentavam produção (próprios, municipais e contratualizados). E conta atualmente com 164 hospitais apresentando produção hospitalar.

Também em 2022 a SES/SC atualizou a Política Hospitalar Catarinense (PHC), aprovado pela Deliberação CIB nº 231/2021 e a Deliberação CIB nº 277/2021 e aprovou em CIB o fluxo de OPMEs não contempladas na tabela SIGTAP e padronizados pela SES (Deliberação nº 105/2022), contribuindo assim, com a melhor gestão da fila.

A PHC está baseada em critérios estabelecidos por normativas vigentes no SUS e organizada a partir da definição dos serviços de interesse de saúde que, de forma regionalizada, são referência para o atendimento das necessidades de saúde da população, com destaque para as linhas de cuidado urgência e emergência, materno infantil, atenção psicossocial e cirurgias eletivas.

Diante de toda situação apresentada, em 2023, a SES/SC publicou a Portaria nº 23/01/2023, que instituiu o Grupo de trabalho com a finalidade de avaliar, discutir e propor estratégias e ações para a redução do tempo de espera por cirurgias eletivas no território catarinense. Foi realizado diagnóstico de capacidade instalada dos Hospitais Públicos, Contratualizados e de Gestão Municipal, para melhor conduzir a gestão da fila cirúrgica.

Contudo, a SES realizou novos contratos, buscou novos prestadores e realizou revisões em contratos já existentes, resultando em abertura de novas agendas de consultas, além das existentes, conseqüentemente gerando um número maior de pacientes na fila, para procedimentos cirúrgicos.

No encontro das estratégias da SES, o MS publicou a Portaria MS nº 90/2023, que instituiu o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. Sendo assim, a SES/SC instituiu o Programa Estadual de redução da fila de Cirurgias Eletivas, aprovado em março de 2023 (CIB n. 016/2023), com recursos provenientes do MS, no valor de R\$20.640.973,81.

Em janeiro de 2023, considerado o Marco “0” anunciado pelo governo do estado, havia 105.340 pacientes aguardando em fila para cirurgia eletiva. Em agosto deste mesmo ano, esse número já caiu para 57.374 pacientes aguardando na fila. Em relação às cirurgias realizadas no corrente ano (de janeiro a agosto), dos pacientes inseridos na fila, foram realizados 34.608 procedimentos cirúrgicos.



Até o momento, está sob a gerência da SES/SC a contratualização de 95 hospitais. Esses hospitais englobam estabelecimentos públicos, instituições privadas sem fins lucrativos e entidades privadas com fins lucrativos. O propósito desses contratos é ampliar o atendimento de situações de urgência e emergência, tanto de acesso direto quanto mediante encaminhamento, além de cobrir internações hospitalares e consultas ambulatoriais. Tudo isso visa suprir as necessidades de pacientes do SUS em SC.

A SES, com interveniência da Secretaria de Administração, firmou Contratos de Gestão para o gerenciamento de 08 unidades próprias de Assistência à Saúde, em conformidade com a Lei Estadual nº 12.929, de 04 de fevereiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº. 4.272, de 28 de abril de 2006 e suas atualizações.

Também institui a Secretaria Executiva da Comissão de Avaliação e Fiscalização - CAF em 30/06/2022, através da Portaria SES nº 647, publicada no Diário Oficial do Estado de SC nº 21.808 de 07/07/2022, que possui, dentre outras, a função de acompanhar e analisar os resultados alcançados pelas Organizações Sociais (OS) com a execução do Contrato de Gestão.

Quadro 25 - Unidades de Saúde Próprias Gerenciadas por OS. Santa Catarina, 2023.

Unidade/ Hospital	Organização Social	Contrato atual	Responsável	Início	Término
SAMU	FAHECE	02/2023	SUE	Março/23	12 meses
HEMOSC	FAHECE	03/2022	SUH/DSOS	11/07/22	31/12/23
CEPON	FAHECE	02/2022	SUH/DSOS	11/07/22	31/12/23
HRTGB	INSTITUTO SANTÉ	04/2022	SUH/DSOS	15/08/22	31/12/23
HJAF	HNSG	05/2022	SUH/DSOS	19/11/22	19/11/27
HF	IMAS	02/2018	SUH/DSOS	2018	30/09/23
HRA	IMAS	04/2018	SUH/DSOS	2018	13/11/23
HMISC	IDEAS	03/2018	SUH/DSOS	2018	13/11/23

Fonte: SUH, 2023.

O estado de SC possui uma parceria com a FAHECE - Fundação de Apoio ao HEMOSC/CEPON que conforme explícito no nome gerencia o Centro de Hematologia e Hemoterapia (HEMOSC) e o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), para o aprimoramento e eficiência na prestação dos serviços públicos.

O HEMOSC criado em 1987, através do Decreto Lei Estadual nº 272, tem o objetivo básico de prestar atendimento hemoterápico de qualidade a população da região, bem como dar assistência aos portadores de doenças hematológicas.

Atualmente, o HEMOSC de Florianópolis coordena a Hemorrede Pública do Estado de SC, composta por seis Hemocentros Regionais, sendo eles localizados em Lages, Joaçaba, Chapecó, Criciúma, Joinville e Blumenau.

O CEPON é um serviço público de referência no tratamento oncológico em SC e é considerado Centro de Referência para Medicina Paliativa no Brasil. Promove ações de ensino e pesquisa visando se tornar um Centro de Referência em Alta Complexidade Oncológica (CACON).

Recentemente a FAHECE ampliou a parceria com o governo do estado de SC, sendo que desde janeiro de 2022 está à frente da gestão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A Central de Regulação das Urgências CRU tem a missão de regular os atendimentos de urgência e emergência em SC. Também é responsável pelas transferências inter-hospitalares USAs, USBs e aeronaves distribuídas por todo estado.

O Hospital Regional Terezinha Gaio Basso (HRTGB), administrado pelo Instituto Santé, está localizado na cidade de São Miguel do Oeste. Oferece atendimento de média e alta complexidade, 100% SUS. Possui diversas especialidades médicas, entre elas cardiologia, urologia, ortopedia, pneumologia, ginecologia/obstetrícia, dermatologia e oncologia.

O Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria (HJAF), localizado na cidade de Joinville, é gerenciada pelo Grupo Hospitalar Nossa Senhora das Graças. Dispõe de Pronto-socorro, Ambulatório, Centro Cirúrgico, UTI's Pediátrica, Cirúrgica e Neonatal, além de alas de internação e toda a infraestrutura de suporte para diversas especialidades dentro da Pediatria.

Na região continental da Capital do Estado, o Hospital Florianópolis (HF) atende urgências e emergências adulto e pediátrica pelo SUS e é referência em Ortopedia. Além de Florianópolis, o hospital atende outros oito municípios: São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz, Governador Celso Ramos, Antônio Carlos, Águas Mornas e São Pedro de Alcântara. Em 2009 o hospital passou por uma grande reforma, a maior já feita. E, desde então, passou a ser gerido por Organização Social, mais especificamente pelo Instituto Maria Schmitt (IMAS).

O Hospital Regional de Araranguá Deputado Affonso Ghizzo (HRA), também gerido pelo IMAS, é o principal Hospital do Extremo-Sul de SC, sendo referência em Medicina de Média Complexidade e a única instituição 100% SUS da região, atendendo em média 15 municípios do Vale do Araranguá. A estrutura possui Emergência, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal, Hospital Dia Cirúrgico, Atendimento Ambulatorial, Maternidade e Unidades de Internação Adulto e Pediátrica.

O Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC) está localizado na cidade de Criciúma, no Sul do Estado. A Organização Social Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, assumiu a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde do Hospital em 2017. Após um investimento que ultrapassou R\$ 2 milhões de reais em 2018, ocorreu a abertura oficial do prédio destinado às atividades obstétricas, possibilitando ao hospital ser referência no atendimento Materno Infantil na região Sul do estado.

### **7.3.3. Sistemas de Apoio**

#### **7.3.3.1. Sistema de Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica é um dos elementos fundamentais dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), voltado para garantir o acesso, a qualidade, a segurança e o uso racional dos medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as diversas patologias contempladas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), divididos em componentes e programas provenientes do Ministério da Saúde ou Estadual. A análise da situação de saúde no âmbito da assistência farmacêutica envolve diversos aspectos, tais como a operacionalização da Política Nacional de Medicamentos aos 295 municípios, acesso aos medicamentos, linhas de cuidado - componentes e programas de medicamentos, regulação e controle, gestão e logística - distribuição, monitoramento até a dispensação, tecnologia e inovação, dentre outras.

- **Operacionalização da Política Nacional de Medicamentos:**

A Política Nacional de Medicamentos é definida por diretrizes sob gerenciamento do estado de SC para uma média de 500 (quinhentos) medicamentos de aquisição, distribuição e dispensação pelo SUS, alocados nos Componentes: Componente Básico da

Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), além de medicamentos oncológicos. Desta forma, gerenciar e avaliar sua implementação é essencial para garantir o acesso equitativo aos usuários, bem como acompanhar o uso racional de medicamentos.

Em suma, a DIAF tem a responsabilidade de coordenar as atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica, que abrange a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, além do acompanhamento, da avaliação e da supervisão das ações

- **Acesso aos medicamentos:**

O acesso a Assistência Farmacêutica de SC é realizado de forma descentralizada por meio das 17 Regionais de Saúde - Unidades Descentralizadas de Assistência Farmacêutica (UDAFs) que alcança e atende aos 295 municípios, 100% dos municípios Catarinenses.

Tramitam pela DIAF em torno de 10.000 processos por mês por meio do Sistema de Gerenciamento de Processos Eletrônicos – (SGPE) e são avaliados em torno de 4.000 processos por mês no sistema de gerenciamento de medicamentos especializados - SISMEDEX.

- **Linhas de Cuidado - Componentes e Programas de Medicamentos:**

Os medicamentos que pertencem ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) estão divididos em três grupos de financiamento. Os medicamentos do grupo 1A possuem aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, enquanto aqueles do grupo 1B são adquiridos pela SES e financiados pelo Ministério da Saúde mediante apresentação das APACs, por transferência de recursos financeiros MAC. Os medicamentos do grupo 2 possuem aquisição e financiamento sob responsabilidade da SES.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas atualmente em 98 (noventa e oito) Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério

da Saúde, que abrangem o tratamento de 102 (cento e duas) doenças. Os PCDT são baseados em evidência científica e consideram critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas. Esses documentos estabelecem critérios para o diagnóstico da doença, o tratamento preconizado, os mecanismos de controle clínico, o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Atualmente o CEAF movimenta um valor financeiro em SC de:

Pela SES: R\$ 76 Milhões até 08/2023.

Pelo MS: R\$ 209 Milhões até 08/2023.

RESSARCIMENTO POR APAC - MS: R\$ 25 Milhões até 08/2023.

Os medicamentos e insumos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde. Cabe à SES a programação, o recebimento, o armazenamento e a distribuição às regionais de saúde desses medicamentos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, no âmbito do SUS, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos à saúde de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do Ministério da Saúde. As orientações técnicas para o tratamento de doenças e agravos à saúde são publicadas pelo Ministério da Saúde por meio de Protocolos, Diretrizes Terapêuticas, Notas Técnicas, Portarias, Ofícios, entre outras publicações da Secretaria de Vigilância em Saúde. Atualmente o CESAF movimenta um valor financeiro em SC de:

Pela SES: R\$ 109 Mil até 08/2023.

Pelo MS: R\$ 55 Milhões até 08/2023.

Considerando a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, nos PCDT também estão contemplados os medicamentos alocados no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica promove ao cidadão acesso a medicamentos e insumos oriundos da RENAME e seus anexos, para o tratamento dos principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde (APS). O financiamento deste componente é de responsabilidade dos três entes

federados, sendo realizado por meio de repasse financeiro aos municípios catarinenses.

Atualmente o CBAF movimenta um valor financeiro em SC de:

VALORES DA CONTRAPARTIDA TRIPARTITE:

UNIÃO: R\$ 5,85 a R\$ 6,05 IDH

ESTADO: SC: R\$ 4,50 a R\$ 6,50 IDH - PROCIS.

MUNICÍPIO: R\$ 2,36

As Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) em Oncologia são documentos baseados em evidência científica que visam nortear as melhores condutas na área da Oncologia. Por conta do sistema diferenciado de financiamento dos procedimentos em oncologia, o tratamento não se restringe apenas às tecnologias incorporadas no SUS, mas sim ao que pode ser oferecido a este paciente por meio dos CACONS e UNACONS. Desta forma a DIAF operacionaliza a distribuição dos medicamentos oncológicos de aquisição centralizada pelo MS. Atualmente os medicamentos oncológicos movimentam um valor financeiro em SC de:

Pela SES: R\$ 3.288 até 08/2023 - fornecimento de Protetor Solar aos portadores de câncer de pele, Lei Estadual nº 14.871/2009.

Pelo MS: R\$ 17 Milhões até 08/2023.

Esses dados são fundamentais para embasar as políticas públicas e ações específicas de prevenção, proteção e promoção da saúde em complementação às demais políticas públicas em saúde existente.

- Regulamentação e controle:

A DIAF edita e realiza o exame da legislação e regulamentações relacionadas aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), incluindo a conformidade com normas de qualidade e segurança. Os processos de trabalho são realizados de forma padronizada por meio dos sistemas próprios e dos sistemas disponibilizados pelo MS.

- Monitoramento até a dispensação:

Após análise detalhada dos processos administrativos no âmbito do CEAF, a DIAF realiza o monitoramento da dispensação aos 295 municípios. O gerenciamento da Política Pública Nacional da Assistência Farmacêutica é realizado de forma a contemplar o monitoramento das atividades de todos os componentes no âmbito do estado de SC.

- Tecnologia e inovação:

A DIAF é responsável por acompanhar e operacionalizar as tecnologias incorporadas por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), a qual recomenda ou não a inclusão, alteração ou exclusão de um medicamento ou outra tecnologia em saúde no sistema público brasileiro. Cabe ao MS a decisão final sobre a incorporação da tecnologia no SUS.

Frente a análise, é fundamental identificar as lacunas, desafios e oportunidades de melhoria na assistência farmacêutica, contribuindo para o aprimoramento dos serviços, bem como lapidar a integração da assistência farmacêutica no SUS e com isso garantir a promoção de uma melhor saúde para a população de forma equitativa e sustentável.

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

A assistência farmacêutica desempenha um papel crucial na promoção da saúde e no cuidado integral aos pacientes. As fragilidades na execução da política de assistência farmacêutica no território representam desafios significativos para a saúde pública. Questões como distribuição irregular, falta de estoque, inadequada capacitação de profissionais e falhas na logística podem comprometer a eficácia do programa.

### 7.3.3.2. Sistema de apoio diagnóstico e terapêutico

#### 7.3.3.2.1. Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN

O Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN atua na realização de análises clínicas e de produtos e meio ambiente, de média e alta complexidade, atendendo aos 295 municípios. Como integrante do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, todas as análises de interesse da Saúde Pública, agravos ou de interesse sanitário, são realizadas pelo LACEN ou encaminhados pela sua equipe para análise nos Laboratórios de Referência Regional ou Nacional, conforme a organização do Sistema. Está inserido nas quatro redes nacionais de laboratórios que compreendem: Rede nacional de laboratórios de vigilância epidemiológica; Rede nacional de laboratórios de vigilância em

saúde ambiental; Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária (RNLVISA); Rede nacional de laboratórios de atenção à saúde.

O Laboratório atua em articulação com a Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador, Secretarias, Distrito Sanitário Especial Indígena, Instituto do Meio Ambiente (IMA), Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), SC Transplantes, HEMOSC, Coordenação Estadual de Segurança do Paciente, Coordenação Estadual de Monitoramento e Prevenção de Infecção (CEMPI), Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, Comissões de Infecção Hospitalar, serviços de assistência à saúde e outros.

Desempenha suas atividades em dois eixos técnicos: Biologia Médica e Meio Ambiente e Produtos visando o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e a verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública e do padrão de conformidade de amostras ambientais, mediante estudo, pesquisa e análises de resultados de ensaios relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo. Conta com uma rede de cinco Laboratórios Regionais de Saúde Pública - LAREG e um Laboratório de Fronteira - LAFRON, além de dois laboratórios municipais colaboradores, para atender de forma descentralizada a todas as Macrorregiões de Saúde do Estado.

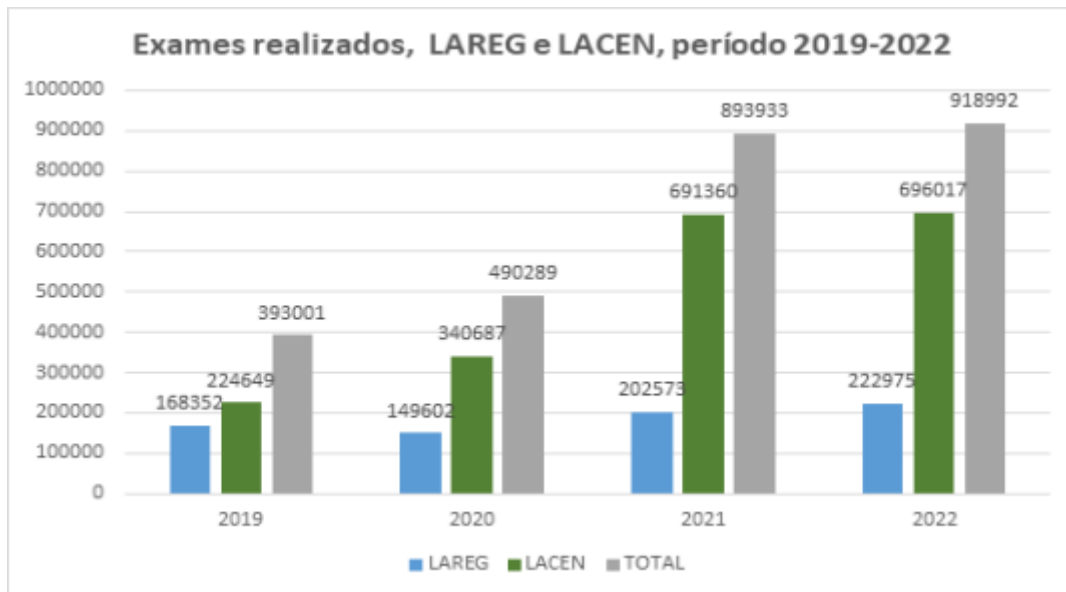
Atualmente, todos os laboratórios regionais trabalham no período matutino e vespertino, além de manter atendimento 24 horas sob o regime de plantão e sobreaviso. Realizam principalmente exames de média e alta complexidade nas seguintes áreas: Análise de água para consumo humano; diagnóstico e monitoramento de tuberculose e tuberculose latente, inclusive atendimento a todo sistema prisional; Diagnóstico de malária; Diagnóstico de dengue e chikungunya; Sorologias para diagnóstico de hepatites virais, HIV, toxoplasmose, infecção pelo citomegalovírus, brucelose; Baciloscopia para hanseníase.

As análises que não são realizadas nos laboratórios regionais são realizadas no LACEN ou enviadas para laboratórios de referência da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - RNLS. O gráfico a seguir demonstra a produção do LACEN e dos Laboratórios Regionais - LAREG, ocorridos no período de 2019 a 2022:

Figura 85 - Exames realizados pelo LAREG e LACEN no período de 2019-2022. Santa



Catarina, 2023.



Fonte: LACEN, junho de 2023.

#### 7.3.3.2.2. Instituto de Anatomia Patológica - IAP

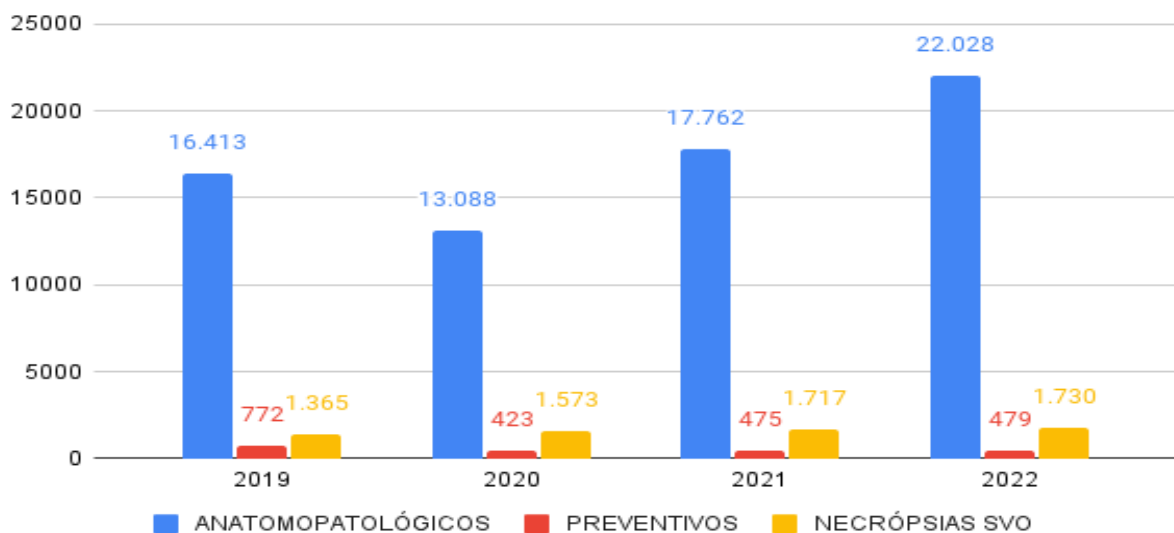
O Instituto de Anatomia Patológica - IAP, tem como missão, proporcionar à população catarinense os serviços de medicina diagnóstica nas áreas de anatomia patológica e citologia buscando efetivar ações preventivas de saúde e, contribuir na melhoria do perfil epidemiológico através do Serviço de Verificação de óbitos - SVO. Assim, atua na realização de análise de peças anatomopatológicas e citologias de média complexidade, atendendo às 11 Unidades Hospitalares da rede própria da SES.

O Serviço de Verificação de Óbitos, referência do estado de Santa Catarina, integra a Rede Nacional de Serviço de Verificação de Óbitos/RNSVO do Ministério da Saúde, realizando necropsias decorrente de morte natural ocorrida em emergências, residências, via pública ou hospital cuja causa da morte não foi devidamente esclarecida. Atende a capital, região da Grande Florianópolis, Médio vale do Itajaí, Alto Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Serra Catarinense, Carbonífera, Extremo Sul Catarinense e Laguna, no período de 24 horas ininterruptas. Mantém com a UNISUL o convênio para doação de corpo não reclamado, cujo estudo é imprescindível, contribuindo para a formação de futuros profissionais da área da saúde, uma vez que cirurgias, diagnósticos e prognósticos

realizados pelos diferentes profissionais das áreas relacionadas à saúde, devem ser corretamente executados e interpretados.

Destaca-se ainda, o trabalho de localização dos familiares junto a Delegacia de Desaparecidos ou Consulado no caso de estrangeiros, quando há morte de cidadão em situação de rua ou mesmo em residência quando constatado não haver co-habitantes, bem como, realizamos o serviço de confirmação de identificação através de digital junto a Polícia Científica.

Figura 86 - Exames realizados IAP de 2019 a 2022. Santa Catarina, 2023.



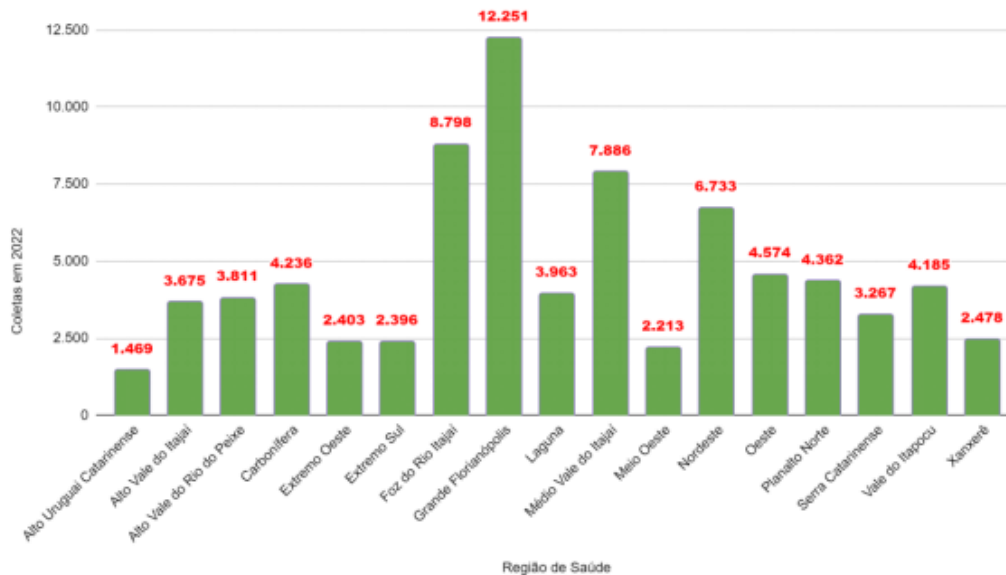
Fonte: IAP - Sistema SISCOP, 2023.

### 7.3.3.2.3. Triagem Neonatal Biológica

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 acontece nos pontos de coleta da Atenção Primária de Saúde e em maternidades. No ano de 2022 foram realizadas 78.700 coletas, destas, 3.227 (4,10%) foram consideradas inadequadas. Até maio de 2023 foram realizadas 35.315 coletas.

Figura 87 - Coletas do teste do pezinho em 2022 por região de saúde (total = 78.700). Santa Catarina, 2023.



Fonte: DAPS, 2023.

Nos últimos anos, foi ampliado o exame do teste do pezinho e mãe catarinense. Somente em 2022 foram realizados 89.000 exames do teste do pezinho, tendo uma cobertura de 92% no mesmo ano. Entre janeiro e maio de 2023 foram 38.765 testes realizados. Cabe ressaltar que todos os 295 municípios de SC aderiram ao Programa de Triagem Neonatal. Atualmente, são 1.400 pontos de coleta cadastrados no estado.

No estado, as amostras biológicas são enviadas via SEDEX para o laboratório de referência da Triagem Neonatal, a Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional do Estado do Paraná (FEPE). O Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis se constitui como Serviço de Referência de Triagem Neonatal - SRTN para tratamento e acompanhamento das crianças com resultados alterados.

Frequentemente são realizadas capacitações para os profissionais. Foram realizadas 26 qualificações online; 02 encontros presenciais com a participação de 135 profissionais dos municípios do estado na modalidade presencial e previsão de 2 eventos até junho de 2023.

O desafio é reduzir o tempo nas etapas da triagem neonatal e garantir acesso ao tratamento na idade recomendada. Em SC, o município de Anitápolis ampliou ainda mais a sua atuação e implantou a coleta domiciliar do teste do pezinho, sendo uma referência nacional.

Também há intenção de cadastrar a rede hospitalar e equipes de saúde do polo base do DSEI como ponto de coleta do teste do pezinho, ampliando assim o acesso ao exame em tempo oportuno em todo estado. Para apoio às ações necessárias por parte dos gestores municipais, gerências regionais e no nível central, relativas ao aprimoramento das rotinas necessárias e alcance de melhores resultados na perspectiva das crianças e famílias atendidas, foi desenvolvida uma ferramenta online, de acesso público, para acompanhamento dos parâmetros de todas as coletas realizadas na atenção primária do estado.

#### 7.3.3.3. Sistemas de Informação em Saúde

A disseminação da informação é realizada através de diferentes ferramentas/aplicativos sempre com o objetivo de facilitar e fomentar o uso da informação gerada pelos diferentes subsistemas, merecendo destaque o TABNET e os CADERNOS DE INFORMAÇÃO.

O Modelo Geral do Caderno de Informação em Saúde também foi criado pelo DATASUS e consiste em uma planilha (formato Excel®), contendo indicadores obtidos a partir da captura automática de dados das diversas bases de dados do Ministério da Saúde.

Usando essa mesma metodologia, SC criou outros Modelos de Cadernos, com o objetivo de facilitar o monitoramento e a avaliação de áreas específicas. Destaque para os cadernos desenvolvidos para o acompanhamento dos principais indicadores do Pacto pela Vida e os modelos Mortalidade, Saúde da Mulher e Saúde do Idoso.

No site da Secretaria de Estado da Saúde também podem ser encontradas outras ferramentas de monitoramento e avaliação disponíveis em outros sites, como a Sala de Apoio à Gestão Estratégica o Índice de Desempenho do SUS – IDSUS, um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. é possível encontrar também a síntese do IDSUS da Atenção Básica em SC(o IDB – Brasil é um conjunto de indicadores disponibilizados por regiões do Brasil e unidades federadas e que constitui-se no principal produto da RIPSA os painéis de monitoramento da mortalidade fetal,

infantil e materna ou o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso.

A construção desse espaço vem se fortalecendo ano a ano, com a inclusão de um maior volume de informações e a qualificação gradativa das mesmas, através da utilização de novas ferramentas de análise. O uso efetivo de todas essas informações, no entanto, não parece aumentar no mesmo ritmo e, entre as razões da subutilização, está o desconhecimento do que existe disponível.

É preciso definir estratégias de divulgação desses espaços e das possibilidades de uso para aperfeiçoar a gestão do SUS e construir conhecimento para as políticas públicas de saúde.

#### 7.3.3.4. Comunicação interna e externa

A Assessoria de Comunicação (ASCOM) tem como objetivo divulgar os programas e as ações da saúde catarinense de forma transparente e ágil e, ao mesmo tempo, estabelecer uma ponte entre a instituição e os órgãos de imprensa, fornecendo informações de interesse da sociedade.

A SES/SC tem procurado fortalecer a comunicação com o público interno, ou seja, para os profissionais da instituição, por meio de matérias, reportagens, vídeos, fotografias, etc. Para o público externo, a SES/SC também realiza publicações entre reportagens/matérias em sites, televisão e redes sociais.

#### 7.3.3.5. Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

A fragmentação e a ausência de integração entre os diversos sistemas de informação em saúde e os programas de informática têm acarretado sérias consequências na sociedade e em suas ramificações. Uma das principais dificuldades geradas por essa falta de sincronia é a significativa obstrução no compartilhamento de dados relevantes e no acesso às informações essenciais para a promoção de um atendimento eficiente.

A coordenação do cuidado e a tomada de decisões clínicas são fortemente prejudicadas pela falta de sistemas integrados e registros eletrônicos de saúde. Essa desarticulação impede que os profissionais da área de saúde tenham uma visão completa

e integral do histórico do paciente, comprometendo a qualidade dos tratamentos e a continuidade do cuidado.

Até o momento foram implementadas diversas ferramentas e sistemas que trouxeram benefícios significativos para a área da saúde, tais como a Ferramenta SCCD e a Ferramenta SGS Know que permitiram a elaboração, acompanhamento e gestão de compras, e o monitoramento dos processos de contratos, resultando em um aumento de itens disponíveis por meio de Ata/Contrato e maior eficiência na redução no valor de planejamento e na gestão dos contratos.

A implantação do Portal de Transparência da Lista de Espera possibilitou uma maior informação para a população, fornecendo a posição e o tempo de espera estimados individualizados, tornando o processo mais transparente.

O Decreto nº 1.168, de 2017, que regulamenta a Lei nº 17.066 do mesmo ano, dispõe sobre a publicização da fila de espera do SUS, no Estado de SC. Sendo assim, os Municípios que utilizarem o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) terão suas listas de espera publicadas na internet a partir de sistema web service desenvolvido pela SES/SC. E, os Municípios que não aderirem ao SISREG serão responsáveis pela publicação das suas listas de espera, de forma autônoma, conforme legislação em vigor.

No que tange às filas de espera da SES e dos Municípios que utilizam o SISREG, os dados publicados no Portal são extraídos do banco de dados disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS) e a publicização é realizada pela SES/SC.

O portal de Lista de Espera do SUS do Estado pode ser consultado sem Usuário e Senha, sendo desenvolvido para que o cidadão catarinense tenha acesso às informações sobre a sua posição e previsão de atendimento nas listas de espera. A pesquisa pode ser realizada pelo documento do paciente (CPF), Cartão Nacional do SUS (CNS) ou por central de regulação e procedimento.

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

A tecnologia da informação e comunicação (TIC) desempenha um papel fundamental em diversas áreas da sociedade moderna, incluindo a saúde. Possíveis lacunas nessa área impactam a eficiência e a modernização dos serviços de saúde. Um plano diretor de TIC é essencial para orientar a adoção estratégica de tecnologias, promovendo a integração de sistemas, a segurança de dados e a melhoria dos processos de atendimento. Por isso, a

implementação de um plano diretor de TIC é vital para otimizar a gestão de informações, a tomada de decisões e a prestação de serviços de saúde mais eficazes e abrangentes.

#### 7.3.3.4 Educação Permanente em Saúde

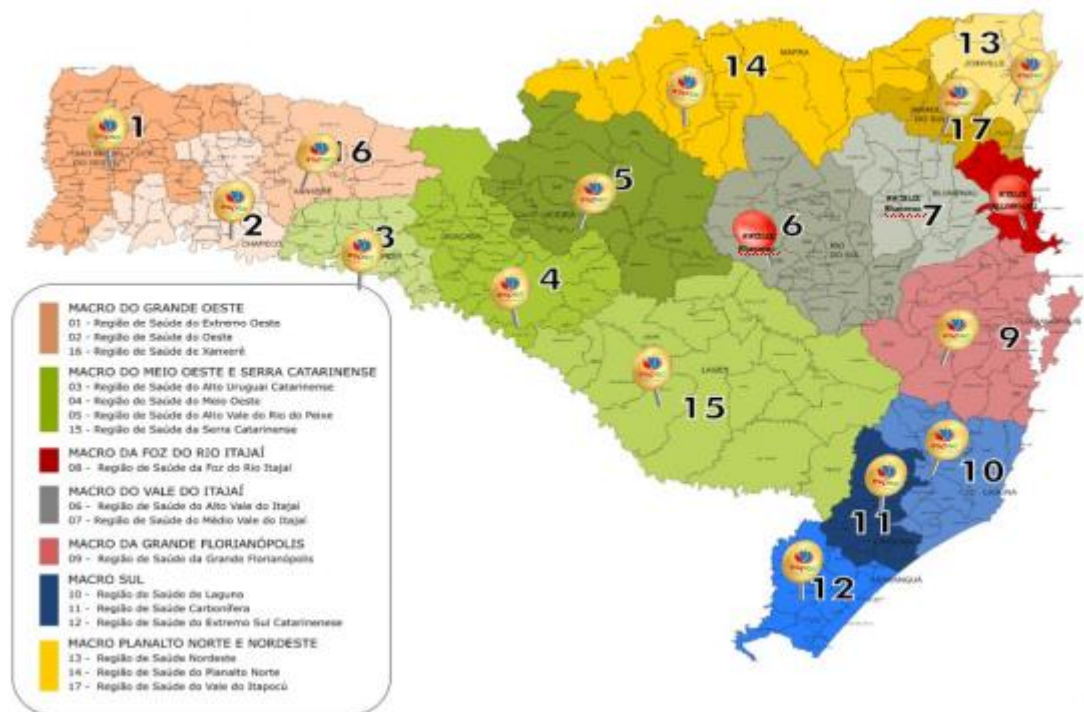
A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia do SUS que visa a qualificação e a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho em saúde, por meio da articulação entre ensino e serviço. Tem como pressuposto a aprendizagem significativa e o foco na possibilidade de resolução dos problemas da comunidade e dos serviços de saúde, reconhecendo o cotidiano como lugar de invenção e acolhimento da diversidade. Dessa forma, pode ser caracterizada como uma política de educação na saúde que promove a integração entre as equipes multiprofissionais, com olhar interdisciplinar e que contempla a participação social, em busca do fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS.

Os processos educativos desenvolvidos pela ESPSC são estruturados de forma a contemplar as dimensões técnica e política da educação profissional para o setor saúde, em consonância com as diretrizes do SUS e os princípios do processo de trabalho em saúde de forma articulada com as demandas municipais e alinhadas às políticas estaduais.

A ESPSC, através do Núcleo de Formação Técnica, tem como área de abrangência 82% dos municípios do Estado de SC, totalizando 242 municípios, distribuídos em 14 Regiões de Saúde. Há uma demanda expressiva de cursos que devem ser ofertados de forma descentralizada, distribuídos nestas Regiões. Os demais 53 municípios (18%) são referentes às 3 Regiões de Saúde, conforme o mapa abaixo (Regiões 6, 7, e 8) que são abrangidos pela Escola Técnica do SUS Dr. Luiz Eduardo Caminha, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau.

Figura 89 - Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde de Santa Catarina com áreas

de abrangência da ESPSC- Formação Técnica.



Fonte: ESPSC, 2023.

Entre os anos de 2020 e 2023 foram realizados dois cursos Técnicos em Enfermagem na Grande Florianópolis. No ano de 2022, a Escola obteve o Parecer de Autorização do Conselho Estadual de Educação (CEE) para a oferta do Curso Técnico em Terapias Holísticas e duas Especializações Técnicas de Nível Médio: Instrumentação Cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva – UTI. Além disso, a ESPSC conta com o projeto atualizado para a realização da Formação Inicial para os Agentes Comunitários de Saúde, conforme demandas advindas dos próprios municípios e regiões.

O estado de Santa Catarina conta com o programa de estágio “Novos Valores” coordenado pela Secretaria de Estado da Administração e com parceria da SES/SC, com o intuito de assegurar ao estudante do ensino médio, superior, profissionalizante, de educação especial ou de jovens e adultos, a oportunidade de trabalho pela aplicação prática do conhecimento teórico. Ao longo dos últimos três anos, o programa apresentou uma média de 268 estagiários em 2020, 116 em 2021, 115 em 2022 e 95 estagiários até o momento. Um dos grandes desafios são os valores das bolsas que estão defasados, o que reduz a procura pelo programa ano após ano.

Considerando a responsabilidade da SES/SC na formulação da Política de Regulação das Práticas de Ensino-Serviço do SUS de Santa Catarina, em parceria com as



instituições de ensino e estabelecimentos de saúde são desenvolvidas práticas de integração ensino-serviço por meio dos estágios obrigatórios.

Os Estágios Obrigatórios são geridos pela ESPSC por meio da gestão das cooperações técnicas estabelecidas entre as instituições de ensino e a SES. No período entre 2021 e 2022, a SES recebeu 19.697 estagiários, envolvendo 43 instituições de ensino e 19 unidades da rede SES/SC.

Atualmente existem 17 Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES) no Estado com o objetivo de apoiar e cooperar tecnicamente as Comissões Intergestores Regionais (CIR), abrangendo todas as Macrorregiões de Saúde, e apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre EPS, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas na gestão municipal.

As CIES em parceria com as CIRs são responsáveis pela elaboração dos Planos Regionais de EPS (PAREPS) e posteriormente a CIES Estadual é responsável pela elaboração do Plano Estadual de EPS (PEEPS), tendo para sua última edição a vigência de 2019 a 2022, sendo prorrogada por mais um ano (2023) para que a próxima elaboração seja coincidente com a elaboração do Plano Estadual de Saúde da SES. O PEEPS tem como função nortear as atividades das CIES na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.

A CIES Estadual tem a responsabilidade de articular as CIES regionais com técnicos da SES, escolas do SUS e conselhos (COSEMS e CES) nas questões relacionadas à EPS no estado e na elaboração do PEEPS.

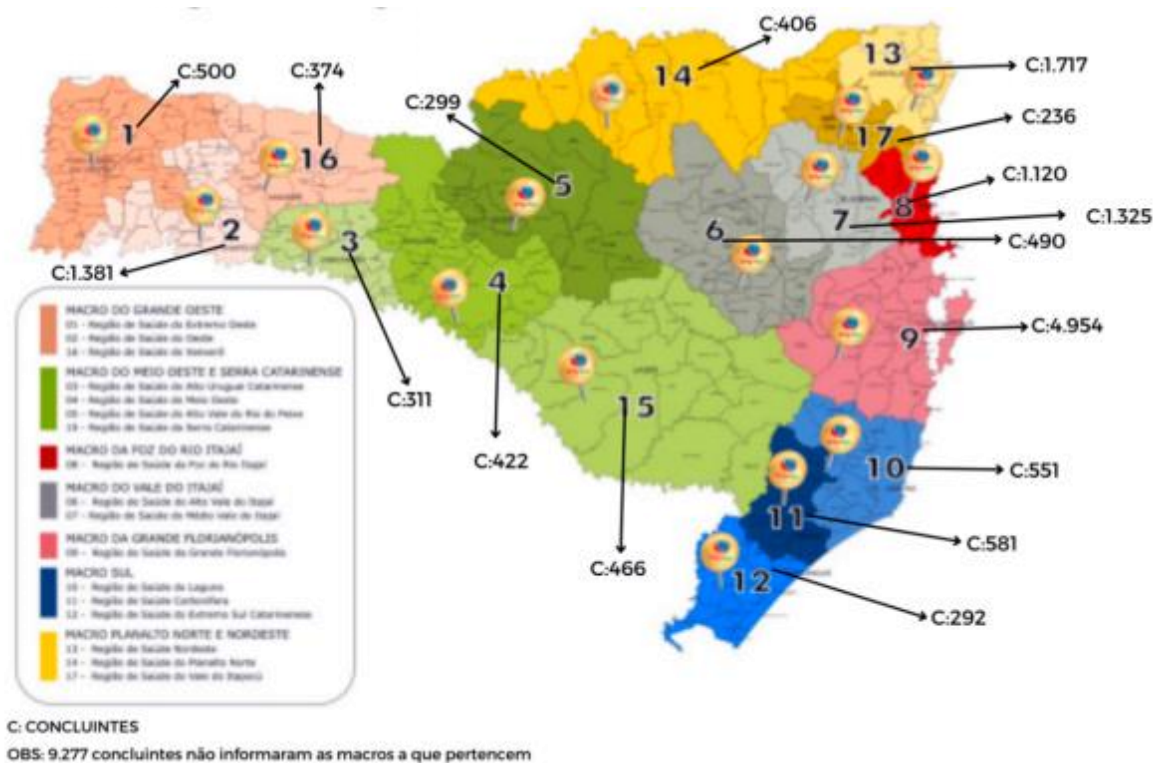
O estado de SC conta ainda com a ESPSC Virtual, uma plataforma de acesso para formação e qualificação profissional. Tem como objetivo ofertar mecanismos on-line de apoio à EPS e educação continuada para os profissionais da RAS, no SUS, qualificando a formação e atuação profissional, buscando reconhecimento por meio de uma gestão pública, eficiente, eficaz e de boa qualidade. A ESPSC Virtual oferta cursos on-line, eventos, web fóruns, webaulas, web seminários e videoconferências no Estado.

Cabe ressaltar que diante da pandemia por COVID-19 a ESPSC Virtual teve papel de destaque viabilizando, através da plataforma moodle, capacitações aos servidores por todo o estado, especialmente em relação à doença, sua prevenção e vacinação.

Entre os anos de 2020 e 2023 a ESPSC formou/qualificou 13.175 trabalhadores em 59 turmas, nas modalidades presencial e virtual. A figura a seguir apresenta o número

de concluintes dos cursos ofertados pela ESPSC no período de 2020 a maio de 2023 separado por Macrorregiões e Regiões de Saúde de SC.

Figura 90 - Número de concluintes dos cursos ofertados pela ESPSC no período de 2020 a maio de 2023 separado por Macrorregiões e Regiões de Saúde de Santa Catarina.



Fonte:ESPSC, 2023.

Na área de pós-graduação, a SES/SC por meio da ESPSC também tem avançado no trabalho e nas ações desenvolvidas ao longo dos anos. Assim, os serviços de saúde de diversas especialidades se organizam, cumprem metas legais e oferecem aos profissionais recém-egressos dos cursos da área da saúde condições de abraçar uma especialidade e, desta forma, exercê-la em benefício da população.

Assim, as residências em saúde são cursos de especialização lato sensu, com duração mínima de 2 (dois) anos, podendo chegar até a 5 (cinco) anos, dependendo da especialidade. Os residentes passam este período imersos em um treinamento em serviço, o qual contempla 60 horas semanais.

Atualmente, existem 73 programas de residência médica, distribuídos em 46 especialidades, em 11 hospitais próprios, 3 de organizações sociais (OS) e 1 da ESPSC que abrangem o trabalho de mais de 1.450 médicos preceptores no ensino e na assistência,

73 supervisores de programa, 15 coordenadores de COREME e mais de 630 médicos residentes.

Já no âmbito dos programas de residência multiprofissional, existem 6 programas, distribuídos em 5 especialidades em 4 unidades hospitalares próprias e 1 na ESPSC. Os programas de residência multiprofissional vinculados à SES/SC contam atualmente com aproximadamente 75 residentes nas áreas de enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, educação física, odontologia, farmácia e serviço social e envolvem mais de 160 preceptores destas diferentes áreas de atuação com 5 COREMUS ativas, 6 coordenadores de programa e 5 coordenadores de COREMU.

Nos últimos quatro anos a SES/SC teve em média 611 residentes por ano nos programas de residência médica e 70 nos programas de residência multiprofissional.

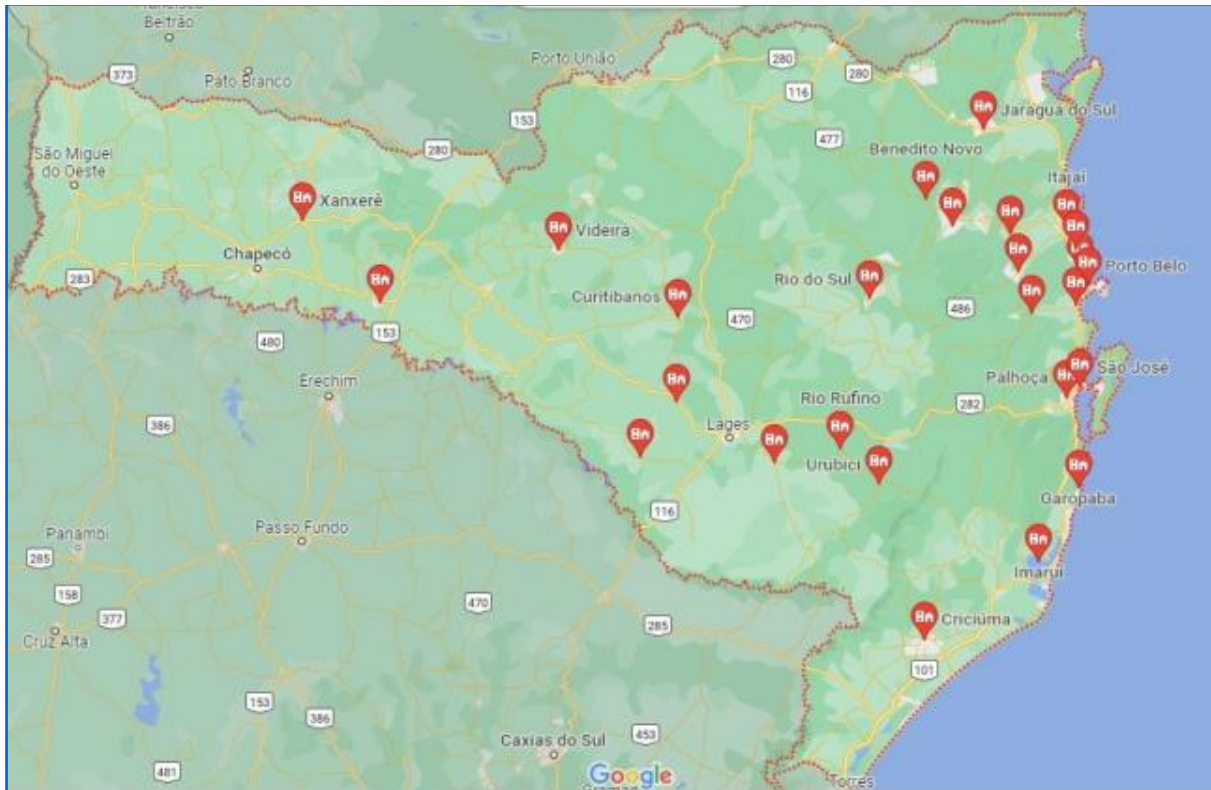
Em fevereiro de 2020 foi aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Deliberação CIB 12/2020, o Programa de Fomento à Especialização Profissional para Atenção Primária à Saúde de Santa Catarina (FEPAPS/SC).

O FEPAPS-SC consiste em um conjunto de iniciativas que visam promover a formação e o provimento de profissionais para a Atenção Primária à Saúde (APS) em SC. O programa oferece 5 cursos em 2 modalidades de cursos de Pós-Graduação - Programas de Residência em Saúde (Médica em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade) e cursos de pós-graduação lato sensu (Educação Permanente para Atenção Primária à Saúde com enfoque nas Residências em Saúde, Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade e Preceptoria Multiprofissional para Atenção Primária à Saúde - 4 áreas profissionais: Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Educação Física).

É um programa inovador, sendo o único programa brasileiro que tem como proponente uma Secretaria de Estado da Saúde. O FEPAPS-SC ocorre colaborativamente entre a SES/SC e os municípios que aderem voluntariamente ao programa por meio de Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES). A sua oferta está presente nas 7 macrorregiões do estado, em 56 municípios em 2023.

Figura 91 - Municípios de Santa Catarina integrantes do Programa de Fomento à Especialização Profissional para Atenção Primária à Saúde de Santa Catarina (FEPAPS-

SC).



Fonte: <https://goo.gl/maps/pZmaUTnYtEneErQ68>

Como instrumento de promoção e difusão do conhecimento por meio das contribuições de diversos trabalhadores do SUS e pesquisadores, com abordagens inter, multi e transdisciplinares, a ESPSC tem a Revista de Saúde Pública de Santa Catarina (RSPSC).

A RSPSC é um periódico científico eletrônico que há mais de 15 anos constitui-se como importante veículo para a disseminação do conhecimento produzido no âmbito da saúde pública. É um periódico de publicação contínua, registrada sob ISSN nº 2175.1323, Qualis Periódicos B2 na CAPES. Suas publicações estão indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Google Scholar.

Como iniciativa de descentralização de fomento à pesquisa em saúde, com intuito de atender às especificidades e necessidades de saúde de cada local em que se desenvolve tem-se o Programa Pesquisa para o SUS - gestão compartilhada em Saúde (PPSUS). Seu objetivo é contribuir para melhoria nas condições de vida da população, em especial financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população, contribuir para a redução das desigualdades regionais no campo da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e promover a aproximação dos sistemas de saúde e de ciência e

tecnologia locais. A execução do PPSUS envolve parcerias no âmbito federal e estadual, com participação do Ministério da Saúde, por meio do Decit/SCTIE/MS e do CNPq. Na esfera estadual de organização de todas as suas etapas, em Santa Catarina estão envolvidas a Fundação Estadual de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina (FAPESC) e a SES/SC por meio da ESPSC. O estado de Santa Catarina participou das 7 edições do PPSUS, financiando 226 projetos de pesquisas em 22 instituições e contribuindo com a formação de 79 profissionais, entre especialistas, mestres e doutores.

Os projetos financiados contribuíram para o avanço do conhecimento em diversas áreas de saúde. Considerando a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), 5 sub agendas concentraram o maior número de projetos: doenças crônicas não transmissíveis (37 projetos), doenças transmissíveis (22), sistemas, programas e políticas em saúde (16), assistência farmacêutica (15) e Saúde Mental (15).

A ESPSC também possui o papel consultivo, deliberativo e educativo no campo da bioética, em especial da ética na ciência e da ética em pesquisa, para pesquisadores, participantes de pesquisa, pessoas da comunidade de forma geral e trabalhadores da SES/SC. Algumas de suas ações, nesse campo de atuação, incluem: (a) a gestão, coordenação, acompanhamento e acolhimento dos Comitês de Bioética incluindo o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos para avaliação de questões éticas, legais, científicas e sociais; (b) a defesa dos interesses dos sujeitos de pesquisa desenvolvidas em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento de pesquisa dentro dos padrões éticos em Santa Catarina; (c) o assessoramento, orientação e esclarecimento sobre a criação dos Comitês de Bioética Clínica e Hospitalar em nível regional e local, prestando aconselhamento sobre problemas éticos em situações clínicas, avaliação, gerenciamento de riscos relacionados à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas. Essas ações atendem aos princípios e às recomendações da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e seguem medidas recomendadas por normativas de direito internacional e direitos humanos, apoiadas por ações nas esferas da educação, formação e informação ao público.

#### 7.3.3.5 Gestão do Trabalho

O Brasil enfrenta grandes desafios relacionados à disponibilidade, distribuição e desempenho de sua força de trabalho em saúde, bem como na formação e prática

profissionais. Em comparação com países de desenvolvimento similar e com a média dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a disponibilidade de profissionais de saúde no Brasil é consideravelmente menor (OPAS, 2018).

De acordo com dados armazenados no Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos, em setembro de 2023, a SES/SC contava com 13.500 trabalhadores da área da saúde. Deste total, 5.696 eram profissionais de nível superior, sendo 2.578 médicos, 1.773 enfermeiros, 22 odontólogos e 1.323 de outras categorias. Além disso, havia 7.804 profissionais de nível técnico/auxiliar, sendo 5.394 auxiliares e técnicos de enfermagem e 2.410 de outras categorias.

É importante destacar que a distribuição geográfica e setorial da força de trabalho na área da saúde apresenta desigualdades significativas, com muitos profissionais concentrados em áreas urbanas ou em atendimento especializado. Essa disparidade representa um desafio a ser enfrentado para garantir um acesso mais equitativo e abrangente aos serviços de saúde em todo o país.

A gestão do trabalho em saúde deve ser conduzida com ênfase na formação, qualificação e regulação das atividades, levando em consideração as demandas desse processo produtivo em constante transformação. É fundamental analisar amplamente as características da força de trabalho e a eficácia de sua atuação nesse contexto dinâmico. Dessa forma, os profissionais da saúde assumem o papel de agentes de mudança em seus ambientes de trabalho, agindo de forma integrada, dinâmica e sistêmica, cientes de suas atribuições e responsabilidades.

A força de trabalho da SES é composta pelos servidores efetivos do Quadro Próprio dos Servidores (QPSS), conforme estabelecido pela Lei Estadual n. 323 de 02 de março de 2006, além dos servidores temporários (ACTs) e também trabalhadores terceirizados.

O decréscimo no número de servidores ao longo desse período pode ser atribuído a diversos fatores, incluindo a aquisição de direito à aposentadoria por parte de alguns servidores, a ausência de novos concursos por longos períodos e a instabilidade do quadro político atual, especialmente em relação à reforma da previdência. Esses elementos justificam a necessidade de contratação de novos servidores para suprir as demandas do setor.

Em todos os anos analisados, a saída motivada pela aposentadoria demonstra expressividade em comparação com outras formas de desligamento. Por exemplo, em 2019, dos 10.526 servidores ativos à época, 403 se aposentaram, o que corresponde a 3,8% das saídas registradas.

No entanto, existem ainda, os afastamentos para tratamento de saúde do próprio servidor (figuras 82 e 83), sejam eles: AD-15 - Auxílio-Doença RGPS até 15 Dias (servidor ACT); LTA - Licença para Tratamento de Saúde decorrente de Acidente em Serviço e LTS - Licença para Tratamento de Saúde.

Figura 92 - Tipos de afastamentos concedidos por grupo de patologia, no período de 2019 a 2022. Santa Catarina, 2023.

Grupo de Patologia	Tipos de Afastamentos												Total	
	AD-15		LRG		LTA		LTF		LTS		SM			
	Quant	% Coluna	Quant	% Coluna	Quant	% Coluna	Quant	% Coluna	Quant	% Coluna	Quant	% Coluna	Quant	% Coluna
I	3.659	38,2	0,0	0,0	197	39,9	0	0,0	4.054	15,6	0	0,0	7.910	20,5
II	60	0,6	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	513	2,0	0	0,0	573	1,5
III	10	0,1	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	0,2	0	0,0	59	0,2
IV	25	0,3	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	112	0,4	0	0,0	137	0,4
V	570	5,9	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	5.813	22,3	0	0,0	6.383	16,5
VI	96	1,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	366	1,4	0	0,0	462	1,2
VII	198	2,1	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	364	1,4	0	0,0	562	1,5
VIII	37	0,4	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	109	0,4	0	0,0	146	0,4
IX	112	1,2	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	585	2,2	0	0,0	697	1,8
X	1.082	11,3	0,0	0,0	16	3,2	0	0,0	1.743	6,7	0	0,0	2.841	7,4
XI	230	2,4	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	463	1,8	0	0,0	693	1,8
XII	60	0,6	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	144	0,6	0	0,0	204	0,5
XIII	715	7,5	0,0	0,0	63	12,8	0	0,0	5.566	21,4	0	0,0	6.344	16,4
XIV	206	2,2	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	355	1,4	0	0,0	561	1,5
XV	206	2,2	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	232	0,9	0	0,0	438	1,1
XVI	2	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	3	0,0
XVII	5	0,1	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	0,1	0	0,0	30	0,1
XVIII	205	2,1	0,0	0,0	2	0,4	0	0,0	415	1,6	0	0,0	622	1,6
XIX	588	6,1	0,0	0,0	177	35,8	0	0,0	1.560	6,0	0	0,0	2.325	6,0
XX	32	0,3	0,0	0,0	4	0,8	0	0,0	16	0,1	0	0,0	52	0,1
XXI	1.269	13,2	141,0	100,0	21	4,3	2.240	100,0	3.327	12,8	169	100,0	7.167	18,6
XXII	213	2,2	0,0	0,0	14	2,8	0	0,0	198	0,8	0	0,0	425	1,1
<b>Total</b>	<b>9.580</b>	<b>100,0</b>	<b>141,0</b>	<b>100,0</b>	<b>494</b>	<b>100,0</b>	<b>2.240</b>	<b>100,0</b>	<b>26.010</b>	<b>100,0</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>	<b>38.634</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIGRH. SSO, 2023.

Figura 93 - Grupo de patologias de acordo com os códigos da CID10. Santa Catarina,

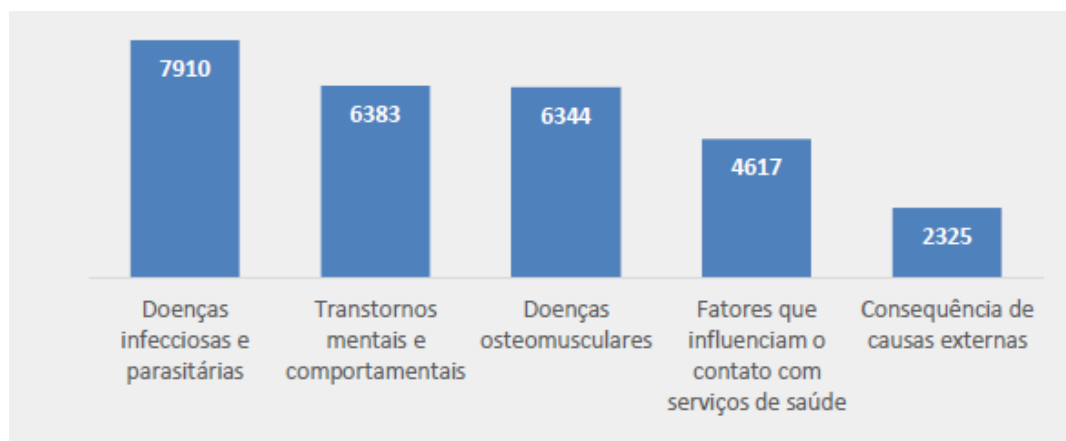
2023.

Grupo de Patologia	Descrição	Códigos da CID
I	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	A00-B99
II	Neoplasias [Tumores]	C00-D48
III	Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários	D50-D89
IV	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	E00-E90
V	Transtornos Mentais e Comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do Sistema Nervoso	G00-G99
VII	Doenças do Olho e Anexos	H00-H59
VIII	Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide	H60-H95
IX	Doenças do Aparelho Circulatório	I00-I99
X	Doenças do Aparelho Respiratório	J00-J99
XI	Doenças do Aparelho Digestivo	K00-K93
XII	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do Aparelho Geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, Parto e Puerpério	O00-O99
XVI	Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	P00-P96
XVII	Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte	R00-R99
XIX	Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas	S00-T98
XX	Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	Z00-Z99
XXII	Códigos para Propósitos Especiais	U00-U99

Fonte: SIGRH. SSO, 2023.

Considerando as figuras acima, percebe-se que dos 9.580 servidores afastados para auxílio - doença, 3.659 se ausentaram por doenças infecciosas e parasitárias. Com relação à Licença para Tratamento de Saúde decorrente de Acidente em Serviço, dos 494 servidores afastados, 197 também tiveram as doenças infecciosas e parasitárias como principal causa. Já nos afastamentos por licença para Tratamento de Saúde, dos 26.010 servidores afastados, 5.813 servidores se afastaram por transtornos mentais e comportamentais.

Figura 94 - Principais afastamentos por Grupo de Patologia, no período de 2019 a 2022.



Fonte: SIGRH. SSO, 2023.

Da análise geral dos afastamentos por problemas de saúde de nossos servidores, que atualmente somam mais de 13 (treze) mil, podemos observar que a principal causa



nos últimos quatro anos foram as Doenças infecciosas e parasitárias, representando 29% (7.910 afastamentos). Os Transtornos mentais e comportamentais ficaram em segundo lugar, representando 23% (6.383 afastamentos) e as Doenças osteomusculares, em terceiro representando 23% (6.344 afastamentos).

Sobre as Doenças infecciosas e parasitárias, vale ressaltar que o advento da COVID-19 foi relevante para o elevado número destes afastamentos, com índice maior no ano de 2020, início da pandemia no Brasil, e, posteriormente em 2022, possivelmente pelas novas variantes do vírus e/ou sequelas da própria doença. Vale destacar que a disponibilização da vacina para a população, bem como as campanhas de vacinação foram ações importantes para mitigar tais afastamentos.

Os Transtornos mentais e comportamentais, que sempre esteve entre os principais motivos de afastamento de nossos servidores, teve seu auge em 2021, com um aumento considerável, tornando-se a principal patologia deste ano. Podemos considerar também que as referidas causas de afastamento são reflexos do período pandêmico que vivenciamos, momento de sobrecarga de trabalho para todos os profissionais da saúde, que desencadeou crises de ansiedade, medo, síndrome do pânico e períodos de luto.

Para amenizar os constantes afastamentos por esta patologia, é importante a participação efetiva do profissional da psicologia do trabalho das Equipes Multiprofissionais de Saúde do Servidor, promovendo ações de promoção da saúde desses servidores, através do acolhimento individual ou em grupo, bem como o acompanhamento do mesmo em seu período de afastamento ou na ocorrência de seu retorno ao trabalho.

Já as Doenças osteomusculares, também tiveram relevância no rol das patologias que mais afastam nossos servidores, em razão da predominância das atividades assistenciais, como movimentação de pacientes com sobrepeso, banho de leito, transporte de pacientes em cadeiras de rodas e macas entre outras atividades.

As atividades administrativas e burocráticas também integram este índice, pois são executadas por longos períodos em postos de trabalho inadequados, como cadeiras e mesas fora dos padrões estabelecidos, posturas inadequadas e movimentos repetitivos.

Um acompanhamento dos profissionais da segurança do trabalho das Equipes Multiprofissionais de Saúde do Servidor é importante e necessário para minimizar o impacto sofrido pelo servidor, com a realização de ações do programa de análise

ergonômica: de ginástica laboral, de ajuste de mobiliários e equipamentos, sendo ações imprescindíveis visando o bem-estar e saúde de nossos servidores.

Atualmente, estamos enfrentando uma redução no contingente de servidores efetivos, principalmente por conta dos processos de aposentadoria, o que tem impactado diretamente a capacidade de atendimento e eficiência dos serviços públicos. Em contrapartida, temos observado um aumento no número de servidores temporários (ACT), o que, embora possa atenuar a lacuna deixada pelas aposentadorias, não oferece estabilidade e a possibilidade de acúmulo de conhecimento a longo prazo.

Diante desse cenário, e considerando que a rotatividade de profissionais não garante a continuidade dos serviços prestados à população, torna-se evidente a necessidade premente de realizar novos concursos públicos. Através desses concursos, poderemos recrutar e manter profissionais qualificados e comprometidos, que serão capazes de preencher as vagas deixadas pelos servidores aposentados de forma consistente e com competência. Isso garantirá a continuidade e qualidade dos serviços prestados à população, bem como a manutenção de um quadro funcional sólido e capaz de enfrentar os desafios futuros.

### **7.3.4. Sistemas Logísticos**

#### **7.3.4.1. Regulação**

A Central de Regulação do Estado de SC, que integra o Complexo Regulador do SUS do Estado, tem como objetivo responder às demandas em saúde, em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada.

A regulação estadual está estruturada, conforme a Deliberação nº 370/CIB/2013, em 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 - CERA, que regula a oferta dos prestadores próprios, geridos por Organizações Sociais e contratualizados que estão sob a gestão da SES. As ações de regulação estão baseadas 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. Um dos principais objetivos é subsidiar o planejamento e possibilitar mudanças na prestação dos serviços assistenciais.

Compõe o processo de trabalho da regulação ambulatorial, de acordo com a Portaria SES nº 313/2015, a operacionalização da CERA e a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos bem definidos, classificação de risco e critérios de priorização, disponibilizando a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, seja a partir da oferta por meio da gestão estadual ou concessão de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) Interestadual quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do próprio município, região e/ou Estado.

O processo de trabalho da regulação ambulatorial abrange ainda, a cobertura e os serviços executados pela Central Estadual de Telemedicina - CET, como estratégia na assistência em soluções de Saúde Digital, permitindo a aproximação dos profissionais da Atenção Básica com os especialistas para a discussão de casos para o manejo e/ou redirecionamentos, que resultem na diminuição das filas de espera e na qualificação dos encaminhamentos.

No que tange aos fluxos de acesso, a Deliberação nº 042/CIB/2018 aprova os fluxogramas da regulação ambulatorial, incluindo da oncologia, estabelecendo o consenso de que, para ter acesso aos procedimentos especializados, obrigatoriamente o paciente deverá entrar pela Atenção Básica.

Considerando a necessidade de regulamentar, no Estado, o agendamento de consultas ambulatoriais após os atendimentos em serviços de emergência, ambulatoriais e hospitalares, foi aprovada a Deliberação nº 291/CIB/2018, que estabelece os casos excepcionais em que poderão ser agendadas consultas, exames e outros procedimentos, internamente pelos Núcleos Internos de Regulação - NIR.

A CERA regula cerca de 94% das agendas configuradas no Sistema Nacional de Regulação - SISREG e somente 6% das agendas são configuradas como fila de espera, contendo, na sua grande maioria, exames do grupo de diagnóstico em radiologia e mamografias. Mais de mil e quinhentas (1.500) consultas e exames das agendas reguladas

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 vigentes.

Sendo assim, a Deliberação nº 139/CIB/2022, com objetivo de atender as demandas reprimidas aprovou a ampliação do acesso à oferta ambulatorial especializada dos serviços próprios e contratualizados, junto à gestão estadual, para todos os municípios da Região de Saúde dos prestadores ou Macrorregião, nos casos em que seja identificada oferta de serviços ociosas.

A regulação ambulatorial possui cerca de 150 Protocolos de Acesso e de Regulação vigentes. Os Protocolos de Acesso e Regulação são compostos por duas partes, uma voltada para a Assistência, com orientações de como o profissional assistente deverá encaminhar o paciente para a especialidade e a outra, voltada para os médicos reguladores, que indica ao profissional como classificar o risco referente aos casos encaminhados pela Assistência.

Outra importante estratégia adotada pela CERA, 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. 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 Atenção Primária à Saúde - APS quanto à conduta clínica.

Estas e outras ações promoveram importantes resultados tais como: diminuição do tempo de espera, redução das filas, qualificação da APS 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 monitoramento e notificações aos fiscais dos Contratos das Unidades Contratualizadas e reuniões frequentes com as Unidades Hospitalares próprias, 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.

No que tange à transparência, como citado no capítulo anterior, o cidadão catarinense tem acesso às informações sobre a sua posição e previsão de atendimento nas

listas de espera, em cumprimento à Lei Estadual nº 17.066/2017 e ao Decreto Estadual nº 1.168/2017.

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

Uma regulação eficiente é crucial para garantir que os pacientes recebam atendimento adequado e oportuno, levando em consideração a gravidade e urgência dos casos. No entanto, quando a regulação é frágil, podem ocorrer problemas como longas filas de espera, falta de transparência nas prioridades e desigualdades no acesso.

#### 7.3.4.2. Infraestrutura

Em relação à infraestrutura física, em algumas instalações do estado é possível observar a necessidade de reformas e/ou reparos. Isso tanto nos prédios administrativos quanto nos prédios que prestam serviços diretos à população. Nestes é possível observar pouco espaço nas salas de espera, paredes com infiltrações, instalações elétricas inadequadas, baixa iluminação, falta de manutenção nos aparelhos de ar-condicionado, etc. Por esse motivo a SES/SC já tem realizado ações para ampliação e reformas dos prédios com maiores necessidades de infraestrutura.

Com relação à infraestrutura de sistemas e tecnologias, existe uma carência de sistema/banco de dados para controles internos, sendo utilizadas planilhas manuais, o que torna o processo de trabalho moroso e inseguro.

Especialmente em algumas áreas SES/SC é fundamental o uso de sistemas qualificados. Não ter sistemas de gerenciamento eficientes e atualizados fragiliza toda operação de programação, distribuição e dispensação de alguns materiais, produtos e até mesmo medicamentos no Estado, fazendo com que a área gerencie essas informações de forma manual, impactando em grande tempo de desenvolvimento da atividade e em maior risco de erro de alimentação dos dados.

**>>> IMPLICAÇÕES PRÁTICAS:**

A estrutura física ideal para a demanda em serviços de saúde é um fator determinante na qualidade do atendimento. Deve ser projetada para atender às necessidades, proporcionando um ambiente seguro, confortável e funcional. Portanto, investir na infraestrutura é oferecer diagnósticos precisos, tratamentos eficazes e bem-estar aos pacientes.

7.3.4.3. Sistemas de Transporte e transferências

O estado de SC, desenvolve estratégias que buscam atender de forma adequada e integrada às necessidades agudas, eletivas e de urgências da população, utilizando os recursos móveis disponíveis, redimensionando o atendimento para locais que garantam a continuidade do tratamento. Para isso, é essencial o trabalho conjunto e coordenado das Centrais do Complexo Regulador.

Sendo assim, é de suma importância atender à demanda de procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações, atendimentos domiciliares, consultas especializadas e consultas na rede básica de saúde, assegurando também assistência social, transporte sanitário urgente e não urgente. Todos esses serviços devem ser pautados pelos princípios fundamentais da Universalidade, Integralidade e Equidade, buscando garantir a equânime distribuição dos recursos e o acesso igualitário aos serviços de saúde para toda a população do estado.

O transporte inter-hospitalar, em qualquer de suas modalidades, de acordo com a situação clínica do paciente a ser transportado, deve ser realizado em veículos adequados e equipados de acordo com o estabelecido no capítulo IV da Portaria 2.048, 05 de novembro de 2002.

Em SC o transporte/transferência inter-hospitalar poderá acontecer de forma aérea e terrestre, de acordo com as condições geográficas de cada região, observando-se as distâncias e vias de acesso, como a existência de estradas, aeroportos, helipontos, bem como a condição clínica de cada paciente.

O estado realiza o serviço SC Inter-Hospitalar contando com cinco ambulâncias (Sul, Oeste, Serra, Norte e Florianópolis), todas dispostas com equipe capacitada, materiais e equipamentos necessários para atendimento seguro e qualificado dos pacientes nas situações de baixa, média e alta complexidade.

A Deliberação 181/CIB/2021, visando fortalecer a regulação hospitalar no Estado, estabelece que a Central Estadual de Transferências Inter-Hospitalares (CERINTER) será responsável por acionar os seguintes recursos: ambulância inter-hospitalar (nos serviços implantados), ambulâncias do SAMU através da Central de Regulação das Urgências ou transporte aeromédico (asa fixa) para transferências de pacientes para leitos de UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal.

### **7.3.5. Sistemas de Governança**

#### **7.3.5.1. Comissões Intergestores**

As comissões intergestores são instâncias criadas para promover a interação e a cooperação entre os gestores dos diferentes entes federativos no âmbito da saúde pública. As principais comissões intergestores previstas na Constituição Federal de 1988 são:

**Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** composta por representantes do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios. Sua principal função é negociar e pactuar as questões relacionadas à gestão e ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país.

**Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** composta por representantes do governo estadual e dos municípios de cada estado. A CIB atua em questões regionais, definindo estratégias de organização e funcionamento do SUS em âmbito estadual.

**Comissão Intergestores Regionais (CIR)** composta por membros dos estados e dos municípios integrantes de regiões de saúde específicas.

Essas comissões têm papel fundamental na articulação das políticas de saúde entre os diferentes níveis de governo, garantindo a participação da sociedade, a descentralização das ações e o atendimento integral aos cidadãos. Através dessas instâncias, busca-se promover a efetividade e a integração das ações de saúde em todo o território nacional.

No estado de SC, a CIB foi criada pela Portaria SES 012/93, atendendo ao disposto no item 2.2.1 da Portaria Ministério da Saúde 545 de 1993. Trata-se de uma instância de caráter deliberativo no âmbito estadual, com base nas decisões tomadas em consenso e de caráter consultivo para a CIT, quando se referir às questões que envolvem

outros estados. Tem por finalidade pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção.

Desde a sua criação, a CIB-SC é composta por 8 membros titulares e 8 suplentes da SES, que representam a Secretaria de Saúde e são indicados pelo(a) Secretário(a) da Saúde do estado. Somam-se a eles, 9 membros titulares e 9 membros suplentes do COSEMS, representando os Secretários Municipais de Saúde, na forma recomendada pelo Estatuto do Cosems-SC.

O Decreto nº 7508/2011 reforçou a regionalização e o processo de planejamento da saúde integrado e regionalizado, mantendo as comissões intergestores já existentes e criando as CIR, na perspectiva de que elas fossem o lócus privilegiado das pactuações e da governança do território regional. No estado de SC, foram implantadas CIR em cada uma das 17 regiões de saúde definidas no PDR.

#### 7.3.5.2. Conselho Estadual de Saúde

O Conselho Estadual de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme prevê a Lei 8.142/90.

Os Conselhos de Saúde apresentam uma composição paritária, dividida da seguinte forma: 50% de seus membros representam os usuários de saúde, 25% representam os profissionais da área de saúde, e os outros 25% são representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS.

O Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina (CES/SC) foi instituído pela Lei 9.120, de 18 de junho de 1993. Em 1998, o Conselho passou por algumas alterações por conta da Lei 10.982/98, dentre elas, o aumento da representação de 20 para 32 conselheiros titulares. Com a Lei 16.535 de 2014, o CES/SC passou a eleger também representantes para a Presidência e Vice-Presidência.

O CES/SC é composto por um total de 64 conselheiros, sendo 32 titulares e 32 suplentes. Destes, 5 são gestores, 3 prestadores de serviço, 8 profissionais de saúde e 16 usuários. A SES/SC tem 3 representantes titulares e 3 suplentes. O CES desempenha um papel consultivo e fiscalizador das ações e dos serviços de saúde em todo o estado de



Santa Catarina, abrangendo também os aspectos econômicos e financeiros relacionados a essas atividades.

Essa instância é responsável por deliberar sobre as matérias que lhe são submetidas, abrangendo diversos assuntos pertinentes à saúde. Além disso, o CES/SC atua de forma ativa na implementação de estratégias e na promoção do processo de controle social em todas as suas dimensões, tanto nos setores públicos quanto nos privados.

O CES/SC é dirigido por uma Mesa Diretora que possui 04 membros, mantendo a composição paritária. Além disso, possui 06 Comissões Temáticas de Saúde, nomeadamente: Comissão de Comunicação, Divulgação, Articulação e Apoio Institucional, Comissão Permanente de Acompanhamento Orçamentário, Comissão pelo Cumprimento dos Princípios Éticos e Legislação do SUS, Comissão de Vigilância em Saúde, Comissão de Educação, Ciência e Tecnologia e Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST. A equipe é complementada por uma Secretaria Executiva, atualmente contando com 3 servidores.

Uma das principais atribuições dos representantes das entidades é compartilhar assuntos específicos das suas respectivas regiões de atuação, garantindo que o CES/SC tome conhecimento e promova medidas para abordar e solucionar essas questões relacionadas ao saneamento dessas ocorrências.

#### 7.3.5.3. Conferências de Saúde

A Conferência de Saúde é um espaço democrático previsto na Lei 8.142/90. Deve ser realizada a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governo. Cabe ao Poder Executivo convocar a Conferência de Saúde, mas na sua omissão cabe extraordinariamente ao Conselho de Saúde sua convocação.

Entre 2022 e 2023, os 295 municípios do estado realizaram suas Conferências Municipais de Saúde, onde foram eleitos os delegados que representaram suas respectivas localidades na IXª Conferência Estadual de Saúde. Promovida e organizada pelo CES/SC, a Conferência Estadual ocorreu nos dias 30, 31 de maio e 01 de junho de 2023, e contou com um público total de aproximadamente 600 participantes, entre delegados(as) e convidados(as).

A Conferência Estadual de Saúde de SC teve como um dos principais objetivos: Avaliar as diretrizes gerais da Política Estadual de Saúde, enquanto políticas públicas e aprovar as propostas de âmbito estadual e nacional, oriundas das Conferências Municipais de Saúde.

#### 7.3.5.4. Controle Interno e Ouvidoria

A Ouvidoria da Saúde desempenha um papel crucial como ferramenta de gestão e cidadania. É um mecanismo institucional que promove a participação social, permitindo que os usuários do SUS registrem denúncias, reclamações, críticas, sugestões, solicitações de informações, elogios e sugestões. Essa instância funciona como garantia do direito de expressão do cidadão e, ao mesmo tempo, analisa cuidadosamente os dados provenientes da experiência dos usuários.

Nesse sentido, a Ouvidoria é um valioso instrumento para aprimorar a qualidade e a efetividade das ações e serviços oferecidos pelo SUS. Ela possibilita uma gestão mais eficiente, baseada nas demandas e necessidades reais da população atendida. Dessa forma, a Ouvidoria desempenha um papel fundamental na construção de um sistema de saúde mais justo, transparente e comprometido com a satisfação e bem-estar dos usuários.

A rede de ouvidoria da SES está composta pela Ouvidoria Central e 52 pontos de resposta, sendo 17 nas unidades hospitalares e assistenciais, 17 nas gerências regionais de saúde e 18 nas unidades administrativas.

O estado conta com 28 Ouvidores do SUS, sendo 27 municipais e um estadual, de acordo com o levantamento realizado no ano de 2023.

A Ouvidoria da Saúde deve ser utilizada como ferramenta de gestão para melhoria dos serviços públicos ofertados. Ao levantar dados e elaborar relatórios gerenciais fornece uma base concreta e fundamentada em eventos reais, permitindo que os gestores respondam de forma rápida e eficaz aos problemas levantados. Dessa maneira, a Ouvidoria possibilita uma gestão mais ágil e eficiente, promovendo melhorias contínuas nos serviços prestados, em resposta direta às necessidades e experiências vivenciadas pelos usuários.

Por meio das manifestações dos usuários do SUS, os gestores têm a oportunidade de identificar os principais problemas ou dificuldades e abordá-los com prontidão. Todas

as solicitações, denúncias e elogios recebidos pela ouvidoria são reflexos da percepção e experiência dos usuários em relação aos serviços de saúde fornecidos.

Esses relatórios fornecem uma base concreta e fundamentada em eventos reais, permitindo que os gestores respondam de forma rápida e eficaz aos problemas levantados. Dessa maneira, a Ouvidoria possibilita uma gestão mais ágil e eficiente, promovendo melhorias contínuas nos serviços prestados, em resposta direta às necessidades e experiências vivenciadas pelos usuários.

Em 2019, o Decreto Estadual nº 1.416/2019 foi implementado, reforçando o papel da auditoria no SUS realizada pela SES.

No que diz respeito aos serviços de média e alta complexidade contratualizados, a auditoria é conduzida de forma descentralizada nas Regiões de Saúde, bem como no nível central da SES. Neste momento, estão sendo desenvolvidas ações para fortalecer a auditoria e integrá-la como uma ferramenta essencial de gestão, com foco na melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS.

O governo tem se empenhado para oferecer à sociedade de SC as melhores práticas de gestão pública e da conformidade. Prova disso é a adesão do estado ao Programa de Integridade e Compliance instituído pela Lei n. 17.715/2019. O principal objetivo do programa é o fomento da cultura ética, por meio do aperfeiçoamento e melhoria dos processos de controle e tomada de decisões com base na gestão de riscos e oportunidades, para um crescimento sustentável e melhoria da prestação dos serviços públicos.

Essa área atua orientando e capacitando os órgãos e entidades sobre o programa para mitigar riscos de práticas ilícitas e reforçar a prevenção e o combate à corrupção.

Além disso, a Diretoria desempenha um papel crucial ao oferecer suporte e colaboração na gestão dos indicadores estratégicos de desempenho do Governo do Estado, em parceria com a Coordenadoria de Gestão por Resultados, da Secretaria de Estado da Administração.

### **7.3.6. Gestão Administrativa e Financeira**

#### **7.3.7.1 Convênios de Saúde**

A formalização de convênios com municípios e entidades privadas sem fins lucrativos desempenha um papel crucial no compromisso de oferecer cuidados de saúde abrangentes e eficazes. Esses convênios abarcam desde atendimentos de baixa complexidade até procedimentos de alta complexidade, assegurando uma cobertura abrangente para a população.

Em SC os convênios são provenientes de Emendas Parlamentares Impositivas Estaduais e Federais, assim como por necessidades do governo do Estado (incluindo os Consórcios), e pela Política Hospitalar Catarinense, quando se trata de entidades de gestão municipal.

Por meio dos convênios é possível fazer o custeio e manutenção dos serviços de saúde e materiais de consumo; aquisição de veículos; aquisição de equipamentos e materiais permanentes; construção, reforma e ampliação de unidades de saúde.

Com relação aos valores de convênios, somente na gestão anterior (2019 a 2022) foram repassados R\$1.607.070.405,71 para a saúde no estado. Neste mesmo período, dos convênios celebrados, a maior parte (R\$577.713.714,98) foi por indicação do governo, conforme mostra a imagem abaixo.

Figura 88 - Convênios celebrados, por tipo de indicação, no período de 2019 a 2022 no estado. Santa Catarina, 2023.

<b>CONVÊNIOS CELEBRADOS 2019 A 2022</b>		
<b>TIPO DE INDICAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALORES PAGOS (R\$)</b>
EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA ESTADUAL	717	172.387.936,13
EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA FEDERAL	520	183.457.265,40
POLÍTICA HOSPITALAR CATARINENSE	291	550.876.630,16
CONVÊNIOS INDICAÇÃO GOVERNO	531	577.713.714,98
LEI 10% FILANTRÓPICOS – 2019	103	104.351.237,99
CONVÊNIOS 2018 COM PARCELAS PAGAS 2019	10	18.283.621,05
<b>TOTAL</b>	<b>2172</b>	<b>1.607.070.405,71</b>

Fonte: GCONV, 2023.

### 7.3.7.2 Financiamento em Saúde

A Constituição Federal de 1988 estabelece que as três esferas de governo - federal, estadual e municipal - são responsáveis por financiar o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo conjuntamente com a receita necessária para custear as ações e serviços públicos de saúde. Esse financiamento ocorre por meio de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, dos municípios e de outras fontes (Brasil, 1988).

Em cumprimento ao que dispõe a Constituição Federal, foi promulgada a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição. Essa lei estabelece o valor mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, com a seguinte distribuição: 15% para os municípios, 12% para os estados, e para a União, o valor empenhado no exercício financeiro do ano anterior acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrido no ano anterior à Lei Orçamentária Anual (BRASIL, 2012a).

Em conjunto com a participação da União e dos municípios, o Estado de Santa Catarina participa com no mínimo 12% da Receita Líquida de arrecadação de impostos. Em 2017 foram aplicados 13,07%, em 2018 14,10%, 2019 12,99%, 2020 14,09%, 2021 13,70%, 2022 14,85%.

O Estado, por sua vez, propõe um financiamento ascendente na área da saúde, conforme disposto na Lei Complementar n. 141/2012. O rateio dos recursos do Estado transferidos aos municípios para ações e serviços públicos de saúde é realizado com base no critério das necessidades de saúde da população, considerando as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, espaciais e a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, com a necessidade de reduzir as desigualdades regionais.

Estamos enfrentando um processo de transição demográfica e epidemiológica que demanda uma organização adequada do sistema de saúde para atender às demandas de serviços. Isso implica uma transição na Atenção à Saúde e a elaboração de novas políticas públicas, especialmente em relação à lógica de gastos públicos e formas de financiamento.

#### 7.3.6.1. Judicialização em Saúde

O direito à saúde é assegurado constitucionalmente desde o processo de recuperação democrática nacional de 1985. No entanto, alguns aspectos ainda suscitam

controvérsias, como o custo-benefício dos tratamentos requeridos e, em um nível mais fundamental, sua eficácia e indicação terapêutica.

Enfrentamos uma grande dificuldade em encontrar um equilíbrio entre a prestação de serviços de saúde pelo setor público, por meio de programas e ações governamentais, e a exigibilidade judicial dos direitos a tratamentos de saúde abrangentes. Esse desafio se deve à limitação dos recursos orçamentários disponíveis.

A busca por garantir o acesso adequado à saúde, considerando a disponibilidade de recursos, é uma tarefa complexa. É necessário promover um debate amplo e aprofundado para encontrar soluções que possibilitem atender às necessidades da população, ao mesmo tempo em que se mantém uma gestão responsável dos recursos públicos. Essa busca por equilíbrio é fundamental para assegurar o pleno exercício do direito à saúde a todos os cidadãos.

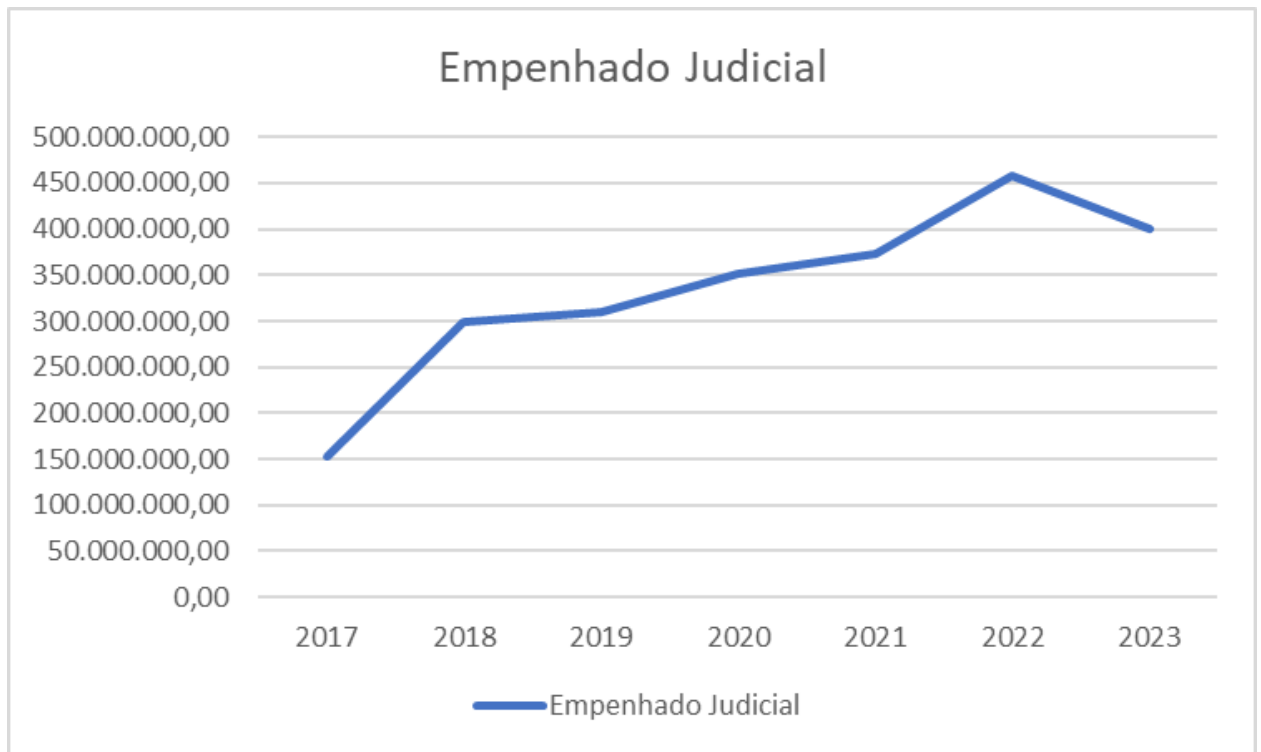
Nos últimos anos, observa-se um movimento significativo de crescimento das demandas judiciais relacionadas à saúde no Estado.

No ano de 2017 em relação a medicamentos, procedimentos e materiais requeridos por meio de ações judiciais, Santa Catarina empenhou o valor de R\$ 151.813.093,99

Entretanto, entre os anos de 2017 a 2022 esse montante chegou a de R\$1.944.507.678,98 nesse período. (fonte Sigef)

No ano de 2023 já foram empenhados R\$399.549.476,17 até o mês de outubro (12/10/2023), com a expectativa de superar o ano de 2022.

Figura 95 - Valor monetário empenhado judicial. Santa Catarina, 2017 a 2023\*.



Fonte: Sigef, 2023.

\*dados consolidados até 12/10/2023.

Esse aumento expressivo nas demandas judiciais da saúde representa um desafio significativo para o Estado, visto que implica em um crescimento considerável nos gastos e no esforço para atender às necessidades dos usuários. Torna-se importante, portanto, adotar medidas e políticas que busquem assegurar um equilíbrio adequado entre a garantia dos direitos à saúde e a sustentabilidade do sistema de saúde.

## 8. PROGRAMAS DE SAÚDE PPA 2024-2027

Os Programas são instrumentos de organização da ação governamental para enfrentar um problema, atender a uma demanda da sociedade ou aproveitar uma oportunidade.

[O Projeto de Lei nº 0339/2023](#) estabelece os Programas de Saúde definidos no PPA 2024-2027 para os quatro anos de gestão, foram norteados pelos Programas de Governo que expressam as propostas de campanha assumidas perante a população. Os programas foram implantados levando em conta a identificação de problemas existentes, as necessidades e as condições de saúde da população. Durante as oficinas para a construção do PES/PPA foram adotadas várias metodologias, dentre elas, a identidade organizacional, matriz SWOT, construção de árvores de problemas, levantamento de macroproblemas e macroprocessos finalísticos e de área meio, que serviram para subsidiar a criação e/ou revisão dos programas do PPA, bem como, objetivos e público alvo.

Desse modo, foram contemplados 4 (quatro) programas na área da saúde, a saber: Gestão Estratégica e Inovação (código 400); Vigilância em Saúde (código 410); Atenção Primária à Saúde (código 420) e Atenção Especializada à Saúde (código 430), que estão inseridos no PPA 2024-2027, conforme descrição a seguir:

### 8.1. GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVAÇÃO (CÓDIGO 400)

Com o objetivo de promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras, que proporcionem a sustentabilidade tecnológica e econômica do SUS, o Programa de Gestão Estratégica e Inovação foi criado.

Sua justificativa é pautada para decisões e definições das prioridades em saúde, amparados na interoperabilidade dos sistemas em saúde. Possibilitando a sistematização das informações e um atendimento de saúde mais eficiente e resolutivo, para toda a População Catarinense.

### 8.2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CÓDIGO 410)

O Programa Vigilância em Saúde possui o objetivo de planejar e implementar medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e



controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde com vistas tanto para a população catarinense quanto para os municípios.

Ele serve para a implementação das políticas, diretrizes e prioridades na área de vigilância, no âmbito Estadual. Assim como, para a execução das ações de vigilância de forma complementar à atuação dos municípios, bem como, coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância estadual. Para apoio e cooperação técnica junto aos municípios no fortalecimento da gestão das ações de vigilância, bem como, cooperação com municípios em emergências de saúde pública de importância municipal.

### 8.3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CÓDIGO 420)

O Programa Atenção Primária à Saúde do governo estadual tem como objetivo apoiar os municípios catarinenses, na execução de ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo, que abrange a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de toda a população catarinense.

Este programa fundamenta-se no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como coordenadora do cuidado e ordenadora da organização da rede de atenção, sendo o primeiro nível de atenção à saúde. Enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido.

### 8.4. ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE (CÓDIGO 430)

O objetivo do Programa Atenção Especializada à Saúde é de propiciar, à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS, que demanda profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, e que envolvem alta tecnologia e alto custo.

A sua criação tem como justificativa a disponibilidade de cobertura assistencial à população, de serviços públicos de saúde, na rede própria e complementar, de assistência no SUS.

## 8.5. PROGRAMAS E SUBAÇÕES

Os Programas articulam um conjunto de subações necessárias, para superar as causas do problema e são instrumentos de programação física e orçamentária, que contribuem para atender ao objetivo do programa. O quadro abaixo apresenta as subações que compõem o PPA 2024-2027 de acordo com seu respectivo Programa.

Quadro 26 - Programas e subações contemplados no PPA 2024-2027.

GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVAÇÃO (CÓDIGO 400)	
Código	Subação
011443	Manutenção das atividades do conselho estadual de saúde
014232	Promoção, qualificação e aperfeiçoamento das Ouvidorias de Saúde de Santa Catarina
016025	Repasse financeiro destinado ao Piso Salarial da Enfermagem
004650	Administração e manutenção dos serviços administrativos gerais - SES
011481	Manutenção dos serviços administrativos das Gerências Regionais de Saúde
014016	Aquisição de veículos para a Secretaria de Estado da Saúde
011428	Fomento à pesquisa em saúde
011453	Formação e qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde
015448	Realização de cursos de curta duração de práticas integrativas e complementares (PICS)
015449	Realização de cursos de pós-graduação em práticas integrativas e complementares - PICS
011478	Atendimento das ações judiciais
014240	Emendas parlamentares impositivas da Saúde
014758	Aquisição de imóveis para uso da Secretaria de Estado da Saúde
015037	Enfrentamento de situações de emergências em saúde pública
004771	Aquisição, manutenção, modernização e inovação do processo de tecnologia da informação e comunicação
015446	Implantação do Centro de Inteligência Estratégica em Saúde
015460	Realização de ações de saúde - SC Levada a Sério
VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CÓDIGO 410)	
Código	Subação
011254	Realização de exames e ensaios de interesse da saúde pública pelo laboratório central (LACEN)
011205	Ações de vigilância epidemiológica
011227	Ações de vigilância sanitária
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CÓDIGO 420)	
Código	Subação
015242	Apoio ao combate da precariedade menstrual

015243	Apoio/estruturação às mulheres que enfrentam neoplasia mamária
011477	Repasse financeiro aos municípios para compra de medicamentos básicos e insumos
011489	Incentivo financeiro aos municípios contemplados no programa catarinense de inclusão social - PROCIS
015450	Ações de vigilância alimentar e nutricional nas regiões de saúde
011485	Cofinanciamento estadual para equipes atenção primária
013264	Cofinanciamento estadual às equipes de atenção primária prisional
<b>ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE (CÓDIGO 430)</b>	
<b>Código</b>	<b>Subação</b>
003811	Construção da nova sede do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
014229	Construção do laboratório de anatomia patológica do centro de pesquisas oncológicas - CEPON
011328	Realização de convênios para ações de saúde
011320	Custeio de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade
011325	Manutenção da Política Hospitalar Catarinense
013253	Aquisição de equip, material permanente e mobiliário para as unid adm da SES e estab. de saúde
015548	Aquisição de aparelho de ressonância magnética para o Hospital Regional do Oeste
015511	Aquisição de equipamentos e mobiliário para realização de cirurgias eletivas e urgentes
011201	Distribuição de medicamentos do componente estratégico
011324	Realização de cirurgias eletivas
013266	Realização dos serviços assistenciais e de manutenção do Centro Catarinense de Reabilitação - CCR
016001	Construção da Policlínica de Rio do Sul
011285	Realização das atividades de doação e transplante de órgãos e tecidos
005429	Manutenção das unidades hospitalares sob administração direta da SES
011293	Manutenção do serviço Inter-Hospitalar
011435	Rede de Atenção Psicossocial
011437	Rede de atenção às urgências
013270	Contratação de leitos, internações e serviços em caráter de urgência
011308	Atendimento de solicitações ao programa de Tratamento Fora de Domicílio - TFD
011438	Rede Cegonha
015553	Implantação de sistemas de geração de energia solar nas Unidades Hospitalares de Santa Catarina
015556	Repasse financeiro dos recursos conveniados às Redes Femininas de Combate ao Câncer
015558	Aquisição de veículo passeio/transporte Hosp Regional Terezinha Gaio Basso de São Miguel do Oeste
009375	Financiamento das unidades aeromédicas próprias do governo do estado
014754	Locação de aeronaves para demandas da saúde
011493	Cofinanciamento dos centros de especialidade odontológicas
014090	Cofinanciamento estadual aos centros de atenção psicossocial - CAPS
015015	Apoio financeiro aos consórcios intermunicipais de saúde
015014	Custeio de vagas para acolhimento psicossocial em comunidades terapêuticas

014089	Fornecimento de insumos para realização de exames do programa de triagem neonatal e pré-natal
014772	Rede de combate ao câncer de colo de útero e mama, com ampliação do acesso à reconstrução mamária
011495	Cofinanciamento de prótese dentária produzida em laboratório regional de prótese dentária
011441	Manutenção das unidades assistenciais administradas por organizações sociais
014755	Concessão administrativa para o Complexo Hospitalar de Santa Catarina
015935	Financiamento das Unidades Assistenciais de Saúde em concessão do Estado
011300	Realização dos serviços da Central Estadual de Telemedicina
011200	Fornecimento de medicamentos do componente especializado e insumos
013268	Ampliação, reforma e readequação das unidades ADM da SES e estabelecimentos assistenciais de saúde
015932	Financiamento para ampliação de leitos de UTI em SC
015931	Implementação da Carreta da Saúde
013262	Ações de análise patológica e serviços de verificação de óbitos (SVO)
014019	Repasse financeiro aos hospitais filantrópicos e municipais conforme Lei Estadual nº 16.968
014251	Repasse financeiro para centro de hemoterapia e centro de pesquisas oncológicas

Fonte: GPLAN/SES.

Além dos Programas da Saúde, o PPA 2024-2027 mantém os Programas de Gestão, Manutenção e de Serviços ao Estado, que são programas sob responsabilidade de outros órgãos do governo, entretanto as subações contempladas nesses programas são de responsabilidade da saúde. O quadro abaixo expressa a alocação das subações de acordo com o Programa e Órgão do Governo responsável.

Quadro 27 - Programas de Gestão, Manutenção e de Serviços ao Estado.

Órgãos do Governo	Código/Programa	Código/Subação
Secretaria de Estado da Administração	0850 Gestão de Pessoas	001018 Administração de pessoal e encargos sociais - SES
		004617 Encargos com estagiários - SES
	0855 Saúde Ocupacional	014753 Saúde e segurança no contexto ocupacional - SES
Secretaria de Estado da Casa Civil	0101 Acelera Santa Catarina	012191 Ampliação, reforma e readequação das unidades de saúde do programa Pacto por SC
		012586 Aquisição de equipamentos para as unidades da SES com obras do Pacto por SC
		012976 Aquisição de equipamento, material permanente e mobiliário para unidades de saúde
		012978 Ampliação, reforma e readequação das unidades de saúde

Secretaria de Estado da Comunicação	0810 Comunicação do Poder Executivo	010345 Campanhas de caráter social, informativa e institucional - Saúde - SES
Secretaria de Estado da Segurança Pública	0701 Redução da Criminalidade	010674 Ações no programa educacional de resistência às drogas e à violência - PROERD
Secretaria de Estado da Fazenda	0990 Encargos Especiais	014230 Encargos gerais com serviços da dívida pública da Saúde
		014263 Encargos com precatórios - SES
Procuradoria- Geral do Estado	0875 Advocacia do Estado de SC	015029 Pagamento de sentenças de pequeno valor - Saúde

Fonte: GPLAN/SES.

## 9. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - DOMI

As Diretrizes, os Objetivos, as Metas, e os Indicadores que constituem este Plano Estadual de Saúde foram definidas considerando a Análise de Situação de Saúde e as referidas premissas, assim como as referências do Mapa Estratégico, do Planejamento Regional Integrado (PRI), do Relatório Preliminar da 9ª Conferência Estadual de Saúde, e do Plano de Governo.

Nesse sentido, obteve-se um processo de construção coletiva junto à sociedade, representada pelo Conselho Estadual de Saúde, com a definição de 12 Diretrizes, 34 Objetivos, 154 Metas e 154 Indicadores (Documento em Apêndice).

Antes de apresentar o DOMI é importante trazer um pouco dos conceitos de cada um desses elementos:

- **Diretrizes:** expressam ideais de realização e delimitam escolhas prioritárias do Plano, definidas em razão das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde. As diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas, em um enunciado-síntese. Especificamente, expressam decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e orientar o planejamento.
- **Objetivos:** representam os resultados desejados, “o que se quer”, “o que se pretende”, a fim de superar, reduzir, eliminar, prevenir ou controlar os problemas identificados, em coerência com as políticas de governo e com as viabilidades política, econômica, técnica e institucional.
- **Metas:** especificam a magnitude da mudança desejada ou o(s) resultado(s) visado(s) com o objetivo. Um mesmo objetivo pode apresentar mais de uma meta, em razão da relevância destas para seu alcance. A meta requer ser monitorada e avaliada por meio de um indicador de fonte oficial. Necessita ser factível e alcançável e, ao mesmo tempo, ousada no sentido de visualizar um futuro melhor. Para tanto, no estabelecimento das metas, foi considerado o estágio de referência inicial ou a situação atual que se deseja modificar, o ponto de partida – de onde se está para onde se quer chegar. Isso constituiu a linha de base, ou seja, o último resultado aferido para o indicador, caso haja.

Obs.: O registo da Linha de Base e da data de aferição desse resultado “possibilita a comparação do indicador ao longo da execução do plano de saúde, partindo de um resultado anterior” (BRASIL, 2018a, p. 30).

- Indicadores: são uma variável que representa uma meta, em geral numérica (número absoluto ou índice/relação: percentual, taxa, coeficiente, razão).

Permite mensurar as mudanças propostas e acompanhar o respectivo alcance.

Os principais atributos de um indicador considerados para elaboração desse plano foram: validade, confiabilidade, mensurabilidade, relevância e custo-efetividade.

Por fim, foram estabelecidas as Ações, representando as iniciativas de natureza estratégica a serem implementadas. Essas ações são concebidas como meios pelos quais se busca atingir os objetivos e metas propostos. Dessa forma, as ações estão diretamente vinculadas às metas e os recursos necessários que se encontram detalhadas na PAS, a ser apresentada no início do ano subsequente. Essa programação visa responder às perguntas essenciais: "Como alcançar os objetivos?" e "Por meio de quais estratégias os resultados propostos serão alcançados?".

## 10. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O processo de planejamento deve integrar-se de maneira estratégica ao Monitoramento e à Avaliação, desempenhando um papel crucial na reorientação de programas e projetos governamentais. Isso visa não apenas ampliar a efetividade, eficiência e eficácia das Políticas Públicas, mas também contribuir significativamente para o aperfeiçoamento da gestão do SUS (BRASIL, 2015).

Desta forma, os gestores devem responsabilizar-se em monitorar e avaliar os compromissos e intenções assumidas junto à sociedade por meio dos Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde, analisando os resultados alcançados e as estratégias adotadas para o alcance dos objetivos propostos.

A SES/SC vem desenvolvendo sistemática de Monitoramento e Avaliação como cultura institucional, com etapas, agenda, ferramentas e produtos aperfeiçoados permanentemente a partir da prática e aprendizagem. Nucleado pela Gerência de Planejamento em Saúde (GPLAN), o processo é contínuo, em parceria com as áreas, com alinhamento a valorização dos instrumentos de gestão.

O monitoramento envolve o acompanhamento constante das políticas públicas, mediante a coleta e análise sistemática de dados referentes à sua implementação. Isso é feito para verificar se a execução está alinhada com as metas planejadas. Por sua vez, a avaliação baseia-se na análise dos efeitos da política, buscando determinar sua capacidade de promover as mudanças previamente planejadas. Em outras palavras, a avaliação procura estabelecer uma relação de causa e efeito, resultando em um julgamento de valor sobre a eficácia da intervenção.

Ambos os mecanismos são transversais ao ciclo do planejamento. Inicialmente, compreendem o acompanhamento constante das metas e indicadores que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período (Monitoramento). O instrumento adotado para monitorar o desempenho da gestão é o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior, instituído pela Lei Complementar 141/2012, que deve conter minimamente:

- “I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;



III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação” (BRASIL, 2012).

O segundo momento (Avaliação) compreende a apreciação dos resultados alcançados, devendo considerar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde promoveram ou não a melhoria das condições de saúde da população ao final de cada ano.

Os critérios a serem observados neste momento de avaliação são impacto, efetividade, prioridades elencadas pelos objetivos estratégicos, racionalidade dos recursos, contexto político, dentre outros.

Serão adotadas categorias diferentes de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027, de acordo com o momento e a forma de obtenção dos dados.

#### 10.1. MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES:

O monitoramento objetiva acompanhar o processo de execução das ações e metas previstas na Programação Anual de Saúde ao longo de cada quadrimestre. Para tal, será estabelecido um Grupo de Monitoramento composto por representantes (pontos focais) das áreas da SES/SC que terá papel fundamental de fomentar a cultura de monitoramento da execução das ações e metas planejadas, a partir da coordenação do processo interno em cada superintendência, de forma a manter o plano como instrumento vivo nos diversos setores.

Etapas de Monitoramento:

- Realização de reuniões internas mensais com as superintendências e pontos focais para monitoramento e análise dos indicadores;
- Envio à Gerência de Planejamento em Saúde (GPLAN) do monitoramento realizado nas reuniões internas com periodicidade quadrimestral (a cada quatro meses);
- Consolidação das informações enviadas pelos pontos focais com periodicidade quadrimestral;

- Apresentação e envio do Consolidado Quadrimestral ao gabinete para alinhamento com os secretários.

Os resultados quadrimestrais da execução das ações e metas deverão ser apresentados aos Secretários para validação e posterior inclusão no RDQA. Este relatório será apresentado em Audiência Pública na Assembléia Legislativa de Santa Catarina (ALESC), conforme legislação, bem como ao CES.

O acompanhamento quadrimestral das ações planejadas será realizado através de instrumento específico, que as categoriza de acordo com sua execução.

## 10.2. AVALIAÇÃO ANUAL DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES

Neste momento serão apresentados os resultados alcançados ao final de cada ano, a partir da observação da execução de ações e metas programadas na PAS já monitoradas na etapa anterior.

O alcance anual da execução das metas previstas será avaliado de acordo com o status demonstrado no quadro abaixo e será apresentado no RAG. A partir desse status, será possível reprogramar a ação para o ano seguinte, considerando as justificativas e as propostas de novas ações na PAS, corrigindo os rumos do plano. Caso haja suspensão de alguma ação/meta, a mesma deverá ser justificada para posteriores esclarecimentos ao CES.

Quadro 28 - Métrica de avaliação da execução das metas do PES 2024-2027.

Descrição	% de execução da meta	Status
Mede qualitativamente e quantitativamente o percentual de execução das metas anuais do PES 2024-2027	100%	Executada
	60% a 99%	Executada satisfatoriamente
	1% a 59%	Executada parcialmente
	0%	Não executada

Fonte: GPLAN/SES, 2023.

Anualmente os gestores, técnicos da SES, representação do CES, COSEMs e MS, serão reunidos para refletir sobre os resultados e impactos das ações empreendidas, atualizar as análises estratégicas e ampliar o entendimento sobre os elementos da situação e a capacidade de ação.

### 10.3. AVALIAÇÃO FINAL DO PES 2024-2027

Ao longo do quadriênio, o CES emitirá resoluções acerca dos instrumentos apreciados em cada ano, apresentando possíveis Ressalvas e Recomendações nas avaliações das PAS, RDQA e RAG, as quais serão adotadas não só como orientação para ajustes nas programações subsequentes, como também para avaliação final do PES 2024-2027.

A Portaria MS nº 750/2019 estabeleceu a obrigatoriedade de utilização do Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP) no âmbito do SUS. Isso se aplica ao registro de informações e documentos relacionados ao PES e à PAS, além da elaboração do RDQA e do RAG a partir de 2018. A utilização do DGMP contribui para aprimorar a gestão em saúde, facilita o acompanhamento das políticas de saúde, otimiza a utilização dos recursos públicos e oferece suporte aos gestores na elaboração de instrumentos de planejamento em saúde. Além disso, facilita o monitoramento e a avaliação das metas e ações em saúde estabelecidas, promovendo transparência nas políticas e no uso dos recursos públicos, tanto para os gestores quanto para o Conselho de Saúde.

A avaliação do alcance dos objetivos estratégicos e dos impactos na mudança da realidade é desafio e tarefa da gestão, do controle social e da população. Constitui elemento fundamental para aprimorar ações, uso de recursos e capacidade de propor objetivos e metas para promoção do acesso à saúde e à qualidade de vida da população catarinense.

## **11. DESTAQUES DO GOVERNO NO SETOR SAÚDE**

### **11.1. REDUÇÃO DE FILA DE ESPERA POR CIRURGIAS ELETIVAS**

Considerando a fila para cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde criou estratégias com o objetivo de reduzir as filas de espera, diminuindo o tempo de espera, distância geográfica para o atendimento do paciente e aumentando a resolutividade dos serviços prestados.

A SES publicou a Portaria n. 23/01/2023, que instituiu o Grupo de trabalho com a finalidade de avaliar, discutir e propor estratégias e ações para a redução do tempo de espera por cirurgias eletivas no território catarinense. Foi realizado diagnóstico de capacidade instalada dos Hospitais Públicos, Contratualizados e de Gestão Municipal, para melhor conduzir a gestão da fila cirúrgica. Contudo, buscou novos prestadores, realizou novos contratos, e revisou contratos existentes, resultando em abertura de novos serviços.

A SES/SC instituiu o Programa Estadual de redução da fila de Cirurgias Eletivas, aprovado em março de 2023 (CIB n. 016/2023), com recursos provenientes do MS. Além disso, aprovou o Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas em Santa Catarina, correspondendo ao período de abril de 2023 a abril de 2024, custeados com recursos estaduais, oriundos dos Poderes.

Promoveu Habilitação Estadual de novos serviços em Alta Complexidade nas especialidades da Cardiovascular e da Ortopedia, ampliando assim, o acesso dos pacientes que aguardam por cirurgias eletivas nas especialidades.

Considerando o Marco “0” anunciado pelo Governo do Estado em 30 de janeiro de 2023, houve uma redução de aproximadamente 60% de pacientes na fila de espera.

### **11.2. REVISÃO DA POLÍTICA HOSPITALAR CATARINENSE (PHC) E NOVAS HABILITAÇÕES SUS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS**

#### **11.2.1. Política Hospitalar Catarinense (PHC atualizado para PVH)**

Em 2023, a Política Hospitalar Catarinense contou com 152 hospitais filantrópicos e/ou Municipais, 20 hospitais próprios do Estado e 1 Hospital Universitário administrado

pelo Governo Federal, totalizando 173 unidades hospitalares. Essa política estabeleceu critérios para repasse de recurso financeiro estadual aos hospitais, visando ampliar o acesso aos serviços ofertados, melhorando o desempenho e a qualidade, possibilitando a ampliação do quantitativo de cirurgias de média e alta complexidades nestas unidades, em 11.500 procedimentos/mês, conforme o porte hospitalar e necessidades regionais.

Com a republicação da Portaria nº 277, em 18/05/2023, foi possível instituir o Grupo de Trabalho, como a finalidade de avaliar, discutir e propor estratégias e ações para aprimoramento dos instrumentos contratuais e definição de critérios para repasse de recursos estaduais e demais recursos, às instituições hospitalares prestadoras de serviços SUS, no âmbito do Estado de Santa Catarina, bem como, analisar os custos dos serviços hospitalares de acordo com as especificações dos serviços. A revisão dos instrumentos contratuais e do financiamento da Rede Hospitalar Catarinense buscou dar maior eficiência aos serviços prestados, atendendo as necessidades da região e adesão aos preceitos do Programa "Saúde perto de você".

Outro objetivo desta portaria foi a revisão da Política Hospitalar Catarinense a fim de ampliar a Rede Hospitalar Catarinense e o acesso e a qualidade dos serviços ofertados à população, por meio de uma remodelagem dos incentivos propostos na revisão da portaria.

**>>> OBSERVAÇÃO:**

Em dezembro de 2023 a SES/SC por meio da Deliberação 745/CIB/2023, lançou o Programa de Valorização dos Hospitais - PVH, que tem como objetivo dar sustentabilidade para as unidades prestadoras de serviços hospitalares e ampliar o acesso dos pacientes aos serviços, em especial às cirurgias eletivas, reduzindo tempo de espera por procedimentos e a distância dos pontos de atendimentos para a população.

### **11.2.2. Habilitações de novos serviços no SUS**

- Leitos de UTI

Em função da necessidade de enfrentamento às doenças respiratórias, principalmente da Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG e a dengue, foi verificada a necessidade de ampliação de leitos de UTIs para o atendimento à população catarinense.

Ressalta-se que o número de solicitações de leitos de UTI vem eventualmente

excedendo a disponibilidade de leitos, havendo a necessidade imperativa Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares à busca na rede privada, solicitando contratações.

A SES vem ampliando as habilitações de leitos de UTI Adulto, Neonatal e Pediátricos na rede própria e contratualizada, com o objetivo de reduzir a busca na rede privada e garantir o atendimento dos pacientes em tempo oportuno.

- **Alta Complexidade**

Com a finalidade de ampliação dos serviços de alta complexidade (Cardiologia e Ortopedia) e aproximando-os dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS no estado de Santa Catarina por meio da descentralização dos atendimentos, a SES habilitou pelo Estado, 13 (treze) Unidade de Alta complexidade em Ortopedia e 06 (seis) Centro de Alta Complexidade em Cardiologia e 04 (quatro) novas Unidades de Alta Complexidade em Cardiologia, visando contemplar as regiões de saúde dos estado e a diminuição do tempo de espera por atendimentos desta especialidade em todo território catarinense. Agora a SES trabalha para habilitar esses serviços pelo Ministério da Saúde.

A SES também vem ampliando as habilitações das unidades próprias e as contratualizadas, nos serviços que já eram realizados por essas unidades, mas não podiam ser aprovadas por não estarem habilitadas pelo Ministério da Saúde.

### 11.3. HABILITAÇÕES E QUALIFICAÇÕES NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

Segundo a Deliberação CIB n° 10/2004, a SES é responsável pelas Centrais de Regulação das Urgências (CRU) e Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU. Nesse cenário, atualmente são 26 USAs terrestres, 03 aéreas e 08 centrais de regulação. Dessas unidades, no ano de 2023 atingiu-se um total de 86% de qualificação, entre renovação de qualificações já concedidas anteriormente e novas qualificações conquistadas. Abaixo, seguem quadros sintéticos do tema.

Quadro 29 - Renovação das Qualificações do SAMU em 2023. Santa Catarina, 2023.

Macrorregião	Renovação de qualificação em 2023
Grande Florianópolis	Central de Regulação das Urgências
	USA São José
	USA Palhoça

	Arcanjo 1 (asa rotativa)
Norte/Nordeste	Central de Regulação das Urgências
	USA Canoinhas
	USA Mafra
	USA Jaraguá do Sul
	USA 1 Joinville
Grande Oeste	Central de Regulação das Urgências
	USA Chapecó
	USA São Miguel do Oeste
Foz do Itajaí	Central de Regulação das Urgências
	USA Balneário Camboriú
Meio Oeste	Central de Regulação das Urgências
	USA Caçador
Sul	Central de Regulação das Urgências
	USA Criciúma
Vale do Itajaí	Central de Regulação das Urgências
	USA Blumenau
Serra Catarinense	Central de Regulação das Urgências
	USA Lages
	USA São Joaquim

Fonte: Diretoria de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel - DAPH-Móvel, 2023.

#### Quadro 30 - Novas Qualificações do SAMU em 2023. Santa Catarina, 2023.

Macrorregião	Novas qualificações conquistadas em 2023
Grande Florianópolis	USA 1 Florianópolis
	USA 2 Florianópolis
	Arcanjo 2 (asa fixa)
Grande Oeste	USA Xanxerê
Foz do Itajaí	USA Itajaí
Sul	USA Araranguá
	USA Tubarão
Vale do Itajaí	USA Rio do Sul
	Arcanjo 3 (asa rotativa)

Fonte: Diretoria de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel - DAPH-Móvel, 2023.

Anteriormente, as macrorregiões Norte/Nordeste e Serra eram as únicas 100% qualificadas do SAMU. Em 2023, somam-se a elas as macros Sul, Grande Florianópolis, Foz do Itajaí e Grande Oeste. Ainda, logrou-se a recomposição financeira do repasse do Ministério da Saúde para as seguintes unidades.

#### Quadro 31 - Novas Qualificações do SAMU em 2023. Santa Catarina, 2023.

Macrorregião	Unidade	Recomposição
Meio Oeste	Central de Regulação das Urgências	PRT MS/GM nº 540/2023 (maio/2023)
	USA Caçador	PRT MS/GM nº 540/2023 (maio/2023)
	USA Joaçaba	PRT MS/GM nº 1.865/2023 (novembro/2023)
	USA Curitibanos	PRT MS/GM nº 1.865/2023 (novembro/2023)

Fonte: Diretoria de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel - DAPH-Móvel, 2023.

Como consequência direta da renovação de qualificação, nova qualificação e recomposição financeira, o valor do teto MAC repassado ao programa SAMU 192 foi incrementado, passando de R\$ 1.644.240,50/mês em novembro/2022 para R\$ 1.855.383,00 mensais em novembro/2023 conforme dados consolidados do FNS. Anualmente, a diferença verificada é de R\$ 19.682.281,00 repassados em 2022, e R\$ 21.868.102,60 repassados até a parcela de novembro de 2023, importando em acréscimo de R\$ 2.185.821,60 - até o momento, ainda com a parcela 12/12 a ser creditada.

Quanto às Unidades de Suporte Básico (USB), não obstante a Deliberação CIB nº 10/2004, é papel da SES prestar apoio técnico e administrativo às Secretarias Municipais de Saúde nos procedimentos de habilitação e qualificação dos componentes das Redes de Atenção à Saúde. No caso em tela, tem-se quadro sintético das concessões de custeio (habilitação ou qualificação) conquistadas pelas USBs no ano de 2023 com apoio da SES, na perspectiva de qualificação da Rede de Urgência e Emergência.

Quadro 32 - Novas Qualificações do SAMU em 2023. Santa Catarina, 2023.

<b>Macrorregião</b>	<b>Unidade habilitada (H) ou qualificada (Q)</b>
Vale do Itajaí	USBs Blumenau
	USB Brusque
	USB Indaial
Grande Florianópolis	USB Biguaçu
	USB Garopaba
	USB Governador Celso Ramos (H)
	USB São José
	USB Santo Amaro da Imperatriz
	USB Nova Trento
Serra Catarinense	USB Otacílio Costa
	USB Bocaina do Sul
	USB São José do Cerrito
	USB Bom Retiro
Grande Oeste	USB Chapecó
	USB São Lourenço do Oeste
Sul	USB Forquilha
	USB Imbituba
	USB Laguna
	USB Siderópolis
	USB Turvo
	USB Itajaí



Foz do Itajaí	USB Itapema
	USB Navegantes
Meio Oeste	USB Joaçaba
	USB Concórdia
	USB Iomerê
	USB Seara
	USB Videira
Norte/Nordeste	USB São Bento do Sul
	USB São Francisco do Sul
	USB Canoinhas
	USB Joinville

Fonte: Diretoria de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel - DAPH-Móvel, 2023.

Ainda, outros municípios encontram-se em processo de implantação de novas unidades móveis do SAMU ou ampliação da frota sob a orientação da Secretaria de Estado da Saúde, como Biguaçu, Florianópolis, Balneário Arroio do Silva, Gravatal, Capivari de Baixo, Barra Velha e Rio Rufino

#### 11.4. PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM CÂNCER EM SANTA CATARINA

A SES aprovou o plano de ação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Câncer em Santa Catarina, por meio da Deliberação CIB nº 161/2022, de 21/12/2022 e em 10/02/2023 aprovou a padronização de um protocolo único de acesso ao serviço de oncologia no estado, visando o cumprimento da Portaria SAES/MS nº 1.399 de 17 de dezembro de 2019 e da Lei Federal nº 12.732 de 22 de novembro de 2012.

Também vem trabalhando para a as habilitações de novos serviços em Radioterapia e a habilitação como UNACON do CEPON, visando ampliar os serviços de alta complexidade em oncologia, aproximando-os dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS no estado de Santa Catarina por meio da descentralização dos atendimentos em alta complexidade em oncologia e a diminuição do tempo de espera por atendimentos desta especialidade em todo território catarinense.

#### 11.5. DIRETRIZ ESTADUAL PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS

No ano de 2023, aprovamos a Diretriz Estadual para a Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Raras, onde foram elencadas 22 patologias, com maior prevalência e incidência no Brasil e no Mundo e que já possuem PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas com atualização para 26 doenças nos próximos meses. Atualmente temos 8.751 pacientes cadastrados no Serviço Estadual destas 22 patologias.

Várias ações pontuais foram executadas ao longo deste ano:

- Habilitação do Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras na Clínica Renal Vida em Blumenau – Eixo I: Doenças de origem genética do grupo 3 (Doença de Fabry, Doença de Gaucher e Mucopolissacaridose) e Eixo II: Doenças de origem não genética dos grupos 1, 2 e 3 (Guillain Barré, Amiloidose, Granulomatose de Wegner e Lúpus Eritematoso), além do Serviço de Aconselhamento Genético. O Serviço abrange a área do Vale do Itajaí (Foz, Médio e Alto Vale) com atendimento adulto.
- Realização do 1º Seminário de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Raras, em Florianópolis, com 309 inscritos. O evento ocorreu em dois dias, abrangendo diversas patologias daquelas elencadas na Diretriz, totalizando 16 horas.
- 1º Curso online de Doenças Raras em Doenças Genéticas, com 985 inscritos de todo o País.
- 2º Curso online de Doenças Raras com o tema: Escleroses, já está em fase de finalização, ambos realizados pela Escola Pública da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.
- 33 Web palestras sobre Doenças Raras, realizadas online pela Escola Pública de Santa Catarina e Telessaúde realizadas para profissionais de saúde de Atenção Primária e de Urgência e Emergência dos 295 municípios.
- Realização de Capacitações em Mucopolissacaridoses para os Municípios interessados, com extensão para outros Municípios para o próximo ano, cronograma elaborado em parceria com COSEMS, em participações nas Reuniões das Comissões Intergestoras Regionais.
- Estruturação da linha de cuidados para pessoas com Epidermólise Bolhosa (prevalência de 11 casos por 1.000.000 e incidência de 20 casos por um milhão de nascidos vivos, onde temos aproximadamente 2.300 pessoas no Brasil, e 66 em Santa Catarina) onde a Secretaria de Estado da Saúde, através de Portaria a ser publicada garantirá a atenção integral destes pacientes, sendo o primeiro Estado

do Brasil a custear os insumos (curativos, coberturas e adjuvantes) para as lesões de pele destes pacientes até a inclusão a nível Federal. Assim, os pacientes deixam de ter que procurar a via judicial para aquisição destes insumos e passam a ter seu acompanhamento e recebimento via administrativa na Rede.

- Tramitação de processos junto ao Ministério da saúde, pelo setor de habilitações de novas habilitações para Doenças Raras, tanto de Serviços de Atenção Especializada quanto de Serviço de Referência (Hospital Santa Tereza em processo de Habilitação como Serviço de Atenção Especializada em doenças Dermatológicas, Hospital Pequeno Anjo, Hospital Maicé e Hospital Materno Infantil Santa Catarina demonstraram interesse em Habilitar-se como Serviço de Atenção em Doenças Raras, estamos realizando os trâmites e encaminhamentos junto aos interessados).
- Discussões e organização do fluxo para aplicação do medicamento Nusinersena para pacientes com Atrofia Muscular Espinhal (AME).
- Abertura do Ambulatório de Esclerose Múltipla no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) com 17 vagas ao mês.
- Elaboração de Formulário para avaliação do perfil de pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), a ser preenchido pelo Médico da Atenção Primária à Saúde.

#### 11.6. APOIO AOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são autarquias municipais, de caráter privado, que administram os fundos públicos alocados por sistemas de cotas fixas e por utilização (BRASIL, 1990).

De acordo com a Deliberação CIB 017 de 2023, ao considerar a grande dificuldade de compra dos serviços pela tabela SUS e que o suporte financeiro ampliará o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial, reduzindo as filas e agilizando o atendimento, beneficiando as 16 regiões de Saúde do Estado, foi destinado o recurso de R\$30 milhões para os Consórcios Intermunicipais de Saúde na Lei Orçamentária Anual nº 18.585 de 30 de dezembro de 2022 na rubrica 15015 – “Apoio Financeiro aos Consórcios Intermunicipais de Saúde”.

Ainda, segundo a deliberação acima citada, o recurso está sendo distribuído na proporcionalidade de produção realizada no ano de 2021 por cada Consórcio, e de acordo com as deliberações das CIR que definiram os critérios de rateio e utilização dos recursos. Para o atual ano, os Consórcios se comprometeram a regularizar a apresentação da sua produção no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA do Sistema Único de Saúde – SUS, através de regulamentação do art. 5º da Deliberação nº 290/CIB/2018.

Além disso, considerando a necessidade de estabelecer a responsabilidade de cada partícipe neste processo, foi aprovada a Deliberação CIB 036 de 2023.

Faz parte da estratégia atual da SES/SC, o planejamento para que aconteçam pactuações futuras, em que a demanda de consultas e exames ambulatoriais de média complexidade possam ser executados utilizando-se da ferramenta Consórcio Intermunicipal de Saúde, com escopo a ser definido após acordo entre os gestores e as disponibilidades orçamentárias a serem constituídas nos próximos anos.

## 12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meio às diferentes realidades regionais que permeiam o cenário estadual, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina elaborou o presente Plano Estadual de Saúde. Este plano fundamenta-se em princípios essenciais, como a oferta de atenção integral e humanizada, a promoção da gestão democrática e participativa, bem como a busca por transparência e solidariedade nas ações de interesse coletivo.

O objetivo principal deste documento é direcionar a atuação da gestão para o quadriênio 2024-2027, explicitando o caminho técnico-político para atender as reais necessidades de saúde da população.

Em alinhamento com o Plano de governo, o PES direciona-se para a descentralização e regionalização das iniciativas de saúde. Isso inclui a modernização tecnológica e o fortalecimento da rede de atenção à saúde, visando a uma gestão pautada pela racionalidade, resolutividade e economicidade.

Este instrumento reflete o engajamento e a dedicação de todos os participantes no estabelecimento das metas propostas e na consecução de seus resultados. Ressalta-se ainda o alinhamento com o PPA do mesmo período, contribuindo assim para o aprimoramento da gestão do sistema estadual de saúde.

O Plano Estadual de Saúde 2024-2027 é responsabilidade coletiva dos atores do SUS do Estado de Santa Catarina, no propósito comum de garantir o direito à saúde de qualidade à população catarinense.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA S.P, ELIZEU T.S, PENNA C.M.M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. Cien Saude Colet 2013; 18(8): 2347-2357.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. (2002) Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 11(3): 129-138

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS. Brasília (DF); 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1990 set 20.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília (DF); 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Dados do Setor - Mapa de utilização por beneficiários de planos privados de assistência à saúde - dezembro de 2021. Versão Digital. 2022. Disponível em:  
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2NlMjEwYzEtZGExMy00YWxLTlMmYmMtMzlkYjUxMzI1MGE5IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSectionf7d4bd960c8bbe089a58> Acesso em: 19/07/2023.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Boletim Informativo - Utilização do sistema único de saúde por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao sus - 15ª edição - dezembro de 2022. Versão digital. 2023.  
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYjI2NGJlMjEwYzEtZGExMy00YWxLTlMmYmMtMzlkYjUxMzI1MGE5IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Dados Consolidados da Saúde Suplementar. Disponível em:<[https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/sala-de-situacao.html](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html)> Acesso em jul. 2023.

BRASIL. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado. Brasília: CONASS, 2018.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 26/06/2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012. Brasília, DF, 2012.

COSTA, Danielle Conte Alves Riani; BAHIA, Ligia. Crise econômica e sanitária e desempenho dos planos e seguros de saúde: similaridades e singularidades entre Brasil e Estados Unidos. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, n. 8, 2022

DATASUS. [tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm). Taxa de Cobertura de Planos de Saúde. Disponível em: <[https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_tx.def](https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def)>. Acesso em ago. 2023.

DATASUS. [tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm). Beneficiários por Operadora. Disponível em: <[https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_cc.def](https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def)> Acesso em ago. 2023.

GOMES, A. P. A.; MACIEL, E. M. G. O eclipse da interseção entre público e privado: o financiamento público do subsetor privado de saúde à luz da Constituição Federal. Saúde em Debate [online]. v. 43. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S421>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S421>. Acesso em: 26/06/23.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Metodologia do Censo Demográfico 2010 Vol. 41 da Série Relatórios metodológicos. Rio de Janeiro; 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2022. Indígenas: Primeiros resultados do universo. Rio de Janeiro: 2023

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Rio de Janeiro; 2018.

LIMA LD, VIANA ALA, MACHADO CV, ALBUQUERQUE MV, OLIVEIRA RG, IOZZI FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 17(11): 2881-2892, Nov. 2012.

Mendes, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. Mercado de trabalho: conjuntura e análise/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Ministério do Trabalho. Brasília: Ipea: Ministério do Trabalho, 2023.

OLIVEIRA, A. E. F.; CHAGAS, D. C.; GARCIA, P. T. Análise de situação de saúde. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira, Deysianne Costa das Chagas, Paola Trindade Garcia; organizadores. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2019.

SANTA CATARINA. Decreto nº 3.509, de 12 de outubro de 1977 e alterações. Regulamenta o Fundo Estadual de Saúde - FES, e dá outras providências. Florianópolis, 1977. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/1977/003509-005-0-1977-000.htm>> Acesso em: 20/07/23.

SANTA CATARINA. Projeto de Lei nº 0339/2023. Institui o Plano Plurianual para o quadriênio 2024-2027 e estabelece outras providências. Florianópolis, 2023. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.alesc.sc.gov.br/sites/default/files/arquivos\_orcamento/PPA\_2024-2027.pdf>. Acesso em: 25/11/2023

SANTA CATARINA. Lei Orçamentária Anual nº18.585, de 30 de dezembro de 2022. Estima a receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2023. ALESC, SC, 2022.

SANTA CATARINA. Lei nº 5.254, de 27 de setembro de 1976 e alterações. Cria o Fundo Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 1976. Disponível em: <[http://leis.alesc.sc.gov.br/html/1976/5254\\_1976\\_lei.html#:~:text=Art.,coordenados%20pela%20Secretaria%20da%20Sa%C3%BAde](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/1976/5254_1976_lei.html#:~:text=Art.,coordenados%20pela%20Secretaria%20da%20Sa%C3%BAde)>. Acesso em: 20/06/2023

SANTA CATARINA. Relatórios de Execução Orçamentária 2022. SIGEF/SC - Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal. Módulo de Acompanhamento da Execução Orçamentária. Florianópolis, 2023.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023. Florianópolis, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/16883-plano-estadual-de-saude-2020-2023/file>>. Acesso em: 20/04/2023



SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Informe Epidemiológico nº31/2022. Vigilância entomológica do Aedes Aegypti e situação epidemiológica de Dengue, Chikungunya e Zika em Santa Catarina. Florianópolis, 2023. Disponível em: <<https://dive.sc.gov.br/index.php/dengue>>. Acesso em: 20/06/2023

SANTA CATARINA. Vacinômetro SC. Conecta – Sala de Situações em Saúde. Disponível em: <<https://www.redvacinometro.saude.sc.gov.br/>>. Acesso em: 25/05/23

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Cenário Epidemiológico de ações e desafios. Florianópolis, 2022. Disponível em: <<https://dive.sc.gov.br/phocadownload/geral/Relatorio-DIVE-2022.pdf>>. Acesso em: 30/07/2023.

SANTA CATARINA. Decreto 515, de 17 de março de 2020. Declara situação de emergência em todo o território catarinense, nos termos do COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19, e estabelece outras providências. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/sc/decreto-n-515-2020-santa-catarina-declara-situacao-de-emergencia-em-todo-o-territorio-catarinense-nos-termos-do-cobrade-n-1-5-1-1-0-doencas-infecciosas-virais-para-fins-de-prevencao-e-enfrentamento-a-covid-19-e-estabelece-outras-providencias>>. Acesso em: 30/07/2023

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVE. Valor da Produção Agropecuária de Santa Catarina - ACN - Agência Catarinense de Notícias. Disponível em: <[SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico Sustentável. Indicadores Econômicos Fiscais. Dezembro de 2022. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sde.sc.gov.br/index.php/biblioteca/boletim/boletim-2022/2653-boletim-dezembro-2022/file>> . Acesso em: 30/08/2023](https://estado.sc.gov.br/noticias/valor-da-producao-agropecuaria-de-santa-catarina-cresce-133-e-ultrapassa-os-r-60-bilhoes/#:~:text=Produ%C3%A7%C3%A3o%20Agropecu%C3%A1ria...-,%20Valor%20da%20Produ%C3%A7%C3%A3o%20Agropecu%C3%A1ria%20de%20Santa%20Catarina%20cresce%2013%2C8,ultrapassa%20os%20R%24%2060%20bilh%C3%B5es&text=Refer%C3%Aancia%20internacional%20na%20produ%C3%A7%C3%A3o%20de,do%20setor%20agropecu%C3%A1rio%20em%202022.> Acesso em 30/08/2023</p></div><div data-bbox=)

SANTA CATARINA. Secretaria do Planejamento. Boletim Indicadores Econômicos - Fiscais. Julho de 2023. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.seplan.sc.gov.br/download/>>

[boletim-economico-julho/?wpdmdl=79472&refresh=6567b6b470f8d1701295796>](#)  
Acesso em: 26/09/2023

SANTA CATARINA. Relatórios de Execução Orçamentária 2022. SIGEF/SC - Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal. Módulo de Acompanhamento da Execução Orçamentária. Florianópolis, 2023.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Fazenda. Contexto Sócio Econômico e as Estratégias de Desenvolvimento. Florianópolis, 2023.

SCHEFFER, M.; SOUZA, P.M.S. A entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2022; 38(14):e00239421 doi: 10.1590/0102-311x00239421.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P.; MCINTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE D, MOONEY G. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-161.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; JÚNIOR, C. C. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013;37(2):216-221.

## APÊNDICE

## DIRETRIZES E OBJETIVOS DO PES 2024-2027 POR PERSPECTIVA

Perspectiva	Diretriz PES	Objetivos Estratégicos PES
<b>SOCIEDADE</b>	Implementar às políticas de saúde, com especial atenção às populações em situação de vulnerabilidade.	Propiciar o acesso às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno, considerando as pessoas em situação de vulnerabilidade.
	Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população.	Reduzir a taxa de morbimortalidade por causas externas.
		Reduzir a incidência e morbimortalidade por arboviroses conforme o perfil epidemiológico do Estado.
		Reduzir a incidência e morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT.
		Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis.
		Ampliar a cobertura vacinal.
Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério.	Reduzir a taxa de mortalidade materno-infantil.	
<b>PROCESSO</b>	Garantir a atenção integral, qualificada e humanizada às pessoas com deficiências e neuro divergentes.	Desenvolver ações para atendimento às pessoas com deficiência e neuro divergentes.
	Promover a regionalização como forma de concretizar os princípios da equidade, integralidade e universalidade.	Implementar o processo de planejamento regional com base na situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada.

	<p>Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS.</p>	<p>Aprimorar a Regulação do Acesso à Assistência.</p> <p>Qualificar a Assistência Hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes.</p> <p>Promover ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes e condicionantes que impactam na saúde.</p> <p>Fortalecer e ampliar a Atenção Especializada em Saúde.</p> <p>Reorganizar os processos de trabalho e articulações intersetoriais das ações de vigilância em saúde de acordo com os determinantes sociais.</p> <p>Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e implantar as linhas de cuidado.</p> <p>Qualificar a demanda existente na lista de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas.</p> <p>Ampliar as ações de prevenção e promoção da saúde.</p> <p>Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial.</p> <p>Aprimorar a Assistência Farmacêutica no território.</p> <p>Fortalecer a referência e contrarreferência dos serviços de saúde.</p> <p>Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado.</p>
<p><b>GESTÃO</b></p>	<p>Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras.</p>	<p>Elaborar e implementar uma política de tecnologia da informação e comunicação para a SES.</p>

		Fortalecer e ampliar as ações de Educação Permanente em Saúde.
		Aprimorar a gestão de pessoas, com revisão do Plano de Cargos e Salários, privilegiando a contratação via concurso público.
		Aprimorar os processos de trabalho e fluxos internos com implantação da gestão de qualidade na SES.
		Articular as áreas de planejamento, gestão e licitação de forma a acelerar e qualificar os processos.
		Promover a reestruturação física das unidades administrativas e estabelecimentos de saúde da SES.
	Fomentar a política de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade como meio de atender as demandas sociais.	Fortalecer a comunicação estratégica acessível e transversal para difusão das políticas, ações e informações em saúde.
		Reduzir a judicialização em saúde.
	Fomentar a transparência e o controle para alocação e utilização adequada dos recursos em saúde ofertados aos cidadãos.	Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria.
	Fortalecer os espaços do controle social e da governança colegiada compartilhada.	Garantir o modelo de gestão participativa e compartilhada fortalecendo as instâncias de controle.
	Fortalecer o planejamento estratégico, participativo e ascendente em saúde.	Avançar na cultura de planejamento e monitoramento em saúde.
<b>FINANCEIRO</b>	Fomentar o financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde.	Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros conforme o planejamento estratégico.
		Implementar estratégias para captação de recursos.

## ÍNDICE – CONCEITOS BÁSICOS

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024-2027			
CONCEITOS BÁSICOS			
NOME	ADJETIVO	DEFINIÇÃO	EXEMPLO*
INSTRUMENTO	Documento	são os mecanismos que garantem o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis	Plano Estadual de Saúde (PES); Programação Anual de Saúde (PAS); Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG)
PERSPECTIVA	Ponto de vista	Modo como se analisa determinada situação ou objeto	Sociedade, Gestão, Processo e Financeiro
PERSPECTIVA SOCIEDADE	Sociedade	Objetivos e Diretrizes relacionados ao fortalecimento das ações finalísticas	Expansão de cobertura da atenção primária, Vigilância em Saúde, etc
PERSPECTIVA PROCESSO	Processo	Objetivos relacionados a capacidade institucional da Secretaria de Saúde de realizar as macrofunções	Planejamento e regulação, prestação de serviços e vigilância em saúde
PERSPECTIVA GESTÃO	Gestão	Objetivos relacionados aos processos de apoio ou estratégias que viabilizam as ações e processos	Educação Permanente, Informatização, Gestão do trabalho, apoio institucional
PERSPECTIVA FINANCEIRO	Financeiro	Objetivos relacionados a capacidade da Secretaria de Saúde de custear as macrofunções	Previsão, monitoramento e avaliação orçamentária, investimento e custeio
DIRETRIZ	Síntese	Expressam ideais de realização e orientam escolhas	Fortalecer o SUS em Santa Catarina considerando a integralidade, equidade e universalidade
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Alvo	Aquilo que se pretende alcançar quando se realiza uma ação	Promover saúde diretamente para o cidadão
GESTOR DO INDICADOR	Área e Superintendência	Quem irá acompanhar os resultados alcançados	GPLAN/DIPS
INDICADOR	Parâmetro	São medidas estimadas de uma dimensão de saúde de uma população em um contexto determinado	Número de Planos Municipais de Saúde digitados no sistema DigiSUS
META PARA O ANO	Propósito	Descreve onde se deseja chegar (expresso em número, percentual, razão, proporção, taxa, etc)	Nove (09) Planos Municipais de Saúde, correspondentes ao quadriênio 2018-2021, elaborados e digitados no sistema DigiSUS em 2023
* Esses são apenas exemplos, não condizem com a nossa realidade			

**PERSPECTIVA SOCIEDADE****DIRETRIZ: Implementar às políticas de saúde, com especial atenção às populações em situação de vulnerabilidade****Objetivo Estratégico 1: Propiciar o acesso às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno, considerando as pessoas em situação de vulnerabilidade****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: ESPSC**

Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
1.1 Taxa de ocupação das vagas reservadas por meio das ações afirmativas em cursos ofertados	1.1 Ampliar para 50% a taxa de ocupação das vagas reservadas por meio das ações afirmativas em cursos ofertados, até 2027	0%	2022	50%	20%	30%	40%	50%

**DIRETRIZ: Implementar às políticas de saúde, com especial atenção às populações em situação de vulnerabilidade****Objetivo Estratégico 1: Propiciar o acesso às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno, considerando as pessoas em situação de vulnerabilidade****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DAPS**

Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
1.2 Número de municípios com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) implantada	1.2 Ampliar de 31 para 32 municípios com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) implantada, até 2024	31	2022	32	32	-	-	-

**DIRETRIZ: Implementar às políticas de saúde, com especial atenção às populações em situação de vulnerabilidade****Objetivo Estratégico 1: Propiciar o acesso às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno, considerando as pessoas em situação de vulnerabilidade****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DAPS**

Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
1.3 Número de equipes de consultórios na rua implantadas	1.3 Ampliar de 5 para 7 o número de equipes de consultórios de rua implantadas, até 2027	5	2022	7	6	7	-	-

**DIRETRIZ: Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população****Objetivo Estratégico 2: Reduzir a taxa de morbimortalidade por causas externas****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GESAT**

Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
2.1 Número de ações de VISAT, nos cinco ramos produtivos com índices de acidentes mais elevados em SC, de acordo com o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho (MPT-OIT-2012/2023)	2.1 Realizar 600 ações de VISAT, nos cinco ramos produtivos com índices de acidentes mais elevados em SC, de acordo com o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho (MPT-OIT-2012/2023), até 2027	550	2023	600	150	150	150	150

**DIRETRIZ: Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população****Objetivo Estratégico 2: Reduzir a taxa de morbimortalidade por causas externas****Período de Monitoramento: Semestral****Gestor do Indicador: GADNT**

Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
2.2 Taxa de mortalidade por suicídio	2.2 Manter a taxa de mortalidade por suicídio 14,6/100.000 habitantes, ao ano, até 2027	14,6	2022	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6



2.3 Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre	2.3 Reduzir a taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre de 19,4 para 19/100.000 habitantes, até 2027	19,4	2022	19,0	19,3	19,2	19,1	19,0
---	--	------	------	------	------	------	------	------

**DIRETRIZ: Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população****Objetivo Estratégico 3: Reduzir a incidência e morbimortalidade por arboviroses conforme o perfil epidemiológico do Estado****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GEZOO**

Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
3.1 Proporção de Epizootias em Primatas Não Humanos (PNH) com coletas oportunas	3.1 Coletar, no mínimo, 70% de amostras oportunas dentre as Epizootias notificadas ao ano, até 2027	81,70	2022	70%	70%	70%	70%	70%
3.2 Taxa de Letalidade por dengue	3.2 Reduzir a letalidade por dengue de 5,6% para 2%, anualmente até 2027	5,6%	2022	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%

**DIRETRIZ: Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população****Objetivo Estratégico 4: Reduzir a incidência e morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT****Período de Monitoramento: Semestral****Gestor do Indicador: GADNT**

Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
4.1 Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT (cardiovasculares, neoplasias, diabetes e respiratórias crônicas)	4.1 Manter a taxa de mortalidade prematura por DCNT em 312,8/100.000 habitantes, até 2027	312,8	2022	312,8	312,8	312,8	312,8	312,8

**DIRETRIZ: Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população****Objetivo Estratégico 5: Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis****Período de Monitoramento do indicador: Semestral****Gestor do Indicador: GEDIC**

Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
5.1 Incidência de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade	5.1 Reduzir de 7,1 para 6,4/1.000 nascidos vivos a incidência de sífilis congênita, até 2027	7,1	2022	6,4	6,9	6,7	6,5	6,4
5.2 Coeficiente de mortalidade por AIDS	5.2 Reduzir de 6,2 para 5,4/100.000 habitantes a mortalidade das pessoas vivendo com AIDS, até 2027	6,2	2022	5,4	6,0	5,8	5,6	5,4

**DIRETRIZ: Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população****Objetivo Estratégico 5: Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GEDIM**

Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
5.3 Número de notificações de Paralisia Flácida Aguda - PFA em menores de 15 anos	5.3 Manter o número mínimo de 14 notificações/ano de PFA, conforme série histórica, em menores de 15 anos, até 2027	21	2022	14	14	14	14	14

**DIRETRIZ: Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população****Objetivo Estratégico 5: Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis**

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: GEZOO								
Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
5.4 Percentual de amostras de cães e gatos enviadas com diagnóstico laboratorial	5.4 Aumentar de 54% para 100% as amostras de cães e gatos com diagnóstico laboratorial realizado, até 2027	54%	2022	100%	85%	90%	95%	100%
5.5 Percentual de letalidade da leptospirose	5.5 Reduzir de 7% para 5% a letalidade pela leptospirose, até 2027	7%	2022	5%	6,50%	6%	5,50%	5%

**DIRETRIZ: Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população**

**Objetivo Estratégico 5: Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis**

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: DAPS								
Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
5.6 Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV, na APS	5.6 Aumentar de 66% para 80% a proporção de gestantes que realizam de exames para Sífilis e HIV na APS, até 2027	66%	2022	80%	70%	75%	78%	80%

**DIRETRIZ: Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população**

**Objetivo Estratégico 6: Ampliar a cobertura vacinal**

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: GEDIM								
Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
6.1 Índice de Cobertura Vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade para a vacina Poliomielite (3ª dose)	6.1 Aumentar de 86,75% para 95% a cobertura Vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade para a vacina Poliomielite (3ª dose) anualmente, até 2027	86,75%	2022	95,00%	95%	95%	95%	95%
6.2 Índice de Cobertura Vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade para a vacina Tríplice Viral (1ª dose)	6.2 Aumentar de 94,71% para 95% a cobertura Vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade para a vacina Tríplice Viral (1ª dose) anualmente, até 2027	94,71%	2022	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%

**DIRETRIZ: Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério**

**Objetivo Estratégico 7: Reduzir a taxa de mortalidade materno-infantil**

Período de Monitoramento: Semestral								
Gestor do Indicador: GADNT								
Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
7.1 Razão de mortalidade materna	7.1 Reduzir de 28,5 para 28/100.000 nascidos vivos a razão de mortalidade materna, até 2027	28,50	2022	28,0	28,4	28,3	28,2	28,0
7.2 Taxa de mortalidade infantil	7.2 Reduzir de 9,8 para 9,4/1.000 nascidos vivos a taxa de mortalidade infantil, até 2027	9,8	2022	9,4	9,7	9,6	9,5	9,4

**DIRETRIZ: Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério**

**Objetivo Estratégico 7: Reduzir a taxa de mortalidade materno-infantil**

Período de Monitoramento: Semestral								
Gestor do Indicador: DAPS								

Indicador	Descrição da meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
7.3 Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas pré-natal realizadas	7.3 Aumentar de 50% para 65% a proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal realizadas, até 2027	50%	2022	65%	60%	62%	64%	65%

**PERSPECTIVA PROCESSO****DIRETRIZ: Garantir a atenção integral, qualificada e humanizada às pessoas com deficiências e neurodivergentes****Objetivo Estratégico 1: Desenvolver ações para atendimento às pessoas com deficiência e neurodivergentes****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: ESPSC**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
1.1 Número de servidores da SES certificados pelo curso "Acessibilidade em foco na SES"	1.1 Certificar 3.500 servidores da SES, pelo curso "Acessibilidade em foco na SES", até 2027	0	2022	3500	500	1500	2500	3500
1.2 Percentual de alunos da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina - ESPSC, com deficiência (PcD), atendidos em sua individualidade	1.2 Atender 100% dos alunos com PcD, em sua individualidade, até 2027	0	2022	100%	100%	100%	100%	100%

**DIRETRIZ: Promover a regionalização como forma de concretizar os princípios da equidade, integralidade e universalidade****Objetivo Estratégico 2: Implementar o processo de planejamento regional com base na situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DIPS**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
2.1 Número de Planos Regionais Integrados das macrorregiões de saúde deliberados em Comissão Intergestores Bipartite - CIB	2.1 Deliberar 7 Planos Regionais Integrados das macrorregiões de saúde em Comissão Intergestores Bipartite - CIB até 2027	0	2023	7	1	2	2	2

**DIRETRIZ: Promover a regionalização como forma de concretizar os princípios da equidade, integralidade e universalidade****Objetivo Estratégico 2: Implementar o processo de planejamento regional com base na situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GEBIO**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
2.2 Número de centrais de triagem de amostras implantadas nas macrorregionais de saúde do estado	2.2 Implantar sete centrais de triagem de amostras laboratoriais nas macrorregionais de saúde, até 2027	0	2022	7	1	2	2	2

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 3: Aprimorar a Regulação do Acesso à Assistência****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GERAM**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
3.1 Proporção de solicitações de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) Interestaduais atendidas	3.1 Manter em 100% a proporção das solicitações de TFD Interestaduais atendidas, de acordo com os critérios de concessão do Manual do TFD, até 2027	100%	2022	100%	100%	100%	100%	100%
3.2 Número de registros (laudos e imagens) validados	3.2 Aumentar de 1.152.616 para 1.500.000 o número de registros no Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT) validados, até 2027	1.152.616	2022	1.500.000	1.200.000	1.300.000	1.400.000	1.500.000
3.3 Número de especialidades com teleconsultorias reguladas	3.3 Uma (01) nova especialidade ao ano com teleconsultoria compulsória sendo regulada pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial, até 2027	3	2022	4	1	1	1	1

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 4: Qualificar a Assistência Hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes**

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: DAPF								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
4.1 Número de emergências hospitalares, UPAs e P.A's com Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR) implantado	4.1 Implantar em 120 unidades de emergências hospitalares, UPAs e P.A's, o PCACR, até 2027	20,00	2023	120	30	60	90	120
4.2 Percentual de visitas técnicas presenciais nos Pronto Atendimentos - PA's e Unidades de Pronto Atendimentos - UPA's, em cada Macrorregião de Saúde	4.2 Ampliar anualmente para 100% o percentual de visitas técnicas presenciais nos Prontos atendimentos e UPAs, em cada Macrorregião de Saúde, até 2027	21%	2023	100%	100%	100%	100%	100%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS**

**Objetivo Estratégico 4: Qualificar a Assistência Hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes**

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: CEMPI								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
4.3 Taxa de adesão ao Checklist de Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Venoso Central (VPIS-CVC), nas instituições com leitos de UTI Adulto, no Estado	4.3 Aumentar de 77,7% para 93,2% a taxa de adesão ao Checklist Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Venoso Central (VPIS-CVC), nas instituições com leitos de UTI Adulto, até 2027	77,7%	2022	93,2%	81,6%	85,5%	89,3%	93,2%
4.4 Taxa de adesão ao Checklist de Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Venoso Central (VPIS-CVC), nas instituições com leitos de UTI Pediátrica, no Estado	4.4 Aumentar de 76,1% para 91,3% a taxa de adesão ao Checklist Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Venoso Central (VPIS-CVC), nas instituições com leitos de UTI Pediátrica, até 2027	76,1%	2023	91,3%	80,0%	83,7%	87,5%	91,3%
4.5 Taxa de adesão ao Checklist de Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Venoso Central (VPIS-CVC), nas instituições com leitos de UTI Neonatal, no Estado	4.5 Aumentar de 70% para 84% a taxa de adesão ao Checklist Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Venoso Central (VPIS-CVC), nas instituições com leitos de UTI Neonatal, até 2027	70,0%	2023	84,0%	73,5%	77,0%	80,5%	84,0%
4.6 Taxa de adesão com 100% de conformidade às práticas seguras no Checklist de Verificação das Práticas de Inserção de Inserção Segura de Cateter Venoso Central (VPIS-CVC), nas instituições com leitos de UTI Adulto, no Estado	4.6 Aumentar de 70,9% para 85% a taxa de adesão com 100% de conformidade às práticas seguras no Checklist de VPIS-CVC, nas instituições com leitos de UTI Adulto, até 2027	70,90%	2022	85%	74,40%	78%	81,50%	85%
4.7 Taxa de adesão com 100% de conformidade às práticas seguras no Checklist de Verificação das Práticas de Inserção de Inserção Segura de Cateter Venoso Central (VPIS-CVC), nas instituições com leitos de UTI Pediátrica, no Estado	4.7 Aumentar de 89,9% para 100% a taxa de adesão com 100% de conformidade às práticas seguras no Checklist de VPIS-CVC, nas instituições com leitos de UTI Pediátrica, até 2027	89,90%	2023	100%	94,40%	98,90%	100%	100%
4.8 Taxa de adesão com 100% de conformidade às práticas seguras no Checklist de Verificação das Práticas de Inserção de Inserção Segura de Cateter Venoso Central (VPIS-CVC), nas instituições com leitos de UTI Neonatal, no Estado	4.8 Aumentar de 95,4% para 100% a taxa de adesão com 100% de conformidade às práticas seguras no Checklist de VPIS-CVC, nas instituições com leitos de UTI Neonatal, até 2027	95,4%%	2023	100%	100,00%	100,00%	100%	100%

DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS								
Objetivo Estratégico 4: Qualificar a Assistência Hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes								
Período de Monitoramento: Semestral								
Gestor do Indicador: ESPSC								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
4.9 Número de vagas ofertadas de residência médica e multiprofissional no âmbito hospitalar	4.9 Ampliar o número de vagas ofertadas de residência médica e multiprofissional nos hospitais de 274 para 335, até 2027	274	2022	335	300	315	325	335
4.10 Número de hospitais próprios da SES com programas de residência médica	4.10 Ampliar de 14 para 20 o número de hospitais próprios da SES com programas de residência médica, até 2027	14	2022	20	14	16	18	20
4.11 Número de hospitais da SES com programas de residência multiprofissional	4.11 Ampliar de 4 para 8 o número de hospitais da SES com programas de residência multiprofissional, até 2027	4	2022	8	5	6	7	8
4.12 Número de residentes nos programas de residência médica e multiprofissional no âmbito hospitalar	4.12 Ampliar de 625 para 750 o número de residentes nos programas de residência médica e multiprofissional nos hospitais, até 2027	625	2022	750	650	675	700	750

DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS								
Objetivo Estratégico 4: Qualificar a Assistência Hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: GMAPS								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
4.13 Percentual de cumprimento das metas cirúrgicas pelos hospitais de gestão plena e estadual, pactuadas na Programa de Valorização dos Hospitais do Estado de Santa Catarina (PVH)	4.13 Ampliar de 30% para 95%, o percentual de cumprimento das metas cirúrgicas dos hospitais, pactuados no PVH, até 2027	30%	2022	95%	40%	60%	80%	95%

DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS								
Objetivo Estratégico 4: Qualificar a Assistência Hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes								
Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: GEDHP								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
4.14 Número de unidades hospitalares com alvará de bombeiro válidos	4.14 Ampliar de 02 para 13 unidades hospitalares com alvarás de bombeiro válidos, até 2027	2	2023	13	3	3	3	4
4.15 Número de Unidades hospitalares com alvará geral válido	4.15 Ampliar de 10 para 22 unidades hospitalares com alvarás sanitários válidos, até 2027	10	2023	18	12	15	19	22
4.16 Média de permanência, em dias, nos leitos de UTI neonatal das unidades hospitalares da SES	4.16 Diminuir de 12,2 para 11,0 dias a média de permanência em leitos de UTI neonatal das unidades hospitalares da SES, até 2027	12,2	2023	11,0	11,9	11,6	11,3	11,0
4.17 Média de permanência, em dias, nos leitos de UTI pediátrico das unidades hospitalares da SES	4.17 Diminuir de 7,1 para 6,0 dias a média de permanência em leitos de UTI pediátrico das unidades hospitalares da SES, até 2027	7,12	2023	6,0	6,80	6,50	6,30	6,00
4.18 Número de manifestações respondidas no Sistema OuvidorSUS, dentro do prazo	4.18 Aumentar de 93,6% para 98 % o percentual de manifestações respondidas, considerando o prazo de 22 dias, até 2027	94%	2023	98%	95%	96%	97%	98%

DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS

<b>Objetivo Estratégico 5: Promover ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes e condicionantes que impactam na saúde</b>								
<b>Período de Monitoramento: Quadrimestral</b>								
<b>Gestor do Indicador: GESAM</b>								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
5.1 Número de Grupos de Trabalho (GT) municipais, para implementação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA)	5.1 Ampliar de 06 para 21 o número de GT municipais, para implementação da VSPEA, até 2027	6	2022	21	NA	NA	NA	21
5.2 Número de municípios com os Planos Municipais do Programa VIGIDESASTRES (Plano de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública) elaborados	5.2 Elaborar os Planos Municipais de VIGIDESASTRES dos 295 municípios, até 2027	0	2022	295	NA	NA	NA	295

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS**

<b>Objetivo Estratégico 5: Promover ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes e condicionantes que impactam na saúde</b>								
<b>Período de Monitoramento: Quadrimestral</b>								
<b>Gestor do Indicador: GMAPS</b>								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
5.3 Percentual de cumprimento dos parâmetros qualitativos nas vagas em Comunidade Terapêutica contratualizadas com a SES	5.3 Ampliar de 80% para 100% o percentual de cumprimento dos parâmetros qualitativos das vagas contratualizadas com a SES, anualmente, até 2027	80%	2022	100%	100%	100%	100%	100%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS**

<b>Objetivo Estratégico 6: Fortalecer e ampliar a Atenção Especializada em Saúde</b>								
<b>Período de Monitoramento: Quadrimestral</b>								
<b>Gestor do Indicador: GETRA</b>								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
6.1 Percentual de efetivação da doação de órgãos	6.1 Ampliar de 45% para 50% o percentual de efetivação da doação de órgãos, até 2027	45%	2023	50%	45,0%	46%	47%	50%
6.2 Percentual de recusa familiar para doação de órgãos em morte encefálica	6.2 Reduzir de 31% para 20% o percentual de recusa familiar para doação de órgãos em morte encefálica, até 2027	31%	2023	20%	28%	26%	23%	20%
6.3 Doadores de órgãos sólidos por milhão de população (p.m.p)	6.3 Ampliar de 43 para 48 o índice de doadores de órgãos sólidos p.m.p, até 2027	43	2023	48	44	45	46	48

<b>Objetivo Estratégico 6: Fortalecer e ampliar a Atenção Especializada em Saúde</b>								
<b>Período de Monitoramento: Quadrimestral</b>								
<b>Gestor do Indicador: CIATOX</b>								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
6.4 Percentual de atendimentos de intoxicações e envenenamentos realizados pelo Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) provenientes dos serviços de saúde e da população, em relação aos atendimentos provenientes de Hospitais	6.4 Aumentar de 43% para 50% o percentual de atendimentos de intoxicações e envenenamentos, realizados pelo CIATox, até 2027	43%	2022	50%	45,0%	46%	47%	50%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS**

<b>Objetivo Estratégico 6: Fortalecer e ampliar a Atenção Especializada em Saúde</b>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: CEMPI								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
6.5 Valor do P90 da Densidade de incidência (DI) de Infecção primária da corrente sanguínea laboratorial associada a cateter central (IPCSL-CVC), nas UTIs adulto do Estado	6.5 Reduzir de 9,1 para 7,3 o P90 da DI agregada de IPCSL/1000 CVC-d, nas UTIs adulto, até 2027	9,1 IPCSL/1000 CVC-d	2022	7,3	8,65	8,2	7,75	7,3
6.6 Valor do P90 da Densidade de incidência (DI) de Infecção primária da corrente sanguínea laboratorial associada a cateter central (IPCSL-CVC), nas UTIs pediátricas do Estado	6.6 Reduzir de 15,6 para 12,48 o P90 da DI agregada de IPCSL/1000 CVC-d, nas UTIs pediátricas, até 2027	15,6 IPCSL-CVC-d	2022	12,48	14,8	14	13,3	12,48
6.7 Valor do P90 da Densidade de incidência (DI) de Infecção primária da corrente sanguínea laboratorial associada a cateter central (IPCSL-CVC) nas UTIs neonatais do Estado	6.7 Reduzir de 19,1 para 15,3 o P90 da DI agregada de IPCSL/1000 CVC-d, nas UTIs neonatais, até 2027	19,1IPCSL-CVC-d	2022	15,3	18,15	17,2	16,2	15,3
6.8 Valor do P90 da Densidade de incidência (DI) de Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), nas UTIs adulto do Estado	6.8 Reduzir de 20,8 para 16,6 o P90 da DI agregada de PAV, nas UTIs adulto do Estado, até 2027	20,8 PAV/1000 VM-d	2022	16,6	19,8	18,7	17,7	16,6
6.9 Valor do P90 da Densidade de incidência (DI) de Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), nas UTIs pediátricas do Estado	6.9 Reduzir de 21 para 16,8 o P90 da DI agregada de PAV, nas UTIs pediátricas do Estado, até 2027	21 PAV/1000 VM-d	2022	16,8	19,9	18,9	17,85	16,8
6.10 Valor do P90 da Densidade de incidência (DI) de Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), nas UTIs neonatais do Estado	6.10 Reduzir de 20,6 para 16,3 o P90 da DI agregada de PAV, nas UTIs neonatais do Estado, até 2027	20,6 PAV/1000 VM-d	2022	16,3	19,5	18,5	17,4	16,3
6.11 Percentual de regiões do Estado com a implementação de Coordenação de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CPCIRAS) para resposta rápida aos municípios	6.11 Aumentar de 0 para 7 o número de regiões do estado com a implementação de CPCIRAS, até 2027	0	2023	7	2	4	6	7

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 6: Fortalecer e ampliar a Atenção Especializada em Saúde**

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: ESPSC

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
6.12 Número de especialidades ofertadas em programas de residência médica	6.12 Ampliar de 49 para 55 o número de especialidades ofertadas em programas de residência médica, até 2027	49	2022	55	51	53	54	55
6.13 Número de programas de residência multiprofissional ofertados na SES	6.13 Ampliar de 6 para 10 o número de programas de residência multiprofissional ofertados na SES, até 2027	6	2022	10	7	8	9	10

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 6: Fortalecer e ampliar a Atenção Especializada em Saúde**

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador: GECOS

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027



6.14 Número de prestadores de saúde contratualizados com a SES	6.14 Manter e acompanhar 205 prestadores de saúde contratualizados pela SES, até 2027	205	2023	205	205	205	205	205
--	---	-----	------	-----	-----	-----	-----	-----

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 7: Reorganizar os processos de trabalho e articulações intersetoriais das ações de vigilância em saúde de acordo com os determinantes sociais****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GADNT**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
7.1 Proporção de municípios com pelo menos 90% dos registros de nascidos vivos inseridos no SINASC	7.1 Aumentar de 80% para 84% a proporção de municípios com pelo menos 90% dos registros de nascidos vivos inseridos no SINASC, até 2027	80%	2022	84%	81%	82%	83%	84%
7.2 Proporção de municípios com pelo menos 90% dos registros de mortalidade inseridos no SIM	7.2 Aumentar de 90% para 94% a proporção de municípios com pelo menos 90% dos registros de mortalidade inseridos no SIM, até 2027	90%	2022	94%	91%	92%	93%	94%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 7: Reorganizar os processos de trabalho e articulações intersetoriais das ações de vigilância em saúde de acordo com os determinantes sociais****Período de Monitoramento: Quadrimestral e Semestral****Gestor do Indicador: GEDIC**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
7.3 Coeficiente de detecção de Hepatites Virais B	7.3 Reduzir de 11,9 para 11,1/100.000 habitantes a incidência de Hepatite B, até 2027	11,9	2022	11,1	11,7	11,5	11,3	11,1
7.4 Coeficiente de detecção de Hepatites Virais C	7.4 Aumentar de 9,7 para 10,4/100.00 habitantes a taxa de detecção de casos notificados de Hepatite C, até 2027	9,7	2022	10,4	9,9	10,1	10,3	10,4
7.5 Proporção de casos novos de Tuberculose Bacilífera Curados	7.5 Aumentar de 68% para 74% a proporção de cura bacilífera, até 2027	68%	2022	74%	69%	70%	72%	74%
7.6 Proporção de casos novos de Hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico	7.6 Reduzir de 18% para 15% a proporção de casos novos diagnosticados com grau 2 de incapacidade física, no momento do diagnóstico, até 2027	18%	2022	15%	17,5%	16,5%	15,5%	15%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 8: Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e implantar as linhas de cuidado****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GEARS**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
8.1 Número de vagas para tratamento dialítico na região de saúde da Grande Florianópolis	8.1 Aumentar 144 vagas para tratamento dialítico na região de saúde da Grande Florianópolis até 2027	577	2023	721	587	597	607	691

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 9 : Qualificar a demanda existente na lista de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GERAM**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027

9.1 Percentual de pacientes que estão na fila aguardando a realização de consulta a mais de 365 dias	9.1 Reduzir de 46,70% para 30% o percentual de pacientes aguardando a realização de consultas a mais de 365 dias, até 2027	46,70%	2022	30%	45%	40%	35%	30%
9.2 Percentual de pacientes que estão na fila aguardando a realização de exames a mais de 365 dias	9.2 Reduzir de 36,30% para 25% o percentual de pacientes aguardando a realização de exames a mais de 365 dias, até 2027	36,30%	2022	25%	36%	33%	30%	25%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de prevenção e promoção da saúde****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GESAM**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
10.1 Percentual de população abastecida por diferentes formas de abastecimento de água cadastradas no SISAGUA (Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano)	10.1 Atingir 93% da população abastecida por diferentes formas de abastecimento de água cadastradas no SISAGUA, até 2027	91%	2022	93%	91,5%	92,0%	92,5%	93,0%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de prevenção e promoção da saúde****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DAPS**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
10.2 Percentual de indivíduos com registro do estado nutricional no e-SUS	10.2 Aumentar de 31,84% para 60% o percentual de indivíduos com registro do estado nutricional no e-SUS, até 2027	31,84%	2022	60%	40%	45%	50%	60%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 10: Ampliar as ações de prevenção e promoção da saúde****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DAPS**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
10.3 Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde (APS)	10.3 Aumentar de 24% para 40% a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS, até 2027	24%	2022	40%	28%	33%	37%	40%
10.4 Número de unidades hospitalares que encaminham microorganismos multiresistentes (MMR) ao LACEN, atendidas por laboratórios de microbiologia	10.4 Aumentar para 117 o número de unidades hospitalares que encaminham MMR ao LACEN até 2027	95	2022	117	29	29	30	29
10.5 Número de parâmetros de agrotóxicos analisados no LACEN, de interesse para o programa VIGIÁGUA	10.5 Aumentar em 5 parâmetros de agrotóxicos analisados anualmente até 2027	40	2022	20	5	5	5	5

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 11: Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DAPS**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027

11.1 Número de atendimentos em saúde mental, por equipe de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAB) na APS, registrados no e-SUS/ SISAB	11.1 Aumentar de 974.762 para 1.054.762 o número de atendimentos em saúde mental, realizados pelas eSF e eAB, até 2027	974.762	2022	1.054.762	994.762	1.014.762	1.034.762	1.054.762
---	--	---------	------	-----------	---------	-----------	-----------	-----------

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 12: Aprimorar a Assistência Farmacêutica no território****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DIAF**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
12.1 Índice de Cobertura de Medicamentos (ICM) adquiridos pela SES, para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), pertencentes aos Grupos 1B e 2 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28/09/2017	12.1 Ampliar de 91% para 100% o ICM adquiridos pela SES, para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), até 2027	91%	2023	100%	93%	95%	97%	100%
12.2 Percentual de medicamentos sob gestão da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF), monitorados por meio de sistema informatizado	12.2 Ampliar de 85,84% para 90% os medicamentos sob gestão da DIAF, monitorados por meio de sistema informatizado, até 2027	85,84%	2023	90%	87%	88%	89%	90%
12.3 Percentual de processos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF/DIAF) devolvidos	12.3 Reduzir de 23,96% para 20% os processos do CEAF devolvidos, até 2027	23,96%	2023	20%	23%	22%	21%	20%
12.4 Número de capacitações realizadas para os profissionais das unidades de assistência farmacêutica no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)	12.4 Ampliar de 8 para 52 capacitações ofertadas aos profissionais das unidades de assistência farmacêutica para o CEAF e CESAF, até 2027	8	2023	52	13	13	13	13
12.5 Percentual de correções de críticas geradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS para as autorizações de procedimento ambulatorial (APAC)	12.5 Reduzir de 1,0% para 0,5% as correções de críticas geradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS para as autorizações de procedimento ambulatorial, até 2027	1%	2023	0,50%	0,90%	0,80%	0,60%	0,50%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 12: Aprimorar a Assistência Farmacêutica no território****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DPGC**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
12.6 Índice de itens do componente especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) com ata de registro de preço	12.6 Atingir 80% dos itens do CEAF, com ata de registro de preço, anualmente, até 2027	75%	2022	80%	80%	80%	80%	80%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 13: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado****Período de Monitoramento: Anual****Gestor do Indicador: ESPSC**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
13.1 Número de residentes matriculados (R1 e R2) no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC)	13.1 Ampliar de 60 para 85 o número de residentes matriculados no Programa de Residência em MFC, até 2027	60	2022	85	70	75	80	85

13.2 Número de residentes matriculados (R1 e R2) no Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade (SFC)	13.2 Ampliar de 14 para 60 o número de residentes matriculados no Programa de Residência em SFC, até 2027	14	2022	60	35	40	50	60
13.3 Número de profissionais formados nos cursos de Pós-Graduação lato sensu em Preceptoría e em Educação Permanente para Atenção Primária à Saúde (APS)	13.3 Ampliar de 13 para 100 o número de profissionais formados nos cursos de Pós-graduação lato sensu em Preceptoría e em Educação Permanente para APS, até 2027.	13	2022	100	25	50	75	100
13.4 Percentual de acompanhamento dos médicos do Programa Mais Médicos sob supervisão e tutoria da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC)	13.4 Acompanhar pelo menos 25% dos médicos do programa Mais Médicos com supervisores e tutores selecionados pela ESPSC, até 2027	0	2022	25%	25%	25%	25%	25%

**DIRETRIZ: Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS****Objetivo Estratégico 13: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DAPS**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
13.5 Cobertura populacional cadastrada de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS)	13.5 Ampliar de 46% para 66% a cobertura populacional cadastrada de saúde bucal na APS, até 2027	46%	2022	66%	51%	56%	61%	66%
13.6 Percentual da população cadastrada coberta por equipes de atenção primária à saúde (equipe de saúde da família - eSF e equipe de Atenção Primária – eAP)	13.6 Ampliar de 69,28% para 90% o percentual da população cadastrada coberta por eSF e equipe eAP, até 2027	69,28%	2022	90%	75%	80%	85%	90%
13.7 Taxa de internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP)	13.7 Reduzir de 95,02 para 74,93 por 10.000 habitantes a taxa de ICSAP, até 2027	95,02 por 10.000 hab	2023	74,93	90	85	80	74,93
13.8 Política de APS com cofinanciamento por desempenho implantada	13.8 Implantar 01 Política de APS com cofinanciamento por desempenho, até 2027	0	2022	1	0	0	0	1
13.9 Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde (APS)	13.9 Ampliar de 64% para 84% a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS, até 2027	64%	2022	84%	69%	74%	79%	84%
13.10 Número de municípios que realizam a Inserção de Dispositivo Intrauterino-DIU na Atenção Primária à Saúde (APS)	13.10 Aumentar de 20 para 36 o número de municípios que realizam a inserção de DIU na APS, até 2027	20	2022	36	24	28	32	36
13.11 Razão de consultas de enfermeiros em relação às consultas médicas na Atenção Primária à Saúde	13.11 Aumentar de 0,50 para 0,60 a razão de consultas de enfermagem em relação às consultas médicas na APS, até 2027	0,5	2022	0,60	0,51	0,53	0,57	0,60

**PERSPECTIVA GESTAO****DIRETRIZ: Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras****Objetivo Estratégico 1: Elaborar e implementar uma política de tecnologia da informação e comunicação para a SES****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: COSSI**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
1.1 Número de painéis de inteligência para a gestão homologados e disponibilizados no portal de inteligência do Centro de Informações Estratégicas em Saúde de Santa Catarina CIEGES/SC (ambiente restrito)	1.1 Homologar e disponibilizar no portal de inteligência CIEGES/SC, 50 painéis de inteligência para a gestão, até 2027	0	2022	50	15	15	10	10

**DIRETRIZ: Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras****Objetivo Estratégico 1: Elaborar e implementar uma política de tecnologia da informação e comunicação para a SES****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DTIG**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
1.2 Número de atualizações do Plano Diretor de Tecnologia e Informação - PDTI	1.2 Realizar 1 atualização do PDTI por ano, até 2026	1	2023	3	1	1	1	0
1.3 Taxa de entregas de projetos de software em tempo oportuno	1.3 Ampliar para 90% a taxa de entregas de projetos de software conforme prazo planejado, até 2027	70%	2023	90%	75%	80%	85%	90%
1.4 Número de sistemas reestruturados e interoperável (refactoring)	1.4 Reestruturar e interoperar 08 sistemas legados, até 2027	3	2023	8	1	2	4	1
1.5 Percentual de renovação do parque tecnológico da Secretaria de Estado da Saúde (SES)	1.5 Renovar 58% do parque tecnológico da SES, até 2027	42%	2023	58%	10,00%	15,00%	15,00%	18%
1.6 Percentual de avaliação, classificadas como "muito satisfeito", na Pesquisa de Satisfação dos chamados, no sistema GLPI	1.6 Aumentar de 90% para 96% as avaliações, classificadas como "Muito satisfeito", na Pesquisa de Satisfação dos chamados no sistema GLPI, até 2027	90%	2023	96%	92,50%	94%	95%	96%

**DIRETRIZ: Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras****Objetivo Estratégico 2: Fortalecer e ampliar as ações de Educação Permanente em Saúde****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: ESPSC**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
2.1 Número de Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde revisados	2.1 Ampliar de 2 para 17 o número de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em saúde revisados, até 2027	2	2022	17	6	10	14	17
2.2 Taxa de implantação dos Núcleos Municipais de Educação Permanente e Humanização (NEPSHU)	2.2 Ampliar de 6,78% para 40% a taxa de implantação do NEPSHU, até 2027.	6,78%	2022	40%	10%	20%	30%	40%
2.3 Número de planos de ação de Educação Permanente e Humanização elaborados e executados	2.3 Elaborar e executar 17 planos de ação de Educação Permanente e Humanização, até 2027	0	2022	17	3	7	12	17
2.4 Número de concluintes nos cursos de formação inicial, complementar e de aperfeiçoamento da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC)	2.4 Ampliar de 4.626 para 11.200 o número de concluintes dos cursos ofertados pela ESPSC, até 2027	4626	2022	11.200	6.500	8.500	10.000	11.200

2.5 Número de vagas ofertadas em cursos técnicos e especializações técnicas pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC)	2.5 Ampliar para 150 o número de vagas ofertadas em cursos técnicos e especializações técnicas pela ESPSC, até 2027	0	2022	150	25	50	50	25
--	---	---	------	-----	----	----	----	----

**DIRETRIZ: Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras****Objetivo Estratégico 2: Fortalecer e ampliar as ações de Educação Permanente em Saúde****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DPRO**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
2.6 Número de servidores da SES capacitados em gerenciamento de projetos (GP), com foco na área da saúde	2.6 Capacitar 200 servidores da SES em GP, até 2027	60	2023	200	50	50	50	50

**DIRETRIZ: Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras****Objetivo Estratégico 2: Fortalecer e ampliar as ações de Educação Permanente em Saúde****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: COSSI**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
2.7 Número de servidores da SES capacitados em ferramentas de análise de dados de saúde	2.7 Capacitar 100 servidores em Análise de Dados de saúde até 2027	0	2023	100	25	25	25	25

**DIRETRIZ: Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras****Objetivo Estratégico 2: Fortalecer e ampliar as ações de Educação Permanente em Saúde****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DAPS**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
2.8 Número de guias/diretrizes clínicos e organizacionais para a Atenção Primária à Saúde (APS) atualizados e divulgados	2.8 Ampliar de 2 para 8 o número de guias/diretrizes clínicos e organizacionais para a APS atualizados e divulgados, até 2027	2	2022	8	2	4	6	8

**DIRETRIZ: Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras****Objetivo Estratégico 3: Aprimorar os processos de trabalho e fluxos internos com implantação da gestão de qualidade na SES****Período de Monitoramento:****Gestor do Indicador: GPLAN**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
3.1 Número de registro dos Relatórios Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) do Estado no sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP) dentro dos prazos legais	3.1 Registrar 3 RDQA's do Estado no sistema DGMP anualmente, dentro dos prazos legais até 2027	3,00	2023	12,00	3,00	3,00	3,00	3,00
3.2 Percentual de municípios com o registro dos Relatórios Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) no sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP) dentro dos prazos legais	3.2 Aumentar de 29,83% para 100% o percentual de municípios com o registro dos RDQA's no sistema DGMP dentro dos prazos legais até 2027	29,83%	2023	100%	50%	60%	80%	100%

**DIRETRIZ: Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras****Objetivo Estratégico 3: Aprimorar os processos de trabalho e fluxos internos com implantação da gestão de qualidade na SES**

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: ESPSC								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
3.3 Percentual de unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES) com Sistema de Gestão de Estágio implantado	3.3 Implantar o Sistema de Gestão de Estágio em 100% das unidades da SES, até 2027	0%	2022	100%	13%	56%	86%	100%
3.4 Número de estagiários no Programa Novos Valores da Secretaria Estadual de Saúde (SES)	3.4 Ampliar de 115 para 200 o número de estagiários no Programa Novos Valores na SES, até 2027	115	2022	200	130	150	175	200

**DIRETRIZ: Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras**

**Objetivo Estratégico 4: Promover a reestruturação física das unidades administrativas e estabelecimentos de saúde da SES**

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: GEMAN								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
4.1 Número de modernizações de sistemas e/ou equipamentos da matriz energética das unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES)	4.1 Ampliar de 4 para 34 o número de modernizações de sistemas e/ou equipamentos da matriz energética das unidades da SES, até 2027	4	2023	34	10	10	10	4
4.2 Percentual do valor planejado de desembolsos em manutenções corretivas e recuperação da estrutura física, nas unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES)	4.2 Ampliar de 25 para 100 o percentual do valor planejado de desembolso em manutenção corretiva e recuperação da estrutura física das unidades da SES, até 2027	25%	2023	100%	40%	30%	15%	15%
4.3 Número de diagnósticos e monitoramentos realizados nos sistemas de infraestrutura das unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES)	4.3 Ampliar de 4 para 90 o número de diagnósticos e monitoramentos realizados nos sistemas de infraestrutura das unidades da SES, até 2027	4	2023	90	25	21	22	22

**DIRETRIZ: Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras**

**Objetivo Estratégico 4: Promover a reestruturação física das unidades administrativas e estabelecimentos de saúde da SES**

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: GEROP								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
4.4 Número de projetos técnicos estratégicos elaborados para novas obras e adequação das unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES)	4.4 Ampliar de 80 para 440 o número de projetos técnicos estratégicos para novas obras e adequação das unidades da SES, até 2027	80	2022	440	100	115	135	90
4.5 Número de projetos técnicos comuns elaborados para novas obras e adequação das unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES)	4.5 Ampliar de 55 para 312 o número de projetos técnicos comuns para novas obras e adequação das unidades da SES, até 2027	55	2022	312	80	75	97	60
4.6 Número de contratos viabilizados/firmados para novas obras e adequação das instalações existentes em todas as unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES)	4.6 Ampliar de 18 para 92 o número de contratos viabilizados/firmados para novas obras e adequação das instalações existentes em todas as unidades da SES, até 2027	18	2022	92	17	20	35	20

**DIRETRIZ: Fomentar a política de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade como meio de atender as demandas sociais**

**Objetivo Estratégico 5: Fortalecer a comunicação estratégica acessível e transversal para difusão das políticas, ações e informações em saúde**

Período de Monitoramento: Quadrimestral								
Gestor do Indicador: DPRO								

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
5.1 Número de projetos homologados e disponibilizados no Portal de Gestão de Projetos do Governo do Estado de Santa Catarina	5.1 Homologar e disponibilizar 200 projetos no Portal de Gestão de Projetos do Governo do Estado de SC, até 2027	60	2023	200	50	50	50	50

**DIRETRIZ: Fomentar a política de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade como meio de atender as demandas sociais**

**Objetivo Estratégico 6: Reduzir a judicialização em saúde**

**Período de Monitoramento: Quadrimestral**

**Gestor do Indicador: NAT Jus**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
6.1 Número de Notas Técnicas/Ofícios (documentos técnicos) de medicamentos produzidas pelo Núcleo de Apoio Técnico em Judicialização (NATjus)	6.1 Aumentar de 2.000 para 3.000 o número de notas técnicas/ofícios de medicamentos produzidos pelo NATjus, até 2027	2000	2023	3000	2250	2500	2750	3000

**DIRETRIZ: Fomentar a política de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade como meio de atender as demandas sociais**

**Objetivo Estratégico 6: Reduzir a judicialização em saúde**

**Período de Monitoramento: Quadrimestral**

**Gestor do Indicador: COMAJ**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
6.2 Número de pacientes com cadastro ativo para fornecimento judicial de medicamentos	6.2 Reduzir de 17.237 para 16.000 o número de pacientes com cadastro ativo para fornecimento judicial de medicamentos até 2027	17.237	2023	16.000	17.000	16.750	16.500	16.000
6.3 Número de ações judiciais relacionadas aos paciente atendidos no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON)	6.3 Diminuir de 63 para 30 o número de ações judiciais relacionadas aos pacientes atendidos no CEPON até 2027	63	2023	30	53	43	35	30
6.4 Quantitativo de pacientes atendidos pelo Ministério da Saúde (MS) de ações judiciais para medicamentos	6.4 Aumentar de 172 para 344 o número de pacientes atendidos pelo MS para ações judiciais até 2027	172	2023	344	215	258	301	344
6.5 Valor monetário relacionado ao atendimento administrativo de pacientes que atendam as normas de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) previamente judicializados	6.5 Manter em 5.000.000,00 o valor monetário relacionado ao atendimento administrativo de pacientes que atendam as normas de PCDT previamente judicializados, até 2027	R\$ 13.934.236,92	2023	R\$ 5.000.000,00	R\$ 5.000.000,00	R\$ 5.000.000,00	R\$ 5.000.000,00	R\$ 5.000.000,00
6.6 Proporção do valor gasto na compra de medicamentos requeridos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e oncológicos de compra centralizada pelo Ministério da Saúde (MS)	6.6 Reduzir de 17% para 15% a proporção do valor gasto com medicamentos essenciais e oncológicos de compra centralizada pelo MS, até 2027	17%	2023	15%	17%	16%	16%	15%

**DIRETRIZ: Fomentar a política de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade como meio de atender as demandas sociais**

**Objetivo Estratégico 6: Reduzir a judicialização em saúde**

**Período de Monitoramento: Quadrimestral**

**Gestor do Indicador: GERIH**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
6.7 Número de internações compulsórias em clínica, residencial terapêutico e instituição de longa permanência judicializados	6.7 Manter em 30 o número de internações compulsórias em clínica, residencial terapêutico e instituições de longa permanência judicializados, até 2027	30	2022	30	30	30	30	30



6.8 Número de internações compulsórias judicializadas em leitos de psiquiatria SUS	6.8 Manter em 400 o número de internações compulsórias judicializadas em leitos de psiquiatria do SUS, até 2027	400	2022-2023	400	400	400	400	400
--	---	-----	-----------	-----	-----	-----	-----	-----

**DIRETRIZ: Fomentar a política de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade como meio de atender as demandas sociais**

**Objetivo Estratégico 6: Reduzir a judicialização em saúde**

**Período de Monitoramento: Quadrimestral**

**Gestor do Indicador: GEROR**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
6.9 Valor monetário dos sequestros judiciais da função saúde do Estado	6.9 Manter o valor monetário referencial em, no máximo R\$ 164.697.321,34 milhões ao ano, até 2027	R\$ 164.697.321,34	2022	R\$ 164.697.321,34	R\$ 164.697.321,34	R\$ 164.697.321,34	R\$ 164.697.321,34	R\$ 164.697.321,34

**DIRETRIZ: Fomentar a transparência e o controle para alocação e utilização adequada dos recursos em saúde ofertados aos cidadãos**

**Objetivo Estratégico 7: Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria**

**Período de Monitoramento: Quadrimestral**

**Gestor do Indicador: DAUD**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
7.1 Percentual de auditorias programadas concluídas	7.1 Ampliar de 20% para 40% o percentual auditorias programadas concluídas, até 2027	20%	2023	40%	25%	30%	35%	40%
7.2 Percentual de auditorias programadas autuadas	7.2 Ampliar de 43% para 63% o percentual auditorias programadas autuadas, até 2027	43%	2023	63%	48%	53%	58%	63%
7.3 Percentual de auditorias autuadas concluídas	7.3 Ampliar de 15% para 35% o percentual de auditorias autuadas concluídas, até 2027	15%	2023	35%	20%	25%	30%	35%

**DIRETRIZ: Fomentar a transparência e o controle para alocação e utilização adequada dos recursos em saúde ofertados aos cidadãos**

**Objetivo Estratégico 7: Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria**

**Período de Monitoramento: Quadrimestral**

**Gestor do Indicador: GMAPS**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
7.4 Percentual de cumprimento das metas físico-financeiras pactuadas pelos hospitais nos Termos de Compromisso de Garantia do Acesso-TCGA de ortopedia, neurologia, oncologia e cardiologia	7.4 Ampliar de 40% para 100% o percentual de cumprimento das metas físico-financeiras pactuadas pelos hospitais nos TCGA, até 2027	40%	2022	100%	100%	100%	100%	100%
7.5 Percentual de glosas e rejeição e procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares, nos hospitais sob gestão estadual	7.5 Diminuir de 25% para 10% o percentual de glosas e rejeição de procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares, nos hospitais sob gestão estadual, em 2024	25%	2022	10%	10%	NA	NA	NA

**DIRETRIZ: Fomentar a transparência e o controle para alocação e utilização adequada dos recursos em saúde ofertados aos cidadãos**

**Objetivo Estratégico 7: Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria**

**Período de Monitoramento: Quadrimestral**

**Gestor do Indicador: DPR0**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027

7.6 Número de projetos homologados e disponibilizados no Portal de Gestão de Projetos do Governo do Estado de Santa Catarina vinculados aos indicadores do Plano Estadual de Saúde (PES 2024-2027)	7.6 Homologar e disponibilizar 20 projetos, no Portal de Gestão de Projetos do Governo do Estado de Santa Catarina, vinculados aos indicadores do PES 2024-2027, até 2027	0	2023	20	10	5	3	2
--	---	---	------	----	----	---	---	---

**DIRETRIZ: Fortalecer os espaços do controle social e da governança colegiada compartilhada****Objetivo Estratégico 8: Garantir o modelo de gestão participativa e compartilhada fortalecendo as instâncias de controle****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: CES**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
8.1 Número de Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e Secretarias Executivas capacitadas no controle social	8.1 Ampliar de 32 para 295 o número de CMS e Secretarias Executivas capacitadas no controle social, até 2027	32	2022	295	40	85	85	85
8.2 Número de revisões do Plano Estadual de Saúde (PES)	8.2 Realizar 1 revisão anual do PES, até 2027	6	2022	4	1	1	1	1
8.3 Número de políticas públicas de saúde discutidas no Conselho Estadual de Saúde(CES)	8.3 Ampliar de 5 para 10 o número de políticas públicas de saúde discutidas anualmente no CES, até 2027	5	2022	40	10	10	10	10
8.4 Número de Conferências Macrorregionais e Estadual de Saúde e temáticas	8.4 Ampliar de 8 para 24 Conferências Macrorregionais e Estadual de Saúde e temáticas realizadas, até 2027	8	2022	24	8	8	0	8
8.5 Número de realizações e participações em seminários e oficinas relacionados ao controle social	8.5 Ampliar de 4 para 20 o número de realizações e participações em seminários e oficinas relacionados ao controle social, até 2027	4	2022	20	4	4	4	4

**DIRETRIZ: Fortalecer os espaços do controle social e da governança colegiada compartilhada****Objetivo Estratégico 8: Garantir o modelo de gestão participativa e compartilhada fortalecendo as instâncias de controle****Período de Monitoramento: Semestral****Gestor do Indicador: ESPSC**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
8.6 Número de pareceres emitidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	8.6 Manter em 140 o número de pareceres emitidos pelo CEP, anualmente, até 2027	140	2022	140	140	140	140	140
8.7 Número de Comitês de Bioética implantados na SES	8.7 Implantar 01 Comitê de Bioética Clínica na SES, em 2024	0	2022	1	1	NA	NA	NA
8.8 Número de projetos apreciados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	8.8 Manter em 52 o número de projetos apreciados pelo CEP, anualmente, até 2027	52	2022	52	52	52	52	52

**DIRETRIZ: Fortalecer os espaços do controle social e da governança colegiada compartilhada****Objetivo Estratégico 8: Garantir o modelo de gestão participativa e compartilhada fortalecendo as instâncias de controle****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: CIOUV**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
8.9 Percentual de manifestações respondidas aos usuários do SUS, considerando os prazos legais	8.9 Ampliar de 85% para 90% o percentual de manifestações respondidas aos usuários do SUS, considerando os prazos legais, até 2027	85,00%	2022	90,00%	85,00%	86,00%	88,00%	90,00%
8.10 Percentual de resposta aos pedidos de acesso à informação de acordo com o prazo legal (20 dias)	8.10 Ampliar de 90 para 95 o percentual de respostas aos pedidos de acesso à informação de acordo com o prazo legal (20 dias), até 2027	90,00%	2022	95,00%	90,00%	91,00%	93,00%	95,00%

<b>DIRETRIZ: Fortalecer o planejamento estratégico, participativo e ascendente em saúde</b>								
<b>Objetivo Estratégico 9: Avançar na cultura de planejamento e monitoramento em saúde</b>								
<b>Período de Monitoramento: Quadrimestral</b>								
<b>Gestor do Indicador: GMAPS</b>								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
9.1 Percentual de cumprimento das metas quantitativas e qualitativas dos planos operativos assistenciais, dos hospitais contratualizados com a Secretaria estadual de Saúde (SES)	11.1 Ampliar de 40% para 95% o percentual de cumprimento das metas quantitativas e qualitativas dos planos operativos assistenciais, dos hospitais contratualizados com a SES, até 2027	40%	2022	95%	50%	65%	80%	95%

<b>DIRETRIZ: Fortalecer o planejamento estratégico, participativo e ascendente em saúde</b>								
<b>Objetivo Estratégico 9: Avançar na cultura de planejamento e monitoramento em saúde</b>								
<b>Período de Monitoramento: Quadrimestral</b>								
<b>Gestor do Indicador: COSSI</b>								
Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
9.2 Número de indicadores de monitoramento do Plano Regionalizado Integrado (PRI) homologados e disponibilizados no Portal do Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEGES/SC)	11.2 Homologar e disponibilizar, no Portal de Inteligência CIEGES/SC, 30 indicadores Plano Regionalizado Integrado (PRI), até 2025	0	2023	30	15	15	NA	NA
9.3 Número de indicadores do Plano Estadual de Saúde (PES) e da Programação Anual de Saúde (PAS) homologados e disponibilizados no Portal do Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEGES/SC)	11.3 Homologar e disponibilizar no portal de inteligência CIEGES/SC, 100 indicadores do PES/PAS, até 2027	0	2023	100	25	25	25	25

**PERSPECTIVA FINANCEIRO****DIRETRIZ: Fomentar o financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde****Objetivo Estratégico 1: Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros conforme o planejamento estratégico****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DPRO**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
1.1 Número de projeto do PACTO por Santa Catarina concluídos	1.1 Concluir 17 projetos do PACTO por Santa Catarina, em 2024	13	2023	17	17	NA	NA	NA
1.2 Número de projetos para captação de recursos externos estruturados	1.2 Estruturar 20 projetos para captação de recursos externos, até 2027	0	2023	20	5	5	5	5

**DIRETRIZ: Fomentar o financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde****Objetivo Estratégico 1: Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros conforme o planejamento estratégico****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: DPGC**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
1.3 Razão econômica de medicamentos hospitalares classificados como de maior impacto financeiro	1.3 Diminuir de 0,99 para 0,95 a razão econômica de medicamentos hospitalares, classificados como de maior impacto financeiro, até 2027	0,99	2022	0,95	0,98	0,97	0,96	0,95

**DIRETRIZ: Fomentar o financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde****Objetivo Estratégico 1: Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros conforme o planejamento estratégico****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GPLAN**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
1.4 Razão de remanejamentos financeiros realizados sobre o total de subações do Plano Plurianual 2024-2027 (PPA 2024-2027)	1.4 Reduzir de 0,35 para 0,21 a razão de remanejamentos financeiros realizados sobre o total de subações do PPA 2024-2027, até 2027	0,35	2023	0,21	0,31	0,27	0,24	0,21
1.5 Percentual de objetos de execução com realização física abaixo de 30% da meta planejada (sem emendas impositivas)	1.5 Reduzir de 25% para 16,40% o percentual de objetos de execução com realização física abaixo de 30% da planejada, até 2027	25%	2023	16,40	22,5	20,25	18,23	16,40

**DIRETRIZ: Fomentar o financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde****Objetivo Estratégico 2: Implementar estratégias para captação de recursos****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: ESPSC**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base		Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
		Valor	Ano		2024	2025	2026	2027
2.1 Percentual da aplicação do recurso de contrapartida do Estado para o Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), ofertado pelo Ministério da Saúde (MS)	2.1 Aplicar 100% do recurso de contrapartida do Estado para o PPSUS, quando ofertado pelo MS, até 2027	0	2022	100%	100%	100%	100%	100%

**DIRETRIZ: Fomentar o financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde****Objetivo Estratégico 2: Implementar estratégias para captação de recursos****Período de Monitoramento: Quadrimestral****Gestor do Indicador: GEDHP**

Indicador	Descrição da Meta	Linha de base	Meta 2024-2027	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista	Meta prevista
-----------	-------------------	---------------	----------------	---------------	---------------	---------------	---------------

		<b>Valor</b>	<b>Ano</b>		<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
2.2 Número de serviços com novas habilitações em Unidades Hospitalares Próprias da Secretaria Estadual de Saúde (SES)	2.2 Aumentar de 03 para 20 o número de serviços com novas habilitações nas unidades Hospitalares Próprias da SES, até 2027	3	2023	20	5	10	15	20



# PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

**2024-2027**

***SAUDE.SC.GOV.BR/***

**f SAUDEPUBLICASC**

**X SAUDEPUBLICASC**

**@ SAUDE.SC**



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE