

**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
Secretaria de Estado de Saúde  
Diretoria de Atenção Primária à Saúde  
Gerência de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis



# **GUIA DE APOIO À METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E PESSOA IDOSA EM SANTA CATARINA**

[ Santa Catarina, fevereiro de 2026. ]



**GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
Secretaria de Estado de Saúde  
Diretoria de Atenção Primária à Saúde  
Gerência de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis

# **GUIA DE APOIO À METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E PESSOA IDOSA EM SANTA CATARINA**

Santa Catarina, fevereiro de 2026.

## **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA**

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Rua Esteves Júnior, 390 - Centro

CEP: 88015130 - Florianópolis /SC

Site: [www.dive.sc.gov.br](http://www.dive.sc.gov.br) / [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)

E-mail: [dive@saude.sc.gov.br](mailto:dive@saude.sc.gov.br) / [daps@saude.sc.gov.br](mailto:daps@saude.sc.gov.br)

### **GOVERNADOR**

Jorginho Mello

### **VICE-GOVERNADORA**

Marilisa Boehm

### **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Diogo Demarchi Silva

### **SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS**

Willian Westphal

### **SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SUV**

Fábio Gaudenzi de Faria

### **DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DAPS**

Angela Maria Blatt Ortiga

### **DIRETOR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DIVE**

João Augusto Brancher Fuck

### **GERÊNCIA DE ATENÇÃO, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE - GAPPS**

Maria Catarina da Rosa

### **GERÊNCIA DE ANÁLISES EPIDEMIOLÓGICAS E DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - GADNT**

Aline Piacesi Arceno

### **ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO**

Franciele Budziareck das Neves

Priscila Juceli Romanoski

### **COLABORADORES**

Aline Piacesi Arceno

Ângela Maria Blatt Ortiga

Clarissa Maciel Selau

Gabriel Poletti

João Augusto Brancher Fuck

Leonilda de Fátima Gonçalves

Maria Catarina da Rosa

Yanka Leticia Amorim Uchoa Sakaguchi

### **REVISÃO E DIAGRAMAÇÃO**

Patrícia Pozzo

Alex Martins

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

---

S232g Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

Guia de apoio à metodologia de implementação das linhas de cuidado às condições crônicas e pessoa idosa em Santa Catarina [livro eletrônico] / Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Atenção Primária à Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde, Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis ; Organizadoras: Franciele Budziareck das Neves e Priscila Juceli Romanoski. – Florianópolis : SES/SC, 2026.  
14046 kb ; PDF

ISBN 978-85-62522-27-7

1. Saúde pública – Santa Catarina. 2. Atenção integral à saúde - Santa Catarina. 3. Doenças crônicas. 4. Serviços de saúde - Idosos. 5. Indicadores de saúde – Manuais, guias, etc. I. Neves, Franciele Budziareck das. II. Romanoski, Priscila Juceli. III. Título.

CDD 23. ed. 614.098164

---

Índice para o catálogo sistemático:

1. Saúde pública : Santa Catarina

Paula Sanhudo da Silva – Bibliotecária – CRB-14/959



**APS** - Atenção Primária à Saúde

**ATAPS** - Área Técnica de Atenção e Promoção à Saúde

**CIR** - Comissão Intergestores Regionais

**CIT** - Comissão Intergestores Tripartite

**CCNT** - Condições Crônicas Não Transmissíveis

**DAPS** - Diretoria de Atenção Primária em Saúde

**DIVE** - Diretoria de Vigilância Epidemiológica

**DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**EPS** - Educação Permanente em Saúde

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**e-SUS AB** - Plataforma do e-SUS Atenção Básica

**GAPPS** - Gerência de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde

**GERSAS** - Gerências Regionais de Saúde

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ICSAP** - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

**IVCF-20** - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20

**MACC** - Modelo de Atenção às Condições Crônicas

**eMulti** - Equipe multiprofissional

**ODS** - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**OPAS** - Organização Panamericana de Saúde

**PNEPS** - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

**PNVS** - Política Nacional de Vigilância em Saúde

**RAS** - Redes de Atenção à Saúde

**SES/SC** - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

**SIM** - Sistema de Informação em Mortalidade

**SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**SISVAN** - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde

**VIGITEL** - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

# SUMÁRIO

---

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>                                            | <b>7</b>  |
| <b>1) INTRODUÇÃO.....</b>                                           | <b>8</b>  |
| <b>2) FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....</b>                                 | <b>9</b>  |
| 2.1) Conceitos.....                                                 | 9         |
| 2.2) Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....            | 10        |
| 2.3) Rede de Atenção às Condições Crônicas.....                     | 12        |
| 2.3.1) Atenção Primária à Saúde (APS).....                          | 12        |
| 2.3.2) Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade.....      | 12        |
| 2.3.3) Sistemas de Apoio e Logística.....                           | 12        |
| 2.3.4) Governança.....                                              | 12        |
| <b>3) ETAPAS METODOLÓGICAS DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO.....</b>  | <b>13</b> |
| 3.1) ETAPA 1 - Mobilização Profissional e de Gestores.....          | 13        |
| 3.2) ETAPA 2 - Formalização em CIR.....                             | 15        |
| 3.3) ETAPA 3 - Análise Situacional.....                             | 16        |
| 3.4) ETAPA 4 - Elaboração do Plano de Ação.....                     | 18        |
| 3.5) ETAPA 5 - Monitoramento e Avaliação.....                       | 20        |
| <b>4) EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS).....</b>                   | <b>23</b> |
| 4.1) Estratégias de Implementação da EPS nas Linhas de Cuidado..... | 23        |
| 4.1.1) Planejamento das Ações Formativas.....                       | 23        |
| 4.1.2) Metodologias Participativas.....                             | 23        |
| 4.1.3) Articulação entre Vigilância e Atenção Primária à Saúde..... | 24        |
| 4.1.4) Formação de Multiplicadores Regionais.....                   | 24        |
| 4.1.5) Avaliação das ações de EPS.....                              | 24        |
| 4.2) Produtos Esperados.....                                        | 24        |
| 4.3) Indicadores de Acompanhamento.....                             | 24        |
| 4.4) Considerações Operacionais.....                                | 26        |
| <b>5) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                 | <b>26</b> |
| 5.1) Síntese e Perspectivas.....                                    | 26        |
| 5.2) Sustentabilidade e Governança.....                             | 26        |
| 5.3) Monitoramento e Avaliação Contínua.....                        | 26        |
| 5.4) Compromisso Institucional.....                                 | 27        |
| 5.5) Encerramento.....                                              | 27        |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                             | <b>28</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>                                               | <b>30</b> |

# APRESENTAÇÃO

---

O Governo do Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), apresenta o **Guia de Apoio à Implementação das Linhas de Cuidado de Condições Crônicas e da Pessoa Idosa**, como parte do compromisso institucional com a qualificação da atenção à saúde e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no território catarinense.

Este documento técnico resulta do trabalho conjunto das Diretorias de Atenção Primária à Saúde (DAPS) e da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE), com apoio das Gerências Regionais de Saúde (GERSAS), gestores municipais, profissionais de saúde e instituições parceiras.

A construção e implementação das Linhas de Cuidado têm como propósito fortalecer a gestão do cuidado, a coordenação entre os níveis de atenção e a integração entre vigilância, atenção e promoção da saúde, consolidando um modelo de atenção centrado nas pessoas, nas famílias e nos territórios.

Este guia busca oferecer orientações práticas e metodológicas que auxiliem as equipes estaduais, regionais e municipais na implantação e operacionalização das Linhas de Cuidado, promovendo a qualificação das práticas de saúde e o alinhamento com as políticas públicas vigentes, especialmente o Plano Estadual de Enfrentamento das DCNT 2021–2030 (Santa Catarina, 2021), o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT 2021–2030 (Brasil, 2021) e o Plano Estadual de Saúde 2024–2027 (Santa Catarina, 2023).

# 1. INTRODUÇÃO

---

As Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNT) configuram o maior desafio de saúde pública no século XXI, correspondendo a 74% das mortes no mundo (WHO, 2023). No Brasil, dados do Vigitel 2023 apontam que 55,7% dos adultos apresentam pelo menos uma condição crônica diagnosticada, com destaque para hipertensão arterial (28,4%), diabetes mellitus (11,2%) e obesidade (24,8%) (Brasil, 2013). Em Santa Catarina, as CCNT também se mantêm como principal causa de mortalidade e hospitalizações evitáveis, reforçando a necessidade de ações estruturadas e contínuas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação (Santa Catarina, 2023).

Neste sentido, as Linhas de Cuidado são dispositivos organizativos fundamentais para a consolidação da atenção integral à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Elas articulam ações e serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e autocuidado apoiado, assegurando acesso, continuidade e integralidade (Brasil, 2013; Mendes, 2012).

A implementação das Linhas de Cuidado requer a integração dos diferentes níveis de atenção, articulando as dimensões clínica, gerencial, educativa e intersetorial, de modo a garantir o cuidado centrado na pessoa e nas necessidades do território. No caso das CCNT e da saúde da pessoa idosa, essa integração é essencial para enfrentar o aumento da carga de doenças, a multimorbidade e as desigualdades regionais em saúde (WHO, 2023; Brasil, 2021).

No contexto catarinense, a adoção das Linhas de Cuidado insere-se nas estratégias de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de qualificação da gestão das condições crônicas, seguindo as diretrizes nacionais e também conforme previsto no Plano Estadual de Enfrentamento das DCNT 2021–2030 (Santa Catarina, 2021) e no Plano Estadual de Saúde 2024–2027 (Santa Catarina, 2023).

Este documento reconhece que a abordagem das condições crônicas exige ações sustentadas, interdisciplinares e intersetoriais, envolvendo a atenção primária, à atenção especializada, a vigilância epidemiológica, e o setor da gestão pública. Dessa forma, a implantação das Linhas de Cuidado representa uma oportunidade de fortalecer o SUS a partir de um modelo de cuidado coordenado, capaz de responder às necessidades complexas da população (Mendes, 2018a; Duncan et al., 2020).

A implementação das Linhas de Cuidado em Santa Catarina baseia-se em um conjunto de marcos teóricos e normativos que sustentam a atenção integral e a vigilância das condições crônicas, destacando-se:

- Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável – Meta 3.4: reduzir em um terço a mortalidade prematura por DCNT até 2030 (ONU, 2015);
- Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil 2021–2030 (Brasil, 2021);
- Plano Estadual de Enfrentamento das DCNT 2021–2030 (Santa Catarina, 2021);
- Plano Estadual de Saúde 2024–2027 (Santa Catarina, 2023);
- Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) – Resolução nº 588/2018 (Brasil, 2018);
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017a);
- Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2014)
- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2017b).



## 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

---

### 2.1) CONCEITOS

As Linhas de Cuidado são definidas por Mendes (2018b) e pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013) como arranjos organizacionais que integram ações e serviços de saúde em todos os níveis do sistema, articulando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e autocuidado apoiado de forma coordenada e contínua. O **principal objetivo** das Linhas de Cuidado é garantir a integralidade do cuidado e reduzir a fragmentação dos serviços, assegurando um percurso lógico, fluido e centrado nas necessidades do usuário dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (OPAS, 2022).

É importante diferenciar as Linhas de Cuidado de outros instrumentos normativos:

- **Linhas de Cuidado:** definem os fluxos assistenciais e processos organizativos entre os pontos de atenção, descrevendo o percurso do usuário e os mecanismos de coordenação entre os níveis de atenção (Mendes, 2018b).
  - » **Exemplo:** Linha de Cuidado de Atenção Integral à Pessoa com Hipertensão Arterial, que organiza o fluxo entre APS, atenção especializada e hospitalar.
- **Protocolos Clínicos:** estabelecem condutas técnicas padronizadas para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças, baseadas em evidências científicas (Brasil, 2014).
  - » **Exemplo:** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- **Diretrizes Assistenciais:** oferecem recomendações gerais e boas práticas elaboradas por instituições científicas ou sociedades de especialidade, com o objetivo de orientar decisões clínicas e promover qualidade e segurança do cuidado (CFM, 2016; SBC, 2021).
  - » **Exemplo:** Diretrizes Brasileiras de Prevenção Cardiovascular.

A operacionalização das Linhas de Cuidado envolve um processo de mudança organizacional que abrange dois eixos complementares (Brasil, 2021; Mendes, 2018b):

- **Implantação:** consiste em iniciar e estruturar a intervenção, preparando o ambiente, mobilizando recursos e definindo estratégias para transformar as diretrizes em ações concretas.

Nesta metodologia, corresponde às etapas 1 e 2.

- **Implementação:** refere-se à execução contínua, monitoramento e avaliação das ações, incorporando-as à rotina dos serviços e promovendo seu aprimoramento permanente.

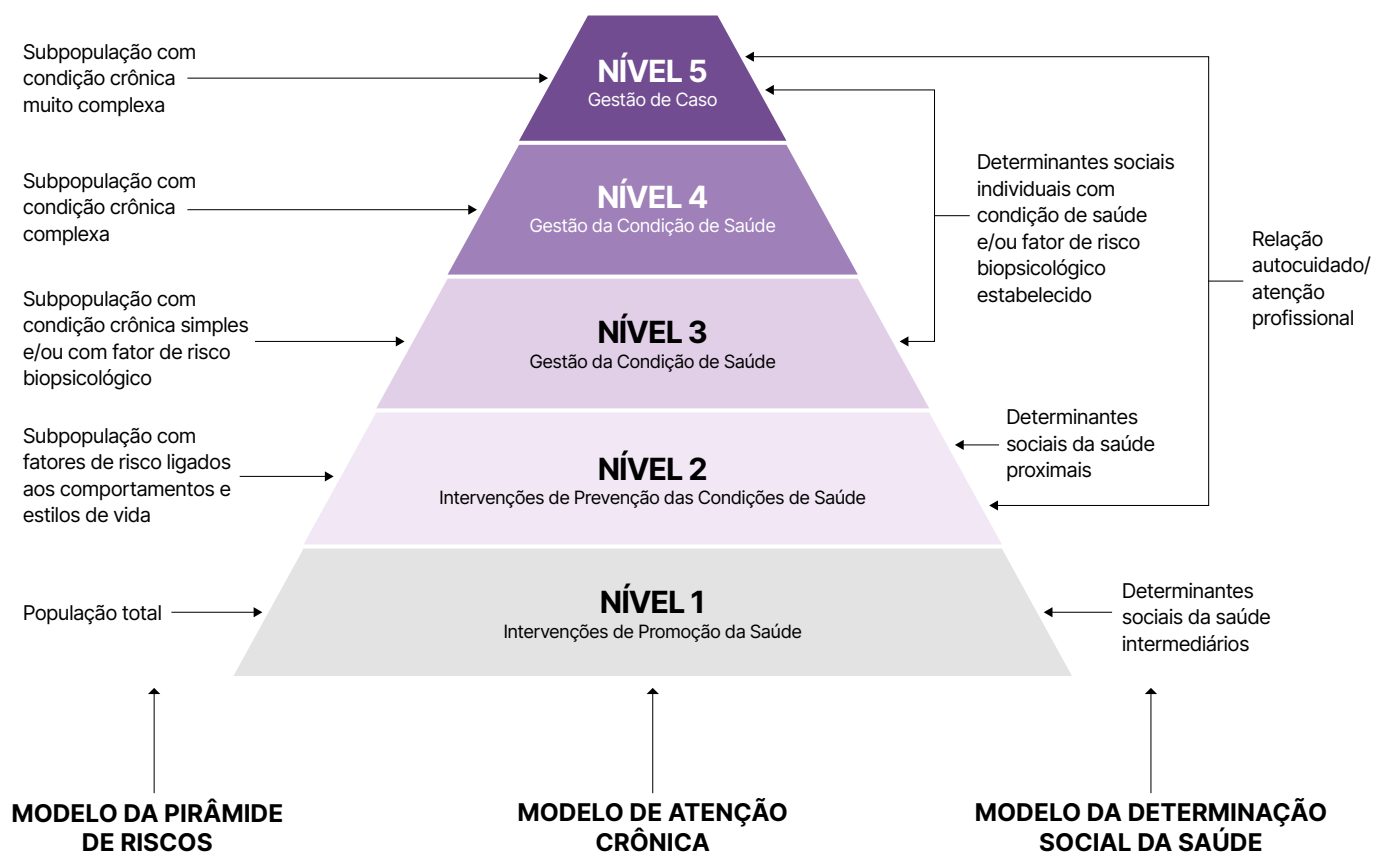
Nesta metodologia, corresponde às etapas 3, 4 e 5.

## 2.2) MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Eugênio Vilaça Mendes, fundamenta-se na gestão proativa e populacional da saúde, com foco na estratificação de risco, na coordenação entre os níveis de atenção e na valorização do autocuidado (Mendes, 2012, 2018b).

Estabelece a necessidade de organizar/reorganizar as ações de saúde segundo diferentes graus de complexidade e intensidade do cuidado, estruturando as respostas do sistema conforme o perfil epidemiológico e o nível de risco da população. Essa abordagem possibilita planejar e priorizar ações de maneira mais equitativa, eficaz e sustentável, com foco no autocuidado apoiado (Brasil, 2021).

**FIGURA 1.** Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Fonte: Adaptado de Mendes (2012; 2018b).

O MACC foi construído levando em consideração o Modelo da Pirâmide de Risco Populacional e o Modelo de Determinação Social da Saúde. A proposta é classificar a população segundo o grau de risco, orientando a alocação de recursos, a intensidade do acompanhamento e o tipo de intervenção necessária (Brasil, 2021; Duncan *et al.*, 2020).

O modelo propõe a resolutividade de 80% dos usuários com condições crônicas de menor complexidade sejam acompanhados e gerenciados pela Atenção Primária à Saúde (APS), com suporte matricial e intervenções multiprofissionais (Mendes, 2018b).

A partir dessa estratificação, a população é organizada em cinco níveis de atenção, de acordo com o risco e a complexidade clínica:

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NÍVEL 01</b> | Corresponde a toda a população, que se beneficia de ações de promoção da saúde.<br><i>Exemplo: práticas de alimentação saudável, atividade física regular.</i>                                                                                                                                       |
| <b>NÍVEL 02</b> | Inclui pessoas com fatores de risco modificáveis, mas sem diagnóstico clínico confirmado de condição crônica. Essa população se beneficia de intervenções de prevenção das condições de saúde.<br><i>Exemplo: Abordagens ao tabaco para pessoas fumantes, intervenções às pessoas com sobrepeso.</i> |
| <b>NÍVEL 03</b> | Abrange pessoas com condições crônicas simples, compensadas, com boa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.<br><i>Exemplo: pessoa com diabetes controlado e acompanhamento regular na APS.</i>                                                                                      |
| <b>NÍVEL 04</b> | Compreende pessoas com uma ou mais condições crônicas que apresentem alguma complicação, descompensação ou baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.<br><i>Exemplo: pessoa com hipertensão e diabetes descompensado, com complicações crônicas.</i>                              |
| <b>NÍVEL 05</b> | Inclui pessoas com complicações crônicas avançadas, em risco de descompensação ou que tenham sido internadas pela condição de saúde.<br><i>Exemplo: Pessoa com internação ou risco de internação nos últimos 12 meses.</i>                                                                           |

**Exemplo de Aplicação do MACC na APS:** Uma pessoa com hipertensão controlada e aderente ao tratamento está no **Nível 3**. Se essa mesma pessoa desenvolver diabetes e apresentar dificuldades de manejo, sobe para o **Nível 4**, demandando acompanhamento mais frequente e possivelmente apoio matricial. Uma internação por infarto a colocaria no **Nível 5**, necessitando de uma gestão intensiva e articulação com a atenção especializada.

A operacionalização do MACC no território exige o uso sistemático das informações provenientes dos sistemas oficiais de saúde, como o SIM, SIH/SUS, SISVAN, e-SUS APS e VIGITEL, além da integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, conforme orientam o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT 2021–2030 (Brasil, 2021) e o Plano Estadual de Saúde 2024–2027 (Santa Catarina, 2023).

## **2.3) REDE DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

A RAS é o arranjo organizativo que articula ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integrando atenção, vigilância e gestão do cuidado (Brasil, 2017a). E se estrutura em quatro componentes principais:

### **2.3.1) Atenção Primária à Saúde (APS)**

A APS é a porta de entrada preferencial e ordenadora da rede, responsável pela estratificação de risco, acompanhamento longitudinal, gestão do cuidado e coordenação dos fluxos assistenciais (Brasil, 2017a; Mendes, 2019). São desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de condições crônicas, reabilitação e educação em saúde. A APS deve manter vínculo ativo com as famílias, utilizar ferramentas de estratificação e planejar a agenda programada de acompanhamento (Brasil, 2017a, 2021).

### **2.3.2) Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade**

Abrange os serviços de média e alta complexidade, que oferecem suporte diagnóstico, terapêutico e reabilitador, garantindo acesso a especialistas e exames complementares, além de contrarreferência à APS (Brasil, 2021). Deve atuar de forma complementar e articulada, contribuindo para a estabilização de casos complexos e para a continuidade do cuidado após alta hospitalar (Mendes, 2019).

### **2.3.3) Sistemas de Apoio e Logística**

Incluem laboratórios, farmácias, diagnóstico por imagem, transporte sanitário e telessaúde, que asseguram suporte técnico-operacional à rede e ampliam sua capacidade resolutiva (Brasil, 2022).

### **2.3.4) Governança**

Compreende planejamento, regulação, auditoria, educação permanente e participação social, assegurando coerência e transparência na gestão (Brasil, 2018).

O grupo condutor é o dispositivo colegiado responsável pela articulação técnica, pactuação e acompanhamento das ações da Linhas de Cuidado no território (Santa Catarina, 2021).

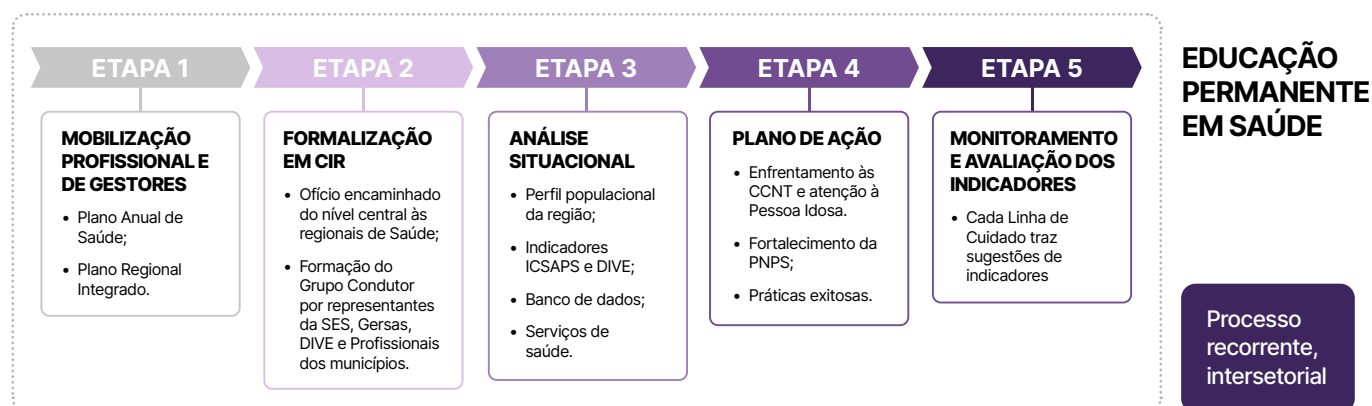
# 3. ETAPAS METODOLÓGICAS DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

A implantação e a implementação das Linhas de Cuidado de Condições Crônicas e da Pessoa Idosa seguem um processo metodológico estruturado em cinco etapas sequenciais e interdependentes, que orientam o planejamento, a execução e o monitoramento das ações no território catarinense (Brasil, 2021; Santa Catarina, 2021). Cada etapa apresenta objetivos, fundamentos, produtos esperados, responsáveis, prazos, riscos e estratégias de mitigação, além de indicadores de acompanhamento e checklists operacionais, assegurando padronização, integração e continuidade do cuidado.

O processo de implementação foi concebido de forma cíclica e contínua, em consonância com o MACC, garantindo que o planejamento, a execução e a avaliação das ações estejam permanentemente articulados impactando no processo de trabalho.

Abaixo destacamos a figura que representa o processo contínuo e integrado de implantação e implementação das Linhas de Cuidado, em cinco etapas interdependentes: mobilização profissional e de gestores, formalização em CIR, análise situacional, elaboração do plano de ação e monitoramento e avaliação dos indicadores. A Educação Permanente em Saúde envolve todas as etapas.

**FIGURA 2.** Ciclo de Implementação das Linhas de Cuidado em Santa Catarina.



**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).

## 3.1) ETAPA 1 - MOBILIZAÇÃO PROFISSIONAL E DE GESTORES

### 3.1.1) Objetivo

Promover o engajamento dos gestores e profissionais de saúde na proposta das Linhas de Cuidado, sensibilizando as equipes regionais e municipais sobre sua importância para a qualificação da atenção às pessoas com condições crônicas e à pessoa idosa.

### **3.1.2) Fundamentação**

A etapa de mobilização é o marco inicial do processo de implementação. Ela cria o ambiente favorável à integração entre atenção, vigilância e gestão, promovendo adesão institucional e engajamento técnico (Brasil, 2018; OAS, 2022). Segundo o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT 2021–2030 (Brasil, 2021), o sucesso das ações depende do envolvimento direto dos profissionais e da corresponsabilidade entre os níveis de gestão.

### **3.1.3) Produtos Esperados**

- Apresentação institucional das Linhas de Cuidado às equipes regionais e municipais;
- Oficinas e reuniões de sensibilização com gestores e profissionais.

### **3.1.4) Responsáveis**

- DAPS/SES-SC e DIVE/SES-SC;
- Gerências Regionais de Saúde (GERSAS);
- Secretarias Municipais de Saúde (SMS);
- Profissionais de referência da APS e Vigilância em Saúde.

### **3.1.5) Prazos Sugeridos**

Até **30 dias** antes de levar o Ofício (Etapa 2) para apresentação em CIR.

**QUADRO 1.** Riscos e estratégias de mitigação da Etapa 1.

| <b>RISCO IDENTIFICADO</b>                | <b>ESTRATÉGIA DE MITIGAÇÃO</b>                                                   |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Baixa adesão das equipes e gestores      | Realizar oficinas participativas, comunicação ativa e mobilização institucional. |
| Rotatividade de profissionais            | Garantir registro formal das ações e definição de substitutos.                   |
| Falta de integração entre áreas técnicas | Promover reuniões conjuntas e pactuar agendas integradas DAPS–DIVE.              |

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).

### **3.1.6. Indicadores de Acompanhamento**

- Percentual de municípios com oficinas de sensibilização realizadas;
- Número de profissionais mobilizados;
- Número de reuniões intersetoriais promovidas.



## 3.2) ETAPA 2 - FORMALIZAÇÃO EM CIR

### 3.2.1) Objetivo

Aprovar a implantação das Linhas de Cuidado na Região de Saúde mediante aprovação na Comissão Intergestores Regional (CIR) através de **deliberação com pauta** para aprovação e instituir o Grupo Condutor (GC), assegurando governança e cogestão regional.

### 3.2.2) Fundamentação

A CIR é instância de pactuação interfederativa prevista na Portaria de Consolidação nº 3/2017 (Brasil, 2017a). Sua aprovação legitima a implantação e garante apoio político e técnico das gestões regionais e municipais.

A formação do Grupo Condutor é fundamental para a coordenação, monitoramento e avaliação das ações, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Vigilância em Saúde (Brasil, 2018) e do Plano Estadual de Enfrentamento das DCNT 2021–2030 (Santa Catarina, 2021).

#### DICA

Para esse momento, o nível central pode enviar material e/ou participar de maneira online ou presencial para apoiar este processo. Leve um modelo de deliberação e a minuta da Portaria do Grupo Condutor para agilizar o processo.

### 3.2.3) Produtos Esperados

- Ofício de encaminhamento do nível central (SES/SC);
- Aprovação das Linhas de Cuidado na CIR através de deliberação com pauta;
- Portaria de instituição do Grupo Condutor;
- Regimento Interno aprovado (Modelo no Apêndice A);
- Cronograma de reuniões ordinárias e extraordinárias.

### 3.2.4) Responsáveis

- SES/SC (DAPS e DIVE);
- Gerências Regionais de Saúde (GERSA);
- Secretarias Municipais de Saúde (SMS);
- Grupo Condutor Regional e Municipal.

### 3.2.5) Prazos Sugeridos

- Até 30 dias após a conclusão da Etapa 1.

**QUADRO 2.** Riscos e estratégias de mitigação da Etapa 2.

| RISCO IDENTIFICADO                                 | ESTRATÉGIA DE MITIGAÇÃO                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dificuldade de articulação intergestora            | Realizar reuniões de alinhamento e pactuação prévias entre GERSA e SMS.                                                                    |
| Não aprovação por todos os municípios em CIR       | Garantir o entendimento do conceito de Linhas de Cuidado e da importância de reorganização do processo de trabalho para abordagem as CCNTs |
| Falta de clareza nas atribuições do Grupo condutor | Utilizar o modelo de Regimento Interno padronizado (Apêndice A).                                                                           |
| Descontinuidade das reuniões                       | Instituir calendário fixo e registro de atas.                                                                                              |

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).

### 3.1.6) Indicadores de Acompanhamento

- Ata de Aprovação em CIR enviada para DAPS/SES, preferencialmente via SGPE;
- Percentual de regiões com Grupo condutor formalmente instituído;
- Número de reuniões do Grupo condutor realizadas;
- Existência de Regimento Interno vigente.

## 3.3) ETAPA 3 – ANÁLISE SITUACIONAL

### 3.3.1) Objetivo

Realizar o diagnóstico situacional das condições crônicas e da população idosa, integrando dados epidemiológicos, demográficos e assistenciais, a partir dos sistemas oficiais de informação.

### 3.3.2) Fundamentação

A análise situacional é a base para o planejamento em saúde baseado em evidências. Permite compreender o perfil populacional, identificar vulnerabilidades e priorizar intervenções com base em dados objetivos (Brasil, 2020; Mendes, 2018a).

Deve contemplar aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e de oferta de serviços, conforme orienta o Modelo Lógico de Planejamento em Saúde (Brasil, 2020) e a Política Nacional de Vigilância em Saúde (Brasil, 2018).

## **DICA**

A integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária garantem o sucesso da análise diagnóstica. Orienta-se que cada município construa um documento com base no Modelo (Apêndice B). Esse documento servirá como documento norteador para o plano de ação e será apresentado em Oficinas e Eventos Regionais.

É imprescindível o olhar atento e comparativo com o território para a elaboração de identificação dos pontos de atenção, inclusive intersetoriais, potenciais parceiros para desenvolvimento das ações e acesso à saúde da população.

Ao final, o grupo condutor poderá promover uma Oficina de apresentação em CIR para fortalecimento da implementação das Linhas de Cuidado. Nesta Oficina, sugere-se o uso de uma metodologia que possa priorizar as ações no território.

### **3.3.3) Procedimentos Recomendados**

- Utilizar dados de sistemas oficiais: SIM, SIH/SUS, SISVAN, e-SUS APS, CNES, VIGITEL e IBGE;
- Utilizar o Painel CIEGES do Estado de Santa Catarina que concentra indicadores relacionados à APS, incluindo os Indicadores de Condições Sensíveis à APS;
- Utilizar dados do território com olhar intra e intersetorial que possam potencializar o desenvolvimento do plano de ação e abordagens às pessoas com CCNT;
- Realizar oficinas de análise integrada entre Atenção Primária e Vigilância;
- Aplicar instrumentos de priorização de problemas e matriz SWOT, ou outra metodologia ativa;
- Elaborar relatório técnico com resultados e recomendações.

### **3.3.4) Produtos Esperados**

- Documento de Análise Situacional Municipal ou Regional (Apêndice B);
- Mapas de vulnerabilidade e fluxos da rede;
- Matriz SWOT ou outra metodologia similar;
- Relatório consolidado validado pelo Grupo Condutor.

### **3.3.5) Responsáveis**

- Grupo Condutor Regional e Municipal;
- DAPS/DIVE/SES-SC;
- Equipes da Atenção Primária e Vigilância Epidemiológica.

### **3.3.6) Prazos Sugeridos**

Até **60 dias** após a conclusão da Etapa 2.

**QUADRO 3.** Riscos e Estratégias de Mitigação da Etapa 3.

| RISCO IDENTIFICADO                                             | ESTRATÉGIA DE MITIGAÇÃO                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inconsistência de dados                                        | Validar informações com equipes locais e cruzar múltiplas fontes.                                                                    |
| Falta de integração entre bases                                | Promover oficinas conjuntas DAPS-DIVE para padronização.                                                                             |
| Dificuldade de análise dos dados em comparação com a realidade | Promover divulgação/validação dos dados com os profissionais do território para envolvimento na implementação das Linhas de Cuidados |
| Dificuldade na priorização                                     | Aplicar matriz de priorização e pactuar critérios técnicos no Grupo condutor.                                                        |

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).

### **3.3.7) Indicadores de Acompanhamento**

- Percentual de municípios com análise situacional concluída;
- Número de relatórios validados pelo Grupo condutor;
- Percentual de planos de ação elaborados com base na análise.

## **3.4) ETAPA 4 – ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO**

### **3.4.1) Objetivo**

Construir o Plano de Ação Regional e/ou Municipal das Linhas de Cuidado, a partir da análise situacional, contemplando objetivos, metas, prazos, responsáveis e indicadores de acompanhamento.

### **3.4.2) Fundamentação**

A elaboração do plano de ação constitui o núcleo estratégico do processo de planejamento, articulando os achados da análise situacional às prioridades pactuadas nos níveis regional e municipal (Brasil, 2020).

Deve ser realizada de forma participativa e intersetorial, garantindo a incorporação das diretrizes do Plano Estadual de Saúde 2024–2027 (Santa Catarina, 2023) e dos Planos de Enfrentamento das DCNT (2021–2030) (Brasil, 2021; Santa Catarina, 2021), além de abordar os temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2014).

O plano precisa conter metas mensuráveis e prazos definidos, além de estratégias para fortalecimento das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (PNPS), das Linhas de Cuidado prioritárias e das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) (Brasil, 2017c, 2018).

#### **DICA**

A elaboração do Plano de Ação precisa conversar com a realidade local e envolver os atores-chave do território.

O plano de ação deve ser uma ferramenta viva, construída coletivamente com gestores, trabalhadores e representantes da comunidade que envolvam os Conselhos Locais de Saúde. Essa construção participativa fortalece o compromisso compartilhado, amplia a corresponsabilização e garante que as ações propostas sejam factíveis e respondam às necessidades reais identificadas no diagnóstico situacional.

É no diálogo entre o conhecimento técnico e o saber prático que se constrói um plano de ação verdadeiramente transformadora na abordagem às CCNTs.

#### **3.4.3) Conteúdo mínimo recomendado do Plano de Ação**

- Diagnóstico situacional resumido;
- Objetivos gerais e específicos;
- Metas, prazos e indicadores;
- Estratégias e ações prioritárias;
- Responsáveis institucionais;
- Recursos necessários;
- Mecanismos de monitoramento e avaliação.

#### **3.4.4) Produtos Esperados**

- Plano de Ação Regional e/ou Municipal validado pelo Grupo Condutor;
- Consolidação das ações prioritárias por linha de cuidado;
- Inclusão das ações de Educação Permanente em Saúde no cronograma de execução;
- Integração com instrumentos de planejamento (PAS, PPA, Relatórios Anuais de Gestão, Planejamento Regional Integrado-PRI).

#### **3.4.5) Responsáveis**

- Grupos Condutores Regionais e Municipais;
- DAPS/DIVE/SES-SC;
- Gestores municipais e equipes multiprofissionais.

### **3.4.6) Prazos Sugeridos**

Até **60 dias** após a conclusão da análise situacional (Etapa 3).

**QUADRO 4.** Riscos e estratégias de mitigação da Etapa 4.

| <b>RISCO IDENTIFICADO</b>                       | <b>ESTRATÉGIA DE MITIGAÇÃO</b>                                                        |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Plano elaborado sem base na análise situacional | Exigir validação pelo Grupo condutor e vinculação aos dados epidemiológicos e de APS. |
| Dificuldade em definir metas realistas          | Utilizar indicadores oficiais e pactuar metas progressivas.                           |
| Falta de articulação com instrumentos de gestão | Integrar o plano aos sistemas de planejamento (PES, PPA, RAG, PRI).                   |

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).

### **3.4.7) Indicadores de Acompanhamento**

- Percentual de municípios com plano de ação aprovado e validado;
- Percentual de metas atingidas no período;
- Número de ações integradas às temáticas prioritárias da PNPS;
- Número de profissionais atingidos nas ações de Educação Permanente em Saúde promovidas pelo Estado através de cursos, webpalestras, teleconsultoria, entre outros;
- Número de protocolos instituídos e fluxos assistenciais alinhados entre os pontos de atenção, entre eles, protocolos de enfermagem.

## **3.5) ETAPA 5 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

### **3.5.1) Objetivo**

Assegurar o acompanhamento sistemático da execução do Plano de Ação e da implementação das Linhas de Cuidado e a avaliação contínua de resultados, promovendo ajustes e melhorias no processo de implementação.

### **3.5.2) Fundamentação**

O monitoramento e a avaliação constituem a última e mais permanente etapa do ciclo, sendo responsáveis por retroalimentar o planejamento e garantir a sustentabilidade das ações (Brasil, 2020; Mendes, 2018a).

O processo deve ser conduzido de forma participativa, articulando o Grupo Condutor (GC), as áreas técnicas estaduais, regionais e municipais, e utilizando os indicadores pactuados (Brasil, 2021; Santa Catarina, 2023).

Os resultados devem ser analisados periodicamente em reuniões de governança, com apresentação dos avanços, desafios e recomendações para a reprogramação das ações.

### 3.5.3 Principais dimensões de monitoramento

- Gestão: governança, reuniões e relatórios;
- Assistência: acesso, continuidade e resolubilidade do cuidado;
- Vigilância: evolução dos indicadores epidemiológicos e de fatores de risco;
- Educação Permanente: capacitações e impacto na prática dos serviços.

**QUADRO 5.** Exemplos de Indicadores sugeridos.

| DIMENSÃO            | INDICADOR                                                                                   | FONTE                                                                                                      |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mortalidade         | Taxa de mortalidade prematura por CCNT (30–69 anos)                                         | SIM/SUS                                                                                                    |
| ICSAP               | Taxa de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos grupos 9 (HAS) e 13 (DM) | SIH/SUS ou Painei CIEGES                                                                                   |
| Assistência         | Percentual de usuários em acompanhamento de condições de saúde                              | e-SUS APS                                                                                                  |
| Promoção à Saúde    | Cobertura de ações relacionadas aos temas prioritários da PNPS                              | Relatórios municipais e regionais                                                                          |
| Educação Permanente | Percentual de profissionais capacitados                                                     | Planilhas regionais/Escola de Saúde Pública/ Saúde Digital-SC, outros projetos (Proadi-SUS Manejo Clínico) |

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).

### 3.5.4) Produtos Esperados

- Relatórios de monitoramento trimestrais e anuais;
- Painei de indicadores atualizado;
- Reuniões periódicas do GC para análise dos resultados;
- Recomendações para reprogramação de metas.

### 3.5.5) Responsáveis

- Grupo Condutor Regional e Municipal;
- DAPS e DIVE/SES-SC;
- Gestores municipais e regionais.



### 3.5.6) Prazos Sugeridos

**Processo contínuo**, com avaliações trimestrais e consolidação anual.

**QUADRO 6.** Riscos e estratégias de mitigação da Etapa 5.

| RISCO IDENTIFICADO                                                                 | ESTRATÉGIA DE MITIGAÇÃO                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Falta de continuidade do monitoramento                                             | Instituir rotina de reuniões do GC e designar responsáveis fixos.       |
| Dificuldade no uso de indicadores                                                  | Ofertar capacitação em análise de dados e interpretação de indicadores. |
| Ausência de devolutiva aos municípios                                              | Padronizar relatórios e reuniões regionais de acompanhamento.           |
| Falta de registro ou a falta do correto registro da condição de saúde no e-SUS APS | Conscientizar os profissionais de saúde para registro por CID/CIAP      |

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).

### 3.5.7) Indicadores de Acompanhamento

- Percentual de municípios com plano de ação aprovado e validado;
- Percentual de metas atingidas no período;
- Número de ações integradas às temáticas prioritárias da PNPS;
- Número de profissionais atingidos nas ações de Educação Permanente em Saúde promovidas pelo Estado através de cursos, webpalestras, teleconsultoria, entre outros;
- Número de protocolos instituídos e fluxos assistenciais alinhados entre os pontos de atenção, entre eles, protocolos de enfermagem.

## 4. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

---

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um eixo estruturante e transversal da implantação das Linhas de Cuidado, sendo essencial para garantir a sustentabilidade das ações e a qualificação contínua das equipes (Brasil, 2017d, 2018).

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2017d), a EPS é um processo educativo que ocorre no próprio local de trabalho e parte da reflexão crítica sobre a prática, tendo como objetivo transformar o cotidiano dos serviços por meio da aprendizagem significativa e da corresponsabilidade entre trabalhadores e gestão.

No contexto catarinense, a EPS assume papel estratégico na implementação das Linhas de Cuidado, pois possibilita alinhar conceitos, fortalecer competências, promover a integração entre os níveis de atenção e consolidar o modelo de cuidado centrado na pessoa, na família e no território (Santa Catarina, 2021; Mendes, 2018b).

O processo educativo deve estar articulado com a vigilância e a atenção, possibilitando que a análise de dados, indicadores e resultados de saúde oriente a definição de temas e necessidades formativas. Essa integração reforça o papel da EPS como ferramenta de gestão, aprendizado e transformação das práticas (Brasil, 2020; OPAS, 2022).

### 4.1) ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA EPS NAS LINHAS DE CUIDADO

A consolidação da EPS no processo de implantação das Linhas de Cuidado requer planejamento estruturado, metodologias ativas e corresponsabilidade intersetorial (Brasil, 2018; Mendes, 2018b). Como sugestão orientamos os seguintes pontos:

#### 4.1.1) Planejamento das ações formativas

- Basear o planejamento nas necessidades identificadas na Análise Situacional (Etapa 3).
- Priorizar temas como: estratificação de risco, manejo clínico, promoção da saúde, autocuidado apoiado e comunicação em rede.
- Elaborar um Plano de EPS integrado ao Plano de Ação da Linha de Cuidado.
- Orientar os gestores quanto a necessidade de liberação “hora protegida” para os profissionais de saúde alinhado à aprovação em CIR para a implementação das Linhas de Cuidado.

#### 4.1.2) Metodologias participativas

- Adotar oficinas, rodas de conversa, grupos de estudo, estudo de caso e teleeducação.
- Estimular o trabalho colaborativo e a aprendizagem em equipe.
- Valorizar a educação baseada em problemas e a troca de experiências entre municípios e regiões.
- Garantir a divulgação e participação dos profissionais de saúde nos cursos e webpalestras promovidas pelo Estado de Saúde e Saúde Digital UFSC, bem como projetos, a exemplo, PROADI Manejo Clínico da HAS, DM e Pré-natal, Planifica-SUS.

#### 4.1.3) Articulação entre Vigilância e Atenção Primária à Saúde

- Integrar ações de qualificação técnica promovidas pela DAPS e DIVE.
- Garantir coerência entre os temas das capacitações e as prioridades epidemiológicas e assistenciais.

#### 4.1.4) Formação de multiplicadores regionais

- Criar redes de apoiadores técnicos e multiplicadores de práticas exitosas nas regiões de saúde.
- Utilizar canais como Saúde Digital- UFSC e Escola de Saúde Pública de Santa Catarina como ferramentas de ampliação das Linhas de Cuidado das ações.

#### 4.1.5) Avaliação das ações de EPS

- Avaliar tanto o processo (execução e participação) quanto os resultados (impacto na prática e indicadores).
- Utilizar instrumentos de avaliação formativa e somativa e registrar resultados no sistema estadual de educação em saúde.

### 4.2) PRODUTOS ESPERADOS

- Plano de Educação Permanente Regional e/ou Municipal para as Linhas de Cuidado;
- Relatórios das ações formativas realizadas (presenciais, híbridas e virtuais);
- Registros de participação e frequência;
- Relatórios de avaliação de impacto das ações educativas;
- Rede estadual de multiplicadores regionais estruturada.

### 4.3) INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO

**QUADRO 7.** Indicadores de acompanhamento.

| INDICADOR           | DESCRIÇÃO                                                                                   | FONTE DE DADOS                                                                                            |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mortalidade         | Taxa de mortalidade prematura por CCNT (30–69 anos)                                         | SIM/SUS                                                                                                   |
| ICSAP               | Taxa de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos grupos 9 (HAS) e 13 (DM) | SIH/SUS ou Painel CIEGES                                                                                  |
| Assistência         | Percentual de usuários em acompanhamento de condições de saúde                              | e-SUS APS                                                                                                 |
| Promoção à Saúde    | Cobertura de ações relacionadas aos temas prioritários da PNPS                              | Relatórios municipais e regionais                                                                         |
| Educação Permanente | Percentual de profissionais capacitados                                                     | Planilhas regionais/Escola de Saúde Pública/Saúde Digital-SC, outros projetos (Proadi-SUS Manejo Clínico) |

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).

#### 4.4) CONSIDERAÇÕES OPERACIONAIS

A incorporação da EPS às Linhas de Cuidado requer o compromisso das gestões estaduais, regionais e municipais para que as práticas formativas se mantenham contínuas e vinculadas às necessidades do território.

Recomenda-se que cada região de saúde mantenha um referente técnico de EPS no Grupo Condutor, responsável por:

- Coordenar as ações formativas da linha;
- Registrar e avaliar as atividades de educação;
- Promover a troca de experiências intermunicipais;
- Articular com as instituições de ensino e o Telessaúde-SC.

A sustentabilidade da EPS depende da integração dos eixos de vigilância, atenção e gestão, fortalecendo a capacidade institucional de aprendizado contínuo e melhoria dos resultados em saúde (Mendes, 2018b; Brasil, 2021; Santa Catarina, 2023).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 5.1) SÍNTESE E PERSPECTIVAS

A implementação das Linhas de Cuidado de Condições Crônicas e da Pessoa Idosa representa um avanço estruturante na consolidação do modelo de atenção integral à saúde em Santa Catarina, reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecendo a articulação entre os eixos de atenção, vigilância, gestão e educação permanente (Brasil, 2017b; Santa Catarina, 2023).

O processo de implantação e implementação das Linhas de Cuidado, conduzido em cinco etapas metodológicas, promove a integração entre diferentes níveis de gestão e serviços, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e a incorporação da vigilância epidemiológica como eixo orientador das decisões em saúde (Brasil, 2018; Mendes, 2018b).

Ao articular planejamento, execução e monitoramento contínuo, as Linhas de Cuidado consolidam um modelo proativo e centrado nas pessoas, capaz de enfrentar de forma sustentável os desafios impostos pelas Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNT), que permanecem como as principais causas de morbimortalidade no Estado (WHO, 2023; Brasil, 2013).

### 5.2) SUSTENTABILIDADE E GOVERNANÇA

A sustentabilidade das Linhas de Cuidado depende de mecanismos permanentes de governança, financiamento e educação.

O Grupo Condutor deve assegurar a continuidade das ações, garantindo monitoramento regular, análise de resultados e reprogramação das estratégias (Santa Catarina, 2021; BRASIL, 2021).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), como eixo transversal, deve ser mantida como prática institucional contínua, com ênfase na aprendizagem significativa e colaborativa, fomentando o protagonismo das equipes e a incorporação das inovações tecnológicas, como a Tele-educação e o Telessaúde-SC (Brasil, 2017d; Santa Catarina, 2023).

A integração ensino-serviço-gestão deve ser estimulada de forma permanente, ampliando a produção de conhecimento e a adoção de práticas baseadas em evidências (Mendes, 2018b; OPAS, 2022).

### 5.3) MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO CONTÍNUA

O monitoramento dos indicadores de desempenho e resultados deve ser contínuo e retroalimentar o processo de planejamento, de modo a permitir ajustes tempestivos e melhoria das ações de saúde (Brasil, 2020; Santa Catarina, 2023).

Entre os principais indicadores recomendados, destacam-se:

- Taxa de mortalidade prematura por DCNT (30–69 anos);
- Taxa de Indicador de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP);
- Percentual de usuários com estratificação de risco registrada;

- Cobertura de ações de promoção da saúde;
- Percentual de profissionais capacitados em temáticas prioritárias.

Esses indicadores permitem avaliar a efetividade das Linhas de Cuidado, identificar lacunas assistenciais e orientar decisões de gestão baseadas em evidências (Brasil, 2021; Mendes, 2018a).

## 5.4) COMPROMISSO INSTITUCIONAL

O Governo do Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), reafirma o compromisso com o fortalecimento das políticas públicas de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, com foco na redução da mortalidade prematura, na melhoria da qualidade de vida e na promoção do envelhecimento saudável (Santa Catarina, 2023; Brasil, 2021).

A implantação das Linhas de Cuidado consolida a visão de que a saúde é um processo coletivo e compartilhado, que requer a integração de esforços entre profissionais, gestores e comunidade.

Nesse sentido, a governança participativa é condição essencial para a sustentabilidade das ações e para as Linhas de Cuidado das metas estabelecidas pela Agenda 2030 (ONU, 2015).

## 5.5) ENCERRAMENTO

A experiência acumulada na implantação das Linhas de Cuidado em Santa Catarina demonstra que a integração entre Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária à Saúde vem fortalecendo a educação permanente, a qual é o caminho mais efetivo para reduzir desigualdades, qualificar a gestão e aprimorar o cuidado. A continuidade desse processo depende do comprometimento das equipes gestoras e técnicas, da utilização sistemática das evidências epidemiológicas e da valorização da aprendizagem em serviço.

Com este guia, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina reafirma seu papel de coordenação técnica e apoio institucional, orientando as regiões e municípios para a consolidação de um modelo de atenção humanizado, resolutivo e baseado em evidências, contribuindo para o cumprimento das metas estaduais, nacionais e globais.

# REFERÊNCIAS

1. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016: estabelece diretrizes para a integração das ações de vigilância em saúde.** Brasília: CIT, 2016.
2. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018: institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2018/resolucao-no-588.pdf/view>. Acesso em: 25 set. 2025.
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 4. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoas\\_doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoas_doencas_cronicas.pdf). Acesso em: 25 set. 2025.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021–2030.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
6. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.
7. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017: consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** Anexo IV – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017ARQUIVO.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html). Acesso em: 25 set. 2025.
8. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017: consolidação das normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 131 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>. Acesso em: 25 set. 2025.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Comissões Intergestores: pactuação interfederativa no SUS.** Brasília: CONASS, 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 91 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf). Acesso em: 25 set. 2025.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Protocolo de uso do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – IVCF-20.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 25 set. 2025.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Educação Permanente em Saúde: estratégia para a transformação das práticas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
16. Breilh, Jaime. **Epidemiologia: economia, política e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006.
17. Buss, Paulo Marchiori; Pellegrini Filho, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.
18. Ceccim, Ricardo Burg; Feuerwerker, Laura. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

19. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Manual de elaboração de diretrizes médicas**. Brasília: CFM, 2016.
20. Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
21. Duncan, Bruce Bartholow; Chor, Dora; Aquino, Estela Maria Leão; *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação**. Revista de Saúde Pública, v. 54, supl. 1, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001891>.
22. Laurell, Asa Cristina. **Determinación social de la enfermedad: propuesta teórica, metodología y aplicaciones**. México: UNAM, 1982.
23. Malta, Deborah Carvalho; Bernal, Regina Tavares; Andrade, Samuel Scarpelini De Souza; *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil**. Revista de Saúde Pública, v. 51, supl. 1, p. 4s, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>.
24. Mendes, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 25 set. 2025.
25. Mendes, Eugênio Vilaça. **Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 2, p. 431-436, 2018a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdNGmPZ6qRFKzRn4qZLXWRB/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2025.
26. Mendes, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde. 2. ed.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018b.
27. Mendes, Eugênio Vilaça; Almeida, Patrícia Freire De; Giovanella, Lígia. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2019.
28. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde**. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022.
29. Organização das Nações Unidas (Onu). **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015.
30. Organização Pan-Americana Da Saúde (Opas). **Relatório regional sobre doenças crônicas não transmissíveis nas Américas 2022: enfrentar as DCNT – é hora de agir**. Washington, D.C.: OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/publications>. Acesso em: 25 set. 2025.
31. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Enfrentamento das DCNT 2021-2030**. Florianópolis: SES/SC, 2021.
32. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027. Florianópolis: SES/SC, 2023**. 294 p. Disponível em: <https://saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-pes/planos>. Acesso em: 25 set. 2025.
33. Silocchi, Cassiane; Souza, Camila De; Mendonça, Maria Helena Magalhães De. **Institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e gestão do cuidado na Atenção Primária**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, p. e200506, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200506>.
34. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). **Diretrizes Brasileiras de Prevenção Cardiovascular**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, supl. 1, 2021.
35. World Health Organization (WHO). **Noncommunicable diseases: key facts**. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 25 set. 2025.



# APÊNDICE: KIT DE IMPLEMENTAÇÃO

## APÊNDICE A - REGIMENTO INTERNO DO GRUPO CONDUTOR

Linhas de Cuidado em hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso e obesidade e saúde da pessoa idosa da secretaria do estado de saúde de Santa Catarina (SES/SC)

### CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 1º** – O presente Regimento Interno estabelece as normas de funcionamento do **Grupo Condutor** das Linhas de Cuidado em Hipertensão, Diabetes, Obesidade e Saúde da Pessoa Idosa, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), visando à organização e qualificação da atenção à saúde da população catarinense.

**Art. 2º** – O Grupo Condutor tem como finalidade a **elaboração, implementação, monitoramento e avaliação** das referidas Linhas de Cuidado, em conformidade com os princípios da integralidade, equidade e universalidade do SUS.

### CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

**Art. 3º** – O Grupo Condutor será composto por membros titulares e suplentes, formalmente indicados pelos órgãos e entidades competentes, com representatividade nos níveis:

#### **I – Nível Central (SES/SC):**

- a) 1 ou 2 representantes titulares da DAPS e 1 suplente da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE);

#### **II – Nível Regional (GERSA):**

- a) 1 ou 2 representantes de cada Gerência Regional de Saúde (GERSA), preferencialmente um vinculado à APS e outro vinculado à Vigilância Epidemiológica;
- b) supervisor ou coordenador da Regional de Saúde.

#### **III – Nível Municipal:**

- a) 1 representante indicado pela Comissão Intergestores Regional (CIR), preferencialmente um Secretário Municipal de Saúde ou Coordenador da CIR;
- b) 1 representante titular e 1 suplente indicados por cada município, vinculados à APS e/ou DIVE;
- c) 1 representante da Atenção Primária, definido pela CIR, preferencialmente de municípios com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);
- d) 1 representante dos serviços de referência pactuados.

**Parágrafo único** – Os representantes devem possuir experiência técnica e atuação direta na área da saúde que representam, de modo a subsidiar decisões qualificadas e adequadas às realidades locais.

**Art. 4º** – Os membros do Grupo Condutor serão designados por ato oficial da SES e das Regionais de Saúde, com participação voluntária e não remunerada, cabendo às instituições de origem o suporte necessário ao desempenho das atividades.

### CAPÍTULO III - DO FUNCIONAMENTO

**Art. 5º** – O Grupo Condutor reunir-se-á mensalmente em reuniões ordinárias, conforme cronograma definido, podendo haver convocações extraordinárias sempre que necessário.

**Art. 6º** – A gestão das atividades competirá a um **Coordenador, Vice-Coordenador e Secretário**, escolhidos entre os

membros em reunião formal, com registro em ata.

§ 1º O mandato será de 2 (dois) anos, permitidas substituições por decisão colegiada em reunião do grupo condutor.

§ 2º A participação será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerado.

§ 3º A nomeação e substituição de membros (titulares e suplentes) deverá ser formalizada por ofício do Secretário Municipal ou Estadual de Saúde.

**Art. 7º** – O quórum mínimo para deliberação será:

I – primeira chamada: presença de 50% +1 dos membros;

II – segunda chamada (15 minutos após o horário previsto): mínimo de 1/3 dos membros.

**Parágrafo único** – Na ausência do Coordenador, a reunião será conduzida pelo Vice-Coordenador.

**Art. 8º** – As decisões serão tomadas por maioria simples dos presentes, respeitado o quórum mínimo.

**Art. 9º** – As reuniões serão convocadas com antecedência mínima de 7 (sete) dias, mediante envio de pauta.

**Art. 10º** – Serão lavradas atas resumidas de todas as reuniões, constando lista de presença, justificativas, decisões e encaminhamentos.

**Art. 11º** – As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela Coordenação ou por no mínimo 50% dos membros do grupo condutor.

**Art. 12º** – A ausência não justificada em 2 (duas) reuniões consecutivas ou 3 (três) intercaladas implicará na exclusão do membro, deliberada em reunião do grupo condutor.

§1º A decisão de substituição caberá ao colegiado.

§2º A Secretária do grupo condutor notificará o membro ausente de sua exclusão.

#### **CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES**

**Art. 13º** – Compete ao Grupo Condutor:

I – apoiar gestores e profissionais na **implantação das Linhas de Cuidados de Condições Crônicas** nos territórios;

II – elaborar **planos de ação** para fortalecimento da atenção às pessoas com condições crônicas;

III – monitorar **indicadores de saúde** relacionados às condições crônicas e propor medidas de melhoria;

IV – aprovar relatórios de monitoramento elaborados pelas equipes técnicas;

V – promover **capacitação continuada** dos profissionais envolvidos;

VI – articular ações **intersetoriais** para fortalecimento das políticas públicas;

VII – estimular a **participação social**, envolvendo comunidade e usuários do SUS na construção e avaliação das Linhas de Cuidados.

#### **CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 14º** – O presente Regimento poderá ser alterado mediante proposta aprovada por 2/3 dos membros presentes em reunião ordinária.

**Art. 15º** – Os casos omissos serão resolvidos pelo Grupo Condutor, respeitando a legislação vigente e as diretrizes da SES.

**Art. 16º** – Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Grupo Condutor e homologação pela Secretaria de Estado da Saúde.

## APÊNDICE B - DOCUMENTO APOIADOR PARA A ANÁLISE SITUACIONAL

Prefeitura Municipal de \_\_\_\_\_

Secretaria Municipal de Saúde

Atenção Primária à Saúde

Vigilância Epidemiológica

Este documento constitui um **guia de apoio técnico** para municípios e regionais de saúde, com o objetivo de subsidiar a **implementação das Linhas de Cuidado (Linhas de Cuidado)** em condições crônicas e na saúde da pessoa idosa.

Recomenda-se que, após sua construção participativa, seja utilizado como **documento norteador** para o enfrentamento das condições crônicas no território.

A elaboração deve ocorrer em **parceria entre a APS, a DIVE** e demais atores que o **Grupo Condutor** considerar pertinentes, garantindo integração, corresponsabilidade e efetividade.

# IMPLEMENTAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES, SOBREPESO E OBESIDADE E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Município: \_\_\_\_\_

Mês/ ano: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Governador do Estado de Santa Catarina

---

Secretário de Estado da Saúde

---

Superintendente de Atenção à Saúde

---

Superintendente de Vigilância em Saúde

---

Diretora de Atenção Primária à Saúde

---

Diretora de Vigilância Epidemiológica

---

Elaboração e Organização

---

---

---

## 1. INTRODUÇÃO

A introdução deve apresentar uma **contextualização dos agravos prioritários**, incluindo suas definições, caracterização epidemiológica, principais desafios e potenciais de enfrentamento apontados na literatura científica. Esse panorama inicial contribui para fundamentar a necessidade de implantação das Linhas de Cuidado no território, alinhando o município às diretrizes nacionais e estaduais para o enfrentamento das condições crônicas.

Na sequência, recomenda-se a **caracterização do município**, contemplando:

- número de habitantes por faixa etária e sexo;
- extensão territorial e limites geográficos;
- atividades econômicas predominantes;
- aspectos relacionados ao turismo e à dinâmica populacional;
- distribuição da população rural e urbana;
- Constituição das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância Epidemiológica (VE).

Por fim, deve-se apresentar a **justificativa**, explicitando o objetivo e a importância da implementação das Linhas de Cuidado. Essa seção deve destacar o que se espera das Linhas de Cuidado com a estratégia — por exemplo: melhoria do acesso, organização dos fluxos assistenciais, fortalecimento da coordenação do cuidado e redução de iniquidades em saúde.

## 2. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

Os **indicadores epidemiológicos** devem ser apresentados e analisados como ferramentas estratégicas para o planejamento em saúde. Mais do que números, eles precisam ser **contextualizados**, evidenciando o que significam para o território e como orientam decisões de gestão.

Sugere-se incluir a avaliação dos dados em nível **municipal e regional**, sempre acompanhada de interpretação crítica. Alguns indicadores recomendados incluem:

- **Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por CCNT;**
- **Taxas de internações por condições sensíveis à APS (ICSAP);**
- **Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus;**
- **Indicadores de sobrepeso e obesidade** (dados do SISVAN e inquéritos populacionais);
- **Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Atenção Primária à Saúde (APS);**
- **Recursos humanos especializados disponíveis;**
- **Fila de atendimento especializado (oferta x demanda);**
- **Determinantes Sociais da Saúde (DSS)** relevantes para o município (ex.: renda, escolaridade, acesso a serviços).

Cada indicador deve ser acompanhado de uma **descrição interpretativa**, que evidencie tendências históricas, comparações regionais e estaduais, e as implicações práticas para a organização das Linhas de Cuidado no território.

**TABELA 1.** Número de óbito por capítulo da CID-10. Foz do Rio Itajaí, 2019 a 2023\*.

| Capítulo da CID-10                            | 2019         | 2020         | 2021         | 2022         | 2023         |
|-----------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Doenças do aparelho circulatório              | 863          | 953          | 941          | 1.072        | 1.084        |
| Neoplasias (tumores)                          | 855          | 842          | 838          | 956          | 1.052        |
| Causas externas                               | 448          | 473          | 456          | 448          | 519          |
| Doenças do aparelho respiratório              | 347          | 301          | 323          | 435          | 441          |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 281          | 256          | 291          | 336          | 334          |
| Mal Definidas                                 | 216          | 130          | 252          | 209          | 242          |
| Alg doenças infecciosas e parasitárias        | 184          | 919          | 1.670        | 417          | 235          |
| Doenças do aparelho digestivo                 | 148          | 177          | 184          | 211          | 220          |
| Doenças do sistema nervoso                    | 136          | 124          | 127          | 189          | 209          |
| Doenças do aparelho geniturinário             | 131          | 137          | 130          | 160          | 136          |
| Demais capítulos                              | 169          | 207          | 198          | 202          | 214          |
| <b>Santa Catarina</b>                         | <b>3.778</b> | <b>4.519</b> | <b>5.410</b> | <b>4.635</b> | <b>4.686</b> |

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares.

**TABELA 2.** Número de óbito pelas principais DCNT, por faixa etária, por município de residência. Foz do Rio Itajaí, 2023\*.

| Município Residência     | < 30 anos | 30-59      | 60-69      | 70 e+       | Total        |
|--------------------------|-----------|------------|------------|-------------|--------------|
| Balneário Camboriú       | 2         | 78         | 84         | 323         | 487          |
| Balneário Piçarras       | 2         | 26         | 34         | 50          | 112          |
| Bombinhas                | 0         | 13         | 20         | 26          | 59           |
| Camboriú                 | 11        | 78         | 77         | 151         | 317          |
| Ilhota                   | 0         | 20         | 14         | 26          | 60           |
| Itajaí                   | 6         | 176        | 189        | 404         | 775          |
| Itapema                  | 0         | 45         | 48         | 112         | 205          |
| Luiz Alves               | 0         | 6          | 9          | 24          | 39           |
| Navegantes               | 2         | 60         | 85         | 130         | 277          |
| Penha                    | 0         | 32         | 51         | 105         | 188          |
| Porto Belo               | 0         | 19         | 23         | 67          | 109          |
| <b>Foz do Rio Itajaí</b> | <b>23</b> | <b>553</b> | <b>634</b> | <b>1418</b> | <b>2.628</b> |

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares.

**TABELA 3.** Número de óbitos por sexo na faixa etária de 60 anos e mais, pelas principais DCNT. Foz do Rio Itajaí, 2023\*.

| Município Residência     | Município Residência |            |           |            | Masculino  |            |            |            |
|--------------------------|----------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                          | DCV                  | Neo        | DRC       | DM         | DCV        | Neo        | DRC        | DM         |
| Balneário Camboriú       | 83                   | 69         | 17        | 23         | 74         | 99         | 23         | 19         |
| Balneário Piçarras       | 11                   | 17         | 2         | 7          | 20         | 17         | -          | 10         |
| Bombinhas                | 11                   | 5          | 1         | 5          | 9          | 8          | 4          | 3          |
| Camboriú                 | 54                   | 35         | 6         | 16         | 49         | 38         | 16         | 14         |
| Ilhota                   | 10                   | 6          | 1         | 1          | 11         | 7          | 2          | 2          |
| Itajaí                   | 135                  | 109        | 23        | 40         | 108        | 122        | 31         | 25         |
| Itapema                  | 27                   | 35         | 10        | 9          | 38         | 26         | 7          | 8          |
| Luiz Alves               | 8                    | 5          | 1         | 3          | 6          | 7          | 3          | -          |
| Navegantes               | 53                   | 35         | 11        | 12         | 51         | 36         | 6          | 11         |
| Penha                    | 27                   | 17         | 6         | 15         | 46         | 21         | 7          | 17         |
| Porto Belo               | 19                   | 13         | 4         | 9          | 25         | 15         | 1          | 4          |
| <b>Foz do Rio Itajaí</b> | <b>438</b>           | <b>346</b> | <b>82</b> | <b>140</b> | <b>437</b> | <b>396</b> | <b>100</b> | <b>113</b> |

**Fonte:** Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

\*Dados preliminares. Legenda: Doença Cardiovascular (DCV), Neoplasia (Neo), Doença Respiratória Crônica (DRC), Diabetes *mellitus* (DM).

**TABELA 4.** Taxa de mortalidade (por 10.000 hab.) por sexo na faixa etária de 60 anos e mais, pelas principais DCNT. Foz do Rio Itajaí, 2023\*.

| Município Residência     | Feminino     | Masculino    |
|--------------------------|--------------|--------------|
| Balneário Camboriú       | 128,5        | 201,7        |
| Balneário Piçarras       | 150,3        | 222,0        |
| Bombinhas                | 118,2        | 144,0        |
| Camboriú                 | 200,7        | 271,2        |
| Ilhota                   | 153,6        | 195,9        |
| Itajaí                   | 170,0        | 212,2        |
| Itapema                  | 136,6        | 161,5        |
| Luiz Alves               | 196,3        | 190,7        |
| Navegantes               | 182,2        | 205,0        |
| Penha                    | 205,9        | 343,9        |
| Porto Belo               | 219,5        | 263,6        |
| <b>Foz do Rio Itajaí</b> | <b>161,9</b> | <b>215,6</b> |

**Fonte:** Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). \*Dados preliminares.

**TABELA 5.** Número de óbito por diabetes *mellitus* por sexo e faixa etária por município de residência.  
Foz do Rio Itajaí, 2019 a 2023\*.

| Município Residência     | Feminino |           |            |            | Masculino |            |            |            |
|--------------------------|----------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|                          | 20-29    | 30-59     | 60-69      | 70 e+      | 20-29     | 30-59      | 60-69      | 70 e+      |
| Balneário Camboriú       | 0        | 8         | 11         | 64         | 0         | 24         | 30         | 54         |
| Balneário Piçarras       | 0        | 2         | 12         | 23         | 0         | 5          | 8          | 24         |
| Bombinhas                | 0        | 3         | 5          | 11         | 0         | 3          | 2          | 6          |
| Camboriú                 | 0        | 8         | 19         | 38         | 0         | 17         | 21         | 32         |
| Ilhota                   | 0        | 3         | 1          | 4          | 0         | 0          | 4          | 5          |
| Itajaí                   | 0        | 23        | 48         | 179        | 0         | 42         | 44         | 96         |
| Itapema                  | 0        | 8         | 5          | 34         | 0         | 11         | 19         | 28         |
| Luiz Alves               | 0        | 4         | 2          | 8          | 1         | 1          | 3          | 6          |
| Navegantes               | 1        | 6         | 14         | 26         | 1         | 15         | 25         | 17         |
| Penha                    | 1        | 10        | 15         | 56         | 0         | 5          | 16         | 33         |
| Porto Belo               | 0        | 1         | 4          | 12         | 0         | 6          | 4          | 7          |
| <b>Foz do Rio Itajaí</b> | <b>2</b> | <b>76</b> | <b>136</b> | <b>455</b> | <b>2</b>  | <b>129</b> | <b>176</b> | <b>308</b> |

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares.

**TABELA 6.** Taxa de mortalidade prematura por 100.000 hab. (30 a 69 anos) por *diabetes mellitus*.  
Foz do Rio Itajaí, 2019 a 2023\*.

| Município Residência     | Feminino   |             | Masculino  |             |
|--------------------------|------------|-------------|------------|-------------|
|                          | Nº         | TM          | Nº         | TM          |
| Balneário Camboriú       | 19         | 8,99        | 54         | 29,5        |
| Balneário Piçarras       | 14         | 42,1        | 13         | 40,9        |
| Bombinhas                | 8          | 27,0        | 5          | 17,4        |
| Camboriú                 | 27         | 23,4        | 38         | 34,3        |
| Ilhota                   | 4          | 21,2        | 4          | 20,5        |
| Itajaí                   | 71         | 22,8        | 86         | 29,0        |
| Itapema                  | 13         | 13,3        | 30         | 33,6        |
| Luiz Alves               | 6          | 40,5        | 4          | 25,1        |
| Navegantes               | 20         | 18,8        | 40         | 38,9        |
| Penha                    | 25         | 55,9        | 21         | 48,5        |
| Porto Belo               | 5          | 15,3        | 10         | 31,8        |
| <b>Foz do Rio Itajaí</b> | <b>212</b> | <b>20,9</b> | <b>305</b> | <b>32,0</b> |

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

\*Dados preliminares. Legenda: Taxa de mortalidade (TM).



**TABELA 7.** Número de óbito por doenças hipertensivas por sexo e faixa etária por município de residência.  
Foz do Rio Itajaí, 2019 a 2023\*.

| Município Residência     | Feminino |           |           |            | Masculino |           |            |            |
|--------------------------|----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|------------|
|                          | 20-29    | 30-59     | 60-69     | 70 e+      | 20-29     | 30-59     | 60-69      | 70 e+      |
| Balneário Camboriú       | 0        | 9         | 10        | 66         | 0         | 13        | 10         | 37         |
| Balneário Piçarras       | 0        | 2         | 4         | 24         | 0         | 6         | 8          | 21         |
| Bombinhas                | 0        | 0         | 3         | 8          | 0         | 0         | 2          | 6          |
| Camboriú                 | 1        | 3         | 6         | 33         | 0         | 13        | 10         | 31         |
| Ilhota                   | 0        | 1         | 2         | 8          | 0         | 2         | 2          | 9          |
| Itajaí                   | 1        | 15        | 22        | 133        | 0         | 18        | 27         | 54         |
| Itapema                  | 0        | 6         | 7         | 33         | 0         | 11        | 9          | 29         |
| Luiz Alves               | 0        | 1         | 0         | 13         | 0         | 2         | 3          | 4          |
| Navegantes               | 0        | 7         | 11        | 44         | 0         | 11        | 15         | 19         |
| Penha                    | 0        | 4         | 9         | 36         | 0         | 8         | 17         | 26         |
| Porto Belo               | 0        | 0         | 2         | 10         | 0         | 2         | 3          | 9          |
| <b>Foz do Rio Itajaí</b> | <b>2</b> | <b>48</b> | <b>76</b> | <b>408</b> | <b>0</b>  | <b>86</b> | <b>106</b> | <b>245</b> |

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares.

**TABELA 8.** Taxa de mortalidade prematura por 100.000 hab. (30 a 69 anos) por doenças hipertensivas.  
Foz do Rio Itajaí, 2019 a 2023\*.

| Município Residência     | Feminino   |             | Masculino  |             |
|--------------------------|------------|-------------|------------|-------------|
|                          | Nº         | TM          | Nº         | TM          |
| Balneário Camboriú       | 19         | 9,0         | 23         | 12,6        |
| Balneário Piçarras       | 6          | 18,1        | 14         | 44,1        |
| Bombinhas                | 3          | 10,1        | 2          | 6,9         |
| Camboriú                 | 9          | 7,8         | 23         | 20,8        |
| Ilhota                   | 3          | 15,9        | 4          | 20,5        |
| Itajaí                   | 37         | 11,9        | 45         | 15,2        |
| Itapema                  | 13         | 13,3        | 20         | 22,4        |
| Luiz Alves               | 1          | 6,7         | 5          | 31,4        |
| Navegantes               | 18         | 16,9        | 26         | 25,3        |
| Penha                    | 13         | 29,1        | 25         | 57,7        |
| Porto Belo               | 2          | 6,1         | 5          | 15,9        |
| <b>Foz do Rio Itajaí</b> | <b>124</b> | <b>12,2</b> | <b>192</b> | <b>20,1</b> |

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares.

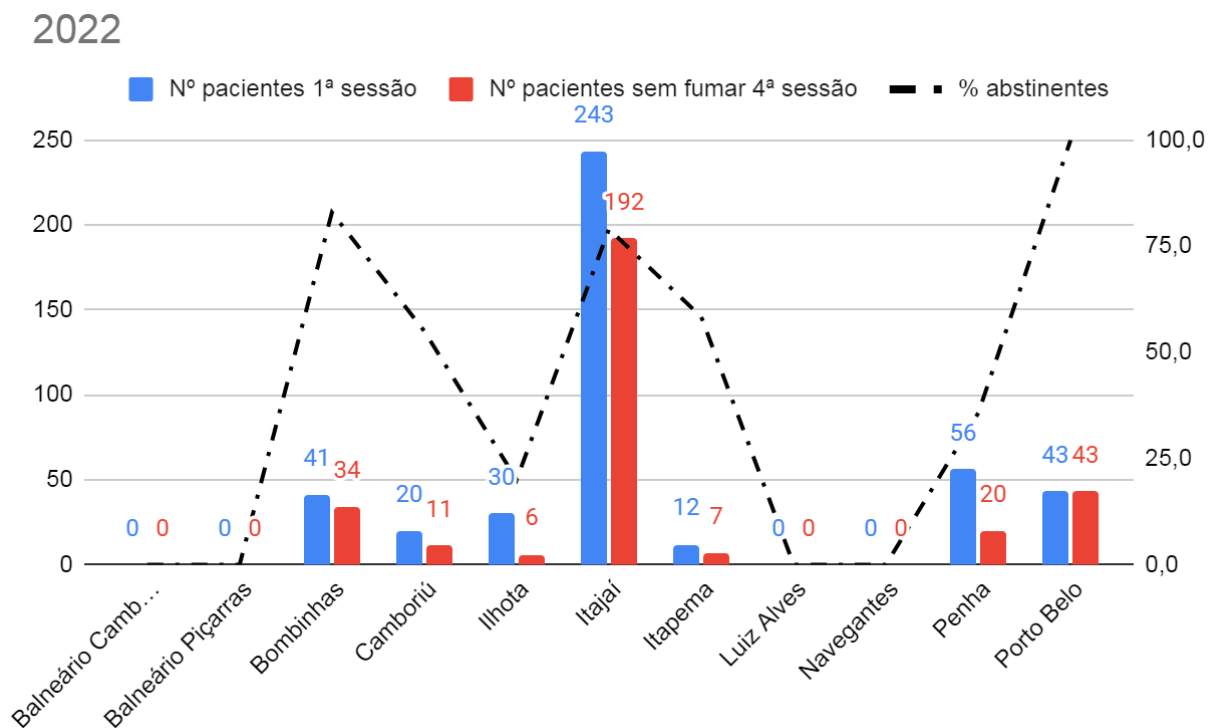
**TABELA 9.** Taxa de mortalidade prematura por 100.000 hab. (30 a 69 anos) por doenças cardiovasculares. Foz do Rio Itajaí, 2019 a 2023\*

| Município Residência     | Feminino   |             | Masculino    |              |
|--------------------------|------------|-------------|--------------|--------------|
|                          | Nº         | TM          | Nº           | TM           |
| Balneário Camboriú       | 107        | 50,6        | 203          | 111,0        |
| Balneário Piçarras       | 30         | 90,3        | 56           | 176,2        |
| Bombinhas                | 13         | 43,8        | 25           | 86,8         |
| Camboriú                 | 96         | 83,0        | 134          | 121,0        |
| Ilhota                   | 23         | 121,9       | 37           | 189,8        |
| Itajaí                   | 215        | 69,1        | 383          | 129,1        |
| Itapema                  | 63         | 64,4        | 108          | 120,9        |
| Luiz Alves               | 11         | 74,2        | 16           | 100,5        |
| Navegantes               | 95         | 89,3        | 177          | 171,9        |
| Penha                    | 37         | 82,7        | 93           | 214,7        |
| Porto Belo               | 21         | 64,2        | 48           | 152,5        |
| <b>Foz do Rio Itajaí</b> | <b>711</b> | <b>70,0</b> | <b>1.280</b> | <b>134,3</b> |

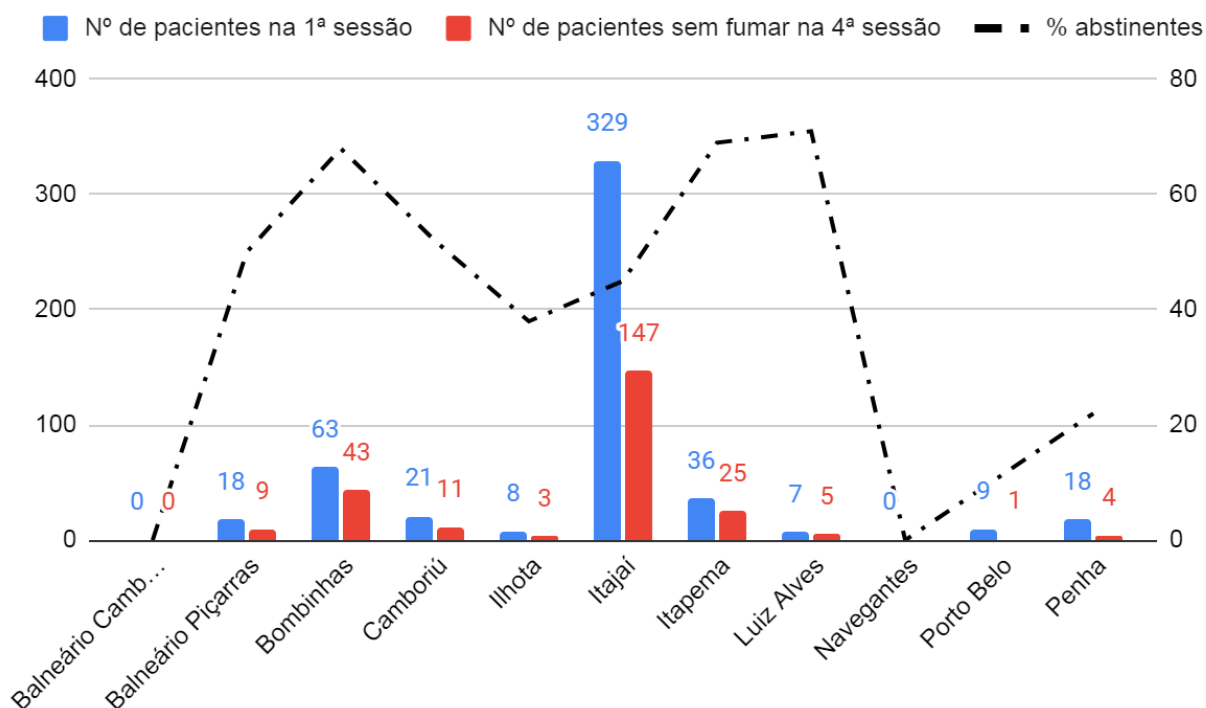
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

\*Dados preliminares. Legenda: Taxa de mortalidade (TM).

**GRÁFICO 1.** Número de pacientes que iniciaram o tratamento e que permaneceram sem fumar até a 4ª sessão e proporção de abstinentes. Foz do Rio Itajaí, 2022.



**GRÁFICO 2.** Número de pacientes que iniciaram o tratamento e que permaneceram sem fumar até a 4ª sessão e proporção de abstinentes. Foz do Rio Itajaí, 2023.



**QUADRO 1.** Número de pacientes que iniciaram o tratamento, por sexo, faixa etária e número de unidades de saúde que realizaram atendimento. Foz do Rio Itajaí, 2022.

| Nº de pacientes que buscaram tratamento 2022 |            | Por Sexo   |            | Por Faixa etária |            |            | Nº de unidades de saúde que realizaram atendimento no período |           |          |          |
|----------------------------------------------|------------|------------|------------|------------------|------------|------------|---------------------------------------------------------------|-----------|----------|----------|
| Municípios                                   | Total      | M          | F          | < 18             | >18 e < 60 | >= 60      | Total                                                         | AB        | CAPS     | AE       |
| Balneário Camboriú                           | -          | -          | -          | -                | -          | -          | -                                                             | -         | -        | -        |
| Balneário Piçarras                           | -          | -          | -          | -                | -          | -          | -                                                             | -         | -        | -        |
| Bombinhas                                    | 46         | 9          | 37         | 0                | 38         | 8          | 4                                                             | 4         | 0        | 0        |
| Camboriú                                     | 45         | 29         | 16         | 0                | 43         | 4          | 5                                                             | 3         | 2        | 1        |
| Ilhota                                       | 30         | 19         | 11         | 0                | 27         | 3          | 3                                                             | 3         | 0        | 0        |
| Itajaí                                       | 263        | 108        | 155        | 1                | 187        | 75         | 36                                                            | 30        | 3        | 3        |
| Itapema                                      | 34         | 20         | 14         | 0                | 30         | 4          | 1                                                             | 0         | 0        | 1        |
| Luiz Alves                                   | 0          | 0          | 0          | 0                | 0          | 0          | 0                                                             | 0         | 0        | 0        |
| Navegantes                                   | 0          | 0          | 0          | 0                | 0          | 0          | 0                                                             | 0         | 0        | 0        |
| Penha                                        | 56         | 32         | 24         | 0                | 42         | 14         | 2                                                             | 2         | 0        | 0        |
| Porto Belo                                   | 43         | 13         | 30         | 0                | 33         | 10         | 4                                                             | 2         | 2        | 0        |
| <b>Total</b>                                 | <b>517</b> | <b>230</b> | <b>287</b> | <b>1</b>         | <b>400</b> | <b>118</b> | <b>55</b>                                                     | <b>44</b> | <b>7</b> | <b>5</b> |

Fonte: Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2022.

**QUADRO2.** Número de pacientes que iniciaram o tratamento, por sexo, faixa etária e número de unidades de saúde que realizaram atendimento. Foz do Rio Itajaí, 2023.

| Nº de pacientes que buscaram tratamento 2023 |            | Por Sexo   |            | Por Faixa etária |            |            | Nº de unidades de saúde que realizaram atendimento no período |           |          |          |
|----------------------------------------------|------------|------------|------------|------------------|------------|------------|---------------------------------------------------------------|-----------|----------|----------|
| Municípios                                   | Total      | M          | F          | < 18             | >18 e < 60 | >= 60      | Total                                                         | AB        | CAPS     | AE       |
| Balneário Camboriú                           | 0          | 0          | 0          | 0                | 0          | 0          | 0                                                             | 0         | 0        | 0        |
| Balneário Piçarras                           | 18         | 7          | 11         | 0                | 16         | 2          | 2                                                             | 2         | 0        | 0        |
| Bombinhas                                    | 69         | 36         | 32         | 0                | 58         | 11         | 7                                                             | 7         | 0        | 0        |
| Camboriú                                     | 20         | 6          | 14         | 0                | 17         | 3          | 2                                                             | 1         | 1        | 0        |
| Ilhota                                       | 10         | 6          | 4          | 0                | 7          | 3          | 3                                                             | 3         | 0        | 0        |
| Itajaí                                       | 392        | 170        | 222        | 0                | 282        | 110        | 16                                                            | 15        | 1        | 0        |
| Itapema                                      | 40         | 13         | 27         | 0                | 26         | 12         | 4                                                             | 4         | 0        | 0        |
| Luiz Alves                                   | 5          | 2          | 3          | 0                | 4          | 1          | 1                                                             | 1         | 0        | 0        |
| Navegantes                                   | 0          | 0          | 0          | 0                | 0          | 0          | 0                                                             | 0         | 0        | 0        |
| Penha                                        | 18         | 8          | 10         | 0                | 16         | 2          | 1                                                             | 1         | 0        | 1        |
| Porto Belo                                   | 21         | 12         | 9          | 0                | 16         | 5          | 1                                                             | 0         | 1        | 0        |
| <b>Total</b>                                 | <b>593</b> | <b>260</b> | <b>332</b> | <b>0</b>         | <b>442</b> | <b>149</b> | <b>37</b>                                                     | <b>34</b> | <b>3</b> | <b>1</b> |

Fonte: Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2023.

### 3. INDICADORES DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ICSAPS)

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAPs) correspondem a hospitalizações que poderiam ser evitadas se houvesse acesso oportuno, resolutivo e de qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Entre os exemplos mais frequentes destacam-se as complicações de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, asma e pneumonias bacterianas.

Valores elevados de ICSAP indicam fragilidade na organização da APS e baixa capacidade de resolução no primeiro nível de atenção. Por outro lado, o acompanhamento sistemático desses indicadores possibilita identificar os grupos populacionais mais afetados e orientar a reformulação de políticas, programas e ações direcionadas às necessidades específicas de cada região.

Para apoiar essa análise, recomenda-se o uso do Painel da Sala de Situação da APS (disponível em: <https://atencaoprimaria.saude.sc.gov.br/>) e de outras fontes oficiais de informação em saúde. A interpretação crítica desses dados deve considerar tanto as características locais da rede quanto os determinantes sociais da saúde, assegurando a tomada de decisão baseada em evidências.

#### Taxa de internações por causas sensíveis à APS - 18 a 60 anos.

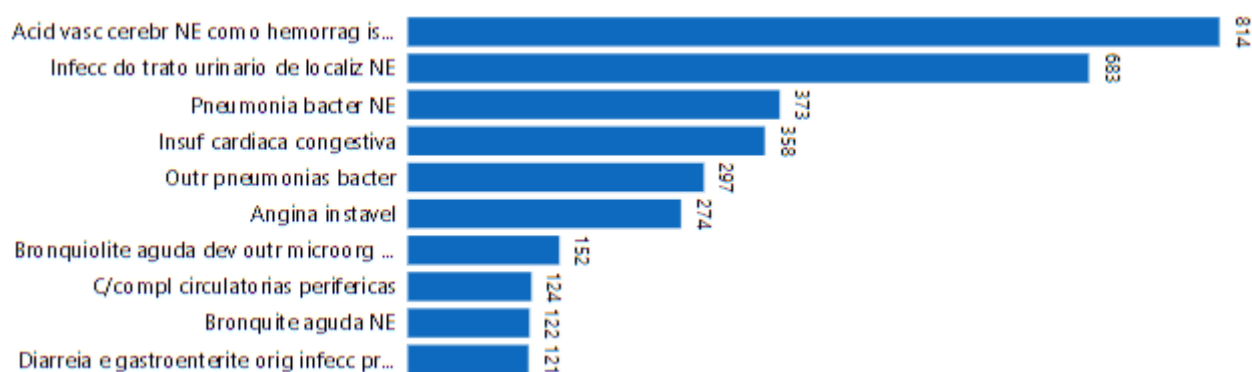
| Região de Saúde   | Município          | População* | Internações | Óbitos | Taxa IC SAP |
|-------------------|--------------------|------------|-------------|--------|-------------|
| Foz do Rio Itajaí | Balneário Camboriú | 94.241     | 336         | 19     | 35,65       |
| Foz do Rio Itajaí | Balneário Piçarras | 14.919     | 48          | 3      | 32,17       |
| Foz do Rio Itajaí | Bombinhas          | 13.192     | 35          | 1      | 26,53       |

|                   |            |                |              |            |              |
|-------------------|------------|----------------|--------------|------------|--------------|
| Foz do Rio Itajaí | Camboriú   | 55.725         | 233          | 12         | 41,81        |
| Foz do Rio Itajaí | Ilhota     | 8.960          | 46           | 3          | 51,34        |
| Foz do Rio Itajaí | Itajaí     | 143.802        | 633          | 49         | 44,02        |
| Foz do Rio Itajaí | Itapema    | 44.127         | 186          | 5          | 42,15        |
| Foz do Rio Itajaí | Luiz Alves | 8.256          | 23           | 0          | 27,86        |
| Foz do Rio Itajaí | Navegantes | 53.129         | 165          | 10         | 31,06        |
| Foz do Rio Itajaí | Penha      | 20.762         | 73           | 5          | 35,16        |
| Foz do Rio Itajaí | Porto Belo | 14.128         | 53           | 3          | 37,51        |
| <b>Total</b>      |            | <b>471.241</b> | <b>1.831</b> | <b>110</b> | <b>38,85</b> |

#### Taxa de internações por causas sensíveis à APS - 60 a 150 anos.

| Região de Saúde   | Município          | População*     | Internações  | Óbitos     | Taxa IC SAP   |
|-------------------|--------------------|----------------|--------------|------------|---------------|
| Foz do Rio Itajaí | Balneário Camboriú | 27.097         | 339          | 46         | 125,11        |
| Foz do Rio Itajaí | Balneário Piçarras | 3.649          | 105          | 23         | 287,75        |
| Foz do Rio Itajaí | Bombinhas          | 2.907          | 50           | 10         | 172,00        |
| Foz do Rio Itajaí | Camboriú           | 7.956          | 205          | 37         | 257,67        |
| Foz do Rio Itajaí | Ilhota             | 1.917          | 54           | 7          | 281,69        |
| Foz do Rio Itajaí | Itajaí             | 28.630         | 909          | 172        | 317,50        |
| Foz do Rio Itajaí | Itapema            | 10.373         | 213          | 26         | 205,34        |
| Foz do Rio Itajaí | Luiz Alves         | 1.635          | 16           | 3          | 97,86         |
| Foz do Rio Itajaí | Navegantes         | 10.510         | 180          | 33         | 171,27        |
| Foz do Rio Itajaí | Penha              | 5.633          | 102          | 26         | 181,08        |
| Foz do Rio Itajaí | Porto Belo         | 3.417          | 45           | 6          | 131,69        |
| <b>Total</b>      |                    | <b>103.724</b> | <b>2.218</b> | <b>389</b> | <b>213,84</b> |

#### Análise dos grupos de causas por município.



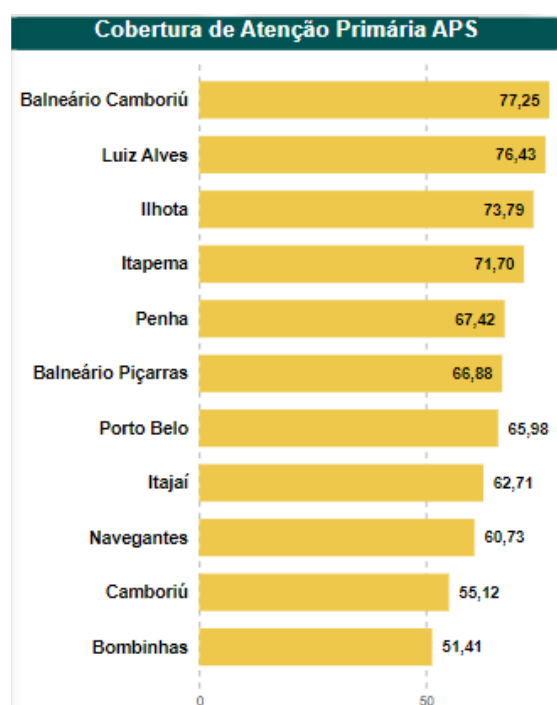
## 4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A implementação das **Linhas de Cuidado** exige a identificação detalhada dos **pontos de atenção** que atuam no cuidado das condições crônicas e da pessoa idosa. Esse processo permite mapear os serviços já existentes no território e reconhecer **potenciais apoiadores** que podem ser integrados para ampliar a resolutividade da rede.

O mapeamento deve contemplar desde a **Atenção Primária à Saúde (APS)**, como coordenadora do cuidado, até os serviços especializados, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico, assegurando a continuidade e a integralidade da atenção.

É fundamental lembrar que os problemas de saúde crônicos são de natureza **complexa** e, portanto, requerem um olhar **intersectorial**. A articulação com áreas como **educação, assistência social, cultura, esporte e organizações da sociedade civil** fortalece a capacidade de resposta do sistema de saúde e amplia as oportunidades de promoção da saúde e prevenção de agravos.

### Atenção Primária à Saúde



| Município          | Pop. Estimada | Pop. Cadastrada | Nº Equipe APS | Nº de Pessoas por Equipe |
|--------------------|---------------|-----------------|---------------|--------------------------|
| Luiz Alves         | 11.684        | 16.354          | 5             | 3.270,80                 |
| Ilhota             | 17.046        | 20.329          | 6             | 3.388,17                 |
| Bombinhas          | 25.058        | 34.040          | 7             | 4.862,86                 |
| Balneário Piçarras | 27.127        | 37.379          | 10            | 3.737,90                 |
| Porto Belo         | 27.688        | 37.891          | 10            | 3.789,10                 |
| Penha              | 33.663        | 48.202          | 13            | 3.707,85                 |
| Camboriú           | 103.074       | 99.791          | 22            | 4.535,95                 |
| Itapema            | 75.940        | 83.685          | 24            | 3.486,88                 |
| Navegantes         | 86.401        | 102.907         | 24            | 4.116,28                 |
| Balneário Camboriú | 139.155       | 126.215         | 39            | 3.236,28                 |
| Itajaí             | 264.054       | 259.137         | 65            | 3.986,72                 |

## 5. PONTOS DE ATENÇÃO PARA AS LINHAS DE CUIDADO

A organização da rede deve considerar a diversidade de pontos de atenção disponíveis no território, contemplando desde serviços de base comunitária até a atenção hospitalar de alta complexidade.

Na **Atenção Primária à Saúde (APS)**, destacam-se:

- **Cobertura de APS;**
- **E-Multi e equipe de EAPPS (Deliberação 452/2025);**
- **Polos da Academia da Saúde;**
- **Centros de Convivência para Idosos;**
- Pontos intersetoriais estratégicos, como domicílio, escolas e comunidades;
- **Programação assistencial e de consultas**, que deve garantir agendas acessíveis e equitativas;
- **Protocolos institucionais de atenção às condições crônicas**, incluindo protocolos de enfermagem (Coren).;

Na **Atenção de Média e Alta Complexidade**, incluem-se:

- **Policlínicas, UPAs, ambulatórios de especialidades** e o programa **Melhor em Casa**;
- Centros de Atenção Psicossocial (**CAPS**).

Na **Atenção Especializada**, situam-se os **hospitais gerais**, que devem estar articulados com os demais níveis da rede, assegurando continuidade do cuidado e contrarreferência efetiva.

Além dos serviços de saúde, é fundamental identificar **setores parceiros intersetoriais**, como educação, assistência social, cultura, esporte e organizações da sociedade civil, que possam fortalecer ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A discussão sobre os pontos de atenção deve incluir tanto os **aspectos positivos** quanto os **pontos a melhorar**, preferencialmente debatidos em **oficinas regionais ou municipais**, com participação de gestores, equipes técnicas e comunidade.

### Sistema de apoio e logística

Descrever o fluxo do **sistemas de apoio**: apoio diagnóstico e terapêutico (exames laboratoriais, patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica e

Descrever os **sistemas logísticos**: ações relativas à referência e à contrarreferência, cadastramento de usuários atualizados e completo, serviço de regulação, teleconsultorias pelo Telessaúde/Saúde Digital - UFSC, filas de esperas para atendimento especializado, transporte sanitário, protocolos de acesso e classificação de risco, fluxo de cuidado compartilhado entre APS, média e alta complexidade.

# APÊNDICE C - PLANO DE AÇÃO INTEGRADO

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-POLÍTICA

O Plano de Ação das Linhas de Cuidado é o instrumento estratégico que orienta a operacionalização da política de enfrentamento das condições crônicas em Santa Catarina, articulando as dimensões assistencial, promocional e vigilante da saúde.

Sua elaboração parte da integração entre dois marcos institucionais fundamentais:

1. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria de Consolidação nº 2/2017, que define oito temas prioritários para promoção da saúde e desenvolvimento de ambientes sustentáveis;
2. O Plano Estadual de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2021–2030 (Deliberação CIB nº 262/2021), que estabelece metas e indicadores de vigilância epidemiológica alinhados às metas globais da Agenda 2030, mais especificamente a meta 3.4 (ONU, 2015) e às recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2022).

A construção do Plano de Ação deve articular os determinantes sociais da saúde (DSS), os fatores de risco modificáveis e as linhas prioritárias de cuidado, hipertensão, diabetes, câncer, respiratórias crônicas e pessoa idosa, orientando o planejamento das ações regionais e municipais.

Inspirado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (Mendes, 2018a), o plano propõe substituir o cuidado episódico por práticas longitudinais, integradas e proativas, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado.

Dessa forma, o Plano de Ação torna-se não apenas um instrumento administrativo, mas um dispositivo de gestão do cuidado, que integra ações de promoção, prevenção, vigilância, atenção e educação permanente.

## 2. JUSTIFICATIVA TÉCNICA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes, são responsáveis por mais de 70% das mortes em Santa Catarina (SES/SC, 2023), representando um dos maiores desafios sanitários atuais.

Grande parte dessas mortes é prematura (30–69 anos), e pode ser prevenida com intervenções adequadas sobre os fatores de risco e determinantes sociais.

A PNPS reforça a necessidade de ações intersetoriais, educativas e territoriais que ultrapassem o setor saúde, criando condições sociais favoráveis ao bem-estar.

O Plano de Ação Integrado materializa essa visão ao alinhar políticas de promoção, vigilância e cuidado às metas estaduais, contribuindo para:

- Ampliar os fluxos de acesso às Linhas de Cuidado
- Desenvolver, ampliar, atualizar e fortalecer a agenda estratégica de promoção da saúde;
- Fortalecer a vigilância epidemiológica como base para decisões de gestão;
- Garantir o cuidado contínuo e integral das pessoas com condições crônicas;
- Monitorar resultados e reduzir desigualdades regionais.



### 3. ESTRUTURA ESTRATÉGICA DO PLANO

O plano é estruturado em torno dos oito temas prioritários da PNPS, articulados às metas e indicadores das DCNT. Cada tema constitui um eixo de ação transversal a ser adaptado por regiões e municípios, conforme suas vulnerabilidades e potencialidades locais, sob coordenação dos Grupos Condutores.

### 4. PLANO DE AÇÃO ESTADUAL INTEGRADO PNPS/DCNT/SC (2025–2030)

| Tema Prioritário (PNPS)                                   | Objetivo Estratégico                                                                                     | Ações/ Estratégias Prioritárias                                                                                                       | Responsável / Parceria                          | Prazo     | Indicador de Acompanhamento (Plano DCNT/SC)                      |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|
| I. Formação e Educação Permanente                         | Qualificar gestores e trabalhadores para o enfrentamento das DCNT e implementação das Linhas de Cuidado. | Implementar plano estadual de EPS integrado ao Telessaúde-SC; ofertar capacitações sobre promoção, vigilância e cuidado longitudinal. | DAPS/ DIVE/ GERSAS/ Telessaúde-SC               | Contínuo  | Profissionais capacitados; ações de EPS realizadas.              |
| II. Alimentação Adequada e Saudável                       | Promover práticas alimentares saudáveis e conter o crescimento da obesidade.                             | Ampliar grupos de alimentação saudável e oficinas culinárias; integrar ações com agricultura familiar e escolas.                      | SMS/ eMulti/ PSE/ Coord. Alimentação e Nutrição | 2025–2030 | Percentual de obesos (SISVAN / e-SUS AB).                        |
| III. Práticas Corporais e Atividades Físicas              | Aumentar em 20% a prática de atividade física no tempo livre.                                            | Expandir programas como “Saúde na Praça” e “Academia da Saúde”; incentivar atividades físicas comunitárias.                           | SMS/ eMulti/ Esporte/ Educação                  | 2025–2030 | Percentual de adultos ativos (VIGITEL).                          |
| IV. Enfrentamento ao Uso do Tabaco e Derivados            | Reduzir a prevalência de tabagismo em 1% ao ano.                                                         | Expandir o PCT para todas as UBS; promover campanhas educativas e grupos de cessação.                                                 | DIVE/ SMS/ Coord. Estadual do PCT               | 2025–2030 | UBS com PCT implantado; abstinentes até 4ª sessão.               |
| V. Enfrentamento ao Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas | Reduzir consumo abusivo e danos associados.                                                              | Integrar APS, saúde mental e vigilância; promover campanhas de consumo responsável e autocuidado.                                     | DAPS/ Atenção Psicossocial/ DIVE                | 2025–2030 | Notificações por uso abusivo (SISAB / SINAN).                    |
| VI. Promoção da Mobilidade Segura                         | Reduzir a morbimortalidade por causas externas e acidentes de trânsito.                                  | Promover campanhas regionais de trânsito seguro e articulação entre saúde, educação e órgãos de fiscalização.                         | DIVE/ DETRAN/ SAMU/ SMS                         | 2025–2030 | Taxa de mortalidade por trânsito (SIM/ SUS).                     |
| VII. Promoção da Cultura de Paz e dos Direitos Humanos    | Fortalecer ambientes protetores e redes intersetoriais.                                                  | Realizar oficinas e campanhas de cultura de paz; integrar saúde, assistência e educação na prevenção da violência.                    | SMS/ CRAS/ Conselho de Saúde                    | 2025–2030 | Municípios com ações de cultura de paz.                          |
| VIII. Desenvolvimento Sustentável e Ambientes Saudáveis   | Estimular práticas de sustentabilidade e saúde ambiental.                                                | Criar comitês locais de promoção e sustentabilidade; implantar hortas comunitárias e espaços verdes.                                  | GERSAS/ SMS/ Meio Ambiente                      | 2025–2030 | Municípios com comitês intersetoriais ativos.                    |
| IX. Prevenção e Controle das DCNT                         | Reduzir a mortalidade prematura (30–69 anos) por DCNT.                                                   | Implementar protocolos de estratificação de risco e autocuidado apoiado; integrar atenção e vigilância.                               | APS/ DIVE/ DAPS/ SMS                            | 2025–2030 | Óbitos prematuros por DCNT (SIM/ SUS).                           |
| X. Saúde da Mulher e Rastreamento de Cânceres             | Reduzir a mortalidade por câncer de mama e colo do útero.                                                | Ampliar cobertura de mamografia e Papanicolau; intensificar busca ativa e vacinação HPV.                                              | DIVE/ Rede Cegonha/ SMS                         | 2025–2030 | Cobertura de rastreamento; mortalidade específica (SISCAN/ SIM). |

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).

## 5. ABORDAGEM INTERSETORIAL E TERRITORIAL

A PNPS enfatiza que a promoção da saúde requer cooperação intersetorial e participação social ativa.

Assim, o plano deve envolver setores de educação, esporte, meio ambiente, segurança, assistência social, mobilidade urbana e sociedade civil organizada.

Cada tema prioritário deve gerar parcerias formais com definição de responsabilidades e fluxos pactuados em CIR e CIB.

O território é a base de implementação, onde se materializam as ações e o cuidado. As Linhas de Cuidado permitem identificar vulnerabilidades e orientar intervenções integradas, garantindo a integralidade e a continuidade do cuidado em toda a rede.

## 6. MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E SUSTENTABILIDADE

O monitoramento deve ser contínuo, utilizando os sistemas oficiais (SIM, SIH, SISAB, SISCAN, SISVAN, VIGITEL). As avaliações devem ocorrer anualmente, com devolutivas regionais e replanejamento (Etapa 6). A sustentabilidade das ações exige educação permanente, uso de evidências e participação social. Os resultados devem ser incorporados ao Plano Estadual de Saúde (2024–2027) e aos instrumentos municipais de gestão (PMS, PAS, RAG).

## 7. ETAPAS PRÁTICAS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO REGIONAL/MUNICIPAL

O processo de elaboração do Plano de Ação Local das Linhas de Cuidado deve seguir as etapas abaixo, conduzidas pelos Grupos Condutores.

| Etapa                               | Descrição                                                                             | Produto Esperado                  | Responsáveis           |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 1. Preparação e sensibilização      | Reunir GC, apresentar modelo estadual e sensibilizar equipes sobre PNPS e Plano DCNT. | Ata de reunião e cronograma.      | GC / GERSAS / SMS.     |
| 2. Levantamento de informações      | Coletar dados epidemiológicos e de rede (SIM, SIH, e-SUS, SISVAN, VIGITEL).           | Documento de análise situacional. | GC / Vigilância / APS. |
| 3. Definição dos temas prioritários | Selecionar os temas PNPS mais relevantes e relacioná-los às metas DCNT.               | Matriz de priorização temática.   | GC / SMS.              |
| 4. Construção do plano local        | Preencher tabela-modelo com objetivos, ações, prazos e responsáveis.                  | Plano de Ação Local validado.     | GC / SMS / SES.        |
| 5. Validação e aprovação em CIR     | Apresentar e homologar o plano em reunião da CIR.                                     | Ata de aprovação e arquivamento.  | GC / CIR / GERSAS.     |
| 6. Execução e monitoramento         | Implementar ações e acompanhar metas trimestralmente.                                 | Relatórios de monitoramento.      | GC / SMS.              |
| 7. Devolutiva e replanejamento      | Avaliar resultados e revisar metas anualmente.                                        | Relatório final e plano revisado. | GC / SES / SMS.        |

Regionais e Municipais, com apoio técnico da SES/SC.  
**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).

## APÊNDICE D - CHECKLISTS DA METODOLOGIA PARA OPERACIONALIZAÇÃO

### ETAPA 1 - MOBILIZAÇÃO PROFISSIONAL E DE GESTORES

**OBJETIVO:** Engajar equipes e gestores na proposta das Linhas de Cuidado.

#### CHECKLIST DA ETAPA 1:

- ☐ Apresentação institucional das Linhas de Cuidado realizada.
- ☐ Oficinas de sensibilização concluídas.
- ☐ Grupo de trabalho local definido.
- ☐ Relatório de sensibilização elaborado.

### ETAPA 2 - FORMALIZAÇÃO EM CIR

**OBJETIVO:** Garantir legitimidade e governança regional das Linhas de Cuidado.

#### CHECKLIST DA ETAPA 2:

- ☐ Aprovação das Linhas de Cuidado na CIR.
- ☐ Portaria ou resolução de instituição do grupo condutor publicada.
- ☐ Regimento Interno aprovado.
- ☐ Cronograma de reuniões definido.

### ETAPA 3 - ANÁLISE SITUACIONAL

**OBJETIVO:** Diagnosticar perfil populacional e rede assistencial.

#### CHECKLIST DA ETAPA 3:

- ☐ Dados coletados e integrados.
- ☐ Documento de análise situacional elaborado.
- ☐ Validação realizada com o grupo condutor.
- ☐ Prioridades pactuadas e registradas.

### ETAPA 4 - ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

**OBJETIVO:** Definir metas, prazos, estratégias e indicadores.

#### CHECKLIST DA ETAPA 4:

- ☐ Diagnóstico situacional sintetizado.
- ☐ Metas e prazos definidos.
- ☐ Plano validado pelo grupo condutor.
- ☐ Cronograma pactuado.

### ETAPA 5 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**OBJETIVO:** Acompanhar resultados e promover ajustes contínuos.

#### CHECKLIST DA ETAPA 5:

- ☐ Indicadores definidos e atualizados.
- ☐ Relatórios trimestrais e anuais elaborados.
- ☐ Reuniões de monitoramento realizadas.
- ☐ Ações reprogramadas conforme resultados.

**ETAPA 6 - REPLANEJAMENTO E RETROALIMENTAÇÃO DO CICLO (ETAPA COMPLEMENTAR)****OBJETIVO:** Atualizar metas e estratégias com base nos resultados avaliados.**CHECKLIST DA ETAPA 6:**

- ☐ Relatório consolidado de resultados elaborado e validado.
- ☐ Oficina de devolutiva realizada com gestores e equipes.
- ☐ Metas e indicadores revisados e atualizados.
- ☐ Novo ciclo de planejamento iniciado e registrado em ata.

**PARTE IV - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)****OBJETIVO:** Garantir a qualificação contínua das equipes e a sustentabilidade das ações.**CHECKLIST DA PARTE IV – EPS:**

- ☐ Necessidades de aprendizagem identificadas.
- ☐ Plano de EPS elaborado e validado.
- ☐ Ações formativas executadas conforme cronograma.
- ☐ Avaliação das ações realizada e registrada.
- ☐ Resultados integrados ao processo de monitoramento das Linhas de Cuidado.

**QUADRO 9.** Síntese Operacional dos Checklists.

| Etapa / Parte             | Eixo principal      | Itens de verificação                                             | Responsáveis diretos                                                                 |
|---------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Etapa 1                   | Mobilização         | 4 itens – sensibilização, oficinas, GTs e relatório.             | DAPS, DIVE, GERSAS, SMS.                                                             |
| Etapa 2                   | Governança          | 4 itens – aprovação, portaria, regimento e cronograma.           | SES, GERSAS, GC, SMS.                                                                |
| Etapa 3                   | Diagnóstico         | 4 itens – dados, documento, validação e priorização.             | GC Regional/Municipal.                                                               |
| Etapa 4                   | Planejamento        | 4 itens – metas, validação, plano e cronograma.                  | GC, DAPS/DIVE, SMS.                                                                  |
| Etapa 5                   | Monitoramento       | 4 itens – indicadores, relatórios, reuniões e ajustes.           | GC, DAPS/DIVE, SMS.                                                                  |
| Etapa 6<br>(Complementar) | Replanejamento      | 4 itens – devolutiva, revisão de metas e reinício do ciclo.      | GC, DAPS/DIVE, SMS.                                                                  |
| Parte IV – EPS            | Educação Permanente | 5 itens – necessidades, plano, execução, avaliação e integração. | DAPS, DIVE, Saúde Digital-SC, GERSAS, Projeto Proadi - Manejo Clínico, entre outros. |

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2025).





**GOVERNO DE SANTA CATARINA**

Secretaria de Estado de Saúde

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Gerência de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE