



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES)
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
2016 - 2019

FLORIANÓPOLIS – SC

2016

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

GOVERNADOR

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO

VICE-GOVERNADOR

EDUARDO PINHO MOREIRA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

JOÃO PAULO KARAN KLEINUBING

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE

MURILLO RONALD CAPELLA

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

LEANDRO ADRIANO DE BARROS

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO

DIOGO DEMARCHI SILVA

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/SC

JORGE DOS PASSOS CORREA COBRA

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
DE SANTA CATARINA

PRESIDENTE DO COSEMS/SC

SIDNEI BELLÉ

SUPERINTENDÊNCIAS

- 1. SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO**
LEANDRO ADRIANO DE BARROS
- 2. SUPERINTENDÊNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**
FÁBIO GAUDENZI DE FARIA
- 3. SUPERINTENDÊNCIA DA REDE DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO**
LUCIA REGINA GOMES MATTOS SCHULTZ
- 4. SUPERINTENDÊNCIA DA GESTÃO ADMINISTRATIVA**
WALTER MANFROI
- 5. SUPERINTENDÊNCIA DE COMPRAS E LOGÍSTICA**
FERNANDO CÉSAR LENZI
- 6. SUPERINTENDÊNCIA DE HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS**
HERON FELÍCIO PEREIRA

DIRETORIAS

- 1.1. DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS**
KARIN CRISTINA GELLER
- 1.2. DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**
LUIZ ANSELMO DA CRUZ
- 1.3. DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**
PAULO LUIZ CANTANHEDE ORSINI
- 2.1. DIRETORIA DO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA**
WINSTON LUIZ ZOMKOWISKI
- 2.2. DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
MARIA TERESA BERTOLDI AGOSTINI
- 2.3. DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**
EDUARDO MARQUES MACÁRIO
- 2.4. DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**
RAQUEL RIBEIRO BITTENCOURT
- 5.1. DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DA DEMANDA DE BENS E SERVIÇOS**
MARCIO CASSOL CARVALHO
- 5.2. DIRETORIA DE AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS**
LUIZ CARLOS DE FREITAS JUNIOR
- 5.3. DIRETORIA DE LOGÍSTICA**
ELIAS BATISTI

- 6.1. DIRETORIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS**
MARCIO PEREIRA WENDHAUSEN
- 6.2. DIRETORIA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO**
CARLOS CLARIMUNDO DORNELLES SCHOELLER
- 6.3. DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES**
PEDRO DE ALMEIDA ARAÚJO
- 6.4. DIRETORIA DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA**
JAMIL C. SCHNEIDER
- 6.5. DIRETORIA DO HOSPITAL NEREU RAMOS**
ANTÔNIO FERNANDO BARRETO MIRANDA
- 6.6. DIRETORIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA**
RICARDO MAIA SAMAWAYS
- 6.6. DIRETORIA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA**
PAULO MÁRCIO DE SOUZA
- 6.7. DIRETORIA DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**
- 6.8. DIRETORIA DO HOSPITAL SANTA TERESA**
HENRIQUE BORGES TANCREDI
- 6.9. DIRETORIA DO HOSPITAL DR. WALDOMIRO COLAUTTI**
ROBERTO FERRARI
- 6.10. DIRETORIA DA MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS**
CÉLIA BUENO FRANCO SALIBA
- 6.11. DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT**
TÂNIA MARIA EBERHARDT
- 6.12. DIRETORIA DO HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS**
BEATRIZ BLEYER RODRIGUES MONTEMEZZO
- 6.13. DIRETORIA DA MATERNIDADE DARCY VARGAS**
FERNANDO MARQUES PEREIRA
- 6.14. DIRETORIA DO CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS**
MARIA TEREZA EVANGELISTA SCHOELLER
- 6.15. DIRETORIA DO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**
DENISE LINHARES GERENT

**SECRETARIAS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAIS
GERÊNCIAS DE SAÚDE**

1ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (SÃO MIGUEL DO OESTE)

2ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (MARAVILHA)

3ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (SÃO LOURENÇO DO OESTE)

4ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CHAPECÓ)

5ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (XANXERÊ)

6ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CONCÓRDIA)

7ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (JOAÇABA)

8ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CAMPOS NOVOS)

9ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (VIDEIRA)

10ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CAÇADOR)

11ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CURITIBANOS)

12ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (RIO DO SUL)

13ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (ITUPORANGA)

14ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (IBIRAMA)

15ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (BLUMENAU)

16ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (BRUSQUE)

17ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (ITAJAÍ)

18ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (GRANDE FLORIANÓPOLIS)

19ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (LAGUNA)

20ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (TUBARÃO)

21ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CRICIÚMA)

22ª SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL (ARARANGUÁ)

23ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (JOINVILLE)

24ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (JARAGUÁ DO SUL)

25ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (MAFRA)

26ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (CANOINHAS)

27ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (LAGES)

28ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (SÃO JOAQUIM)

29ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (PALMITOS)

**30ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (DIONÍSIO
CERQUEIRA)**

31ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (ITAPIRANGA)

32ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (QUILOMBO)

33ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (SEARA)

34ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (TAIÓ)

35ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (TIMBÓ)

36ª SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL (BRAÇO DO NORTE)

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

COORDENAÇÃO

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO

DIOGO DEMARCHI SILVA - GERENTE

GRUPO DE TRABALHO CONSTITUÍDO PELA PORTARIA 249, DE 07 DE ABRIL DE 2015

ADEMAR JOSÉ MACHADO FILHO

ALBA SÔNIA DOS SANTOS

ALEXANDRE CUNHA DOS SANTOS

ALINE ZABEL MORAES GONÇALVES

ALVARO MONTEIRO STIAGO DA SILVA

AMARILDO VÂNIO ALBINO

ÂNGELA MARIA BLATT ORTIGA

ANTONIO FERNANDO BOING

CARMEM REGINA DELZIOVO

CECÍLIA DE SÁ GUESSER

CÉSAR A. KORCZAGUIN

CLÉCIO ANTONIO ESPEZIM

DANIELA BAUMGART DE LIZ CALDERON

EDIANE BERGAMIN

EDIVAL GOEDERT

EDUARDO MARQUES MACÁRIO

ELMA FIOR DA CRUZ

ENÉAS SOUZA

FÁTIMA DA COSTA

FLAVIA BRITO

GERALDO AZZOLINI

GLÍCIA PAGNAN

GRACE ELLA BERENHAUSER

HELEN B. BUNN SCHMITT

HELMA FINTA UBA
HÉLIO LIVINO DA SILVA
HENRIQUE L. DECKMANN
HOLDARINA MENEZES
IVANICE ANGELA PECCIN
IVONE CARMEN BIEGER
JANAÍNA CONCEIÇÃO DEITOS
JAQUELINE REGINATTO
JEAN RODRIGUES DA SILVA
JANIZE LUZIA BIELA
JORGE AIRES FLORIANI
KAREN SABRINA BAYESTORFF DUARTE
KATIANE SECCO
KATIUCIA DOS SANTOS CARDOSO
KLAUSER MICHELS
LEANDRO BOTELHO
LEDRONETE SILVESTRE
LILIAN BRADFIELD
LISIANE TUON BITENCOURT
LUCÉLIA SCARAMUSSA RIBAS KRYCKYJ
LUCIA REGINA G. M. SCHULTZ
LUIZ CARLOS PACHECO
MARCELO LUIZ BROILO
MARGARETH CADORE
MARCUS AURELIO GUCKERT
MARIA BRÁULIA DE SOUZA PORTO
MARIA DAS GRAÇAS CHRAIM DOS ANJOS
MARIA TEREZA BERTOLDI AGUSTINI
MÁRIO JOSÉ BASTOS JUNIOR
MARISETE CANELO RESENER
MAURÍCIO PASSOS DE CASTRO
MAURÍCIO RICARDO NORONHA KASPER
MIRVAINE PANIZZE
NICOLAU DE ALMEIDA NETO

RAQUEL BITTENCOURT RIBEIRO
SILVIA DE ARRUDA CUNHA
SILVIA ZARDO COSTA
SIMONE TEREZINHA STOLT
TAILINE FERNANDES RIBAS
TEREZINHA REGINA GIORDANI SERRANO
THAÍSA CURSIO MUZZI
VALÉRIO TURNES
WILLIAN VAILATE
WINSTON LUIZ ZOMKOWSKI

PARTICIPANTES DAS REUNIÕES DE VALIDAÇÃO

ADRIANA REMOR TEIXEIRA	ISABEL QUINT BERRETTA
ADRIANO FAVARIN	JANE L. CARDOSO
ALINE PIACESKI ARCENO	JULIANA BRASIL SIMAS
ANA FLAVIA SILVA	KAMILLE SARTORI BEAL
ANA PAULA BERTUOL	KATIA CRISTINE SCHMIDT
ANA ROSÉLI PROBST	LUIZ CARLOS MARIANO
ANGELIZE DE O. SILVA	MARCIA ARACI PINHO
ARION GODOI	MARGARET GRANDO
ARLETE JOCELINA ADRIANO	MARIA CRISTINA WILLEMANN
CECÍLIA IZÉ MAY	MARLI ADAMI CESÁRIO PEREIRA
CRISTIANE DOMINGUES	MARLY D. W. DE AQUINO
DEYSE HAMES	MICHELE TELLES PRADO
ELAINE CRISTINA NUNES	NADMARI CELI GRIMES
GIOVANNA PHILIPPI	NESTOR ANTONIO S. CARVALHO
GISELE SERAFIM CARDOSO DOS SANTOS	PATRÍCIA COELHO
GLADIS HELENA DA SILVA	PAULO ORSINI
HALEI CRUZ	ROSA CLAUDIA OUZI
HELGA B. C. FOLLMANN	SUZANA ZECCER
IDA ZOZ DE SOUZA	TANIA JULIETA MAFRA
INGRID LAURA BITTENCOURT	VANESSA O. DA SILVA
ISABEL C. B. FUNK	

CONTRIBUIÇÃO TÉCNICA

SUPERINTENDÊNCIAS, DIRETORIAS E GERÊNCIAS DA SES

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicador educacional: taxa de analfabetismo da população com idade de 15 anos ou mais, segundo as regiões do Brasil e os estados da região sul, em 2013.....	36
Tabela 2 – Síntese do indicador de nível educacional taxa de analfabetismo da população brasileira maior de 15 anos, distribuído por regiões, segundo o IDB 2013.....	36
Tabela 3 – Comparativo dos resultados de desempenho das equipes de AB e SB nos 1º e 2º ciclos do PMAQ em Santa Catarina, em 2012 e 2014.....	45
Tabela 4 – Resultado do desempenho do NASF no 2º ciclo do PMAQ em Santa Catarina, em 2014.....	46
Tabela 5 – Número de equipes de Atenção Domiciliar segundo o tipo em Santa Catarina, em 2014.....	46
Tabela 6 – Número de equipes de Consultório na Rua, segundo modalidade e local em Santa Catarina, em 2014.....	47
Tabela 7 – Polos de Academia da Saúde habilitados por Região de Saúde em Santa Catarina, de 2011 a 2013.....	48
Tabela 8 – Participação e oferta de serviços Telessaúde SC em Santa Catarina, de 2010 a 2014.....	50
Tabela 9 – População de crianças por faixa etária em Santa Catarina, de 2010 a 2012.....	51
Tabela 10 – Número de nascidos vivos por ano, no total de Santa Catarina e por Região de Saúde, de 2010 a 2014.....	52
Tabela 11 – Percentual de recém-nascidos com baixo peso e prematuros em Santa Catarina, de 2010 a 2014.....	52
Tabela 12 – Taxa de mortalidade infantil média e por Região de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2014.....	56
Tabela 13 – Percentual de óbitos por causas externas, na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo Região de Saúde de 2010 a 2014.....	61
Tabela 14 – Percentual de nascidos vivos por partos cesáreos segundo Região de Saúde, de 2010 a 2014.....	63
Tabela 15 – Razão de mortalidade materna, segundo Região de Saúde, de 2010 a 2014.....	64
Tabela 16 – Número de óbitos maternos, segundo Região de Saúde, de 2010 a 2014.....	65

Tabela 17 – Percentual de casos investigados em relação à mortalidade materna em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	65
Tabela 18 – Proporção de óbitos de mulher em idade fértil investigados oportunamente (IO) por Regiões de Saúde em Santa Catarina, em 2010 e 2013.....	66
Tabela 19 – Percentual de óbitos por causas externas, no sexo masculino, de 20 a 59 anos, segundo Região de Saúde, de 2010 a 2014.....	68
Tabela 20 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal/COAP, em Santa Catarina, de 2011 a 2014.....	72
Tabela 21 – Número de Centro Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), por Região de Saúde em Santa Catarina, em 2014.....	74
Tabela 22 – Prevalência anual de sintomas de transtornos mentais e do comportamento, por categoria diagnóstica (segundo CID-10) nas Regiões de Saúde, em 2013.....	76
Tabela 23 – Número de internações hospitalares de todas as especialidades médicas, em geral e decorrentes de transtornos psíquicos, por Região de Saúde em Santa Catarina, em 2012.....	76
Tabela 24 – Proporção (%) de famílias beneficiárias do PBF acompanhadas, segundo Regiões de Saúde em Santa Catarina, em 2014.....	82
Tabela 25 – Evolução dos valores e distribuição de NASF SC, de 2009 a 2014.....	84
Tabela 26 – Histórico de recurso orçado para laboratório de prótese dentária.....	88
Tabela 27 – Diagnóstico da situação do e-SUS AB por Gerência Regional de Saúde até maio de 2015.....	89
Tabela 28 – Número de doações efetivas de múltiplos órgãos por quadrimestre em Santa Catarina, em 2014.....	91
Tabela 29 – Série histórica do número de doações efetivas de múltiplos órgãos realizadas em Santa Catarina, de 2000 a 2014.....	91
Tabela 30 – Série histórica do número transplantes realizados em Santa Catarina, de 2009 a 2014.....	92
Tabela 31 – Número de exames da Gerap e do SVO em série histórica de 2011 a 2014.....	100
Tabela 32 – Abrangência das CRIH Macrorregionais de Saúde em Santa Catarina, em 2015.....	109
Tabela 33 – Exames laudados pela Telemedicina em Santa Catarina, em 2013 e 2014.....	117
Tabela 34 – Focos de <i>Aedes aegypti</i> segundo Região de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	147

Tabela 35 – Número de acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, segundo Região de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	151
Tabela 36 – Número de casos de LTA, segundo local provável de infecção em Santa Catarina por Região de Saúde, de 2010 a 2013.....	152
Tabela 37 – Epizootias notificadas, segundo Região de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	153
Tabela 38 – Coeficiente de mortalidade das hepatites virais (por 100 mil habitantes) como causa básica e outras causas relacionadas, segundo as dezesseis Regiões de Saúde em Santa Catarina, de 2009 a 2013*.....	160
Tabela 39 – Casos examinados e positivos e taxa de detecção de tracoma em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	165
Tabela 40 – Surtos notificados de colonização e/ou infecção no Formulário da Anvisa em Santa Catarina, em 2014 e 2015.....	186

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR) de Santa Catarina correspondentes às 36 regiões de descentralização administrativa.....	37
Quadro 2 – Evolução dos valores e distribuição do cofinanciamento estadual da AB, de 2007 a 2014.....	87
Quadro 3 – Número de atendimentos do SAMU, por tipo, em Santa Catarina, de 2010 a 2014.....	94
Quadro 4 – Número de casos e de óbitos e percentual de letalidade das intoxicações humanas atendidas no CIT/SC, nas Regiões de Saúde Extremo Oeste, Xanxerê, Oeste e Alto Uruguai Catarinense em Santa Catarina, de jan./2010 a dez./2013.....	97
Quadro 5 – Número de casos e de óbitos e percentual de letalidade das intoxicações humanas atendidas no CIT/SC, nas Regiões de Saúde Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Foz do Rio Itajaí e Alto Vale do Itajaí em Santa Catarina, de jan./2010 a dez./2013.....	98
Quadro 6 – Número de casos e de óbitos e percentual de letalidade das intoxicações humanas atendidas no CIT/SC, nas Regiões de Saúde Médio Vale do Itajaí, Grande Florianópolis, Região de Saúde Laguna e Carbonífera em Santa Catarina, de jan./2010 a dez./2013.....	98
Quadro 7 – Número de casos e de óbitos e percentual de letalidade das intoxicações humanas atendidas no CIT/SC, nas Regiões de Saúde Extremo Sul Catarinense, Nordeste, Planalto Norte e Serra Catarinense em Santa Catarina, de jan./2010 a dez./2013.....	99
Quadro 8 – Número de pacientes/protocolos atendidos nos hospitais próprios da SES encaminhados à Gerap, em 2014.....	100
Quadro 9 – Número de habitantes com deficiência visual, de acordo com o grau de deficiência, em Santa Catarina, em 2015.....	102
Quadro 10 – Número de habitantes com deficiência auditiva, de acordo com o grau de deficiência em Santa Catarina, em 2015.....	103
Quadro 11 – Número de habitantes com deficiência motora, de acordo com o grau de deficiência em Santa Catarina, em 2015.....	103
Quadro 12 – Número de habitantes com deficiência mental em Santa Catarina, em 2015.....	103

Quadro 13 – Quantidade de hospitais vinculados ao SUS por Regiões de Saúde em SC, em 2015.....	121
Quadro 14 – Número de leitos por habitante vinculados ao SUS por Regiões de Saúde em SC, em 2015.....	121
Quadro 15 – Número de leitos de UTI por tipo por Região de Saúde, em 2015.....	122
Quadro 16 – Dados da implantação da Rede Cegonha em Santa Catarina nas Regiões de Saúde – Hospitais – Neonatologia.....	126
Quadro 17 – Demonstrativo de produção das unidades hospitalares de administração direta por período, média mensal de janeiro a dezembro de 2014.....	131
Quadro 18 – Demonstrativo de produção das Organizações Sociais, média mensal de janeiro a dezembro de 2014.....	132
Quadro 19 – Óbitos e coeficiente de mortalidade por tipo de causas externas de morbidade e mortalidade em Santa Catarina, em 2013.....	136
Quadro 20 – Coberturas vacinais e homogeneidades no estado por Região de Saúde em Santa Catarina, em 2013.....	139
Quadro 21 – Surtos de DTA notificados segundo Região de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	145
Quadro 22 – Distribuição percentual dos casos de aids na população de 13 anos ou mais segundo sexo e categoria de exposição por ano de diagnóstico em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	155
Quadro 23 – Coeficiente de incidência de hepatites B e C, segundo dezesseis Regiões de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2014*.....	159
Quadro 24 – Proporção de testados e coinfetados TB/HIV segundo Regiões de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	163
Quadro 25 – Coeficiente de detecção dos casos novos de hanseníase na população geral, por 100 mil habitantes, pelas dezesseis Regiões de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	164
Quadro 26 – Número de internações e percentual das cinco principais doenças e agravos não transmissíveis (DANT), por Regiões de Saúde em Santa Catarina, em 2010 e 2013*.....	169
Quadro 27 – Serviços de Saúde de Santa Catarina com leitos de UTI que notificaram dados de IRAS para a Anvisa no Sistema FormSUS, de 2010 a 2013.....	185

Quadro 28 – Estabelecimentos de saúde cadastrados no sistema Ceciss, sua distribuição por macrorregião e o percentual de notificação no sistema no primeiro semestre de 2015.....	186
Quadro 29 – Percentual de participação no orçamento geral do estado dos recursos destinados ao setor saúde, considerando todas as fontes de financiamento e os recursos próprios do tesouro estadual em Santa Catarina, de 2010 a 2014.....	196
Quadro 30 – Distribuição dos recursos próprios do tesouro estadual constantes no orçamento do setor saúde, classificados nos itens de pessoal e encargos, despesas corrente e capital em Santa Catarina, de 2005 a 2009.....	197
Quadro 31 – Distribuição dos recursos financeiros de transferência intergestores para os blocos de financiamento em Santa Catarina, de 2012 a 2014.....	198
Quadro 32 – Distribuição das despesas liquidadas segundo fonte e programa em Santa Catarina, em janeiro de 2015.....	199
Quadro 33 – Ações desenvolvidas nas dezesseis CIES com o total de concluintes entre os anos de 2012 a 2014.....	221
Quadro 34 – Cursos de formação em PNH em Santa Catarina, em 2013 e 2014.....	222
Quadro 35 – Mostras PNH realizadas em Santa Catarina, de 2012 a 2014.....	223
Quadro 36 – Atividades Desenvolvidas ESP em Santa Catarina, de 2012 a 2015.....	224
Quadro 37 – Cursos de formação e capacitação oferecidos pela EFOS em Santa Catarina.....	228
Quadro 38 – Cursos de formação e capacitação em andamento na EFOS, em 2015.....	230
Quadro 39 – Número de estagiários e encargos da SES, entre 2012 e 2015.....	232
Quadro 40 – Eventos atendidos pela SES entre 2012 e 2015.....	234
Quadro 41 – Relação das ações PPSUS com RAS e Regiões de Saúde em Santa Catarina.....	236
Quadro 42 – Quadro nosológico por aldeias do polo base em Florianópolis no ano de 2013.....	244
Quadro 43 – Distribuição populacional do polo base de Araquari, por sexo, em 2014.....	246
Quadro 44 – Principais causas de morbidades na população indígena, em 2014.....	247
Quadro 45 – Principais causas de mortalidades na população indígena, em 2014.....	247
Quadro 46 – Referência em Alta Complexidade para a população indígena, 2014.....	247

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização de Santa Catarina no Brasil.....	31
Figura 2 – Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade em Santa Catarina, em 2010.....	32
Figura 3 – Distribuição populacional esquemática nos municípios de Santa Catarina, por faixas, com áreas de densidade demográfica superior a 200 hab./km ²	33
Figura 4 – Configuração das dezesseis Regiões de Saúde – Plano Diretor de Regionalização 2012.....	38
Figura 5 – Evolução do número de equipes Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal em Santa Catarina, de 1995 a 2014.....	40
Figura 6 – Evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Santa Catarina, de 1998 a 2014.....	40
Figura 7 – Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina, em 2014.....	41
Figura 8 – Cobertura populacional de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, segundo Regiões de Saúde em Santa Catarina, em 2014.....	42
Figura 9 – Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Santa Catarina, de 2008 a 2014.....	43
Figura 10 – Proporção de municípios que possuem Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) segundo Região de Saúde em Santa Catarina, em 2014.....	44
Figura 11 – Distribuição dos óbitos infantis notificados, em 2014, segundo tipo de evitabilidade.....	53
Figura 12 – Taxa de mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal em Santa Catarina, em 2014.....	55
Figura 13 – Distribuição dos óbitos infantis por grupo de causas (CID 10) em Santa Catarina, em 2014.....	57
Figura 14 – Distribuição dos óbitos de crianças de um a quatro anos por grupo de causas (CID 10) em Santa Catarina, em 2014.....	58
Figura 15 – Percentual de participação das condições sensíveis à Atenção Básica no total de internações hospitalares, pelo SUS em Santa Catarina, por idade, em 2013.....	60
Figura 16 – Cobertura populacional da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina, em 2014.....	71

Figura 17 – Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por Região de Saúde em Santa Catarina, em 2014.....	78
Figura 18 – Percentual da população acompanhada pelo Sisvan, no total e por Regiões de Saúde em Santa Catarina, em 2013.....	80
Figura 19 – Taxa de crianças de 0-10 anos com índice de massa corporal para a idade com percentil > 85 em Santa Catarina, de 2008 a 2013.....	81
Figura 20 – Número de gestantes beneficiárias do PBF localizadas nas 1ª e 2ª vigências e estimadas em Santa Catarina, em 2014.....	83
Figura 21 – Evolução do cofinanciamento estadual da ESF em Santa Catarina, de 2007 a 2015.....	84
Figura 22 – Agendamentos realizados pela Central Estadual de Regulação de Consultas e Exames em Santa Catarina, de 2011 a 2014.....	112
Figura 23 – Número de processos encaminhados pelas Gersas em Santa Catarina, de 2010 a 2014.....	115
Figura 24 – Investimentos em passagens aéreas e rodoviárias para pacientes/acompanhantes em TFD fora do estado em Santa Catarina, de 2010 a 2014.....	115
Figura 25 – Coeficiente de mortalidade nos principais grupos de causas em Santa Catarina, entre 2010 e 2013.....	134
Figura 26 – Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório por sexo e faixa etária em Santa Catarina, em 2013.....	135
Figura 27 – Coeficiente de mortalidade por neoplasia (tumores) por sexo e faixa etária em Santa Catarina, em 2013.....	136
Figura 28 – Coeficiente de mortalidade por causas externas de morbidade e mortalidade por sexo e faixa etária em Santa Catarina, em 2013.....	137
Figura 29 – Coberturas vacinais em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	138
Figura 30 – Distribuição de municípios segundo o critério de classificação de prioridades em Santa Catarina, em 2013.....	141
Figura 31 – Frequência de casos de meningites em geral por faixa etária em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	142
Figura 32 – Incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leptospirose em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	148
Figura 33 – Incidência e letalidade de hantavirose em Santa Catarina, de 2000 a 2013.....	149

Figura 34 – Número de coletas oportunas de vísceras de PNH em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	153
Figura 35 – Taxa de detecção de aids (por 100 mil habitantes) em Santa Catarina e no Brasil, de 2010 a 2013.....	154
Figura 36 – Taxa de mortalidade por aids em Santa Catarina e Brasil, de 2010 a 2013.....	156
Figura 37 – Taxa de Incidência de hepatites B e C, segundo agente etiológico em Santa Catarina, de 2010 a 2014*.....	158
Figura 38 – Casos confirmados de hepatites B e C, segundo faixa etária em Santa Catarina, em 2014*.....	160
Figura 39 – Taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil habitantes) segundo ano de diagnóstico em Santa Catarina e no Brasil, de 2010 a 2013.....	161
Figura 40 – Taxas de Mortalidade por tuberculose no Brasil e em Santa Catarina, de 2010 a 2013.....	162
Figura 41 – Consumo de agrotóxicos, ingrediente ativo de intoxicações notificadas no Sinan, por área plantada, no Brasil, de 2005 a 2013.....	173
Figura 42 – Número de casos e incidência (por 100 mil habitantes) de intoxicação por agrotóxico em Santa Catarina, de 2007 a 2013.....	173
Figura 43 – Número de notificações referentes a queixas técnicas de produtos (medicamentos, produtos para a saúde, saneantes e cosméticos) e de eventos adversos relacionados a produtos e reações transfusionais em Santa Catarina, de 2011 a 2014.....	176
Figura 44 – Produção dos laboratórios da Rede Lacen nas áreas de Biologia Médica, de 2010 a 2014.....	180
Figura 45 – Produção dos laboratórios da Rede Lacen nas áreas de Produtos e Meio Ambiente, de 2010 a 2014.....	180
Figura 46 – Produção dos laboratórios da Rede Lacen nas áreas de Biologia Médica, por laboratório, de 2010 a 2014.....	181
Figura 47 – Produção dos laboratórios da Rede Lacen nas áreas de Produtos e Meio Ambiente, por laboratório, de 2010 a 2014.....	181
Figura 48 – Regiões de Saúde com Remumes elaboradas em Santa Catarina, em 2012.....	189
Figura 49 – Regiões de Saúde com municípios que participam de CFT em Santa Catarina, em 2012.....	189

Figura 50 – Regiões de Saúde com municípios que realizaram seleção, programação, aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos da AFB, em Santa Catarina, em 2012.....	190
Figura 51 – Regiões de Saúde com municípios que realizam o armazenamento de medicamentos do componente estratégico da AF em Santa Catarina, em 2012.....	192
Figura 52 – Regiões de Saúde com municípios que realizam a dispensação de medicamentos do componente estratégico da AF em Santa Catarina, em 2012.....	192
Figura 53 – Regiões de Saúde com municípios que realizam o recebimento de medicamentos do componente especializado medicamentos excepcionais em Santa Catarina, em 2012.....	194
Figura 54 – Regiões de Saúde com municípios que realizam o armazenamento de medicamentos do componente especializado medicamentos excepcionais em Santa Catarina, em 2012.....	194
Figura 55 – Regiões de Saúde com municípios que realizam a dispensação de medicamentos do componente especializado medicamentos excepcionais em Santa Catarina, em 2012.....	195
Figura 56 – Regiões de Saúde com municípios que recebem e encaminham documentação para abertura de processos administrativos em Santa Catarina, em 2012.....	195
Figura 57 – Distribuição dos recursos financeiros de transferência intergestores dos estados da Região Sul, de 2012 a 2014.....	197
Figura 58 – Distribuição percentual dos recursos financeiros de transferência intergestores dos estados da Região Sul, de 2012 a 2014.....	198
Figura 59 – Média percentual de transferência intergestores para os blocos de financiamento em Santa Catarina, de 2012 a 2014.....	199
Figura 60 – Síntese das despesas liquidadas pela fonte do Tesouro (Fonte 100) no ano de 2014.....	200
Figura 61 – Síntese das despesas liquidadas pelas demais fontes no ano de 2014.....	200
Figura 62 – Número de novos processos judiciais para fornecimento de medicamentos e insumos em Santa Catarina, de 2001 a 2014.....	210
Figura 63 – Número total de processos judiciais para o fornecimento de medicamentos e insumos, considerando o acumulado no decorrer dos anos em Santa Catarina, em 2015.....	210
Figura 64 – Alguns dos sistemas desenvolvidos pela Getin em Santa Catarina.....	212

Figura 65 – Quantitativo parcial de servidores da SES previsto em lei no ano de 2006.....	214
Figura 66 – Quantitativo parcial de servidores da SES em 2014.....	215
Figura 67 – Nomeações realizadas na SES entre os anos de 2011 e 2014.....	215
Figura 68 – Quantitativo de profissionais nomeados por competência, de 2011 a 2014.....	216
Figura 69 – Quantitativo de exonerados na SES, de 2011 a 2014.....	217
Figura 70 – Quantitativo de aposentados, de 2011 a 2014.....	217
Figura 71 – Percentual de Recursos Humanos por unidade da SES, 2014.....	218
Figura 72 – Mapa com a referência de gestação de alto risco e assistência ao recém-nascido grave em Santa Catarina.....	240
Figura 73 – Mapa do estado de Santa Catarina – área de abrangência Polo Base José Boiteux, Chapecó, Ipuacú, Araquari e Florianópolis.....	242
Figura 74 – Pirâmide indígena rejuvenescida, de 2015.....	243

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACM	Associação Catarinense de Medicina
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
AQH	Acesso e Qualidade Hospitalar
ATPCD	Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência
BLH	Banco de Leite Humano
BPAI	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
BVG	Benefício Variável da Gestante
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASE	Centros de Atendimento Socioeducativo
Casep	Centros de Atendimento Socioeducativo Provisório
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Ceciss	Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde
CCR	Centro Catarinense de Reabilitação
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
Cepon	Centro de Pesquisas Oncológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGDANT	Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica
CGLAB	Coordenação Geral dos Laboratórios de Saúde Pública
CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental

Ciasc	Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIF	Centro de Internação Feminina
CIR	Comissões Intergestoras Regionais
CIT	Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
Cobom	Corpo de Bombeiros
Cojur	Consultoria Jurídica
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Coreme	Comissão de Residência Médica
Cosems	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CR	Centrais de Regulação
CRIH	Centrais de Regulação de Internações Hospitalares
CRIHM	Centrais de Regulação de Internações Hospitalares Macrorregionais
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DAB	Departamento de Atenção Básica
DANT	Doenças e agravos não transmissíveis
DANTPS	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
DDA	Doença Diarreica Aguda
Denasus	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DEPS	Diretoria de Educação Permanente em Saúde
DIAF	Diretoria de Assistência Farmacêutica
DIPA	Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS
Disei	Distrito Sanitário Especial Indígena
DIVE	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
EAS	Estabelecimento de Atenção à Saúde
ECGT	Eletrocardiograma por Telediagnóstico
EFOS	Escola de Formação em Saúde
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAN	Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição
FMB	Febre Maculosa Brasileira
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPO	Programação Físico-Orçamentária
Geaud	Gerência de Auditoria
Geabs	Gerência de Coordenação de Atenção Básica
Gecoa	Gerência de Controle e Avaliação do Sistema
Gecor	Gerência dos Complexos Reguladores
Gecos	Gerência de Contratualização dos Serviços do SUS
Gelic	Gerência de Aquisições e Licitações
Gepro	Gerência de Processamento
Gerap	Gerência de Anatomia Patológica

Gersa	Gerência Regional de Saúde
Getin	Gerência de Tecnologia da Informação e Governança Eletrônica
Gevim	Gerência de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis e Imunização
Gevra	Gerência de Vigilância de Agravos Infecciosos, Emergentes e Ambientais
Gezoo	Gerência de Vigilância de Zoonoses e Entomologia
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IDB	Indicadores de Dados Básicos (IDB)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGD	Índice de gestão descentralizada
ILTB	Infecção latente da tuberculose
IPCS	Infecção primária de corrente sanguínea
IPQ	Instituto de Psiquiatria
IRAS	Infecções relacionadas à assistência à saúde
Lacen	Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRPD	Laboratório Regional de Próteses Dentárias
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
MIF	Mulheres em idade fértil
MuP	Município prioritário
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NIR	Núcleos Interno de Regulação
Notivisa	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
Nusep	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPM	Órteses, próteses e materiais especiais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Plantão de Atendimento Inicial
Parep	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PDI	Plano Diretor de Investimento
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEHV	Programa Estadual de Vigilância e Controle das Hepatites Virais
PGASS	Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
Planapir	Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Pnaish	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
Pnaisp	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNCQ	Programa Nacional de Controle de Qualidade
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Primatas não humanos
PNH	Política Nacional de Humanização
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PPA	Plano Plurianual

PPI	Programação Pactuada Integrada
PRF	Polícia Rodoviária Federal
Procis	Programa Catarinense de Inclusão Social
Provab	Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PVHA	Pessoa vivendo com HIV/aids
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência
Remune	Relação Municipal de Medicamentos
Rename	Relação Nacional de Medicamentos
RM	Resistência microbiana
RSP	Revista de Saúde Pública de Santa Catarina
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SDR	Secretarias de Desenvolvimento Regional
SEA	Secretaria de Estado da Administração
SED	Secretaria de Estado da Educação
SGA	Superintendência de Gestão Administrativa
Sesai	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIES	Sistema de Informação de Insumos Estratégicos
Sigtap	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SIGRH	Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de informações sobre mortalidade
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
Sipni	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
Sisab	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
Sisagua	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
Siscop	Sistema de Controle de Patologia
Sislab	Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
Sismac	Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
Sispacto	Sistema de Informação do Ministério da Saúde
Sisreg	Sistema Nacional de Regulação
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SL	Casas de Semiliberdade
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOD	Setor de Oxigenoterapia Domiciliar
SPCVH	Síndrome Pulmonar e Cardiovascular por Hantavírus
SRC	Sarampo, rubéola e caxumba
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SST	Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação
STT	Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUC	Superintendência de Compras e Logística
SUG	Superintendência de Planejamento e Gestão
SUH	Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais
SUR	Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
Suvis	Superintendência de Vigilância em Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TFD	Tratamento fora de domicílio
UADGP	Unidades Administrativas Descentralizadas de Gestão de Pessoas
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDI	Usuários de drogas injetáveis
UDM	Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
VOP	Vacina poliomielite

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	26
1 INTRODUÇÃO.....	28
2 ANÁLISE SITUACIONAL.....	31
2.1 PERFIL ECONÔMICO SOCIODEMOGRÁFICO DE SANTA CATARINA.....	31
2.2 ATENÇÃO BÁSICA.....	39
2.2.1 Organização da Atenção.....	39
2.2.1.1 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	42
2.2.1.2 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB).....	44
2.2.1.3 Programa Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).....	46
2.2.1.4 Consultórios na Rua.....	47
2.2.1.5 Programa Academia da Saúde.....	47
2.2.1.6 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp).....	48
2.2.1.7 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC).....	49
2.2.1.8 Programa Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS).....	49
2.2.1.9 Programa Saúde na Escola (PSE).....	49
2.2.1.10 Programa Catarinense de Inclusão Social (Procis).....	49
2.2.1.11 Núcleo Telessaúde de Santa Catarina (Telessaúde).....	49
2.2.1.12 Saúde da criança.....	50
2.2.1.13 Saúde do adolescente.....	60
2.2.1.14 Saúde da mulher.....	62
2.2.1.15 Saúde do homem.....	67
2.2.1.16 Saúde da pessoa idosa.....	68
2.2.1.17 Saúde bucal.....	70
2.2.1.18 Saúde mental.....	75
2.2.1.19 Alimentação e nutrição.....	79
2.2.2 Cofinanciamento estadual da Atenção Básica.....	83
2.2.3 E-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).....	88
2.3 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR.....	90

2.3.1	Serviços especializados e regulação.....	90
2.3.1.1	SC Transplantes.....	90
2.3.1.2	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).....	93
2.3.1.3	Unidades de Pronto Atendimento (UPA).....	95
2.3.1.4	Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC).....	95
2.3.1.5	Anatomia patológica.....	100
2.3.1.6	Centro Catarinense de Reabilitação (CCR).....	101
2.3.1.7	Saúde da pessoa com deficiência (ATPCD).....	102
2.3.1.8	Complexos reguladores.....	105
2.3.1.9	Tratamento fora do domicílio (TFD).....	114
2.3.1.10	Telemedicina.....	116
2.3.2	Assistência hospitalar.....	119
2.4	VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	133
2.4.1	Vigilância epidemiológica.....	133
2.4.1.1	Mortalidade geral.....	133
2.4.1.2	Imunobiológicos.....	137
2.4.1.3	Doenças imunopreveníveis.....	141
2.4.1.4	Doenças diarreicas agudas (DDA).....	144
2.4.1.5	Zoonoses.....	145
2.4.1.6	Doenças e agravos.....	147
2.4.2	Vigilância Sanitária.....	170
2.4.2.1	Área de Saúde do Trabalhador.....	170
2.4.2.2	Área de Vigilância Ambiental.....	171
2.4.2.3	Situações de emergências e desastres.....	175
2.4.2.4	Área de vigilância de produtos e serviços de interesse em saúde.....	176
2.4.3	Laboratório Central de Saúde Pública.....	178
2.4.4	Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.....	183
2.5	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	188
2.5.1	Componente básico da Assistência Farmacêutica.....	190
2.5.2	Componente estratégico da Assistência Farmacêutica.....	191
2.5.3	Componente especializado da Assistência Farmacêutica.....	192
2.6	GESTÃO DO SUS.....	196
2.6.1	Planejamento da SES.....	196
2.6.2	Pacto pela Saúde e COAP.....	202

2.6.3	Programação em Saúde.....	203
2.6.4	Contratualização de serviços do SUS.....	205
2.6.5	Controle e avaliação.....	205
2.6.6	Auditoria.....	207
2.6.7	Compras e logística.....	209
2.6.8	Tecnologia da informação e governança eletrônica.....	211
2.6.9	Gestão de pessoas.....	213
2.6.10	Educação Permanente.....	219
2.6.10.1	Política de Educação Permanente em Saúde.....	221
2.6.10.2	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS- PNH.....	222
2.6.10.3	Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. Osvaldo de Oliveira Maciel.....	223
2.6.10.4	Escola de Formação em Saúde (EFOS).....	227
2.6.10.5	Residência médica.....	230
2.6.10.6	Residência multiprofissional.....	231
2.6.10.7	Programa Novos Valores.....	232
2.6.10.8	Atenção ao servidor.....	232
2.6.10.9	Estágio curricular obrigatório nas unidades de saúde.....	233
2.6.10.10	Serviço de atenção à solicitação de eventos.....	234
2.6.10.11	Programas de Provimento de profissionais de Saúde (Programa Mais Médicos e Provab).....	234
2.6.10.12	Ciência e tecnologia (C&T).....	235
2.6.11	Consultoria jurídica.....	237
2.6.12	Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	238
2.6.12.1	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	239
2.6.12.2	Rede Cegonha (RC).....	240
2.6.12.3	Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	241
2.6.12.4	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.....	241
2.6.12.5	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	241
2.6.13	Políticas de promoção da equidade em saúde.....	242
2.6.13.1	Populações indígenas no estado de Santa Catarina.....	242
2.6.13.2	Políticas de promoção da igualdade racial.....	249

3 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.....	250
3.1 EIXO ATENÇÃO BÁSICA.....	250
3.2 EIXO VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	251
3.3 EIXO ATENÇÃO EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR.....	253
3.4 EIXO GESTÃO DO SUS.....	254
3.5 EIXO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	257
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	258
REFERÊNCIAS.....	259
ANEXO	261

APRESENTAÇÃO

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

A Portaria Federal nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, apresenta o Plano de Saúde como um instrumento central de planejamento no âmbito da saúde, por englobar a definição e implementação de ações de saúde para o período de quatro anos, e conter respostas às necessidades de saúde da população.

Para continuar fortalecendo o direito à saúde de forma universal, integral e equânime é preciso intensificar as ações de planejamento; para tanto, o planejamento do Sistema Único de Saúde precisa ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada, e consiste na responsabilidade individual de cada um dos entes federados.

Realizar as ações de planejamento exige a participação e colaboração de inúmeras pessoas e setores, uma vez que, para a viabilização da saúde nos territórios, os instrumentos de planejamento do SUS precisam estar compatibilizados com os instrumentos de planejamento e orçamento do governo, ou seja, o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

Ainda, o incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas dá maior transparência e visibilidade às ações planejadas e pactuadas relativas aos instrumentos de gestão. Diante dessa perspectiva, quanto maior for o fortalecimento dos instrumentos de gestão da política pública de saúde, mais estaremos dando corpo ao Sistema Único de Saúde que tanto almejamos.

Diante dessa responsabilidade, utilizamos como método a convocação de um Grupo de Trabalho objetivando um amplo debate sobre as condições de saúde do povo catarinense, e os condicionantes e determinantes dessa saúde, bem como uma avaliação da gestão.

A partir da apresentação do diagnóstico e do debate com os participantes em seus setores, definimos os problemas prioritários a serem superados. Classificamos os problemas elencados por eixo e definimos diretrizes, objetivos e metas para cada um dos eixos. Essas metas se transformaram no caminho para a construção da Programação Anual de Saúde.

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

JOÃO PAULO KLEINUBING
Secretário de Estado da Saúde

1 INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde 2016-2019 (PES 2016-2019) baseia-se nas Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, nos ditames do Decreto Federal nº 7.508 de 2011, na Lei Complementar nº 141 de 2012 e na Portaria Federal nº 2.135 de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

A partir desse arcabouço legal sanitário, iniciou-se a elaboração do PES 2016-2019 no primeiro bimestre de 2015, a partir da Superintendência de Planejamento e Gestão (SUG).

No mês de fevereiro de 2015, a SUG constituiu um comitê com representantes da Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS, bem como das Gerências de Planejamento do SUS e de Planejamento, com o apoio institucional do Ministério da Saúde (MS). Naquele mês foram realizadas três reuniões, objetivando construir o método para a elaboração do PES.

O comitê definiu a criação de um Grupo de Trabalho para elaboração do PES 2016-2019, grupo este com representantes de todas as áreas da Secretaria de Estado da Saúde, das Gerências Regionais de Saúde, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde, de Instituições de Ensino e da Secretaria de Estado do Planejamento.

Definiu-se ainda que, para realizar a aproximação entre o Plano Plurianual (PPA) e o Plano Estadual de Saúde (PES) seriam unificados os eixos orientadores dos dois documentos, que no caso do PPA se apresentavam como Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica; esses eixos foram também elencados para o PES.

Outro ponto acordado para a metodologia do plano consistiu em intensificar o fortalecimento das ações nas dezesseis Regiões de Saúde, favorecendo a pactuação regional, e em alocar as propostas oriundas da 7ª Conferência Estadual de Saúde nos cinco eixos.

Na segunda quinzena de março foi realizada a primeira reunião de trabalho, para a qual foram convidados os setores e as instituições, sendo apresentada e validada a proposta de metodologia de elaboração do plano; foi também solicitado a todos que definissem nomes dos representantes para a formalização do Grupo de Trabalho. Ainda nessa reunião, foram nivelados os conhecimentos em relação aos conceitos do Plano Estadual de Saúde e do Plano Plurianual, demonstrando a importância de ambos, e pactuadas as datas das reuniões subsequentes e da apresentação dos produtos. Para formalizar o grupo, houve a publicação da Portaria Estadual nº 249 de 07 de abril de 2015, anexa a este documento, publicada no Diário Oficial do Estado de Santa Catarina nº 20.043 do dia 22 de abril de 2015.

Entre março e maio, os trabalhos foram realizados no intuito de construir o diagnóstico de cada área, com classificação e priorização dos problemas segundo os eixos orientadores; foi elaborada uma planilha com problemas classificados e priorizados conforme os eixos orientadores de cada área por Região de Saúde.

Nessa fase foram apresentados, no total de todas as áreas, 269 problemas, sendo 49 do eixo da Atenção Básica, 85 do eixo da Gestão do SUS, 07 do eixo da Assistência Farmacêutica, 38 do eixo da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, e 43 do eixo da Vigilância em Saúde, sendo que 47 problemas se encaixavam em mais de um eixo, com necessidade de uma discussão mais ampla a seu respeito.

Ainda nessa fase, dentro de cada eixo foram também apresentadas ações de enfrentamento, sendo 135 ações para o eixo da Atenção Básica, 144 para o eixo da Gestão do SUS, 08 para o eixo da Assistência Farmacêutica, 45 para o eixo da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, 167 para o eixo da Vigilância em Saúde, e 85 para problemas que se encaixaram em mais de um eixo.

No período compreendido entre os meses de junho e setembro, realizou-se a alocação dos problemas em diretrizes, objetivos e metas dentro dos cinco eixos. Iniciou-se essa alocação a partir de diretrizes, objetivos e metas do Sistema de Informação do Ministério da Saúde (Sispecto) e, no caso de não haver relação entre a ação e o Sispecto, buscaram-se no PES 2012-2015 as diretrizes, os objetivos e as metas que se mostrassem pertinentes.

Os problemas que perpassavam mais de um eixo foram alocados em todos os eixos relacionados, apresentando as ações pertinentes a cada eixo. Problemas internos da gestão, como a inexistência/inadequação de recursos materiais, o número de trabalhadores de saúde e as dificuldades de fluxos, foram aglutinados e condensados no eixo da Gestão do SUS, bem como as dificuldades apresentadas pelas Gerências de Saúde foram condensadas em um único documento e também apresentadas no eixo da Gestão do SUS.

Diante desse método, constituiu-se um documento com as diretrizes, os objetivos e as metas, a partir dos cinco eixos, que precisavam ser validados e pactuados pelo Grupo de Trabalho para a posterior apresentação do produto ao Conselho Estadual de Saúde.

Com a mudança de alguns cargos diretivos na SES, entre eles os de Superintendente de Planejamento e Gestão e de Gerente de Planejamento, foi apresentado o estado da arte dos trabalhos relativos ao PES, sendo solicitado e realizado um cronograma de reuniões de qualificação das informações por eixo, na segunda quinzena de agosto e primeira quinzena de setembro, com a presença dos representantes de setores inerentes a cada eixo.

Entre os dias 26 de agosto e 08 de setembro, foram realizadas as reuniões de validação dos eixos Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica, efetuando-se ajustes e realizando-se a apresentação do documento final.

Na segunda quinzena de outubro foi realizada a validação dos trabalhos relativos às diretrizes, aos objetivos e às metas, e apresentada a inclusão das propostas da 7ª Conferência Estadual de Saúde.

Sendo o Plano Estadual de Saúde o documento que apresenta os compromissos do governo para o setor saúde, central no processo de planejamento, necessário para a promoção da equidade inter-regional, muitas dificuldades precisaram ser superadas.

É notória e amplamente propalada a fragmentação das ações e dos serviços dentro das estruturas de saúde, concretizando-se na dificuldade de elaboração de ações por parte de gerências e setores. Para minimizar essa fragilidade, as reuniões por eixo foram essenciais, buscando o entendimento e a pactuação de ações que favorecessem a construção coletiva e a troca de informações entre os setores.

Organizar didaticamente o diagnóstico de saúde em cinco eixos, nos quais as ações se entrelaçam e precisam constituir um trabalho em Rede de Atenção à Saúde, mostrou-se como outro desafio a ser superado, demonstrando na prática o grande desafio de trabalhar as redes em nosso estado.

Diante do exposto, o presente plano tem o propósito de continuar realizando as ações em saúde que vêm sendo desenvolvidas com primazia, bem como, por meio de constante pactuação solidária e constante reflexão, fortalecer ações que se apresentam frágeis nos territórios.

2 ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 PERFIL ECONÔMICO SOCIODEMOGRÁFICO DE SANTA CATARINA

Santa Catarina é um dos três estados pertencentes à região sul do Brasil, conforme a Figura 1. Suas dimensões territoriais abrangem uma área de 95.346,181 km², sendo em extensão territorial o 20º menor estado entre os 26 estados brasileiros. Tem apenas 3,27% da população do país.

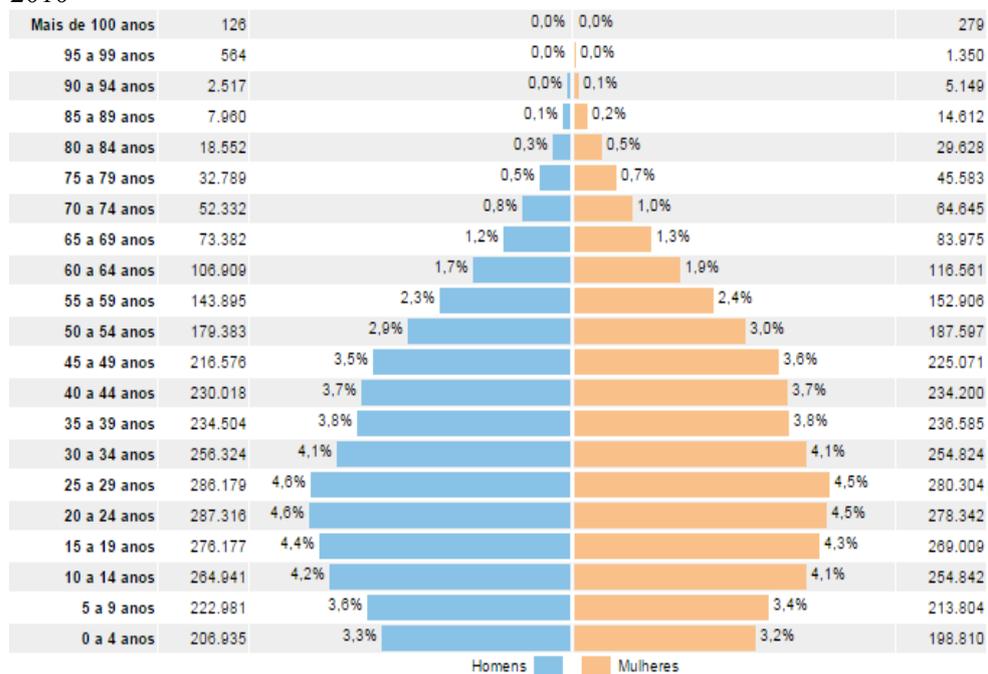
Figura 1 – Localização de Santa Catarina no Brasil



Fonte: Google Mapas, 2015.

O último censo demográfico brasileiro (2010) revelou que Santa Catarina tem 6.248.436 habitantes distribuídos em 295 municípios, cuja densidade demográfica é de 65,27 hab./km². Na Figura 2 apresenta-se a Pirâmide Populacional do estado segundo o Censo 2010.

Figura 2 – Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade em Santa Catarina, em 2010



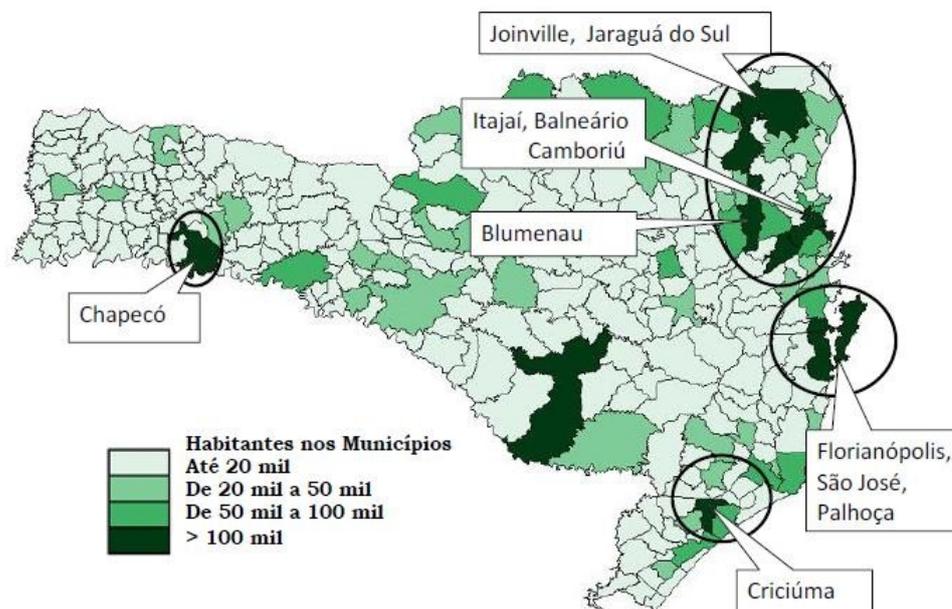
Fonte: IBGE, 2011.

O crescimento demográfico em Santa Catarina é de 1,57% ao ano e a maioria da população reside em áreas urbanas (84%). O Censo 2010 concluiu que 50,4% da população residente é do sexo feminino e que 4,1% da população feminina se encontra na faixa dos 10 aos 14 anos. O estado possui 202.452 pessoas analfabetas e, em comparação com os achados do Censo de 2000, houve um decréscimo de 2,2% no número de pessoas com 15 anos ou mais que não sabem ler e escrever.

O censo demográfico de 2010 registrou 293 municípios em Santa Catarina; porém, com a emancipação de Pescaria Brava e Balneário Rincão em 2013, o estado passou a ter 295 municípios.

A grande maioria dos municípios são de pequeno porte, ou seja, de até 20.000 habitantes, porém encontramos áreas com densidade demográfica superior a 200 habitantes por km, as quais são apresentadas nas áreas circuladas da Figura 3, que contêm mais de um município.

Figura 3 – Distribuição populacional esquemática nos municípios de Santa Catarina, por faixas, com áreas de densidade demográfica superior a 200 hab./km²



Fonte: SUR, SES/SC, 2013, a partir de IBGE, 2010.

A atividade econômica de Santa Catarina pode ser caracterizada pela divisão em polos: agroindustrial (Oeste), eletrometalmecânico (Norte), madeireiro (Planalto e Serra), têxtil (Vale do Itajaí), mineral (Sul), tecnológico (Capital) e turístico (distribuído em praticamente todo o estado). Tal concentração não impede que muitas cidades e regiões desenvolvam especialidades diferentes, fortalecendo outros segmentos.

O polo Agroindustrial envolve mais de 3,7 mil indústrias, que empregam 100 mil pessoas e concentram a maior parte da produção de alimentos do estado. O complexo agroindustrial responde por 38,3% das exportações catarinenses. São quase US\$ 1 bilhão anuais em carnes de frango e suínos.

Santa Catarina abriga o maior parque moveleiro da América Latina, gerando postos de trabalho para 82 mil pessoas e atingindo exportações que ultrapassam a casa dos US\$ 800 milhões anuais – quase um quarto do total comercializado por Santa Catarina.

O polo Eletrometalmecânico é formado por mais de 5,3 mil indústrias. Responsável por 24,8% das transações internacionais do estado, contribui com cerca de US\$ 700 milhões para a sua balança comercial. Conta com 112 mil empregados.

O estado possui também a maior concentração de indústrias do setor têxtil na América Latina, com 8.321 estabelecimentos. O segmento exporta acima de US\$ 260 milhões

(3,2% do volume estadual) e, dos setores industriais, é o que emprega o maior número de pessoas – em torno de 155 mil.

Os segmentos carbonífero e cerâmico juntos têm mais de 2.100 empresas e representam 5,8% das exportações estaduais (US\$ 141 milhões). Das indústrias de cerâmica catarinenses saem 60% da produção brasileira de pisos e revestimentos. Com quase 47% do total nacional, Santa Catarina é também o maior produtor de carvão mineral do país.

Santa Catarina possui mais de 1.600 empresas de tecnologia, que faturam R\$ 1 bilhão ao ano e empregam 16,8 mil trabalhadores. Grande parte do setor está concentrada em Blumenau, Florianópolis e Joinville.

No setor pesqueiro, segundo levantamento de 2005 da Associação Brasileira de Construtores de Barcos, existem oficialmente 41 estaleiros de barcos de pesca, com 2,2 mil empregados. A pesca artesanal envolve 6,1 mil embarcações e 25 mil pescadores, que capturam 21 mil toneladas de pescado, movimentando R\$ 95 milhões. Estão registradas 12,6 mil embarcações de pesca, 748 de passageiros, 14,7 mil de esporte e recreio, 58 marinas e iate clubes e 49 oficinas de náutica e lojas.

Os municípios catarinenses recebem no verão, em média, 4,3 milhões de turistas, incluindo os 500 mil catarinenses que viajam dentro do próprio estado, e arrecadam em torno de US\$ 1,5 bilhão. Há dois mil meios de hospedagem instalados, com capacidade de 280 mil leitos. O setor gera 300 mil empregos diretos e indiretos. Os municípios que mais atraem visitantes são Florianópolis, Balneário Camboriú, Blumenau e Joinville, mas os atrativos turísticos estão distribuídos por todo o estado.

O trabalho familiar em pequenas propriedades é a característica típica do agronegócio em Santa Catarina, que responde por 20% do produto interno bruto (PIB) estadual e por 6,4% do setor no país. Quase não há ocorrência de modalidades como arrendamento e parcerias, comuns em outras regiões, nas quais a posse da terra é mais concentrada e há alta incidência de latifúndios.

Santa Catarina é um dos maiores produtores e exportadores de suínos e frangos do Brasil. O sucesso dessas atividades se deve a um eficiente sistema de integração entre empresas agroindustriais e produtores rurais. O estado é também o maior produtor nacional de ostras e mexilhões cultivados. A atividade envolve cerca de mil famílias, resultando em cerca de seis mil empregos diretos e indiretos. A área total de criação atinge 900 hectares, divididos em 12 parques aquícolas. Mais de 90% da produção brasileira saem de águas catarinenses, em um volume anual de cerca de 15 milhões de toneladas.

Tanto a saúde quanto a educação são linhas mestras para a formação de uma sociedade e ambas estão completamente relacionadas. Ao longo dos anos, tem-se observado no estado a sua valorização, com melhorias no campo da tecnologia/saúde e educação.

É incontestável que o desenvolvimento social, político e econômico de um país está diretamente relacionado à educação do seu povo. Assim, o avanço desse campo tem sido fundamental para a ascensão social, para melhorias relacionadas ao aumento da renda individual e/ou familiar e, conseqüentemente, para atingir melhores níveis de saúde e qualidade de vida das pessoas.

Nesse sentido, podemos dizer que os dados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgados pelo IBGE em 2013, e dos últimos censos demográficos do IBGE têm sido estimulantes para o setor da educação.

Dentre todas as variáveis citadas durante o estudo, duas serão evidenciadas: o analfabetismo na população de 15 anos ou mais, e a distribuição da população por nível de escolaridade com 15 anos ou mais no Brasil e nos estados da região sul.

As taxas de analfabetismo nos últimos períodos censitários (Censos de 2000 e 2010) exibem uma queda no índice nacional, bem como para todas as regiões do país. Em 2000, o número de analfabetos com 15 anos ou mais de idade correspondia a 12,8% da população brasileira; já em 2010, é constatado através do censo demográfico que esses valores foram reduzidos para 9,4%, o que representa uma redução de 26,6% na taxa nacional.

A Tabela 1 e Tabela 2 demonstram que, dentre as regiões do país, a que apresenta maior redução da taxa de analfabetismo é a Centro-Oeste, com 30,69%, seguida das regiões Sudeste, com 30,26%; Sul, com 29,58%; Norte, com 28,85% e, finalmente, a Nordeste, com 25,4%. No mesmo sentido dos valores apresentados, Santa Catarina apresenta uma redução de 31,03%, superando a média nacional.

Tabela 1 – Indicador educacional: taxa de analfabetismo da população com idade de 15 anos ou mais, segundo as regiões do Brasil e os estados da região sul, em 2013

REGIÃO/UF	% NA POPULAÇÃO DE 15 ANOS E MAIS - 2010					
	TAXA DE ANALFABETISMO 2000			TAXA DE ANALFABETISMO 2010		
	TOTAL	MASCULINA	FEMININA	TOTAL	MASCULINA	FEMININA
NORTE	15,6	16,1	15	11,1	11,9	10,3
NORDESTE	24,8	26,6	23,1	18,5	20,3	16,9
SUDESTE	7,6	6,7	8,4	5,3	4,9	5,7
SUL	7,1	6,3	8	5	4,5	5,4
PARANÁ	8,9	7,4	10,4	6,1	5,3	6,9
SANTA CATARINA	5,8	5,2	6,4	4	3,7	4,3
RIO GRANDE DO SUL	6,2	5,8	6,6	4,4	4,2	4,6
CENTRO- OESTE	10,1	9,9	10,2	7	6,7	6,9
BRASIL	12,8	12,8	12,8	9,4	9,7	9,1

Fonte: IBGE. Censos demográficos 1991, 2000 e 2010.

Outra fonte de informação tão importante quanto as citadas anteriormente são os Indicadores de Dados Básicos (IDB) que, como o próprio nome define, são um conjunto de indicadores que apresentam informações de mortalidade, morbidade, fatores de risco e de proteção, recurso e cobertura, além de dados demográficos e socioeconômicos e outros detalhamentos. De acordo com os IDB e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), ambos para o ano de 2013, o índice de analfabetismo nacional foi de 8,5%. Seguindo a tendência dos resultados gerais do Brasil, a região Sul, bem como o estado de Santa Catarina, apresentaram uma diminuição expressiva nesse índice. Dentre os estados da região sul, Santa Catarina destaca-se com as menores taxas de analfabetismo (3,5%) e, entre as unidades da federação, apresenta o 2º (segundo) lugar, perdendo apenas para o Distrito Federal.

Tabela 2 – Síntese do indicador de nível educacional taxa de analfabetismo da população brasileira maior de 15 anos, distribuído por regiões, segundo o IDB 2013

REGIÃO/UF	% NA POPULAÇÃO DE 15 ANOS E MAIS - 2013		
	TAXA DE ANALFABETISMO		
	TOTAL	MASCULINA	FEMININA
NORTE	9,5	10,2	8,9
NORDESTE	16,9	18,6	15,5
SUDESTE	4,8	4,4	5,1
SUL	4,6	4,3	4,8
PARANÁ	5,3	4,8	5,8
SANTA CATARINA	3,5	3,1	3,9
RIO GRANDE DO SUL	4,4	4,5	4,4
CENTRO - OESTE	6,5	6,7	6,4
BRASIL	8,5	8,8	8,2

Fonte: IDB 2013

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2004-2013

Além do processo de contínua evolução que o indicador de alfabetização na população de 15 anos ou mais tem apresentado, destacamos o aumento do percentual de indivíduos com oito anos ou mais de escolaridade. No período de 2011, Santa Catarina apresentava uma distribuição de 64,37% de indivíduos nesse nível de escolaridade; já em 2013 essa taxa se elevou para 65,39%. Dentre os percentuais dos estados da região Sul, bem como no cenário nacional, Santa Catarina é o que mantém as taxas mais elevadas para essa faixa de escolaridade. Os dados crescentes indicam que há investimento e interesse por parte da população e do governo na redução do abandono dos bancos escolares; tem havido aumento no número de jovens que chegam aos níveis médios de escolaridade, com possibilidades de investimentos em cursos técnicos e universitários.

Após essa breve análise sociodemográfica do estado, apresentaremos a sua organização administrativa.

Em relação a seu mapa administrativo, a Lei Complementar Estadual nº 381, de 07 de maio de 2007, definiu a divisão geográfica do território catarinense, e a Lei Complementar Estadual nº 534/11 criou 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR) localizadas em cidades-polo, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR) de Santa Catarina correspondentes às 36 regiões de descentralização administrativa

1ª SDR São Miguel d'Oeste	10ª SDR Caçador	19ª SDR Laguna	28ª SDR São Joaquim
2ª SDR Maravilha	11ª SDR Curitiba	20ª SDR Tubarão	29ª SDR Palmitos
3ª SDR São Lourenço d'Oeste	12ª SDR Rio do Sul	21ª SDR Criciúma	30ª SDR Dionísio Cerqueira
4ª SDR Chapecó	13ª SDR Ituporanga	22ª SDR Araranguá	31ª SDR Itapiranga
5ª SDR Xanxerê	14ª SDR Ibirama	23ª SDR Joinville	32ª SDR Quilombo
6ª SDR Concórdia	15ª SDR Blumenau	24ª SDR Jaraguá Sul	33ª SDR Seara
7ª SDR Joaçaba	16ª SDR Brusque	25ª SDR Mafra	34ª SDR Taió
8ª SDR Campos Novos	17ª SDR Itajaí	26ª SDR Canoinhas	35ª SDR Timbó
9ª SDR Videira	18ª SDR Grande Florianópolis	27ª SDR Lages	36ª SDR Braço do Norte

Fonte: SES/SC, 2012.

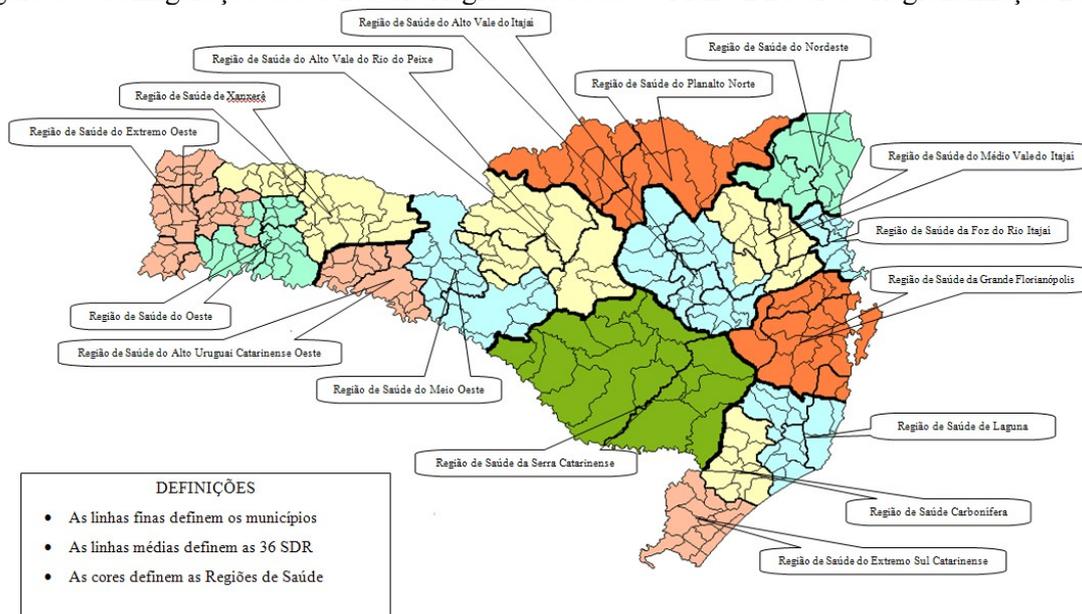
Cada SDR possui uma Gerência de Saúde que deve representar o Governo do Estado no âmbito da respectiva região, promovendo a compatibilização do planejamento regional com as metas do Governo do Estado e com as necessidades da região.

As Gerências de Saúde possuem subordinação administrativa à respectiva Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional, ficando submetidas à orientação normativa, ao controle técnico e à fiscalização da Secretaria de Estado da Saúde.

Ao considerarmos a legislação de saúde, com a publicação do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, da Presidência da República, torna-se necessária a constituição de Regiões de Saúde.

A Comissão Intergestores Bipartite, por meio da Deliberação 457/CIB/12, aprova a configuração e denominação das dezesseis Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina, como mostrado na Figura 4, de acordo com o art. 4º da Deliberação nº 348/CIB/2012 e o Decreto Federal nº 7508 de 28 de junho de 2011.

Figura 4 – Configuração das dezesseis Regiões de Saúde – Plano Diretor de Regionalização 2012



Fonte: Gerência de Planejamento do SUS/SES, 2015.

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

O desenho da Rede de Atenção à Saúde foi feito com a combinação de quantidade e qualidade dos serviços, bem como de condições de acesso. A situação ideal é obtida pela concomitância de acesso dos usuários a serviços de saúde de qualidade, produzidos com os

benefícios de economias de escala. Quando houver conflito entre quantidade (escala) e acessibilidade, como acontece em regiões de baixa densidade demográfica, deve prevalecer o critério do acesso.

A Rede de Atenção à Saúde tem como elementos constitutivos a população adstrita, e o modelo de atenção que organiza o seu funcionamento articulando os componentes, as intervenções sanitárias, a população e a estrutura operacional. Esta última é estruturada por cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação (concentrado na Atenção Primária à Saúde); os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e a governança das redes.

Para a constituição dessas redes é necessário realizar um diagnóstico da existência e/ou suficiência tecnológica com vistas à oferta de serviços necessários à conformação dos módulos assistenciais e da qualificação das regionais de saúde, investindo recursos financeiros nesse sentido, por meio do Plano Diretor de Investimento (PDI).

O PDI tem por objetivo direcionar os recursos de investimentos para a construção de redes assistenciais de saúde, de forma que estas possam tornar-se resolutivas e coerentes; porém, atualmente a SES não possui um Plano Diretor de Investimento aprovado.

Diante do exposto, tornam-se necessários a institucionalização e o fortalecimento das áreas de planejamento tanto no âmbito da SES quanto nas secretarias municipais, facilitando a realização de um trabalho sistemático e de articulação entre as áreas técnicas que proporcione a visualização do todo, diminuindo a segmentação e aumentando a eficiência do serviço, desenvolvendo planos operativos de diversas redes de atenção à saúde com o objetivo de organizar e implantar a Atenção à Saúde no estado de Santa Catarina.

2.2 ATENÇÃO BÁSICA

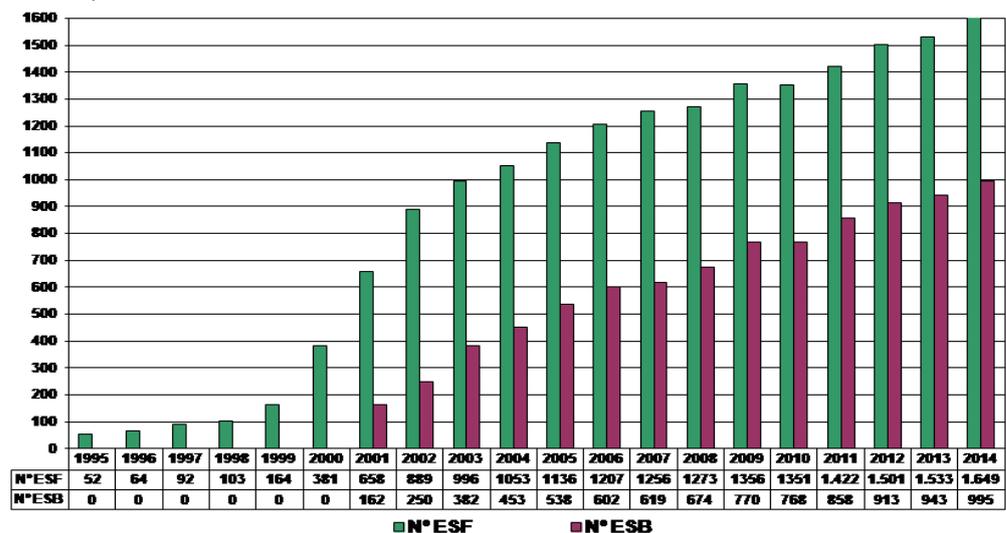
2.2.1 Organização da Atenção

Com base nas leis orgânicas de saúde, nas portarias e normas ministeriais, bem como em algumas experiências de caráter estadual, apresentamos a seguir um breve diagnóstico da Atenção Básica em Santa Catarina.

As atribuições e competências da Atenção Básica (AB) no âmbito estadual são definidas pela Portaria nº 2.488 de 2011, que aprovou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

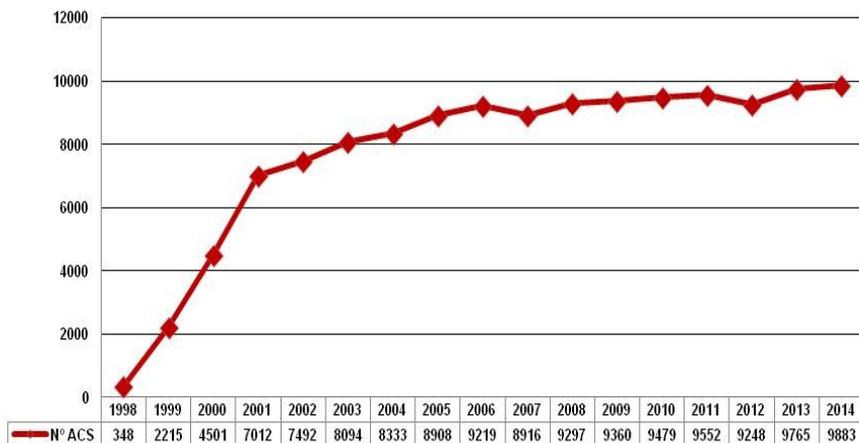
A implantação das equipes de Saúde da Família e de ACS teve início no estado em 1995, e a das equipes de Saúde Bucal (ESB), em 2001. As Figuras 5 e 6 apresentam a evolução do número de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e de ACS até 2014.

Figura 5 – Evolução do número de equipes Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal em Santa Catarina, de 1995 a 2014



Fonte: DAB/MS/GEABS/SES/SC, 2015.

Figura 6 – Evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Santa Catarina, de 1998 a 2014

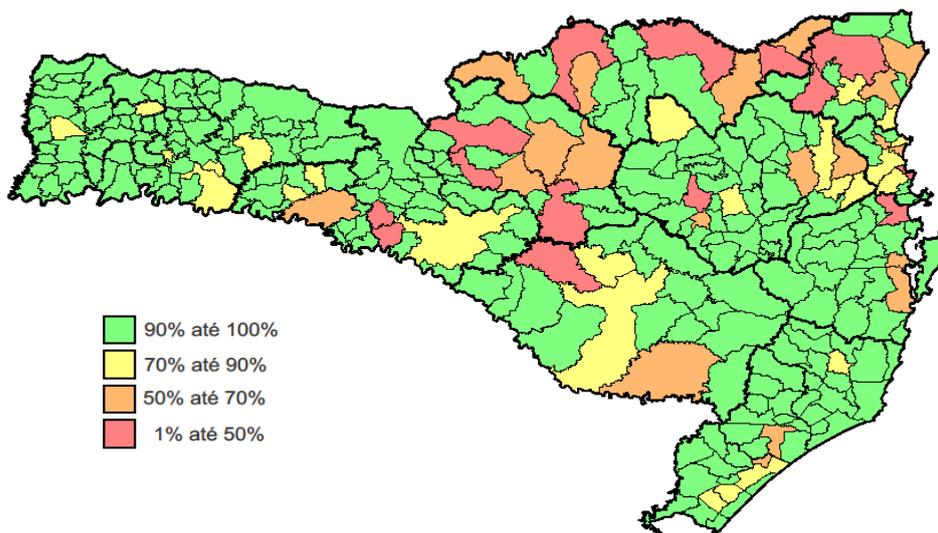


Fonte: DAB/MS/GEABS/SES/SC, 2015.

Em 2014, a cobertura populacional da ESF era de 79,0% e a de Saúde Bucal na ESF, de 48,8%. A ESF está presente em todos os municípios de SC. Destes, 215 municípios (72,9%) possuem 100% de cobertura da ESF. Nos municípios acima de 100 mil habitantes, três municípios têm cobertura da ESF inferior a 50%: Joinville (38,0%), Balneário Camboriú (42,6%) e Jaraguá do Sul (48,8%).

A Figura 7 apresenta os municípios segundo a sua faixa de cobertura populacional.

Figura 7 – Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina, em 2014

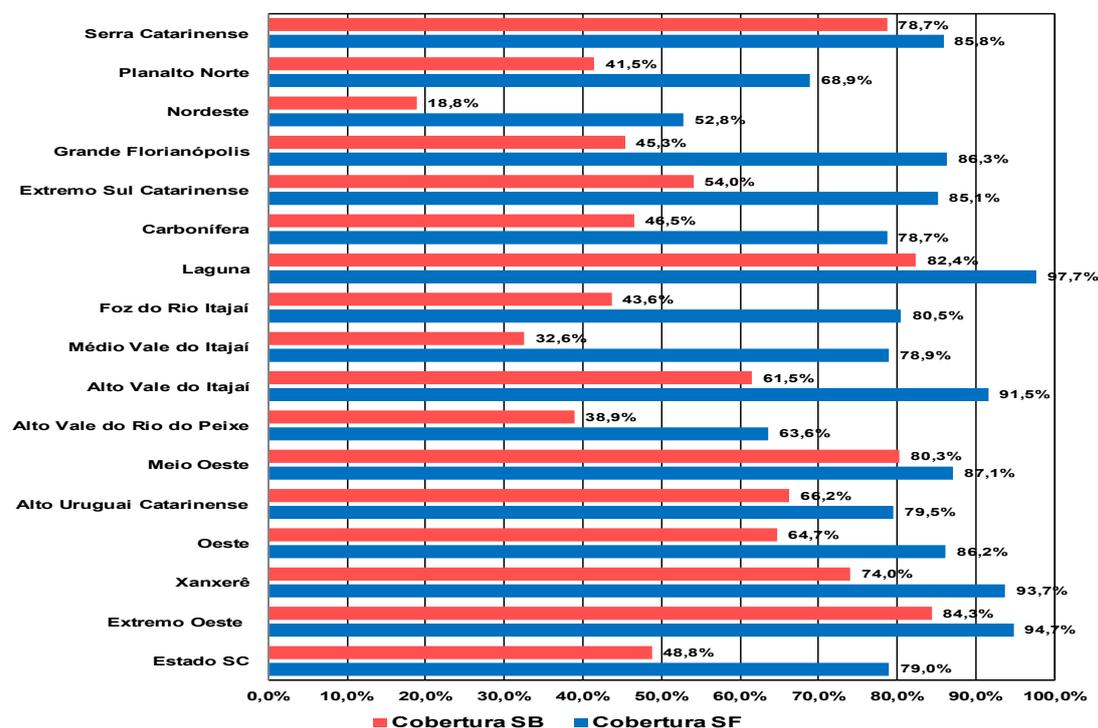


Fonte: GEABS/SES/SC, 2015.

A cobertura populacional das equipes de ESF e de ESB por Região de Saúde é apresentada na Figura 8. Fica evidente a necessidade de ampliação das equipes de Saúde

Bucal em todas as Regiões de Saúde. Houve maior ampliação nas Regiões de Saúde Serra Catarinense, Extremo Oeste e Meio Oeste.

Figura 8 – Cobertura populacional de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, segundo Regiões de Saúde em Santa Catarina, em 2014



Fonte: DAB/MS; GEABS/SES/SC, 2015.

Embora a cobertura de SF no estado seja de 79,0%, a cobertura de AB atinge 86,8%, contribuindo para a melhoria do acesso. Na maioria das Regiões de Saúde, a cobertura da SF se aproxima da cobertura de AB. No entanto, nas Regiões de Saúde Planalto Norte, Nordeste e Alto Vale do Rio do Peixe evidencia-se menor cobertura da ESF.

Mesmo com a expansão da ESF e da AB no estado, persistem desafios. Destaca-se a necessidade de qualificação da AB para ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de capacidade efetiva de gestão do cuidado, bem como da articulação e do suporte com outros pontos de atenção. Outro desafio a ser enfrentado pela AB é a frequente rotatividade dos profissionais das equipes, que impede o cumprimento dos princípios de longitudinalidade e vinculação, bem como do seu papel enquanto ordenadoras da Rede de Atenção à Saúde.

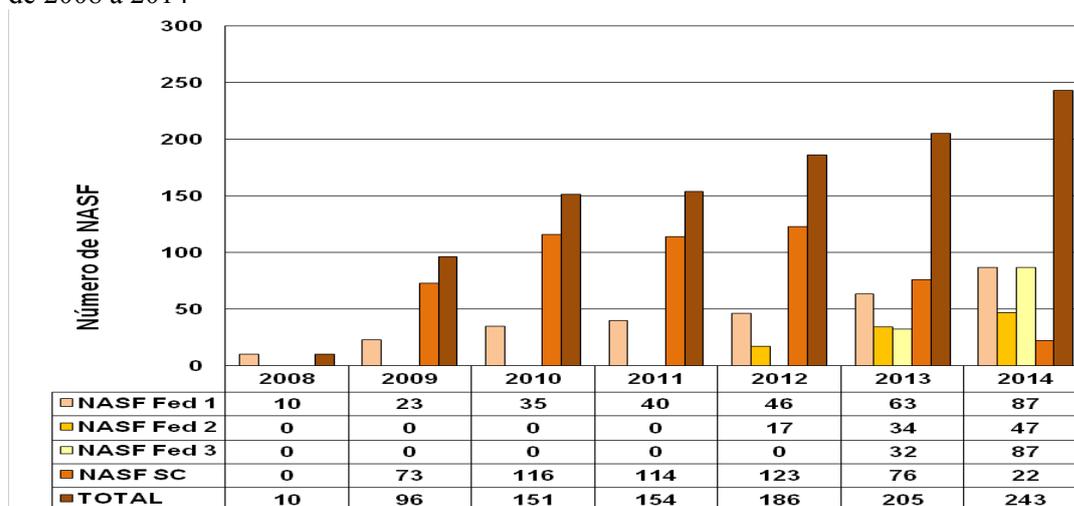
2.2.1.1 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Os NASF são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes formações ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada apoiando as equipes de SF e as equipes de AB para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas, fluviais etc.).

Os NASF constituem-se em retaguarda especializada para as equipes de AB/Saúde da Família e desenvolvem trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica; porém, ainda existe a dificuldade de compreensão por parte dos gestores e das equipes dessas dimensões.

A partir do ano de 2009, o estado criou o NASF SC, para financiar os 230 municípios não contemplados nas portarias ministeriais na constituição de equipes. Na Figura 9, consta a evolução no número de equipes NASF em SC.

Figura 9 – Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Santa Catarina, de 2008 a 2014



Fonte: DAB/MS; GEABS/SES/SC, 2015.

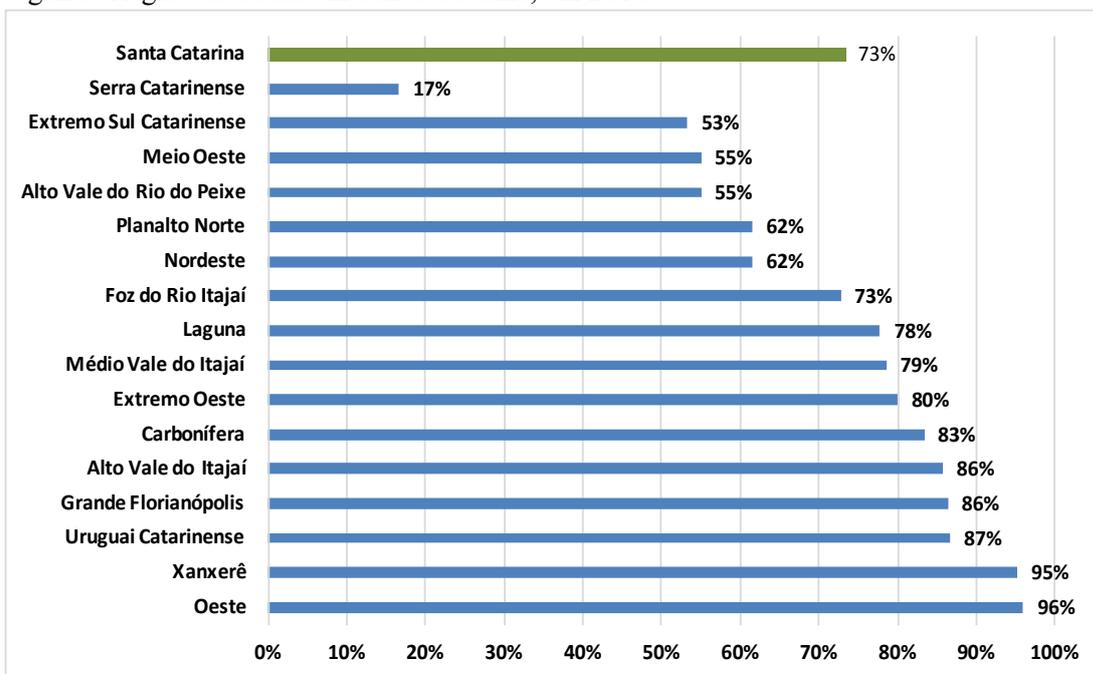
Observa-se crescimento de NASF na modalidade 1 (municípios com cinco ou mais equipes de SF). As equipes de NASF modalidade 2 vão para municípios que possuem de 3 a 4 equipes de SF, não sendo possível a implantação de mais de uma equipe nessa modalidade por município.

A equipe de NASF modalidade 3 aparece com uma evolução significativa, considerando que o estado possui 172 municípios com menos de 10.000 habitantes. O declínio na evolução do NASF SC deve-se à sua transferência para a modalidade 3 federal. Permanece como desafio a necessidade de qualificação da gestão municipal e das equipes, tanto na apreensão do papel dos NASF quanto do seu processo de trabalho.

Ressalta-se que o estado, por meio das deliberações 267/CIB/12 e 440/CIB/13, fez a opção de financiar o NASF SC até o seu credenciamento pelo MS, e implantou o cofinanciamento para o NASF federal nas modalidades 1, 2 e 3. Tal ação objetiva contribuiu

para o fortalecimento da gestão municipal no enfrentamento das necessidades de saúde da população.

Figura 10 – Proporção de municípios que possuem Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) segundo Região de Saúde em Santa Catarina, em 2014



Fonte: DAB/MS; GEABS/SES/SC, 2015.

O estado possui 243 NASF implantados em 236 municípios. Em algumas Regiões de Saúde evidencia-se a necessidade de ampliação de equipes NASF (Serra Catarinense, Extremo Sul Catarinense, Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Planalto Norte e Nordeste), uma vez que elas têm cobertura inferior à média estadual, como mostra a Figura 10.

2.2.1.2 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB)

No primeiro ciclo, no período de 2011/2012, 88% dos municípios aderiram ao programa, totalizando 258 municípios e 1.107 equipes. No segundo ciclo, no período de 2013/2014, 99,3% dos municípios realizaram a adesão ao programa, totalizando 293 municípios e 1.471 equipes, dado que pode ser considerado como 100% de adesão dos municípios, uma vez que os dois novos municípios do estado (Balneário Rincão e Pescaria Brava) realizaram a adesão de suas equipes pelos municípios de origem.

Após uma avaliação externa, as equipes no PMAQ receberam uma certificação segundo o seu desempenho, baseada em três eixos de avaliação: autoavaliação, monitoramento dos indicadores e avaliação externa.

Tabela 3 – Comparativo dos resultados de desempenho das equipes de AB e SB nos 1º e 2º ciclos do PMAQ em Santa Catarina, em 2012 e 2014

DESEMPENHO	Equipes de AB				Equipes de SB		
	Ciclo 1º		Ciclo 2º		Ciclo 1º		Ciclo 2º
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Muito acima da média	341	30,8	524	35,62	-	271	31,01
Acima da média	520	46,97	579	39,36	-	320	36,61
Mediano ou abaixo da média	240	21,68	362	24,61	-	246	28,15
Insatisfatório	2	0,18	2	0,14	-	15	1,72
Desclassificado	4	0,36	4	0,27	-	22	2,52
Total	1107	100	1471	100	-	874	100

(*) Sem equipes certificadas

Fonte: DAB/MS, 2015.

No 1º ciclo, o desempenho no processo avaliativo das equipes de SB foi igual ao da equipe de AB; no 2º ciclo, o desempenho nesse componente da certificação foi calculado considerando cada equipe separadamente (SB e AB).

Conforme a Tabela 3, em SC, a maior parte das equipes de AB e SB receberam o conceito acima da média no 1º e no 2º ciclos. E no 2º ciclo houve aumento das equipes com desempenho muito acima da média. Ressalta-se que 25% das equipes de AB e 32% das equipes de SB apresentaram avaliação mediana ou abaixo da média no 2º ciclo.

Das 84 equipes NASF federal que aderiram ao PMAQ, em torno de 40% apresentaram resultado mediano ou abaixo da média, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Resultado do desempenho do NASF no 2º ciclo do PMAQ em Santa Catarina, em 2014

DESEMPENHO	Equipes NASF	
	Ciclo 2º	
	Nº	%
Muito acima da média	18	21,43
Acima da média	31	36,9
Mediano ou abaixo da média	33	39,29
Insatisfatório	0	0
Desclassificado	2	2,38
Total	84	100

Fonte: DAB/MS, 2015.

2.2.1.3 Programa Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

O programa é composto por equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo 1 e tipo 2, e equipe multiprofissional de apoio (EMAP). A Tabela 5 apresenta o número de equipes habilitadas e implantadas em Santa Catarina.

Tabela 5 – Número de equipes de Atenção Domiciliar segundo o tipo em Santa Catarina, em 2014

Tipo de equipe	Equipes habilitadas	Equipes implantadas
EMAD tipo 1	22	9
EMAD tipo 2	4	3
EMAP	13	4
Total	39	16

Fonte: DAB/MS, 2015.

Dos 64 municípios elegíveis, estão implantadas equipes de Atenção Domiciliar em apenas 14. Observa-se a necessidade de aumento dessas equipes com a finalidade de reduzir e/ou evitar internações hospitalares.

2.2.1.4 Consultórios na Rua

Consistem em equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral à saúde para a população em situação de rua. Em Santa Catarina, o panorama de implantação dos Consultórios na Rua está demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 – Número de equipes de Consultório na Rua, segundo modalidade e local em Santa Catarina, em 2014

Município	Equipe Credenciada	CR	Equipe Implantada	CR	Modalidade de equipe CR
CRICIÚMA	1		1		II
FLORIANÓPOLIS	1		0		I
JOINVILLE	1		1		I
Total	3		2		

Fonte: DAB/MS, 2015.

São elegíveis todos os municípios acima de 100 mil habitantes. Os demais municípios que tenham interesse em implantar equipes de Consultório na Rua devem justificar a existência de no mínimo 80 pessoas em situação de rua. Observa-se a necessidade de aumento dessas equipes com a finalidade de aumentar a atenção integral à saúde para a população em situação de rua.

2.2.1.5 Programa Academia da Saúde

Vemos que até o ano de 2013 foram habilitados 147 polos do programa, distribuídos nas Regiões de Saúde conforme a Tabela 7.

Tabela 7 – Polos de Academia da Saúde habilitados por Região de Saúde em Santa Catarina, de 2011 a 2013

REGIÃO DE SAÚDE	2011	2012	2013	TOTAL
Xanxerê	11	3	2	16
Alto Vale do Rio do Peixe	8	0	6	14
Oeste	12	0	1	13
Extremo Oeste	8	2	2	12
Meio Oeste	4	3	5	12
Alto Vale do Itajaí	5	0	6	11
Nordeste	2	4	4	10
Extremo Sul	5	0	3	8
Planalto Norte	8	0	0	8
Serra Catarinense	4	1	3	8
Grande Florianópolis	5	1	1	7
Foz do Rio Itajaí	4	0	4	6
Laguna	3	3	0	6
Médio Vale do Itajaí	4	0	2	6
Alto Uruguai Catarinense	3	1	0	4
Carbonífera	2	1	1	4
TOTAL	88	19	40	147

Fonte: CGDANT/DANTPS/SVS/MS, 2015.

Dos 295 municípios do estado, 123 possuem 147 polos de Academia de Saúde habilitados. Ressalta-se que no ano de 2014 não houve publicação de portaria para nova habilitação, contudo há polos em fase de implantação.

2.2.1.6 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp)

O estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, firmou o termo de adesão ao Pnaisp, aprovado conforme a portaria nº 1.971 de 12 de setembro de 2014. O sistema prisional de Santa Catarina está representado, conforme o Plano de Ação Estadual do Pnaisp de 25 de junho de 2014, por 47 municípios, em um total de 505 unidades. Realizaram adesão e aguardam habilitação Araranguá, Brusque, Campos Novos, Tijucas, Criciúma, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages, Rio do Sul, São Joaquim, São Miguel do Oeste, São Pedro de Alcântara, Laguna, Itajaí, Porto União, Mafra, São Cristóvão do Sul e Concórdia.

2.2.1.7 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC)

Estão cadastrados 151 estabelecimentos de saúde que ofertam esses serviços e, conforme o resultado do segundo ciclo do PMAQ, temos 430 equipes que realizam alguma atividade de PIC. Isso demonstra a fragilidade de registro no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos estabelecimentos de saúde que ofertam as Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Essas ações estão presentes também nos polos de Academia da Saúde.

2.2.1.8 Programa Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Santa Catarina apresenta 359 UBS em construção, 324 em reforma e 308 em ampliação.

2.2.1.9 Programa Saúde na Escola (PSE)

Com início em 2008, teve a adesão e a implantação em 14 municípios. Em 2012, ampliou-se para 87 municípios; em 2013, para 251; e, em 2014, contemplou 263 municípios.

2.2.1.10 Programa Catarinense de Inclusão Social (Procis)

Programa que contempla 25 municípios em Santa Catarina, nos quais as equipes de SF recebem um valor mensal adicional de R\$ 1.700,00 e as de SB, de R\$ 850,00.

2.2.1.11 Núcleo Telessaúde de Santa Catarina (Telessaúde)

Com início em 2007 em 100 municípios, atualmente abrange os 295 municípios do estado, contando com 6.218 profissionais cadastrados.

Atua em parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a SES/SC/ Gerência de Coordenação da Atenção Básica, e estabeleceu parcerias com o Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT), a Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Utiliza um portal próprio para ofertar seus serviços. São eles: teleconsultorias clínicas e de processo de trabalho nos formatos síncronos (por Skype) e assíncronos (por mensagem de texto); tele-educação (minicursos autoinstrucionais com certificação e webconferências

virtuais) e segunda opinião formativa. Disponibiliza acervo virtual de vídeos e informativos. Os temas que orientam a oferta são demandados pelas equipes de saúde. Na Tabela 8 se apresentam informações sobre a participação e oferta de serviços do Telessaúde de 2010 a 2014.

Tabela 8 – Participação e oferta de serviços Telessaúde SC em Santa Catarina, de 2010 a 2014

Ano	Municípios	Equipes cadastradas	Profissionais cadastrados	Teleconsultorias realizadas	Minicursos ofertados	Webconferências realizadas
2010	148	752	4176	356	1	86
2011	174	987	5230	448	1	56
2012	254	1029	4634	908	4	56
2013	287	1398	7319	2881	29	79
2014	295	1374	6218	2262	34	85
Total	295	1374	6218	6.855	69	362

Fonte: Telessaúde SC, 2015.

O Telessaúde SC tem apoiado ações estaduais, tais como: implementação do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ); implantação do e-SUS; Programa Mais Médicos; projeto Qualisus da Região Metropolitana da Grande Florianópolis; e articulação com a regulação estadual e alguns municípios para teleconsultoria clínica.

2.2.1.12 Saúde da criança

Santa Catarina tem uma população de cerca de 800 mil crianças, considerando a faixa etária da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 0 a 9 anos de idade. A Tabela 9 mostra a distribuição da população de crianças nos anos de 2010 a 2012, por faixa etária.

Tabela 9 – População de crianças por faixa etária em Santa Catarina, de 2010 a 2012

Ano	<1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	Total
2010	81.608	324.137	436.785	842.530
2011	82.534	324.485	441.542	848.561
2012	83.418	327.907	446.123	857.448

Fonte: IBGE, 2015.

A taxa de fecundidade no estado apresentou queda, se contados os últimos doze anos. Em 2000, essa taxa era de 2,02 filhos por casal e, em 2012, atingiu 1,63 filhos por casal. Nesse ano, a menor taxa de fecundidade foi a da Região de Saúde Grande Florianópolis, com 1,50 filhos por casal e a maior, a da Região de Saúde Planalto Norte, com 1,75 filhos por casal.

O estado vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes, paralelamente ao aumento da população em idade ativa e de pessoas idosas.

Segundo dados preliminares do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), em 2014 nasceram 90.930 crianças no estado, conforme a Tabela 10. A Região de Saúde com maior número de nascimentos é a Grande Florianópolis, e a com menor número é a do Alto Uruguai Catarinense.

Tabela 10 – Número de nascidos vivos por ano, no total de Santa Catarina e por Região de Saúde, de 2010 a 2014

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL	84.612	87.440	88.724	89.760	90.390
Alto Uruguai Catarinense	1.812	1.743	1.714	1.693	1.836
Alto Vale do Itajaí	3.611	3.711	3.771	3.792	3.736
Alto Vale do Rio do Peixe	4.200	4.186	4.112	4.326	4.258
Carbonífera	5.050	5.342	5.395	5.429	5.137
Extremo Oeste	2.631	2.660	2.748	2.667	2.764
Extremo Sul Catarinense	2.386	2.372	2.404	2.392	2.340
Foz do Rio Itajaí	7.989	8.234	8.738	9.092	9.638
Grande Florianópolis	13.306	13.712	14.058	14.413	14.779
Laguna	4.082	4.232	4.325	4.367	4.155
Meio Oeste	2.323	2.442	2.348	2.399	2.406
Médio Vale do Itajaí	8.698	8.988	9.221	9.134	9.499
Nordeste	12.367	13.338	13.592	13.454	13.836
Oeste	4.382	4.361	4.590	4.881	4.893
Planalto Norte	5.067	5.410	5.152	5.063	4.933
Serra Catarinense	3.978	4.050	3.942	3.982	4.040
Xanxerê	2.730	2.658	2.614	2.675	2.140

Fonte: Sinasc/SC, 2015.

O Sinasc, além de fornecer dados sobre o quantitativo de crianças nascidas no estado, base para o cálculo de muitos indicadores de saúde, possibilita a análise de alguns fatores de risco no nascimento, contribuindo para o planejamento das ações que visem a reduzir a morbimortalidade infantil.

Tabela 11 – Percentual de recém-nascidos com baixo peso e prematuros em Santa Catarina, de 2010 a 2014

Ano	2010	2011	2012	2013	2014
Baixo peso	7,9	8,1	7,9	7,9	7,7
Pré-maturos	7,4	9,1	11,4	10,8	10,8

Fonte: Sinasc/SES-SC, 2015.

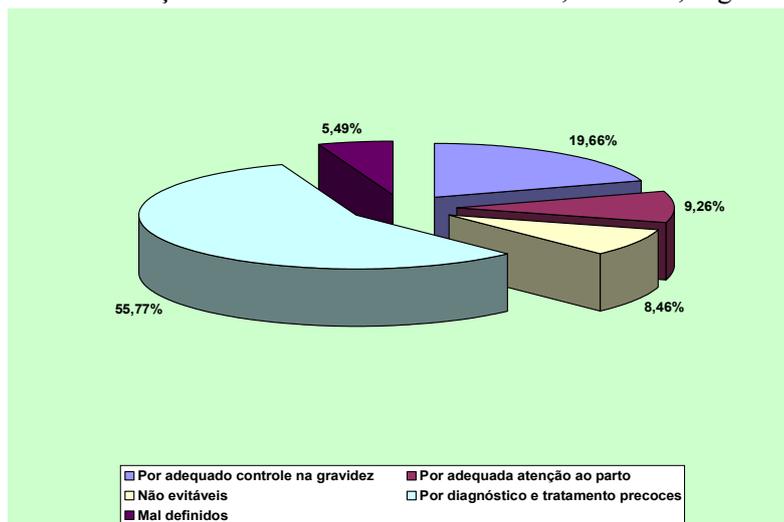
Segundo a Tabela 11, de acordo com o Sinasc/SC, no período de 2010 a 2014 o percentual de crianças nascidas com baixo peso não apresentou variação importante, mas o percentual de prematuros apresentou aumento próximo a 50% entre o início e o final do período.

A prevalência de nascimentos de crianças prematuras no Brasil em 2013 foi de 11,7% em relação a todos os partos realizados no país. Esse dado coloca o Brasil na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros no mundo. As regiões mais desenvolvidas (Sul

e Sudeste) são as que apresentam os maiores percentuais de prematuridade (12% e 12,5%, respectivamente), seguidas pelas regiões Centro-Oeste (11,5%), Nordeste (10,9%) e Norte (10,8%) (Sinasc, 2013).

A Figura 11 mostra o percentual de evitabilidade dos óbitos em menores de um ano ocorridos no ano de 2013 em Santa Catarina, segundo o tipo de evitabilidade.

Figura 11 – Distribuição dos óbitos infantis notificados, em 2014, segundo tipo de evitabilidade



Fonte: SIM/SES-SC, 2015.

Os dados apresentados mostram a necessidade de implementação de ações de prevenção dos óbitos de crianças, priorizando a fase neonatal e as regiões de maior risco no estado. Essas ações devem visar à melhoria da atenção ao pré-natal e à saúde da criança na atenção básica, como também ao parto e ao recém-nascido nos serviços de maior complexidade tecnológica.

A vigilância dos óbitos infantis e fetais, e a promoção do aleitamento materno são importantes ações para a redução da mortalidade e morbidade infantil no estado. A vigilância dos óbitos infantis e fetais constitui uma estratégia de redução da mortalidade infantil pela investigação e análise da evitabilidade de cada óbito ocorrido para o planejamento e a execução de ações efetivas para esse objetivo.

Destacaram-se os óbitos evitáveis por ações de diagnóstico e tratamento precoces que, somados àqueles evitáveis por adequada atenção à gestação totalizaram 75,43% dos óbitos. Essas ações são de responsabilidade da Atenção Básica, e refletem a qualidade da assistência oferecida às mulheres durante a gestação e às crianças. Por outro lado, a atenção adequada ao parto correspondeu a 9,26% dos óbitos evitáveis.

Os óbitos não evitáveis e aqueles ocorridos por causas não definidas corresponderam, juntos, ao percentual de 17,72% dos óbitos infantis notificados.

Dessa forma, o desafio para o estado está em qualificar a assistência pré-natal quanto à atenção ao parto e ao recém-nascido.

Para implementar a vigilância do óbito e propor as ações necessárias, em cada Região de Saúde, para a redução dos óbitos fetais, infantis e maternos, a Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Portaria 785 de 13 de novembro de 2013, instituiu o Comitê Estadual de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal, e dezesseis comitês regionais. O trabalho dos comitês regionais encontra-se ainda incipiente, sendo necessário ser priorizada a sua estruturação/implementação.

A promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno representam importante estratégia que tem a capacidade de reduzir em 13% a mortalidade infantil. Ações que visam ao incentivo ao aleitamento materno tanto nas maternidades como na Atenção Básica devem fazer parte do planejamento de ações para a prevenção das mortes de crianças.

No estado, foram capacitados profissionais da atenção básica de 23 municípios para a promoção do aleitamento materno por meio da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil.

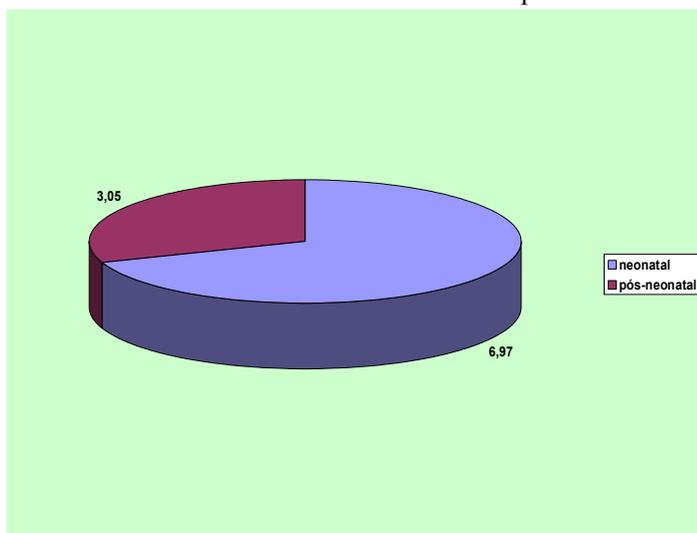
A Rede de Bancos de Leite Humano, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) são estratégias de promoção do aleitamento materno nas maternidades.

O estado conta com 11 bancos de leite ativos e 1 em implantação, distribuídos desigualmente entre as macrorregiões. Considera-se importante a implantação desse serviço nas Regiões de Saúde Extremo Oeste e Oeste.

O óbito de uma criança é um evento que deve ocorrer raramente, sendo necessário conhecer o perfil desse óbito. A sua ocorrência pode indicar falha na atenção pelos serviços de saúde ou alterações desfavoráveis no ambiente em que vive essa criança e sua família. Por isso, esse é considerado um evento sentinela para a vigilância em saúde.

Conforme mostra a Figura 12, no ano de 2014 a taxa de mortalidade neonatal foi de 6,97, ou seja, 69,5%, enquanto a pós-neonatal teve o valor de 3,05, representando 30,4% da taxa de mortalidade infantil total.

Figura 12 – Taxa de mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal em Santa Catarina, em 2014



Fonte: SIM/Sinasc/SES-SC, 2015.

Ao analisar a série histórica da mortalidade infantil de 2010 a 2014 no estado, encontra-se uma queda de 4,7% ao final do período e, ao analisar-se a mesma série histórica por componentes da mortalidade infantil, observa-se que a maior queda se deu no componente pós-neonatal (5,9%), enquanto o componente neonatal tardio sofreu queda de 5,2% e o neonatal precoce apresentou queda de 3,8%, representando o menor percentual de redução entre os componentes.

Esses dados mostram a necessidade de melhoria na qualidade da assistência ao pré-natal e à criança pela Atenção Básica, e ao binômio mãe-filho pelos serviços de média e alta complexidade tecnológica no período perinatal.

A taxa de mortalidade infantil em Santa Catarina está abaixo do valor encontrado nos outros estados do Brasil. No entanto, essa realidade oculta diferenças importantes entre as diversas Regiões de Saúde do estado. A análise da série histórica, de 2010 a 2014, da taxa de mortalidade infantil do estado por Regiões de Saúde, constante na Tabela 12, demonstra essas diferenças.

As Regiões de Saúde que apresentaram maior risco de morte para menores de 1 ano de idade durante o período foram a da Serra Catarinense e de Xanxerê. A Região de Saúde Serra Catarinense apresentou taxa de mortalidade infantil até duas vezes maior que a média do estado no período, enquanto a Região de Saúde Xanxerê apresentou aumento progressivo da taxa de mortalidade infantil durante três anos da série, em contraste com a média do estado, embora no último ano tenha ocorrido importante queda nesse índice.

Tabela 12 – Taxa de mortalidade infantil média e por Região de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2014

REGIÕES DE SAÚDE	2010	2011	2012	2013	2014
ESTADO	10,51	11,79	10,61	10,45	10,02
Alto Uruguai Catarinense	9,93	12,61	9,33	8,27	8,71
Alto Vale do Itajaí	12,46	8,89	12,99	12,13	10,97
Alto Vale do Rio do Peixe	13,10	15,29	13,13	11,56	13,39
Carbonífera	9,50	12,17	14,46	10,50	12,07
Extremo Oeste	9,88	10,53	8,37	11,62	10,13
Extremo Sul Catarinense	10,90	14,76	7,49	10,45	8,97
Foz do Rio Itajaí	9,51	13,11	12,36	11,00	10,38
Grande Florianópolis	9,39	9,63	8,75	7,77	8,86
Laguna	10,04	12,76	10,40	9,16	9,63
Meio Oeste	8,18	11,88	14,48	12,92	8,73
Médio Vale do Itajaí	11,96	11,13	11,06	10,40	10,74
Nordeste	9,38	11,32	7,06	8,99	8,09
Oeste	8,67	10,32	10,89	10,86	6,54
Planalto Norte	10,26	14,23	8,93	10,67	10,54
Serra Catarinense	19,86	14,32	15,98	16,32	17,33
Xanxerê	7,69	11,29	13,77	16,45	9,81

Fonte: SIM/Sinasc/SES-SC, 2015.

As Regiões de Saúde Alto Vale do Itajaí e Alto Vale do Rio do Peixe também podem ser consideradas de maior risco para óbitos infantis, por mostrarem taxas de mortalidade infantil acima da média do estado.

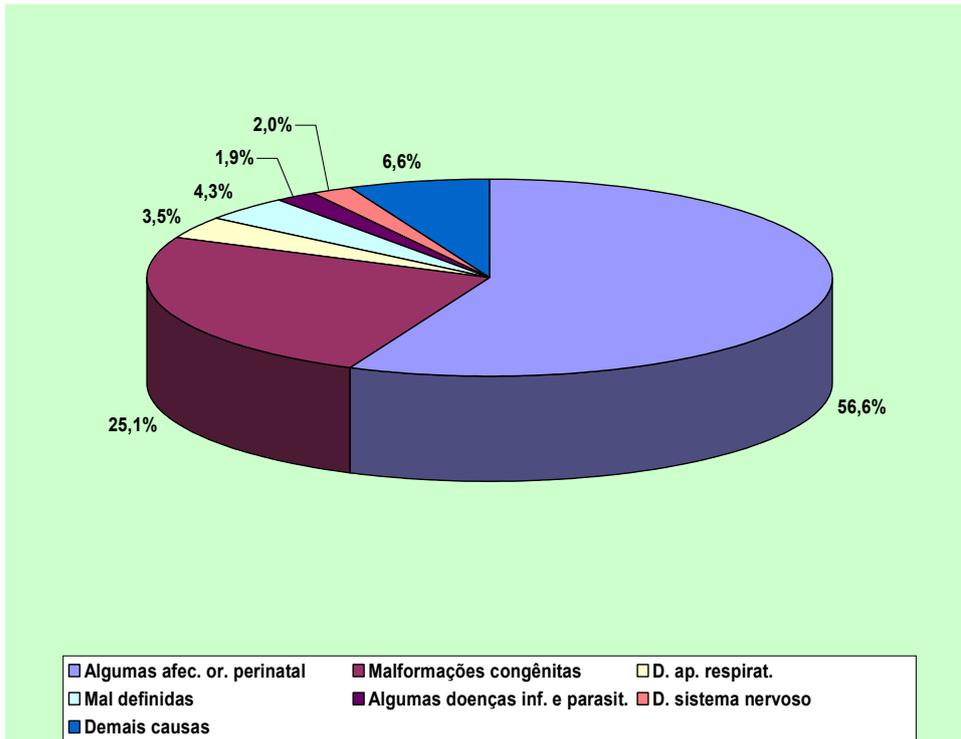
As Regiões de Saúde Nordeste e Grande Florianópolis mostraram menor risco para a mortalidade infantil, pois, durante todo o período considerado, apresentaram taxas abaixo da média do estado.

As principais causas de mortalidade infantil em 2014 foram afecções originárias no período perinatal e as anomalias congênitas. Juntas, elas representaram 81,7% do total de óbitos nesse período.

No grupo das afecções de origem no período perinatal, as causas de óbitos mais frequentes foram os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, e os casos de fetos e recém-nascidos afetados por fatores maternos e complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto.

A taxa de mortalidade infantil se concentra no período neonatal precoce; 11 Regiões de Saúde têm esse coeficiente acima da média estadual. A mudança desse cenário demanda uma intervenção com ações de qualificação do pré-natal e da atenção ao parto e ao nascimento, visando à redução da mortalidade infantil no estado.

Figura 13 – Distribuição dos óbitos infantis por grupo de causas (CID 10) em Santa Catarina, em 2014



Fonte: SIM/SES-SC, 2015.

Na Figura 13, apresenta-se a distribuição dos óbitos infantis por causa em Santa Catarina.

No grupo de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal estão incluídas a anóxia, a hipóxia, a síndrome de aspiração neonatal, a hemorragia pulmonar e a pneumonia congênita. Entre os fatores maternos que podem afetar o feto ou o recém-nascido estão a hipertensão, as doenças renais e das vias urinárias, as doenças infecciosas e parasitárias, e os transtornos nutricionais.

As mortes por doenças infecciosas e parasitárias ocorreram, quase na sua totalidade (92,5%), no período pós-neonatal, sendo a septicemia e as doenças infecciosas intestinais responsáveis por 92% dos óbitos desse grupo. Essas doenças podem ser classificadas como causas evitáveis de óbito.

Também as doenças do aparelho respiratório e as causas externas, que na sua maioria podem ser consideradas evitáveis para óbitos, foram predominantes no período pós-neonatal, na proporção de 90,6% e 91,3%, respectivamente.

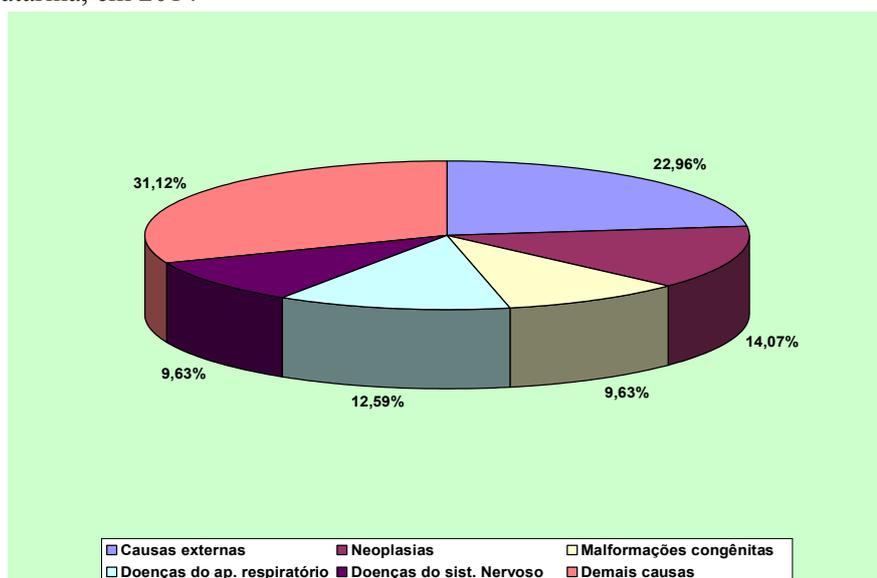
As causas mal definidas ocorreram em cerca de 80% das vezes no período pós-neonatal. Esse grupo representa óbitos que não tiveram as suas causas devidamente esclarecidas.

Para identificar as causas dos óbitos fetais e infantis, é importante a investigação oportuna deles, principalmente para poder conhecer e intervir nas causas evitáveis. A seguir, apresentamos a proporção de óbitos fetais e infantis.

A investigação de óbitos fetais e infantis atingiu em 2013 o percentual de 82,83%; no entanto, a investigação oportuna, que é a que ocorre em até 120 dias, teve um percentual de 59,38%. Esse dado demonstra a necessidade de qualificar o processo de investigação.

Considerando-se a taxa de mortalidade em menores de 5 anos, de 2010 a 2014, no estado observou-se queda nos 3 últimos anos, após um aumento no início do período. A Figura 14 mostra o percentual de óbitos de crianças entre 1 e 4 anos por grupo de causas (CID 10).

Figura 14 – Distribuição dos óbitos de crianças de um a quatro anos por grupo de causas (CID 10) em Santa Catarina, em 2014



Fonte: SIM/SES-SC, 2015.

Nessa faixa etária, as causas externas corresponderam a aproximadamente um quarto de todas as mortes ocorridas no estado, em 2014. As principais causas externas responsáveis por esses óbitos foram os acidentes de transporte, responsáveis por 38% desses óbitos.

Nas Regiões de Saúde Oeste e Meio Oeste, os acidentes de transporte foram responsáveis por todas as mortes de crianças entre 1 e 5 anos, por causas externas, no ano considerado.

As neoplasias e as doenças do aparelho respiratório foram apresentadas, respectivamente, como segunda e terceira principais causas de mortalidade, naquela faixa etária.

As causas externas e as doenças do aparelho respiratório podem ser consideradas como causas evitáveis de óbito de crianças.

Entre as crianças com idade de 5 a 9 anos, no ano de 2014, as causas de mortalidade encontram-se distribuídas de maneira semelhante à faixa etária anterior, porém as causas externas já correspondem a percentual maior: em torno de 40% dos óbitos desse grupo; as doenças do sistema nervoso se destacam como segunda causa mais frequente.

Nessa faixa etária, os acidentes de transporte assumem maior importância, sendo responsáveis por cerca de dois terços dos óbitos por causas externas, no estado. No ano de 2014, as Regiões de Saúde Alto Uruguai Catarinense, Extremo Oeste, Meio Oeste, Médio Vale do Itajaí e Planalto Norte tiveram os acidentes de transporte como único fator para os óbitos por causas externas.

As neoplasias, colocadas como terceira causa mais comum, e as doenças do aparelho respiratório ainda se constituíram como importantes causas de morte, em 2014, entre as crianças dessa faixa etária.

No que diz respeito à morbidade da população de crianças, também se evidenciaram diferenças entre as faixas etárias.

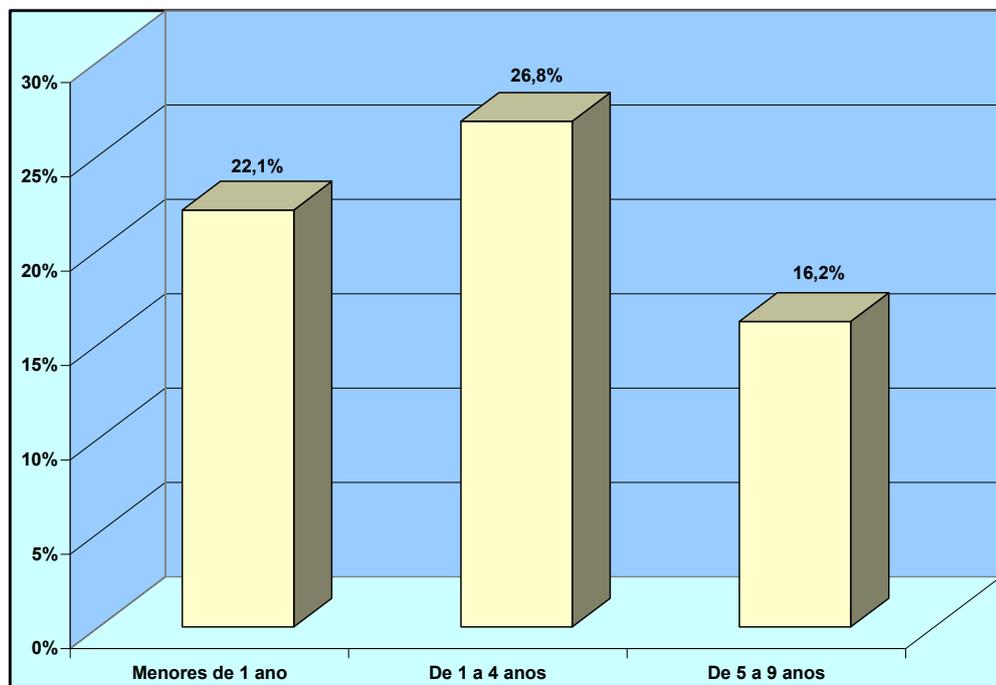
Como causas de internação pelo SUS, em 2013, entre crianças menores de um ano, encontram-se em maior percentual as afecções de origem perinatal, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório. Juntos, esses agravos foram responsáveis por mais de 70% das 16.011 internações pelo SUS nessa faixa de idade. Em menor percentual estavam as doenças infecciosas e parasitárias, as malformações congênitas e as doenças do aparelho digestivo que, somadas, foram responsáveis por menos de 20% daquelas internações.

Em relação à faixa etária de 1 a 4 anos, no mesmo ano, as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por cerca de metade das internações pelo SUS. Na segunda posição encontravam-se as doenças infecciosas e parasitárias, seguidas das consequências de causas externas, das doenças do aparelho digestivo e das malformações congênitas. Estas quatro últimas causas, somadas, corresponderam a um terço das 15.125 internações pelo SUS de crianças dessa faixa etária.

Na faixa etária de 5 a 9 anos, um terço das internações se deu em decorrência das doenças respiratórias, seguidas de lesões consequentes de causas externas e, como terceira causa, das doenças do aparelho digestivo. A quarta e a quinta causas foram, respectivamente, as doenças infecciosas e parasitárias, e as do aparelho urinário que, juntas, contribuíram com 15,8% das internações desse grupo etário.

Uma parcela importante das internações de crianças no ano de 2013 poderia ter sido evitada por atuação efetiva da Atenção Básica no estado, conforme demonstra a Figura 15.

Figura 15 – Percentual de participação das condições sensíveis à Atenção Básica no total de internações hospitalares, pelo SUS em Santa Catarina, por idade, em 2013



Fonte: SIH/Datasus, 2015.

Esses dados demonstram a necessidade de fortalecimento da Atenção Básica no sentido de melhoria do acesso e da qualidade da assistência à saúde da criança, tanto nas ações de promoção e prevenção quanto no atendimento aos seus agravos.

2.2.1.13 Saúde do adolescente

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência compreende a segunda década de vida – dos 10 aos 19 anos.

Nessa faixa etária, o uso e o abuso de álcool e outras drogas têm figurado entre os principais desencadeadores de situações de acidentes, suicídios e violência, elevando de forma considerável as taxas de mortalidade por causas externas. Com relação à mortalidade nesse grupo populacional, a morte de adolescentes por causas externas passou a ser reconhecida como um problema de saúde pública.

Ao avaliarmos o percentual de óbitos por causa, na população de 10 a 19 anos, por Região de Saúde, em 2014 verifica-se a predominância de mortalidade por causas externas, ou

seja, acidentes, homicídios e suicídios, em todas as Regiões de Saúde. A Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense apresenta-se como a região com o maior índice de mortalidade por causas externas e a Região de Saúde Extremo Sul Catarinense, com o menor. Como segunda causa de óbito nessa faixa etária aparecem as neoplasias, com o maior índice na Região de Saúde Oeste e, na Região de Saúde Alto Vale, o menor percentual. Os óbitos nessa faixa etária por doenças do aparelho circulatório e respiratório estão presentes quase na totalidade das Regiões de Saúde. Na Tabela 13, apresenta-se a distribuição dos óbitos por causas externas.

Tabela 13 – Percentual de óbitos por causas externas, na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo Região de Saúde de 2010 a 2014

Região de Saúde	Acidentes de transporte	Outros acidentes	Acidentes não especificados	Homicídios	Suicídios	Eventos cuja intenção é indeterminada	Demais causas externas
TOTAL	47,49	14,33	0,10	28,81	7,26	1,24	0,76
Alto Uruguai Catarinense	50,00	10,00	-	25,00	15,00	-	-
Alto Vale do Itajaí	67,39	18,48	-	8,70	4,35	1,09	-
Alto Vale do Rio do Peixe	43,01	22,58	1,08	18,28	11,83	3,23	-
Carbonífera	43,52	10,19	-	38,89	7,41	-	-
Extremo Oeste	45,71	27,14	-	7,14	15,71	1,43	2,86
Extremo Sul Catarinense	60,00	20,00	-	13,33	4,44	2,22	-
Foz do Rio Itajaí	31,75	9,13	-	51,19	3,17	0,40	4,37
Grande Florianópolis	38,70	9,60	-	47,06	3,41	0,93	0,31
Laguna	59,83	17,95	-	15,38	5,98	-	0,85
Meio Oeste	45,16	17,74	-	17,74	12,90	4,84	1,61
Médio Vale do Itajaí	68,23	13,02	-	12,50	5,21	1,04	-
Nordeste	44,22	13,15	-	34,26	7,97	0,40	-
Oeste	46,76	10,07	-	32,37	9,35	1,44	-
Planalto Norte	50,00	19,72	0,70	14,08	12,68	2,82	-
Serra Catarinense	50,00	14,63	-	18,29	13,41	3,66	-
Xanxerê	51,76	24,71	-	17,65	4,71	1,18	-

Fonte: SIM Dados Preliminares, 2014.

Outro indicador importante nessa população é o da gestação na adolescência. O percentual de mães adolescentes declinou de 11,8% em 2010 para 10,5 % em 2014.

A principal causa de internação no estado, nessa faixa etária, são as doenças do aparelho geniturinário.

Com relação ao menor em conflito com a lei, existem no estado quatro Centros de Atendimento Socioeducativo (CASE), dezesseis Centros de Atendimento Socioeducativo Provisório (CASEP), nove Casas de Semiliberdade (SL), um Plantão de Atendimento Inicial

(PAI) e um Centro de Internação Feminina (CIF). Não são desenvolvidas ações de saúde específicas para essa população.

2.2.1.14 Saúde da mulher

O estado adota as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. As mulheres são a maioria da população catarinense e as principais usuárias do SUS, pois representam 50,4% do total da população do estado. Neste subitem denominado Saúde da mulher, as informações correspondem à faixa etária de 20 a 59 anos.

Nessa faixa etária, em números absolutos, encontramos a gravidez, o parto e o puerpério como as principais causas de internação, seguidas de doenças dos aparelhos digestivo e geniturinário, das neoplasias e doenças do aparelho circulatório.

Entre as neoplasias, as de mama e colo de útero se destacam. A análise da evolução das taxas de mortalidade por neoplasias específicas ou mesmo a comparação entre áreas geográficas deve considerar que taxas mais elevadas podem estar relacionadas à maior facilidade de acesso a serviços especializados e à maior facilidade de diagnóstico. O acesso a serviços especializados pelo SUS que incluem o seguimento das lesões intraepiteliais de alto grau de colo uterino tanto para acompanhamento quanto para tratamento é diferenciado nas Regiões de Saúde do estado, sendo menor nas regiões que não contam com serviços públicos.

Outros fatores que podem explicar diferenças estão relacionados à menor quantidade de óbitos por causas mal definidas, verificada em algumas áreas, e à estrutura etária das regiões.

Quando consideramos a gravidez, o parto e o puerpério, remetemos aos números de consultas de pré-natal. As gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal totalizam mais de 70% do total em 2014.

Um dos problemas identificados na atenção à mulher é a alta incidência de sífilis em gestantes e, conseqüentemente, a ocorrência de sífilis congênita. O estado de Santa Catarina tem identificado aumento na notificação desses agravos, e demanda ação de ampliação de diagnóstico e tratamento.

É importante enfatizar que, para além do quantitativo, a qualidade do pré-natal oferecido precisa ser analisada. As investigações de óbitos infantis e maternos apontam ações que ainda precisam ser qualificadas nessa área. Em 2014, as Regiões de Saúde com os menores percentuais de cobertura de pré-natal foram as do Extremo Sul, da Serra Catarinense e de Carbonífera.

Quanto ao tipo de parto, a Organização Mundial da Saúde preconiza como taxa de cesariana 15% do total de partos. O estado apresenta dados alarmantes considerando essa estimativa, conforme a Tabela 14.

Tabela 14 – Percentual de nascidos vivos por partos cesáreos segundo Região de Saúde, de 2010 a 2014

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL	57,6	58,9	60,7	61,3	60,1
Alto Uruguai Catarinense	65,8	69,9	73,6	75,7	76,3
Alto Vale do Itajaí	51,3	52,1	56,6	60,6	56,6
Alto Vale do Rio do Peixe	57,2	60,2	62,5	66,0	64,7
Carbonífera	64,0	64,8	65,8	66,1	63,7
Extremo Oeste	63,6	66,0	69,7	71,1	71,1
Extremo Sul Catarinense	56,0	57,5	59,0	57,1	62,4
Foz do Rio Itajaí	55,7	55,9	57,5	55,7	52,9
Grande Florianópolis	54,4	55,0	55,5	54,9	53,2
Laguna	65,1	66,0	69,1	67,8	68,9
Meio Oeste	64,9	66,0	69,1	72,7	72,2
Médio Vale do Itajaí	64,7	64,5	64,4	66,8	65,7
Nordeste	52,9	54,6	55,8	56,5	55,3
Oeste	59,3	62,4	66,5	68,1	67,7
Planalto Norte	51,4	54,3	59,0	60,1	61,3
Serra Catarinense	53,5	53,3	54,7	51,7	50,4
Xanxerê	62,7	67,5	70,2	72,3	72,7

Fonte: Sinasc, 2015.

As Regiões de Saúde com a maior taxa de cesariana em 2014 são o Alto Uruguai Catarinense, Xanxerê, Meio Oeste e Extremo Oeste.

Quanto aos dados de mortalidade, inicialmente destacam-se os óbitos maternos. Os números do estado se apresentam na Tabela 15. Apesar de a mortalidade materna estar abaixo do índice nacional, as investigações apontam ainda muitos casos como evitáveis.

Tabela 15 – Razão de mortalidade materna, segundo Região de Saúde, de 2010 a 2014

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL	29,55	25,16	37,19	27,85	19,91
Alto Uruguai Catarinense	55,19	114,68	-	-	54,47
Alto Vale do Itajaí	-	53,89	79,55	26,37	26,77
Alto Vale do Rio do Peixe	23,81	47,78	48,64	69,35	23,49
Carbonífera	59,41	74,88	37,07	18,42	58,40
Extremo Oeste	-	37,59	36,39	-	-
Extremo Sul Catarinense	-	-	41,60	-	-
Foz do Rio Itajaí	12,52	12,14	68,67	43,99	20,75
Grande Florianópolis	15,03	29,17	14,23	27,75	6,77
Laguna	-	-	23,12	45,80	-
Meio Oeste	86,10	-	-	-	41,56
Médio Vale do Itajaí	45,99	33,38	54,22	43,79	21,05
Nordeste	16,17	7,50	22,07	37,16	28,91
Oeste	22,82	22,93	21,79	-	20,44
Planalto Norte	78,94	-	58,23	19,75	20,27
Serra Catarinense	50,28	-	50,74	-	-
Xanxerê	73,26	37,62	38,26	-	-

Fonte: SIM/Sinasc, 2014. Dados Preliminares.

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser evitável em 90% dos casos. Em 2014, o número de óbitos maternos foi de 18, abaixo da média pactuada (30 óbitos maternos), conforme a Tabela 16.

Tabela 16 – Número de óbitos maternos, segundo Região de Saúde, de 2010 a 2014

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL	25	22	33	25	18
Alto Uruguai Catarinense	1	2	-	-	1
Alto Vale do Itajaí	-	2	3	1	1
Alto Vale do Rio do Peixe	1	2	2	3	1
Carbonífera	3	4	2	1	3
Extremo Oeste	-	1	1	-	-
Extremo Sul Catarinense	-	-	1	-	-
Foz do Rio Itajaí	1	1	6	4	2
Grande Florianópolis	2	4	2	4	1
Laguna	-	-	1	2	-
Meio Oeste	2	-	-	-	1
Médio Vale do Itajaí	4	3	5	4	2
Nordeste	2	1	3	5	4
Oeste	1	1	1	-	1
Planalto Norte	4	-	3	1	1
Serra Catarinense	2	-	2	-	-
Xanxerê	2	1	1	-	-

Fonte: SIM, 2014. Dados Preliminares.

Para que seja identificada a real taxa de mortalidade materna, a investigação de todos os óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil precisa ser realizada. O estado tem melhorado nessa ação, como mostra a Tabela 17, que tende a qualificar os dados e fornecer subsídios para a implantação de políticas públicas voltadas para a redução de óbitos evitáveis.

Tabela 17 – Percentual de casos investigados em relação à mortalidade materna em Santa Catarina, de 2010 a 2013

Ano	Notificados	Investigados	%
2010	2023	1713	84,68
2011	1962	1575	80,28
2012	2069	1716	82,94
2013	1957	1722	87,99

Fonte: MS/SVS/CGIAE, 2015. Dados preliminares.

Na Tabela 18, apresenta-se o percentual dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados oportunamente por Região de Saúde. O óbito investigado oportunamente é o que é investigado até 120 dias após sua ocorrência; entre esses óbitos identificam-se os que estão relacionados a causas maternas.

Tabela 18 – Proporção de óbitos de mulher em idade fértil investigados oportunamente (IO) por Regiões de Saúde em Santa Catarina, em 2010 e 2013

Regiões de Saúde	2010			2013		
	Óbitos MIF investigados	IO	% IO	Óbitos MIF investigados	IO	% IO
Alto Uruguai Catarinense	34	19	55,88	20	16	80,00

Alto Vale do Itajaí	85	37	43,53	85	65	76,47
Alto Vale do Rio do Peixe	83	34	40,96	104	65	62,50
Carbonífera	141	77	54,61	111	56	50,45
Extremo Oeste	32	16	50,00	45	32	71,11
Extremo Sul Catarinense	36	14	38,89	31	21	67,74
Foz do Rio Itajaí	164	81	49,39	158	102	64,56
Grande Florianópolis	249	144	57,83	292	180	61,64
Laguna	105	39	37,14	104	86	82,69
Médio Vale do Itajaí	175	16	9,14	168	108	64,29
Meio Oeste	45	12	26,67	34	28	82,35
Nordeste	242	172	71,07	235	161	68,51
Oeste	60	16	26,67	105	75	71,43
Planalto Norte	116	67	57,76	98	61	62,24
Serra Catarinense	88	47	53,41	82	56	68,29
Xanxerê	58	24	41,38	50	39	78,00
Santa Catarina	1713	815	47,58	1722	1151	66,84

Fonte: MS/SVS/CGIAE, 2015. Dados preliminares.

Na investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, os resultados alcançados superaram o pactuado de 70%. Em 2013, foram investigados 87,99% dos óbitos femininos nessa faixa etária, no entanto a investigação foi oportuna somente em 66,84% dos casos.

Os óbitos identificados entre as mulheres em idade fértil como maternos ocorreram em sua maioria por causas obstétricas diretas. Entre as causas obstétricas diretas, em primeiro lugar estão os óbitos por hemorragias, seguidos pelos causados por hipertensão/eclampsia e infecção puerperal.

Dentro da política de saúde reprodutiva no estado, não há referência pelo SUS para realizar procedimentos de fertilização assistida para os casos com indicação. Essa falta de acesso gera demandas judiciais para a compra de serviços em clínicas particulares.

2.2.1.15 Saúde do homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) – Portaria GM/MS nº 1944/27/08/2009 – possui o objetivo de ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde e contribuir para a redução da morbimortalidade por meio do enfrentamento dos fatores de risco, fortalecendo ações e serviços em rede de cuidado da saúde.

Os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública. A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e apresentam mais doenças e agravos crônicos (PNAISH/2009).

Os homens representam 49,6% no total da população. A faixa de 20 a 59 anos corresponde a 29% da população total de homens (1.874.273 habitantes). Eles, em geral, adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, com conseqüente agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS.

Com relação às causas de mortalidade, em primeiro lugar estão as causas externas, seguidas pelas neoplasias e pelas doenças do aparelho circulatório.

Entre as causas externas dos óbitos masculinos, 46,66% correspondem a acidentes de transportes e 23,43% a homicídios. Na Tabela 19 se apresenta o percentual de óbitos por causas externas no estado por Regiões de Saúde, de 2010 a 2014.

Tabela 19 – Percentual de óbitos por causas externas, no sexo masculino, de 20 a 59 anos, segundo Região de Saúde, de 2010 a 2014

Região de Saúde	Acidentes de transportes	Outros acidentes	Acidentes não especificados	Homicídios	Suicídios	Eventos cuja intenção é indeterminada	Demais causas externas
TOTAL	46,66	14,39	0,43	23,43	12,63	1,62	0,84
Alto Uruguai Catarinense	46,95	14,12	-	10,69	27,10	1,15	-
Alto Vale do Itajaí	57,58	20,81	-	8,48	10,91	2,02	0,20
Alto Vale do Rio do Peixe	46,53	14,09	0,58	20,66	11,20	6,76	0,19
Carbonífera	40,42	15,18	0,64	28,27	14,38	0,48	0,64
Extremo Oeste	44,42	17,81	-	17,10	20,19	0,24	0,24
Extremo Sul Catarinense	57,27	13,66	-	14,53	13,08	1,16	0,29
Foz do Rio Itajaí	37,05	13,75	0,08	35,68	9,55	1,07	2,83
Grande Florianópolis	41,24	15,04	0,63	29,04	11,05	1,95	1,05
Laguna	52,24	16,87	0,30	18,06	11,49	0,90	0,15
Meio Oeste	53,13	13,13	-	15,31	14,38	3,13	0,94
Médio Vale do Itajaí	55,62	13,48	0,23	14,02	14,41	1,24	1,01
Nordeste	47,22	11,91	0,36	28,49	10,83	0,78	0,42
Oeste	42,02	12,14	0,41	29,60	14,60	0,68	0,55
Planalto Norte	48,37	17,66	0,30	20,03	11,28	1,93	0,45
Serra Catarinense	47,21	11,75	3,19	20,12	13,15	4,18	0,40
Xanxerê	52,96	14,14	-	16,71	14,14	1,03	1,03

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, 2015.

As maiores taxas de internações em 2014 decorrem de causas externas, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório. Destacam-se ainda os transtornos mentais e comportamentais, que incluem o uso de álcool.

Permanece como desafio superar barreiras relacionadas a aspectos socioculturais e institucionais, tais como a dificuldade de horário para acessar a rede básica de saúde.

2.2.1.16 Saúde da pessoa idosa

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528 de 19/10/2006) tem como propósito trabalhar em dois grandes eixos: idosos frágeis e idosos independentes, tendo como foco a capacidade funcional da população idosa.

O processo acelerado de envelhecimento populacional vem acontecendo com a redução da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida. No Brasil, conforme o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), é considerada pessoa idosa aquela com sessenta anos ou mais.

O estado tem uma população idosa de aproximadamente 700 mil pessoas. Em 1990, representava 6,35%; em 1996, 7,36%; em 2000, 8,40% e, em 2012, correspondia a 10,49% do total da população catarinense.

A expectativa de vida ao nascer em SC é de 75,4 anos. A esperança de vida aos 60 anos no estado em 2012 era de mais 21,6 anos, o que representou um incremento de 1,8 anos no período de 2006-2012. O ganho do tempo de vida é maior no sexo feminino: os homens obtiveram um ganho de 2,3 anos e as mulheres, de 4 anos. O maior ganho de tempo de vida – 4,6 anos – está localizado na Região de Saúde Extremo Oeste.

O índice de envelhecimento da população de SC em 2012 foi de 48,1%. Observa-se assim o aumento da participação da população maior de 60 anos em relação aos jovens (menores de 15 anos) ao longo do período, passando de 20,4% em 1991 para 48,1% em 2012, o que reflete novamente a queda dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida dos idosos. Doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade.

As doenças do aparelho circulatório constituem o principal grupo de causas de internação na faixa etária, representando 24,9% do total, sendo que as duas principais causas desse grupo foram isquemias coronarianas e acidentes vasculares cerebrais que, juntos, corresponderam à metade das internações do grupo.

O principal tipo de lesão por causa externa que motivou as internações hospitalares foram as fraturas, responsáveis por metade das internações incluídas neste subitem, sendo a fratura de outros ossos dos membros e de fêmur as mais frequentes.

No grupo das causas de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, o diabetes mellitus lidera as internações, com 70% do total.

Um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil é a violência contra idosos. Faz parte da Rede Nacional de Promoção da Saúde o eixo de prevenção e controle da violência. A Vigilância Epidemiológica realiza a notificação/investigação da violência doméstica, sexual e/ou de outras formas de violência, e a atenção à saúde das pessoas em situação de violência é de responsabilidade dos serviços básicos existentes no território.

A primeira causa de morte são as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias. O câncer de pulmão é a principal neoplasia em ambos os sexos, mas entre os homens esse tipo de câncer é 1,8 vezes maior que o observado entre as mulheres. Em segundo lugar, aparece o câncer de próstata entre os homens (7,6%) e o de mama, (5,1%) entre as mulheres.

No grupo das doenças do aparelho respiratório, as doenças crônicas das vias aéreas inferiores (49,84%) e as pneumonias (36,11%) são as principais causas e, juntas, são responsáveis por aproximadamente 86% dos óbitos por doenças do aparelho respiratório.

O diabetes mellitus continua a motivar mais de 80% das mortes incluídas no capítulo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, e tem maior incidência entre as mulheres (86,36%). Essas complicações contribuem para a queda da qualidade de vida de idosos e determinam o aumento de recursos despendidos em saúde.

A mudança de demanda decorrente do envelhecimento populacional tem como desafio a reorganização da atenção e o desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para proporcionar um envelhecimento ativo e saudável. O aumento de doenças e a condição de fragilidade podem levar à incapacidade funcional e a limitações físicas, cognitivas e sensoriais, demandando uma atenção diferenciada dos serviços.

2.2.1.17 Saúde bucal

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal pelo Ministério da Saúde, as ações da saúde bucal passaram a ser ofertadas de forma integral. Houve inserção de procedimentos mais complexos na Atenção Básica e a criação de uma rede de serviços de atenção em saúde bucal no SUS.

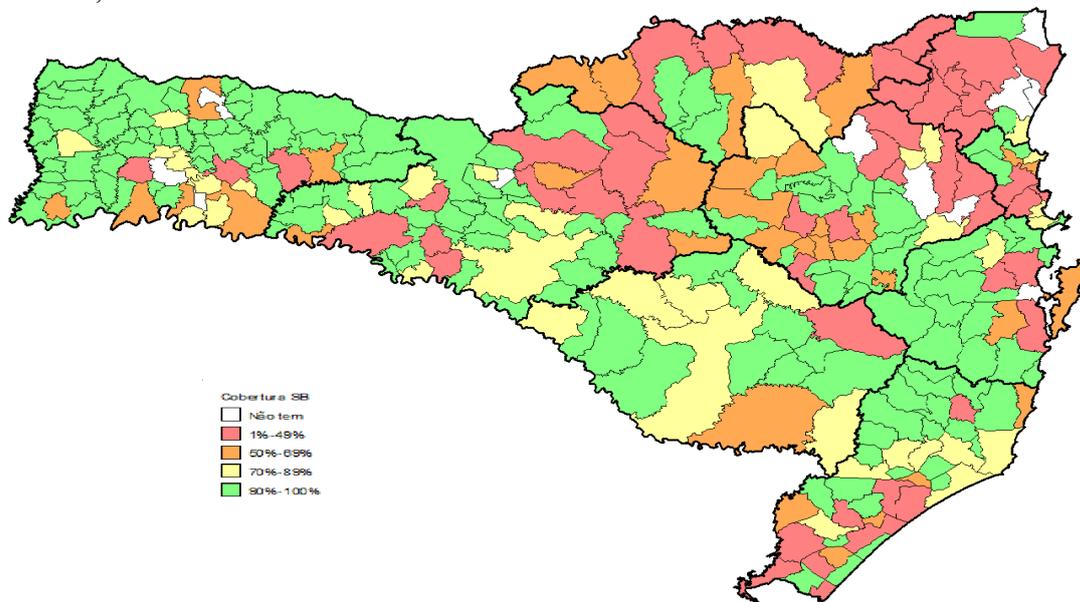
Santa Catarina tem priorizado ações como a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal, o monitoramento da fluoretação das águas de abastecimento público, a ampliação e qualificação da atenção especializada – Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), Atenção Hospitalar – e a implantação do GrãduCEO. Elas visam à ampliação do acesso da população às medidas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal.

A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) possibilita a reorientação do processo de trabalho no âmbito dos serviços de saúde. Existem três tipos de equipes: modalidade I (Cirurgião Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal), modalidade II (Cirurgião Dentista, Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal) e modalidade III (Unidade Odontológica Móvel).

Em dezembro de 2014, estavam implantadas 977 equipes de Saúde Bucal na ESF, presentes em 280 municípios (94,91%). Destas, 933 são da modalidade I (95,49%), e 44 da modalidade II (4,50%). Na modalidade III (Unidade Odontológica Móvel) estão implantadas três unidades localizadas nos municípios de Matos Costa, Passos Maia e Vargem.

A cobertura populacional da Saúde Bucal na ESF no estado é de 47%. A Figura 16 apresenta a distribuição dos municípios por faixas de cobertura.

Figura 16 – Cobertura populacional da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina, em 2014



Fonte: DAB/MS;GEABS/SES/SC, 2015.

O indicador para cobertura da Saúde Bucal no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) é denominado cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal e mede a ampliação de acesso da população à saúde bucal. Em 2014, o estado atingiu 64,2% de cobertura, sendo que a meta foi de 66%; apenas a Região de Saúde Nordeste possui cobertura inferior a 50 %, conforme a Tabela 20.

Tabela 20 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal/COAP, em Santa Catarina, de 2011 a 2014

Região de Saúde	2011	2012	2013	2014
Santa Catarina - Total	62,1	63,2	62,9	64,2
Nordeste	35,8	38,5	38,7	39,7
Médio Vale do Itajaí	45,7	45,5	48,8	52,6
Grande Florianópolis	59,9	60,4	55,6	56,9
Foz do Rio Itajaí	57,3	61,5	60,5	63,4
Carbonífera	63,2	63,7	61,4	65,0
Planalto Norte	62,4	60,7	61,9	59,0
Alto Vale do Rio do Peixe	60,3	61,2	62,1	61,0
Extremo Sul Catarinense	69,4	66,1	64,8	64,5
Oeste	75	77,2	76,9	78,2
Alto Vale do Itajaí	69,9	77,3	77,3	78,3
Serra Catarinense	83,3	84,0	83,6	84,8
Alto Uruguai Catarinense	82,7	77,5	84,7	81,8
Xanxerê	83,0	83,5	85,9	88,2
Laguna	82,5	84,9	86,4	85,5
Meio Oeste	86,5	87,0	88,1	88,1
Extremo Oeste	91,6	92,7	93,8	95,6

Fonte: SIAB e SCNES/DAB, 2015.

Na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2010 (Projeto SBBrazil 2010), foi observado que a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. O índice CPO-D, que representa o número médio de dentes permanentes cariados, na Região de Saúde Sul aos 12 anos é de 2,06.

Dentre as atividades recomendadas pela Política Nacional de Saúde Bucal, destaca-se a fluoretação da água de abastecimento público.

A fluoretação da água para consumo humano é uma medida preventiva de comprovada eficácia, que reduz a prevalência de cárie dentária. No estado, a Portaria Conjunta 398/GABS/DIVE/SES, de 05 de maio de 2009, recomenda que a concentração de flúor na água seja de no mínimo 0,7 mg/litro e no máximo 1,0 mg/litro. Em 2014, dos 295 municípios do estado, 284 (96,3%) adicionavam flúor à água na rede de abastecimento público. Dos 11 faltantes, 10 têm população inferior a 5 mil habitantes.

Uma ação realizada diz respeito aos procedimentos coletivos que visam ao controle epidemiológico da cárie e da doença periodontal, e correspondem a um conjunto de procedimentos de promoção e prevenção de saúde bucal. Como indicador para medir procedimentos coletivos é utilizada a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. O estado atingiu 2,8%, resultado inferior à meta pactuada de 3,9%. Atingiram a meta do estado as Regiões de Saúde Médio Vale do Itajaí, Planalto Norte e Nordeste. As

Regiões de Saúde Serra Catarinense, Grande Florianópolis e Alto Vale do Rio do Peixe apresentaram médias mais baixas.

Os procedimentos individuais em saúde bucal dizem respeito ao indicador selecionado pelo COAP, que é a proporção de exodontia em relação aos procedimentos individuais. O estado atingiu 8,1% nesse indicador, sendo que a meta pactuada foi de 4,3%. As Regiões de Saúde que atingiram a meta do estado foram Xanxerê, Alto Uruguai Catarinense, Carbonífera, Grande Florianópolis, Médio Vale do Itajaí e Foz do Rio Itajaí. A Região de Saúde Extremo Oeste aproximou-se da meta de SC. A Região de Saúde Oeste foi a que apresentou a proporção mais alta, sendo constatada inconsistência de dados em um município, o que acabou por elevar a média dessa proporção do estado.

Outro ponto de atenção na saúde bucal diz respeito ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O CEO foi criado pelo Ministério da Saúde para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Oferta a continuidade do cuidado realizado pela Atenção Básica, com serviços de diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer de boca, na periodontia especializada, na cirurgia oral menor, na endodontia e no atendimento a portadores de necessidades especiais.

Existem três tipos de CEO: tipo I (com 3 cadeiras odontológicas), tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas) e tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas). Estão implantados 45 CEO. Destes, 25 são do tipo I, 17, do tipo II e 3, do tipo III. Estão localizados em 39 municípios, atendendo como referência a população de 247 municípios; portanto, 48 ainda estão sem referência. Encontram-se em fase de implantação sete CEO. A meta estabelecida para o estado é de 53 CEO.

Aderiram à Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPD) 26 CEO. Aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) 40 CEO.

Outro ponto de atenção de responsabilidade da Saúde Bucal consiste no Laboratório de Prótese Dentária (LRPD). Na perspectiva da assistência integral em Saúde Bucal e diante da necessidade de reabilitação protética, o Ministério da Saúde passou a credenciar e financiar o LRPD desde 2005. Trata-se de um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, parcial removível e fixa. É possível a adesão de todos os municípios.

Segundo a pesquisa SBBrasil 2010, necessitam de algum tipo de prótese dentária 62,9% das pessoas entre 35 a 44 anos e 87,3% das pessoas entre 65 a 74 anos, na Região de Saúde Sul.

Historicamente, os serviços odontológicos não tinham como prioridade a atenção à pessoa idosa. A frequência de problemas periodontais e/ou de edentulismo (ausência total ou parcial de dentes) acarreta uma alta demanda por reabilitação protética.

Em 2014, estavam credenciados 104 LRPD com produção anual de 31.836 próteses (Tabela 21).

Tabela 21 – Número de Centro Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), por Região de Saúde em Santa Catarina, em 2014

REGIÃO DE SAÚDE	CEO			LRPD
	Nº total de CEO implantados	Nº de CEO com adesão à RCPD	Nº de CEO com adesão ao PMAQ	
Nordeste	3	2	2	2
Médio Vale do Itajaí	4	2	4	3
Grande Florianópolis	8	3	7	4
Foz do Rio Itajaí	5	2	4	7
Carbonífera	2	1	2	4
Planalto Norte	3	2	2	9
Alto Vale do Rio do Peixe	3	2	3	4
Extremo Sul Catarinense	1	0	1	1
Oeste	3	2	3	16
Alto Vale do Itajaí	3	3	2	2
Serra Catarinense	2	1	2	1
Alto Uruguai Catarinense	1	1	1	9
Xanxerê	1	1	1	13
Laguna	4	3	4	6
Meio Oeste	0	0	0	1
Extremo Oeste	2	1	2	22

Fonte: GEABS/SES/SC, 2015.

Os pacientes portadores de trauma bucomaxilofacial e lesões neoplásicas podem necessitar de atendimentos odontológicos em ambiente hospitalar. A Portaria nº 1.032/GM, de 05/05/2010, incluiu procedimentos odontológicos voltados aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar.

Para o atendimento em saúde bucal, os municípios que receberam equipamentos do Ministério da Saúde foram Rio do Sul (Hospital Samaria), Criciúma (Hospital São José),

Mafra (Hospital São Vicente de Paula), Ibirama (Hospital Dr. Waldomiro Colautti), Florianópolis (Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago) e Curitiba (Hospital Hélio Anjos Ortiz). Verifica-se carência de hospitais de referência em Saúde Bucal, o que dificulta o acesso da população a esse tipo de atendimento.

Outro ponto de atenção constitui-se no GraduaCEO, que consiste em uma série de ações e serviços de Saúde Bucal a serem desenvolvidos pelas instituições de ensino superior (IES) com curso de graduação em odontologia. Foi instituído pela Portaria nº 1.646 de 05 de agosto de 2014, com os objetivos de ampliação da oferta e do acesso da população às ações e aos serviços de Saúde Bucal no SUS, e da incorporação das clínicas odontológicas das instituições de ensino superior. Santa Catarina ainda não possui serviço credenciado.

2.2.1.18 Saúde mental

Foram registradas 1.980 mortes de 2001 a 2010 por abuso de substâncias psicoativas em SC. Destas, apenas 336 foram decorrentes de outras drogas que não o álcool. O uso abusivo de álcool foi responsável por 1.544 mortes em dez anos. Os registros, a partir de 1997, mostram um incremento de tais óbitos, de forma absoluta, progressivamente mais acentuado no caso do álcool do que no das outras drogas.

A Tabela 22 mostra a estimativa da prevalência anual de sintomas de transtornos mentais e do comportamento, por categoria diagnóstica (segundo CID-10) nas Regiões de Saúde, no ano de 2013.

Tabela 22 – Prevalência anual de sintomas de transtornos mentais e do comportamento, por categoria diagnóstica (segundo CID-10) nas Regiões de Saúde, em 2013

Região de Saúde	F1 (drogas*)	F0, F2 (psicoses**)	F3 (afetivas)	F4 (neuroses)	F5-F9 (outros)	Total F0-F9
Grande Florianópolis	40.643	10.162	71.130	81.294	30.482	233.710
Nordeste	35.773	8.944	62.600	71.542	26.829	205.686
Médio Vale do Itajaí	27.447	6.863	48.034	54.894	20.587	157.821
Foz do Itajaí	23.198	5.799	40.596	46.397	17.399	133.389
Carbonífera	16.342	4.087	28.601	32.686	12.256	133.389
Planalto Norte	14.303	3.576	25.031	28.605	10.726	93.973
Laguna	13.980	3.496	24.465	27.961	10.483	82.241
Oeste	13.028	3.259	22.800	26.057	9.771	80.384
Serra Catarinense	11.445	2.861	20.026	22.885	8.581	65.801
Alto Vale Rio Peixe	11.086	2.773	19.397	22.169	8.314	74.911
Alto Vale do Itajaí	10.937	2.738	19.144	21.876	8.205	63.739
Extremo Oeste	8.985	2.247	15.724	17.968	6.741	62.901
Xanxerê	7.627	1.906	13.346	15.254	5.719	51.661
Extremo Sul	7.357	1.840	12.873	14.714	5.519	43.850
Meio Oeste	7.263	1.814	12.705	14.520	5.443	42.304
Alto Uruguai	5.705	1.428	9.984	11.410	4.281	41.752
Santa Catarina	255.119	63.793	446.456	510.232	191.336	1.567.512

*Substâncias psicoativas. **Orgânicas (exógenas, degenerativas e traumáticas) e funcionais (endógenas).
 Fonte: Comissão Médica Estadual de Regulação. GECOR. SUR. SES/SC, 2013. IBGE, 2012.

Entre os sintomas de transtornos mentais e do comportamento por categoria diagnóstica, destacam-se as neuroses como maior causa de morbidade.

A relação entre o uso do álcool e de outras drogas e as situações de violência evidencia o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco. A Tabela 23 apresenta a morbidade hospitalar por transtornos psiquiátricos.

Tabela 23 – Número de internações hospitalares de todas as especialidades médicas, em geral e decorrentes de transtornos psíquicos, por Região de Saúde em Santa Catarina, em 2012

Região de Saúde	Todas	Só psiquiátricas
Extremo Oeste	16.816	467
Xanxerê	14.791	399
Oeste	22.209	519
Alto Uruguai Catarinense	10.289	532
Meio Oeste	12.542	997
Alto Vale do Rio do Peixe	19.986	1.020
Foz do Rio Itajaí	32.483	275
Alto Vale do Itajaí	18.835	799
Médio Vale do Itajaí	41.463	581
Grande Florianópolis	56.971	2.560
Laguna	23.795	1.007
Carbonífera	26.499	1.263
Extremo Sul Catarinense	12.704	493
Nordeste	49.253	700
Planalto Norte	24.402	451
Serra Catarinense	21.545	1.349
Estado de Santa Catarina	404.583	13.412

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações hHospitalares do SUS (SIH/SUS, 2013).

A tabela anterior apresenta as Regiões de Saúde Grande Florianópolis e Carbonífera com o maior número de internações psiquiátricas. Para compreender melhor essa situação, faz-se necessária a realização de análises mais aprofundadas para avaliar a necessidade e/ou o impacto da existência de hospitais psiquiátricos nessas duas Regiões de Saúde: Grande Florianópolis tem o Instituto de Psiquiatria de São José e Carbonífera, o Instituto de Psiquiatria Rio Maina.

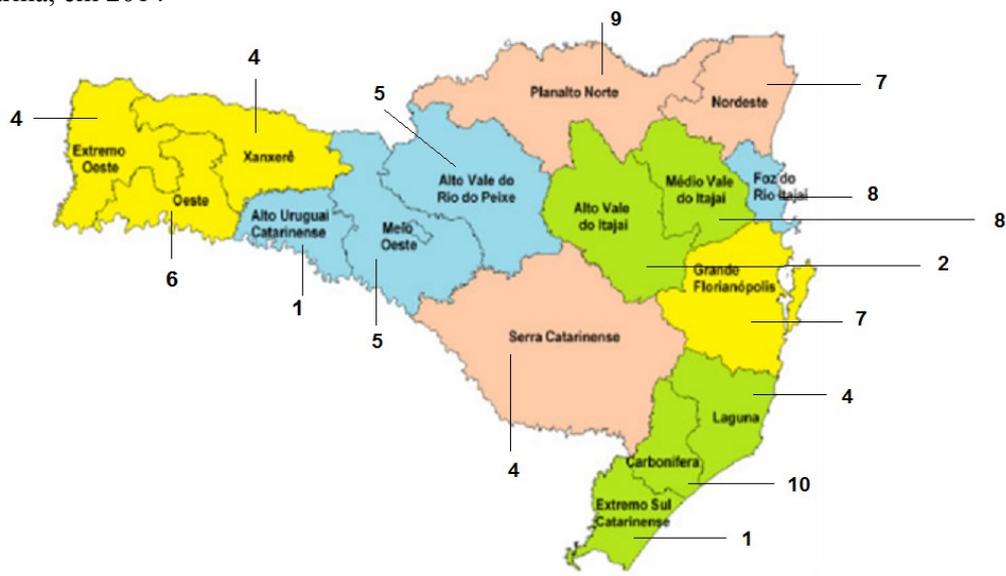
Segundo relatório do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), de 2013, o estado possuía 877 leitos em hospitais psiquiátricos e um total de 272 moradores distribuídos em 4 instituições: Casa de Saúde Rio Maina, Instituto de Psiquiatria (IPQ) e Centro de Convivência Santana.

Objetivando proporcionar a atenção preconizada, o estado constituiu e pactuou regionalmente dezesseis Planos de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial. Dentro dos pontos de atenção elencados em municípios onde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ainda não está integralmente implantada, é de responsabilidade da AB/ESF a avaliação e, caso necessário, o encaminhamento para o hospital do paciente, a partir do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da RAPS, uma vez que são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipes multiprofissionais que atuam na ótica interdisciplinar e realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e/ou com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Atualmente estão implantados em Santa Catarina 54 CAPS I, 14 CAPS II, 2 CAPS III, 11 CAPS ad II, 1 CAPS ad III e 8 CAPS i, totalizando 87 CAPS, conforme a Figura 17. Está prevista a implantação de outras 79 unidades.

Figura 17 – Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por Região de Saúde em Santa Catarina, em 2014



Fonte: GEABS/SES/SC, 2015.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) organizam-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. A capacidade instalada em relação SRT é de cinco unidades, três em São José, duas em Joinville e uma em Monte Castelo. Pelos planos da RAPS, está prevista a implantação de mais 11 SRT.

A Portaria nº 2.840 de dezembro de 2014 criou o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS, e instituiu o incentivo financeiro de custeio mensal às equipes de municípios onde os hospitais estão localizados. Segundo o plano da RAPS, se faz necessária a implantação de 28 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) do tipo I e de 5 SRT II em SC.

As Unidades de Acolhimento (UA), enquanto unidades de caráter transitório, têm como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar, e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. O estado conta com uma UA para adultos em Chapecó e uma em Joinville. Está prevista a implantação de 34 UAs para os públicos adulto e infanto-juvenil, por todo o estado.

O cuidado hospitalar prevê atenção às pessoas em situação de urgência/emergência e internação em leito de saúde mental em hospital geral (Portaria 148/2012). A internação hospitalar deve ser indicada apenas para estabilização do quadro de sofrimento psíquico agudo e avaliação/tratamento de outros agravos clínicos, e deve ser o mais breve possível.

De acordo com a Portaria nº 148/2012 e segundo a devolutiva do Ministério da Saúde do Plano da RAPS, a Secretaria de Estado da Saúde necessita disponibilizar 304 leitos de saúde mental em hospitais gerais, segundo o parâmetro adotado pelo MS, da relação estabelecida de um leito em saúde mental para cada 23.000 habitantes. No entanto, segundo dados de 2015 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), estão cadastrados mais de 800 leitos em Saúde Mental em SC.

É imprescindível o olhar crítico sobre as culturas da internação e da medicalização, incompatíveis com o modelo das diretrizes da Política Nacional e Catarinense de Saúde Mental.

2.2.1.19 Alimentação e nutrição

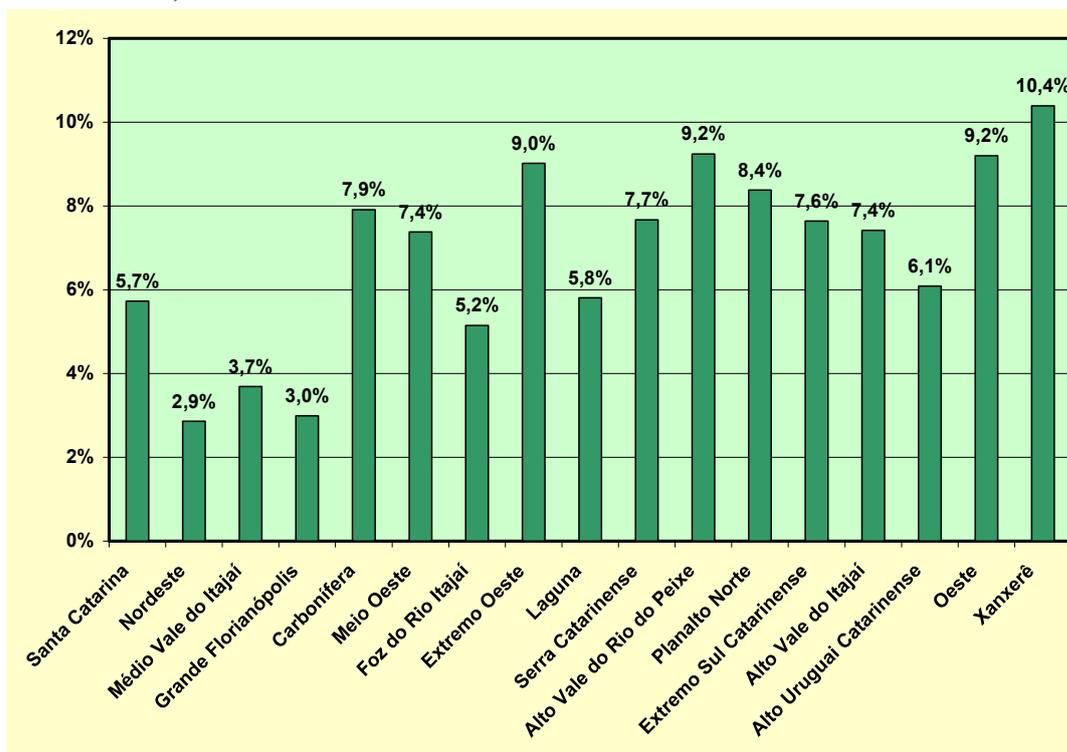
A prevenção e o acompanhamento de possíveis desvios nutricionais na Atenção Básica perpassam a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional. São desenvolvidas ações de promoção da saúde, como alimentação saudável e atividade física ou práticas corporais, de forma interdisciplinar.

Para a atenção ao indivíduo portador de baixo peso, sobrepeso ou obesidade se faz necessária uma contínua ação de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para a identificação dos casos, a estratificação de risco e a organização da oferta de cuidado.

Em 2013, Santa Catarina apresentou uma cobertura populacional no Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (Sisvan) equivalente a 5,13%.

Tal cobertura pressupõe a necessidade de qualificar o perfil epidemiológico nutricional dessa população para, a partir desse diagnóstico, planejar a Atenção Nutricional nas diferentes Regiões de Saúde do estado.

Figura 18 – Percentual da população acompanhada pelo Sisvan, no total e por Regiões de Saúde em Santa Catarina, em 2013



Fonte: Sisvan, GEABS, 2015.

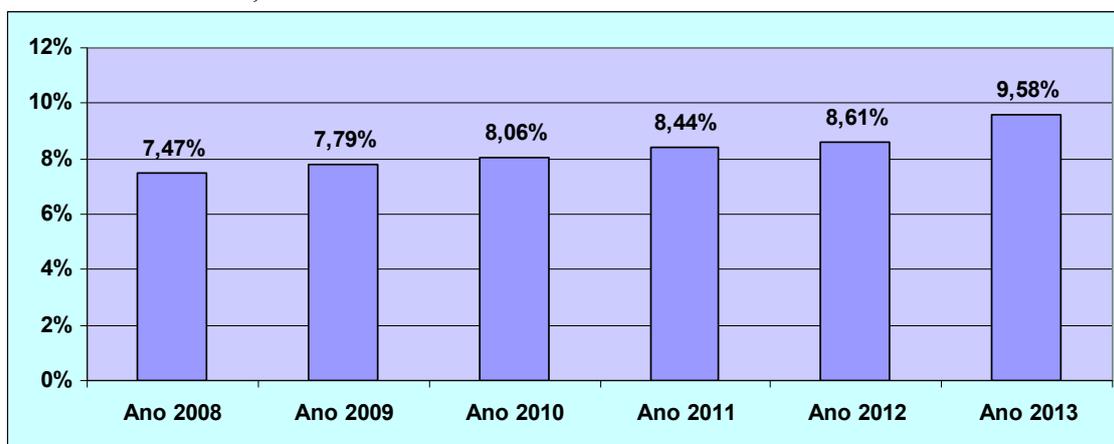
A Região de Saúde Xanxerê obteve o melhor resultado de acompanhamento em Santa Catarina, que ficou próximo da média nacional no mesmo ano: 11,3%.

As Regiões de Saúde Nordeste e Grande Florianópolis tiveram os piores resultados em 2013. Embora o município de Joinville tenha acompanhado 9,59% dos usuários, colocando-se bem acima da média do estado, esse dado não foi suficiente para incrementar o percentual da região. Por outro lado, o baixo resultado de acompanhamento do município de Florianópolis explica-se pelas características tecnológicas do sistema de informações próprio do município, que não permitem que os dados informados no prontuário eletrônico utilizado migrem para o Sisvan; com isso, o município apresentou 0,78% de cobertura. Esse percentual contribuiu sobremaneira para o baixo desempenho da Região de Saúde Grande Florianópolis.

Esses resultados indicam a necessidade da organização da Vigilância Alimentar e Nutricional em todas as Regiões de Saúde. Essa organização perpassa pela implementação do Sisvan, que deve contemplar a avaliação antropométrica e de marcadores de consumo alimentar de indivíduos, em todas as fases do curso da vida.

Chama a atenção o marcante aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade nos diversos subgrupos populacionais do país. Dentro desse contexto, a obesidade se consolidou como agravo nutricional associado a uma alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, influenciando dessa maneira o perfil de morbimortalidade da população.

Figura 19 – Taxa de crianças de 0-10 anos com índice de massa corporal para a idade com percentil > 85 em Santa Catarina, de 2008 a 2013



Fonte: Sisvan, 2015.

A Figura 19 revela que, entre os anos de 2008 e 2013, a taxa de crianças de 0 a 10 anos com Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade com percentil > 85 apresentou aumento de 2,11% entre as crianças acompanhadas pelo Sisvan em Santa Catarina, demonstrando a importância de o diagnóstico do estado nutricional em crianças fazer parte da avaliação de rotina das equipes de saúde.

Em relação ao Programa Bolsa Família (PBF), a responsabilidade com a saúde da população pressupõe a organização da Atenção Básica para garantir a oferta de serviços às famílias beneficiárias do programa – famílias constituídas de mulheres e crianças de até sete anos, visando ao acompanhamento das condicionalidades, quais sejam o seguimento de consultas de pré-natal e assistência pós-parto, o cumprimento do calendário de vacinação e a vigilância nutricional de crianças menores de sete anos.

Tabela 24 – Proporção (%) de famílias beneficiárias do PBF acompanhadas, segundo Regiões de Saúde em Santa Catarina, em 2014

Localidade	2014
Santa Catarina - Total	74,59 %
Nordeste	58,95 %
Médio Vale do Itajaí	57,96 %
Grande Florianópolis	79,93 %
Carbonífera	74,13 %
Meio Oeste	68,90 %
Foz do Rio Itajaí	73,20 %
Extremo Oeste	70,11%
Laguna	73,79%
Serra Catarinense	73,16%
Alto Vale do Rio do Peixe	74,23%
Planalto Norte	79,01%
Extremo Sul Catarinense	79,04%
Alto Vale do Itajaí	79,73%
Alto Uruguai Catarinense	80,31%
Oeste	82,44%
Xanxerê	88,08%

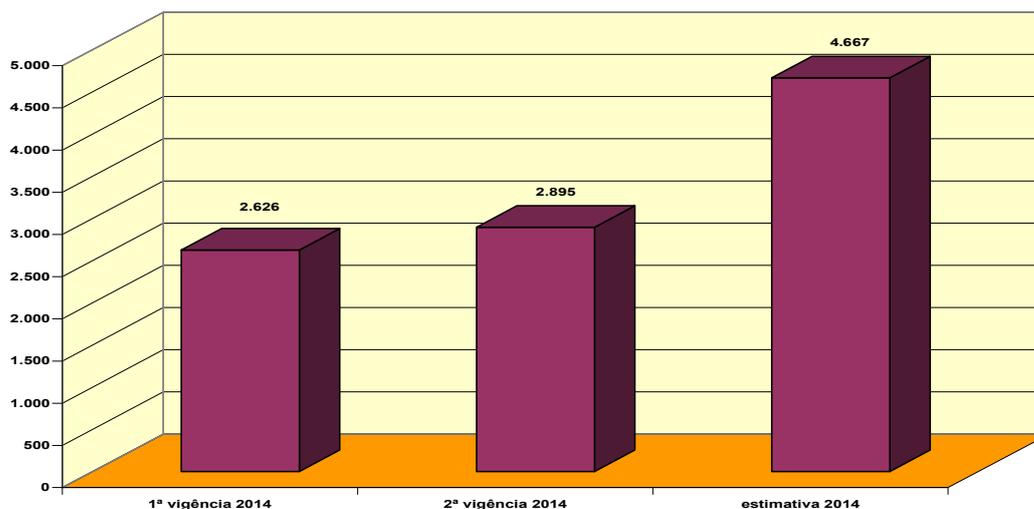
Fonte: Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF, 2015.

A Tabela 24 apresenta a proporção de famílias acompanhadas do PBF, segundo as Regiões de Saúde. A meta estadual de cobertura no acompanhamento das famílias beneficiárias, em consonância com a meta federal, é de 73%. Na 2ª vigência de 2014, o estado de SC acompanhou 74,59% das famílias do PBF, ficando, portanto, acima da meta pactuada. No entanto, as Regiões de Saúde Nordeste, Médio Vale do Itajaí, Meio Oeste e Extremo Oeste não alcançaram esse índice de acompanhamento.

A Região de Saúde Xanxerê apresentou o melhor resultado, acompanhando 88,08% dos beneficiários do Bolsa Família. Outras onze Regiões de Saúde acompanharam acima de 73% de seus beneficiários, indicando ser possível a mobilização dos profissionais da Atenção Básica na captação dessa população vulnerável.

Entre os benefícios concedidos pelo PBF está o Benefício Variável da Gestante (BVG), que reforça o papel do SUS na intersetorialidade e o seu compromisso com a erradicação da miséria, e oportuniza a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço para a realização do pré-natal, considerando que, quanto antes for informada a ocorrência da gestação, mais cedo a família passará a receber o benefício.

Figura 20 – Número de gestantes beneficiárias do PBF localizadas nas 1ª e 2ª vigências e estimadas em Santa Catarina, em 2014



Fonte: Datasus/MS, 2015.

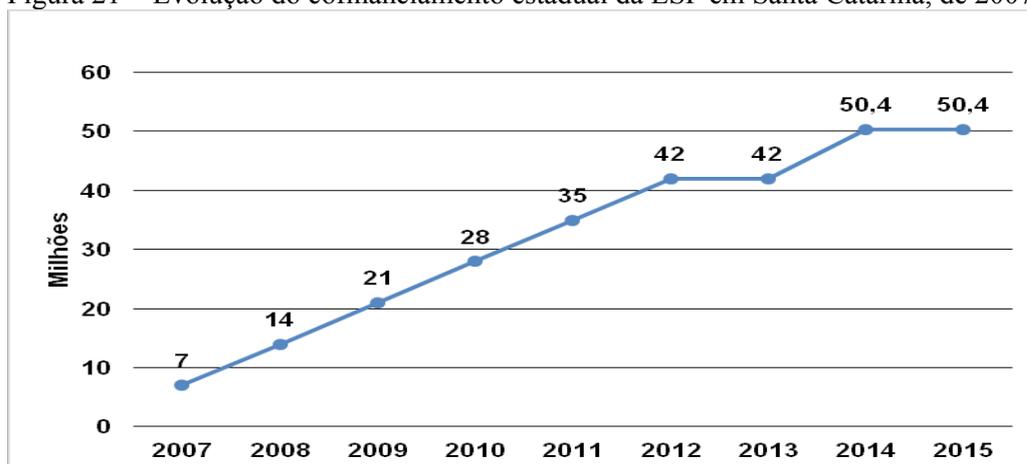
A estimativa de gestantes para 2014 era de 4.667. Segundo a Figura 20, na 1ª vigência foram localizadas 2.626 gestantes e, na vigência seguinte, a saúde localizou 2.895 dessas beneficiárias. Mesmo com o incremento de 5,73% observado na localização dessas mulheres, o estado deixou de acompanhar 43,7% e 37,97% das gestantes estimadas, respectivamente, impossibilitando a essas beneficiárias o acesso aos serviços de saúde e a um direito social que contribui para a proteção à mãe e ao bebê durante a gestação, e eleva a renda familiar em fases essenciais ao crescimento e desenvolvimento da criança: a fase do desenvolvimento gestacional e a primeira infância.

2.2.2 Cofinanciamento estadual da Atenção Básica

A Deliberação nº 21/CIB/07 aprovou os critérios do cofinanciamento da SES para a Atenção Básica/ESF, com a indicação de que os recursos devem ser gastos prioritariamente em capacitação e qualificação dos profissionais da ESF.

Em 2007, o cofinanciamento era de R\$ 7 milhões e, em 2015, atingiu R\$ 50,4 milhões, conforme a Figura 21.

Figura 21 – Evolução do cofinanciamento estadual da ESF em Santa Catarina, de 2007 a 2015



Fonte: GEABS/SES, 2015.

Atualmente esse valor é repassado para as equipes de SF, SB, NASF e CAPS, além de englobar premiações para AB e a publicação da Revista Catarinense de Saúde da Família. Os valores estão descritos na Tabela 25 e no Quadro 2.

Tabela 25 – Evolução dos valores e distribuição de NASF SC, de 2009 a 2014

ANO	VALOR MENSAL NASF SC (R\$)					
	VALOR (R\$)	NASF SC 1	NASF SC 2	NASF FED 1	NASF FED 2	NASF FED 3
2009	2.000.000,00	4.000,00	8.000,00			
2010	6.412.000,00	4.000,00	8.000,00			
2011	9.256.000,00	4.000,00	8.000,00			
2012	9.256.000,00	4.000,00	8.000,00		2.500,00	
2013	8.105.688,00	4.000,00	8.000,00	3.000,00	2.500,00	2.000,00
2014	7.124.000,00	4.000,00	8.000,00	3.000,00	2.500,00	2.000,00

Fonte: GEABS/SES/2015.

Quadro 2 – Evolução dos valores e distribuição do cofinanciamento estadual da AB, de 2007 a 2014

ANO	COFINANCIAMENTO ANUAL TOTAL (R\$)	VALOR ANUAL ESF (R\$)	VALOR MENSAL EQUIPES ESF (R\$)				VALOR ANUAL (R\$)		
			SF	PMAQ	SB	PMAQ	CAPS	CEO	NASF SC
2007	7.000.000,00	7.000.000,00	750,00		375,00				
2008	14.000.000,00	13.475.700,00	690,00		345,00				
2009	21.000.000,00	17.450.000,00	804,00		402,00		1.080.000,00		2.000.000,00
2010	28.000.000,00	18.890.000,00	900,00		450,00		1.780.000,00	917.960,00	6.412.000,00
2011	35.000.000,00	21.980.700,00	1.000,00		500,00		1.350.000,00	1.350.000,00	9.256.000,00
2012	42.000.000,00	29.454.000,00	1.000,00	400,00	500,00	200,00	1.350.000,00	950.000,00	9.256.000,00
2013	42.000.000,00	29.454.000,00	1.000,00	400,00	500,00	200,00	1.350.000,00	951.456,00	8.105.688,00
2014	50.400.000,00	40.131.800,00	1.400,00	250,00	700,00	125,00	1.350.000,00	951.456,00	7.124.000,00

Fonte: Gerência de Coordenação da Atenção Básica, 2015.

A Deliberação 020/CIB/09 do cofinanciamento da AB/ESF instituiu a avaliação do desempenho da gestão municipal da AB, baseada na metodologia de avaliação desenvolvida pela SES em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). São premiados os municípios com melhor desempenho, estratificados segundo o seu porte populacional, nos anos ímpares. A premiação é utilizada para a melhoria das condições de trabalho na AB/ESF. Essa avaliação está institucionalizada na SES desde 2008. A Gerência de Coordenação da AB é responsável por conduzir as avaliações, e por divulgar os resultados e as premiações em parceria com a UFSC.

Além dos recursos de cofinanciamento da AB apresentados, a SES também repassa recursos para 45 CEO, complementando o repasse estadual até atingir 50% do repasse federal para os CEO regionalizados. Cofinancia ainda 104 LRPD, conforme indicado pela Tabela 26.

Tabela 26 – Histórico de recurso orçado para laboratório de prótese dentária

ANO	VALOR (R\$)
2012	1.296.000,00
2013	2.100.600,00
2014	2.100.600,00

Fonte: GEABS/SES/2015.

A SES tem orçado ainda recursos para a implantação de serviços odontológicos para atenção hospitalar a pacientes com necessidades especiais, de acordo com a Portaria nº 1.032/GM de 05/05/2010.

Municípios pertencentes ao Programa Catarinense de Inclusão Social (Procis) também recebem recursos do estado.

2.2.3 E-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)

A Gerência de Coordenação da Atenção Básica elencou como prioridade a implantação do e-SUS AB no estado. O Núcleo Telessaúde SC oferece apoio, por meio da educação permanente à distância, aos profissionais de saúde da Atenção Básica.

A implantação do e-SUS AB pelos gestores municipais e pelas equipes de saúde representa um importante avanço na qualificação e no uso da informação registrada durante as ações de saúde. Há um período mais crítico até que os novos fluxos e instrumentos utilizados sejam incorporados ao dia a dia no processo de trabalho das equipes de saúde. Os esforços de

estruturação do sistema só serão completos e efetivos com o envolvimento dos gestores e dos profissionais de saúde, na utilização e no aprimoramento contínuo do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e da estratégia do e-SUS AB. Pode-se observar a situação do sistema no estado na Tabela 27.

Tabela 27 – Diagnóstico da situação do e-SUS AB por Gerência Regional de Saúde até maio de 2015

Região de Saúde	NÃO INICIADA		INCIPIENTE		INTERMEDIÁRIA		IMPLANTADA	
	Nº municípios	% municípios	Nº municípios	% municípios	Nº municípios	% municípios	Nº municípios	% municípios
Extremo Oeste	12	40,0	3	10,0	6	20,0	9	30,0
Oeste	7	28,0	10	40,0	2	8,0	6	24,0
Xanxerê	10	47,6	4	19,0	0	0,0	7	33,3
Alto Vale do Itajaí	8	28,6	6	21,4	3	10,7	11	39,3
Foz do Rio Itajaí	1	9,1	2	18,2	1	9,1	7	63,6
Médio Vale do Itajaí	4	28,6	3	21,4	1	7,1	6	42,9
Grande Florianópolis	1	4,5	5	22,7	0	0,0	16	72,7
Meio Oeste	4	20,0	1	5,0	1	5,0	14	70,0
Alto Vale do Rio do Peixe	5	25,0	2	10,0	1	5,0	12	60,0
Alto Uruguai	7	46,7	2	13,3	2	13,3	4	26,7
Catarinense Nordeste	1	7,7	1	7,7	1	7,7	10	76,9
Planalto Norte	3	23,1	0	0,0	0	0,0	10	76,9
Serra Catarinense	0	0,0	1	5,6	1	5,6	16	88,9
Extremo Sul Catarinense	8	53,3	3	20,0	1	6,7	3	20,0
Carbonífera	4	33,3	5	41,7	2	16,7	1	8,3
Laguna	5	27,8	1	5,6	3	16,7	9	50,0
TOTAL	80	(27,1%)	49	(16,6%)	25	(8,5%)	141	(47,8%)

Fonte: MS/DAB, 2015.

Importante destacar que muitos municípios já avançaram nessa implantação, porém outros ainda necessitam de suporte e/ou de um acompanhamento mais próximo para a implantação do e-SUS AB em nosso estado.

As perspectivas são de que, até dezembro de 2015, todos os municípios devam substituir o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelo Sisab/e-SUS AB, usando as fichas com o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

A existência de programas próprios nos municípios é um fator dificultador, pois existe uma expectativa de que haverá uma migração automática dos dados de cadastro da antiga ficha para a ficha de cadastro domiciliar e individual.

Monitorar a implantação e a utilização do e-SUS AB pelos municípios constitui-se em um desafio.

2.3 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

2.3.1 Serviços especializados e regulação

Com a visão de desenvolver atividades com excelência no acesso equânime aos serviços de saúde e com assistência qualificada, e a missão de coordenar, organizar, direcionar, articular, apoiar e instrumentalizar todas as atividades de regulação, telemedicina, tratamento fora de domicílio, transplantes, reabilitação, atenção à pessoa com deficiência, informações toxicológicas, anatomia patológica e atendimento pré-hospitalar dentro da Rede de Atenção à Saúde, a Superintendência de Serviços Especializados e Regulação tem função direta na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

2.3.1.1 SC Transplantes

Sua função principal consiste em coordenar as atividades de doação e transplante de órgãos, tecidos ou células no âmbito estadual com funcionamento ininterrupto, ou seja, em um serviço disponível 24 horas por dia.

As atividades cotidianas do SC Transplantes são as de receber as notificações de doadores de tecido ocular e de abertura de protocolo de diagnóstico de morte encefálica nos hospitais do estado (se confirmada a morte encefálica, os pacientes tornam-se potenciais doadores de múltiplos órgãos); efetivando-se a doação de múltiplos órgãos, geram-se outros serviços como a logística e a oferta de órgãos às equipes de transplante.

Outra atividade é a regulação de pedidos de tratamento fora de domicílio e a regulação/autorização de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)/Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) relacionadas a procedimentos de doação e transplante de órgãos e tecidos. Além disso, há os credenciamentos de serviços relacionados às atividades transplantadoras e às rotinas gerenciais e administrativas.

Considerando os números do país, o Brasil possui 14,2 doadores por milhão de pessoas (p.m.p.) como média; o estado de Santa Catarina possui a média de 32,3 doadores p.m.p., o Distrito Federal, de 29,2 p.m.p., e os estados de São Paulo e Rio Grande de Sul, de 20,0 p.m.p.

Quando apresentamos os números relacionados ao transplante de órgãos no estado, conforme demonstrado na Tabela 28, tivemos 202 doações efetivas em 2014; ao considerarmos a série histórica dos últimos 14 anos, podemos verificar um incremento constante no número de doações, apresentado na Tabela 29.

Tabela 28 – Número de doações efetivas de múltiplos órgãos por quadrimestre em Santa Catarina, em 2014

2014			
1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
56	80	66	202

Fonte: CNCDO/SC, 2015.

Tabela 29 – Série histórica do número de doações efetivas de múltiplos órgãos realizadas em Santa Catarina, de 2000 a 2014

Ano	Número de doações efetivas realizadas
2000	25
2001	23
2002	29
2003	33
2004	44
2005	64
2006	75
2007	87
2008	96
2009	120
2010	109
2011	159
2012	165
2013	170
2014	202

Fonte: CNCDO/SC, 2015.

Em relação às doações de tecido ocular, a tendência se repete. Houve um incremento crescente nos números apresentados na série histórica, passando de 225 em 2008 para 916 em 2014. Quando consideramos os dados e a série histórica dos tipos de transplantes realizados no estado de Santa Catarina em 2014, verificamos, conforme a Tabela 30, novamente um incremento crescente no número apresentado.

Tabela 30 – Série histórica do número transplantes realizados em Santa Catarina, de 2009 a 2014

ANO

ÓRGÃO/TECIDO	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CÓRNEA	411	502	462	479	504	732
RIM DOADOR VIVO	38	52	52	40	42	33
RIM DOADOR FALECIDO	215	175	220	207	227	260
RIM/PÂNCREAS	7	6	9	5	12	5
FÍGADO DOADOR FALECIDO	97	87	107	112	116	113
OSSO	8	29	41	36	58	50
PELE	0	0	0	1	4	2
ESCLERA	69	66	59	83	128	90
MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO	36	52	68	72	80	87
CORAÇÃO	1	0	0	0	4	4
VÁLVULA	0	0	0	0	0	8
PÂNCREAS	0	0	0	0	0	2
TOTAL						

Fonte: CNCDO/SC, 2015.

O estado de Santa Catarina, conforme dados do Registro Brasileiro de Transplantes, veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplantes, fechou o ano de 2014, novamente, como o estado da federação com o melhor índice de doadores de múltiplos órgãos por milhão de habitantes. Para o alcance desses números, tornam-se imprescindíveis cursos e capacitações para os profissionais envolvidos.

Durante o ano de 2014, enquanto se havia programado uma meta de 15 cursos, foram realizados 26, suplantando em 70% a meta planejada e capacitando 517 profissionais nos principais hospitais notificantes do estado em 2014, demonstrando a importância da educação permanente para manter a qualidade dos serviços.

2.3.1.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

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

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) constitui o componente pré-hospitalar móvel e foi implantado em Santa Catarina em 2005, tendo sido esse o primeiro estado no Brasil a oferecer cobertura de 100% dos municípios de forma regionalizada e hierarquizada, com financiamento das três esferas do governo. O serviço é responsável pela regulação médica dos atendimentos de urgência, pelo atendimento médico pré-hospitalar e como atividade secundária pelas transferências de pacientes graves atendidos pelo Sistema Único de Saúde.

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

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

No Quadro 3, pode-se ver o crescente número de atendimentos totais do SAMU entre os anos de 2010 e 2014.

Quadro 3 – Número de atendimentos do SAMU, por tipo, em Santa Catarina, de 2010 a 2014

Tipo de Atendimento	2010	2011	2012	2013	2014
Com USA	20.718	20.784	20.894	29.863	33524
Com USB	91.728	101.357	94.593	123.568	138.718
ORIENTAÇÃO MÉDICA	34.969	26.792	38.906	153.240	146.724
TOTAL	147.415	148.933	154.393	306.671	318.966

Fonte: SAMU/SC, 2015.

Com financiamento federal insuficiente, um grande problema enfrentado pelo SAMU em Santa Catarina está no seu financiamento; essa dificuldade atinge principalmente as Unidades de Suporte Básico de gestão dos municípios, já que as pactuações entre eles não existem ou não são cumpridas.

Com a inadimplência crescente dos municípios cobertos por aqueles que possuem SAMU instalado, as dificuldades em manter o serviço em funcionamento têm sido cada vez maiores, chegando muitas vezes a desistências e a pedidos de desabilitação.

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

Estrutura:

- 08 Centrais Macrorregionais de Regulação das Urgências (SAMU 192)
- 23 Unidades de Suporte Avançado em 21 bases
- 102 Unidades de Suporte Básico
- 01 helicóptero em convênio com o Corpo de Bombeiros (Cobom)
- 01 helicóptero em convênio com a Polícia Rodoviária Federal (PRF)
- 01 avião asa fixa em convênio com o Cobom
- 75 mil chamadas – 26,5 mil atendimentos/mês

Unidades qualificadas:

- Centrais de Regulação: 08 (100%)
- Unidades de Suporte Avançado: 14 (61%)
- Unidades de Suporte Básico: 49 (48%)

2.3.1.3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

O estado vem construindo os Planos de Ação regional das redes, porém, ainda encontra insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade, incipiência nos mecanismos de referência e contrarreferência, e falta de regulação do sistema.

As Unidades de Pronto Atendimento são componentes da Rede de Urgência e Emergência, e esses problemas incidem também sobre os pontos de atenção.

Atualmente, o estado possui aprovadas pelo Ministério da Saúde 31 UPAs, sendo 23 do tipo 1, quatro do tipo 2 e quatro do tipo 3. Dessas, sete já possuem portaria de habilitação, sendo uma em cada um dos municípios de Biguaçu, Chapecó, Herval do Oeste, Joinville e São Miguel do Oeste, e duas em Florianópolis. Os municípios de Araranguá, Itajaí e São Francisco do Sul estão com UPAs prontas, porém ainda não solicitaram qualificação.

Existem 7 UPAs no estado cujos municípios foram notificados por não terem concluído a obra ou, quando concluída, não a terem colocado em funcionamento.

2.3.1.4 Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC)

Está localizado no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por meio de uma parceria entre a SES/SC e a UFSC desde a sua implantação, em 1984. Funciona ininterruptamente 24 horas por dia, via telefone 0800 643 5252, para todos os profissionais e serviços de saúde do estado e a população em geral.

O suporte de um Centro de Informação Toxicológica para a decisão clínica durante o atendimento de pacientes expostos é fator de redução de custos e de maior benefício ao paciente. Para o CIT/SC cumprir sua missão de prover suporte aos profissionais de saúde, à população em geral e às instituições, através da informação e assistência toxicológica, visando à redução da morbimortalidade por intoxicações e envenenamentos, é fundamental manter um quadro ampliado de recursos humanos.

Isso contribuirá para a melhoria de todas as atividades que incluem o pré-atendimento, o atendimento e o pós-atendimento dos casos; o atendimento das exposições/intoxicações crônicas, da toxicologia ocupacional e/ou ambiental; a ampliação das campanhas preventivas à população sobre os riscos decorrentes de exposições tóxicas; o aumento da qualificação de equipes de saúde e outras, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de agravos

relacionados à toxicologia. Além disso, são necessários a implementação do suporte laboratorial para atendimento à demanda analítica nas intoxicações agudas e crônicas; o apoio da SES para subsídio à participação da equipe em congressos, cursos e eventos de atualização e qualificação na área da toxicologia e de suporte às demais atividades do Centro; e a consolidação da Política de Antídotos na Rede de Atenção à Saúde no estado de Santa Catarina (2014), contribuindo para a segurança do paciente, uma vez que óbitos podem ocorrer por falta de medicamentos específicos para a recuperação de pacientes gravemente intoxicados.

Desde 1984, por ocasião do início dos seus trabalhos, o CIT realizou aproximadamente 200.000 registros de atendimento para suporte ao diagnóstico e ao tratamento de intoxicações. De janeiro de 2010 a dezembro de 2013, foram registrados 38.677 atendimentos de casos humanos. O atendimento majoritário (82%) é prestado a chamadas provenientes de unidades de urgência e emergência, enquanto as chamadas da atenção primária foram 5% do total e as chamadas de domicílios, 8%.

Na distribuição das exposições humanas segundo a circunstância, a faixa etária e o grupo de agentes tóxicos, observa-se um predomínio das exposições acidentais, com 55% das ocorrências em crianças na faixa etária de 01 a 04 anos, decorrentes de exposições principalmente a medicamentos (34%) e produtos domissanitários (21%), demonstrando a necessidade de campanhas preventivas dos acidentes domésticos nessa faixa etária. As tentativas de suicídio são responsáveis por 22% das ocorrências, principalmente na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo os medicamentos a causa de 80% dessas intoxicações propositais em adultos jovens. Nesses casos, além de realizar o suporte à decisão clínica, o CIT/SC orienta que o paciente seja encaminhado e acompanhado por um Centro de Atendimento Psicossocial.

Exposições ocupacionais aconteceram em 8% do total dos casos, majoritariamente na faixa etária produtiva, entre 20 e 49 anos. Os grupos de agentes responsáveis pelos acidentes nessa faixa etária foram os animais peçonhentos (28%), os produtos químicos industriais (27%) e os agrotóxicos (18%). Essas exposições acontecem geralmente com agricultores na área rural e trabalhadores das indústrias, indicando a necessidade de orientação quanto às medidas de prevenção e primeiros socorros.

Uma intoxicação sempre leva a uma consulta de urgência e emergência, tanto nas Unidades Básicas quanto nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e emergências de hospitais. Em um grande número dos casos, após a consulta, com o suporte ou não do CIT/SC e alguns procedimentos, o paciente permanece em observação por algumas horas e é liberado.

Não havendo internação, não há emissão de uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Isso talvez explique o baixo número de internações por intoxicações no conjunto das causas externas.

Na descrição dos grupos de agentes tóxicos, observa-se que os principais grupos que impactam na morbidade das intoxicações são os medicamentos e os acidentes por animais peçonhentos, representando 57,8% do total das intoxicações no período, alternados em ordem de importância de 1º para 2º agente conforme a Região de Saúde. Os chamados classificados como diagnóstico diferencial situam-se em torno de 8% do total e indicam a necessidade de uma segunda opinião à rede de atenção à saúde.

Embora a letalidade das intoxicações em geral seja considerada baixa (0,87%), observa-se que a maior letalidade das intoxicações ocorre no grupo dos agrotóxicos, chegando a 3,6 óbitos para cada 100 casos. Os principais agrotóxicos que determinam essa letalidade são o Paraquate e os inibidores das colinesterases (organofosforados – OF – e carbamatos – Carb – identificados e não identificados). O herbicida Paraquate destaca-se por ter alta toxicidade, ausência de antídoto e alta letalidade. O alto percentual de OF e Carb não identificados é indicador da falta de um laboratório de toxicologia analítica para suporte à rede de atenção às urgências e emergências. O segundo grupo com maior ocorrência de letalidade é o das drogas de abuso (2,6%), seguido dos medicamentos (0,83%). Nos Quadros 4, 5, 6 e 7, pode-se observar o número de casos e de óbitos, e o percentual de letalidade das intoxicações humanas atendidas pelo CIT por Regiões de Saúde e no total de Santa Catarina.

Quadro 4 – Número de casos e de óbitos e percentual de letalidade das intoxicações humanas atendidas no CIT/SC, nas Regiões de Saúde Extremo Oeste, Xanxerê, Oeste e Alto Uruguai Catarinense em Santa Catarina, de jan./2010 a dez./2013

AGENTES/CLASSE	Extremo Oeste			Xanxerê			Oeste			Alto Uruguai Catarinense		
	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %
Agrotóxicos	46	5	10,87	103	2	1,94	133	3	2,26	61	1	1,64
Agrotóxicos uso doméstico	13	2	15,38	11		0,00	54		0,00	18		0,00
Alimentos	1		0,00	2		0,00	1		0,00			
Animais Não Peçonhentos	42		0,00	73		0,00	183		0,00	52		0,00
Animais Peçonhentos	418	2	0,48	425		0,00	824		0,00	371		0,00
Cosméticos	6		0,00	7		0,00	15		0,00	10		0,00
Diagnóstico diferencial	62	3	4,84	78	1	1,28	253	1	0,40	82		0,00
Drogas de Abuso	10		0,00	37	1	2,70	43		0,00	21		0,00
Medicamentos	151	2	1,32	570	5	0,88	1108	1	0,09	450	4	0,89
Metais	3		0,00	1		0,00	2		0,00	1		0,00
Desconhecido							2		0,00	2		0,00
Plantas	5		0,00	11		0,00	16		0,00	9		0,00
Produtos Químicos Domissanitários	29		0,00	68		0,00	113		0,00	54		0,00
Produtos Químicos Industriais	42		0,00	55		0,00	78	1	1,28	89	1	1,12
Produtos Veterinários	12		0,00	12	1	8,33	12		0,00	6		0,00
Raticidas	20		0,00	35		0,00	68	1	1,47	23		0,00
Total geral	860	14	1,63	1489	10	0,67	2905	7	0,24	1249	6	0,48

Fonte: CIT/SC, 2015.

Quadro 5 – Número de casos e de óbitos e percentual de letalidade das intoxicações humanas atendidas no CIT/SC, nas Regiões de Saúde Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Foz do Rio Itajaí e Alto Vale do Itajaí em Santa Catarina, de jan./2010 a dez./2013

AGENTES/CLASSE	Meio Oeste			Alto Vale do Rio do Peixe			Foz do Rio Itajaí			Alto Vale do Itajaí		
	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %
Agrotóxicos	47		0,00	63	4	6,35	143	7	4,90	189	5	2,65
Agrotóxicos uso doméstico	21		0,00	21		0,00	98		0,00	48		0,00
Alimentos				1		0,00	15		0,00	1		0,00
Animais Não Peçonhentos	64		0,00	73		0,00	117		0,00	182		0,00
Animais Peçonhentos	386		0,00	483	1	0,21	415		0,00	806	2	0,25
Cosméticos	5		0,00	9		0,00	38		0,00	4		0,00
Diagnóstico diferencial	113	2	1,77	119	3	2,52	221	10	4,52	259	2	0,77
Drogas de Abuso	17		0,00	30		0,00	139	4	2,88	39		0,00
Medicamentos	444	3	0,68	468	3	0,64	1283	18	1,40	489	2	0,41
Metais	1		0,00	2		0,00	2		0,00	1		0,00
Desconhecido	1		0,00	3		0,00	9		0,00	1		0,00
Plantas	7		0,00	13		0,00	25		0,00	16		0,00
Produtos Químicos Domissanitários	72	1	1,39	66		0,00	342	1	0,29	81		0,00
Produtos Químicos Industriais	63		0,00	58		0,00	287		0,00	92		0,00
Produtos Veterinários	21		0,00	18		0,00	25		0,00	14		0,00
Raticidas	40		0,00	33		0,00	91		0,00	54		0,00
Total geral	1302	6	0,46	1460	11	0,75	3251	41	1,26	2276	11	0,48

Fonte: CIT/SC, 2015.

Quadro 6 – Número de casos e de óbitos e percentual de letalidade das intoxicações humanas atendidas no CIT/SC, nas Regiões de Saúde Médio Vale do Itajaí, Grande Florianópolis, Região de Saúde Laguna e Carbonífera em Santa Catarina, de jan./2010 a dez./2013

AGENTES/CLASSE	Médio Vale do Itajaí			Grande Florianópolis			Laguna			Carbonífera		
	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %
Agrotóxicos	179	5	2,79	424	12	2,83	133	2	1,50	119	2	1,68
Agrotóxicos uso doméstico	106		0,00	255	1	0,39	49		0,00	57		0,00
Alimentos	3		0,00	47		0,00	4		0,00	3		0,00
Animais Não Peçonhentos	210		0,00	1104		0,00	144		0,00	115		0,00
Animais Peçonhentos	885	1	0,11	2403		0,00	347		0,00	370	1	0,27
Cosméticos	34		0,00	156		0,00	15		0,00	9		0,00
Diagnóstico diferencial	201	6	2,99	2047	45	2,20	210	6	2,86	205	7	3,41
Drogas de Abuso	86	3	3,49	1109	30	2,71	67	3	4,48	43	3	6,98
Medicamentos	1440	22	1,53	6121	48	0,78	881	6	0,68	899	5	0,56
Metais	8		0,00	59		0,00	7		0,00	7		0,00
Desconhecido	4	1	25,00	44	1	2,27	6		0,00	7		0,00
Plantas	34		0,00	230		0,00	22	1	4,55	50		0,00
Produtos Químicos Domissanitários	282		0,00	1150		0,00	160		0,00	155		0,00
Produtos Químicos Industriais	227		0,00	757	1	0,13	97		0,00	109		0,00
Produtos Veterinários	26		0,00	87		0,00	14		0,00	29		0,00
Raticidas	87		0,00	207		0,00	56		0,00	53		0,00
Total geral	3812	38	1,00	16201	138	0,85	2212	18	0,81	2230	18	0,81

Fonte: CIT/SC, 2015.

Quadro 7 – Número de casos e de óbitos e percentual de letalidade das intoxicações humanas atendidas no CIT/SC, nas Regiões de Saúde Extremo Sul Catarinense, Nordeste, Planalto Norte e Serra Catarinense em Santa Catarina, de jan./2010 a dez./2013

AGENTES/CLASSE	Extremo Sul Catarinense			Nordeste			Planalto Norte			Serra Catarinense			Santa Catarina		
	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %	Casos n°	Óbitos n°	Letalidade %
Agrotóxicos	113	2	1,77	405	20	4,94	107	12	11,21	63	2	3,17	2328	84	3,61
Agrotóxicos uso doméstico	26	0,00		133	0,00		17	0,00		17	0,00		944	3	0,32
Alimentos	1	0,00		10	0,00		1	0,00		1	0,00		91		0,00
Animais Não Peçonhentos	48	0,00		323	0,00		51	0,00		61	0,00		2842		0,00
Animais Peçonhentos	207	0,00		1074	3	0,28	283	0,00		292	0,00		9989	10	0,10
Cosméticos	2	0,00		56	0,00		6	0,00		8	0,00		380		0,00
Diagnóstico diferencial	48	0,00		312	19	6,09	121	3	2,48	128	2	1,56	4459	110	2,47
Drogas de Abuso	33	0,00		304	9	2,96	29	0,00		23	0,00		2030	53	2,61
Medicamentos	356	7	1,97	3355	29	0,86	354	0,00		359	0,00		18728	155	0,83
Metais	3	0,00		27	0,00		1	0,00		1	0,00		126		0,00
Desconhecido	1	0,00		9	0,00		1	0,00		6	0,00		96	2	2,08
Plantas	16	0,00		59	0,00		14	0,00		2	0,00		529	1	0,19
Produtos Químicos Domissanitários	46	0,00		476	1	0,21	67	0,00		71	0,00		3232	3	0,09
Produtos Químicos Industriais	30	1	3,33	409	1	0,24	72	0,00		44	0,00		2509	6	0,24
Produtos Veterinários	14	0,00		46	0,00		12	0,00		9	1	11,11	357	2	0,56
Raticidas	17	0,00		195	0,00		37	0,00		25	0,00		1041	1	0,10
Total geral	961	10	1,04	7193	82	1,14	1173	15	1,28	1110	5	0,45	49681	430	0,87

Fonte: CIT/SC, 2015.

Avaliando uma série histórica dos dados do CIT/SC num período de 10 anos, de 2004 a 2013, por classe de agentes envolvidos em casos humanos, observa-se que desde 2010 os medicamentos se destacam como principal agente das intoxicações, confirmando a tendência nacional e internacional.

Na distribuição das exposições humanas segundo a circunstância da ocorrência, as exposições acidentais aparecem em primeiro lugar, seguidas pelas tentativas de suicídio, tendência que se manteve no decorrer do período. De acordo com a faixa etária do paciente, observa-se um pico na faixa etária de 01 a 04 anos dos casos decorrentes de circunstância acidental, e outro na faixa etária de 20 a 29 anos relacionado principalmente às tentativas de suicídio.

A equipe do CIT/SC tem, dentro do possível, ministrado aulas e palestras em diversas Regiões de Saúde do estado, em seminários e congressos regionais. Também realiza esse trabalho via web/videoconferências pelas Redes Catarinense de Telemedicina e Telessaúde ou Universitária de Telemedicina (RUTE), para profissionais de saúde de todo o estado. O processo de construção das Redes de Atenção à Saúde no estado de SC aponta para a construção de interfaces, desdobramentos e demandas de capacitações na área de “Diagnóstico e tratamento das intoxicações e envenenamentos” para as equipes de atendimento de urgência (suporte básico e avançado) e atenção primária, entre outros grupos.

2.3.1.5 Anatomia patológica

Trabalha com três áreas distintas, quais sejam os citopatológicos, os anatomopatológicos e o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). Localizada em um anexo do Hospital Infantil Joana de Gusmão há mais de 25 anos, ocupa uma área de aproximadamente 400 m² e tem a função de emitir diagnósticos anatomopatológicos e citopatológicos dos pacientes atendidos nos hospitais próprios da SES com objetivo curativo e preventivo. Também realiza verificação de óbito com objetivo diagnóstico de *causa mortis* através de exame necroscópico (autópsia), atendendo 271 municípios conforme a resolução 304 CIB/14; funciona em escala de plantão, 24 horas por dia.

Tem a perspectiva futura de atender todo o material cirúrgico proveniente dos hospitais públicos próprios da SES e se tornar referência estadual de excelência na medicina diagnóstica com qualidade e celeridade, um modelo para toda a rede de SVO do estado de Santa Catarina que se encontra em implantação.

Nas Tabelas 31 e 32, apresentam-se alguns dados sobre a produção do setor.

Tabela 31 – Número de exames da Gerap e do SVO em série histórica de 2011 a 2014

PRODUÇÃO/LÂMINAS	2011	2012	2013	2014
Colpocitologias	15532	18091	15229	3169
Anatomopatológicos	13967	19850	20661	23289
Necrópsias	927	911	938	958

Fonte: Gerap-SVO/SUR, 2015.

A partir de 1º de março de 2013, após acordo entre as Superintendências SUH, SGA e SUR, da Gerência de Anatomia Patológica (Gerap), o setor de exames anatomopatológicos passou a receber todas as peças cirúrgicas e biópsias provenientes dos hospitais próprios da SES.

Quadro 8 – Número de pacientes/protocolos atendidos nos hospitais próprios da SES encaminhados à Gerap, em 2014

UNIDADE	HRJS	HGCR	HDWC	IC	MCD	HTR	HNR	HIJG
ANATOMOPATOLÓGICO	2227	1993	882	•	•	128	•	•
CITOPATOLÓGICO	•	•	•	•	613	•	•	•
AMPUTAÇÕES Anatomopatológico								7

Fonte: Siscop/Getin/SES - Sistema de Controle de Patologia, 2015.

2.3.1.6 Centro Catarinense de Reabilitação (CCR)

Consiste em um serviço público da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) que existe desde 1969; sua oficina ortopédica funciona desde 1973 e passou por diversas mudanças de perfil ao longo dos anos.

Em 2009, o CCR foi habilitado pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Medicina Física e Reabilitação e com concessão de órteses, próteses e materiais especiais (OPM). Foram reduzidos os atendimentos de fisioterapia básica para os municípios da Grande Florianópolis para assumir o atendimento de casos de alta complexidade em reabilitação, permanecendo como referência estadual no Programa de Toxina Botulínica, em órteses, prótese e materiais especiais (OPM), no setor de oxigenoterapia domiciliar (SOD) e na avaliação dos tratamentos fora de domicílio (TFDs) da área de reabilitação.

Com a estruturação e implantação da Rede de Deficiência, iniciou-se a organização dos serviços para o atendimento aos usuários dos quadros deficiências físicas (que incluem a ostomia), auditivas, visuais e intelectuais (que incluem o autismo).

Nesse sentido, o Centro Catarinense de Reabilitação foi habilitado pelo Ministério da Saúde, recebendo um custeio mensal de R\$ 140 mil, para ser um Centro Especializado em Reabilitação (CER) II de referência na Grande Florianópolis para deficiência física e intelectual (22 municípios). Também recebeu uma segunda habilitação, com o custeio de R\$ 54 mil para uma oficina ortopédica de referência estadual (295 municípios), mais a produção de OPM. Os serviços de toxina botulínica e oxigenoterapia domiciliar e ventilação não invasiva têm mantido o seu o atendimento para todo o estado de SC.

É necessário destacar que o seu quadro funcional sofreu drástica redução devido às aposentadorias e transferências para outras instituições de 2007 a 2010, em função do processo de descentralização com redução de organograma, horas-plantão e atendimentos. Atualmente, a instituição sofre com a falta de funcionários administrativos, de manutenção e de zeladoria, acarretando diversos prejuízos no atendimento, na concretização e no cumprimento de prazos, assim como em algumas especialidades técnicas.

Existem diversas pendências de vigilância sanitária, infraestrutura e climatização. No momento, aguarda a abertura de licitação para obra de ampliação e reforma.

2.3.1.7 Saúde da pessoa com deficiência (ATPCD)

Com o censo demográfico de 2000, foram identificadas no Brasil 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o equivalente a 14,5% da população brasileira. Desse universo, 48,1% são pessoas com deficiência visual; 26,9%, com deficiência motora/física; 16,7%, com deficiência auditiva; e 8,3%, com deficiência intelectual.

Com uma população de 6.248.436 habitantes, Santa Catarina tem 1.331.445 pessoas que apresentam algum tipo e/ou grau de deficiência, o que representa 21,3% da população do estado. Desse percentual, 74,5% apresentaram algum grau de deficiência visual; 24,9%, de deficiência auditiva; 31,5%, de deficiência física; e 5,4%, de deficiência intelectual/mental. Ainda no caso das deficiências visual, auditiva e física, o Censo divide a população conforme o grau: aqueles que não conseguem de modo algum desenvolver determinadas atividades, ou seja, as pessoas com deficiência totalmente dependentes ou com deficiência grave; aqueles com grande dificuldade, ou seja, cujo grau de limitações é maior que o de funcionalidade, e que necessitam de bastante auxílio; e, por fim, os que têm alguma dificuldade, sendo pessoas com deficiência independentes, mas que necessitam de algum auxílio, como por exemplo o deficiente visual leve, que utiliza óculos comuns.

Para a construção da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência e a definição das necessidades de cada região para o desenho de pontos de atenção dessa rede, os parâmetros foram pensados a partir dos dois primeiros graus (os que não conseguem de modo algum desenvolver atividades ou têm grande dificuldade), que são os indivíduos cujas necessidades vão desde ações de prevenção e promoção na atenção básica até reabilitação e concessão de OPM e atenção hospitalar.

Nos Quadros de 9 a 12, apresentam-se dados quantitativos do número de habitantes em Santa Catarina com deficiência visual, auditiva, motora e mental.

Quadro 9 – Número de habitantes com deficiência visual, de acordo com o grau de deficiência, em Santa Catarina, em 2015

Estado	População	Pelo menos uma das deficiências investigadas	Deficiência visual		
			Não consegue de modo algum	Tem grande dificuldade	Tem alguma dificuldade
Santa Catarina	6 248 436	1 331 445	14 727	174 550	803 903

Fonte: ATPCD/SUR/SES/SC, 2015.

Quadro 10 – Número de habitantes com deficiência auditiva, de acordo com o grau de deficiência em Santa Catarina, em 2015

Estado	População	Pelo menos uma das deficiências investigadas	Deficiência auditiva		
			Não consegue de modo algum	Tem grande dificuldade	Tem alguma dificuldade
Santa Catarina	6 248 436	1 331 445	10 402	62 200	233 207

Fonte: ATPCD/SUR/SES/SC, 2015.

Quadro 11 – Número de habitantes com deficiência motora, de acordo com o grau de deficiência em Santa Catarina, em 2015

Estado	População	Pelo menos uma das deficiências investigadas	Deficiência motora		
			Não consegue de modo algum	Tem grande dificuldade	Tem alguma dificuldade
Santa Catarina	6 248 436	1 331 445	22 482	126 003	272 060

Fonte: ATPCD/SUR/SES/SC, 2015.

Quadro 12 – Número de habitantes com deficiência mental em Santa Catarina, em 2015

Estado	População	Pelo menos uma das deficiências investigadas	Mental / intelectual	Nenhuma das deficiências investigadas
Santa Catarina	6 248 436	1 331 445	72 216	4 915 291

Fonte: ATPCD/SUR/SES/SC, 2015.

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

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina já possuía em 2012 os serviços de reabilitação física, visual e auditiva habilitados junto ao Ministério da Saúde e aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), através de 05 serviços de Saúde Auditiva (sendo 03 privados, 01 filantrópico e 01 público), 01 serviço público de Saúde Visual e 01 serviço público de Reabilitação Física, porém eles funcionam de forma fragmentada, sem fluxos estabelecidos e aprovados em CIB entre esses serviços, a Atenção Básica e/ou os demais componentes previstos na rede.

Para a ostomia, o estado possuía dezesseis serviços cadastrados de Atenção à Pessoa Ostomizada tipo I e 03 serviços cadastrados de Atenção à Pessoa Ostomizada tipo II

credenciados no CNES. Possuía 97 Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e instituições afins credenciadas para o atendimento à deficiência intelectual e ao autismo, recebendo recurso financeiro do Ministério da Saúde com incremento financeiro do estado de até 35% conforme a produção.

Existem três serviços CER II aprovados e habilitados, quais sejam os de Florianópolis, Criciúma e Itajaí, e dois aguardando a portaria de habilitação em Lages e Blumenau. Há também a oficina ortopédica de referência estadual em Florianópolis e ainda projetos de construção em Joaçaba e Chapecó de CER II, e de ampliação e reforma e equipamentos em Florianópolis, todos aprovados e com recursos financeiros no Fundo Estadual de Saúde.

Em relação ao atendimento às pessoas com **deficiência visual**, Santa Catarina possui somente um serviço habilitado e por isso não consegue atender à demanda do estado. A regulação desse serviço é atualmente realizada pela SES, sendo necessária para fortalecer o seu gerenciamento na rede.

Dentro da proposta de construção da Rede de Deficiência, no CER II, previsto para a Região de Saúde Oeste, em Chapecó, uma das modalidades será a atenção à deficiência visual; outras Regiões de Saúde também precisam planejar a atenção a essa deficiência.

Para prestar atendimento às pessoas com **deficiência auditiva**, Santa Catarina possui 05 serviços, sendo 01 de média complexidade e 04 de média e alta complexidade. Percebe-se no estado a necessidade de controle e avaliação desses serviços e a construção da Rede de Terapia, que ainda se encontra fragilizada. O serviço de implante coclear, que anteriormente era realizado no estado de São Paulo, está atualmente sendo realizado no Hospital Universitário da UFSC. A capacidade instalada é de quatro avaliações iniciais/semana e duas cirurgias/mês.

No Serviço Estadual de Referência em Implante Coclear, no Hospital Universitário, em 2014, foram realizadas 60 avaliações de pacientes de todo o estado e 22 cirurgias de implante coclear, com 50 pessoas em lista de espera para o procedimento.

Quanto aos ostomizados, o estado atualmente possui 3.058 pacientes com estoma que fazem uso de dispositivos coletores. No ano de 2010, foram aprovadas as diretrizes estaduais e alguns serviços estão se regularizando para a formação da rede assistencial para esses pacientes de forma descentralizada e regionalizada. O estado realiza a compra dos materiais (dispositivos coletores e adjuvantes) por meio de processo licitatório com complementação do que é concedido pela Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). É o segundo estado brasileiro em quantidade e variedade de dispositivos concedidos. Atualmente são concedidos 39 itens sendo que, destes, 08 não estão incluídos na Tabela SUS, contabilizando

um investimento de mais de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) por mês em dispositivos coletores e adjuvantes pela SES, complementando o recurso advindo do Ministério da Saúde. Para o ano de 2014, foram investidos da Tabela SUS R\$ 4.547.854,20 (quatro milhões, quinhentos e quarenta e sete mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e vinte centavos) na compra de materiais para ostomia, sendo que a SES investiu R\$ 8.441.796,25 (oito milhões, quatrocentos e quarenta e um mil, setecentos e noventa e seis mil reais e vinte e cinco centavos).

Além disso, os 03 CER que atendem na modalidade física têm que prestar atenção especializada quando ela não existe regionalmente para a população de referência.

Atualmente, as Regiões de Saúde Foz do Itajaí, Carbonífera, Extremo Sul, Grande Florianópolis e Nordeste já estão organizadas na Atenção especializada às pessoas ostomizadas, sendo que nas demais regiões somente é feita a orientação para o autocuidado e a entrega de materiais. A meta do serviço para 2015 é a aprovação em CIB das diretrizes estaduais que norteiam a concessão e a atenção ao usuário.

2.3.1.8 Complexos reguladores

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina adotou o Sistema Nacional de Regulação (Sisreg), informatizado, on-line e gratuito, disponibilizado pelo Datasus/MS, que permite a organização em fila da regulação do acesso à assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Visando a descentralizar a regulação do acesso à assistência por meio da implantação/implementação de centrais de regulação, em abrangência regional, para consultas e exames e para internações hospitalares, foi aprovado o Plano de Organização das Centrais de Regulação do Estado de Santa Catarina.

Esse plano aprovou a estruturação de 08 Centrais de Regulação Macrorregionais de Internações Hospitalares e de Urgências, sob gestão estadual, e de 08 Centrais de Regulação Macrorregionais de Consultas e Exames, sob gestão municipal.

É importante considerar que essas ações impulsionaram a força-tarefa do governo de Santa Catarina para o lançamento da Medida Provisória nº 190, de 28 de agosto de 2013, viabilizando a criação das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares e de Consultas e Exames no estado de Santa Catarina e concedendo recurso financeiro à Secretaria de Estado da Saúde destinado ao custeio mensal dessas Centrais de Regulação.

Essa medida provisória foi aprovada pela Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina e foi convertida na Lei nº 16.158, no dia 07 de novembro de 2013, tendo sido publicada no Diário Oficial do dia 11 de novembro de 2013; mesmo sendo contemporânea, encontramos um viés na sua definição das competências, fazendo-se necessário um realinhamento dessa política de regulação do acesso à assistência em saúde pública.

Com a publicação da Lei Estadual nº 16.158/13, que instituiu as Centrais de Regulação de Internações Hospitalares (CRIH) Macrorregionais, sob gestão estadual, os trabalhos para implantação foram fortalecidos na Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR), mais especificamente na Gerência dos Complexos Reguladores (Gecor), consolidados em parceria com as Gerências Regionais de Saúde (Gersas), seguindo o modelo descentralizado e regionalizado das políticas públicas no estado e o apoio manifestado por essas gerências.

Na Região de Saúde Grande Florianópolis, a CRIH foi estruturada na Gecor, em parceria com a Gerência de Leitos de UTI e Gerência do SAMU. No dia 01º de novembro de 2013, iniciou-se a regulação das internações hospitalares das unidades: Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes (São José); Instituto de Cardiologia de SC; Hospital Nereu Ramos; Maternidade Carmela Dutra; Hospital Santa Tereza; e Hospital Chiquinha Gallotti. A partir de 01º de dezembro de 2013, foram incluídas as unidades: Hospital de Alfredo Wagner; Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Conceição (Angelina); Hospital São Sebastião (Anitápolis); Hospital Nossa Senhora da Imaculada Conceição (Nova Trento); Hospital de São Bonifácio; Hospital Municipal Monsenhor José Locks (São João Batista); Hospital São Francisco de Assis (Santo Amaro da Imperatriz); e Fundação Hospitalar Municipal de Canelinha. E, em 01º de janeiro de 2014, houve a inserção das demais unidades: Hospital Governador Celso Ramos; Hospital Florianópolis; Hospital Infantil Joana de Gusmão; Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON); Instituto de Psiquiatria (IPQ); e Centro de Convivência Santana (Hospital Colônia Santana).

Nas Macrorregiões de Saúde Nordeste e Planalto Norte, a CRIH teve início no dia 03 de junho de 2013, na 23ª Gersa, em Joinville, com a regulação de leitos de UTI e de cuidados prolongados qualificados no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências. E, a partir do dia 01º de setembro de 2013, em funcionamento 24 horas, passou a regular 100% das internações hospitalares, após a inclusão das faixas numéricas de AIH no Sisreg do total dessas Macrorregiões.

Essa inclusão só foi possível com um trabalho conjunto entre a Gecor e a Gerência de Processamento (Gepro) da Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS (DIPA),

que consolidou uma proposta para a disponibilização da faixa numérica de AIH correspondente à abrangência de cada CRIH Macrorregional, a partir da cota de 7% de todos os municípios, para serem cadastradas no Sisreg, viabilizando a regulação das solicitações de internações hospitalares e a imediata garantia da AIH para a unidade solicitante, o que veio a culminar na Deliberação CIB nº 447/CIB/2013. Somente as AIHs de campanha de cirurgias eletivas, com ordem numérica específica do mutirão, ainda continuam sob a gestão dos municípios.

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

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

Em virtude do projeto piloto no Hospital Regional de Araranguá, a terceira CRIH implantada foi na Macrorregião Sul, a partir do dia 01º de abril de 2014, com o apoio da 21ª Gersa de Criciúma. E, sucessivamente, foram implantadas as demais, conforme o histórico abaixo, exceto na Macrorregião do Vale do Itajaí:

- CRIH da Macrorregião do Meio Oeste, na 7ª Gersa de Joaçaba, a partir de 01º de maio de 2014;
- CRIH da Macrorregião do Grande Oeste, na 4ª Gersa de Chapecó, a partir de 01º de julho de 2014;
- CRIH da Macrorregião da Serra Catarinense, na 27ª Gersa de Lages, a partir de 01º de agosto de 2014; e
- CRIH da Foz do Rio Itajaí, na 17ª Gersa de Itajaí, também a partir de 01º de agosto de 2014.

A implantação desta última CRIH não foi possível dentro do cronograma estabelecido, devido à falta de profissionais médicos reguladores, imprescindíveis para o funcionamento das Centrais, já que esses operadores são responsáveis pela aprovação, negação ou devolução (quando há necessidade de esclarecimentos adicionais) das solicitações de procedimentos e internações hospitalares.

A Superintendência de Serviços Especializados e Regulação, juntamente com a equipe técnica da Gecor e da Coordenação Estadual do Complexo Regulador, solicitou a abertura de processo seletivo compreendendo a demanda da CRIH do Vale do Itajaí e ainda visando a compor e/ou complementar o quadro das demais.

Além da estrutura física e da necessidade de recursos humanos especializados, especialmente de médicos reguladores, para garantir o funcionamento das Centrais de Regulação, as reuniões com gestores municipais e gestores dos hospitais públicos ou contratualizados do SUS trataram do estabelecimento de fluxo de trabalho e de cronograma de capacitação para operadores do Sisreg; serviram, ainda, para elucidar dúvidas e questionamentos.

No ano de 2014, durante esse processo de implantação, a equipe técnica capacitou 3.950 operadores envolvidos na operacionalização das CRIH Macrorregionais, sendo 1.398 na Grande Florianópolis; 589 no Nordeste e no Planalto Norte; 549 no Sul; 143 no Meio Oeste; 935 no Grande Oeste; 126 na Serra Catarinense; 121 na Foz do Rio Itajaí; e 89 na 1ª etapa do Vale do Itajaí.

Em consonância com a Portaria Federal do Gabinete do Ministro (GM)/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, que instituiu incentivo financeiro para o custeio das Centrais de Regulação, e suas alterações estabelecidas na Portaria Federal GM/MS nº 2.655, de 21 de novembro de 2012, dimensiona-se o porte das Centrais de Regulação Macrorregionais conforme a sua classificação populacional:

Porte I - abrangência de duzentos mil a quinhentos mil habitantes;

Porte II - abrangência de mais de quinhentos mil até um milhão de habitantes;

Porte III - abrangência de mais de um milhão a três milhões de habitantes;

Porte IV - abrangência de mais de três milhões até seis milhões de habitantes; e

Porte V - abrangência de mais de seis milhões de habitantes.

A Tabela 32 a seguir representa a abrangência das CRIH Macrorregionais no estado e o seu porte de acordo com a referida portaria.

Tabela 32 – Abrangência das CRIH Macrorregionais de Saúde em Santa Catarina, em 2015

CRIH	População IBGE 2012	Porte	Nº de municípios	Nº de Gersas	Nº de Regiões de Saúde	Nº de hospitais	Nº de leitos
Nordeste/ Norte	1.251.851	III	26	04	02	23	1871
Grande Florianópolis	1.041.828	III	22	01	01	24	2290
Sul	921.661	II	45	05	03	27	1829
Meio Oeste	601.280	II	55	07	03	32	1326
Grande Oeste	740.973	II	76	09	03	34	1386
Serra Catarinense	286.089	I	18	02	01	14	752
Foz do Rio Itajaí	579.946	II	11	01	01	09	611
Vale do Itajaí	959.658	I	42	07	02	28	1500
TOTAL	6.383.286		295	36	16	191	11565

Fonte: Gecor/SUR/SES, 2015.

A implantação das CRIH Macrorregionais permitiu avanços como a extinção dos laudos de AIH excedentes, a liquidação dos laudos represados vigentes, e a integração entre regulação, controle, avaliação e auditoria. Obteve ainda a visualização da capacidade instalada disponível ao SUS, o mapeamento de indicadores de saúde que possibilitam o planejamento de ações de promoção e prevenção, especialmente na Atenção Básica e na Vigilância Epidemiológica, a desobrigação do paciente em buscar autorização da internação, e a transparência das internações hospitalares autorizadas e das respectivas AIH liberadas por unidade executante.

No site da SES (www.saude.sc.gov.br), no menu Regulação, submenu Monitoramento das AIH Reguladas, é possível acompanhar o número de AIH liberadas pelas CRIH Macrorregionais de acordo com o município de residência dos pacientes e a unidade hospitalar executante.

No estágio de implantação em que se encontram as CRIH Macrorregionais, ainda existem desafios para a qualificação das ações regulatórias, tais como a necessidade de ampliação de funcionários efetivos, a contratação de médicos reguladores, a ausência de protocolo de acesso, a dificuldade no consentimento das famílias para autorização de transferência de pacientes, a implantação/implementação dos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (AQH) e de Núcleos Internos de Regulação (NIR) para os prestadores de serviços do SUS. São outros desafios a inclusão das filas de espera para cirurgias eletivas e, conseqüentemente, a inclusão da ordem numérica das AIH de mutirão no Sisreg, a

padronização dos processos de trabalho das centrais, a regulamentação da função do médico regulador como autoridade sanitária, a necessidade de uma política de transporte sanitário e a atualização pelo Datasus do software do Sisreg, bem como a habilitação pelo Ministério da Saúde do incentivo de custeio das Centrais de Regulação em funcionamento, de que trata a Portaria Federal nº 1792/12.

As ações regulatórias dessas centrais estão vinculadas a diversas áreas da gestão e estão sujeitas à incorporação de novos processos de trabalho que remetem a mudanças de paradigma, o que justifica a necessidade constante de aprimoramento e implementação. Faz-se necessário também o alinhamento conceitual e a padronização dos fluxos de trabalho entre essas centrais e a Central Estadual de Regulação de Urgências, visando principalmente à clareza na definição do papel de cada serviço dentro do processo regulatório. A Central Estadual de Regulação de Urgências constitui uma estrutura necessária à regulação.

A Central Estadual de Regulação de Leitos de UTI (adultos, neonatais e pediátricos) foi implantada através da Portaria Estadual SES/SC nº 835, de 10 de agosto de 2009, com o objetivo de mapear de forma sistêmica e contínua os leitos de Unidade de Terapia Intensiva (adultos, neonatais e pediátricos) habilitados no SUS e os privados, em função da pandemia de influenza A - H1N1 que se apresentou com casos graves que necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva, visando ao monitoramento do acesso de pacientes graves aos leitos de UTI.

Passada a pandemia, a central permaneceu ativa nas 24 horas do dia, buscando leitos de UTI nas 42 Unidades de Saúde (públicas ou contratualizadas), com o status de referência estadual nesse perfil de regulação, aumentando a cada mês o número de atendimentos.

A partir da implantação da nova estruturação das CRIH Macrorregionais e da atividade presencial do médico regulador, essa central ampliou sua atuação, qualificando a ação regulatória e assegurando o acesso dos pacientes graves aos leitos de UTI e de urgências, por meio de apoio técnico e auxílio nos fluxos de trabalho das CRIH que ainda apresentam recursos humanos insuficientes para funcionamento 24 horas por dia e da busca de leitos nas urgências. Dentro desse novo perfil, a denominação de Central de Regulação de Leitos de UTI passou a ser entendida como Central Estadual de Regulação de Urgências, devendo ser revista sua nomenclatura no novo organograma da SES.

Dentre os diversos serviços prestados pela Central Estadual de Urgências, destacam-se a busca de leitos de UTI, a intervenção administrativa, o acionamento do serviço aeromédico, a contratação de leito de UTI (unidade privada), o repatriamento e o tratamento fora do domicílio interestadual.

É importante destacar que, nos últimos 04 anos, foram investidos mais de R\$ 7.000.000,00 (sete milhões de reais) em contratações de leitos de UTI, em serviços aeromédicos, em UTI terrestre, na compra de serviços/procedimentos e na contratação de táxi aéreo.

Como **regulação ambulatorial**, a partir do dia 02 de agosto de 2010, o sistema Sisreg, no módulo ambulatorial, passou a ser utilizado como ferramenta oficial de ordenação do acesso dos usuários aos serviços especializados da SES, regulando o acesso à assistência aos serviços de média e alta complexidade, em consonância com as cotas definidas através da Programação Pactuada Integrada (PPI) da assistência ambulatorial e dos termos de garantia de acesso.

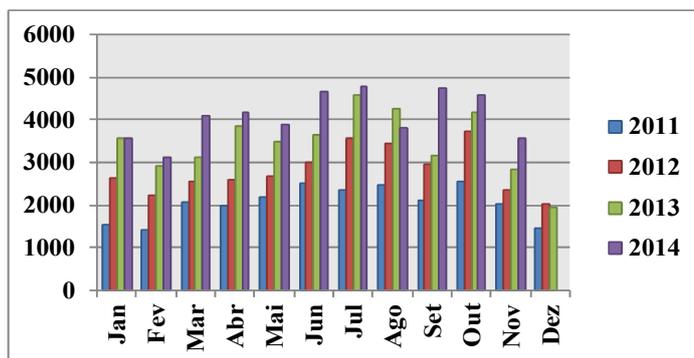
As agendas disponibilizadas pelas unidades hospitalares da SES passaram a ser configuradas pela Central Estadual de Regulação de Consultas e Exames, de forma que todas as solicitações ambulatoriais são reguladas pela Comissão Médica Estadual de Regulação, sendo o médico regulador responsável por garantir o acesso, baseado em protocolos assistenciais, na classificação de risco e nos critérios de priorização.

O Sisreg permitiu a interface entre o solicitante e o regulador, por meio da qual o operador solicitante insere os dados clínicos das solicitações de agendamentos para os serviços especializados e o médico regulador autoriza-as ou devolve-as para complementação de dados, garantindo o acesso à assistência e priorizando o acesso aos casos mais urgentes, de modo diferente do sistema anterior que não atendia a critérios de classificação de risco.

Desde a sua implantação, a Central Estadual de Regulação de Consultas e Exames, em conjunto com a Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais (SUH), vem realizando reuniões com as unidades hospitalares da SES para a sensibilização da implementação da oferta e da conversão de agendas internas para a regulação, considerando o volume de solicitações represadas nas mais de 150 especialidades ofertadas.

Até novembro de 2014, a Central Estadual realizou mais de 145 mil agendamentos de consultas e exames. Foram 24.762 no ano de 2011; 33.781 em 2012; 41.596 em 2013 e 45.038 até novembro de 2014. A Figura 22 permite observar esse incremento anual.

Figura 22 – Agendamentos realizados pela Central Estadual de Regulação de Consultas e Exames em Santa Catarina, de 2011 a 2014



Fonte: Sisreg - BI/SC - Central Estadual de Regulação/SES/SC, 2015.

Além disso, buscando descentralizar o atendimento nas Regiões de Saúde e diminuir as filas nas especialidades com maior demanda reprimida, em parceria com a Superintendência de Planejamento e Gestão (SUG), elaborou-se um projeto que aprovou a implantação de incentivo financeiro estadual de R\$ 0,30 per capita habitante/mês à regionalização das especialidades médicas e do apoio diagnóstico. Esse projeto veio a culminar na Medida Provisória nº 191 de 28 de agosto de 2013 e, posteriormente, na Lei Estadual nº 16.159 de 07 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial de 11 de novembro de 2013, garantindo o incentivo financeiro aos 295 municípios do estado para média e alta complexidade.

Outra importante ação que vem sendo executada para qualificação da regulação do acesso à assistência é a elaboração dos protocolos de acesso para serem adotados por todas as Centrais de Regulação. A CIB/SC, no dia 22 de agosto de 2013, por meio da Deliberação 367/CIB/13, aprovou a criação de uma comissão para elaboração de protocolos de acesso, visando à construção de diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio, diagnóstico e terapias especializadas, constituindo-se como instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial que orientam os atos dos profissionais que fazem parte da Comissão Médica de Regulação e não são disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Quanto ao processo de implantação/implementação das Centrais Macrorregionais de Consultas e Exames, de gestão municipal, conforme a Deliberação CIB/SC nº 370 de 22 de agosto de 2013, é importante considerar que também se criou uma Comissão Intergestores de Regulação, com representantes do Cosems e da SES/SC, para a definição da política de regulação, pertinente à implantação e operacionalização dessas Centrais. Essa comissão vem

alinhando conceitos e questões técnicas, especialmente as relacionadas ao sistema Sisreg, quanto às limitações dessa ferramenta de regulação para a construção de uma proposta macrorregional. Dentre os principais pontos que estão sendo estudados para a viabilização dessa proposta estão: a imposição do “comando único no sistema Sisreg”; a existência de Centrais de Regulação de Consultas e Exames Municipais já estruturadas que manifestaram ou não interesse em assumir a gestão da Central Macrorregional; os conceitos de escopo municipal, regional e macrorregional; as amplitudes das referências; e o cumprimento de pactuações.

Cabe ressaltar que o citado “comando único” no sistema Sisreg refere-se ao fato de não permitir o compartilhamento de unidades prestadoras de serviços entre as Centrais de Regulação, ou seja, o CNES de uma unidade prestadora de serviços só pode estar vinculado a uma Central de Regulação. Como já existem Centrais de Regulação Municipais que utilizam o Sisreg, o compartilhamento com uma Central Macrorregional está sujeito a possíveis alterações operacionais.

Essas questões, somadas à necessidade de realinhamento das competências de gestão citadas anteriormente seguindo as diretrizes de municipalização que o Ministério da Saúde tem apontado, remetem à necessidade de reavaliação da Regulação Ambulatorial, não numa visão macrorregional, mas municipal. Será fundamental a realização de um seminário ainda neste ano com a participação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/MS), representantes do Cosems e da SES, para a conclusão dessa política no estado.

No estado, 26 municípios, principalmente na Região de Saúde Grande Florianópolis, já utilizam o sistema Sisreg, no módulo ambulatorial. A equipe da Central Estadual de Regulação de Consultas e Exames vem organizando cronogramas de treinamento e cooperando tecnicamente com os municípios, buscando expandir a implantação da ferramenta para as demais Regiões de Saúde. Entretanto, é importante destacar que há municípios que utilizam outros sistemas, privados, para gerenciamento do acesso aos seus serviços especializados.

Além das capacitações do sistema Sisreg, a Central Estadual de Regulação de Consultas e Exames busca acompanhar e monitorar o processo de descentralização do atendimento; elucidar dúvidas das Gersas e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) em relação a PPI, protocolos de acesso hospitalar e tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (Sigtap); zelar pelo cumprimento dos princípios do SUS e manter a ética e sigilo quanto às informações do paciente.

Faz-se necessária, ainda, a superação de desafios que implicam o desempenho da regulação ambulatorial, mas que envolvem ações de outras áreas ou a implementação de políticas nacionais, tais como a necessidade de atualização da PPI em conformidade com a oferta; o grande volume de agendas internas nas unidades hospitalares da SES; os bloqueios por longos períodos de agendas de exames para manutenção/reposição de equipamentos; a interoperabilidade entre o sistema Sisreg e o sistema Micromed utilizado pelas unidades hospitalares da SES; a alta rotatividade dos recursos humanos das Gersas e SMS e a pouca valorização dos operadores do Sisreg; o absenteísmo dos pacientes nas consultas e exames agendados; a existência de procedimentos que não constam na Tabela SUS; e a judicialização da saúde.

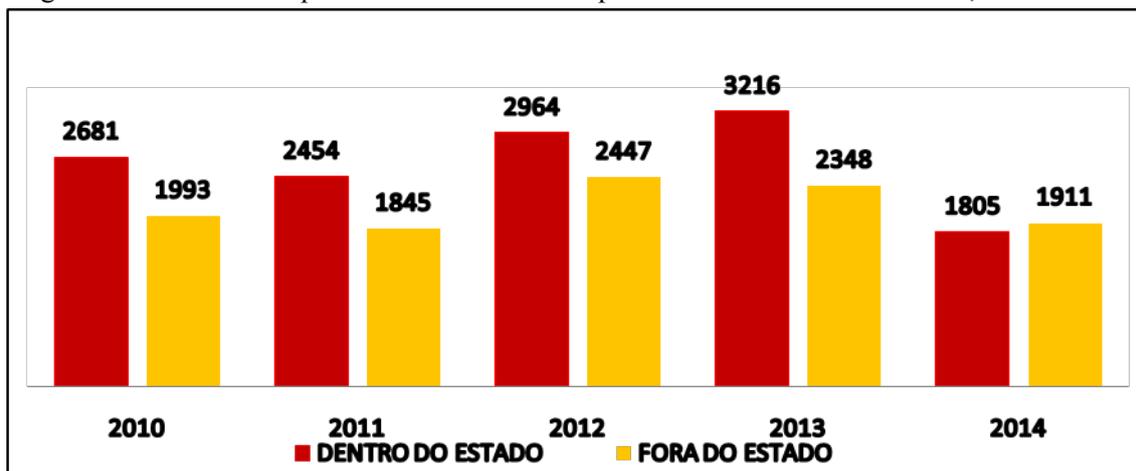
2.3.1.9 Tratamento fora do domicílio (TFD)

Esse serviço estabelece que as despesas relativas ao deslocamento de usuários desse Sistema possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), para garantia de acesso a serviços assistenciais fora de sua residência, com base nos códigos da Tabela Unificada dos Procedimentos/SUS, observando-se o teto financeiro definido para cada município/estado.

O manual de TFD de Santa Catarina definiu as responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, das Gerências Regionais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, traçando critérios de autorização, fluxos e rotinas relativas ao tratamento fora de domicílio dos usuários do SUS, que vêm contribuindo na diminuição de processos indevidos e/ou de devolução para complementação de dados, otimizando os encaminhamentos.

Conforme indica a Figura 23, no ano de 2014 é possível perceber que diminuíram os encaminhamentos de processos para o TFD estadual, principalmente para solicitações dentro do estado. Do total de processos encaminhados, 67% foram atendidos, em conformidade com os critérios estabelecidos no Manual do TFD/2013. Os processos não atendidos são relativos a casos em que o atendimento pode ser realizado dentro do estado, não houve autorização da Comissão Médica (por exemplo, os que não constam na Tabela do SUS), ou não havia prestador de serviço de saúde disponível para encaminhamento.

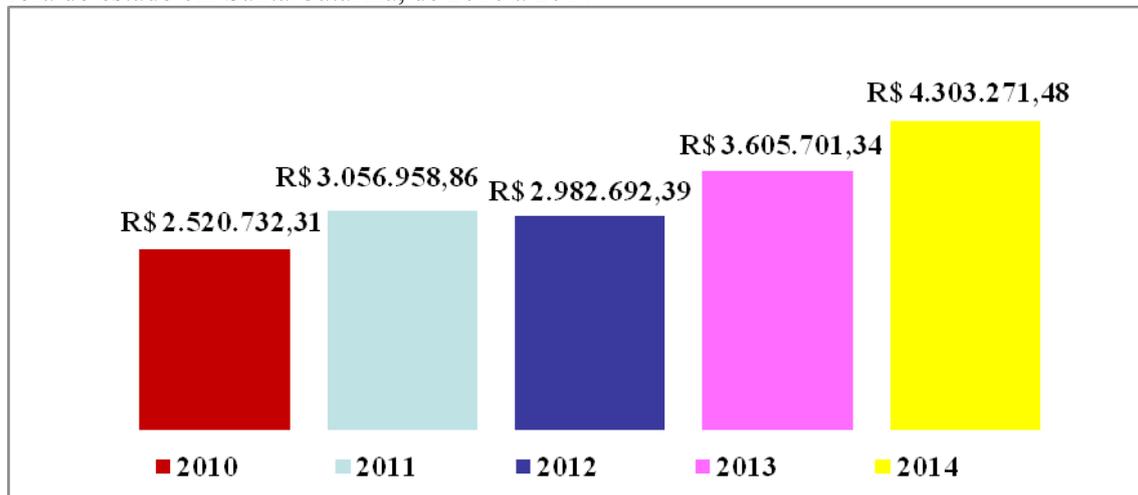
Figura 23 – Número de processos encaminhados pelas Gersas em Santa Catarina, de 2010 a 2014



Fonte: Divisão TFD Estadual/Regulação, 2015.

Os investimentos em passagens aéreas e rodoviárias para deslocamento dos pacientes e/ou acompanhantes cadastrados no programa nos últimos anos estiveram em um valor próximo de R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais), exceto em 2014, em razão, principalmente, do acréscimo no valor das passagens aéreas no período da Copa do Mundo de futebol (Figura 24).

Figura 24 – Investimentos em passagens aéreas e rodoviárias para pacientes/acompanhantes em TFD fora do estado em Santa Catarina, de 2010 a 2014



Fonte: Divisão TFD Estadual/Passagens, 2015.

Já os investimentos com ajuda de custo do TFD interestadual para pacientes e/ou acompanhantes cadastrados no programa ficaram nos últimos anos na ordem de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais). O pagamento de ajuda de custo é disponibilizado pelas Gersas por meio de adiantamento básico.

Uma importante conquista no ano de 2014 para o programa foi a aquisição, com recursos próprios, de sete ambulâncias para TFD interestadual, com investimento no valor de R\$ 1.018.500,00 (um milhão, dezoito mil e quinhentos reais), ampliando a frota de ambulâncias. Entretanto, há necessidade de aquisição de viaturas pequenas e de ampliação do número de motoristas habilitados, considerando que a equipe atual está com sobrecarga de trabalho e há necessidade de adequação dos valores das diárias que, hoje, já não cobrem as despesas com hospedagem e alimentação dos motoristas.

Objetivando a qualificação dos processos de trabalho, o serviço do TFD estadual está fortalecendo sua ação por meio de videoconferências mensais às Gersas, que se destinam a capacitações à distância.

Todavia, outros avanços ainda são necessários para a melhoria do programa de TFD no estado. Destacam-se: a obtenção de um sistema informatizado on-line para gerenciamento dos processos; a garantia de orçamento e financiamento suficientes para a manutenção da compra de passagens aéreas e rodoviárias; a abertura de concurso para motoristas; o reajuste na Tabela Sigtap para a ajuda de custo aos pacientes; a atualização da política nacional de TFD, incluindo a criação de uma política nacional de transporte sanitário.

2.3.1.10 Telemedicina

Consiste em uma ação estruturada na Gerência dos Complexos Reguladores da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Criado em 2005, esse serviço nasceu como um projeto de parceria entre Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e SES para o desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica que facilitasse o acesso do cidadão a exames eletrofisiológicos e de imagem à distância.

Essa infraestrutura tecnológica permite o envio de exames de qualquer ponto do estado, garantindo a visualização das imagens, a emissão de laudos à distância e a visualização desses laudos, utilizando senha e protocolo, a qualquer usuário, servindo assim de apoio à Atenção Básica e à rede de hospitais públicos estaduais.

A Tabela 33 apresenta a produção de exames laudados que foram gerados no Portal da Telemedicina, indicando o quantitativo dos pontos de exame e de municípios que têm o sistema ofertado.

Tabela 33 – Exames laudados pela Telemedicina em Santa Catarina, em 2013 e 2014

Serviços	Pontos	Municípios	Produção 2013	Produção 2014
Eletrocardiograma	319	290	180.238	205.989
Dermatoscopia	84	81	931	4.221
Hospitais	22	06	155.525	223.595
Lacen	295	295	335.794	380.188

Fonte: Setor de Telemedicina/Gecor/SUR, 2015.

Atualmente, a Telemedicina tem interface com outras áreas de SES por meio de ações diferenciadas. São elas:

Telediagnóstico: atende à rede de assistência ambulatorial da Atenção Básica, ou seja, as Unidades Básicas de Saúde e as Policlínicas. Tem como finalidade a emissão de laudos à distância em eletrocardiograma por telediagnóstico e teledermatoscopia.

Eletrocardiograma por telediagnóstico: Em 2014, dos 295 municípios do estado, alcançou-se a cobertura de eletrocardiograma por telediagnóstico (ECGT) pelo em 290 municípios. De acordo com dados do IBGE 2012, dos 295 municípios catarinenses, 235 possuem população inferior a 20.000 habitantes e, destes, 173 não chegam a 10.000 habitantes, ou seja, o estado é composto predominantemente por pequenos municípios, o que faz do serviço de ECGT uma importante ação de acessibilidade. Os 315 eletrocardiógrafos implantados até o momento pelo STT viabilizam o ECGT no estado, com média mensal superior a 18.000 exames. Sendo assim, a manutenção dessa rede significa conservar a mais exitosa experiência de acessibilidade a laudos especializados com repercussão nacional, principalmente, no âmbito científico. Entretanto, após uma década do início da implantação, já se faz necessária a substituição de no mínimo 100 equipamentos, devido ao encerramento da garantia de suporte técnico e de acordo com parecer da equipe técnico-operacional do STT, que constatou que a manutenção necessária supera o valor de aquisição de um novo equipamento.

Teledermatoscopia: No ano de 2013, numa importante ação de integração entre a Telemedicina e a Regulação Ambulatorial, foi aprovada a utilização de laudo da teledermatologia como requisito para classificação de risco e regulação dos pacientes que estão ou serão inseridos na fila de espera para a especialidade dermatologia no sistema Sisreg, administrado pela Central Estadual de Regulação de Consultas e Exames. Essa ação vem permitindo, além da qualificação e do gerenciamento da fila de espera da especialidade, agilidade no diagnóstico e no encaminhamento. Cabe a cada SMS definir com a Atenção Básica o fluxo de encaminhamento dentro do município, bem como em qual unidade deverá

ser implantado o ponto de teledermatologia e quais profissionais de saúde serão responsáveis pela solicitação (médicos) e pela realização (técnicos) dos exames, para que possam ser cadastrados no sistema no período de capacitação.

Outro serviço de telemedicina disponível consiste na **Telemedicina Hospitalar**, que atende aos hospitais públicos do estado e em 2015 iniciou implantação nos hospitais públicos sob a gestão de Organizações Sociais (OS). Tem como finalidade a qualificação na disponibilidade e acessibilidade das imagens de exames de radiologia, tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia e endoscopia, além da redução do custo operacional pela não impressão dos filmes radiológicos e pela segurança na guarda das imagens digitais; traz também impacto ambiental positivo, decorrente da redução da impressão de filmes.

O Núcleo de Telessaúde de SC oferece serviços de telemedicina síncrona na forma da Segunda Opinião Formativa, além de uma paleta de cursos em um Programa de Formação Continuada à Distância para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), iniciada com os cursos Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, ambos voltados a todas as profissões da ESF e, também, aos Agentes Comunitários de Saúde.

Outro avanço na área permitiu a mudança na plataforma de acesso do portal on-line do STT, possibilitando o armazenamento pelo Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina (Ciasc) dos mais de 3,5 milhões de exames médicos executados desde a sua implantação.

Também em 2014, foram lançados os aplicativos “Meus exames”, “Teleconsultoria” e “Móvel Laudos”, disponíveis para tablets e smartphones, gratuitamente, nas plataformas Apple e Android. Esses aplicativos permitem que os profissionais de saúde e usuários do SUS tenham acesso aos exames médicos realizados no STT, bem como que os profissionais de saúde acessem o serviço de teleconsultoria do Telessaúde.

Apesar dos inúmeros avanços e dos dados expressivos em termos de produção constantes, o serviço de telemedicina do estado ainda apresenta desafios para a implementação de ações, tais como: ausência de uma Política Estadual de Telemedicina que estabeleça funções, responsabilidades, fluxos operacionais e um plano de remuneração dos médicos laudadores; realinhamento do serviço de Telemedicina na estrutura organizacional da SUR/SES; ausência de fonte orçamentária para custeio do serviço, que leva a instabilidade na renovação anual do contrato UFSC/SES; e ausência de indicadores oficiais.

2.3.2 Assistência hospitalar

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

Os hospitais públicos e os privados contratualizados têm sido uma preocupação constante do governo, absorvendo quase 70% das despesas públicas em saúde em Santa Catarina. Alguns hospitais são centros de excelência em determinadas áreas, enquanto outros estão **abaixo dos padrões** requeridos.

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

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

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

A estrutura hospitalar catarinense é composta por 181 hospitais vinculados ao SUS. Desses, 22 são públicos, 190, privados e 01, universitário, distribuídos nas macrorregiões. A Secretaria de Estado da Saúde administra 14 hospitais públicos e 05 estão com sua administração dirigida por organizações sociais. Há 181 hospitais conveniados com o SUS para atendimento obstétrico, com 1.760 leitos disponíveis para essa especialidade. Noventa hospitais estão habilitados para o atendimento a pacientes psiquiátricos, com 1.285 leitos do SUS cadastrados.

Os hospitais enfrentam, ainda, dificuldade de acolher a demanda de cirurgias, devido à falta de equipamentos, à falta de recursos humanos e à inadequação das estruturas físicas das salas cirúrgicas, ocasionando grande fila de espera em especialidades de média e alta complexidade. Outra característica da rede hospitalar do estado é que os hospitais em sua

maioria são de pequeno e médio porte com baixa resolutividade nas quatro clínicas básicas e, em sua maioria, realizam internações clínicas.

As edificações das unidades hospitalares da SES/SC são em sua maioria antigas, com mais de 30 anos de existência, necessitando constantemente de reformas de suas áreas físicas, para recuperação e adequação à legislação sanitária vigente. Os hospitais não dispõem de Plano Diretor, que envolve não apenas a infraestrutura física, administrativa e financeira, mas também aspectos culturais, epidemiológicos e sociais para direcionar o seu crescimento a partir das demandas potenciais e de suas possibilidades no contexto local e regional, e definir sua vocação.

Somando-se a isso, possui um parque tecnológico em progressivo processo de sucateamento, bem como a natural defasagem tecnológica advinda da evolução da medicina, principalmente no que tange aos meios de diagnósticos e terapêuticos, além de haver a necessidade de implantação de novos serviços de referência e de uma qualificação superior em alguns de seus serviços.

Os hospitais públicos de Santa Catarina, como os demais hospitais públicos do país, enfrentam falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa, limitações de ordem fiscal especialmente quanto à admissão e expansão de recursos humanos, e falta de agilidade nos processos licitatórios para aquisição de insumos de necessidade urgente. A gestão burocrática e centralizada provoca a elevação dos custos de manutenção da rede hospitalar, dificultando o planejamento das ações. Os hospitais estão distribuídos pelas Regiões de Saúde conforme o Quadro 13.

Quadro 13 – Quantidade de hospitais vinculados ao SUS por Regiões de Saúde em SC, em 2015

REGIÃO DE SAÚDE	UNIDADES
Alto Uruguai Catarinense	10
Alto Vale do Itajaí	15
Alto Vale do Rio do Peixe	10
Carbonífera	9
Extremo Oeste	15
Extremo Sul Catarinense	7
Foz do Rio Itajaí	8
Grande Florianópolis	25
Laguna	10
Médio Vale do Itajaí	10
Meio Oeste	8
Nordeste	9
Oeste	11
Planalto Norte	13
Serra Catarinense	13
Xanxerê	8
TOTAL	181

Fonte: SUH/SES/SC, 2015.

Com um total de 11.739 leitos do SUS disponíveis para a população, Santa Catarina apresenta uma relação de 1,75 leitos por 1.000 habitantes. A distribuição de leitos por habitante apresenta importantes diferenças quali-quantitativas entre as Regiões de Saúde, sendo que a maior concentração encontra-se na Região de Saúde Serra Catarinense e a menor, na Região de Saúde Foz do Rio Itajaí, conforme observado no Quadro 14 a seguir.

Quadro 14 – Número de leitos por habitante vinculados ao SUS por Regiões de Saúde em SC, em 2015

REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	LEITOS SUS	LEITOS / 1.000
Alto Uruguai Catarinense	146.019	377	2,58
Alto Vale do Itajaí	285.075	725	2,54
Alto Vale do Rio do Peixe	286.559	488	1,70
Carbonífera	416.299	843	2,02
Extremo Oeste	230.009	580	2,52
Extremo Sul Catarinense	192.455	338	1,76
Foz do Rio Itajaí	633.139	621	0,98
Grande Florianópolis	1.111.702	2239	2,01
Laguna	353.989	651	1,84
Médio Vale do Itajaí	731.745	877	1,20
Meio Oeste	187.422	407	2,17
Nordeste	954.911	1217	1,27
Oeste	341.724	520	1,52
Planalto Norte	369.262	640	1,73
Serra Catarinense	290.298	801	2,76
Xanxerê	196.540	415	2,11
TOTAL	6.727.148	11739	1,75

Fonte: SUH/SES/SC, 2015.

Atualmente, Santa Catarina dispõe de 663 leitos de UTI, heterogeneamente distribuídos pelas dezesseis Regiões de Saúde. Conforme demonstrado no Quadro 15, essa distribuição heterogênea favorece a necessidade de regulação global de todos os leitos de UTI, para que o local do agravo não seja fator limitante para acesso a um tratamento mais adequado em Unidade de Terapia Intensiva.

Quadro 15 – Número de leitos de UTI por tipo por Região de Saúde, em 2015

Regiões de Saúde	Adulto	Pediátrico	Neonatal	Queimado	Total
Carbonífera	18	3	7	0	28
Foz do Rio Itajaí	30	8	16		54
Grande Florianópolis	84	14	28	6	131
Serra Catarinense	20	7	9	0	36
Laguna	20	3	7	0	30
Alto Uruguai Catarinense	8	6	6	0	20
Alto Vale do Itajaí	29	2	4	0	35
Alto Vale do Rio do Peixe	26	3	7	0	35
Médio Vale do Itajaí	34	10	10	0	50
Meio Oeste	10	0	0	0	10
Extremo Oeste	20	0	0	0	20
Extremo Sul Catarinense	10	0	0	0	10
Nordeste	56	24	23	2	99
Oeste	16	2	10	0	28
Planalto Norte	38	0	9	0	47
Xanxerê	10	2	8	0	20
TOTAL	427	84	144	8	663

Fonte: SUH/SES/SC, 2015.

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

Os leitos de UTI constituem um recurso assistencial estratégico, escasso e caro ao SUS, devendo, portanto, ser utilizados de forma criteriosa, racional e otimizada. A sua distribuição apresenta predomínio no litoral, incluindo as regiões Grande Florianópolis, Sul, Norte, Foz e Vale, com defasagem significativa de leitos pediátricos e neonatais em algumas Regiões de Saúde. Esses fatores favorecem a necessidade de regulação global de todos os leitos de UTI, para que o local do agravo não seja fator limitante para o acesso a um tratamento mais adequado em Unidade de Terapia Intensiva.

A Central de Leitos de UTI é responsável pela administração dos leitos de terapia intensiva habilitados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), prestando suporte direto ao SAMU

(Regional e Estadual) e à Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. A sua principal função que vem sendo exercida consiste na busca e viabilização do leito de UTI mais adequado ao paciente grave, no menor tempo de resposta, de forma eficiente e eficaz, com atuação nas 24 horas do dia. Porém, ainda encontra-se dificuldade de controle de ocupação dos leitos de UTI em unidades contratadas/conveniadas.

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

Outros leitos também precisam ser implementados para dar corpo às redes temáticas. No caso da Rede Cegonha, apresenta-se a seguir uma tabela com os dados de implantação de leitos hospitalares.

Região de Saúde/ PAR aprovado	Hospital de referência	Leitos com recursos de custeio da Rede Cegonha	Novos leitos e serviços previstos para implantação já aprovados pelo MS	Total de leitos SUS no CNES	Total de leitos existentes no CNES que no momento aparecem zerados como SUS	Banco de Leite Humano (BLH)	Hospital habilitado como Amigo da Criança	Método Canguru implantado
Grande Florianópolis Desde dezembro de 2012	Hospital Universitário Referência para Florianópolis	6 leitos UTI Neonatal 6 leitos UNINCo	4 leitos UNINCa	08 leitos UTI Neo	06 leitos UCINCo 04 leitos UNINCa	Não tem BLH – tem posto de coleta de leite humano	Sim	Sim
	Hospital Regional São José Referência para Palhoça e São José	7 leitos UTI Neonatal 7 leitos UNINCo	3 leitos UNINCa	10 leitos UTI Neo – já habilitados pela portaria 930	10 leitos UNINCo	Tem BLH	Não	Não
	Maternidade Carmela Dutra Referência para Florianópolis e demais municípios da Grande Florianópolis	7 leitos UTI Neonatal	7 leitos UNINCo 3 leitos UNINCa	10 leitos UTI Neo		Tem BLH	Sim	Não
Planalto Norte Desde dezembro de 2012	Maternidade Dona Catarina Kuss Referência para GERSA Mafra	9 leitos UTI Neonatal	9 leitos UNINCo 3 leitos UNINCa	09 leitos UTI Neo		Tem BLH	Sim	Não

Quadro 16 – Dados da implantação da Rede Cegonha em Santa Catarina nas Regiões de Saúde – Hospitais – Neonatologia

Continua

Continuação

Região de Saúde/ PAR aprovado	Hospital de referência	Leitos com recursos de custeio da Rede Cegonha	Novos leitos e serviços previstos para implantação já aprovados pelo MS	Total de leitos SUS no CNES	Total de leitos existentes no CNES que no momento aparecem zerados como SUS	Banco de Leite Humano (BLH)	Hospital habilitado como Amigo da Criança	Método Canguru implantado
Nordeste Desde dezembro de 2012	Maternidade Darcy Vargas Referência para GERSA Joinville	9 leitos UTI Neonatal 12 leitos UNINCo	03 leitos de UTIN 6 leitos UNINCa	10 leitos UTI Neo	14 leitos UNINCo 03 leitos UNINCa	Tem BLH	Sim	Sim
	Hospital e Maternidade Jaraguá Referência para GERSA Jaraguá	6 leitos UTI Neonatal 6 leitos UNINCo	3 leitos UNINCa	06 leitos UTI Neo	12 leitos UNINCo	Tem BLH	Sim	Não
Laguna Desde agosto de 2013	Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão	7 leitos de UTI Neonatal	7 leitos de UNINCo 4 leitos UNINCa	07 leitos UTI Neo		Tem BLH	Sim	Sim – primeira etapa
Extremo Sul Desde agosto de 2013	Hospital Regional de Araranguá		4 leitos UTI Neonatal 4 leitos UNINCo 2 leitos UNINCa			Não tem BLH	Não	Não
Criciúma Desde agosto de 2013	Hospital Materno Infantil de Criciúma	7 leitos de UTI Neonatal	1 leito de UTI Neonatal 8 leitos UNINCo 4 leitos UNINCa	07 leitos UTI Neo		Não tem BLH	Não	Não

Continua
Continuação

Região de Saúde/ PAR aprovado	Hospital de referência	Leitos com recursos de custeio da Rede Cegonha	Novos leitos e serviços previstos para implantação já aprovados pelo MS	Total de leitos SUS no CNES	Total de leitos existentes no CNES que no momento aparecem zerados como SUS	Banco de Leite Humano (BLH)	Hospital habilitado como Amigo da Criança	Método Canguru implantado
Oeste Desde agosto de 2013	Hospital Regional do Oeste de Chapecó	10leitos de UTI Neonatal	8 leitos UNINCo 4 leitos UNINCa	10 leitos UTI Neo		Não tem BLH	Sim	Não
Xanxerê Desde agosto de 2013	Hospital São Paulo de Xanxerê	8 leitos de UTI Neonatal	5UNINCo 3UNINCa	08 leitos UTI Neo		Não tem BLH	Sim	Sim – primeira etapa
Extremo Oeste Desde agosto de 2013	Hospital Terezinha Gaio Basso – São Miguel do Oeste		5 leitos UNINCo 3 leitos UNINCa	0		Não tem BLH	Não	Não
Foz do Rio Itajaí Desde agosto de 2013	Hospital Marieta Konder Borhausen de Itajaí	8 leitos UTI Neonatal 8 leitos UNINCo	4 leitos UNINCa	10 leitos UTI Neo	12 leitos Unidade Intermediária Neonatal	Tem BLH	Sim	Não
Foz do Rio Itajaí Desde agosto de 2013	Hospital Munic. Ruth Cardoso de Balneário Camboriú	6 leitos de UTI Neonatal	6 leitos UNINCo 3 leitos UNINCa	06 leitos UTI Neo		Não tem BLH	Não	Não
Médio Vale do Itajaí Desde agosto de 2013	Hospital Azambuja de Brusque		3 leitos de UTI Neonatal 3 leitos UNINCo 2 leitos UNINCa	0		Não tem BLH Tem posto de coleta de leite humano no município	Não	Não

Continua

Conclusão

Região de Saúde/ PAR aprovado	Hospital de referência	Leitos com recursos de custeio da Rede Cegonha	Novos leitos e serviços previstos para implantação já aprovados pelo MS	Total de leitos SUS no CNES	Total de leitos existentes no CNES que no momento aparecem zerados como SUS	Banco de Leite Humano (BLH)	Hospital habilitado como Amigo da Criança	Método Canguru implantado
Médio Vale do Itajaí Desde agosto de 2013	Hospital Santo Antonio de Blumenau	10leitos de UTI Neonatal 10 leitos UNINCo	5 leitos UNINCa	10 leitos UTI Neo	12 leitos UNINCo	Tem BLH no município de Blumenau	Sim	Sim – primeira etapa
Alto Vale do Itajaí Desde agosto de 2013	Hospital Regional Alto Vale de Rio do Sul	4 Leitos de UTI Neonatal 7 leitos de UNINCo	3 leitos de UTI Neonatal 4 leitos de UNINCa	04 leitos UTI Neo	07 leitos UNINCo 03 leitos UNINCa	Não tem BLH	Não	Sim – primeira etapa
Alto Vale do Rio do Peixe Desde agosto de 2013	Hospital Hélio Anjos Ortiz de Curitibanos	6 leitos de UTI Neonatal	6 leitos de UNINCo 3 leitos de UNINCa	07 leitos UTI Neo	06 leitos UNINCo 05 leitos de UNINCa	Não tem BLH	Sim	Sim – primeira etapa
Alto Uruguai Catarinense Desde agosto de 2013	Hospital São Francisco de Concórdia	6 leitos de UTI Neonatal	6 leitos de UNINCo 3 leitos de UNINCa	06 leitos UTI Neo	04 leitos UNINCo	Não tem BLH	Não	Não
Meio Oeste Desde agosto de 2013	Referenciado para Hospital São Francisco de Concórdia	-	-	-	-	-	-	-
Serra Catarinense Desde agosto de 2013	Hospital e Maternidade Tereza Ramos de Lages	6 leitos de UTI Neonatal	1 leito de UTI Neonatal 7 leitos de UNINCo 3 leitos de UNINCa	06 leitos UTI Neo	06 leitos UNINCo	Tem BLH	Sim	Não
Fonte: CNES/PAR/SISMAC, 2015.								

Muitos são os desafios para o fortalecimento dessa área. É preciso elaborar protocolos para uso racional de medicamentos nas unidades próprias da SES, contratando um número adequado de trabalhadores do SUS e capacitando-os em tempo oportuno.

Torna-se premente revisar a vocação das unidades hospitalares integrantes da estrutura organizacional da SES, elaborando e implementando protocolos clínicos, regulando o acesso aos atendimentos e procedimentos realizados nas unidades hospitalares, regulando e publicizando as listas de espera, e padronizando indicadores de gestão e monitoramento com o objetivo de diminuir as diferenças em relação às taxas de ocupação, como mostra o Quadro 17 a seguir. Embora demonstre uma melhoria no acesso tanto na internação quanto nos atendimentos ambulatoriais, ainda se faz necessário um fortalecimento dos processos acima citados.

Outro ponto importante diz respeito aos contratos de gestão entre a Secretaria de Estado da Saúde e as organizações sociais. Além da reflexão necessária sobre essa forma de gestão e o fortalecimento do controle social nesse quesito, precisa ocorrer a integração dos sistemas e banco de dados do sistema de gestão oficial da SES e das unidades gerenciadas por OSs, bem como precisam ser definidas as competências de cada área da SES em relação a esses contratos, com consequente fiscalização e supervisão.

Nos Quadros 17 e 18 se apresentam informações relativas à produção dos hospitais próprios e das OS.

Quadro 17 – Demonstrativo de produção das unidades hospitalares de administração direta por período, média mensal de janeiro a dezembro de 2014

Unidades	Nº de Leitos Disponíveis ATIVOS	Total Serv.	Taxa de ocupação	Média de permanência	Coeficiente de óbitos	Nº de atendimentos				Cirurgias realizadas	Nº de partos			Exames comp. e especiais
						Internações	Ambulatórios	Emergência	Total		Normal	Cesariana	Total	
DHCR	221	1.020	79,23	4,64	3,77	834	7.301	5.843	13.979	813	-	-	-	49.859
DHJG	130	858	70,03	4,70	1,67	565	6.875	6.355	13.794	347	-	-	-	25.288
DHNR	102	421	72,69	9,60	9,40	171	2.108		2.279	60	-	-	-	8.046
DHST	93	129	69,24	144,41	9,12	13	326		339	82	-	-	-	2.092
DHWC	83	229	30,49	2,40	1,81	334	452	3.283	4.070	215	12	30	42	5.093
DIPQ	363	433	99,84	37,03	1,20	245		538	783	-	-	-	-	3.810
DHHG	296	1.473	93,09	5,16	4,64	1.295	6.519	15.005	22.819	735	204	109	313	44.912
DMCD	106	454	66,46	3,21	2,07	625	1.080	1.791	3.495	480	181	120	302	5.340
DMCK	44	181	53,98	4,43	1,75	201	208	248	657	152	58	78	136	1.402
DICA	125	618	95,59	6,31	4,19	306	1.698	1.128	3.132	68	-	-	-	16.524
DHHS	211	981	93,79	6,34	7,69	711	3.987	2.400	7.098	361	0	-	0	58.439
DMDV	113	529	68,45	2,49	0,33	645	1.550	2.581	4.775	702	288	175	463	13.328
DHTR	206	658	71,13	5,09	6,66	789	1.979	1.033	3.801	407	124	107	231	13.732
TOTAL	2.093	7.982	74,15	18,14	4,18	6.734	34.082	40.202	81.018	4.423	867	620	1.486	247.865

Análise horizontal - %						8,31%	42,07%	49,62%	100,00%	58,31%	41,69%	100,00%
COMPARATIVOS	Dezembro/13	6.122	26.328	41.459	73.909	3.123	934	579	1.513	225.877		
	Variação %	10,00%	29,45%	-3,03%	9,62%	41,61%	-7,21%	7,01%	-1,77%	9,73%		
	Média mensal 2013	6.464	31.704	40.916	79.083	3.789	854	616	1.470	225.672		
	Média mensal 2014	6.734	34.082	40.202	81.018	4.423	867	620	1.486	247.865		
	Variação %	4,19%	7,50%	-1,74%	2,45%	16,71%	1,46%	0,64%	1,12%	9,83%		

Fonte: SUH/SES/SC, 2015.

Legenda:

DHCR	DIRETORIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
DHJG	DIRETORIA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
DHNR	DIRETORIA DO HOSPITAL NEREU RAMOS
DHST	DIRETORIA DO HOSPITAL SANTA TERESA
DHWC	DIRETORIA DO HOSPITAL DR. WALDOMIRO COLAUTTI
DIPQ	DIRETORIA DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA
DHHG	DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES
DMCD	DIRETORIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA
DMCK	DIRETORIA DA MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS
DICA	DIRETORIA DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
DHHS	DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT
DMDV	DIRETORIA DA MATERNIDADE DARCY VARGAS
DHTR	DIRETORIA DO HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS

Quadro 18 – Demonstrativo de produção das Organizações Sociais, média mensal de janeiro a dezembro de 2014

Unidades	Nº de atendimentos					
	Internações		Ambulatórios		Emergência	
	Contratados	Realizados	Contratados	Realizados	Contratados	Realizados
Hospital Florianópolis	3.000	3.245	25.000	22.687	50.000	87.337
Hospital Regional Terezinha Gaio Basso	5.640	6.229	33.600	31.167	31.200	35.486
Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON)	2.226	2.870	76.272	75.138	0	0
Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria	7.836	7.234	60.000	65.897	84.000	72.716
Hospital Regional Deputado Affonso Ghizzo	7.800	7.619	31.320	32.931	40.800	49.753
TOTAL	26.502	27.197	226.192	227.820	206.000	245.292

Fonte: SUH/SES/SC, 2015.

2.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

2.4.1 Vigilância epidemiológica

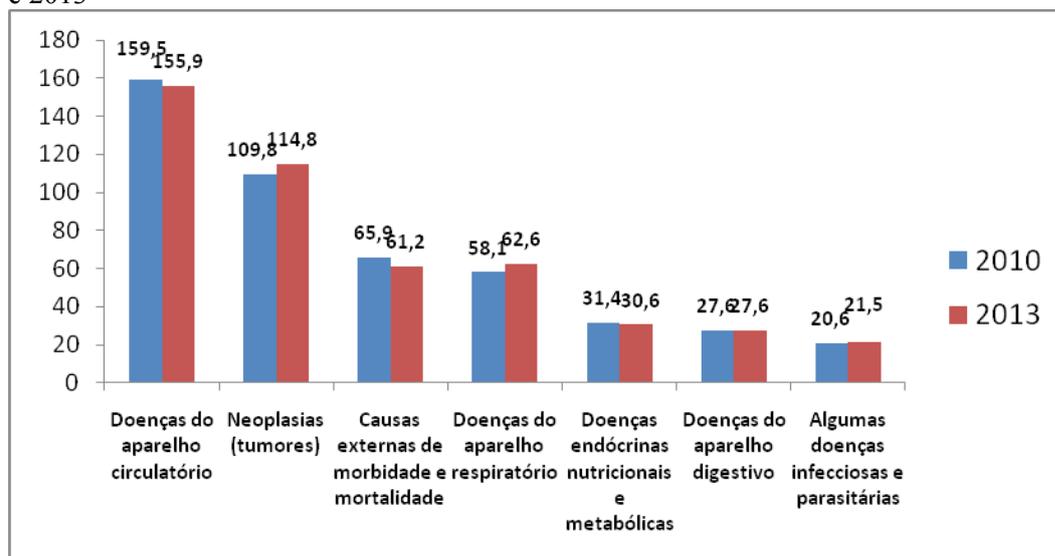
2.4.1.1 Mortalidade geral

No período de 2010 a 2013, as doenças do aparelho circulatório mantiveram-se como a primeira causa de mortalidade entre a população catarinense, representando 30% do total de óbitos, seguida pelas neoplasias, com 21,9%. As causas externas (lesões e violências) reduziram-se de 12,6% em 2010 para 11,7% em 2013, caindo da terceira para a quarta posição entre os principais grupos de causas. As doenças do aparelho respiratório passaram a ser o terceiro grupo em frequência de óbitos, com 11,9% dos óbitos em 2013.

A maioria dos indicadores de saúde mostra que a sobremortalidade masculina é maior em praticamente todas as idades e para quase todas as causas. Nas causas externas essa diferença é expressiva. Em 2010, a proporção de óbitos nos homens foi quatro vezes maior do que nas mulheres, tendo havido, respectivamente, 106,4 e 25,9 óbitos por 100 mil habitantes. Em 2013, essa diferença se reduziu, sendo que os homens morreram três vezes mais do que as mulheres, com, respectivamente, 95,3 e 26,7 óbitos por 100 mil habitantes. Por outro lado, as mulheres têm proporções ligeiramente maiores nas doenças do aparelho circulatório e respiratório.

A Figura 25 apresenta como os coeficientes de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) dos principais capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) se modificaram entre 2010 e 2013, com uma pequena redução das doenças do aparelho circulatório, cujo índice passou de 159,5 para 155,9 óbitos/100 mil habitantes. Também diminuíram as mortes por causas externas, cujo índice passou de 65,9 para 61,2 óbitos/100 mil habitantes. Por outro lado, ocorreu ligeiro aumento do coeficiente de mortalidade por neoplasias, de 109,8 para 114,8 óbitos/100 mil habitantes, e das doenças do aparelho respiratório, de 58,1 para 62,6 óbitos/100 mil habitantes.

Figura 25 – Coeficiente de mortalidade nos principais grupos de causas em Santa Catarina, entre 2010 e 2013



Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de informações sobre mortalidade (SIM). Dados preliminares, 2015.

Ao avaliarmos as Regiões de Saúde que apresentam os maiores coeficientes de mortalidade, constatamos que em Laguna os óbitos ocorrem predominantemente por doenças do aparelho circulatório (185,89 óbitos por 100 mil habitantes), do aparelho respiratório (84,68 óbitos por 100 mil habitantes) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (43,05 óbitos por 100 mil habitantes). A Serra Catarinense também apresenta os três maiores coeficientes de mortalidade por neoplasias (174,89 óbitos por 100 mil habitantes), doenças do aparelho respiratório (90,20 óbitos por 100 mil habitantes) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (47,17 óbitos por 100.000 mil habitantes).

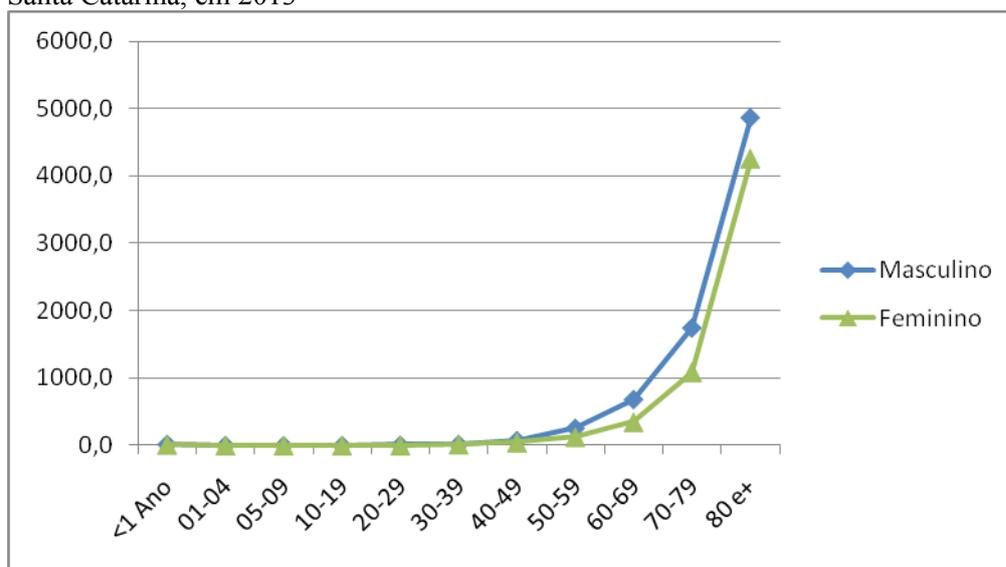
Observa-se que a distribuição proporcional dos óbitos por faixa etária entre menores de 1 ano nas Regiões de Saúde Xanxerê, Serra Catarinense, Foz do Rio Itajaí e Oeste apresentam proporções acima da média estadual. Na faixa de 20 a 59 anos, destacam-se as Regiões de Saúde Foz do Rio Itajaí e Nordeste, com proporções acima da média estadual. Para a faixa de 60 anos ou mais, chamam atenção as Regiões de Saúde Foz do Rio Itajaí e Nordeste, com proporções abaixo da média estadual, o que pode representar um número excessivo de mortes precoces, principalmente na faixa de 20 a 59 anos de idade.

O grupo de doenças isquêmicas do coração é a principal causa de óbito por doença do aparelho circulatório, representando 32,2% do total, seguido pelas doenças cerebrovasculares (26,4%) e por infarto agudo do miocárdio (23,8%). Constata-se que predomina a mortalidade masculina, com quase o dobro dos óbitos por doenças isquêmicas do coração nessa população. Entre os fatores que podem estar relacionados às maiores causas de óbito por doenças circulatórias, encontram-se os fatores modificáveis, tais como sedentarismo, tabagismo, obesidade, dislipidemia, hipertensão e diabetes. Embora tenham ocorrido investimentos na prevenção desses fatores, observa-se a necessidade de políticas públicas que objetivem a promoção da prevenção, além de diagnósticos e tratamentos adequados que

possam minimizar a ocorrência dos fatores supracitados, evitando o surgimento de determinadas patologias, principalmente a hipertensão e diabetes.

Em relação a idade, os homens têm predomínio significativo na mortalidade por doenças do aparelho circulatório em relação às mulheres a partir dos 40 anos de idade (Figura 26).

Figura 26 – Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório por sexo e faixa etária em Santa Catarina, em 2013

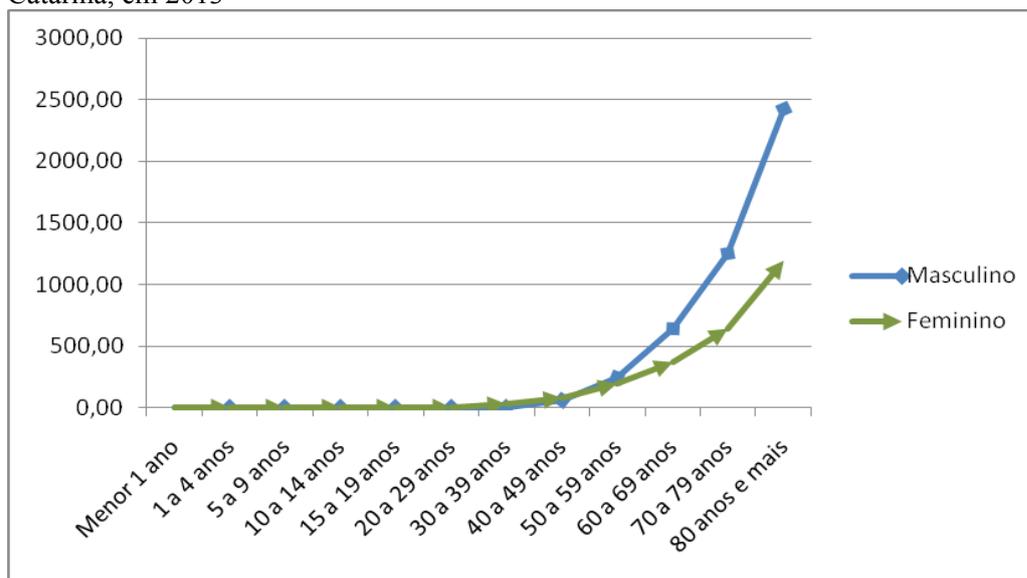


Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de informações sobre mortalidade (SIM). Dados preliminares.

Em segundo lugar encontram-se as neoplasias (tumores) como uma das maiores causas de óbito no território catarinense. No sexo masculino, os três tipos de neoplasias com maiores coeficientes de mortalidade foram as localizadas na traqueia, nos brônquios e nos pulmões, em segundo lugar as da próstata e em terceiro, as do estômago.

Na Figura 27, quando observada a distribuição do número de casos e do coeficiente de mortalidade por neoplasia, subdivididos por faixa etária, se percebeu que o coeficiente mantém-se igual entre os sexos nas idades de 50 a 59 anos. Porém, com o aumento da faixa etária, constatou-se aumento significativo dos óbitos para o sexo masculino e a curva manteve-se ascendente à medida que avança a idade.

Figura 27 – Coeficiente de mortalidade por neoplasia (tumores) por sexo e faixa etária em Santa Catarina, em 2013



Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de informações sobre mortalidade (SIM), 2015.

Os óbitos por causas externas ocuparam o terceiro lugar no estado. No Quadro 19, se observa que os acidentes de transporte foram responsáveis pelo maior número de mortes em ambos os sexos, com 41,60 óbitos/100 mil habitantes no sexo masculino e 10,37 óbitos/100 mil habitantes no feminino, contribuindo com 42,57% do total dos óbitos por fatores externos. Nos acidentes de transporte essa diferença é expressiva: a proporção de óbitos nos homens é quatro vezes maior do que nas mulheres. No sexo masculino, em segundo lugar aparecem as agressões e, em terceiro, as lesões autoprovocadas voluntariamente. No feminino, em primeiro lugar estão os óbitos por acidentes de transporte, seguidos das quedas e então das lesões autoprovocadas voluntariamente. A predominância do total de óbitos por causas externas chega a ser três vezes maior no sexo masculino, que correspondeu a 78,16% do total dos óbitos.

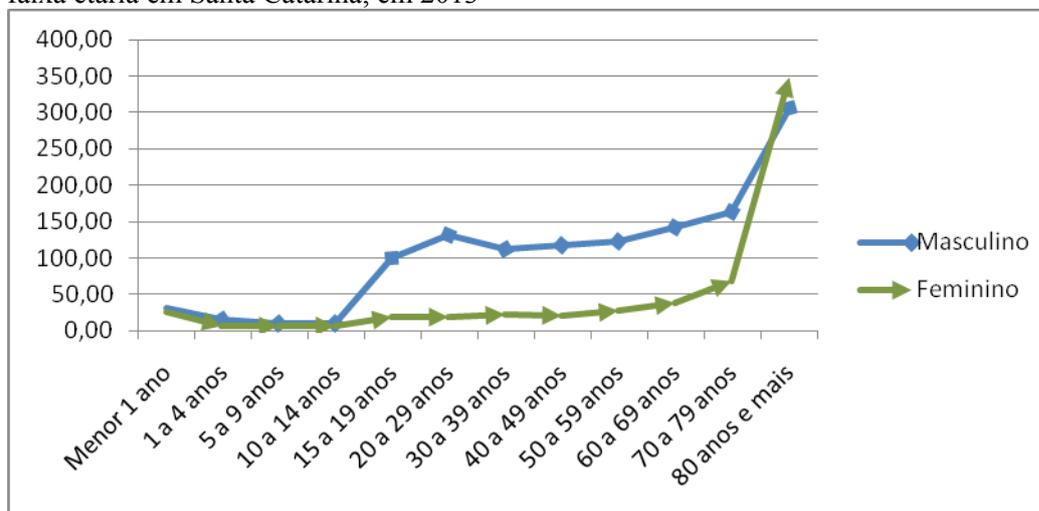
Quadro 19 – Óbitos e coeficiente de mortalidade por tipo de causas externas de morbidade e mortalidade em Santa Catarina, em 2013

Causas externas de morbidade e mortalidade	Masculino			Feminino			Total		
	Nº	%	Coef.	Nº	%	Coef.	Nº	%	Coef.
Acidentes de transporte	1384	43,65	41,60	343	38,84	10,37	1727	42,57	26,0
Agressões	675	21,29	20,29	102	11,55	3,08	778	19,18	11,7
Lesões autoprovocadas voluntariamente	444	14,00	13,35	123	13,93	3,72	567	13,98	8,55
Quedas	221	6,97	6,64	198	22,42	5,99	419	10,33	6,32
Afogamento e submersões acidentais	172	5,42	5,17	24	2,72	0,73	196	4,83	2,95
Todas as outras causas externas	275	8,67	8,27	93	10,53	2,81	370	9,12	5,58
Total	3171	100,0	95,32	883	100,0	26,7	4057	100,0	61,1

Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de informações sobre mortalidade (SIM). Dados preliminares, 2015.

A sobremortalidade masculina por causas externas apresentou curva ascendente mais acentuada a partir da faixa etária de 15 a 19 anos, ou seja, atinge principalmente a população em idade ativa apta a exercer uma atividade econômica (Figura 28).

Figura 28 – Coeficiente de mortalidade por causas externas de morbidade e mortalidade por sexo e faixa etária em Santa Catarina, em 2013



Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de informações sobre mortalidade (SIM). Dados preliminares, 2015.

As doenças do aparelho respiratório estão em quarto lugar em causa de óbito, destacando-se as doenças crônicas das vias aéreas inferiores e pneumonias em ambos os sexos, sendo que o coeficiente de mortalidade das doenças do aparelho respiratório apresentou curva ascendente a partir dos 60 anos ou mais nos dois sexos, com maior aumento no sexo masculino.

Em quinto lugar como causa de óbito estão as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Nesse grupo predominou a ocorrência no sexo feminino. A diabetes mellitus correspondeu a 80,59% do total de óbitos e a desnutrição contribuiu com 5,27%.

Ao analisar-se o coeficiente de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas por sexo e faixa etária, constatou-se que não há diferença entre os sexos, com discreto aumento na curva ascendente para o sexo feminino.

2.4.1.2 Imunobiológicos

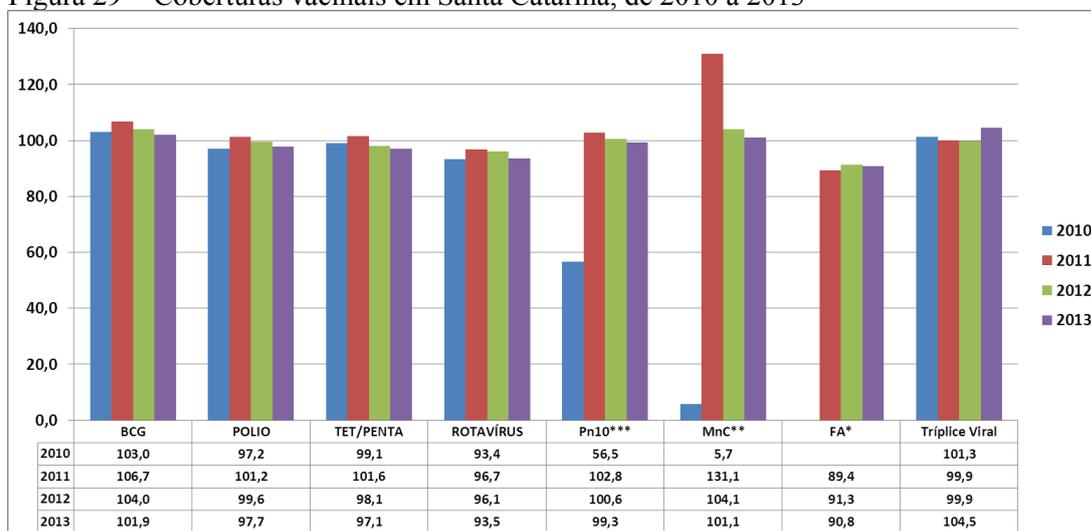
As ações de vacinação são executadas em todos os municípios, sob coordenação estadual da Gerência de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis e Imunização (Gevim) da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, e têm como objetivo assegurar a adequada vacinação da população, acompanhando as coberturas vacinais nas esferas estadual, regional e

municipal, e realizando vigilância de eventos adversos pós-vacinação. Os imunobiológicos disponíveis contemplam todas as idades, desde o recém-nascido – que recebe a vacina BCG e hepatite B nas primeiras horas de vida nas maternidades –, até as pessoas com mais de 60 anos. Atualmente, o calendário básico conta com dezesseis vacinas contra diferentes tipos de doenças imunopreveníveis.

No período entre 2012 e 2015 foram disponibilizadas seis (06) novas vacinas (*Haemophilus influenzae*, poliovírus inativada, hepatite A, DTpa, HPV e varicela), foi ampliada a faixa etária para indicação de algumas delas, além de terem sido implantados (processo em andamento) dois novos sistemas de informação (SI-PNI e SI-EAPV on-line). Esses avanços possuem impacto direto na prevenção de doenças imunopreveníveis.

Em média, as coberturas vacinais (CV) de rotina no primeiro ano de vida são elevadas (acima de 90%) (Figura 29). No entanto, para a manutenção efetiva do controle das doenças imunopreveníveis é importante avaliar, além da CV, a sua homogeneidade. Este último indicador reflete a proporção de municípios que atingiram a meta estabelecida na regional e no estado. Definiu-se como meta uma cobertura vacinal que varia de $\geq 90\%$ a $\geq 95\%$, dependendo do imunobiológico, e uma homogeneidade de 70%.

Figura 29 – Coberturas vacinais em Santa Catarina, de 2010 a 2013



Fonte: SI-API/APIWEB/Gevim/DIVE/SES/SC

* Cobertura nos 162 municípios com área de recomendação da vacina

**Implantada em outubro de 2010

***Implantada em junho de 2010

Quanto à homogeneidade de cobertura vacinal por Região de Saúde, os valores variam entre Regiões de Saúde e também entre as vacinas do calendário básico de vacinação (Quadro 20).

Quadro 20 – Coberturas vacinais e homogeneidades no estado por Região de Saúde em Santa Catarina, em 2013

Regiões	BCG		Menin Conjug		Penta(DTP/Hib)		Pneumo10		Poliomielite		Rotavírus		Febre Amarela		Tríplice viral D1	
	Cob*	Homog	Cob**	Homog	Cob**	Homog	Cob**	Homog	Cob**	Homog	Cob*	Homog	Cob***	Homog	Cob**	Homog
Extremo Oeste	94,6	70,0	101,2	73,3	100,3	66,7	100,7	66,7	102,9	70,0	96,1	70,0	99,1	73,3	101,2	70,0
Oeste	110,8	48,0	109,2	76,0	107,2	80,0	108,9	76,0	107,8	80,0	103,4	76,0	104,8	68,0	106,5	76,0
Xanxerê	96,8	61,9	99,2	61,9	95,0	42,9	98,4	61,9	96,5	61,9	92,1	57,1	88,1	42,9	99,1	66,7
Alto Vale do Itajaí	117,6	50,0	113,7	75,0	109,4	78,6	113,3	78,6	109,8	75,0	86,8	25,0	2,1	0,0	113,9	82,1
Foz do Rio Itajaí	109,0	27,3	105,1	81,8	104,7	81,8	105,8	81,8	104,4	90,9	101,0	81,8	0,3	0,0	118,7	100,0
Médio Vale do Itajaí	105,8	28,6	101,9	78,6	98,8	78,6	103,8	85,7	98,9	85,7	96,2	85,7	0,8	7,1	107,9	100,0
Grande Fpolis	96,5	18,2	100,7	59,1	92,7	63,6	97,2	54,5	91,5	63,6	93,4	68,2	0,4	0,0	98,4	77,3
Meio Oeste	95,7	55,0	96,2	50,0	91,5	55,0	93,8	60,0	92,1	50,0	85,5	40,0	85,6	40,0	96,7	55,0
Alto Vale do Rio do Peixe	104,5	75,0	100,9	75,0	97,2	75,0	98,1	70,0	100,4	80,0	92,5	65,0	93,5	45,0	104,6	85,0
Alto Uruguai Catarinense	93,2	46,7	100,0	66,7	94,7	60,0	94,1	53,3	94,8	60,0	92,1	66,7	92,1	40,0	99,5	73,3
Nordeste	101,3	23,1	102,6	92,3	99,4	76,9	100,8	84,6	100,5	84,6	95,7	76,9	0,4	0,0	107,6	92,3
Planalto Norte	90,6	30,8	90,6	30,8	84,5	23,1	87,1	23,1	85,4	23,1	83,4	30,8	85,6	30,8	90,9	38,5
Serra Catarinense	110,0	5,6	94,8	61,1	91,4	38,9	87,9	55,6	92,4	55,6	86,5	55,6	77,0	27,8	98,7	72,2
Extremo Sul Catarinense	97,2	66,7	102,8	93,3	102,9	73,3	100,1	80,0	99,9	73,3	96,7	60,0	0,4	0,0	108,0	93,3
Carbonífera	96,9	36,4	95,6	63,6	92,6	36,4	94,8	54,5	93,9	45,5	88,1	54,5	0,2	0,0	106,9	81,8
Laguna	105,9	23,5	98,8	58,8	92,2	47,1	96,9	52,9	96,7	58,8	93,2	64,7	0,1	0,0	100,2	76,5
SC	102,0	44,4	101,1	68,6	97,1	62,5	99,4	65,5	97,7	66,9	93,5	60,1	28,8	27,7	104,6	76,5

Fonte: SI-API/APIWEB/Gevim/DIVE/SES/SC, 2015.

(Legenda: * $\geq 90\%$; ** $\geq 95\%$; *** $\geq 100\%$; D1: Dose 1)

A vacina BCG, aplicada ao nascer, normalmente é registrada no município de nascimento da criança (municípios maiores com maternidades de referência), que muitas vezes não coincide com o de residência, o que leva a baixas coberturas em pequenos municípios, afetando diretamente o indicador de homogeneidade. Para essa vacina a homogeneidade variou de 5,6% na Serra Catarinense (13ª Região de Saúde), onde o município de Lages concentra grande parte dos nascimentos, a 70% na Região de Saúde Extremo Oeste (1ª Região de Saúde).

As vacinas contra a poliomielite, a pentavalente e a Pneumo 10 são vacinas de três doses aplicadas num mesmo momento (2, 4 e 6 meses) e que deveriam apresentar resultados semelhantes, tanto de cobertura como de homogeneidade, porém isso não é observado. Na 15ª Região de Saúde, por exemplo, os valores de cobertura vacinal apresentados para essas três vacinas são 91,4%, 87,7% e 92,4%, respectivamente, e os de homogeneidade são de 45,5%, 36,3% e 54,6%, respectivamente.

A vacina contra a febre amarela é indicada somente para 162 municípios catarinenses, o que impede a utilização do indicador de homogeneidade por Região de Saúde. Mas, se considerarmos esses 162 municípios, somente 40% alcançaram a cobertura de 100% preconizada para a vacina contra a febre amarela. A cobertura nesses municípios variou de 9,1% (Presidente Castelo Branco) a 250% (Paial).

A vacina Tríplice Viral (VTV ou SCR, contra sarampo, caxumba e rubéola), aplicada em crianças de um ano de idade, é a que apresenta melhores cobertura (104%) e

homogeneidade (76,5%) nas diversas Regiões de Saúde. Isso demonstra que as crianças passam pelas salas de vacina quando menores de 1 ano e deixam de receber algumas vacinas (oportunidades perdidas de vacinação), porém recebem a VTV ao completar um ano. A homogeneidade variou de 38,46% na Região de Saúde Planalto Norte a 100% (todos os municípios com coberturas de 95% ou mais) nas Regiões de Saúde Foz do Rio Itajaí e Médio Vale do Itajaí.

Na Figura 30, com o objetivo de acompanhar esses indicadores heterogêneos, os municípios foram classificados por situação de risco epidemiológico, obedecendo aos seguintes critérios:

- **Alto - prioridade 1**

- ✓ Municípios com CV < 95% para a vacina tríplice viral (SRC) e/ou para a vacina poliomielite (VOP), independentemente do porte populacional e das coberturas vacinais para outras vacinas;

- ✓ Municípios com coberturas vacinais < 50% e > 120% para três ou mais vacinas, independentemente do porte populacional;

- ✓ Municípios com coberturas vacinais < 95% em 3 ou mais vacinas, independentemente do porte populacional.*

- **Médio - prioridade 2**

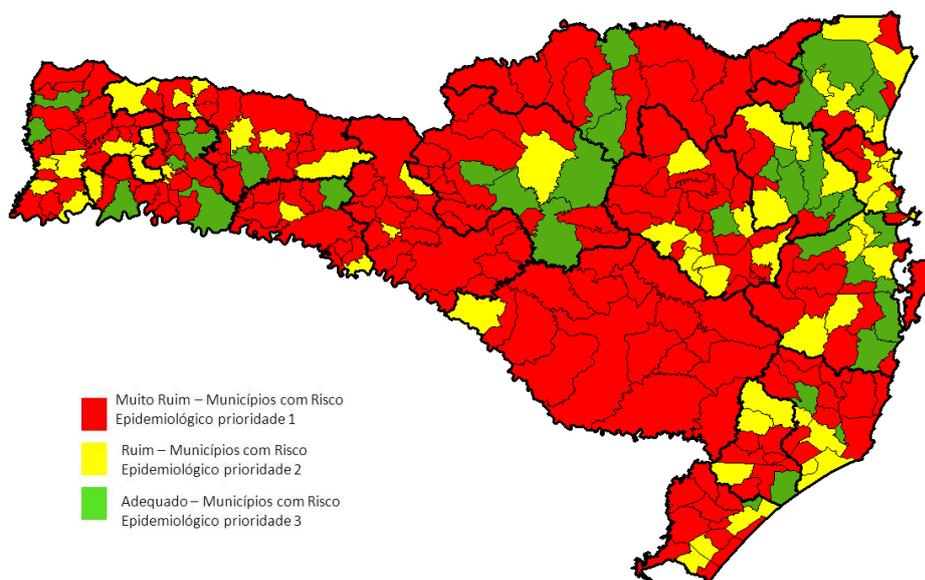
- ✓ Municípios, independentemente do porte populacional*, com coberturas vacinais < 95% para até duas vacinas (desde que não seja a VOP ou SRC)

- ✓ Municípios de pequeno porte populacional (< 1.000 nascidos vivos) com coberturas vacinais > 120% para uma ou duas vacinas.

- **Baixo - prioridade 3**

- ✓ Municípios com coberturas vacinais no intervalo entre 95% e 120%, independentemente do porte populacional.

Figura 30 – Distribuição de municípios segundo o critério de classificação de prioridades em Santa Catarina, em 2013



Fonte: Programa Nacional de Imunizações – SI-API-APIWEB-SIPNI, 2015.

Dos 295 municípios, 16 (5,5%) enquadram-se no critério de porte médio (≥ 1000 nascidos vivos) e concentram praticamente 50% da população menor de 1 ano. Os demais 277 municípios (94,5%) são considerados de pequeno porte (< 1000 nascidos vivos). Em 2013, 196 municípios foram classificados como prioridade 1, sendo que 6 estão entre os municípios de médio porte.

2.4.1.3 Doenças imunopreveníveis

2.4.1.3.1 Coqueluche

No período de 2010 a 2013, observou-se aumento significativo no número de casos de coqueluche em todo o mundo. Em Santa Catarina, nesse período, foi identificada situação semelhante, com 590 casos confirmados, sendo que o maior número de casos concentrou-se nas crianças no extremo de idade (menores de 6 meses).

Houve um aumento expressivo de casos em todas as dezesseis Regiões de Saúde de Santa Catarina, com destaque para o ano de 2012 que apresentou taxa de incidência de 4,36 casos para cada 100 mil habitantes, índice 5,7 vezes maior que o de 2011 e 13,6 vezes maior que o de 2010. A rede básica de saúde do estado de Santa Catarina dispõe de vacinação, sendo essa a melhor maneira de se evitar a coqueluche.

2.4.1.3.2 Meningite e doença meningocócica

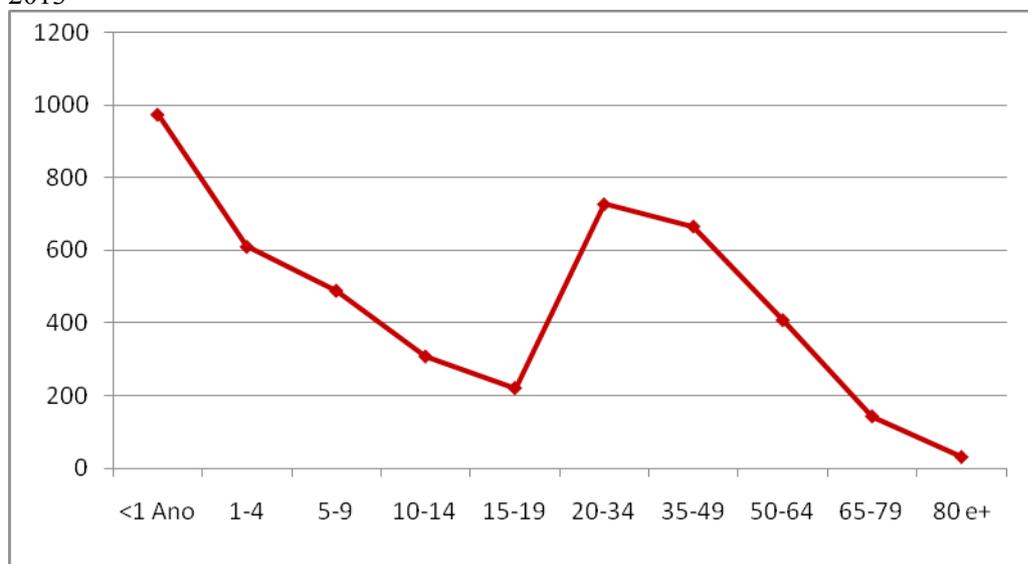
Em 2010, a incidência das meningites em geral (exceto meningocócica) no estado de Santa Catarina foi de 12,9 casos/100 mil habitantes. Observa-se a partir de então um decréscimo pouco significativo em relação aos anos posteriores, seguindo assim o padrão endêmico da doença.

Avaliando-se por Regiões de Saúde, com exceção do ano de 2012, a Região de Saúde Médio Vale do Itajaí apresentou as maiores taxas no período, com pico de incidência de 46,2 casos/100 mil habitantes em 2010. No ano de 2012, a maior incidência foi na Região de Saúde Nordeste, com 20,7 casos/100 mil habitantes. A Região de Saúde Carbonífera vem na sequência, seguida então pela Região de Saúde Nordeste.

As Regiões de Saúde com menor incidência da doença variam com o passar dos anos, sendo a Região de Saúde Meio Oeste aquela com menor incidência em 2010, Xanxerê, em 2011, Serra Catarinense, em 2012 e novamente Meio Oeste, em 2013.

Em relação à faixa etária, verifica-se que as crianças menores de um ano e os adultos jovens (20 a 49 anos) são os mais acometidos (Figura 31) pela doença.

Figura 31 – Frequência de casos de meningites em geral por faixa etária em Santa Catarina, de 2010 a 2013



Fonte: Sinan/DIVE/SUVIS/SES, 2015.

A doença meningocócica, apesar da sua baixa incidência, tem valor epidemiológico importante devido a sua magnitude e à capacidade de provocar surtos.

A Região de Saúde Médio Vale do Itajaí apresentou a maior incidência da doença no estado nos anos de 2010 e 2011, com 4,4 casos/100 mil habitantes e 3,8 casos/100 mil

habitantes, respectivamente. Em 2012, a maior incidência ocorreu na Região de Saúde Foz do Rio Itajaí, com 3,1 casos/100 mil habitantes. Já em 2013, a Região de Saúde Laguna apresentou a maior incidência, com 5,1 casos/100 mil habitantes.

Embora a meningite seja uma doença de caráter endêmico, uma ação conjunta entre hospitais, laboratórios e vigilância epidemiológica é imprescindível para que tenhamos um impacto efetivo na diminuição da transmissão, no diagnóstico preciso e no tratamento efetivo desse agravo, independentemente de sua etiologia.

A introdução das vacinas *Haemophilus influenzae* tipo B (HIB), Meningo C e Pneumococos reduziu significativamente a incidência desse agravo desde 2009. Outras ações como quimioprofilaxia oportuna e diagnóstico precoce também visam a prevenir surtos e diminuir a letalidade da doença. A identificação do agente etiológico através de exames laboratoriais como cultura, látex e reação em cadeia pela polimerase (PCR) se faz necessária para decidir as medidas profiláticas conforme o tipo de meningite e, seguindo a mesma lógica, nos casos de doença meningocócica para classificar o sorotipo, importante para a identificação de surtos.

2.4.1.3.3 Tétano neonatal e tétano acidental

Trata-se de doença infecciosa aguda, não contagiosa, imunoprevenível com alta taxa de letalidade, quando não diagnosticada e tratada em tempo oportuno. Em relação ao tétano neonatal, o último caso ocorreu no ano de 1998 na Região de Saúde Oeste do estado, no município de Ipumirim.

Atribui-se essa queda expressiva na ocorrência de casos ao Plano Nacional de Erradicação do Tétano Neonatal, que previa a eliminação da doença até o ano de 2005. É oportuno lembrar o importante papel desempenhado nesse sentido pela Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família em consonância com o Programa Nacional de Vacinação, com o alcance de altas coberturas vacinais.

Quanto ao tétano acidental, a análise situacional indica que a distribuição do número de casos confirmados tem se mostrado estável nos últimos anos. Das dezesseis Regiões de Saúde, quatorze acusam casos confirmados. Encontramos elevada taxa de letalidade por tétano acidental nas dezesseis Regiões de Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2013. A taxa de incidência mantém-se a cada ano no patamar de 0,2 casos por 100 mil habitantes, com uma média de 14 casos confirmados ao ano. No período avaliado ocorreram 28 óbitos decorrentes da doença, sendo o ano de 2012 aquele com maior número de casos (8 óbitos).

Torna-se um grande desafio no tocante ao tétano neonatal e acidental aprimorar a qualidade do atendimento a toda a população em relação à vacinação de homens e mulheres independentemente de idade e profissão, reduzir as oportunidades perdidas de vacinação iniciando ou completando esquemas vacinais, e promover a integração entre os diversos órgãos institucionais, facilitando o acesso aos serviços de saúde pública.

2.4.1.3.4 Influenza

No período de 2010 e 2013, observou-se no estado a circulação dos principais tipos/subtipos de influenza predominantes no país, com destaque para o pico epidêmico que ocorreu em 2012 pela recirculação do influenza A H1N1, com 788 casos confirmados e 82 óbitos.

Avaliando-se as Regiões de Saúde, a maior incidência ocorreu no ano de 2012 na Região de Saúde Foz do Rio Itajaí, com 109 casos/100 mil habitantes; em 2013, a distribuição de casos entre as Regiões de Saúde mostrou-se uniforme, sem grandes variações, com incidência de 7,3 casos/100 mil habitantes (493 casos).

O vírus circulante com maior intensidade no estado é influenza tipo A, com os subtipos H3N2 e H1N1, que são de linhagens distintas e têm a potencialidade de causar doença grave.

2.4.1.4 Doenças diarreicas agudas (DDA)

A Monitorização da Doença Diarreica Aguda (MDDA) é um programa de âmbito nacional, pelo qual unidades de saúde municipais que atendem casos de doença diarreica são caracterizadas como Unidades Sentinelas, que são em torno de duas mil unidades no estado.

As maiores frequências de incidência de doença diarreica aguda, no período entre 2010 e 2013, são encontradas na Macrorregião Oeste. Em contrapartida, as menores incidências encontram-se nas Regiões de Saúde Serra Catarinense e Laguna. No entanto, esses dados não refletem a realidade, uma vez que há uma subnotificação de casos devido às falhas no monitoramento das doenças diarreicas agudas em alguns municípios que compõem essas regiões.

No Quadro 21, apresentamos os surtos de DDA segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SinanNet). Os surtos notificados no SinanNet são aqueles em que houve a investigação em conjunto com a Vigilância Sanitária, buscando identificar a fonte de

exposição (se alimento ou água) ou o modo de transmissão (se pessoa a pessoa), com envio de amostras ao Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina (Lacen) para identificação do agente etiológico.

Esses dados demonstram que as Regiões de Saúde que apresentam mais surtos de DDA são Foz Rio Itajaí e Médio Vale do Itajaí, enquanto as Regiões de Saúde Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe e Extremo Sul Catarinense apresentam número de surtos mais reduzido.

Quadro 21 – Surtos de DTA notificados segundo Região de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013
Alto Uruguai Catarinense	7	5	0	15,0
Alto Vale do Itajaí	7	2	8	5,0
Alto Vale do Rio do Peixe	2	3	3	2,0
Carbonífera	13	5	6	4,0
Extremo Oeste	9	8	2	4
Extremo Sul Catarinense	5	1	2	0,0
Foz do Rio Itajaí	28	12	26	23,0
Grande Florianópolis	16	7	19	5,0
Laguna	4	16	12	8,0
Médio Vale do Itajaí	27	9	32	35,0
Meio Oeste	0	2	1	1,0
Nordeste	9	11	6	8,0
Oeste	8	11	4	7,0
Planalto Norte	12	3	4	8,0
Serra Catarinense	2	6	0	5,0
Xanxerê	3	3	13	21,0
Total	152	104	138	151,0

Fonte: SES/SinanNet/TabNet, 2015.

2.4.1.5 Zoonoses

2.4.1.5.1 Acidentes por animais peçonhentos

Apesar de não se tratar de uma doença infecciosa ou parasitária, os acidentes por animais peçonhentos constituem um agravo de interesse nacional. O perfil epidemiológico desse agravo em Santa Catarina apresenta um panorama diferente do encontrado em geral no Brasil, com a maioria dos acidentes por escorpiões e serpentes; nesse estado, a grande maioria dos acidentes são causados por aranhas.

Os acidentes por animais peçonhentos em Santa Catarina no período de 2010 a 2013 totalizaram 36.278 notificações. Da população acometida, 52% foram do sexo masculino e

48% do sexo feminino. A Região de Saúde Planalto Norte teve o maior número de acidentes, 4.245 (11%), e a região com menor número de acidentes foi a do Extremo Sul Catarinense, com 595 (1%) do total de casos.

O risco de morte por animais peçonhentos nas dezesseis Regiões de Saúde sofreu variação nos anos de 2010 a 2013, com as maiores taxas tendo sido registradas nas Regiões de Saúde Oeste, com 0,3% em 2010; Médio Vale do Itajaí, com 1,4% em 2011; Nordeste, com 0,5% em 2012; e Extremo Sul Catarinense, com 1,0% em 2013.

No período avaliado, as notificações apontaram maior número de acidentes com aranhas, seguido por aqueles causados por abelhas, serpentes e lagartas. Os acidentes por aranhas totalizaram 23.700 notificações, representando 65% de todos os acidentes com animais peçonhentos, com maior registro intradomiciliar. Dentre os acidentes envolvendo aranhas, 59,1% foram provocados por espécies peçonhentas, sendo 20,1% do gênero foneutra e 38,8% do gênero loxosceles.

Em Santa Catarina, o maior número de acidentes por aranhas foi registrado na Região de Saúde Planalto Norte, com 3.724 casos, o equivalente a 15% do total; a região com menor registro de acidentes foi o Extremo Sul Catarinense, com 314 notificações, o equivalente a 1% do total.

A maior incidência dos óbitos por aranhas foi verificada na Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense e a menor, na Grande Florianópolis. Ocorreram 3 (três) óbitos por acidente com aranhas, sendo 2 (dois) na Região de Saúde Carbonífera (2010 e 2013) e 1 (um) na Região de Saúde Médio Vale do Itajaí (2011).

Acidentes com serpentes somaram 3.083 notificações, representando 8% de todos os acidentes com animais peçonhentos, sendo 76% dos acidentes em pessoas do sexo masculino na faixa etária dos 20 aos 49 anos. Das notificações de acidentes com serpentes, 92,9% relataram serpentes peçonhentas (botrópico, crotálico, laquético e elapídico), dos quais 90,6% estavam relacionados a serpentes do gênero botrópico. A Região de Saúde do estado com maior registro de acidentes (15%) foi a Nordeste, e a com o menor registro (2%) de casos foi a Carbonífera.

Ocorreram 7 (sete) óbitos por acidentes por serpentes nos anos de 2010 a 2013, sendo 2 (dois) nas Regiões de Saúde Nordeste (2010 e 2012) e Médio Vale do Itajaí (2011), e 1 (um) no Extremo Oeste (2010), em Xanxerê (2012) e na Foz do Rio Itajaí (2013).

2.4.1.6 Doenças e agravos

2.4.1.6.1 Dengue

Santa Catarina apresenta uma situação diferenciada do restante do país em relação à dengue. Entretanto, esse panorama vem se modificando nos últimos anos, principalmente com a detecção da presença do *Aedes aegypti* nos municípios catarinenses.

Na Tabela 34, é possível analisar o número de focos detectados no período de 2010 a 2013, por Região de Saúde. A Região de Saúde Oeste apresenta o maior número de focos do estado, principalmente nos anos de 2012 e 2013. O Extremo Oeste, a Grande Florianópolis e o Nordeste também se destacam pelo número elevado de focos do mosquito.

Tabela 34 – Focos de *Aedes aegypti* segundo Região de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013

Regiões de Saúde	2010	2011	2012	2013
Extremo Oeste	177	97	114	424
Xanxerê	7	4	11	170
Alto Uruguai	0	5	28	23
Meio Oeste	13	3	0	1
Médio Vale do Itajaí	57	74	56	83
Grande Florianópolis	183	115	154	137
Laguna	7	7	9	17
Carbonífera	9	13	13	24
Extremo Sul	16	12	4	20
Alto Vale do Rio do Peixe	3	5	0	3
Foz do Rio Itajaí	67	65	45	108
Alto Vale do Itajaí	6	12	4	4
Nordeste	105	99	159	133
Planalto Norte	10	8	9	12
Serra Catarinense	0	4	1	7
TOTAL	660	523	607	1166

Fonte: Vigilantes/DIVE/SES/SC, 2015.

A Região de Saúde Foz do Rio Itajaí, que chegou a apresentar uma redução de focos entre 2011 e 2012, registrou um aumento importante no período de 2012 e 2013, assim como a Região de Saúde Xanxerê, que detectou 11 focos de *Aedes aegypti* no ano de 2012 e 170 em 2013. Esse cenário representa risco para a transmissão da dengue, já que o número de focos vem aumentando, assim como o número de municípios com a presença do vetor da doença.

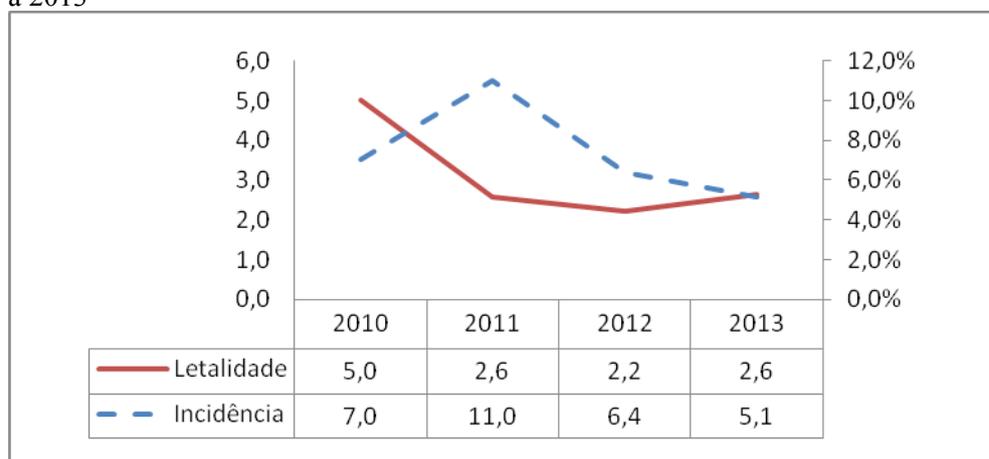
Em 2010, Santa Catarina não registrou nenhum caso autóctone de dengue. Em 2011 e 2012, foram identificados casos autóctones de forma isolada nas Regiões de Saúde Extremo Oeste e Nordeste. Em 2013, houve o registro do primeiro surto da doença, com 19 casos autóctones identificados em municípios das Regiões de Saúde Oeste, Extremo Oeste e Foz do

Rio Itajaí. Entretanto, o número de casos importados supera o de casos autóctones no estado, nesse período.

2.4.1.6.2 *Leptospirose*

A leptospirose é uma doença de grande importância social e econômica por apresentar elevada incidência em determinadas Regiões de Saúde e causar óbitos de pessoas em idade produtiva. No período de 2010 a 2013, foram confirmados 1.884 casos de leptospirose em Santa Catarina, oscilando entre 341 (2013) e 697 (2011), configurando uma variação de incidência de 5,1 a 11,0/100 mil habitantes (Figura 32), sendo que em 2011 houve o registro das maiores taxas, devido à ocorrência de enchentes. Nesse mesmo período foram informados 58 óbitos, com média de 14 óbitos/ano. A letalidade no período variou de 2,2% (2012) a 5,0% (2010). Entre os casos confirmados, os mais acometidos são indivíduos do sexo masculino (84%), na faixa etária dos 20 a 49 anos (32,2%), ainda que não exista uma predisposição de gênero ou idade para contrair a infecção. Do total de casos confirmados no período, 63,2% (1.191) foram hospitalizados, o que sugere suspeição tardia, favorecendo a evolução para quadros moderados e graves, com subnotificação dos casos na fase inicial da doença.

Figura 32 – Incidência por 100 mil habitantes e letalidade de leptospirose em Santa Catarina, de 2010 a 2013



Fonte: Sinan/DIVE/SES/SC, 2015.

2.4.1.6.3 *Hantavirose*

A síndrome pulmonar e cardiovascular por hantavírus (SPCVH) é uma doença emergente no Brasil, com grande repercussão sobre a saúde da população por sua incidência e pelo número de mortes que provoca. Em Santa Catarina, a doença foi confirmada em 1999 na Região de Saúde Extremo Oeste do estado, somando no período de 2010 a 2013 um total de

83 casos, atingindo todas as regiões, com exceção das Regiões de Saúde Foz do Rio Itajaí e Extremo Sul Catarinense.

Nesse estado, a hantavirose ocorre com maior frequência em área rural (73,8%), e acomete principalmente pessoas do sexo masculino (77,4%) em idade produtiva (42,9 % dos casos estão entre 35 e 49 anos), com aproximadamente 60% dos casos relacionados à atividade laboral.

Os dados mais significativos em relação à exposição de risco foram limpeza de galpões, casas fechadas, paióis e silos, desmatamento e moagem de grãos.

A letalidade por hantavirose nos últimos anos tem variado consideravelmente. Nos anos de 2010 a 2013, a taxa de letalidade no estado variou de 26,3% a 47,4 %, como mostra a Figura 33. As maiores taxas de letalidade (100%) dentre as dezesseis Regiões de Saúde estão nas Regiões de Saúde Alto Vale do Itajaí, Alto Vale do Rio do Peixe, Nordeste, Planalto Norte e Laguna.

Figura 33 – Incidência e letalidade de hantavirose em Santa Catarina, de 2000 a 2013



Fonte: Sinan/DIVE/SES/SC, 2015.

2.4.1.6.4 Febre maculosa brasileira

A febre maculosa brasileira (FMB) é uma doença infecciosa febril aguda, de gravidade variável, cuja apresentação clínica pode variar desde as formas leves e atípicas até formas graves, com elevada taxa de letalidade. A doença constitui um problema de saúde pública, com casos esporádicos em áreas rurais e urbanas relacionados ao contato com carrapatos, seja em atividades de trabalho ou de lazer.

Os primeiros casos de FMB em Santa Catarina foram confirmados a partir do ano de 2003, totalizando 282. No período de 2010 a 2013, foram registrados 124 casos em oito Regiões de Saúde (Extremo Oeste, Alto Vale do Itajaí, Alto Vale do Itajaí, Foz do Itajaí,

Médio Vale do Itajaí, Grande Florianópolis, Nordeste, Carbonífera e Laguna). A Região de Saúde com maior taxa de incidência foi a do Médio Vale do Itajaí.

Diferentemente das outras regiões do Brasil, os casos registrados no estado de Santa Catarina apresentam um quadro clínico moderado, com evolução benigna, sendo que, durante os anos de 2010 a 2013, não foram registrados óbitos pela doença.

2.4.1.6.5 Raiva

No território catarinense, o último caso de raiva humana ocorreu no município de Ponte Serrada em 1981; porém, em 2012, uma paciente residente no município de Tapurah - MT, visitando familiares em Caibí, Santa Catarina, foi diagnosticada positiva para raiva.

Os últimos registros de casos em cães e gatos com raiva foram no ano de 2006 nos municípios de Itajaí (um cão) e Xanxerê (um gato e um cão), em animais domésticos que tiveram envolvimento com morcegos (variante 3–morcego hematófago). No entanto, no estado são registrados rotineiramente casos de raiva em animais de produção (bovinos, equinos, ovinos) causados por agressões de morcegos infectados (ciclo silvestre/rural). Esses animais contribuem como sentinelas, indicando a existência do vírus da raiva.

O estado não realiza campanhas de vacinação para cães e gatos por Santa Catarina ser considerada área controlada para raiva no ciclo urbano (não apresenta circulação de vírus rábico em cães e gatos “variante canina”).

No período de 2010 a 2013, em Santa Catarina foram registrados 75.477 acidentes por animais potencialmente transmissores de raiva, sendo a maior concentração encontrada na Região de Saúde da Grande Florianópolis, conforme indicado na Tabela 35.

Tabela 35 – Número de acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, segundo Região de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013

Regiões de Saúde	2010	2011	2012	2013	Total
Extremo Oeste	423	448	455	535	1.861
Oeste	822	876	889	975	3.562
Xanxerê	656	650	661	829	2.796
Alto Vale do Itajaí	615	618	678	626	2.537
Foz do Rio Itajaí	2.051	2.217	2.224	2.122	8.614
Médio Vale do Itajaí	1.974	2.038	2.241	2.244	8.497
Grande Florianópolis	2.823	2.953	3.429	3.614	12.819
Meio Oeste	524	484	605	526	2.139
Alto Vale do Rio do Peixe	633	634	678	622	2.567
Alto Uruguai Catarinense	368	372	433	389	1.562
Nordeste	2.217	2.487	2.699	2.739	10.142
Planalto Norte	1.068	1.107	1.160	1.100	4.435
Serra Catarinense	591	528	386	511	2.016
Extremo Sul Catarinense	552	657	570	587	2.366
Carbonífera	1.329	1.399	1.262	1.337	5.327
Laguna	961	1.068	1.064	1.144	4.237
Total	17.607	18.536	19.434	19.900	75.477

Fonte: Sinan/DIVE/SES/SC, 2015.

2.4.1.6.6 *Leishmaniose tegumentar americana (LTA)*

O estado de Santa Catarina apresentou, no período de 2010 a 2013, um coeficiente de detecção para LTA de 110 casos/100 mil habitantes, sendo registrados 70 casos no Sinan, com predominância nas Regiões de Saúde Grande Florianópolis (28 casos), Médio Vale do Itajaí (14 casos) e Nordeste (11 casos).

Dos pacientes diagnosticados em SC, 60% são do sexo masculino; o maior número de casos ocorreu nos indivíduos com mais de 10 anos (89%), indicando que a transmissão da doença vem ocorrendo nas áreas de peri e extradomicílio. Na análise da variável faixa etária foi constatada uma maior frequência de casos entre as idades de 20 a 34 anos, reforçando o caráter ocupacional da doença. Fatores a serem considerados são as transformações do meio ambiente, que favorecem o aparecimento de focos de flebotômíneos cada vez mais próximos dos domicílios, o que facilita a transmissão da doença.

Analisando o comportamento da doença, verifica-se que, no período estudado, sete Regiões de Saúde apresentaram-se como áreas de infecção para LTA, com 31 casos autóctones dos 70 casos notificados no período, conforme a Tabela 36. Os casos atendidos em Santa Catarina e identificados como importados de LTA são provenientes principalmente das regiões Norte e Centro-Oeste do país, sendo Mato Grosso, Pará e Rondônia os estados com

maior número de pacientes notificados. Em 10% das notificações não foi feito o registro do provável local de infecção.

Tabela 36 – Número de casos de LTA, segundo local provável de infecção em Santa Catarina por Região de Saúde, de 2010 a 2013

Região de Saúde de notificação	Autóctone	Importado	Indeterminado	Total
Extremo Oeste	0	2	0	2
Oeste	1	5	0	6
Xanxerê	1	1	0	2
Alto Vale do Itajaí	0	0	1	1
Foz do Rio Itajaí	1	1	0	2
Médio Vale do Itajaí	5	7	2	14
Grande Florianópolis	14	13	1	28
Nordeste	1	8	2	11
Planalto Norte	1	1	0	2
Carbonífera	0	1	0	1
Laguna	0	0	1	1
Total	24	39	7	70

Fonte: Sinan/DIVE/SES/SC, 2015.

As Regiões de Saúde Alto Uruguai, Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Serra Catarinense e Extremo Sul Catarinense se apresentam como áreas silenciosas no período estudado, sendo que a complexidade epidemiológica e clínica da doença dificulta seu diagnóstico.

O período analisado (2010-2013) não retrata a realidade da LTA em SC, pois considera um pós-surto da doença, mostrando uma menor frequência de casos devido à sua periodicidade. As Regiões de Saúde mais afetadas nos últimos 10 anos foram a Região de Saúde Foz do Rio Itajaí (574 casos autóctones), Médio Vale do Itajaí (918 casos autóctones) e Nordeste (146 casos autóctones). Além disso, quando a LTA emerge em uma área, a caracterização de parâmetros epidemiológicos, clínicos e biológicos é necessária, visto que as características da doença em uma dada região geográfica não podem ser assumidas para a região vizinha.

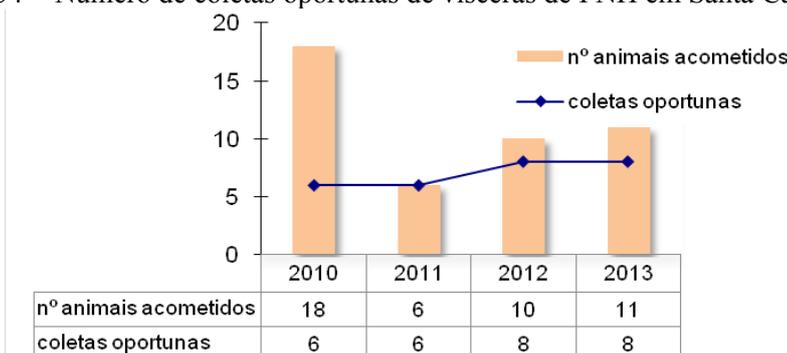
2.4.1.6.7 Febre amarela

A vigilância da febre amarela no estado de Santa Catarina atua em duas frentes: a vigilância de epizootias e a vigilância de casos humanos. A vigilância de epizootias ocorre por meio da captação de informações sobre adoecimento ou morte de primatas não humanos (PNH, macacos) como evento sentinela, priorizando a coleta oportuna de vísceras para análise

laboratorial com vistas a confirmar a presença de circulação do vírus amarílico no estado em áreas silvestres.

No período de 2010 a 2013, foram notificados 45 adoecimentos e/ou mortes de PNH com média de 62% de coletas realizadas oportunamente. Do total de amostras analisadas, em nenhuma foi detectada a presença do vírus amarílico (Figura 34).

Figura 34 – Número de coletas oportunas de vísceras de PNH em Santa Catarina, de 2010 a 2013



Fonte: Sinan/DIVE/SES/SC, 2015.

Embora o estado atualmente conte com cerca de setenta e oito profissionais médicos veterinários capacitados para a coleta de vísceras em tempo oportuno, o número de amostras encaminhadas para análise laboratorial para febre amarela ainda é insignificante para que se possa inferir que o estado não possui o vírus amarílico circulante em áreas silvestres.

Na Tabela 37, apresenta-se o número de notificações de epizootias em Santa Catarina no período de 2010 a 2013 por Região de Saúde.

Tabela 37 – Epizootias notificadas, segundo Região de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013
Alto Uruguai Catarinense	0	0	2	0
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0	0	0
Carbonífera	0	0	0	0
Extremo Oeste	0	0	1	0
Foz do Rio Itajaí	0	0	0	0
Grande Florianópolis	15	1	0	0
Laguna	0	0	0	0
Médio Vale do Itajaí	0	4	7	8
Alto Vale do Itajaí	0	0	0	0
Meio Oeste	1	1	0	0
Nordeste	0	0	0	3
Oeste	0	0	0	0
Planalto Norte	0	0	0	0
Serra Catarinense	2	0	0	0
Sul Catarinense	0	0	0	0
Xanxerê	0	0	0	0
TOTAL	18	6	10	11

Fonte: Sinan/DIVE/SES/SC, 2015.

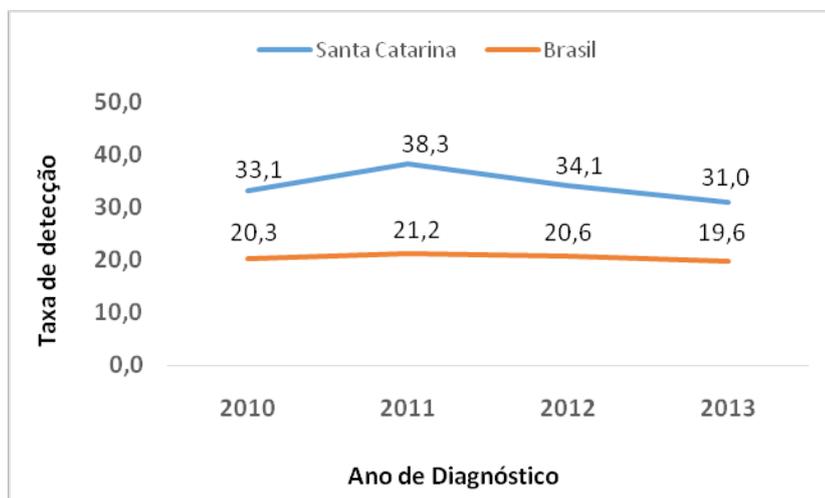
A maior demanda relacionada à notificação de adoecimento e mortes de PNH, bem como a coletas oportunas realizadas no estado de Santa Catarina, são provenientes da Região Vale do Itajaí. Nossa maior fonte notificadora atualmente é o Centro de Pesquisas Biológicas de Indaial e Observatório de Primatas – Projeto Bugio, localizado no município de Indaial.

2.4.1.6.8 Aids

Desde o primeiro caso notificado em 1984 até junho de 2014, foram registrados 38.283 casos de aids em Santa Catarina. Atualmente existem 18.779 pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) em tratamento no estado.

De 2010 a 2013, a taxa de detecção de casos de aids (por 100 mil habitantes) em Santa Catarina apresentou oscilações, permanecendo acima da média nacional no período (Figura 35). Conforme o ranking dos estados, em 2013 Santa Catarina aparece na terceira posição entre os estados com maiores taxas de detecção de aids, atrás do Rio Grande do Sul e do Amazonas.

Figura 35 – Taxa de detecção de aids (por 100 mil habitantes) em Santa Catarina e no Brasil, de 2010 a 2013



Fonte: Departamento de DST/aids e hepatites virais, SVS, Ministério da Saúde, Brasil, 2015.

Observa-se que nove Regiões de Saúde apresentaram taxas de detecção acima de 20 casos por 100 mil habitantes no período de 2010 a 2013. Nesse cenário, destacam-se as Regiões de Saúde Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis e Carbonífera, com taxas acima de 40 por 100 mil habitantes, e as Regiões de Saúde Alto Vale do Itajaí, Laguna, Médio Vale do Itajaí e Nordeste, com taxas acima da média estadual.

No ranking dos 100 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes elaborado pelo Ministério da Saúde, em que foram elencadas as maiores taxas de detecção, mortalidade e média do primeiro grupamento de diferenciação 4 (CD4, do inglês *cluster of differentiation*), aparecem 10 municípios catarinenses, sendo que Florianópolis ocupa o 14º lugar no referido ranking.

Em relação à categoria de exposição entre indivíduos menores de 13 anos, a quase totalidade dos casos teve como via de infecção a transmissão vertical. Entre os indivíduos com 13 anos ou mais de idade, a principal via de transmissão é a sexual, tanto em homens (94,6%) quanto em mulheres (98,4%). Entre os homens, observa-se um predomínio da categoria de exposição heterossexual. Porém, há uma tendência de aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH) nos últimos anos, saindo de 27,8% em 2010 para 32,6% em 2013 (Quadro 22).

Quadro 22 – Distribuição percentual dos casos de aids na população de 13 anos ou mais segundo sexo e categoria de exposição por ano de diagnóstico em Santa Catarina, de 2010 a 2013

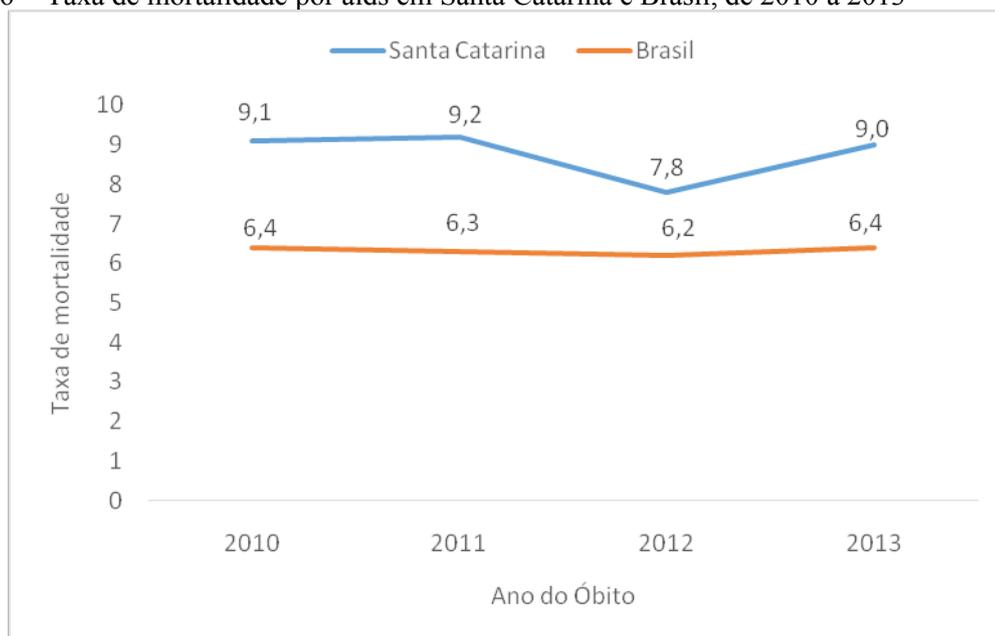
Categoria de exposição Hierar	2010		2011		2012		2013	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Masculino								
HSH	277	27,8	366	31,9	327	31,6	283	32,6
Heterossexual	615	61,6	691	60,3	618	59,7	538	62,0
Usuário de drogas injetáveis (UDI)	101	10,1	84	7,3	82	7,9	42	4,8
Hemofílico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Transusão	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Transmissão vertical	4	0,4	4	0,3	9	0,9	4	0,5
Total	998	100	1146	100	1036	100	868	100
Feminino								
Heterossexual	593	96,6	716	96,6	599	98,2	557	98,4
Usuário de drogas injetáveis (UDI)	20	3,3	19	2,6	9	1,5	5	0,9
Transmissão vertical	1	0,2	6	0,8	2	0,3	4	0,7
Total	614	100	741	100	610	100	566	100

Fonte: Departamento de DST/aids e hepatites virais, SVS, Ministério da Saúde, Brasil, 2015.

A identificação de outras condições de maior vulnerabilidade para a exposição ao HIV, tais como as de usuários de crack, álcool e outras drogas, travestis, transexuais, profissionais do sexo, populações privadas de liberdade, migrantes, moradores de rua, pessoas vivendo em condições de extrema pobreza, parcerias sexuais de pessoas em situação de risco, dentre outras, são importantes para melhor caracterizar o seu perfil comportamental e suas tendências.

De 1980 a 2013, foram registrados 10.463 óbitos por aids no estado de Santa Catarina. No período de 2010 a 2013, ocorreram 2.206 óbitos por aids, com uma média de 550 óbitos por ano. A taxa de mortalidade por aids oscilou nesse período, permanecendo sempre em um patamar elevado quando comparado à média do Brasil, mesmo com a implantação dos medicamentos inibidores de protease e a consequente terapia tripla, não apresentando o declínio esperado e observado em outros países e outros estados brasileiros. Apesar da disponibilidade do teste para a detecção do HIV, muitas pessoas continuam a realizar o exame tardiamente, constituindo o que se convencionou chamar de “apresentação tardia”. O termo apresentação tardia é amplamente utilizado para pacientes com HIV que são em muitos casos diagnosticados em estágios avançados da infecção, o que por consequência resulta na manutenção das altas taxas de mortalidade (Figura 36).

Figura 36 – Taxa de mortalidade por aids em Santa Catarina e Brasil, de 2010 a 2013



Fonte: MS / SVS / Departamento de DST, aids e hepatites virais, 2015.

A análise da mortalidade segundo o local de residência mostra que a Região de Saúde com maior taxa específica é a Foz do Rio Itajaí, seguida por Grande Florianópolis, Serra Catarinense e Carbonífera, inclusive em patamares superiores à taxa de mortalidade do estado.

A apresentação tardia, a resistência viral aos medicamentos antirretrovirais, as falhas no atendimento, as dificuldades de adesão, além do tratamento inadequado de coinfeções como hepatite e tuberculose contribuem para a alta mortalidade. Uma estratégia para melhor conhecimento dessa situação é a criação dos comitês de investigação da mortalidade por aids.

2.4.1.6.9 Gestante com HIV

Em Santa Catarina, de 2010 a 2013 foram notificadas 2.504 gestantes infectadas com HIV, a maioria delas nas Regiões de Saúde Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí e Nordeste. A taxa de detecção de gestantes com HIV vem apresentando tendência de estabilização em todas as regiões. No entanto, a taxa de detecção no estado todos os anos é quase o dobro da taxa média nacional.

Apesar das altas taxas de detecção de gestantes com HIV, a taxa de detecção em menores de cinco anos, que serve para avaliar a transmissão vertical do vírus, demonstra que ocorreu um aumento na taxa de 2010 (4,2/100 mil) para 2013 (6/100 mil). Isso significa que vêm ocorrendo falhas no processo de prevenção à transmissão vertical do HIV.

2.4.1.6.10 Sífilis congênita

A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção, mediante o acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento adequado das gestantes positivas, que também inclui o tratamento do parceiro. Entre 2010 e 2014, foram notificados 760 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. As Regiões de Saúde Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí e Nordeste registraram 543 (71,45%) desses casos.

Com relação à taxa de incidência de sífilis congênita em Santa Catarina, em 2014 observou-se uma taxa de 2,94 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que as Regiões de Saúde Grande Florianópolis, Extremo Sul Catarinense, Foz do Rio Itajaí e Xanxerê apresentaram as maiores taxas nesse ano: 7,98, 5,56, 4,36 e 3,74, respectivamente.

O Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical de HIV e sífilis, publicado no ano de 2007 em todo o território nacional, tem como objetivo geral reduzir a transmissão vertical da sífilis com vistas à eliminação da sífilis congênita até 2015.

2.4.1.6.11 Hepatites virais

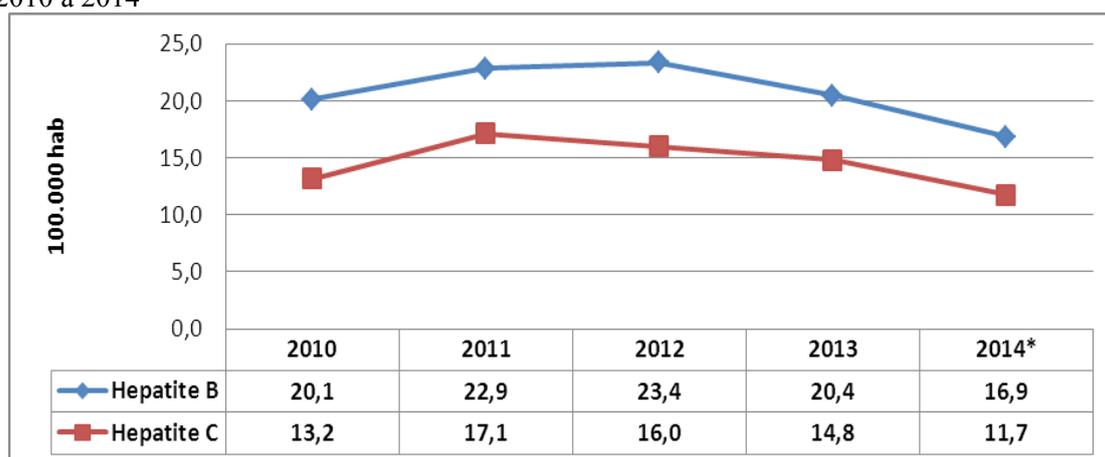
O Programa Estadual de Vigilância e Controle das Hepatites Virais (PEHV) desenvolve estratégias conjuntas com as dezesseis Regiões de Saúde sobre prevenção, promoção, vigilância e assistência das hepatites virais. As hepatites virais em Santa Catarina apresentam um perfil epidemiológico heterogêneo, tipicamente caracterizado por uma endemicidade para hepatite B no oeste catarinense e hepatite C na região litorânea, apesar da ocorrência de ambos os agravos nas duas regiões. Ações sistemáticas de imunização para

hepatite B na Região de Saúde Oeste vêm sendo desenvolvidas desde meados da década de 1990 e, apesar das coberturas na região serem satisfatórias, os mecanismos de transmissão do vírus facilitam ainda a sua circulação.

Com relação à hepatite C, algumas características marcantes da região litorânea, como a presença de portos, o tráfico de drogas ilícitas, a estruturação de ambulatorios especializados, a centralização do tratamento da coinfeção com o HIV, a maior capacidade instalada e a maior facilidade no acesso, entre outras, são explicações para a concentração de casos na região.

Em 2014, foram notificados em SC 1.134 casos de hepatite B e 789 de hepatite C. Na Figura 37 se apresenta a taxa de incidência de hepatites B e C na série histórica de 2010 a 2014.

Figura 37 – Taxa de Incidência de hepatites B e C, segundo agente etiológico em Santa Catarina, de 2010 a 2014*



Fonte: GEDST/Sinan/DIVE/SES, 2015.

*Dados sujeitos a alterações.

Observamos que existe uma tendência de estabilização na detecção dos casos de hepatite B e C, com algumas oscilações no período (os dados ainda não estão finalizados, sendo passíveis de modificação). Enquanto o Brasil tem taxas de 6,9 de hepatite B e 5,4 de hepatite C por 100 mil habitantes, Santa Catarina apresenta uma taxa de 19,7 de hepatite B e 9,3 de hepatite C, o que coloca o estado como acima da média nacional com relação a essa doença.

No Quadro 23, observa-se que os diagnósticos de hepatites B e C tiveram distribuição diferenciada segundo as dezesseis Regiões de Saúde, entre 2010 e 2014. A prevalência de hepatite B encontra-se no Oeste e Extremo Oeste e a da hepatite C, nas Regiões de Saúde

Carbonífera, Extremo Sul e Laguna, sendo que em outras Regiões de Saúde as médias se aproximam.

Quadro 23 – Coeficiente de incidência de hepatites B e C, segundo dezesseis Regiões de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2014*

Regiões de Saúde	2010		2011		2012		2013		2014	
	Hep B	Hep C								
Extremo Oeste	56,4	1,3	73,2	4,0	97,9	4,5	92,9	5,2	71,7	5,7
Oeste	71,3	5,0	76,2	7,7	86,0	9,5	84,4	7,1	73,5	5,3
Xanxerê	56,6	1,6	57,9	3,7	45,1	4,7	51,2	1,0	39,2	1,5
Alto Vale do Itajaí	3,7	2,2	5,2	9,6	4,4	1,5	8,5	2,8	7,7	2,8
Foz do Rio Itajaí	13,5	16,9	18,3	23,1	16,4	25,2	10,9	22,1	8,5	14,1
Médio Vale do Itajaí	10,0	8,1	13,3	9,9	14,9	9,9	14,9	10,4	11,8	6,0
Grande Florianópolis	15,0	25,5	16,4	30,3	18,2	26,9	13,4	23,5	13,1	18,5
Meio Oeste	25,6	6,7	27,7	6,6	19,8	3,9	17,7	3,2	18,1	3,2
Alto Vale do Rio do Peixe	14,9	5,5	19,2	5,8	11,2	3,2	12,3	9,8	10,1	4,5
Alto Uruguai Catarinense	82,4	2,1	99,1	7,0	80,6	2,1	52,2	2,1	41,1	4,1
Nordeste	18,3	12,7	20,4	17,8	23,3	15,1	16,6	12,6	13,5	11,7
Planalto Norte	3,1	2,0	3,1	3,7	3,1	2,8	2,5	2,7	0,8	2,4
Serra Catarinense	4,9	15,4	4,9	8,4	4,5	13,3	9,3	14,8	3,1	11,0
Extremo Sul Catarinense	8,8	18,8	9,9	15,4	6,5	19,6	5,3	28,4	5,7	23,4
Carbonífera	14,8	24,8	13,7	27,9	13,8	33,7	11,9	31,8	10,3	27,4
Laguna	8,9	19,7	8,0	40,0	7,6	29,4	5,4	22,2	4,2	20,1
Total SC	20,1	13,2	22,9	17,1	23,4	16,0	20,4	14,8	16,9	11,7

Fonte: GEDST/Sinan/DIVE/SES, 2015.

*Dados sujeitos a alterações

A análise da mortalidade por hepatites virais, segundo região de residência, mostra que a Região de Saúde Planalto Norte apresentou a maior incidência do período em 2013, seguida das Regiões de Saúde Meio Oeste e Oeste, que mantiveram as maiores taxas durante o período avaliado. A macrorregião com menor taxa de mortalidade é Xanxerê (Tabela 38).

O diagnóstico tardio, as falhas no atendimento, os protocolos clínicos desatualizados, além da coinfeção com HIV/aids contribuem para as taxas de mortalidade. Por isso, é imprescindível a ampliação da oferta do diagnóstico, possibilitando um diagnóstico precoce e cuidados específicos o mais cedo possível.

Tabela 38 – Coeficiente de mortalidade das hepatites virais (por 100 mil habitantes) como causa básica e outras causas relacionadas, segundo as dezesseis Regiões de Saúde em Santa Catarina, de 2009 a 2013*

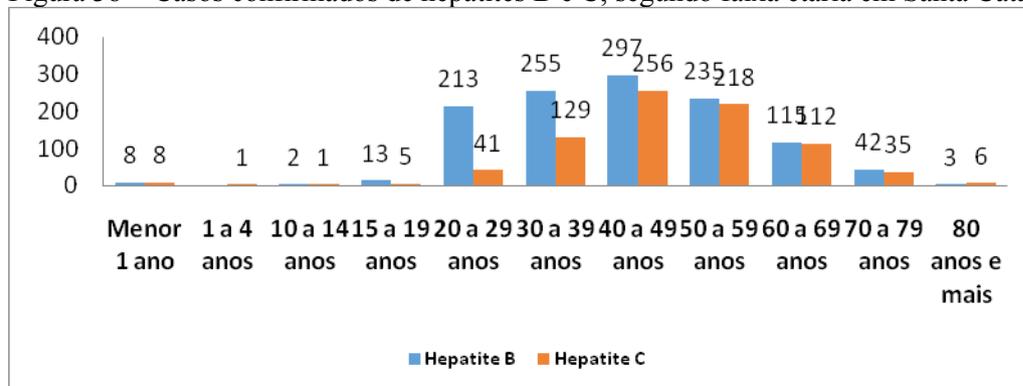
Regiões de Saúde	2009	2010	2011	2012	2013
Extremo Oeste	0,9	0,0	1,3	1,3	0,0
Oeste	1,0	0,0	0,3	1,2	1,2
Xanxerê	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Alto Vale do Itajaí	0,4	0,4	0,7	0,7	0,0
Foz do Rio Itajaí	2,5	0,7	1,2	1,7	1,8
Médio Vale do Itajaí	0,6	1,6	0,9	1,0	1,1
Grande Florianópolis	2,0	3,1	1,3	1,8	1,8
Meio Oeste	0,0	1,7	3,3	0,6	0,0
Alto Vale do Rio do Peixe	0,7	1,1	0,7	0,4	0,4
Alto Uruguai Catarinense	0,0	1,4	0,7	0,7	1,4
Nordeste	1,3	1,0	0,9	1,0	1,1
Planalto Norte	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0
Serra Catarinense	0,3	1,0	0,7	1,0	1,0
Extremo Sul Catarinense	1,7	1,7	1,6	1,1	3,2
Carbonífera	3,6	2,6	3,0	2,8	2,7
Laguna	1,8	1,8	1,5	2,1	1,1
Santa Catarina	1,3	1,4	1,1	1,3	1,2

Fonte: SIM/SES/SC, 2015.

*Dados sujeitos a alterações.

Na Figura 38, demonstra-se que as faixas etárias mais acometidas pelas hepatites virais variam de acordo com o agente etiológico, seguindo o referenciado pela literatura; entre 20 a 59 anos situa-se o pico das ocorrências de hepatite B, e entre 40 a 59 anos, de hepatite C. Vale novamente ressaltar que, sendo as hepatites virais doenças consideradas silenciosas, quando se manifestam os sintomas o portador já apresenta certo grau de comprometimento do fígado.

Figura 38 – Casos confirmados de hepatites B e C, segundo faixa etária em Santa Catarina, em 2014*



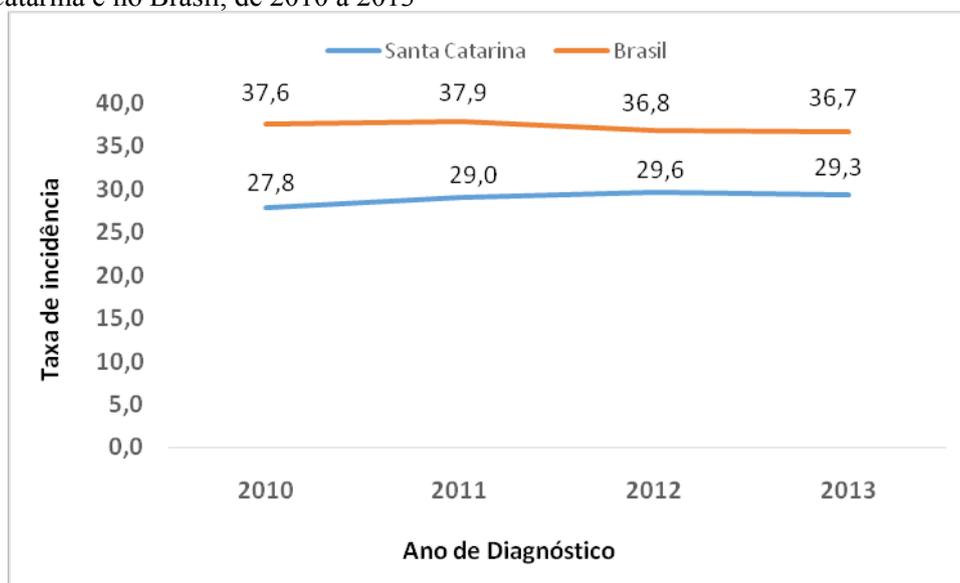
Fonte: SIM/SES/SC, 2015.

*Dados sujeitos a alterações

2.4.1.6.12 Tuberculose

A taxa de incidência de tuberculose (TB) em Santa Catarina está abaixo da média nacional. No entanto, verifica-se no período de 2010 a 2013 uma tendência de estabilização com ligeira elevação, em contraste com o declínio apresentado na sua incidência no total do Brasil (Figura 39). Essa informação sugere que há aumento na cobertura de diagnóstico, baixa subnotificação, bem como situações de caráter social ligadas ao índice elevado de casos com coinfeção TB/HIV/aids, aumento do uso de drogas ilícitas, migração de populações empobrecidas de outros estados e altíssima incidência da doença na população carcerária do estado.

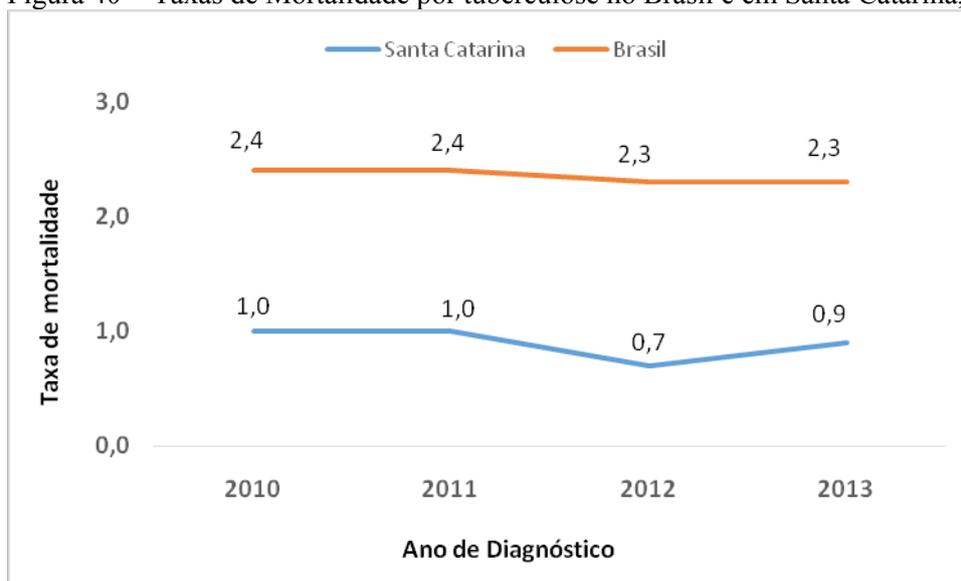
Figura 39 – Taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil habitantes) segundo ano de diagnóstico em Santa Catarina e no Brasil, de 2010 a 2013



Fonte: Sinan/SC e IBGE, 2015.

De acordo com a região de residência, observa-se que taxas de incidência se apresentam de maneira bem distinta, com notável diferença na região litorânea, destacando as Regiões de Saúde Grande Florianópolis e Itajaí, além das Regiões de Saúde Nordeste, Laguna e Carbonífera, que apresentam taxas maiores que a média estadual.

Figura 40 – Taxas de Mortalidade por tuberculose no Brasil e em Santa Catarina, de 2010 a 2013



Fonte: Sinan/SC e IBGE, 2015.

Na Figura 40 se observam as taxas de mortalidade por tuberculose no Brasil e em Santa Catarina. As Regiões de Saúde Carbonífera, Foz do Rio Itajaí, Laguna e Nordeste apresentam taxas de mortalidade acima da média estadual.

De 2010 a 2013, a proporção de casos confirmados de tuberculose que foram testados para HIV esteve acima de 85%, o que é considerado um dos melhores índices do Brasil. No entanto, a taxa de coinfeção TB/HIV/aids se mantém elevada nesse período (Quadro 24). Deve-se reforçar a necessidade do acesso ao diagnóstico rápido e precoce, bem como a implantação da rotina de atendimento nos serviços de HIV/aids para a realização de medidas de prevenção como o tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTb) para os casos soropositivos.

Quadro 24 – Proporção de testados e coinfectados TB/HIV segundo Regiões de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013

Regiões de Saúde	2010		2011		2012		2013	
	Test.	Coinf.	Test.	Coinf.	Test.	Coinf.	Test.	Coinf.
Alto Uruguai Catarinense	100,0	0,0	100,0	12,5	66,7	16,7	88,9	0,0
Alto Vale do Itajaí	100,0	11,1	93,3	26,7	93,3	40,0	100,0	23,1
Alto Vale do Rio do Peixe	93,6	14,9	94,9	15,4	91,5	0,0	86,4	0,0
Carbonífera	90,8	26,1	91,7	21,8	84,8	20,3	93,7	22,2
Extremo Oeste	100,0	0,0	76,5	0,0	78,6	21,4	91,3	8,7
Extremo Sul Catarinense	83,9	6,5	88,9	16,7	95,2	9,5	93,3	16,7
Foz do Rio Itajaí	83,7	22,5	83,1	27,5	85,6	23,7	91,0	21,7
Grande Florianópolis	71,6	30,6	77,5	29,1	78,3	23,5	80,0	27,6
Laguna	81,6	27,6	91,1	26,8	82,7	20,4	91,3	23,3
Médio Vale do Itajaí	89,9	15,7	86,4	16,4	93,0	14,7	92,7	15,1
Meio Oeste	77,8	0,0	70,0	0,0	60,7	3,6	57,1	14,3
Nordeste	94,7	12,2	91,1	16,7	93,3	9,7	93,7	15,2
Oeste	100,0	13,0	89,3	14,3	88,9	3,7	82,5	12,5
Planalto Norte	90,0	8,0	98,3	6,8	92,9	7,1	95,4	4,6
Serra Catarinense	89,1	32,6	88,2	20,6	94,3	26,4	85,4	27,1
Xanxerê	64,3	14,3	86,7	6,7	66,7	13,3	42,1	10,5
Total	84,9	21,0	85,5	22,1	85,6	18,4	87,9	19,9

Fonte: Sinan/SC e IBGE, 2015.

Quanto à proporção de cura de casos bacilíferos, Santa Catarina apresenta indicadores acima da média nacional. Por outro lado, a proporção de abandonos vem crescendo ao longo dos últimos anos.

2.4.1.6.13 Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*. A doença atinge pele e nervos periféricos e seu principal problema está relacionado ao diagnóstico tardio, podendo levar a sérias incapacidades físicas. É curável quanto mais precocemente diagnosticada e corretamente tratada.

O Brasil continua sendo o segundo país no mundo em número de casos novos notificados; em 2013 foram 31.044 casos. Santa Catarina está entre os estados do Brasil com o menor coeficiente de detecção, já tendo atingido a meta de eliminação segundo os critérios da OMS de menos de um doente para cada 10 mil habitantes, porém a doença continua sendo um grave problema de saúde, pois o percentual de casos com algum grau de incapacidade física instalada ainda é considerado alto.

No período de 2010 a 2013, foram descobertos em média no estado 200 casos novos por ano, com uma taxa de detecção média de 3,15 casos por 100 mil habitantes. A média do coeficiente de detecção da hanseníase apresentou-se maior nas Regiões de Saúde Extremo Oeste, Oeste e Planalto Norte, e as menores taxas, nas Regiões de Saúde Alto Vale do Itajaí, Extremo Sul Catarinense e Serra Catarinense, conforme se observa no Quadro 25.

Quadro 25 – Coeficiente de detecção dos casos novos de hanseníase na população geral, por 100 mil habitantes, pelas dezesseis Regiões de Saúde em Santa Catarina, de 2010 a 2013

Regiões de Saúde	2010		2011		2012		2013	
	Casos	Taxa de Detecção						
Alto Uruguai Catarinense	6	4,2	3	2,1	5	3,5	4	2,7
Alto Vale do Itajaí	2	0,7	1	0,4	4	1,5	2	0,7
Alto Vale do Rio do Peixe	8	2,9	8	2,9	3	1,1	3	1,1
Carbonífera	2	0,5	7	1,8	9	2,3	5	1,2
Extremo Oeste	18	8,1	23	10,3	22	9,8	20	8,7
Extremo Sul Catarinense	3	1,7	2	1,1	0	0,0	3	1,6
Foz do Rio Itajaí	11	2,0	14	2,5	16	2,8	15	2,4
Grande Florianópolis	36	3,6	29	2,8	18	1,7	14	1,3
Laguna	8	2,4	7	2,1	4	1,2	6	1,7
Médio Vale do Itajaí	8	1,2	15	2,2	11	1,6	14	1,9
Meio Oeste	6	3,3	6	3,3	6	3,3	3	1,6
Nordeste	45	5,2	44	5,0	55	6,2	21	2,2
Oeste	37	11,6	32	9,9	22	6,8	15	4,4
Planalto Norte	18	5,1	17	4,8	22	6,2	18	4,9
Serra Catarinense	1	0,3	1	0,3	6	2,1	7	2,4
Xanxerê	8	4,2	15	7,9	6	3,1	5	2,6
Total	217	3,5	224	3,5	209	3,3	155	2,3

Fonte: Sinan-Net/Gevra/DIVE/SES/SC, 2015.

O grau de incapacidade 2 é um dos indicadores prioritários do Programa de Hanseníase, pois estima a efetividade das atividades desenvolvidas para a detecção precoce dos casos e a endemia oculta.

No período de 2010 a 2013, o estado atingiu a média percentual de 11,6% dos casos de hanseníase com grau de incapacidade física 2 entre os casos avaliados no diagnóstico, parâmetro considerado alto para esse indicador segundo o Ministério da Saúde.

As Regiões de Saúde que obtiveram as maiores **médias** de incapacidade no diagnóstico nesse período foram: Alto Vale do Rio do Peixe (36,3%), Carbonífera (35,0%), Meio Oeste e Serra Catarinense (33,3%), seguidos por Xanxerê (18,6%), Laguna (10,4%) e Extremo Oeste (10,2%). Esses valores fazem com que o estado de Santa Catarina apresente um dos piores resultados em diagnóstico tardio no Brasil. Em 2013, com 13,9%, foi o

segundo estado com a maior detecção de casos novos com grau de incapacidade física 2 no diagnóstico.

2.4.1.6.14 Tracoma

Tracoma é uma oftalmopatia de evolução crônica recidivante de origem infecciosa, causada pela *Chlamydia trachomatis*, um microrganismo estritamente intracelular com preferência pelas células epiteliais da conjuntiva ocular. A transmissão se dá pessoa a pessoa através das mãos ou de objetos de uso comum contaminados, como as lágrimas ou secreções conjuntivais de portadores de infecção ativa.

A endemia está associada a baixas condições socioeconômicas, higiênicas e sanitárias, especialmente a pouca disponibilidade de água no domicílio e a déficit assistencial às populações atingidas.

Com o objetivo de conhecer a situação e a real magnitude do tracoma, passou-se a realizar anualmente inquérito epidemiológico em escolares do 1º ao 4º ano do ensino fundamental da rede pública, residentes em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor que a média nacional (0,764 no ano 2000). Na Tabela 39, apresenta-se a série histórica de 2010 a 2013 em relação aos casos examinados e positivos em Santa Catarina.

Tabela 39 – Casos examinados e positivos e taxa de detecção de tracoma em Santa Catarina, de 2010 a 2013

	2010	2011	2012	2013
Nº Escolares examinados	17231	13.563	19.378	16.047
Nº de casos positivos	1358	1.231	819	660
Taxa de detecção	7,88	9,08	4,23	4,11

Fonte: Sinan-Net/Gevra/DIVE/SES/SC, 2015.

Nas buscas ativas realizadas percebe-se que a taxa de detecção apresenta tendência de redução nos municípios. No entanto, o agravo ainda requer atenção, visto que além do tratamento medicamentoso são fundamentais as medidas de promoção da higiene pessoal e familiar, o destino adequado do lixo, e a disponibilidade de água e saneamento para reverter esse problema de saúde pública. A ação educativa constitui importante estratégia para o controle do tracoma e a interface com os setores de Educação e de Atenção Primária à Saúde é essencial. É imperiosa a ampliação e implementação das medidas de vigilância e controle da doença nos diversos níveis de gestão, a fim de cumprir o compromisso assumido com o

Ministério da Saúde de eliminação do tracoma enquanto causa de diminuição da acuidade visual e da cegueira até o ano de 2020.

2.4.1.6.15 Doenças e agravos não transmissíveis (DANT)

Para o tratamento das DANT existe o propósito de vigilância, prevenção e controle das doenças cardiovasculares (CID-10: I00-I99), doenças respiratórias crônicas (CID-10: J30-J98), diabetes mellitus (CID-10: E10-E14), neoplasia maligna (CID-10: C00-C97) e de doenças com causas externas (CID-10: X60-X84; X85-Y09; V01-V89) na população ≥ 20 anos residente, com exceção das causas externas que são analisadas na população geral e por ocorrência de cada evento.

Ao analisarmos o Quadro 26, considerando os anos de 2010 e 2013 em todas as Regiões de Saúde de Santa Catarina, a primeira causa de internação no SUS foram as doenças do aparelho circulatório, com destaque para as Regiões de Saúde Grande Florianópolis (2010: 14,4% e 2013:14,3%), Médio Vale do Itajaí (2010: 12,4% e 2013:10,5%) e Nordeste, (2010: 9,0% e 2013: 10,5%). A segunda causa mais frequente de internação foram as neoplasias que, considerando somente as três Regiões de Saúde Grande Florianópolis, Nordeste e Oeste, com mais casos, somaram, em 2010, 39,05% e, em 2013, 39,10%. Mesmo apresentando uma redução no número de internações do ano de 2010 para 2013, as doenças do aparelho respiratório aparecem em terceiro lugar, sendo mais frequentes nas Regiões de Saúde Grande Florianópolis, Carbonífera e Médio Vale do Itajaí; ainda destaca-se um aumento no percentual de internação na Região de Saúde Extremo Oeste (7,92% para 9,42%) e Oeste (6,47% para 8,34%); no quarto lugar estão as causas externas de morbidade e mortalidade, destacando-se as Regiões de Saúde Grande Florianópolis (19,26% em 2013) e Nordeste (22,88% em 2013).

Doenças cardiovasculares: No território catarinense, em 2013, as três doenças cardiovasculares que apresentaram maior percentual de internação foram angina pectoris, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca, tendo a primeira percentual elevado de internação para os sexos masculino (16,38%) e feminino (16,61%), e sua maior proporção na Região de Saúde Grande Florianópolis. O infarto agudo do miocárdio no sexo masculino foi mais frequente na Região de Saúde Nordeste (16,45%). As varizes dos membros inferiores destacaram-se no sexo feminino na Região de Saúde Carbonífera (12,10%). A insuficiência cardíaca teve o percentual mais elevado no sexo masculino na Região de Saúde Médio Vale do Itajaí (11,04%), e no sexo feminino na Região de Saúde Nordeste (12,97%). Quanto à mortalidade para o sexo masculino, o infarto agudo do miocárdio (76,56 por 100 mil

habitantes) tem seu maior coeficiente na Região de Saúde Carbonífera, seguido pela insuficiência cardíaca (27,77 por 100 mil habitantes) na Região de Saúde Oeste. Para o acidente vascular cerebral, o maior coeficiente de mortalidade (26,77 por 100 mil habitantes) está na Região de Saúde Meio Oeste. Em relação ao sexo feminino, o infarto agudo do miocárdio apresenta o maior coeficiente (49,22 por 100 mil habitantes) na Região de Saúde Carbonífera. O acidente vascular cerebral (33,89 por 100 mil habitantes) teve na Região de Saúde Planalto Norte o coeficiente mais elevado. Outra patologia que apresenta o coeficiente elevado é a insuficiência cardíaca (26,24 por 100 mil habitantes) na Região de Saúde Serra Catarinense.

Neoplasias: analisando as internações por neoplasias por sexo, observa-se que para o sexo masculino são mais frequentes as neoplasias de cólon (15,43%) na Região de Saúde Serra Catarinense, e as de esôfago (12,71%) e próstata (23,52%) na Região de Saúde Grande Florianópolis. Para o sexo feminino, esse percentual de internação tem maior ocorrência para as neoplasias de cólon (17,05%) na Região de Saúde Serra Catarinense, e as de mama (19,63%) e de colo de útero (22,87%) na Região de Saúde Grande Florianópolis. Nota-se que o câncer de cólon é a principal causa de internação em Santa Catarina, tendo o percentual mais elevado na Região de Saúde Serra Catarinense, para ambos os sexos – feminino (17,05%) e masculino (15,43%). Quanto à mortalidade por neoplasias, para o sexo masculino, têm maior coeficiente as de brônquios e pulmões (35,65 por 100 mil habitantes) na Região de Saúde Extremo Oeste. Em seguida, vêm a neoplasia de próstata (21,28 por 100 mil habitantes) e a neoplasia de estômago (17,85 por 100 mil habitantes), ambas na Região de Saúde Serra Catarinense. Para o sexo feminino, a neoplasia de mama apresenta o maior coeficiente (19,68 por 100 mil habitantes), seguida pela neoplasia de brônquios e pulmões (17,49 por 100 mil habitantes), ambas na Região de Saúde Planalto Norte. Em relação à neoplasia de pâncreas, a Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense apresenta o coeficiente de mortalidade mais elevado (9,64 por 100 mil habitantes)

Quadro 26 – Número de internações e percentual das cinco principais doenças e agravos não transmissíveis (DANT), por Regiões de Saúde em Santa Catarina, em 2010 e 2013*

REGIÕES DE SAÚDE	Doenças cardiovasculares				Neoplasias malignas (Tumores)				Doenças respiratórias crônicas				Causas externas				Diabetes mellitus			
	2010		2013		2010		2013		2010		2013		2010		2013		2010		2013	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto Uruguai Catarinense	981	2,2	1.115	2,5	441	2,3	674	2,9	506	3,0	449	3,0	89	1,7	134	2,2	160	3,8	105	2,8
Alto Vale do Itajaí	2.468	5,6	2.548	5,6	852	4,5	933	4,1	1.073	6,4	833	5,6	39	0,7	124	2,0	263	6,2	215	5,8
Alto Vale do Rio do Peixe	1.501	3,4	1.719	3,8	605	3,2	851	3,7	670	4,0	645	4,3	108	2,0	120	2,0	208	4,9	206	5,5
Carbonífera	3.590	8,1	3.707	8,2	1.438	7,6	1.279	5,6	1.591	9,5	1.424	9,5	271	5,1	341	5,6	339	8,0	370	9,9
Extremo Oeste	1.540	3,5	1.650	3,6	712	3,7	1.144	5,0	1.326	7,9	1.406	9,4	122	2,3	355	5,8	224	5,3	219	5,9
Extremo Sul Catarinense	1.509	3,4	1.697	3,7	459	2,4	511	2,2	632	3,8	620	4,2	20	0,4	336	5,5	229	5,4	234	6,3
Foz do Rio Itajaí	3.644	8,2	3.489	7,7	1.395	7,3	1.099	4,8	729	4,4	604	4,0	419	7,9	589	9,6	237	5,6	105	2,8
Grande Florianópolis	6.393	14,4	6.502	14,3	3.064	16,1	3.931	17,2	1.673	10,0	1.540	10,3	1.21	22,9	1.17	19,3	417	9,8	323	8,7
Laguna	3.799	8,6	3.176	7,0	1.479	7,8	1.538	6,7	1.008	6,0	741	5,0	375	7,1	428	7,0	407	9,6	257	6,9
Médio Vale do Itajaí	5.471	12,3	4.769	10,5	1.647	8,7	1.777	7,8	1.412	8,4	1.281	8,6	592	11,2	499	8,1	330	7,8	341	9,2
Meio Oeste	1.025	2,3	1.247	2,7	674	3,5	973	4,2	612	3,7	627	4,2	127	2,4	76	1,2	212	5,0	202	5,4
Nordeste	4.003	9,0	4.756	10,5	2.706	14,2	3.249	14,2	1.239	7,4	1.065	7,1	1.16	22,0	1.40	22,9	293	6,9	242	6,5
Oeste	1.662	3,8	2.017	4,4	1.213	6,4	1.871	8,2	1.082	6,5	1.245	8,3	495	9,4	349	5,7	189	4,5	205	5,5
Planalto Norte	2.530	5,7	2.397	5,3	1.079	5,7	1.245	5,4	1.128	6,7	672	4,5	85	1,6	98	1,6	317	7,5	276	7,4
Serra Catarinense	2.656	6,0	2.916	6,4	670	3,5	1.070	4,7	1.181	7,1	1.123	7,5	103	2,0	25	0,4	308	7,3	321	8,6
Xanxerê	1.543	3,5	1.702	3,7	559	2,9	765	3,3	873	5,2	647	4,3	60	1,1	69	1,1	105	2,5	103	2,8
Total	44.31	100	45.40	100	18.99	100	22.91	100	16.735	100	14.922	100	5.27	100	6.12	100	4.23	100	3.72	100

Fonte: SIH/Gevra/DIVE/SUV/SES/SC, IBGE, 2015.

Nota: Excluído Cap. XXII. Códigos para propósitos especiais.

*Dados sujeitos a revisão.

Diabetes mellitus: no ano de 2013, o percentual de internações por diabetes mellitus, no sexo masculino, foi mais elevado na Região de Saúde Médio Vale do Itajaí (10,67%) e, no sexo feminino, na Região de Saúde Carbonífera (10,04%). A Região de Saúde Laguna apresenta o coeficiente de mortalidade (32,41 por 100 mil habitantes) elevado para o sexo masculino. Para o sexo feminino, esse coeficiente é elevado na Região de Saúde Serra Catarinense (44,19 por 100 mil habitantes).

2.4.2 Vigilância Sanitária

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi definido pela Lei nº 9.782, de 26/01/1999, a qual também criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com o objetivo de ampliar os desafios e as perspectivas da área de vigilância sanitária, incluindo a sua complexidade; sua abrangência; o acompanhamento dos avanços tecnológicos; e a atualização da legislação, através da elaboração e implementação de políticas que visem a cumprir a missão de proteger a população nas áreas de saneamento do meio ambiente, saúde do trabalhador, práticas complementares de saúde, práticas convencionais de saúde, estabelecimentos de saúde e educação, farmacovigilância, atenção laboratorial, toxicovigilância e produtos de consumo humano. Nesse sentido apresentamos as ações desenvolvidas nessas áreas em Santa Catarina.

2.4.2.1 Área de Saúde do Trabalhador

Nessa área, Santa Catarina apresenta um índice de afastamento do trabalho por licença médica junto ao INSS para tratamento de saúde 48% acima da média nacional. Apesar de esses diagnósticos nem sempre terem nexos com o trabalho estabelecido, mostram uma situação preocupante em relação à saúde dos trabalhadores. Igualmente, a taxa de mortalidade é o dobro da média nacional, quando se consideram os óbitos por acidentes de trabalho anotados na declaração de óbito divididos pela população ocupada calculada pelo IBGE.

Segundo dados do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), a partir de 1993 houve um aumento considerável nos registros das doenças profissionais informadas no anuário estatístico de acidentes do trabalho; os casos passaram de 8.299 em 1992 para 15.270 em 2013.

Em Santa Catarina, os segmentos econômicos mais incapacitantes para o trabalho são os de abate de suínos, aves e outros pequenos animais, o têxtil e calçadista, o madeireiro

(desdobramento, móveis e laminados), o de embalagens de plástico, o de produtos cerâmicos, a fundição de aço e ferro, a construção civil, os de hipermercados e supermercados, o transporte, os serviços bancários e o atendimento hospitalar.

No que se refere ao diagnóstico, de acordo com a região onde se situam esses polos econômicos, aproximadamente 55% dos transtornos são decorrentes de 10 principais patologias relacionadas à CID, sendo que os grupos músculo-esqueléticos (16%), de transtornos mentais (15%) e de fraturas (10%) respondem por 38% desses afastamentos.

Entretanto, outros setores já apresentam uma maior prevalência de patologias específicas e de importância, tais como a diabetes entre trabalhadores do setor de transportes, o alcoolismo na construção civil e a prevalência de neoplasias no setor hospitalar. Esses dados apontam para um panorama em que coexistem no mundo do trabalho agravos à saúde relacionados com a intensificação do trabalho com antigos problemas relacionados à falta de proteção de máquinas e equipamentos, bem como acidentes de trajeto.

O desafio atual para a política de saúde do trabalhador se fortalecer centra-se em uma qualificação do Sistema de Informações Epidemiológicas (Sinan) que considere também os trabalhadores da economia informal, propiciando condições para uma ação planejada. A precariedade das informações relativas aos impactos de acidentes e doenças do trabalho na sociedade como um todo (economia, gastos médicos, prejuízos aos trabalhadores e empresas etc.) dificulta a mobilização em torno do problema. Independentemente de os dados refletirem nossa maior capacidade de coleta em relação aos demais estados do país, a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é um desafio que passa pelo aprimoramento das ações dos CEREST (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador).

2.4.2.2 Área de Vigilância Ambiental

Na área de vigilância ambiental, especificamente na vigilância da qualidade da água para consumo humano, tem-se como essencial a disponibilidade de água em quantidade e qualidade suficiente para a sobrevivência e manutenção da saúde humana. Assim, o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, conforme a proposição legal atual (Portaria Federal MS nº. 2914/2011).

Trata-se de uma atividade investigativa, realizada e dirigida para identificar os fatores de riscos à saúde humana associados com a água. Também é uma atividade tanto “preventiva”

como “corretiva” com o objetivo de assegurar a confiabilidade e segurança da água para consumo humano. A vigilância é preventiva porque permite detectar oportunamente os fatores de risco para a tomada de ações anterior à apresentação do problema à saúde pública, e é corretiva porque permite identificar os “focos” de doenças relacionadas com a água para que se possa atuar sobre os meios de transmissão a fim de controlar a propagação da doença. A forma de atuação baseia-se na avaliação e no gerenciamento de risco ambiental e epidemiológico.

Pelos dados gerados no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) no período entre 2010 e 2013, percebe-se que em média 16% das amostras de água coletadas apresentaram resultados em desconformidade com a Portaria 2914/2011, o que coloca em risco a saúde da população, especialmente dos grupos mais vulneráveis. Nesse período, em média 17 (5,8%) municípios não alimentaram o sistema de informação.

No ano de 2014, com a mudança na plataforma do Sisagua, 50 (16,9%) municípios não digitaram nenhuma informação no sistema, sendo que, dos 245 restantes, 108 (36,6%) municípios não verificaram o teor de cloro residual livre nas amostras de água coletadas. De acordo com as inspeções realizadas pelos técnicos da Gerência em Saúde Ambiental nos anos de 2012 a 2014 e a análise dos dados inseridos no Sisagua, os sistemas de abastecimento de água existentes no estado não cumprem integralmente os requisitos estabelecidos pela Portaria Federal MS nº 2914/2011.

A água disponibilizada através das soluções alternativas coletivas, por meio das quais na maioria das vezes a água bruta é captada e distribuída à população sem qualquer tipo de tratamento, assim como as soluções alternativas individuais, necessitam de uma atenção especial do setor saúde. Nesse sentido, a Diretoria de Vigilância Sanitária disponibiliza hipoclorito de sódio a 2,5% em frascos de 50 ml para os municípios distribuírem à população que não dispõe de água tratada.

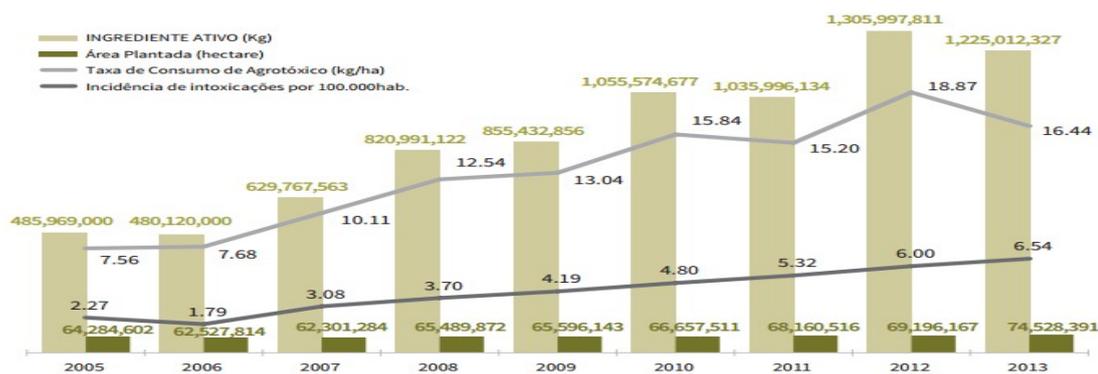
Em relação ao consumo de alimentos, especificamente, o Brasil é o maior consumidor mundial de agrotóxicos (16% da produção mundial), representando um importante fator de risco para a saúde da população, especialmente dos trabalhadores agrícolas e do meio ambiente. Tem-se observado nos últimos anos um aumento importante no número de surtos relacionados com a ingestão de alimentação contaminada.

As informações do Sinan mostram que em 35% dos municípios não houve nenhum caso de intoxicação por agrotóxico notificado, apesar de o agravo integrar a Lista Nacional de Notificação Compulsória (Portaria Federal nº 1.271/2014). Entretanto, o total das

subnotificações de casos confirmados no Sinan, quando comparados com as internações hospitalares (SIH) no mesmo período, é de 86%, e em relação aos casos de intoxicação por agrotóxicos notificados cujo desfecho foi o óbito, quando comparados aos óbitos ocorridos (SIM), encontra-se uma subnotificação de 96,6%.

Pode-se verificar nas Figuras 41 e 42 o aumento na incidência de intoxicações humanas por agrotóxicos no país, possivelmente devido ao seu uso intensivo e indiscriminado e à fragilidade das ações de vigilância/monitoramento ambiental. Um diagnóstico laboratorial abrangente para a identificação de agrotóxicos na água para consumo humano e no solo poderia direcionar ações efetivas para coibir esse uso indiscriminado. Em Santa Catarina, encontra-se situação semelhante nas notificações, nas internações hospitalares e nos óbitos por doenças e agravos associados às intoxicações agudas e crônicas por agrotóxicos.

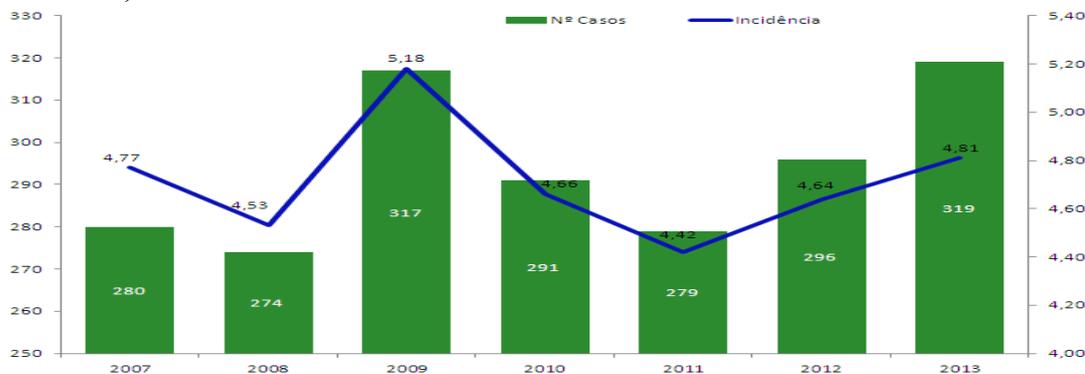
Figura 41 – Consumo de agrotóxicos, ingrediente ativo de intoxicações notificadas no Sinan, por área plantada, no Brasil, de 2005 a 2013



Fonte: CGVAM/SVS/MS, IBGE, AGROVIT.

Fonte: CGVAM/SVS/MS, IBGE, Agrovit, 2015.

Figura 42 – Número de casos e incidência (por 100 mil habitantes) de intoxicação por agrotóxico em Santa Catarina, de 2007 a 2013



Fonte: CGVAM/SVS/MS, IBGE, Agrovit, 2015.

A situação atual evidencia a necessidade de implantar/implementar ações de vigilância a exposições ambientais (água, solo, alimentos), diagnóstico laboratorial (ambiental e humano), monitoramento e controle de fatores de riscos e agravos à saúde humana, e medidas preventivas e de controle relacionadas aos agrotóxicos.

Na área de resíduos e riscos ambientais, o grande desafio está no gerenciamento dos resíduos sólidos tais como os resíduos domiciliares, resíduos de limpeza urbana, resíduos sólidos urbanos, resíduos dos serviços públicos de saneamento básico, resíduos industriais, resíduos de serviços de saúde, resíduos da construção civil, resíduos agrossilvopastoris, resíduos de serviços de transportes e resíduos de mineração.

Nesse contexto, os resíduos sólidos podem causar impactos sanitários, ambientais, econômicos e sociais, trazendo como consequência riscos tanto à saúde quanto ao meio ambiente; tem-se como principal foco os resíduos perigosos e os resíduos de serviços de saúde. No tocante aos resíduos perigosos, são prioritárias as empresas que realizam tratamento e reciclagem de lâmpadas de mercúrio, ou seja, armazenamento, manuseio e acondicionamento desses resíduos; elas perfazem um total de quatro empresas no estado.

Por outro lado, existe o problema gerado pelos resíduos de amianto ou asbesto, que é um mineral usado como matéria-prima na maioria das indústrias brasileiras que produzem caixas d'água e telhas de cimento-amianto, tintas, lonas e pastilhas de freios para carros, ônibus, caminhões etc.

O estado de Santa Catarina possui uma grande indústria que utiliza o amianto em seu processo produtivo localizada no município de Criciúma, a qual atua na industrialização e no comércio de artefatos de fibrocimento, e outra empresa localizada no município de Joinville que atua na área de tratamento e disposição final de resíduos sólidos Classe I (resíduos perigosos).

O uso do amianto causa vários problemas de saúde nos seres humanos, tais como a asbestose (doença pulmonar causada pela geração do pó de amianto, de origem ocupacional), os cânceres de pulmão e do trato gastrointestinal e o mesotelioma (tumor maligno raro e de prognóstico sombrio, que pode atingir tanto a pleura como o peritônio). As doenças causadas pelo amianto também podem afetar as pessoas que moram próximas às indústrias que utilizam o amianto em seu processo produtivo e os consumidores de produtos à base desse material, além de transportadores desses produtos.

Como solução para a redução dos casos de doença e contaminação ambiental causados pelo amianto, faz-se necessária a publicação de legislação específica que serviria de embasamento para a atuação dos órgãos fiscalizadores. É necessária, ainda, a realização de

inspeções sanitárias na indústria e na empresa de maneira periódica em conjunto com outros órgãos fiscalizadores, tais como a Fundação do Meio Ambiente (Fatma), a polícia ambiental etc.

No que se refere aos resíduos de serviços de saúde, tivemos a implantação e aplicação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), contemplando os aspectos referentes a geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, reciclagem, tratamento e disposição final, bem como a proteção à saúde e ao meio ambiente. O alto grau de contaminação presente nos resíduos de serviços de saúde, devido à presença de organismos patogênicos, pode causar danos tanto à saúde dos trabalhadores e da população como também propiciar a contaminação do meio ambiente, em virtude do manuseio e descarte irregular desses materiais.

Analisando os resultados referentes ao ano de 2014 através do sistema FormSUS, foi possível constatar que, no total, foram preenchidos 4.339 PGRSS na versão on-line. Foram 253 municípios com no mínimo um PGRSS preenchido, o que representa 85,8% dos municípios de Santa Catarina. Dos 220 hospitais do estado, 133 possuem o PGRSS na versão on-line, o que representa uma abrangência de 60,45%.

2.4.2.3 Situações de emergências e desastres

Em se tratando de situações de emergências e desastres, a organização do setor saúde e suas políticas são aspectos preponderantes, dizendo respeito ao fortalecimento da capacidade de resposta em situações de desastres e calamidades. As ações para diminuir as ameaças e a vulnerabilidade reduzem o risco, mas não o eliminam. O risco remanescente implicará a probabilidade de que se produzam danos de magnitude proporcional a ele, sendo, portanto, necessário preparar-se para enfrentar o seu impacto sobre a saúde.

Em outras palavras, é necessário fortalecer a capacidade de resposta do setor saúde com o fim de minimizar os danos sobre a saúde e a perda de vidas, bem como o impacto socioeconômico sobre a saúde. A esse conjunto de ações denomina-se preparo, sendo indispensável à área estar organizada e ser capaz de responder às emergências e aos desastres reduzindo ao máximo possível estruturas temporárias, improvisações e a adoção de soluções de curto prazo, através da elaboração e implantação de um plano de ação.

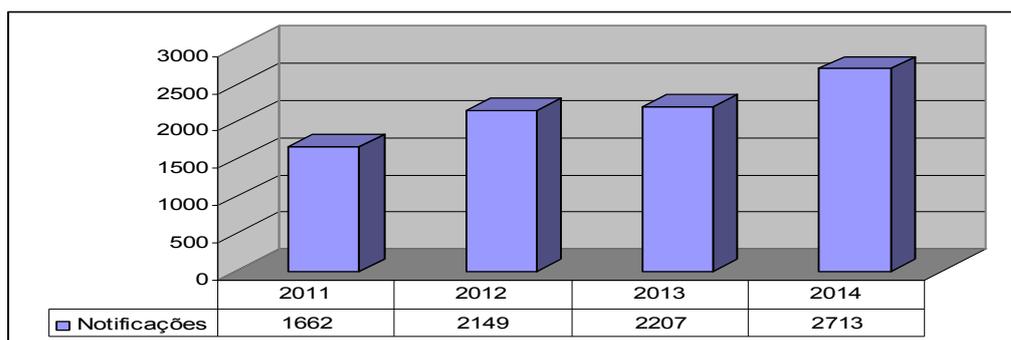
2.4.2.4 Área de vigilância de produtos e serviços de interesse em saúde

Na área de Monitoramento de Segurança do Paciente, tem se observado um crescimento acentuado no que diz respeito aos eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Por se tratar de uma política recente e que tem apresentado uma magnitude importante, torna-se urgente e necessária a adoção de estratégias para a implementação de protocolos de Segurança do Paciente com foco nos problemas de maior incidência. Além disso, é necessário que se institua a obrigatoriedade de criação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde e de notificação de eventos adversos associados à assistência do paciente.

A prioridade da proposição de medidas de ampliação da segurança dos pacientes em serviços de saúde tem por finalidade coibir situações inadequadas, promovendo e apoiando a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde, pois a observância na prática de acompanhamentos dos serviços tem mostrado: i) descumprimento na segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; ii) não realização de cirurgia segura em sítio cirúrgico, com procedimento e paciente corretos; iii) eventos adversos relacionados a úlceras de pressão nos serviços hospitalares; e iv) risco relacionado à identificação inadequada dos pacientes.

Apresenta-se na Figura 43 um avanço grande, em Santa Catarina, no número de notificações de queixas técnicas e eventos adversos nas áreas de produtos para a saúde, medicamentos, sangue e hemocomponentes, saneantes e cosméticos por parte dos serviços de saúde. Cabe ressaltar que a notificação é apenas uma das etapas que compõem o gerenciamento de risco. Assim sendo, torna-se prioritário que os serviços, além da identificação e notificação dos riscos, investiguem, monitorem e planejem ações para evitá-los, e tomem medidas que garantam o gerenciamento dos riscos na sua totalidade.

Figura 43 – Número de notificações referentes a queixas técnicas de produtos (medicamentos, produtos para a saúde, saneantes e cosméticos) e de eventos adversos relacionados a produtos e reações transfusionais em Santa Catarina, de 2011 a 2014



Fonte: Sistema NOTIVISA/Anvisa, 2015.

No período de 01/01/2011 até 31/10/2014 foram gerenciadas, através do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), 8.731 notificações, sendo 5.831 referentes a queixas técnicas de produtos (medicamentos, produtos para saúde, saneantes e cosméticos) e 2.882 a eventos adversos relacionados a produtos e reações transfusionais.

Tais notificações foram analisadas e investigadas por cada categoria especificamente, para que fossem adotadas as medidas sanitárias cabíveis e preconizadas, ou, em algumas situações, foram utilizadas como evidências nas inspeções de Boas Práticas de Fabricação.

Na área de Inspeção de Produtos e Serviços de Saúde, a coordenação do sistema estadual e a inspeção das ações sanitárias em toda a cadeia produtiva, compreendendo a indústria, a distribuidora, a transportadora, a importadora, a exportadora e o comércio varejista de produtos sujeitos à vigilância sanitária (alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes e produtos para a saúde), como também todo o setor de serviços de saúde compreendendo os hospitais, as clínicas médicas, os consultórios, os bancos de sangue, as salas de hemodiálise, os laboratórios de análises etc., e os estabelecimentos de interesse da saúde como escolas, presídios, casas de passagem, academias, ópticas, hotéis e clubes, entre outros.

O monitoramento de produtos no mercado é um importante instrumento para verificação da qualidade dos produtos dispostos ao consumo. A capacidade das vigilâncias sanitárias de realizarem as coletas, sejam elas programadas ou para atendimento às denúncias de forma apropriada e rápida, e também a capacidade do Lacen de realizar as análises necessárias nos produtos são de suma relevância para a proteção da saúde da população catarinense e interferem diretamente nos resultados do sistema estadual de vigilância sanitária.

Em relação às inspeções dos estabelecimentos em saúde, um dos aspectos relevantes diz respeito à necessidade da identificação dos riscos sanitários em ambientes hospitalares. A avaliação desses riscos encontrados nos estabelecimentos hospitalares é possível graças à aplicação do Roteiro de Padrões de Conformidade em Unidade Hospitalar, cujos resultados irão instrumentalizar e atualizar os estabelecimentos quanto às exigências legais específicas, assim como facilitar todo o planejamento e o cronograma de quais unidades hospitalares deverão ter prioridade nas inspeções. Esse instrumento vai ainda agilizar o processo de renovação de Alvarás Sanitários, assim como estabelecer um ranking através de uma série histórica da avaliação dos riscos identificados.

Outro aspecto diz respeito à decisão judicial de janeiro de 2015 segundo a qual as equipes de fiscalização sanitárias dos estabelecimentos da cadeia farmacêutica (indústria,

distribuidora, transportadora, importadora/exportadora, farmácias e drogarias) obrigatoriamente devem conter no mínimo um profissional farmacêutico. Atualmente no estado não existe contingente nas vigilâncias para atender à demanda de inspeções sanitárias de mais de cinco mil estabelecimentos.

A Diretoria tem priorizado a oferta aos municípios de cursos das diversas áreas e atividades desenvolvidas pelas vigilâncias sanitárias. Como requisito essencial, a formação básica no curso de Gestão em Ações Básicas de Vigilância Sanitária é indispensável para qualquer fiscal exercer suas atividades na prática dos serviços, sendo que no período de 2011 a 2014 foram capacitados com essa formação 264 técnicos municipais e regionais.

Nos últimos quatro anos (2011/2014), 2.447 técnicos participaram de capacitações, que envolveram desde cursos sobre ações básicas da vigilância sanitária até seminários, oficinas, workshop e encontros, com temas como: segurança sanitária dos serviços, qualidade da água para consumo humano, monitoramento e avaliação das intoxicações, metodologias de análise de acidentes de trabalho, identificação dos riscos sanitários em serviços de saúde, radiações ionizantes, vigilância em saúde de populações expostas em áreas contaminadas, saúde ocupacional e prevenção dos riscos ambientais, avaliação da segurança sanitária dos serviços de acolhimento institucional de alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outros.

Entretanto, apenas o planejamento, a organização e o treinamento de pessoal não são suficientes para desenvolver as atividades de vigilância sanitária. É preciso também dispor de suprimentos, insumos, equipamentos, procedimentos especiais e financiamento, necessários para a manutenção, implementação e operacionalização das ações vinculadas ao processo de responsabilidade da vigilância sanitária com abrangência estadual e regional, através do detalhamento de planos de ações com objetivos e metas. Tais planos, e seus respectivos processos, impõem a necessidade de definição de alocação de recursos, especialmente para a execução das ações de maior complexidade técnica, aquelas de caráter e de responsabilidade operacional exclusiva da vigilância sanitária estadual.

2.4.3 Laboratório Central de Saúde Pública

O Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina (Lacen/SC) – unidade integrante do componente estratégico e estrutural da Vigilância em Saúde – é uma instituição de referência estadual responsável pela coordenação da Rede de Laboratórios de

Saúde Pública no estado de Santa Catarina e participante do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab).

O Sislab é constituído de quatro redes de laboratório – a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância em Saúde Ambiental, de Vigilância Sanitária e de Assistência Médica de Alta Complexidade –, sendo os Lacen integrantes de todas elas.

Em referência à área de Vigilância Epidemiológica, atua no diagnóstico e monitoramento de doenças de interesse de saúde pública, na vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis, no monitoramento da resistência microbiana, entre outros serviços.

Em se tratando de Vigilância Ambiental e Vigilância Sanitária, atua principalmente no monitoramento da qualidade da água para consumo humano e ambiental, nas análises de produtos sujeitos à vigilância sanitária, tais como alimentos, medicamentos, produtos para a saúde, saneantes, água utilizada em processos dialíticos, e nas análises relacionadas à saúde do trabalhador.

Na área da Assistência Médica de Alta Complexidade, executa atividades de apoio complementar ao diagnóstico de doenças e agravos à saúde não relacionados na Portaria Federal nº 1.271/2014, referida anteriormente.

Embora esteja definido na Portaria Federal GM/MS 2.031, de 23 de setembro de 2004, que os Lacen devem realizar “procedimentos de maior complexidade para complementação do diagnóstico”, atualmente o Lacen/SC vem atuando em conjunto com a rede de atenção primária realizando exames de pré-natal de grande parte dos municípios catarinenses, principalmente os de médio e pequeno porte, contrariando o que é de sua competência.

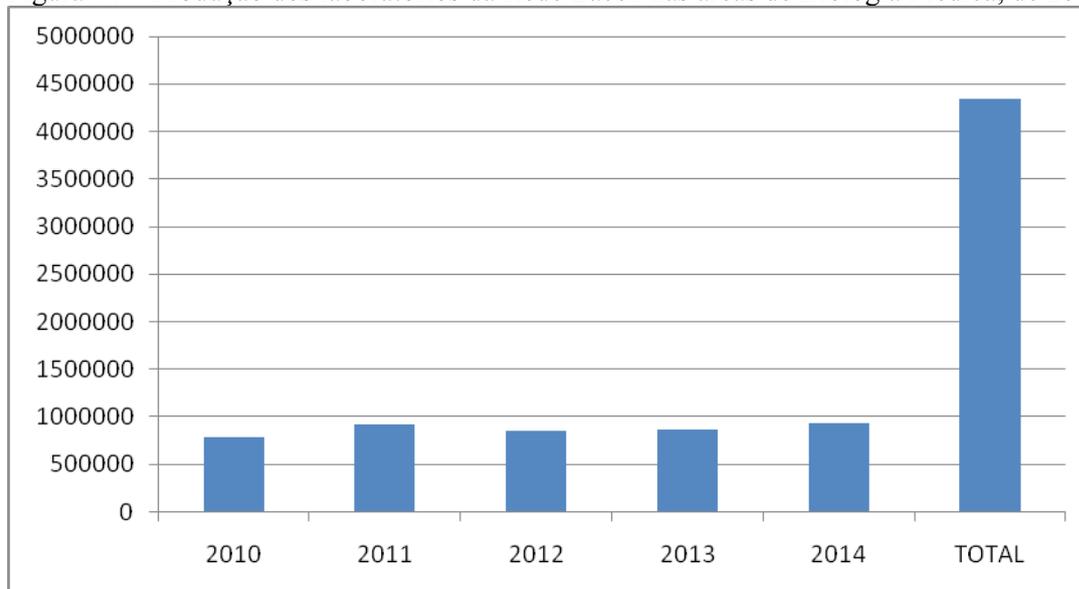
A Rede Lacen é constituída de sete laboratórios sob gestão estadual localizados em Florianópolis (unidade central), Criciúma, Tubarão, Chapecó, Joaçaba, São Miguel D’Oeste, Joinville, e três laboratórios municipais parceiros localizados em Canoinhas, Lages e Blumenau.

É inquestionável a importância dos dez laboratórios da Rede Lacen na prestação de serviços à população catarinense, não somente por conta da sua produção, com 4.911.059 testes realizados no período de 2010 a 2014, mas também pela excelência na qualidade dos serviços disponibilizados, demonstrados pelos conceitos obtidos em Programas de Avaliação Externa da Qualidade do Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ), do Ministério da Saúde, da Fundação Ezequiel Dias (Funed), do Instituto Nacional de Controle

de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação de Ciência e Tecnologia (CIENTEC/INTERLAB) e do Instituto Adolfo Lutz (IAL).

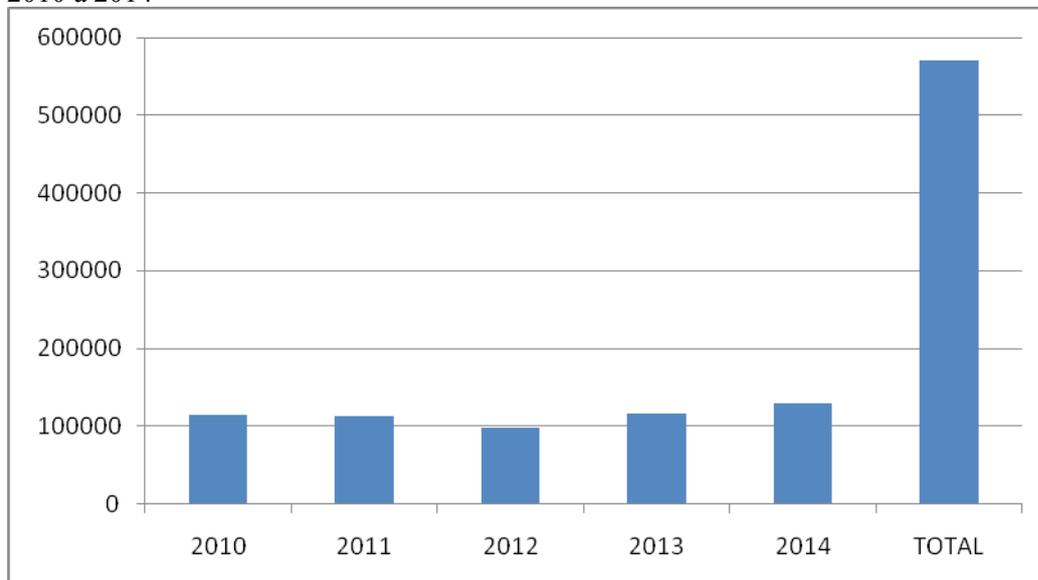
As Figuras 44 e 45 demonstram a produção dos laboratórios da Rede Lacen, por ano, de 2010 a 2014, nas áreas de Biologia Médica e Produtos e Meio Ambiente, respectivamente.

Figura 44 – Produção dos laboratórios da Rede Lacen nas áreas de Biologia Médica, de 2010 a 2014



Fonte: Divisão administrativa – Lacen/SUV/SES/SC, 2015.

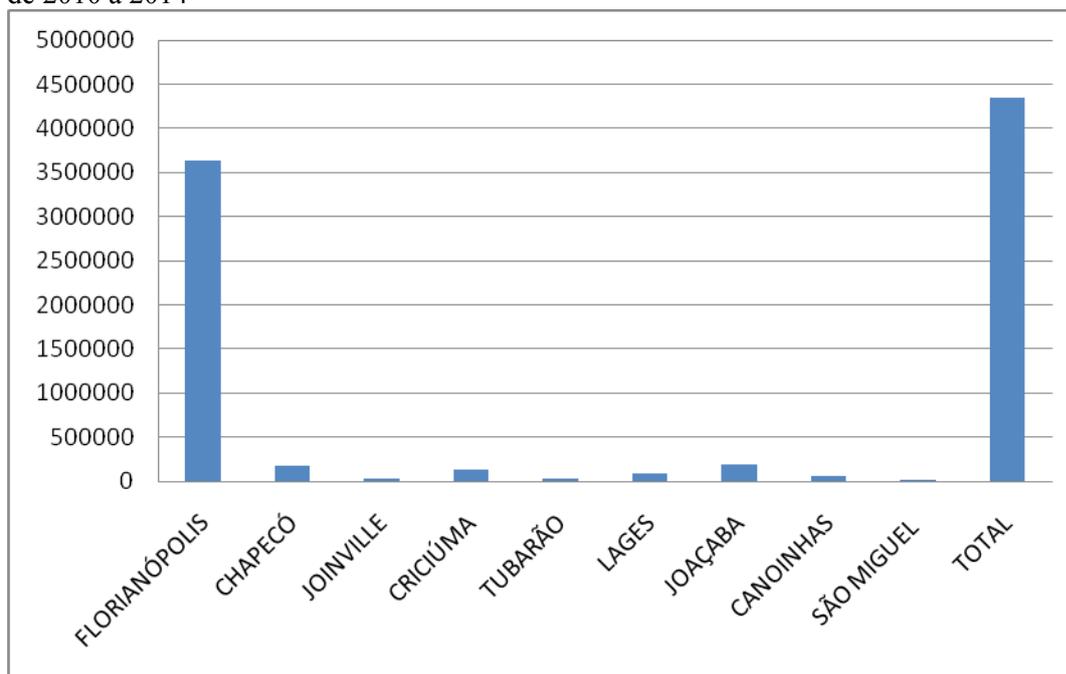
Figura 45 – Produção dos laboratórios da Rede Lacen nas áreas de Produtos e Meio Ambiente, de 2010 a 2014



Fonte: Divisão administrativa – Lacen/SUV/SES/SC, 2015.

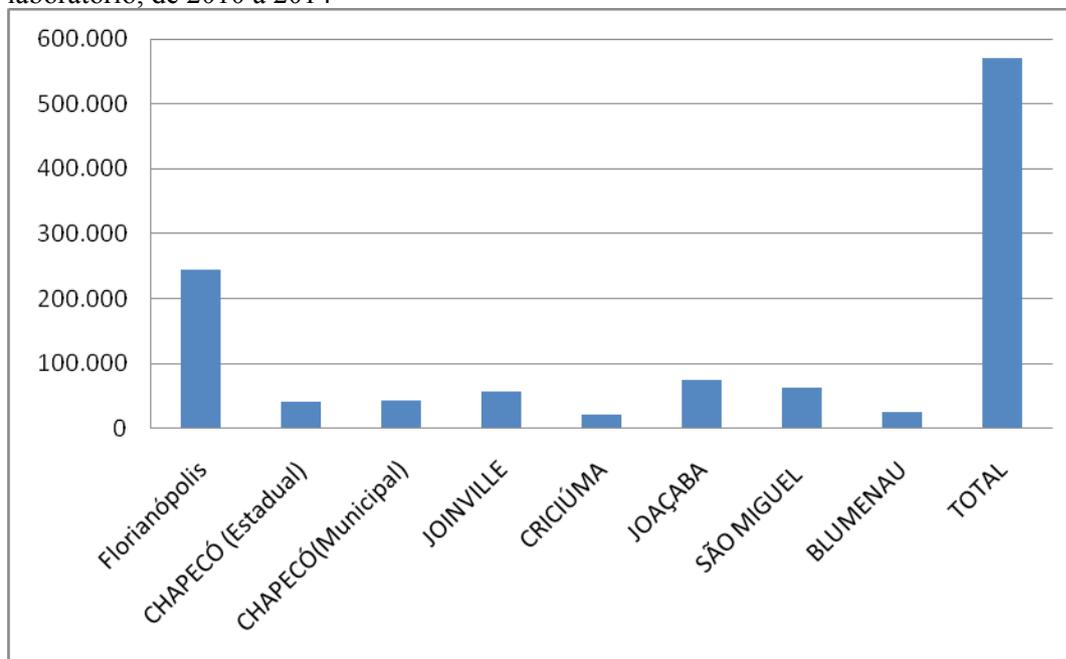
As Figuras 46 e 47 demonstram a produção total da Rede Lacen, entre 2010 e 2014, por laboratório, nas áreas de Biologia Médica e Produtos e Meio Ambiente, respectivamente.

Figura 46 – Produção dos laboratórios da Rede Lacen nas áreas de Biologia Médica, por laboratório, de 2010 a 2014



Fonte: Divisão Administrativa – Lacen/SUV/SES/SC, 2015.

Figura 47 – Produção dos laboratórios da Rede Lacen nas áreas de Produtos e Meio Ambiente, por laboratório, de 2010 a 2014



Fonte: Divisão Administrativa – Lacen/SUV/SES/SC, 2015.

Vale ressaltar que o Lacen Florianópolis vem computando a média de 86% dos exames/ensaios realizados por toda a Rede Lacen no período referido.

No período de 2010 a 2014, a área de produtos e meio ambiente do Lacen Florianópolis realizou a reforma de 100% da sua estrutura física para atender às exigências do

Sistema de Gestão da Qualidade e Biossegurança, bem como para ampliar o escopo de ensaios oferecidos ao Sistema de Vigilância Sanitária e Ambiental.

Nesse período, também se iniciou um extensivo trabalho no sentido de implantar metodologias de alta complexidade que pudessem atender às demandas, cada vez mais específicas, das vigilâncias sanitárias e da Anvisa.

Atualmente, a participação do Lacen/SC em ensaios realizados para os programas nacionais e estaduais de monitoramento de alimentos da Anvisa e de água para consumo humano do Ministério da Saúde são de baixa complexidade, como análises microbiológicas e ensaios físico-químicos básicos. Após esse diagnóstico e aproveitando o planejamento estratégico da Anvisa, o Lacen/SC adquiriu em 2014 equipamentos de alta complexidade para realizar exames de maior complexidade.

O Lacen/SC também realiza ensaios laboratoriais de controle de qualidade de medicamentos, participando do Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos (Proveme), entre outros programas.

O Lacen/SC, preocupado com a confiabilidade dos resultados analíticos, vem trabalhando na implantação e implementação do Sistema de Gestão da Qualidade e Biossegurança de acordo com os requisitos das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR ISO/IEC 17.025:2005 – Requisitos Gerais para a Competência de Laboratórios de Ensaio e Calibração e NBR ISO/IEC 15.189:2008 – Laboratórios de Análises Clínicas – Requisitos Especiais de Qualidade e Competência.

A Coordenação do Programa de Gestão da Qualidade vem desenvolvendo suas atividades pela promoção de capacitações aos servidores e participação em eventos externos para aprimorar a sua qualificação. Dentre as atividades desenvolvidas pela Coordenação, destacam-se: manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos, revisão e elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), realização de reunião de análise crítica com a alta direção, reativação da Comissão e do Comitê da Qualidade, viabilização em ensaios de proficiência, implementação do controle interno nos setores do Lacen e na rede catarinense de laboratórios regionais e elaboração de projeto visando à informatização de documentos.

O Lacen/SC passou por auditorias internas e externas visando ao aumento no seu nível de classificação junto à Coordenação Geral dos Laboratórios de Saúde Pública/MS (CGLAB) e aumentou o seu nível de A para C; dessa forma passou a receber repasse da Anvisa e do CGLAB/MS na importância de R\$ 2.800.000,00 (dois milhões e oitocentos mil reais) por ano.

2.4.4 Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o fenômeno das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) como um problema de saúde pública e preconiza que as autoridades em âmbito nacional, estadual e municipal desenvolvam ações com vistas à redução no seu risco de aquisição. Com o aumento da alta complexidade da assistência em saúde, que utiliza cada vez mais dispositivos e procedimentos invasivos, próteses e implante de Biomateriais, somado ao aumento da expectativa de vida da população em extremos de idade, além da pressão seletiva exercida pelo uso abusivo de antimicrobianos de largo espectro, é realidade nos serviços de saúde o aumento das IRAS e o surgimento de bactérias com mecanismos de resistência de relevância epidemiológica, tais como as carbapenemases dos tipos KPC e OXA, e as metalobetalactamases (MBL) incluindo as enzimas IMP (*imipenemase*), SPM (*São Paulo MBL*), NDM-1 (*New Delhi MBL*), por apresentarem rápida e ampla disseminação mundial. No Brasil, faltam estimativas precisas em razão da ausência de sistematização de informações e/ou de subnotificações.

Para realizar esse trabalho, a Vigilância em Saúde constituiu a Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (Ceciss), composta atualmente por uma equipe de 3 profissionais enfermeiros, 1 farmacêutico e 1 técnica administrativa. Instância interinstitucional e multiprofissional/multidisciplinar, com caráter técnico, científico, normativo, ético, educativo e de assessoria, visa à prevenção e ao controle das infecções em serviços de saúde, bem como à qualidade da assistência prestada nesses estabelecimentos. O Ceciss atua junto aos serviços de saúde do estado e tem o papel de normatizar e buscar a qualificação da assistência nos serviços, priorizando a prevenção e o controle de infecções e da resistência microbiana, por constituírem-se risco significativo à saúde dos usuários e dos profissionais da saúde, bem como uma das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Como ações realizadas, além do suporte técnico diário, por telefone e/ou e-mail, às Comissões de Controle de Infecção de todos os hospitais do estado de Santa Catarina, em especial em casos de surtos por microrganismos multirresistentes, destacamos:

- Realização de 10 (dez) eventos técnico-científicos, de 2009 a 2014, com a qualificação de 1.592 profissionais de saúde da rede hospitalar estadual e a capacitação de 35 (trinta e cinco) profissionais dos hospitais públicos através de curso de pós-graduação em Gestão em Saúde e Controle de Infecção.

- Participação como palestrante em cursos e eventos científicos relacionados ao controle de infecção e segurança do paciente, em nível Federal, Estadual, Regional e Municipal, bem como em hospitais, universidades e órgãos de classe.
- Participação, como membro efetivo, das reuniões ordinárias anuais da “Comissão Nacional de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde” da Anvisa, em Brasília-DF.
- Participação na discussão, elaboração, divulgação e implantação do Plano Estadual para enfrentamento da doença do vírus ebola (DVE).
- Acompanhamento e avaliação dos indicadores epidemiológicos de infecção relacionada à assistência à saúde e resistência microbiana (IRAS e RM) através do monitoramento dos dados notificados no sistema informatizado da Anvisa (a) e no sistema estadual da Ceciss (b), visando a aprimorar e intensificar as ações de prevenção e controle de infecções e da resistência microbiana, e de acompanhamento na ocorrência de surtos bacterianos nos serviços de saúde.

Diante desse cenário, devemos considerar que a emergência das demandas por informações de desempenho dos serviços de saúde, o crescimento das modalidades de avaliação nas áreas assistenciais e a qualificação dos atores envolvidos no controle de IRAS nos serviços de saúde do estado devem ser embasados em evidências científicas e de consenso com protocolos, legislações e normativas vigentes para as boas práticas no controle e na prevenção das infecções, e no uso racional de antimicrobianos.

A partir de agosto de 2010, se iniciou o cadastramento obrigatório dos estabelecimentos com 10 ou mais leitos de UTI e a notificação dos indicadores de IRAS, priorizando como indicador nacional a densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter venoso central (CVC), para todos os estabelecimentos públicos ou privados, em formulário eletrônico – FormSUS via web. Em 2014, a obrigatoriedade dessas informações foi ampliada para todos os estabelecimentos com UTI.

A CECCIS presta suporte técnico e monitora o cadastramento dos estabelecimentos e dos indicadores nessa ferramenta desde 2010. No Quadro 27 está representado o número de serviços de saúde que notificaram dados de IRAS para a Anvisa no Sistema FormSUS no período de 2010 a 2014.

Quadro 27 – Serviços de Saúde de Santa Catarina com leitos de UTI que notificaram dados de IRAS para a Anvisa no Sistema FormSUS, de 2010 a 2013

	NOTIFICARAM SISTEMA FORMSUS/ANVISA									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Serviços com UTI com 10 leitos ou + (43 hospitais)	27	62,7	37	86	41	95,3	43	100	-	-
Serviços com UTI (61 hospitais)	-		-		-		-		61	100
Total de notificantes	27	62,7	37	86	41	95,3	43	100	61	100

Fonte: FormSUS/Ceciss/SUV/SES, 2015.

Ainda segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), as Coordenações Estaduais deveriam desenvolver estratégias e ações, até 2015, para a redução em 15% dos dados de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) dos estabelecimentos de saúde que se encontram no percentil 90 (percentis são medidas que dividem a amostra ordenada, por ordem crescente em partes iguais dos dados, em 100 partes) e representam os maiores índices de infecção, de acordo com os dados de 2012 notificados no FormSUS. Em SC temos quatro hospitais com UTI adulta e quatro hospitais com UTI neonatal que se enquadram nesse critério.

Para homogeneizar, sistematizar e analisar os dados epidemiológicos de IRAS, encaminhados pelas CCIH dos serviços de saúde com e sem UTI, a Ceciss iniciou em 2011, junto à Gerencia de Informação da SES (Getin/SES), o desenvolvimento de um sistema informatizado via web para a notificação desses indicadores.

Em julho de 2014, foi implantado o sistema informatizado estadual on-line (Sistema Ceciss) para notificação dos indicadores epidemiológicos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, visando a manter atualizado o diagnóstico situacional das Comissões de Controle de Infecção dos Serviços de Saúde, bem como o gerenciamento de dados de Infecção dos Serviços de Saúde.

Como podemos observar no Quadro 28, dos 280 estabelecimentos de saúde cadastrados no sistema, apenas 53 (19%) reportaram os dados epidemiológicos no primeiro semestre de 2015. A Ceciss está trabalhando na divulgação do sistema nos estabelecimentos de saúde, através de contato telefônico, e-mail à direção dos estabelecimentos de saúde e CCIH, e também nos seminários promovidos pela Ceciss, visando a estimular a adesão ao sistema e aumentar, assim, o envio de indicadores epidemiológicos de infecção.

Quadro 28 – Estabelecimentos de saúde cadastrados no sistema Ceciss, sua distribuição por macrorregião e o percentual de notificação no sistema no primeiro semestre de 2015

MACRORREGIÃO	NÚMERO TOTAL DE ESTABELECIMENTOS		NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS NOTIFICANTES – 1º SEMESTRE 2015	
	Nº	%	Nº	%
Grande Oeste	49	17,60%	3	6,12%
Meio Oeste	43	15,40%	7	16,30%
Serra Catarinense	17	6%	2	11,70%
Sul	34	12%	9	26,40%
Grande Florianópolis	51	18,30%	13	25,50%
Planalto Norte	13	4,70%	3	23%
Nordeste	17	6%	7	41,10%
Vale do Itajaí	42	15%	7	16,60%
Foz do Rio Itajaí	14	5%	2	14,30%
Total	280	100%	53	19%

Fonte: Ceciss/SUV/SES, 2015.

No Brasil e em Santa Catarina, já foram notificados vários surtos de infecções hospitalares decorrentes de microrganismos com resistência do tipo KPC e, mais recentemente, de NDM. Na Tabela 40, apresentamos os dados de notificação obrigatória para a Anvisa pelo sistema eletrônico FormSUS/Datasus, em que se pode observar o aumento do número de ocorrência de surtos bacterianos, embora ainda subnotificados pelos estabelecimentos de saúde do estado.

Tabela 40 – Surtos notificados de colonização e/ou infecção no Formulário da Anvisa em Santa Catarina, em 2014 e 2015

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	2014	2015 (JAN-MAR)
Grande Oeste	1 <i>Acinetobacter baumannii</i>	1 NDM
Meio Oeste	2 SPM	
Sul	1 NDM	1 KPC
Grande Florianópolis	1 NDM	1 KPC 2 SPM 1 NDM
Nordeste	1 <i>Serratia marcescens</i>	
	1 KPC	
Foz do Rio Itajaí	2 KPC	
Total de surtos	9	6

Fonte: FormSUS/Datasus - Ceciss/SUV, 2015.

Do ponto de vista epidemiológico, são de extrema relevância as carbapenemases dos tipos KPC, NDM e SPM por apresentarem rápida e ampla disseminação mundial, causando um impacto significativo na saúde humana.

A detecção desses casos oportuniza o controle da disseminação desses microrganismos multirresistentes nos serviços de saúde. Para esse controle é necessário o protagonismo de todos os atores envolvidos, como os gestores, as CCIH, as equipes multiprofissionais e os laboratórios clínicos, para que os testes de triagem sejam disponibilizados de forma adequada e rápida e se facilite a adoção das medidas de controle precoce, tais como: detecção de pacientes colonizados/infectados; disponibilização de recursos financeiros, técnicos e humanos em quantidade e qualidade para a adoção e aplicação rigorosa das medidas de controle; ações educativas de boas práticas assistenciais; adesão dos profissionais a precauções de contato, higienização das mãos, limpeza e desinfecção das superfícies; bem como os protocolos de indicação e uso adequado de antimicrobianos e das notificações às instâncias superiores.

Consideramos necessárias as adequações nos serviços de saúde e nos laboratórios que prestem serviço para o estado de Santa Catarina, pois é fundamental que todos utilizem os mesmos procedimentos e critérios interpretativos para detecção e caracterização oportuna de surtos infecciosos.

Torna-se importante ainda fortalecer a equipe para o planejamento e as execuções das ações de prevenção e controle de IRAS, e o monitoramento da resistência microbiana na rede de serviços de saúde. Nesse primeiro momento serão priorizados os hospitais com leitos de UTI, visando a acompanhar a ocorrência de surtos in loco, com suporte técnico-científico no seu manejo, buscando, na prática, o fortalecimento das políticas de gestão, através da implantação de um Plano Estadual de Contingência dos mecanismos de resistência nas IRAS.

Embora tenha havido notáveis avanços nas legislações aplicadas à prevenção e ao controle de IRAS, o entendimento dessa atividade ficou centrado no cumprimento de normas e recomendações, o que está relacionado à postura individual dos serviços perante a lei (de forma recorrente, a atividade é subestimada pelos gestores das instituições). Isso resulta na pouca visibilidade das IRAS como um sério problema de saúde pública, ou na perda da perspectiva coletiva, que é de reduzir o impacto desse agravo em todos os serviços de saúde.

2.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica constitui uma política pública inserida no SUS, com ações desenvolvidas pelo farmacêutico e por outros profissionais de saúde voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como no coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Atualmente é uma atividade de grande impacto financeiro em razão da crescente demanda de medicamentos. As ações neste campo de atuação devem estar fundamentadas nos preceitos constitucionais, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde e com a legislação específica.

Segundo o Decreto Presidencial nº 7.508, em seu capítulo IV, na Seção II (BRASIL, 2011):

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos;

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Para garantir ao usuário acesso universal e igualitário à assistência terapêutica integral, racionalizar e reger o uso de medicamentos no SUS, o mesmo Decreto, em toda a seção II do capítulo IV, artigos 25 a 29, institui a relação entre o atendimento integral à saúde e a Relação Nacional de Medicamentos (Rename).

A Rename compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, ou seja, ela estabelece o elenco que poderá ser disponibilizado aos usuários do SUS. A Rename obedece aos seguintes princípios: universalidade, efetividade, eficiência, sustentabilidade financeira, racionalidade no uso de medicamentos, comunicação e serviços qualificados.

As Relações Municipais de Medicamentos (Remumes), elaboradas pelos municípios, devem ser construídas conforme as necessidades de cada município ou região e preferencialmente com apoio da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), tendo como base a Rename.

Segundo levantamento realizado em 2012, foi identificado que 81,87% dos municípios catarinenses tinham Remumes elaboradas, porém cabe ao estado identificar se essas listas estão de acordo com os preceitos da Rename e se atendem às necessidades locorregionais.

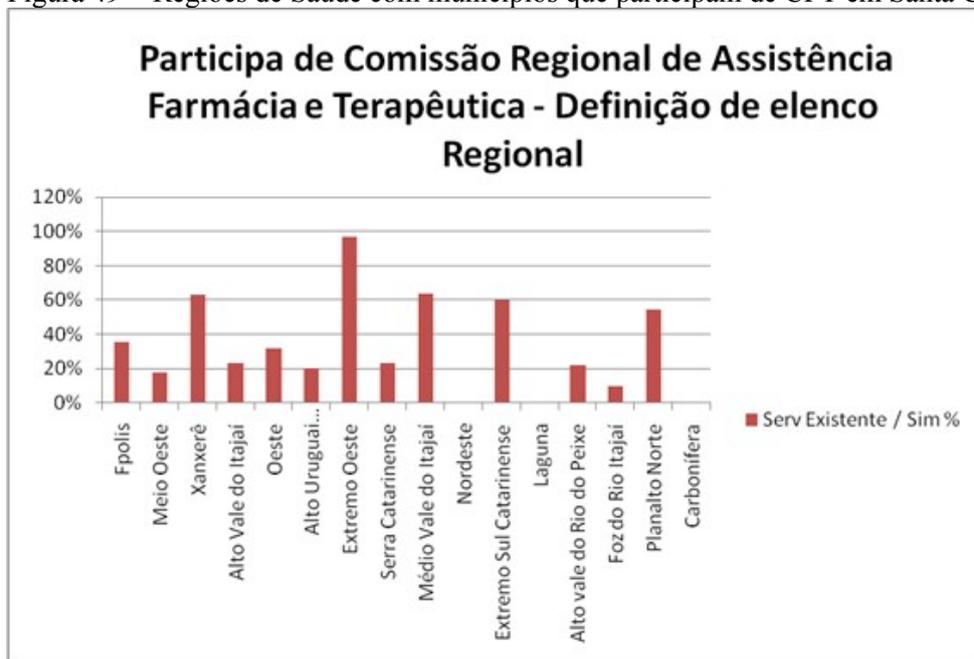
Figura 48 – Regiões de Saúde com Remumes elaboradas em Santa Catarina, em 2012



Fonte: DIAF/SES/SC, 2015.

Outro aspecto que deve ser considerado na qualidade e eficácia das Remumes diz respeito à sua elaboração e, para tanto, as Comissões de Farmácia e Terapêutica são primordiais para a avaliação de medicamentos que atendam às necessidades epidemiológicas e ao uso racional. No mesmo levantamento foi apontado que 32,75% dos municípios catarinenses participam de CFT regionais.

Figura 49 – Regiões de Saúde com municípios que participam de CFT em Santa Catarina, em 2012



Fonte: DIAF/SES/SC, 2015.

Em relação ao financiamento, o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes, quais sejam básico, estratégico e especializado.

2.5.1 Componente básico da Assistência Farmacêutica

Envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde e pelas Secretarias Municipais de Saúde para garantir o custeio e o fornecimento de medicamentos e insumos para atendimentos dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica.

Em Santa Catarina, a Deliberação CIB 501/2013 celebrou entre estado e municípios a pactuação da Portaria 1.555/2013:

- **Municípios:** a contrapartida é R\$ 4,50 per capita/ano.
- **Estado:** a contrapartida é R\$ 4,50 per capita/ano para 270 municípios, e de R\$ 6,50 per capita/ano para os 25 municípios integrantes do Programa Estadual de Inclusão Social (Procis), pela Lei Estadual nº 14.610 de 07/01/2009.

Os municípios catarinenses são responsáveis pela seleção, pela programação, pela aquisição, pelo armazenamento, pelo controle de estoque e prazos de validade, pela distribuição e pela dispensação dos medicamentos e insumos do componente básico da Assistência Farmacêutica. Para a compra dos medicamentos constantes nos Anexos I e IV da RENAME vigente, de plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais, matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme a Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, poderão ser utilizados os recursos das três esferas de gestão (União, estado e município).

A Figura 50 apresenta os serviços municipais existentes por Regiões de Saúde.

Figura 50 – Regiões de Saúde com municípios que realizaram seleção, programação, aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos da AFB, em Santa Catarina, em 2012



Fonte: DIAF/SES/SC, 2015.

Em levantamento realizado em 2012, 99,56% dos municípios realizavam seleção, programação, aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos da Assistência Farmacêutica básica.

Na Deliberação CIB 501/2013 foi criado o Anexo A, no qual foram listados os medicamentos que obrigatoriamente deverão ser disponibilizados aos usuários do SUS quando houver necessidade, para atendimento da 1ª linha de cuidado do componente especializado da Assistência Farmacêutica. Também estão inclusos os insumos para controle do diabetes: tiras reativas (glicosímetro), lancetas e seringas.

2.5.2 Componente estratégico da Assistência Farmacêutica

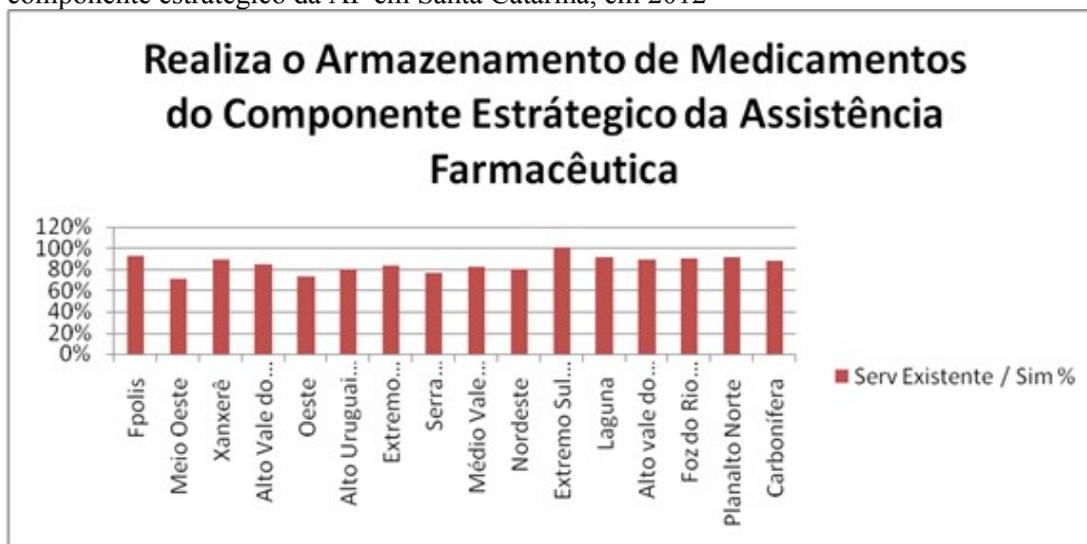
Esse componente inclui os medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do Ministério da Saúde, com protocolos e normas estabelecidos. São financiados e adquiridos pelo Ministério e distribuídos aos estados e municípios, de acordo com a previsão de consumo, sendo sua distribuição de responsabilidade das duas instâncias. Constituem Programas de Saúde estratégicos: Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase, DST/aids, Endemias Focais, Saúde da Mulher e Controle do Tabagismo.

Para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e manifestações de infecções oportunistas em pacientes com HIV/aids, o processo de aquisição e disponibilização dos medicamentos é descentralizado. A pactuação aconteceu em Santa Catarina no ano de 2003, quando foram definidos através da Deliberação CIB 05/2003 os medicamentos a serem adquiridos pelo estado e pelos municípios.

Em Santa Catarina, os medicamentos estratégicos são distribuídos para as Regionais de Saúde que, por sua vez, encaminham-nos para os municípios. No caso dos medicamentos para tratamento de pacientes com HIV/aids, as regionais distribuem os medicamentos para as Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM), em número de 51, presentes em 49 municípios.

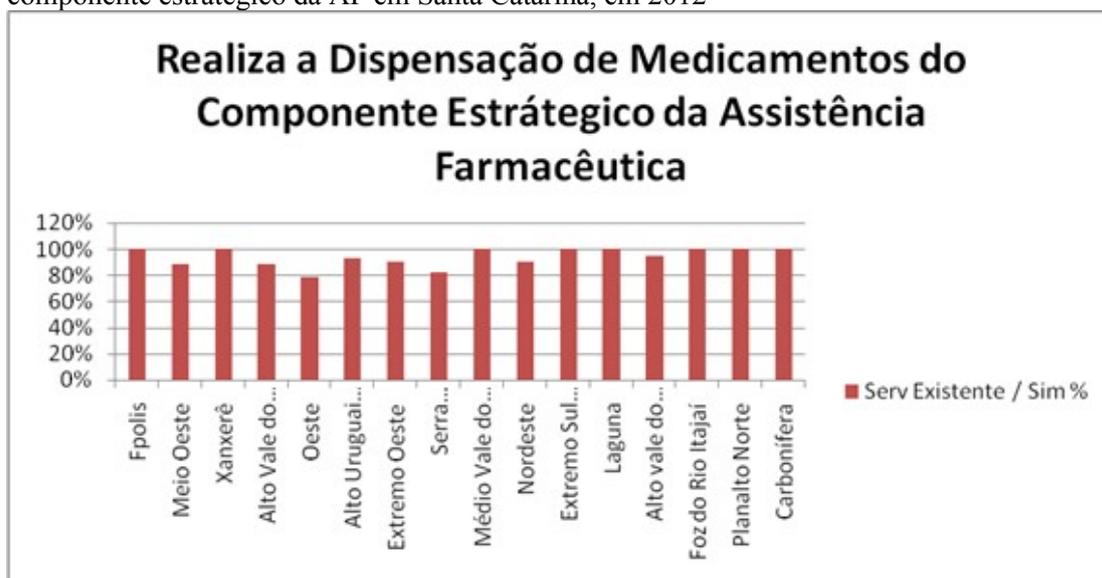
No levantamento realizado em 2012, foi questionado se os municípios realizavam o Armazenamento de Medicamentos do componente estratégico da Assistência Farmacêutica (AF) e se faziam a dispensação dos medicamentos do componente estratégico da Assistência Farmacêutica. O resultado foi que 85,06% armazenam e 93,56% dispensam esses medicamentos, como indicado nas Figuras 51 e 52.

Figura 51 – Regiões de Saúde com municípios que realizam o armazenamento de medicamentos do componente estratégico da AF em Santa Catarina, em 2012



Fonte: DIAF/SES/SC, 2015.

Figura 52 – Regiões de Saúde com municípios que realizam a dispensação de medicamentos do componente estratégico da AF em Santa Catarina, em 2012



Fonte: DIAF/SES/SC, 2015.

2.5.3 Componente especializado da Assistência Farmacêutica

O componente especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. Ele é regulamentado pela Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013, segundo o qual o

acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado é garantido mediante a pactuação entre a União, os estados e os municípios.

Esses medicamentos são divididos em três grupos:

- **Grupo 1:** Aquisição centralizada pelo MS e distribuição pelo estado nas unidades dispensadoras.
- **Grupo 2:** Aquisição estadual e distribuição nas unidades dispensadoras.
- **Grupo 3:** Aquisição municipal e distribuição nos postos de saúde.

Em Santa Catarina, por meio desse componente, são tratadas 90 patologias com cerca de 200 diferentes medicamentos e formas farmacêuticas. A execução do CEAF envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. As etapas de solicitação, dispensação e renovação ocorrem nas Unidades de Assistência Farmacêutica do CEAF; já a avaliação e autorização são feitas na Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF).

Em Santa Catarina, a Deliberação CIB 398/2014 celebrou entre estado e municípios a pactuação sobre as normas de execução do CEAF, em consonância com o que preconiza a Portaria nº 1554/2013 do Ministério da Saúde.

O CEAF está organizado nos 295 municípios e em Regionais de Saúde:

- **Uniafars:** Regionais de Saúde (20);
- **Uniceafs:** Municípios que têm as etapas de cadastramento de processos e dispensação e estão vinculados à Regional de Saúde (237);
- **Uniafams:** Municípios maiores com maior organização, que fazem todas as etapas do CEAF sem vinculação à Regional de Saúde (58).

Considerando a crescente demanda pelos medicamentos do componente especializado, em particular os agentes biológicos para tratamento das doenças reumáticas, há necessidade de racionalizar o seu uso e otimizar os recursos despendidos. Atualmente esses medicamentos, que são extremamente sensíveis às alterações de temperatura, são entregues aos pacientes que ficam com a responsabilidade de armazenamento e agendamento da aplicação com o médico ou no serviço em que ele está sendo atendido. Dessa forma, no caso de doses fracionadas, ocorre o descarte do que não foi utilizado.

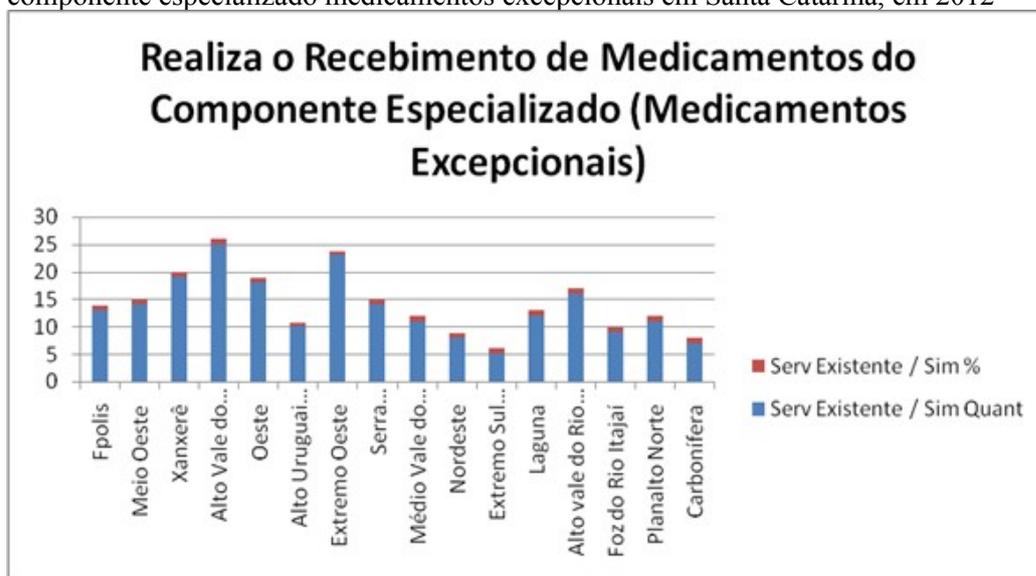
Para minimizar os problemas apontados, como também para ter mais controle na adesão do tratamento, na verificação de efeitos adversos e no acompanhamento terapêutico, a Portaria SAS/MS nº 710, de 27 de junho de 2013, retificada em 06 de março de 2014 e em 10 de junho de 2014, que estabelece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o

tratamento de artrite reumatoide, recomenda a criação de Centros de Referência Estaduais para aplicação, com vistas à maior racionalidade de uso e ao monitoramento da efetividade desses medicamentos.

Conforme as Figuras 53, 54, 55 e 56, em 2012 foi feito o levantamento pelo FormSUS sobre o atendimento do CEAF nos municípios catarinenses; os resultados foram:

- 88,31% dos municípios recebem medicamentos do CEAF;
- 83,87% dos municípios armazenam medicamentos do CEAF;
- 93,43 dos municípios dispensam medicamentos do CEAF; e
- 96,75% dos municípios recebem e encaminham processos do CEAF.

Figura 53 – Regiões de Saúde com municípios que realizam o recebimento de medicamentos do componente especializado medicamentos excepcionais em Santa Catarina, em 2012



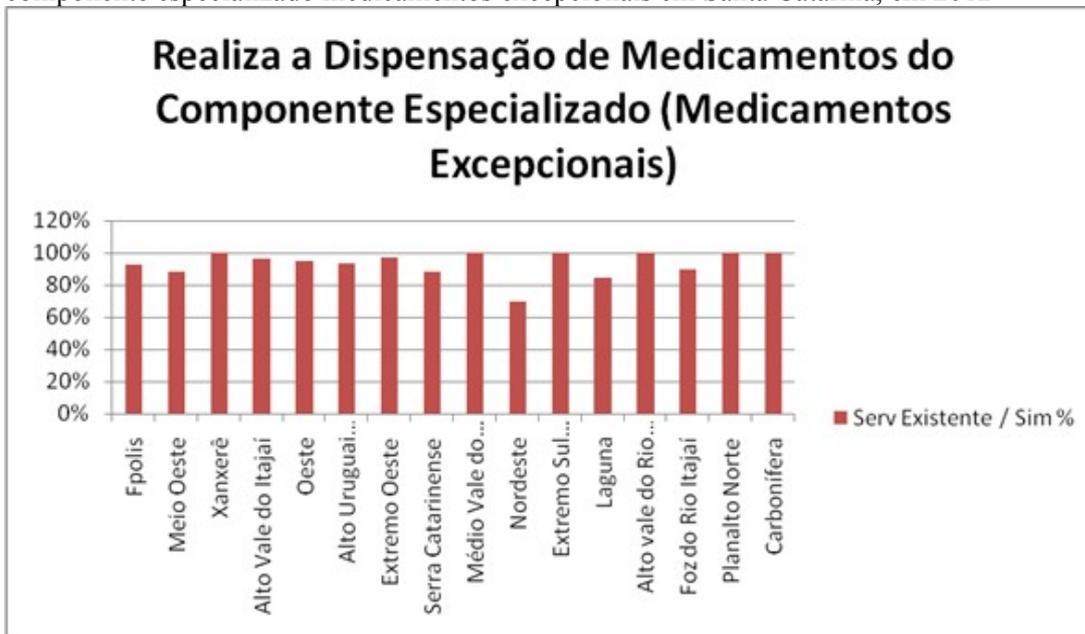
Fonte: DIAF/SES/SC, 2015.

Figura 54 – Regiões de Saúde com municípios que realizam o armazenamento de medicamentos do componente especializado medicamentos excepcionais em Santa Catarina, em 2012



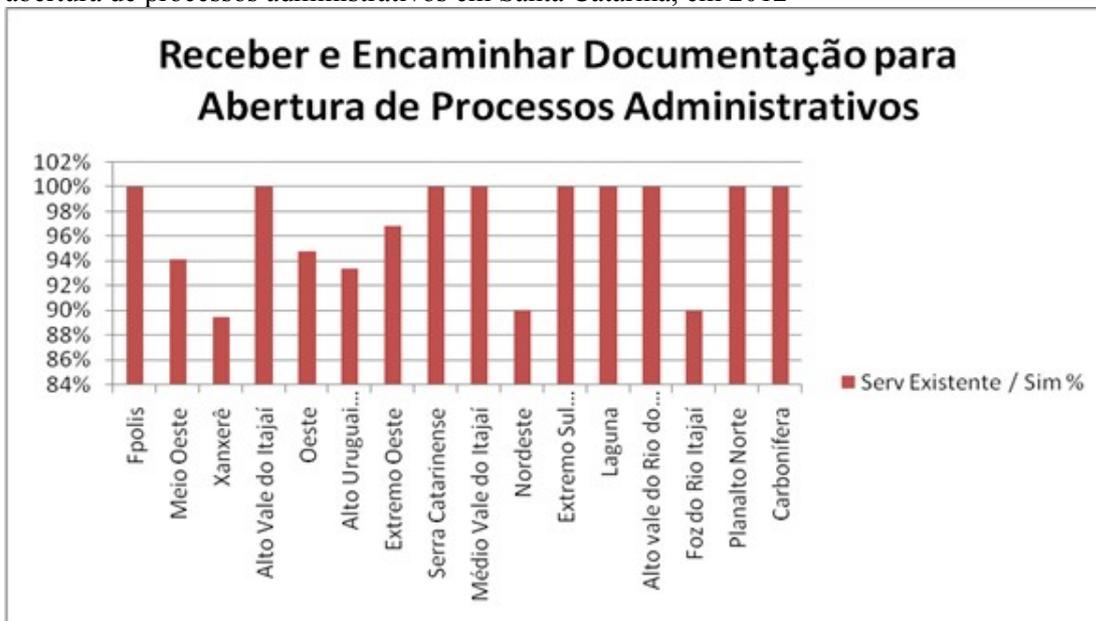
Fonte: DIAF/SES/SC, 2015.

Figura 55 – Regiões de Saúde com municípios que realizam a dispensação de medicamentos do componente especializado medicamentos excepcionais em Santa Catarina, em 2012



Fonte: DIAF/SES/SC, 2015.

Figura 56 – Regiões de Saúde com municípios que recebem e encaminham documentação para abertura de processos administrativos em Santa Catarina, em 2012



Fonte: DIAF/SES/SC, 2015.

2.6 GESTÃO DO SUS

2.6.1 Planejamento da SES

O financiamento do SUS está fundamentado na Constituição Federal, em seu artigo 195, que definiu os critérios de transferência de recursos para o Sistema Único de Saúde da União para os estados, o Distrito Federal e os municípios, e dos estados para os municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos. E, ainda, pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, dos estados e da União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por essa lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados e ao Distrito Federal aplicar 12% do valor arrecadado, sendo que a participação da iniciativa privada no SUS é aceita em caráter complementar com prioridade das entidades filantrópicas sobre as privadas lucrativas.

Os valores apresentados no Quadro 29 permitem avaliar o percentual de participação no orçamento geral do estado dos recursos destinados ao setor saúde, considerando todas as fontes de financiamento e os recursos próprios do Tesouro Estadual no período de 2010 a 2014.

Quadro 29 – Percentual de participação no orçamento geral do estado dos recursos destinados ao setor saúde, considerando todas as fontes de financiamento e os recursos próprios do tesouro estadual em Santa Catarina, de 2010 a 2014

Ano	Recursos próprios (%)
2010	12,04
2011	12,09
2012	12,14
2013	12,07
2014	12,37

Fonte: SIOPS, 2015.

No Quadro 30, apresenta-se a distribuição dos recursos próprios do Tesouro Estadual constantes no orçamento do setor saúde, classificados nos itens de pessoal e encargos, despesas corrente e capital no período de 2005 a 2009.

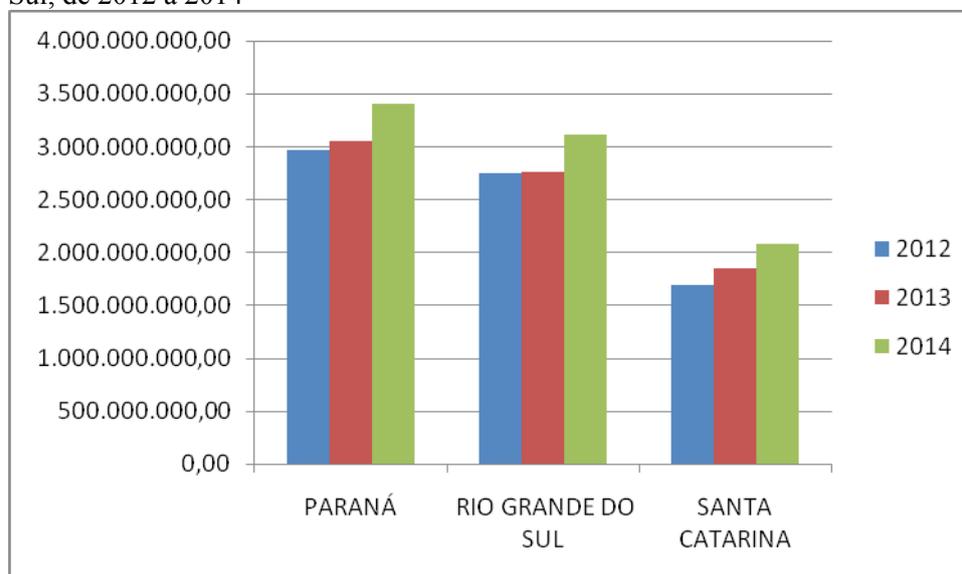
Quadro 30 – Distribuição dos recursos próprios do tesouro estadual constantes no orçamento do setor saúde, classificados nos itens de pessoal e encargos, despesas corrente e capital em Santa Catarina, de 2005 a 2009

Ano	Pessoal, encargos e diárias.	%	Outras despesas correntes	%	Capital	%	Total
2005	317.901.482,17	34,86	500.089.074,97	54,85	93.827.996,36	10,29	911.818.553,50
2006	356.326.443,14	30,57	726.524.545,59	62,33	82.810.119,98	7,10	1.165.661.108,71
2007	377.409.771,26	30,85	802.314.797,87	65,58	43.749.143,50	3,58	1.223.473.712,63
2008	449.331.690,50	32,15	859.967.621,93	61,53	88.442.857,58	6,33	1.397.742.170,01
2009	483.446.290,05	30,47	1.029.122.601,47	64,87	73.889.574,21	4,66	1.586.458.465,73

Fonte: SIOPS, 2011.

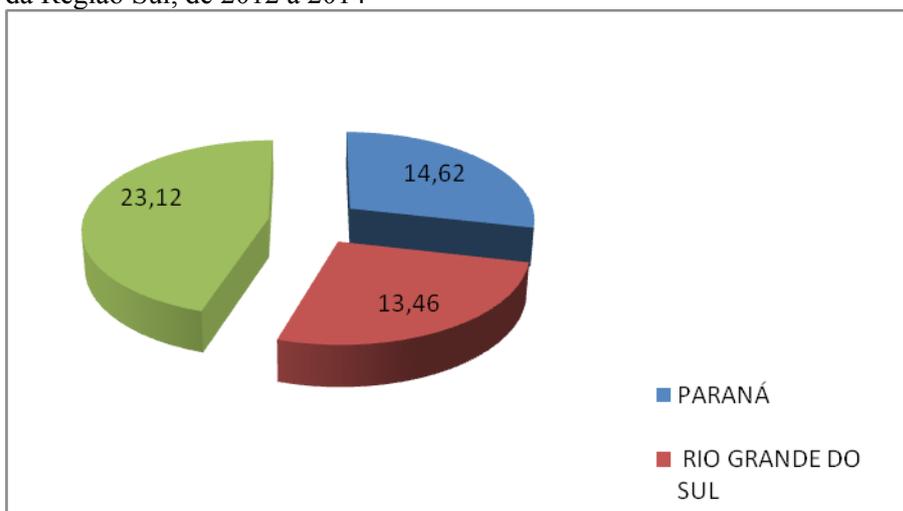
Para melhor elucidação do financiamento estadual na atenção à saúde, apresentam-se discriminadamente os valores absolutos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para Santa Catarina e os demais estados da Região Sul (Figura 57). No período entre 2012 e 2014, observaram-se variações no percentual de acréscimo entre os estados e a região. A Região Sul foi contemplada com 16%, sendo Santa Catarina o estado mais beneficiado (23,12%) como mostra a Figura 58. Uma análise mais atenta permite verificar que, mesmo com maior percentual de incremento no período, Santa Catarina permanece com o terceiro menor valor da região no período.

Figura 57 – Distribuição dos recursos financeiros de transferência intergestores dos estados da Região Sul, de 2012 a 2014



Fonte: Portal da Transparência do Ministério da Saúde, 2015.

Figura 58 – Distribuição percentual dos recursos financeiros de transferência intergestores dos estados da Região Sul, de 2012 a 2014



Fonte: Portal da Transparência do Ministério da Saúde, 2015.

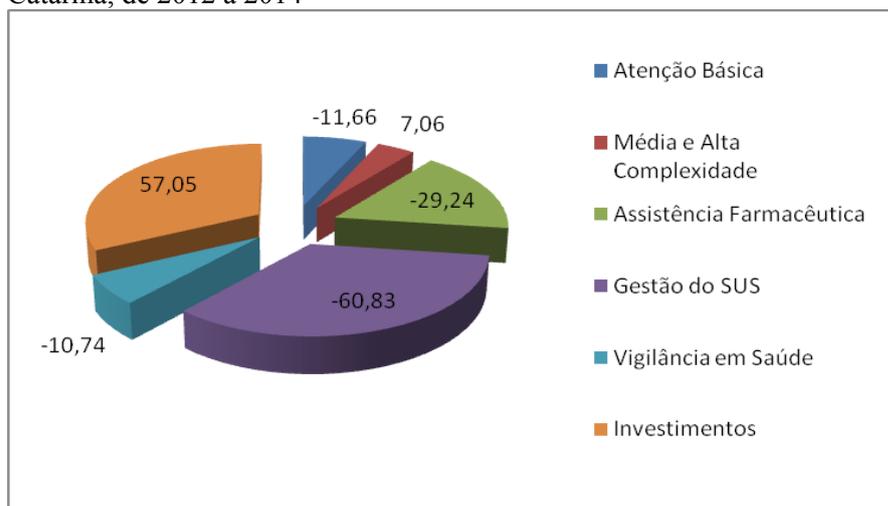
O maior percentual de gastos repassados pela União, quando detalhamos por blocos de financiamento, está na assistência de média e alta complexidade, o que decorre do alto custo desse tipo de atenção, caracterizado por serviços especializados e aporte tecnológico. Entretanto, nos anos analisados, excetuando-se a média e alta complexidade e os investimentos, os demais blocos obtiveram uma redução no percentual dos recursos distribuídos (Quadro 31 e Figura 59).

Quadro 31 – Distribuição dos recursos financeiros de transferência intergestores para os blocos de financiamento em Santa Catarina, de 2012 a 2014

Repasse financeiro / Ano	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)
Atenção Básica	502.687.922,48	506.242.753,40	546.746.592,05
Média e Alta Complexidade	1.002.410.447,23	1.132.618.589,13	1.321.370.222,63
Assistência Farmacêutica	87.459.483,28	75.164.170,58	76.200.329,36
Gestão do SUS	8.992.902,88	12.635.519,78	4.337.105,00
Vigilância em Saúde	45.595.883,56	55.764.001,53	50.112.320,60
Investimentos	41.673.190,09	67.504.434,30	80.584.462,25

Fonte: Portal da Transparência do Ministério da Saúde, 2015.

Figura 59 – Média percentual de transferência intergestores para os blocos de financiamento em Santa Catarina, de 2012 a 2014



Fonte: Portal da Transparência do Ministério da Saúde, 2015.

A síntese da posição das despesas liquidadas segundo a fonte de recursos no exercício 2014 está apresentada no Quadro 32, sendo que Gestão do SUS foi o programa com maior aporte de recursos no ano analisado, correspondendo a R\$ 691.122.803,35 (seiscentos e noventa e um milhões, cento e vinte e dois mil, oitocentos e três reais e trinta e cinco centavos), dos quais R\$ 510.526.051,58 (quinhentos e dez milhões, quinhentos e vinte e seis mil, cinquenta e um reais e cinquenta e oito centavos) foram de recursos próprios. Nas Figuras 60 e 61 também apresentam-se informações relacionadas a despesas liquidadas em Santa Catarina.

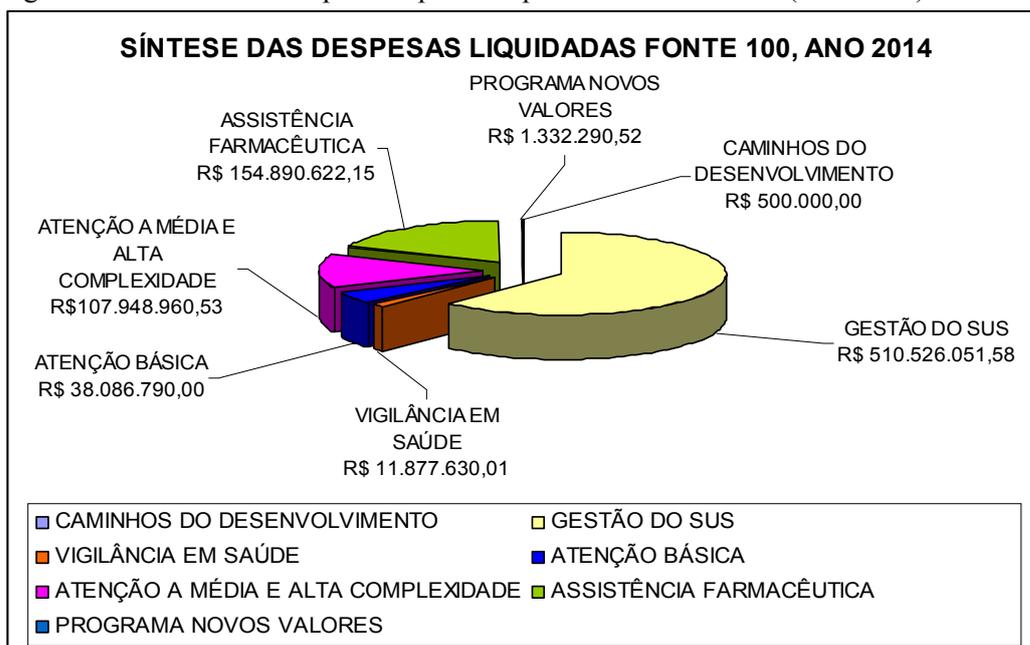
Os recursos alocados no Programa Gestão do SUS têm por finalidade apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

Quadro 32 – Distribuição das despesas liquidadas segundo fonte e programa em Santa Catarina, em janeiro de 2015

PROGRAMAS	RECURSOS PRÓPRIOS	OUTRAS FONTES	TOTAL
	R\$	R\$	R\$
Caminhos do Desenvolvimento	500.000,00	36.910,88	536.910,88
Acelera Santa Catarina	-	21.248.556,97	21.248.556,97
Governança Eletrônica	4.185.275,49	-	4.185.275,49
Gestão do SUS	510.526.051,58	180.596.751,77	691.122.803,35
Vigilância em Saúde	11.877.630,01	16.928.245,16	28.805.875,17
Atenção Básica	38.086.790,00	155.174,86	38.241.964,86
Atenção à Média e Alta Complexidade	107.948.960,53	327.089.013,44	486.957.720,22
Assistência Farmacêutica	154.890.622,15	40.994.640,58	208.743.713,77
Programa Novos Valores	1.332.290,52	-	1.332.290,52
TOTAL	318.821.568,70	406.452.541,89	725.274.110,59

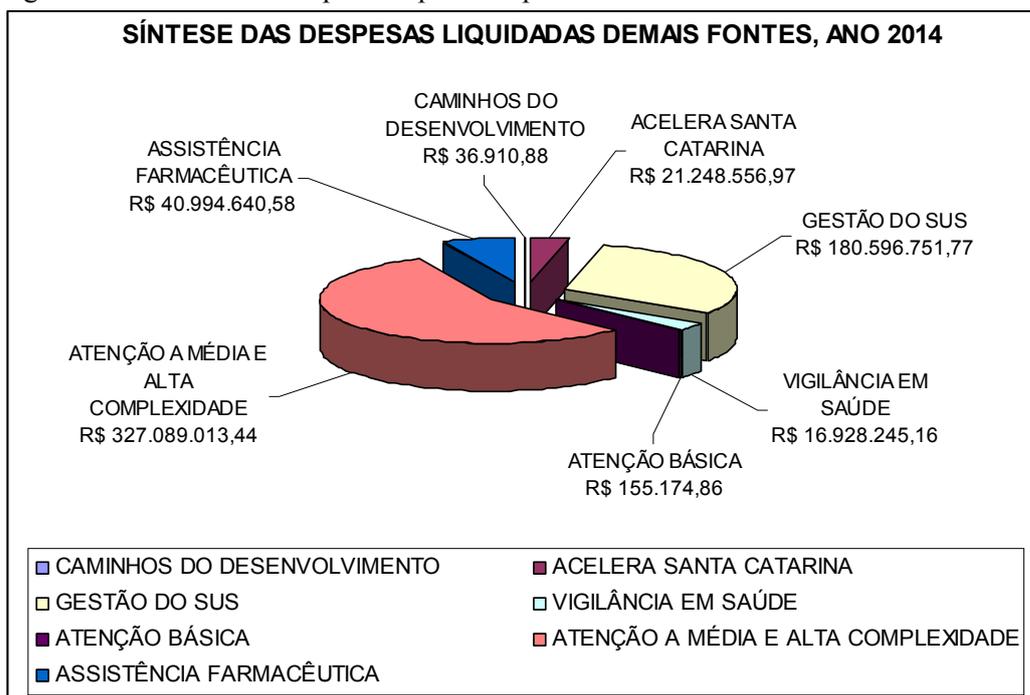
Fonte: Gerência de Orçamento, 2015.

Figura 60 – Síntese das despesas liquidadas pela fonte do Tesouro (Fonte 100) no ano de 2014



Fonte: Gerência de Orçamento, 2015.

Figura 61 – Síntese das despesas liquidadas pelas demais fontes no ano de 2014



Fonte: Gerência de Orçamento, 2015.

Objetivando utilizar os recursos orçamentários de modo a fortalecer a atenção à saúde na lógica do Direito Sanitário vigente, torna-se necessário realizar ações de planejamento em saúde.

A SES tem o papel de fornecer suporte técnico em nível de planejamento do SUS, a partir da regionalização, coordenação e elaboração de instrumentos políticos gerenciais no

âmbito estadual, quais sejam o Plano Estadual de Saúde, a Programação Anual, o Relatório Anual de Gestão, o Plano Diretor de Investimento e o Plano Diretor de Regionalização. Consiste em responsabilidade dos setores assessorar a elaboração e atualização dos instrumentos de gestão municipais Planos Municipais de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de gestão, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A incorporação das propostas das Conferências Estaduais de Saúde, bem como das deliberações do CES e da CIB, são bases para o planejamento integrado da saúde, sendo necessário realizar ações nesse sentido.

Cabe também à SES e avaliar os instrumentos de gestão estadual e municipal, coordenar e/ou participar da elaboração de planos, programas e projetos no âmbito do Sistema Único de Saúde, implantar a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e coordenar a elaboração do Plano Plurianual (PPA) e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), acompanhando a execução do Plano Plurianual.

Entre os anos de 2012 a 2015, foi acompanhada a elaboração e execução dos instrumentos de gestão dos 295 municípios catarinenses, sendo que 17% dos municípios ainda não possuíam Plano Municipal de Saúde 2014-2017 no ano de 2015. Em relação ao Relatório Anual de Gestão, 38% dos municípios não apresentaram o documento conforme orientado em portaria.

Em relação aos instrumentos de gestão estadual, foi realizado o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 no ano de 2015, assim como da Programação Anual de Saúde.

O acompanhamento e a execução do Plano Plurianual apresentam-se como um desafio. Possibilitar a convergência das informações da Secretaria de Estado da Fazenda e do Sistema Único de Saúde exige aprendizagem, capacitação, integração das áreas e trabalho conjunto, buscando a superação das dicotomias inerentes ao desenvolvimento das atividades entre as secretarias e entre os setores internos de cada uma delas.

Outro desafio consiste em efetivar o processo de regionalização da saúde conforme o preconizado do Decreto nº 7580 de 2011. Torna-se necessário planejar as etapas para a realização da PGASS, a partir do Mapa da Saúde, uma vez que o processo mostra-se frágil, e realizar ações para a pactuação de indicadores a partir dos Planos Regionais de Saúde, fortalecendo as instâncias regionais.

2.6.2 Pacto pela Saúde e COAP

Com a edição do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, configurou-se uma situação de transição entre o processo que envolveu a adesão ao Pacto pela Saúde e a atual implantação dos dispositivos do citado decreto, com vistas ao Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).

O COAP possibilitará a formulação de políticas integradas, a partir da Região de Saúde, focando as necessidades de saúde da população desse território e definindo responsabilidades e compromissos entre os três entes federativos.

Nesse sentido, a discussão para a construção do COAP no estado de Santa Catarina teve seu início com a criação de um Grupo Condutor de Implementação do Decreto através da Portaria nº 632 de 20/07/2012, a qual está em fase de revisão. Da mesma forma, conforme solicitado pelo Ministério da Saúde, foi encaminhado o nome de um responsável articulador da SES para fins de melhorar a interlocução entre os dois entes.

Durante o ano de 2012, foram realizadas Oficinas de trabalho para discutir as Regiões de Saúde, à luz do Decreto 7.508/2011, tendo sido criado um instrumento para levantar os serviços existentes em cada Região de Saúde chamado de Matriz Diagnóstica, a qual teve por objetivo principal referenciar quais os serviços que cada território possui, bem como seus vazios assistenciais.

Após discussões nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e a aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o novo desenho da regionalização do estado de Santa Catarina foi aprovado através da Deliberação da CIB 348/12 e 457/12, passando a se configurar com dezesseis Regiões de Saúde.

Para uniformizar o discurso entre os técnicos, a Secretaria de Estado da Saúde realizou uma Oficina com todas as Superintendências, Diretorias, Gerências e seus técnicos, sobre a operacionalização do COAP em Santa Catarina em abril de 2013, através da implementação de um exercício de construção do COAP. Foram realizadas diversas reuniões com todas as áreas, possibilitando que cada uma delas pudesse visualizar o seu trabalho e a sua participação no processo. O resultado desse exercício foi apresentado para todas as áreas, com a presença do MS.

Paralelamente, foi realizada a consolidação dos dados da matriz diagnóstica, a qual foi devolvida aos municípios para validação através de oficinas em todas as CIR. Além disso, estão sendo trabalhadas questões ligadas à Programação Pactuada e Integrada (PPI) para que possa migrar para a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

Em acordo realizado entre o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e o Ministério da Saúde (MS), foi definido que a finalização do COAP e a sua assinatura, para o estado de Santa Catarina, somente serão efetivados a partir do momento que tivermos um diagnóstico de todo o estado e a visualização clara e objetiva dos vazios assistenciais, da capacidade instalada, bem como da necessidade de investimento por Região de Saúde, além da revisão da Programação Pactuada Integrada (PPI)/Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

Para os entes que ainda não assinaram o COAP, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) pactuaram, em 28 de fevereiro de 2013, sete premissas norteadoras para

a definição do processo de pactuação de indicadores, cujo registro acontece no Sistema de Informação do Ministério da Saúde (Sispacto). Com base nessas premissas, em 21 de março de 2013 foram definidas de forma tripartite as Diretrizes, os Objetivos e as Metas e Indicadores 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde e à implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).

2.6.3 Programação em Saúde

A SES é responsável pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pelo processamento hospitalar e ambulatorial do SUS e pela comunicação de informação hospitalar e ambulatorial da rede suplementar, bem como dos prestadores de serviço que se encontram sob gestão estadual. Oferece ainda suporte técnico para os municípios que se encontram em Gestão Plena do Sistema ou que assumiram a gestão através do Pacto de Gestão.

As atividades são desenvolvidas no nível central da SES e nas 18 Gerências Regionais de Saúde, onde estão implantadas as equipes de Controle, Avaliação e Auditoria, proporcionando cobertura aos 295 municípios do estado, nas dezesseis Regiões de Saúde. O resultado do processamento, bem como as informações contidas nos outros sistemas de informação, subsidiam as demais áreas para elencar os indicadores e as programações de saúde.

Nesse contexto, identificamos dificuldades, especialmente por deficiência nas estruturas das 18 equipes de Controle, Avaliação e Auditoria inseridas nas dezesseis Regiões de Saúde.

O CNES é de responsabilidade do gestor municipal e dos estabelecimentos de saúde sob supervisão das equipes de Controle, Avaliação e Auditoria das Gersas. Os municípios/estabelecimentos enviam a base de dados do CNES para o estado, para consolidação da informação e posterior envio para o Ministério da Saúde/Datasus. Como a importância desse processo não foi ainda totalmente compreendida pelos entes, muitas das informações estão em desacordo com o perfil dos estabelecimentos, gerando um volume considerável de inconsistências que prejudicam o processamento e, conseqüentemente, a programação das ações de saúde. Portanto, a veracidade da informação reflete diretamente no resultado do processamento.

No Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) são processados dados de aproximadamente 400 prestadores de serviço das dezesseis Regiões de Saúde, entre eles

unidades básicas e postos de saúde de municípios que até o momento não assumiram a gestão. O processamento da produção é realizado com base na Programação Físico-Orçamentária (FPO) de acordo com o teto definido para o município/prestador na Programação Pactuada Integrada (PPI). Foram realizadas capacitações para que os municípios assumam a gestão dos estabelecimentos públicos.

O processamento da produção hospitalar dos prestadores sob gestão estadual é realizado no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) de forma centralizada, no entanto o preconizado é que isso seja realizado de forma regionalizada, agilizando as ações de controle e avaliação.

A Gerência de Auditoria da SES (Geaud) assumiu a análise dos prestadores da Grande Florianópolis, por meio da qual as críticas obrigatórias são analisadas pelos médicos auditores durante a prévia do processamento com o acesso liberado para controle e avaliação no próprio sistema. Porém, o mesmo não ocorre nas demais Gerências de Saúde. A dificuldade se encontra na falta de estrutura das equipes de Controle, Avaliação e Auditora, por insuficiência de profissionais e falta de capacitação específica para tal.

A equipe técnica da SES está programando a capacitação para as equipes de Controle e Avaliação das demais Regiões de Saúde, objetivando a implantação do processamento regionalizado.

2.6.4 Contratualização de serviços do SUS

Quando forem insuficientes as disponibilidades públicas para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados, dando preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos.

Para efetivação da contratualização, a SES, desde 2007, lançou 24 Editais de Chamamento Público para diversos serviços, como: serviços hospitalares, atendimento neurossensorial, anatomia e citopatologia, tomografia, fisioterapia, ultrassonografia, radiodiagnóstico, mamografia, ressonância magnética e mamografia de rastreamento, contando com a adesão de diversas instituições.

Atualmente, o estado de Santa Catarina conta com 357 prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares (considerando as mantenedoras e desconsiderando os hospitais próprios e as OS) que estão sob gestão estadual; destes, somente 131 prestadores estão contratualizados de acordo com a legislação atual, portanto 226 ainda mantém vínculo com o SUS através de credenciamento. Dos 226 prestadores não contratualizados, 109 são serviços

públicos municipais (posto de saúde, unidade sanitária, CEO, PA etc.); 55, serviços privados (a grande maioria laboratórios de patologia clínica); e 62, unidades hospitalares.

Identificamos algumas dificuldades quanto ao processo de contratualização, como a falta de interesse dos prestadores em aderirem aos editais, o fato de não possuírem o rol de documentos exigidos no edital – principalmente Alvará Sanitário e Certidões Negativas de Débito (CND) com diversas esferas – e a limitação de teto financeiro de acordo com a PPI da Assistência, dentre outros.

2.6.5 Controle e avaliação

O principal papel da SES nesse sentido consiste em realizar o desenho da assistência nos âmbitos ambulatorial e hospitalar, e o encaminhamento dos quadros financeiros ao Ministério da Saúde. Para a realização do proposto acima, diversas ações devem ser desencadeadas para a realização do desenho da assistência, tais como:

- Acompanhamento das portarias que normatizam e regulam as redes assistenciais de Alta Complexidade nas áreas de oncologia (quimioterapia, radioterapia e cirurgia), terapia renal substitutiva, cardiologia, neurocirurgia, ortopedia e cirurgia bariátrica.

- Suporte e acompanhamento para políticas e ações pontuais, como as diversas campanhas de cirurgias eletivas hospitalares e ambulatoriais, Outubro Rosa, CAPS e incentivo estadual para ações de média e alta complexidade.

- Estudos de acompanhamento para ressarcimento aos municípios plenos (encontros de contas) e repasses financeiros de ordens diversas dentro de legislações específicas, tais como ações judiciais e repasses administrativos.

- Acompanhamento de metas dos hospitais filantrópicos, suporte aos demais setores com estudos de levantamentos de produção para toda a rede SUS (alocação de recursos, informações técnicas a respeito do tipo de financiamento, gestão, processamento, habilitações, instrumento de registro e demais termos associados à apresentação da produção ambulatorial e hospitalar).

Para tal, torna-se primordial o conhecimento pleno e o uso dos sistemas como SIA, SIH, Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimento (Sigtap), Medicamentos e OPM do SUS, Tabwin, Tabnet, CNES, Portal do Departamento de informática do SUS (Datusus) e Fundo Nacional de Saúde (FNS), bem como o uso de programas de suporte às ações desenvolvidas para o gerenciamento de distribuição de APACs, AIH, Boletins de Produção

Ambulatorial Individualizados (BPAI), acompanhamento de distribuição de medicamentos e ações de saúde em programas específicos como a oncologia.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI), referente aos recursos do Bloco de Financiamento de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, é um processo instituído no âmbito do SUS pelo qual, em consonância com o processo de planejamento, são definidos e quantificados as ações e os serviços de saúde, definindo os tetos financeiros de cada município considerando tanto sua população como as referências recebidas de outros municípios.

Os critérios e parâmetros utilizados para a definição da alocação dos recursos devem ser discutidos e pactuados tendo como pano de fundo os princípios da integralidade, regionalização e descentralização, favorecendo o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando uma rede de atenção.

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

Ainda existe estagnação dos processos de revisão dos parâmetros nas PPI ambulatorial e hospitalar, não somente pela falta de recursos, mas também devido à falta de operacionalização dos responsáveis pelas informações.

De acordo com a avaliação do teto físico mensal do estado, com relação à PPI ambulatorial de média e alta complexidade, constata-se que as Regiões de Saúde Oeste, Alto Vale do Itajaí, Médio Vale, Grande Florianópolis, Carbonífera e Nordeste acabam sendo “referências” para todo o estado, sem que isso conste no desenho na PPI atual. As demais Regiões de Saúde estão pactuando aquém do programado, configurando um atendimento fora do seu território. Essas Regiões de Saúde precisam ser fortalecidas e organizadas de maneira a atender às necessidades da sua população residente.

No geral, a produção superou em 72% o programado, destacando-se as Regiões de Saúde que concentram maior força produtiva, o que ocasiona maior fluxo de pessoas em busca dos serviços de saúde (demanda). Pelo diagnóstico apresentado, reforçamos a necessidade de um planejamento bem apurado das Regiões de Saúde, seguido de um novo desenho de PPI que contemple a atualização dos parâmetros assistenciais.

É necessário transcender o simples levantamento de dados para que possamos entender que o modelo de livre pactuação parece não estar atendendo às expectativas de construção da assistência, pois, com suas fragilidades no comprometimento dos acordos que

acabam não se firmando, ocorrem sucessivas trocas de pactuação, seja por falta de fornecimento dos serviços pactuados seja por falta de prestadores.

Caso queiramos avançar para o modelo de linhas de cuidados, teremos que fortalecer a base instalada nas diversas Regiões de Saúde/Macrorregiões, uma vez que a sistemática de livre adesão pelos prestadores não ocorre devido à remuneração da tabela estar muito aquém do preço de mercado.

2.6.6 Auditoria

Tendo como objetivo maior a contribuição para a qualidade no campo da saúde, a auditoria se constitui em atividade de verificação analítica e operativa em ações, serviços e sistemas de saúde.

No nível central, a Auditoria dispõe de equipe multidisciplinar contando com médicos, enfermeiros, contadores e auditores administrativos. As dezesseis Regiões de Saúde possuem cobertura de suas atividades de Auditoria por meio das 18 Gerências Regionais de Saúde onde existem as equipes de Controle, Avaliação e Auditoria, proporcionando cobertura aos 295 municípios do estado. As equipes de Controle, Avaliação e Auditoria estão subordinadas administrativamente às Secretarias de Desenvolvimento Regionais (SDR) e estão alocadas nas Gerências de Saúde. Tecnicamente, são subordinadas à Gerência de Auditoria e, no entanto, desenvolvem atividades de todas as áreas da Secretaria de Estado da Saúde.

As demandas apuradas pela Auditoria são oriundas da Ouvidoria, de procura direta do cidadão, do Gabinete do Secretário, dos Setores da Secretaria de Estado da Saúde, das Gerências Regionais de Saúde, das Gerências da DIPA, de alarmes, de outros órgãos do governo, de Secretarias Municipais de Saúde, do Ministério Público, das Procuradorias, da Controladoria Geral da União, do Tribunal de Contas do Estado e da União.

A atividade de auditoria, pela sua abrangência, exige conhecimento amplo, por envolver todos os aspectos relativos ao SUS, da atenção básica à alta complexidade, incluindo as atividades da gestão. Nessa ótica, é necessário que os trabalhadores do setor participem em atividades diversas na SES/SC, para fortalecer e fundamentar os seus processos de trabalho.

Os processos de auditoria, por sua complexidade, demandam tempo e, por outro lado, dependendo do objeto, do objetivo e da origem, os prazos para execução muitas vezes são exíguos. Nesse campo, inúmeras dificuldades operacionais se apresentam como entraves: diárias com valores incompatíveis aos praticados no mercado e que não cobrem os custos de hospedagem e alimentação; dificuldade de conseguir veículos para deslocamentos dos

auditores; computadores obsoletos e falta de ferramentas como internet móvel, celular, câmera fotográfica e computadores portáteis para todos os integrantes das equipes.

Em relação aos recursos humanos, nos últimos anos, vem se observando um fenômeno de diminuição do contingente de pessoal das equipes regionais e agregação de atividades diversas por esses setores, gerando uma demanda expressiva de trabalho. Algumas equipes, como Mafra, Araranguá, Concórdia, Blumenau, Canoinhas e Florianópolis, estão apresentando, no momento, déficit de pessoal. No nível central, houve incremento importante apenas na categoria médica. Ao mesmo tempo, não houve incremento nas questões de treinamento e atualização desses servidores. Desde o nível básico, incluindo o funcionamento do SUS para aqueles que estão ingressando agora no serviço público, até capacitações avançadas para aqueles que já exercem as suas funções, os treinamentos estão deficitários. O mesmo ocorre nas equipes de Controle, Avaliação e Auditoria (ECA), nas quais não houve atualizações em auditoria para quem já atua no serviço nem treinamento para os novos servidores que se inseriram nas equipes.

A disparidade de gratificação entre os servidores que atuam na Geaud e deles com as ECA ocasiona um grande desestímulo dos servidores na realização das suas atividades. Um exemplo está na diferença de remuneração com relação aos médicos auditores. Estes recebem, além do salário de nível superior, as gratificações por produtividade, o que não ocorre com os demais servidores, para quem a gratificação é fixa, ocasionando uma divergência significativa de valores. Essas gratificações não permanecem após a aposentadoria.

2.6.7 Compras e logística

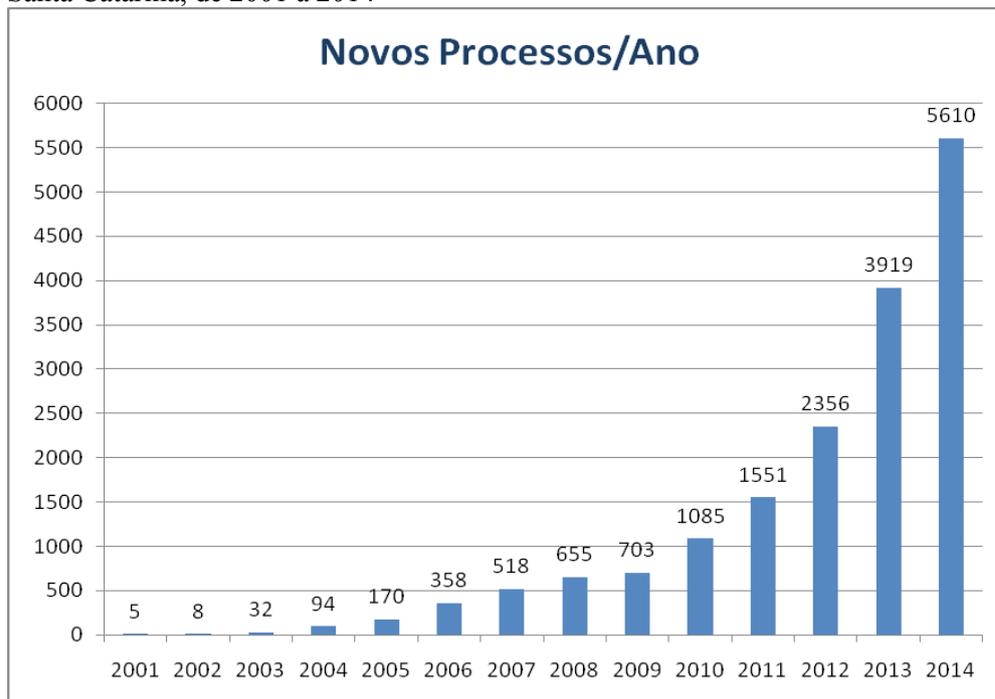
Tendo início nos anos 1990, a judicialização do acesso a medicamentos reflete, em parte, a conscientização de uma parcela da população no que se refere aos seus direitos. Entretanto, a situação atual, com milhares de mandados judiciais consumindo milhões de reais em recursos públicos, tem causas complexas, em que os interesses legítimos – coletivos ou individuais – nem sempre vêm em primeiro lugar. Má gestão, pressão das indústrias farmacêuticas e falhas na formação dos médicos são alguns dos fatores que impulsionam uma verdadeira bola de neve que ameaça atropelar outros programas e projetos na área da saúde.

Podemos citar como exemplo dessa situação a demanda para fornecimento de medicamentos por decisão judicial na Superintendência de Compras e Logística (SUC), a qual iniciou suas atividades em 2001 e teve um crescimento de 5 para 15.768 mandados em 2014.

O sistema judiciário, bem como o executivo, precisam encontrar uma solução partilhada para que o direito do cidadão brasileiro à assistência terapêutica integral seja garantido, com medicamentos seguros, eficazes e com relação custo/efetividade mais favorável de acordo com a melhor e mais forte evidência científica disponível, sem causar as distorções observadas atualmente.

Podemos ainda destacar que o grande número de ações judiciais muitas vezes decorre da falta de informação aos usuários do SUS sobre a disponibilização dos medicamentos ou insumos na rede básica de Saúde ou no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

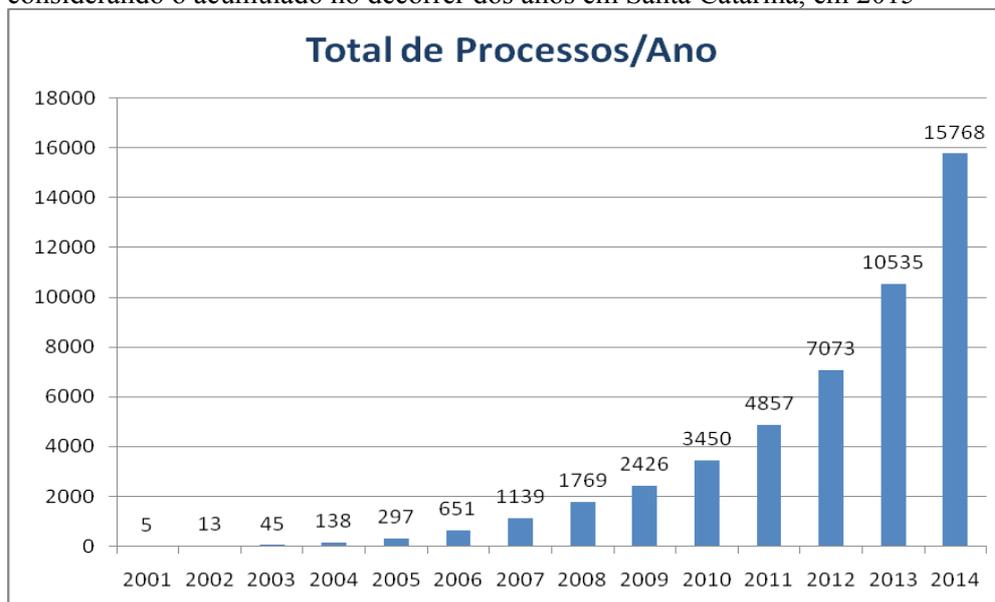
Figura 62 – Número de novos processos judiciais para fornecimento de medicamentos e insumos em Santa Catarina, de 2001 a 2014



Fonte: GESUJ/SUC/SES/SC, 2015.

A Figura 62 relata o número de novos processos judiciais que deram entrada na Secretaria Estadual de Saúde para o fornecimento de medicamentos e insumos, a cada ano. Já a Figura 63 se refere ao número total de processos judiciais que deram entrada na Secretaria Estadual de Saúde para o fornecimento de medicamentos e insumos considerando o acumulado no decorrer dos anos.

Figura 63 – Número total de processos judiciais para o fornecimento de medicamentos e insumos, considerando o acumulado no decorrer dos anos em Santa Catarina, em 2015



Fonte: GESUJ/SUC/SES/SC, 2015

Como se pode observar, as figuras demonstram que o número de processos judiciais vem aumentando cada vez mais e de forma exponencial. Isso faz com que os gastos da Secretaria de Saúde tendam a aumentar a cada ano que passa; caso não sejam realizadas ações concretas para a diminuição das demandas judiciais de medicamentos e insumos, a cada ano teremos um incremento real da receita.

2.6.8 Tecnologia da informação e governança eletrônica

A tecnologia da informação (TI) participa do dia a dia das organizações, quer seja na gestão da informação, quer seja no fornecimento de ferramentas e softwares para a gestão dos processos de trabalho e o apoio às decisões.

A área responsável pela TI na SES é a Gerência de Tecnologia da Informação e Governança Eletrônica (Getin), representante também na SES do Sistema de Tecnologia da Informação e Governança Eletrônica do Governo do Estado, a qual atua em prol da implementação de políticas, normas, padrões e projetos de tecnologias da informação e comunicação (TIC), conforme preconizado na estrutura do sistema administrativo de gestão de tecnologia da informação e governança eletrônica do Governo do Estado de Santa Catarina - LC nº 534/2011.

A Getin é composta por três áreas, quais sejam Desenvolvimento, Infraestrutura e Gestão de Projetos, que desempenham papéis estratégicos como faturamento do SUS, CNES, acompanhamento e análise de indicadores de produção, Sinan, Sinasc e Programação Pactuada Integrada e custos.

Na área de Desenvolvimento, a Getin é responsável pelo desenvolvimento e/ou suporte técnico aos mais de 40 softwares e sites em uso na SES, servindo de apoio na construção de ferramentas que apoiam a gestão. A Figura 64 apresenta algumas das ferramentas desenvolvidas pela área.

Figura 64 – Alguns dos sistemas desenvolvidos pela Getin em Santa Catarina

Alguns dos sistemas ...

- SISTEMA DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)
- SISTEMA AVA ICSC.
- SISTEMA AVOS WEB.
- SISTEMA DE BANCO DE MARCAS.
- SISTEMA BANCO DE RESPOSTAS DA DIAF.
- SISTEMA DE APOIO AOS CURSOS DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA (PACESP).
- SISTEMA DE CONVÊNIO. SISTEMA DE CREDENCIAMENTO.
- SISTEMA DE EXAMES LACEN – IMUNOLOGIA.
- SISTEMA FORMULÁRIO ANEXO III.
- SISTEMA GLOBAL.
- SISTEMA GRÁFICOS TAB NET.
- SISTEMAS MEDEXP e SISMEDEX..
- SISTEMA MEJUD.
- SISTEMA MORTALIDADE – SIM.
- SISTEMA DE Oxigenioterapia. SISTEMA SISCOP.
- SISTEMA CECISS.
- SISTEMA DE AVALIAÇÃO EM ESTÁGIO PROBATÓRIO.
- SISTEMA DE CONTRATOS E COMPRA DIRETA – SCCD.
- SISTEMA DE RESERVA DE VERBAS. SISTEMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO



Fonte: Getin/SES/SC, 2015.

Na área de Suporte, é realizado o monitoramento, o controle, a configuração, o gerenciamento e a manutenção da rede dos mais de 3.800 computadores da SES, que são utilizados por mais de 8.000 usuários. Soma-se a isso a responsabilidade pelo suporte de informática aos servidores da SES e pela gestão da rede lógica da SES.

Na área de Gestão de Projetos, destaca-se o desenvolvimento, a implantação e o suporte do *Enterprise Resource Planning* (ERP, Sistema Integrado de Gestão Empresarial) tendo como foco a gestão de materiais e medicamentos com a utilização de *Warehouse Management System* (WMS), na ampliação da abrangência do controle de distribuição dos medicamentos nas unidades da SES.

Os desafios para os próximos anos podem ser agrupados em quatro blocos: a) Hardware e software; b) Gestão de materiais; c) Gestão da informação; e d) Área assistencial. Destacamos a seguir os principais pontos de cada bloco:

a) Hardware e software

- ✓ Ampliar e melhorar a rede lógica;
- ✓ Definir uma política de manutenção e modernização do parque tecnológico e da rede lógica;
- ✓ Implementar efetiva governança em TI.

b) Gestão de materiais

- ✓ Ampliar a utilização do *Warehouse Management System* (WMS), implantando no almoxarifado da Palhoça e em unidades hospitalares;

- ✓ Ampliar o escopo do *Enterprise Resource Planning* (ERP), com a conclusão da integração com o Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal (SIGEF);
- ✓ Concluir o desenvolvimento do módulo de gestão de contratos e planejamento de Smart Cloud Control Desk (SCCD).

c) Gestão da informação

- ✓ Revisar processos e ferramentas visando à redução do tempo de tramitação das aquisições;
- ✓ Ampliar o escopo da gestão de custos e resultados, fazendo com que a SES seja a pioneira no estado com a gestão de custos implantada e utilizada em 100% de sua estrutura;
- ✓ Aprimorar qualitativamente as informações e capacitar/auxiliar os usuários a utilizá-las na tomada de decisão;
- ✓ Desenvolver e implantar ferramentas para auxílio na gestão;
- ✓ Aprimorar o portal da Saúde.

d) Área assistencial

- ✓ Implantar e ampliar o projeto-piloto de certificação digital, eliminando a necessidade de impressão dos documentos relacionados ao prontuário eletrônico dos pacientes;
- ✓ Implantar e ampliar o Projeto de Mobilidade, permitindo que as documentações relacionadas ao prontuário do paciente possam ser preenchidas utilizando dispositivos móveis, na beira do leito;
- ✓ Implantar o prontuário único do paciente entre SES e municípios.

2.6.9 Gestão de pessoas

A gestão de pessoas diz respeito aos processos do trabalho da Secretaria de Estado da Saúde, administrando os comportamentos internos e potencializando o fazer do trabalhador da saúde.

Para a admissão dos servidores efetivos faz-se necessária a aprovação prévia em concurso público, exceto para o provimento de cargos em comissão. Atendendo ao número de vagas existentes, segue-se a ordem de classificação e aprovação em exame de saúde.

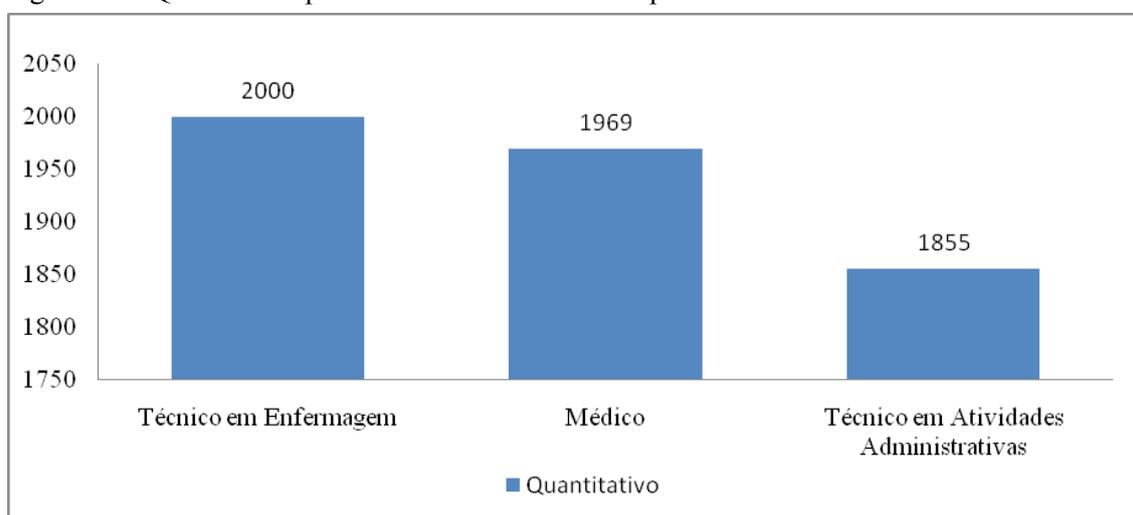
Em relação ao ingresso dos servidores, após a solicitação por parte das unidades institui-se um processo que é encaminhado ao Grupo Gestor do Governo. Em sendo autorizado, o processo é encaminhado para a Secretaria de Estado da Administração, que realiza uma nova análise e providencia o Ato de Nomeação dos classificados no concurso

vigente para aquele local que necessita de servidor. O trâmite precisa ser acompanhado pelos setores responsáveis.

Dada a situação exposta, percebe-se que tal processo burocrático tem se tornado moroso, haja vista que o espaço de tempo entre a solicitação e o início de exercício pode durar até 06 meses, variando a cada situação. Como consequência, pode haver prejuízo ao usuário, à medida que faltam profissionais para realizar os procedimentos.

De acordo com o Anexo I da Lei Complementar nº 323, de 02/03/2006, na qual consta o quantitativo de servidores por competência nessa Secretaria, destacam-se as competências que apresentam maior número de servidores ativos, ressaltadas na Figura 65.

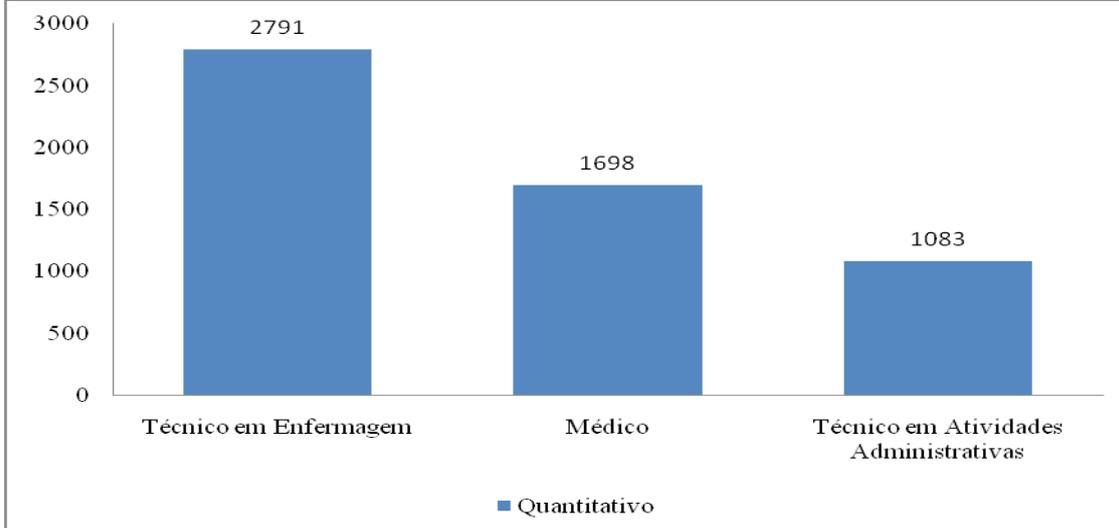
Figura 65 – Quantitativo parcial de servidores da SES previsto em lei no ano de 2006



Fonte: Lei Complementar nº 323, 2006.

De acordo com o Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH), no ano de 2014, o quantitativo dessas mesmas competências apresenta-se abaixo do previsto, para as seguintes funções: Médico e Técnico em Atividades Administrativas. Apenas na competência de Técnico em Enfermagem é que o quantitativo apresenta um número acima do previsto, em função das necessidades inerentes às atividades executadas nesse cargo, conforme demonstrado na Figura 66.

Figura 66 – Quantitativo parcial de servidores da SES em 2014



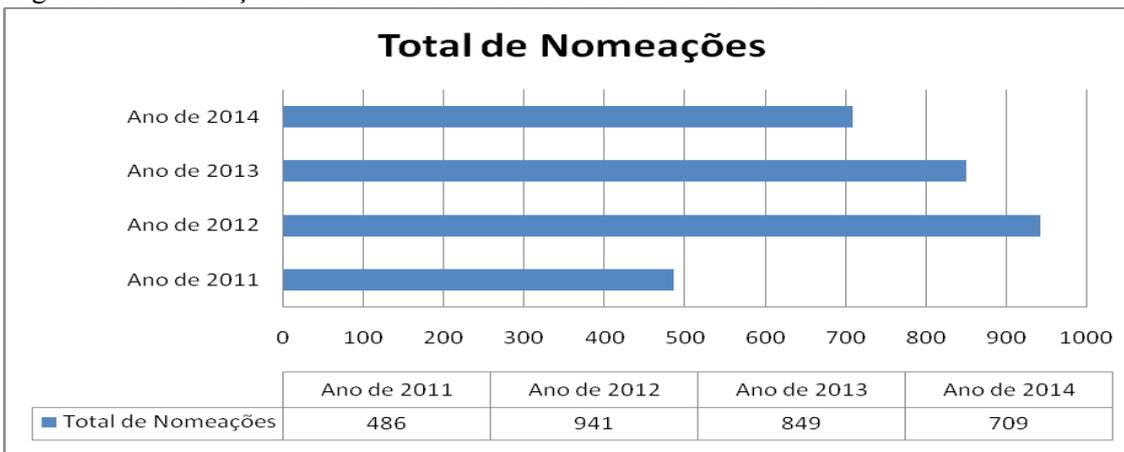
Fonte:

SIGRH, 2014.

A área de saúde tende a prosseguir na direção do aumento de quantitativo do seu quadro de pessoal, primeiramente nas funções que mais necessitam de recursos humanos e, posteriormente, nas demais áreas.

Nos últimos 04 anos foram nomeados 2.985 (dois mil, novecentos e oitenta e cinco) profissionais, distribuídos em diversas áreas e unidades da SES, com um número maior no ano de 2012, quando foram chamados 941 profissionais, de acordo com a Figura 67.

Figura 67 – Nomeações realizadas na SES entre os anos de 2011 e 2014

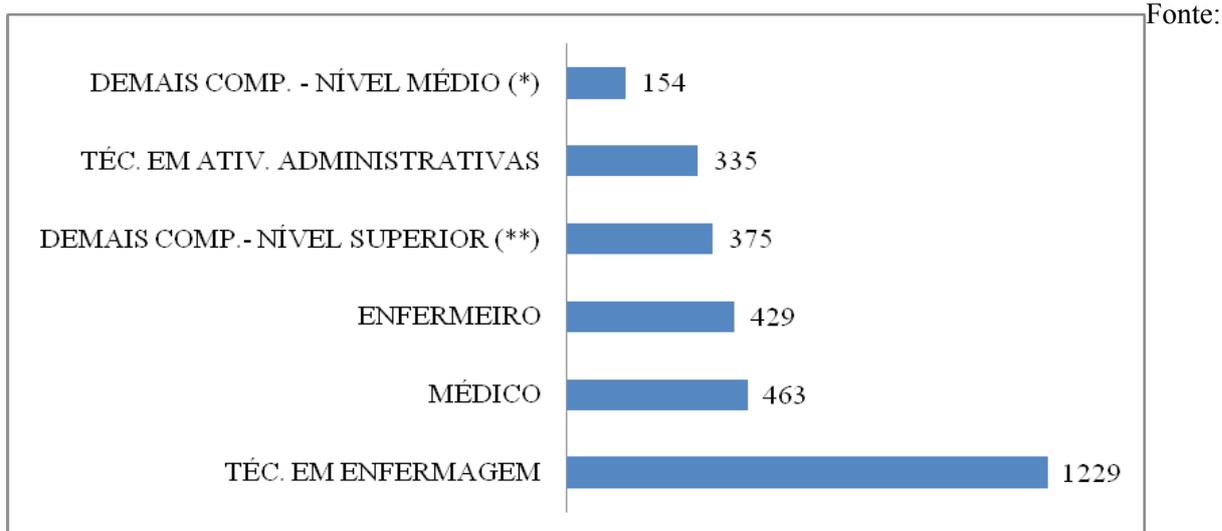


Fonte:

SIGRH, 2014.

Considerando as informações expostas na Figura 67 sobre os servidores nomeados de 2011 a 2014, na Figura 68 há uma demonstração pela qual é possível comparar as competências em que mais havia necessidade de recursos humanos nesse mesmo período.

Figura 68 – Quantitativo de profissionais nomeados por competência, de 2011 a 2014



SIGRH, 2014.

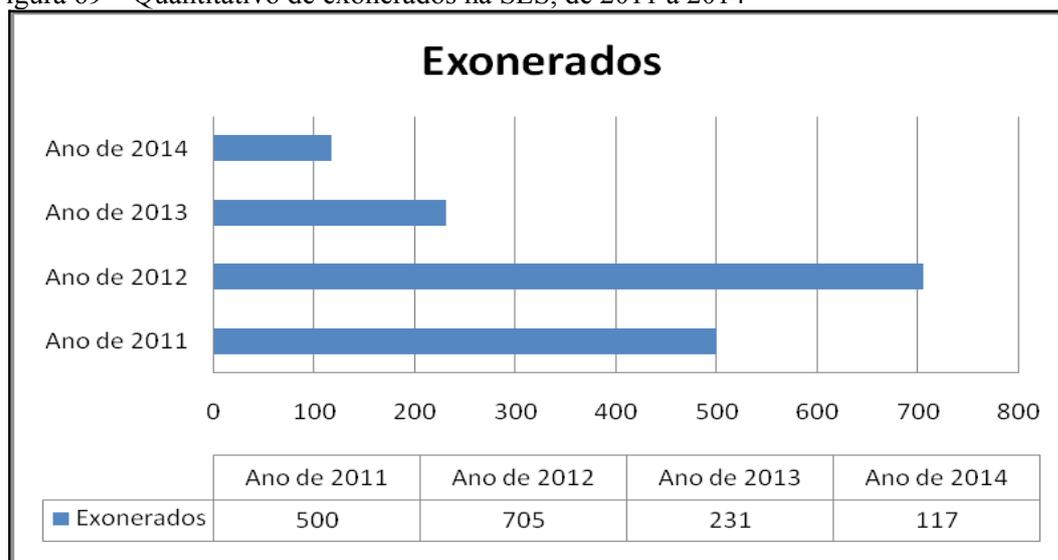
Observa-se que houve necessidade de mais Técnicos em Enfermagem e, na sequência, de Médicos e Enfermeiros, para desenvolver as atividades de saúde.

Nos anos de 2011 a 2014 foram nomeados mais servidores nas Regiões de Saúde Grande Florianópolis, Nordeste e Serra Catarinense, e nomeados menos servidores nas Regiões de Saúde Foz do Rio Itajaí, Alto Vale do Rio do Peixe e Laguna.

Na Região de Saúde Extremo Sul Catarinense, que é composta por Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo, não houve nomeação nos últimos 04 anos.

Importante destacar também a Figura 69, na qual consta o quantitativo total de servidores exonerados no período de 2011 a 2014, demonstrando um número demasiadamente alto principalmente no ano de 2012, que representou um quadro de 705 ex-servidores.

Figura 69 – Quantitativo de exonerados na SES, de 2011 a 2014

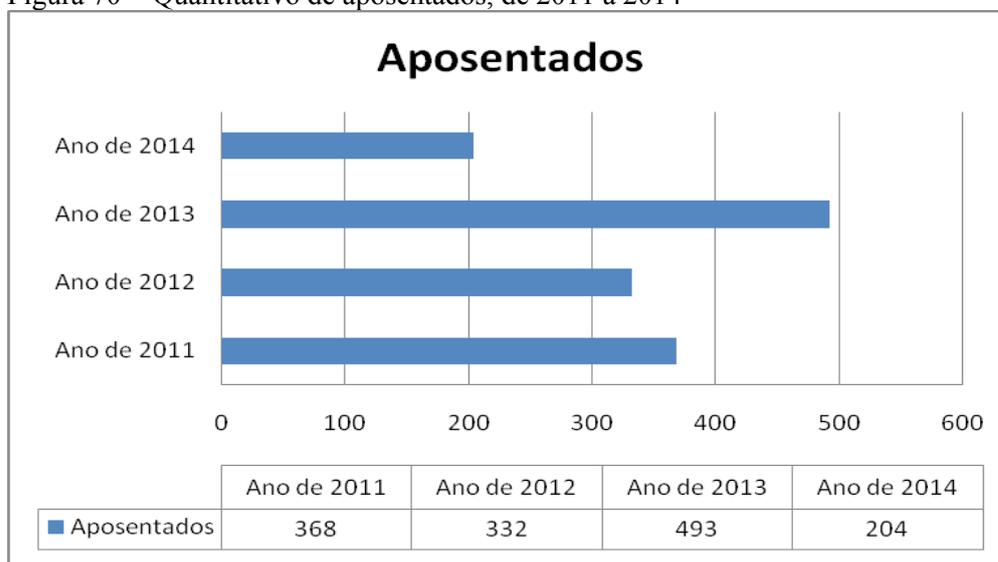


Fonte: SIGRH, 2014.

Mesmo que o servidor seja exonerado a pedido, seu cargo poderá ser preenchido somente após a autorização do Grupo Gestor para que se possa nomear um novo servidor para aquele local, o que pode levar a dificuldades na assistência ao paciente. Todo esse processo dificulta os serviços que são inerentes à área de recursos humanos, na medida em que não há autonomia que permita a reposição imediata dessas vagas.

Considerando ainda o mesmo período analisado, observa-se no Figura 70 o quantitativo anual de servidores aposentados, totalizando 1397 servidores inativos no período, destacando a necessidade de reposição imediata nas funções em que atuavam, assim que passam para a inatividade.

Figura 70 – Quantitativo de aposentados, de 2011 a 2014



Fonte: SIGRH, 2014.

Segundo a Figura 70, pode-se observar um aumento considerável, no ano de 2013, no número de aposentadorias: foram 493 servidores aposentados. Destarte, a média dos últimos 04 anos resulta em 349 servidores que se aposentam anualmente.

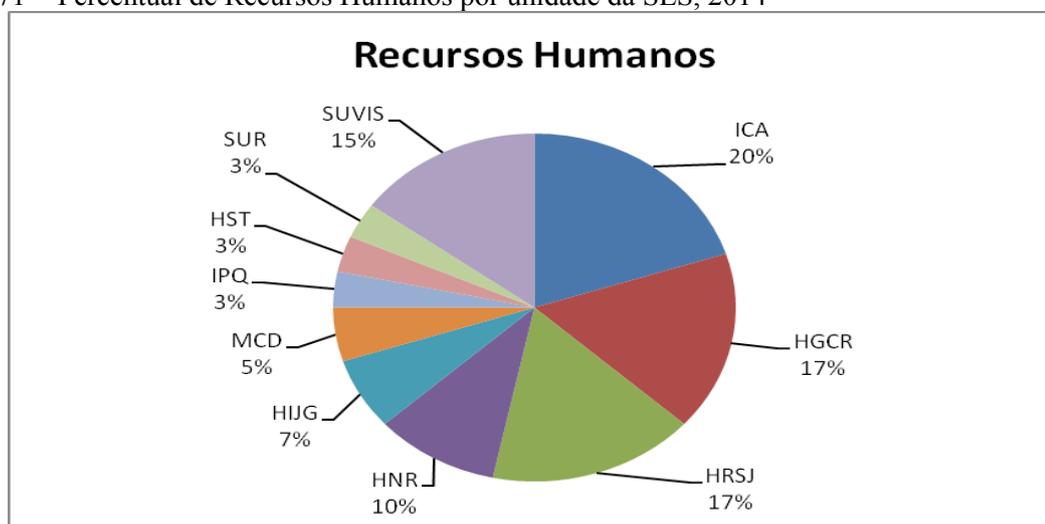
Para a reposição desse pessoal, observa-se a mesma normativa de avaliação do Grupo Gestor da exoneração, sendo que a reposição de forma imediata ocorre apenas para desistentes ou exonerados de concurso vigente, casos que não necessitam de encaminhamento para o Grupo.

Outro problema encontrado trata-se da falta de capacitação destinada às Unidades Administrativas Descentralizadas de Gestão de Pessoas (UADGP) da Grande Florianópolis, haja vista que a rotina de trabalho não inclui treinamento sobre as novas legislações e os procedimentos que interferem na área.

Anualmente percebem-se alterações nas legislações ou novos serviços sobre os quais a área de Gestão de Pessoas precisa ter conhecimento para repassar aos servidores informações sobre os diversos assuntos que compreendem o setor, dentre eles aposentadoria, averbação, insalubridade e progressão funcional. Muitas vezes os servidores não realizam os trâmites necessários dentro do prazo por falta de conhecimento e, se o profissional de gestão de pessoas que se situa mais próximo não os atualizar, prestando as informações corretas e listando os documentos necessários, prejudica-se o recebimento correto de determinados benefícios, acarretando insatisfação e perdas financeiras.

Considerando as unidades da Grande Florianópolis, na Figura 71 constam representados os 60 servidores que atuam na área de Recursos Humanos (RH), divididos por hospitais, maternidade, institutos e superintendências.

Figura 71 – Percentual de Recursos Humanos por unidade da SES, 2014



Fonte: SIGRH; DIGP, 2014.

Em análise à Figura 71, observa-se que 54% dos servidores integrantes da UADGP estão concentradas no Instituto de Cardiologia, no Hospital Governador Celso Ramos e no Hospital Regional São José Dr. Homero de Miranda Gomes.

Cabe ressaltar que os 15% dos servidores da Superintendência de Vigilância em Saúde (Suvis), considerados na figura supracitada, compreendem as Diretorias de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Assistência Farmacêutica e do Laboratório Central; nesta última foram reagrupados à Superintendência hierarquicamente vinculada.

Vale destacar que não foram considerados os servidores que atuam no Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon), no Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (Hemosc) e no Hospital Florianópolis (HFL), tendo em vista que eles estão sob a gestão de Organizações Sociais.

Por fim, salienta-se novamente a importância de manter atualizados os servidores da área de Gestão de Pessoas, a fim de que possam também sanar as suas dúvidas e repassar as informações de maneira mais segura e adequada aos servidores de toda a Secretaria. É essencial que aprendam constantemente as mudanças de procedimentos e como utilizar os sistemas vigentes.

Ao considerarmos a Secretaria de Estado da Saúde como a articuladora de políticas estaduais para os trabalhadores de saúde no âmbito do SUS, não há atualmente qualquer ação ou planejamento em relação a esse segmento.

2.6.10 Educação Permanente

O papel da SES, a partir da Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), consiste em fomentar a política de formação, tanto como política de estado quanto para os serviços próprios da rede estadual de assistência hospitalar e serviços especializados; para isso a SES conta com uma Escola de Formação em Saúde e uma Escola de Saúde Pública.

Outras ações são desenvolvidas, entre elas a coordenação, o monitoramento e a avaliação das atividades como estágios curriculares e não curriculares, o desenvolvimento de residências médicas, o incentivo ao desenvolvimento de residência multiprofissional, a formação e o aperfeiçoamento de nível técnico e superior e a pesquisa para o SUS, preservando sempre os aspectos éticos das pesquisas por meio do Comitê de Ética.

Há também o desenvolvimento do Programa Novos Valores, que tem como objetivo assegurar ao estudante a oportunidade de trabalho pela aplicação prática do conhecimento teórico inerente à sua área de formação, as Políticas de Educação Permanente em Saúde e de

Humanização da Atenção e da Gestão no SUS, consideradas políticas transversais, a Comissão dos Programas de Provimento Médico (Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica – Provab – e Programa Mais Médicos) e o desenvolvimento e a manutenção do ambiente virtual de aprendizagem, este em compasso com as mais atuais tecnologias de *e-learning*.

Considerando-se a convergência das duas políticas transversais, estão em implementação a Comissão de Apoio Estadual à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH), bem como os Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU). Constituídos por diferentes atores sociais (trabalhadores, ensino, gestão, usuários) e os diversos níveis de atenção, setores e coletivos (comitês, comissões, câmaras técnicas, grupos de trabalho, entre outros) os NEPSHU são instituídos como uma instância colegiada com a finalidade de elaborar, planejar, apoiar e executar de modo articulado as propostas que envolvem ações de educação e humanização na saúde em âmbito municipal ou regional.

A articulação de colegiados tais como o Colegiado Estadual de Humanização, a Comissão de Articulação entre as políticas de Educação Permanente em Saúde e Humanização, o Grupo de Trabalho de Contrapartida dos Estágios e o Grupo de Trabalho de Construção do Plano Estadual de Saúde também são ações desenvolvidas. Mesmo dessa forma, percebe-se ainda certa limitação na compreensão e na prática do marco teórico/metodológico da PNEPS e da PNH, o que ocasiona dificuldades de implementação e realização das ações de qualificação de processos para a produção de saúde no âmbito da gestão do SUS.

Acompanhando o processo de regionalização, há a coordenação da Comissão de Provimento de Profissionais de Saúde – Programa Mais Médicos (PMM) e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). São ações que permitem a qualificação do SUS, viabilizando a formulação de produção de saúde que expresse as necessidades reais da população, captadas por meio de canais de participação direta como as conferências de saúde, os conselhos de saúde existentes em todas as esferas de gestão e os demais arranjos.

Como problemas ligados à efetivação das ações, pode-se elencar prioritariamente a falta de análise sobre as demandas de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) no estado, com processos de formação/educação sobrepostos e verticalizados que resultam no distanciamento do cotidiano de trabalho, e também na ausência de metodologias de monitoramento e avaliação das ações de EPS e de outras políticas.

2.6.10.1 Política de Educação Permanente em Saúde

Consiste na coordenação, articulação e condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em âmbito estadual, dentro da lógica das dezesseis Regiões de Saúde. São desenvolvidas ações de elaboração de planos de ação e pactuação de recursos, bem como o planejamento e a coordenação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) estadual, a organização de eventos estaduais de Educação Permanente em Saúde (EPS) e o assessoramento às dezesseis CIES regionais.

Assim, foram realizadas atividades de monitoramento e avaliação das ofertas de educação permanente na forma pontual e/ou atualizações na realização da IV Oficina para Elaboração de Estratégias de Avaliação das Ações de Educação Permanente em Saúde durante o período 2012 a 2014.

No Quadro 33, apresenta-se o número de pessoas que concluíram ações de educação permanente por município e Região de Saúde.

Quadro 33 – Ações desenvolvidas nas dezesseis CIES com o total de concluintes entre os anos de 2012 a 2014

Local	Região de Saúde/Instituição	Concluintes
Criciúma	Região de Saúde Carbonífera	750
Videira	Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe	983
São Miguel do Oeste	Região de Saúde Extremo Oeste	185
Itajaí	Região de Saúde Foz do Rio Itajaí	249
Florianópolis	Região de Saúde Grande Florianópolis	178
Joaçaba	Região de Saúde Meio Oeste	1.248
Mafra/Canoinhas	Região de Saúde Norte	781
Joinville	Região de Saúde Nordeste	680
Chapécó	Região de Saúde Oeste	1.075
Xanxerê	Região de Saúde Xanxerê	619
Tubarão	Região de Saúde Laguna	135
Concórdia	Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense	825
Blumenau	Região de Saúde Médio Vale do Itajaí	286
São José	Escola de Formação em Saúde (EFOS)/ Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS)	3.460
Blumenau	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS)	1.353
Florianópolis	Escola de Saúde Pública (ESP/DEPS)	1.084
Lages	Região de Saúde Serra Catarinense	1.784
Florianópolis	Divisão de Educação Permanente (DEP)	307

Fonte: DEP/DEPS, 2015.

2.6.10.2 Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS-PNH

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH) no estado conta com o apoio do Colegiado Gestor Estadual, que tem por finalidade a implementação da PNH de forma transversal e descentralizada.

No levantamento das ações de humanização em 2014, obtiveram-se 100 registros, relativos a 67 municípios que realizam ações de humanização. A abrangência predominante das ações é de Atenção Básica, seguidas de Atenção Hospitalar, em que o maior número de temas se relaciona às ações com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede Cegonha, desenvolvidas pelos Grupos de Trabalho de Humanização. As ações de maior destaque são de acolhimento e de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com a sinalização dos participantes, a capilarização da humanização depende da ampliação do conhecimento a respeito da Política Nacional de Humanização, junto às equipes e gestores, e da articulação com ações da Educação Permanente em Saúde.

Há ainda a participação nos Grupos de Trabalho Educação Permanente/PNH, que articulam a política de humanização e de educação permanente prestando apoio aos núcleos das dezesseis Regiões de Saúde de Santa Catarina e no Grupo de Trabalho da Contrapartida, buscando alternativas em consonância com princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização.

As reuniões do Colegiado Gestor Estadual de Humanização ocorrem de forma itinerante nas Regiões de Saúde, bem como ocorrem também visitas técnicas, de apoio e acompanhamento a projetos de ambiência. Há ainda participação em pesquisas multicêntricas, apoio a ações em unidades próprias e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde.

O Quadro 34 traz o demonstrativo dos cursos realizados em 2013 e 2014.

Quadro 34 – Cursos de formação em PNH em Santa Catarina, em 2013 e 2014

CURSO	METODOLOGIA	PARTICIPANTES	REG.	HORAS	RECURSO	RAS
Formação I PNH - Princípios, Diretrizes e Dispositivos 2013	11 encontros presenciais, encontro mensal, 10% EAD www.redehumaniza.net	35	10	120	0,00 Facilitadores SES e MS Apoio ESP	RAPS cegonha RUE
CURSO	METODOLOGIA	PARTICIPANTES	REG.	HORAS	RECURSO	RAS
Formação II Processo de formação- intervenção em humanização 2014	08 encontros presenciais, encontro mensal, 10% EAD www.redehumaniza.net	30	10	60 h	Fonte 100 2.800,00 Facilitadores SES e MS Apoio EFOS	RAPS cegonha RUE Pessoas com deficiência

Fonte: DEPS/SES/SC, 2015.

Legenda: RUE = Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Outra ação consiste em realização de Mostras da PNH, que ocorreram nas cidades de São José e Palhoça, conforme o Quadro 35:

Quadro 35 – Mostras PNH realizadas em Santa Catarina, de 2012 a 2014

MOSTRA	TEMA	Nº pessoas	RECURSO	Regiões de Saúde atendidas	RAS
I Mostra 2012 São José	A PNH no estado de Santa Catarina (SC) PNH e RAS	125	Fonte 100 R\$ 7.800,00	13	RAPS cegonha RUE
II Mostra	Experiências do SUS que dá	104	00,00	15	RAPS

2013 São José	certo: Tenda do Conto e Cogestão				cegonha RUE
III Mostra 2014 Palhoça	Populações estratégicas e vulneráveis e a humanização da saúde: que conversa é essa?	120	Fonte 100 R\$ 6.900,00	14	RAPS cegonha RUE

Fonte: DEPS/SES/SC, 2015.

2.6.10.3 Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. Osvaldo de Oliveira Maciel

A Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. Osvaldo de Oliveira Maciel (ESP/SES/SC) tem por objetivo “promover a educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, visando à produção do conhecimento e o aprimoramento do sistema, contribuindo para a efetivação do direito à saúde do cidadão” e como eixos norteadores:

1. Gestão do Trabalho no SUS;
2. Atenção na Saúde;
3. Controle Social;
4. Vigilância em saúde;
5. Humanização como Política Transversal.

Desde a sua criação, a ESP/SES/SC obteve, junto ao Conselho Estadual de Educação, autorização para dez projetos de cursos de pós-graduação *lato sensu*. Destes, seis cursos já foram realizados pelo menos uma vez e quatro ainda não foram ofertados.

Cursos de Pós-Graduação *lato sensu* já realizados pela ESP/SES/SC:

1. Pós-graduação *lato sensu* em Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde (Gerus);
2. Pós-graduação *lato sensu* em Saúde do Trabalhador;
3. Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública;
4. Pós-graduação *lato sensu* em Gestão da Informação;
5. Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Atualmente estão em execução a turma II de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (etapa final) e as turmas II (etapa final) e III (etapa inicial) de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Os cursos de pós-graduação *lato sensu* já autorizados pelo CEE, mas não realizados ainda pela ESP/SES/SC são:

6. Pós-graduação *lato sensu* em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde;
7. Pós-graduação *lato sensu* em Redes de Atenção à Saúde;
8. Pós-graduação *lato sensu* em Vigilância em Saúde;

9. Pós-graduação *lato sensu* em Dependência Química;
10. Pós-graduação *lato sensu* em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria dos Sistemas de Saúde.

Além de cursos de pós-graduação (Quadro 36), há oferta de cursos de capacitação próprios ou em conjunto com outros setores da SES, pesquisas na área da saúde pública, o Museu Virtual em Saúde Pública e uma Revista de Saúde Pública, a qual é publicada trimestralmente e terminou o ano de 2014 com o volume 07.

Quadro 36 – Atividades Desenvolvidas ESP em Santa Catarina, de 2012 a 2015

ações/ ANO	ATIVIDADE	RAS	REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE PARTICIPANTES	RECURSOS FONTE/VALOR
Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> / 2013-2014	Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Turma 2 (465 h)	Estado da arte da Rede de Atenção Psicossocial	Xanxerê: 1 Alto Uruguai Catarinense: 1 Alto Vale do Rio do Peixe: 1 Foz do Rio Itajaí: 2 Alto Vale do Itajaí: 1 Médio Vale do Itajaí: 5 Grande Florianópolis: 15 Laguna: 2 Carbonífera: 1 Planalto Norte: 1 Serra Catarinense: 2	32	SICONV/MS R\$ 139.750,00
	Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Turma 2 (400 h)	RPS Atenção à Saúde das Pessoas com Afecções Crônicas RUE Saúde das Pessoas com Deficiências	Xanxerê: 1 Foz do Rio Itajaí: 4 Médio Vale do Itajaí: 2 Grande Florianópolis: 20 Laguna: 3 Nordeste: 2 Planalto Norte: 2	34	SICONV/MS R\$ 239.350,00
Curso de pós-graduação <i>lato sensu</i> / 2014-2015	Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Turma 3 (440 h)	RPS Atenção Afecções Crônicas RUE Saúde das Pessoas com Deficiências	Alto Vale do Rio do Peixe: 1 Grande Florianópolis: 22 Laguna: 1 Carbonífera: 1 Nordeste: 1 Serra Catarinense: 1	27	ENSP/ FIOCRUZ/MS R\$ 120.000,00
Curso de capacitação/ 2012	Curso de formação de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (56 h)	Estado da arte da Rede de Atenção Psicossocial	Xanxerê: 3 Oeste: 1 Alto Vale do Rio do Peixe: 1 Foz do Rio Itajaí: 1 Médio Vale do Itajaí: 4 Grande Florianópolis: 4 Carbonífera: 3 Nordeste: 6 Planalto Norte: 1 Serra Catarinense: 4	28	MS R\$ 149.500,00

ACÇÕES/ ANO	ATIVIDADE	RAS	REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE PARTICI- PANTES	RECURSOS FONTE/VALOR
Curso de capacitação/ 2013	Qualiconselhos 116 horas (80h – EAD + 36h – presencial)	RAPS Cegonha Atenção à Saúde das Pessoas com Afecções Crônicas RUE Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiências	Extremo Oeste: 5 Xanxerê: 13 Oeste: 14 Alto Uruguai Catarinense: 1 Meio Oeste: 29 Alto Vale do Rio do Peixe: 8 Foz do Rio Itajaí: 4 Alto Vale do Itajaí: 20 Médio Vale do Itajaí: 36 Grande Florianópolis: 6 Laguna: 4 Carbonífera: 8 Extremo Sul Catarinense: 1 Nordeste: 15 Planalto Norte: 37 Serra Catarinense: 13	214	ENSP/ FIOCRUZ/MS R\$
Cursos de capacitação/ 2014	Curso de aperfeiçoamento em Crack para Médicos e Enfermeiros na ESF e Outros Profissionais Atuantes nos NASF / (64 horas)	Estado da arte da Rede de Atenção Psicosocial	Região de Saúde Grande Florianópolis	14	SENAD/Federal R\$ 239.000,00
	Curso de atualização em Gerenciamento de Casos e Reinserção Social de Usuários de Crack e Outras Drogas para Profissionais das Redes SUS e SUAS / (64 horas)			22	
	Curso de atualização em Atenção Integral para Usuários de Crack e Outras Drogas para Profissionais Atuantes em Hospitais Gerais / (64 horas)			9	
	Curso de atualização sobre Intervenção e Aconselhamento Motivacional em Crack e Outras Drogas para Agentes Comunitários de Saúde e Redutores de Danos e Outros Agentes Sociais / (64h)			16	
	Curso de aperfeiçoamento em Crack e Outras Drogas para Agentes dos Sistemas Judiciários, Policial, Ministério Público e Entidades que Atuam no Atendimento/Apoio a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas, com Privação de Liberdade / (68 h)			27	
	Curso de Aperfeiçoamento em			13	

ACÇÕES/ ANO	ATIVIDADE	RAS	REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE PARTICI- PANTES	RECURSOS FONTE/VALOR
	Crack e Outras Drogas para Profissionais da Educação e Comunidade em Geral / (64 h)				

Fonte: ESP, 2015.

A Revista de Saúde Pública de Santa Catarina (RSP) tem como objetivo divulgar informações relevantes na área de Saúde Pública, promovendo a integração de discentes, docentes e pesquisadores da ESP, bem como dos servidores técnico-administrativos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). A RSP vem propiciando, ao longo dos anos, o acesso a relatos de experiências e resultados de pesquisa, a troca de informações e o debate sobre questões atuais e temas emergentes na área.

A 1ª edição impressa (semestral) da Revista de Saúde Pública de SC foi publicada em janeiro/junho de 2008, e passou a ser disponibilizada on-line em 1º de dezembro de 2008. Atualmente, o número de acessos da RSP é de 300 e as edições são quadrimestrais, abrangendo as seguintes oito áreas temáticas: Interdisciplinar, Enfermagem, Psicologia, Ciências Ambientais, Medicina I, Saúde Coletiva, Educação e Engenharias III. De acordo com a classificação do Sistema Qualis Capes, a RSP enquadra-se na categoria Qualis B5 Nacional.

No tocante às Redes de Atenção à Saúde, em 2012 houve a publicação de cinco artigos referentes à Rede de Atenção Psicossocial e cinco artigos sobre a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Afecções Crônicas. Em 2013, houve a publicação de quatro artigos referentes à Rede de Atenção Psicossocial e seis artigos sobre a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Afecções Crônicas. Já em 2014, houve a publicação de um artigo referente à Rede de Atenção Psicossocial; três artigos sobre a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Afecções Crônicas e um artigo a respeito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

No setor de Biblioteca da Escola de Saúde Pública, desde 2008, foram atendidos 144 usuários e realizados 832 empréstimos, com um total de 261 usuários cadastrados e um Museu criado em 2008 com o intuito de resgatar a memória da Saúde Pública no estado de SC, por meio de documentos, fotos, pesquisas e objetos históricos, assim como para compor um acervo que permanecesse exposto para o público que frequenta a Biblioteca.

Em 2012, com a criação da nova página virtual da Escola, foram criados *links* de pesquisa de documentos e fotos caracterizando um novo modelo de visualização dessa memória, assim chamado de Museu Virtual.

2.6.10.4 Escola de Formação em Saúde (EFOS)

As ações da EFOS estão voltadas para a qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a Escola atua em treze Regiões de Saúde de sua abrangência: Extremo Oeste, Xanxerê, Oeste, Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Grande Florianópolis, Laguna, Carbonífera, Extremo Sul, Nordeste, Planalto Norte e Serra Catarinense. As demais três Regiões de Saúde são abrangidas pela Escola Técnica do SUS vinculada ao município de Blumenau. As fontes dos recursos são o Ministério da Saúde e contrapartidas do estado, por meio de portarias ou convênios.

Apesar dos esforços das entidades envolvidas para que a EFOS ofereça cursos de formação nas diversas Regiões de Saúde, existem muitas dificuldades encontradas no cumprimento da legislação em vigor para conseguir a autorização para o funcionamento dos cursos em municípios que não sejam o da sede da escola. Assim, por vezes é necessário remanejar cursos já articulados para uma determinada região para outra, por não se ter conseguido toda a documentação necessária, levando a morosidade na sua oferta.

Cabe destacar que ficou sob a responsabilidade da EFOS a coordenação no estado de Santa Catarina do Projeto Caminhos do Cuidado – Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) do Ministério da Saúde, tendo como público-alvo os Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos em Enfermagem da Atenção Básica; tendo sido alcançados 100% da meta prevista, com o número de 11.406 participantes.

Conforme o Quadro 37, de 2012 a 2015 a EFOS ofereceu 184 turmas em 12 cursos, qualificando 4.641 profissionais.

Quadro 37 – Cursos de formação e capacitação oferecidos pela EFOS em Santa Catarina

REGIÃO DE SAÚDE	AÇÕES	RAS	Nº de TURMAS	Nº DE PARTICIPANTES
ALTO URUGUAI CATARINENSE	FORMAÇÃO PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) 400h	TODAS	4	121
	CAPACITAÇÃO AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE) E AGENTE QUE ATUAM EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE		1	34
	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	7	145
	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	34
	ESPEC. PÓS-TÉCNICO EM SAÚDE MENTAL	RAPS	1	18
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	TODAS	1	28
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	12	348
	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	21
CARBONÍFERA	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	9	208
	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	33
EXTREMO OESTE	FORMAÇÃO PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) 400h	TODAS	6	173
	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	12	306
	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	24
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	TODAS	1	25
EXTREMO SUL	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	24
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	TODAS	1	30
	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	1	22
GRANDE FLORIANÓPOLIS	FORMAÇÃO PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) 400h	TODAS	1	26
	CAPACITAÇÃO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) 40H	TODAS	10	276
	CAPACITAÇÃO AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE) E AGENTE QUE ATUAM EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE		2	55
	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	18	424
	ESPECIALIZAÇÃO PÓS-TÉCNICO EM SAÚDE DO IDOSO	RAPS; pessoas com afecções crônicas, RUE e pessoas com deficiência	1	17
	ESPECIALIZAÇÃO PÓS-TÉCNICO EM SAÚDE MENTAL	RAPS	2	50
ESPECIALIZAÇÃO PÓS-TÉCNICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	RUE	2	45	

REGIÃO DE SAÚDE	AÇÕES	RAS	Nº de TURMAS	Nº DE PARTICIPANTES
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM – COMPLEMENTAÇÃO	TODAS	1	15
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	TODAS	3	72
	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	TODAS	1	22
	TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE		1	13
LAGUNA	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	26
MEIO OESTE	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	7	192
	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	25
	FORMAÇÃO PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) 400h	TODAS	1	38
NORDESTE	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	21	405
	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	33
	ESPECIALIZAÇÃO PÓS-TÉCNICO EM SAÚDE MENTAL	RAPS	1	28
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM – COMPLEMENTAÇÃO	TODAS	1	22
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	TODAS	1	16
OESTE	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	6	159
	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	39
PANALTO NORTE	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	19	474
	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	28
SERRA CATARINENSE	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	12	311
	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	22
XANXERÊ	CAPACITAÇÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA	RAPS	5	185
	CAPACITAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	TODAS	1	29
	TOTAL		184	4.641

Fonte: EFOS/SC.

O Quadro 38 mostra os cursos em andamento em 2015, totalizando 12 turmas, atualmente com 302 alunos.

Quadro 38 – Cursos de formação e capacitação em andamento na EFOS, em 2015

REGIÃO DE SAÚDE	AÇÕES	RAS	Nº DE TURMAS	Nº DE PARTICIPANTES
ALTO URUGUAI CATARINENSE	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	TODAS	1	28
	TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE		1	7
EXTREMO SUL	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	TODAS	1	30
GRANDE FLORIANÓPOLIS	CAPACITAÇÃO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA	RUE	1	30
	ESPECIALIZAÇÃO PÓS-TÉCNICO EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS		1	30
	ESPECIALIZAÇÃO PÓS-TÉCNICO EM SAÚDE DO IDOSO	RAPS; RUE Afecção Crônica, Deficiência	1	18
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	TODAS	4	104
NORDESTE	TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE		1	21
SERRA CATARINENSE	CAPACITAÇÃO AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE) E AGENTE QUE ATUAM EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE		1	34
	TOTAL		12	302

Fonte: EFOS/SC.

No intuito de fortalecer as Escolas Técnicas do SUS, a ampliação da EFOS encontra-se em andamento, com repasse de recursos do Ministério da Saúde e contrapartida do estado; sua área física será reestruturada para oferecer uma quantidade maior de cursos, buscando ainda mais qualidade nas suas ações. É necessário o contínuo repasse de recursos financeiros para o desenvolvimento das formações e capacitações.

2.6.10.5 Residência médica

Nessa área são responsabilidades a organização e realização dos processos seletivos dos Médicos Residentes, bem como dos trâmites que envolvem as deliberações advindas da Comissão Central de Residência Médica e as demais atribuições que envolvem os médicos residentes.

As maiores dificuldades elencadas dizem respeito à estrutura física oferecida aos residentes, à qualidade e quantidade dos equipamentos disponíveis para o desenvolvimento eficaz dos Programas de Residência Médica (PRM) e à escassa possibilidade de capacitação científica dos médicos. Além disso, há a desarticulação com os programas e as políticas de saúde das diferentes esferas de governo.

A proposta é disponibilizar recursos financeiros para o aperfeiçoamento científico e técnico dos supervisores e preceptores das unidades hospitalares da SES, especialmente as que possuem PRM, com foco na interiorização da atuação médica no estado.

Ainda é necessário credenciar novos Programas de Residência Médica (PRM) em áreas como, por exemplo, saúde da família, cirurgia de coluna, pediatria, anestesiologia e cirurgia do aparelho digestivo, e analisar a necessidade do SUS em termos de novas especialidades a serem credenciadas na Comissão Nacional de Residência Médica.

A possibilidade de criação de um processo seletivo para médico residente unificado no estado precisa ser apreciada, bem como o aperfeiçoamento desses médicos no Sistema Único de Saúde em Epidemiologia, Bioética, Estatística e, principalmente, nos programas e políticas públicas de saúde.

Conta-se com a participação da Associação Catarinense de Medicina (ACM) na realização das provas de avaliação de conhecimento, por meio de licitação de empresa e, também, na organização de processos como: programas com pré-requisitos em 2013 e avaliação de conhecimento da ACM em 2014. O convênio entre a SES e a ACM possibilitou a criação de um processo seletivo para médico residente unificado nos estados de SC e Rio Grande do Sul, priorizando a qualidade do processo. Com essa parceria também foi possível organizar o 1º encontro de médicos residentes da SES, financiado pela ACM.

Outra mudança ocorrida nos últimos anos foi a redução do percentual de comprometimento financeiro da SES-SC com relação às bolsas de estudos. Alguns programas de RM estão utilizando os recursos remanescentes da economia decorrente de programa específico de incremento de qualidade. Dessa forma, com os novos programas e o aumento de vagas serão utilizadas as bolsas federais do Programa Pró-Residência. Com isso, projeta-se, para um prazo de quatro anos, atingir o financiado de 80% do programa estadual pelo Pró-Residência, obtendo-se, assim, uma redução de 20 a 30% a cada ano do comprometimento da SES com os recursos financeiros destinados ao programa de residência.

O programa de residência médica é realizado em 12 unidades hospitalares e contempla 371 médicos, com o incremento de 47 residentes a partir de 2014 com um custo/ano de R\$ 10.868.110,00 (dez milhões, oitocentos e sessenta e oito mil, cento e dez reais).

2.6.10.6 Residência multiprofissional

O programa de residência multiprofissional aconteceu em parte no ano de 2014, com a criação da residência multiprofissional em saúde materno-infantil (Rede Cegonha) no município de Joinville, realizada nas dependências da Maternidade Darcy Vargas.

As demais propostas, como a criação de residência multiprofissional em saúde mental na Grande Florianópolis e outras que atendam à área temática das redes de saúde, ainda não foram contempladas, já que se busca maior valorização da preceptoría no processo.

2.6.10.7 Programa Novos Valores

A partir do trabalho conjunto entre a Secretaria de Estado da Administração (SEA) e a Secretaria de Estado da Educação (SED), o programa tem por objetivo assegurar ao estudante a oportunidade de trabalho pela aplicação prática do conhecimento teórico inerente à sua área de formação.

Desde então, 434 estudantes tiveram a oportunidade de estagiar em 13 unidades da rede de serviços próprios da SES e da Administração Central. Desse total, atualmente 200 estagiários estão em atividade, como mostra o Quadro 39.

Porém, as chamadas até o presente momento não foram abertas pela Secretaria da Educação; algumas unidades/hospitais/Gerências de Saúde não possuem estagiários e/ou estão com números aquém das vagas disponíveis.

Quadro 39 – Número de estagiários e encargos da SES, entre 2012 e 2015

Ano	Estagiários	RAS	Encargos com estagiários (R\$)
2012	243	Diversas	1.405.939,54
2013	239		1.508.672,63
2014	206		1.330.810,02
2015	153		86.593,27 (até março)

Fonte: PNV/DEPS

2.6.10.8 Atenção ao servidor

A Política Estadual de Capacitação tem como diretriz proporcionar condições para que o servidor público venha a ser agente de sua própria capacitação, nas áreas de interesse do respectivo órgão, devendo este promover, divulgar e possibilitar o acesso dos servidores e dirigentes às ações contínuas de capacitação, com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços públicos prestados aos cidadãos.

Esse plano vem sendo realizado anualmente, porém sua aprovação necessita de manifestações do titular do órgão para a garantia de recursos financeiros, fato que dificulta sua operacionalização.

No período compreendido entre 2012 e 2015, a divisão colaborou com a realização de projetos de aperfeiçoamento diversos, o projeto de curso introdutório para os servidores da

SES, a participação na programação anual de homenagem para os servidores que completam 30 anos de serviço público na SES, e a elaboração e emissão de pareceres para autorizações de afastamento para pós-graduação em eventos no exterior.

As atividades de aperfeiçoamento são realizadas pelas unidades, já que os critérios para remuneração do facilitador/professor estão inviabilizados. Sendo assim, essa demanda é atendida pelo recurso de contrapartida dos estágios nas unidades da SES.

Na atenção às unidades próprias da SES, os trabalhadores, gestores e usuários são ouvidos para a realização de plano de ação que apresente as reais necessidades de Educação Permanente em Saúde, a fim de mudar a tradição de capacitações (pontuais) por um processo formativo que aproxime ensino e serviço. Dessa forma, a DEPS fortalece e inter-relaciona as ações dos núcleos de educação permanente em saúde com as da Comissão de Residência Médica (Coreme) e as dos centros de estudos vinculados à SES.

Outro ponto importante diz respeito à construção de espaços de discussão em relação à Sistematização da Assistência à Saúde por parte das mais diversas profissões, com foco na Enfermagem nas unidades próprias da SES.

Essas ações relacionadas à organização do trabalho profissional quanto a método, pessoal e instrumento tornam possíveis a operacionalização do processo de trabalho, que orienta o cuidado profissional e a documentação da prática profissional.

2.6.10.9 Estágio curricular obrigatório nas unidades de saúde

No período compreendido entre 2012 e 2015, 12 unidades da SES/SC receberam aproximadamente 6.000 estagiários na modalidade “estágios obrigatórios”, provenientes de vinte e quatro instituições de ensino cadastradas, oriundos de oito diferentes cursos de nível técnico-profissionalizante, e dezesseis de graduações superior e pós-graduação dos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

A partir de janeiro de 2011, as contrapartidas das instituições de ensino ocorrem por meio de ressarcimento ao erário público relativo aos custos com seus respectivos alunos durante as atividades de estágio obrigatório.

A análise situacional demonstra muitos desafios, principalmente no que se refere ao modelo de contrapartida proposto, o que requer um controle efetivo visando ao cumprimento de todas as determinações descritas nos Termos de Cooperação Técnica. A fim de buscar alternativas, foi criado o Grupo de Apoio às contrapartidas das instituições de ensino, o qual

terá como atribuição a organização de educação permanente que atenda às necessidades das unidades da SES.

2.6.10.10 Serviço de atenção à solicitação de eventos

O Serviço de atenção à solicitação de eventos à SES, ligado diretamente à Direção da Secretaria, desenvolve as funções de receber, organizar e elaborar pareceres com encaminhamentos das solicitações de apoio a eventos externos, tanto para servidores como para instituições que solicitam apoio para a SES.

Também é responsável por encaminhar os processos aprovados das solicitações por parte dos servidores para participarem em eventos externos para a apreciação do Grupo Gestor de Governo e acompanhar as tramitações para prestar informação aos servidores sobre o andamento dos processos de participação em eventos externos.

A contenção de despesas implantada pelo Governo reflete na dificuldade de aprovação das solicitações de servidores para participarem de eventos externos (feiras, congressos, cursos, encontros etc.).

No Quadro 40, consta a série histórica relativa ao investimento em eventos externos pela SES.

Quadro 40 – Eventos atendidos pela SES entre 2012 e 2015

ANO	QUANTIDADE SERVIDORES	QUANTIDADE EVENTOS	INVESTIMENTO (R\$)
2012	255	22	126.709,34
2013	272	17	159.493,44
2014	411	47	340.899,94
2015	36	26	22.377,23

Fonte: DEPS/SES, 2015.

2.6.10.11 Programas de Provimento de profissionais de Saúde (Programa Mais Médicos e Provab)

O Programa de Valorização do Profissional na Atenção Básica (Provab), criado pela Lei nº 11.129/2005, e o Programa Mais Médicos (PMM), criado pela Lei nº 12781/2013, são coordenados pela Comissão de Coordenação Estadual do Provab e PMM, e apoiados por meio de estrutura física e coordenação da DEPS.

A comissão, instância de caráter decisório, é formada por representantes do estado, do Ministério da Saúde, da Atenção Básica, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Telessaúde, da PNH, do Cosems, de Instituições de Ensino Superior e Secretários Municipais. Tem poder deliberativo para decisões que envolvem as ações dos médicos bolsistas no estado.

Atualmente, o Ministério da Saúde unificou os dois programas, lançando o Edital nº 02/2015 para chamamento de profissionais médicos para o estado, sendo 456 profissionais que atendem em 209 municípios catarinenses.

Santa Catarina conta com o trabalho dos seguintes profissionais médicos: 48 brasileiros que se formaram no Brasil; 91 brasileiros com formação no exterior e intercambistas – estrangeiros com formação no exterior; 317 médicos cooperados (OPAS/CUBA), perfazendo um total de 550 médicos. Todos os profissionais são lotados nos serviços de Atenção Básica, cumprem uma carga horária de 32 horas semanais e 08 horas (compulsórias) destinadas ao curso de especialização desenvolvido pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

2.6.10.12 Ciência e tecnologia (C&T)

Com o objetivo de desenvolver ações de orientação, financiamento, produção e incorporação de tecnologias que contribuam para a resolução de problemas de saúde da população catarinense, a área tem a competência de:

- Definir, implementar e acompanhar o modelo de gestão para ações de fomento científico e tecnológico para o SUS no âmbito estadual.
- Articular os sistemas estaduais de saúde e de Ciência e Tecnologia, para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.
- Planejar o desenvolvimento de ações relacionadas a pesquisas na área da saúde, no âmbito estadual, em consonância com as diretrizes nacionais.

Um dos programas de C&T consiste no Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS).

Com gestão compartilhada em saúde, o PPSUS foi desenvolvido em parceria com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIES/MS), o Conselho Nacional de Pesquisas Científicas e Tecnológicas (CNPq) e a Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina (FAPESC).

As atividades dos anos de 2012 a 2014 são apresentadas no Quadro 41.

Quadro 41 – Relação das ações PPSUS com RAS e Regiões de Saúde em Santa Catarina

ACÇÕES	ATIVIDADE	RAS	REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE PARTICIPANTES	VALOR/FONTE
Parceria com a FAPESC no PPSUS 2012	Organização da oficina de seleção de prioridades em pesquisas para o SUS; Participação da comissão de Especialistas; Composição do comitê gestor; Organização/Participação do seminário de acompanhamento e avaliação das pesquisas; Elaboração de relatórios ao DECIT/SCTIE/MS; Disseminação na esfera estadual dos resultados das pesquisas.	5 RAS	Estadual	Quantidade de processos aprovados: 12	R\$ 1 milhão Fonte 100
Parceria com a FAPESC no PPSUS 2013	Idem anterior	5 RAS	Estadual	Quantidade de processos aprovados: 33	R\$ 500 mil Fonte 100
Parceria com a FAPESC no PPSUS 2014	Idem anterior	5 RAS	Estadual	-	-

Fonte: ESP

Outra importante ação consiste no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (Cepses-SC). Em 2014, o CEPSES-SC solicitou a renovação do seu registro na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e conseguiu a sua aprovação. Sendo assim, o Cepses-SC está apto a funcionar por mais três anos, conforme informado na Carta Circular nº 220/2014 – Conep/CNS/GB/MS de 19 de dezembro de 2014.

No tocante às Redes de Atenção à Saúde, em 2012, houve seis pareceres consubstanciados referentes à Rede de Atenção Psicossocial e cinco da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Afecções Crônicas. Em 2013, houve seis pareceres consubstanciados referentes à Rede de Atenção Psicossocial, sete da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Afecções Crônicas e um da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Em 2014, foram realizados 55 pareceres referentes à Rede de Atenção Psicossocial, dois referentes à Rede Cegonha, 32 da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Afecções Crônicas, 10 da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e um da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiências.

2.6.11 Consultoria jurídica

A Consultoria Jurídica (Cojur) da SES é um órgão setorial ao qual compete programar, organizar, orientar, coordenar, executar e controlar as atividades relacionadas com os serviços jurídicos, no âmbito do órgão.

Tem ainda como ações prestar consultoria e assessoramento jurídico ao Secretário de Estado ao qual esteja administrativamente vinculado, prestar assessoria jurídica aos cargos de direção, inclusive para fins de mandado de segurança, sob a orientação da Procuradoria Geral do Estado. Analisa e lavra os instrumentos relativos a contratos, convênios e acordos; examina a legalidade dos atos administrativos; opina pela remessa de processo ao órgão central em função de sua complexidade, a critério do Secretário de Estado, desde que instruído com parecer analítico, fundamentado e conclusivo; bem como mantém atualizada a coletânea de leis, decretos, jurisprudência e outros documentos de natureza jurídica de interesse do órgão a que esteja administrativamente subordinado.

Dentro da estrutura da SES, a Consultoria está subordinada ao Gabinete, contando com dezenove (19) colaboradores, sendo treze (13) servidores concursados, quatro (04) terceirizados e dois (02) comissionados. Destaca-se que, dos servidores concursados, dez (10) ocupam o cargo de Analista Técnico de Gestão e Promoção em Saúde, na competência de Técnicos Administrativos, todos Bacharéis em Direito, dois (02) se encontram licenciados, um (01) ocupa o cargo de Procurador do Estado exercendo a função de Consultor Jurídico, um (01) ocupa o cargo de advogado (à disposição do estado de Santa Catarina) e um (01) ocupa o cargo de Assistente Jurídico da PGE, à disposição dessa pasta.

Está sob a responsabilidade da Cojur a Coordenação Multidisciplinar de Apoio Judicial (Comaj). Além dessas áreas específicas, a Consultoria Jurídica atende à demanda interna da SES, o que denominamos Consultivo, e à demanda externa, denominada de Contencioso.

O Consultivo é responsável por atender às solicitações de parecer do Gabinete e das demais Superintendências, e além das manifestações obrigatórias por lei. Além dessas atribuições, a Cojur também responde ao Ministério Público e às Defensorias Públicas. O problema principal nesse ponto é a falta de retorno dos setores técnicos desta Secretaria, no prazo imposto, assim como a qualidade dessas informações.

Em que pese estar descrito nas suas atribuições o atendimento direto às Diretorias e Gerências, em virtude da organização da pasta, que conta com as Superintendências, entende-se que todas as demandas devam tramitar pelo superior hierárquico, o qual oferecerá manifestação sobre o tema.

As solicitações de parecer chegam à Consultoria das mais diversas áreas e sobre praticamente todos os assuntos, sendo que muitas vezes a consulta elaborada carece de informações e organização para que possa ser objeto de parecer.

No que se refere à atuação do Contencioso, a Consultoria é o setor responsável pela busca das informações técnicas para envio à Procuradoria Geral do Estado para defesa em juízo, tanto em ações específicas de atendimento à saúde, como, por exemplo, o fornecimento de medicamentos e tratamentos, como também em outras demandas, como a apuração de erro médico, danos morais, ações relacionadas a servidores, dentre outras.

Em relação às ações específicas ao atendimento de saúde, as quais estão sob a coordenação da Comissão Multidisciplinar de Apoio Judicial (Comaj), foram diagnosticadas sérias fragilidades no acompanhamento e cumprimento dessas ações judiciais, resultando em prejuízo financeiro para o estado e descrédito desta Secretaria de Saúde junto a outros órgãos, como o Poder Judiciário e o Ministério Público, tanto em nível estadual como federal.

Além disso, outra fragilidade existente é a falta de monitoramento no atendimento dos usuários, acarretando má gestão das Políticas Públicas de Saúde, tendo em vista que os pacientes, apesar de serem atendidos pelo SUS, muitas vezes ficam fora da rede existente no Sistema, tanto no que se refere à inclusão nos Protocolos Clínicos e nas Diretrizes Terapêuticas, como no desrespeito às portas de ingresso como determina a legislação do SUS.

Conseqüentemente, em razão dos pontos referidos acima, há um aumento da judicialização na saúde, onerando os cofres públicos. Esse dado está comprovado pelo valor gasto em ações judiciais no ano de 2014, aproximadamente R\$ 144.000.000,00 (cento e quarenta e quatro milhões de reais), para o cumprimento de 16 mil demandas. Como comparativo, em 2010 eram 8.831 pacientes atendidos judicialmente, com um gasto aproximado de R\$ 94.000.000,00 (noventa e quatro milhões de reais).

2.6.12 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A Portaria nº 2.488/2011 define a organização da RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

Em 2012, a macrorregião Grande Florianópolis foi contemplada com o Projeto QualiSUS Rede. Foram priorizadas duas redes temáticas: a Rede de Urgência e Emergência e a Rede de Atenção Psicossocial. A Atenção Básica foi inserida nesse contexto como eixo estruturante e com a finalidade de fortalecer e promover a qualificação dessas redes temáticas

nos 22 municípios da macrorregião. O resultado dos eventos realizados no ano de 2014 foi a elaboração de Planos Municipais de Fortalecimento da Atenção Básica.

Em relação às Redes Temáticas, o estado vem realizando ações de planejamento, articulação e fortalecimento delas. Não há um setor responsável pela elaboração dos Planos Operativos das redes, sendo essa elaboração realizada nas Superintendências afins.

Buscando evitar duplicidade de planos operativos, torna-se importante elencar um espaço responsável pela articulação dos setores relacionados à atenção em redes, que realize a interlocução entre os envolvidos e busque a construção concreta do trabalho em rede.

2.6.12.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi elaborado pelo Grupo Conductor da RAPS, no qual atuaram conjuntamente representantes dos municípios (Cosems), da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e do Ministério da Saúde.

O trajeto percorrido para a elaboração desse plano teve seu início na discussão com trabalhadores e gestores dos serviços em cada Região de Saúde, culminando com a aprovação nas CIR e na CIB e com o posterior encaminhamento ao Ministério da Saúde. A aprovação da proposta do plano se deu através de documento da devolutiva da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do MS, em julho de 2014. Os diversos dispositivos elencados devem ser implantados durante o período de 2015 a 2018.

Mesmo reconhecendo as dificuldades financeiras relatadas nos encontros de construção da RAPS, a implantação e implementação dos pontos de atenção é imprescindível para a oferta do cuidado de atenção integral em Saúde Mental, álcool e outras drogas.

Nesse sentido, o estado e os municípios, juntamente com o Ministério da Saúde, vêm implantando e implementando o plano da RAPS, sustentado pelas diretrizes propostas no documento “Saúde Mental, álcool e outras drogas: diretrizes para o cuidado em Santa Catarina”, elaborado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental.

2.6.12.2 Rede Cegonha (RC)

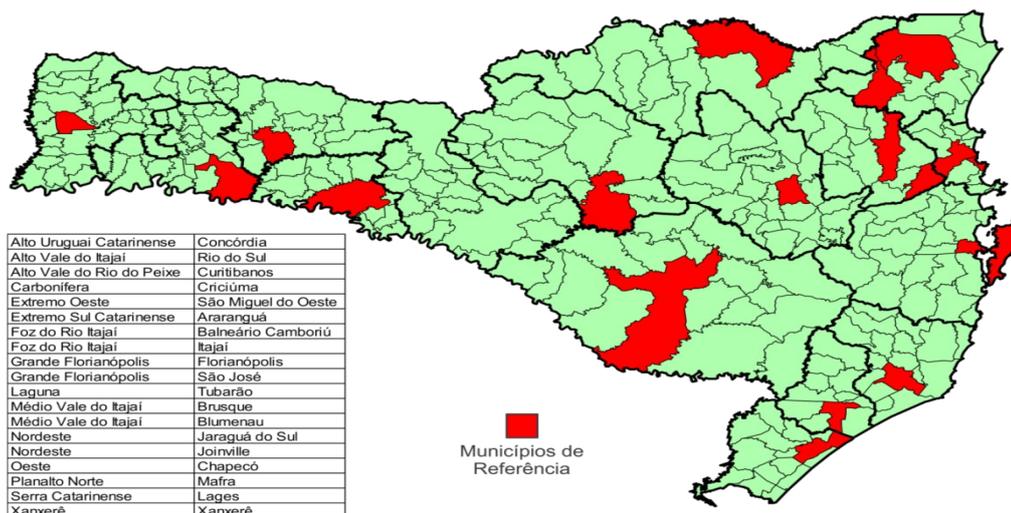
No ano de 2012, as Regiões de Saúde Planalto Norte, Nordeste e Grande Florianópolis tiveram seus planos de ação regionais da Rede Cegonha aprovados e, no ano de 2013, todas as demais Regiões de Saúde aprovaram seus planos de ação. Dessa forma, 100% dos municípios do estado estão inseridos na Rede Cegonha.

A discussão das necessidades de serviços de referência para a atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido grave e/ou potencialmente grave levaram à construção de uma proposta de ampliação de leitos e serviços contratualizados e regulados.

A Figura 72 indica as referências propostas nos planos de ação regionais.

Figura 72 – Mapa com a referência de gestação de alto risco e assistência ao recém-nascido grave em Santa Catarina

Referência para GAR e Assistência ao RN grave



Fonte: Planos de Ação Regionais Rede Cegonha SC, 2015.

O estado tem diversos desafios na atenção à mulher e à criança, desde a Atenção Básica até a média e alta complexidade. Os indicadores de morbimortalidade, principalmente os de causas evitáveis, demonstram o desafio de qualificar e fortalecer a linha de cuidado materno e infantil dentro da atenção integral à mulher e à criança.

Altas taxas de cesarianas, prematuridade, mortes evitáveis, sífilis congênicas e transmissão vertical de HIV e hepatites B e C, entre outros, demonstram a necessidade de um trabalho conjunto com ampliação da rede de atenção e a sua qualificação.

Outro desafio é o fortalecimento do Grupo de Condução Estadual e dos Regionais ligados às CIR, bem como o processo de contratualização e monitoramento de metas.

Os indicadores relacionados à Rede Cegonha e as ações necessárias no Plano de Ação estarão descritas nos grupos populacionais criança e mulher, e nas demais áreas afins.

2.6.12.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

De responsabilidade da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação, a rede foi construída na lógica territorial de nove Macrorregiões de Saúde. Intrinsecamente relacionada à Atenção Básica e aos serviços de Média e Alta Complexidade, os pontos de atenção e o planejamento foram construídos.

Alguns desafios precisam ser superados, entre eles:

- Qualificação da atenção por meio da organização das *linhas de cuidados* cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
- Articulação entre os seus componentes;
- Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência;
- Qualificação da *atenção ao paciente crítico* ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- Organização e ampliação dos *leitos de retaguarda* clínicos; e
- Criação das unidades de *internação em cuidados prolongados* (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP).

2.6.12.4 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

No ano de 2014, iniciou-se a elaboração do plano operativo da rede. Em virtude da complexidade e das inúmeras linhas de cuidado contidas nele, optou-se por iniciar pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e Obesidade.

As linhas de cuidado relacionadas a doenças renocardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias crônicas necessitam ser planejadas e implementadas.

2.6.12.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Em 2012, o estado aderiu à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, estabelecendo grupo de condução e aprovando em CIB o plano de ação estadual da Rede. Considerando que o estado de Santa Catarina possui nove macrorregiões de saúde e dezesseis Regiões de Saúde, os planos foram discutidos por Região de Saúde e macrorregional.

Atualmente, temos os planos das Regiões de Saúde Foz do Itajaí, Médio Vale do Itajaí, Serra Catarinense, Carbonífera, Extremo Sul e da macrorregião Meio Oeste aprovados em CIR, CIB e no MS.

2.6.13 Políticas de promoção da equidade em saúde

2.6.13.1 Populações indígenas no estado de Santa Catarina

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) é a área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo o território nacional. Tem como missão principal implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul foi implantado em 1999, após a publicação que cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasisus). A Figura 73 demonstra a distribuição das áreas indígenas em Santa Catarina.

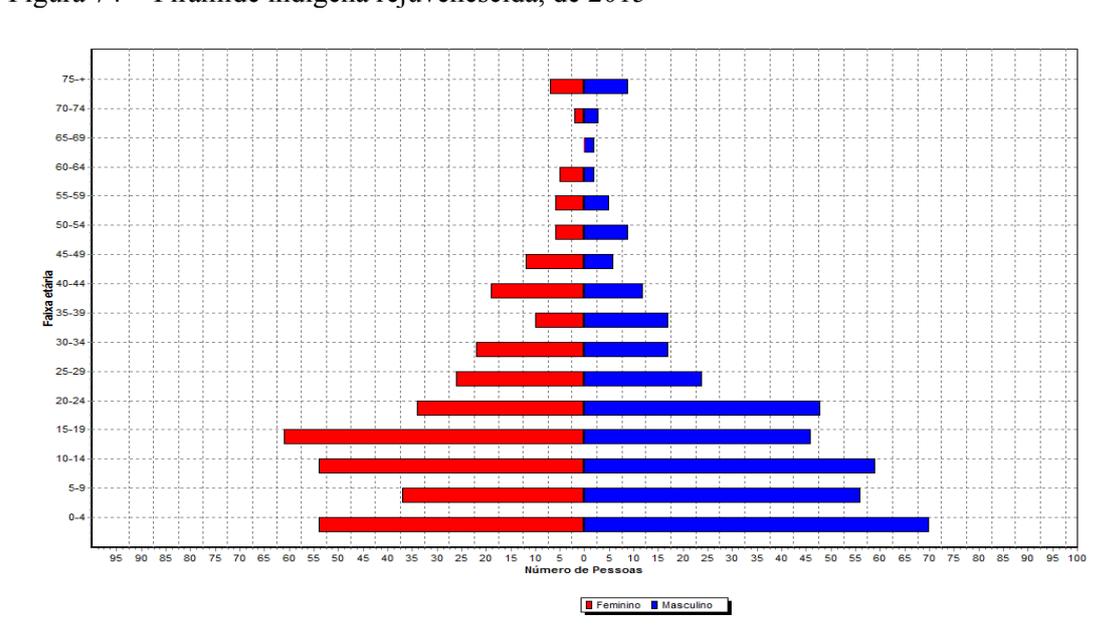
Figura 73 – Mapa do estado de Santa Catarina – área de abrangência Polo Base José Boiteux, Chapecó, Ipuacú, Araquari e Florianópolis



Fonte: Sesai/MS, 2015.

O Polo Base Florianópolis possui duas macrorregiões: a **Macrorregião Grande Florianópolis** e a **Macrorregião Sul**, apresentando a pirâmide populacional conforme a Figura 74.

Figura 74 – Pirâmide indígena rejuvenescida, de 2015



Fonte: Siasi/Sesai/MS, 2015.

Esse polo apresentava, em 2013, população total de 753 indígenas, sendo 385 homens e 355 mulheres. A proporção de menores de 5 anos está em 16,76%, a proporção de maiores de 65 em 3,92% e a taxa bruta de natalidade foi de 1,22.

O polo tem sua população dividida em 11 aldeias com realidades socioeconômicas, estruturais e culturais distintas. Basicamente, a fonte de renda é baseada em serviços temporários na sociedade do entorno, em benefícios sociais como bolsa família, auxílio maternidade e/ou auxílio doença, além de alguns indivíduos estabelecerem relações formais de trabalho fora da comunidade. Poucos conseguem prover seus eixos familiares com atividades de artesanato e/ou trabalhos afins.

Assim também se encontram as condições sanitárias, tanto das águas servidas como das consumidas. Aldeias maiores possuem sistema de abastecimento de água tratada, sem presença de caixas d'água individuais. Nas menores, em ocupação recente ou pequeno número populacional, o abastecimento de água é realizado por sistema de captação direta em fonte, com distribuição por mangueiras. Em todos os casos há uma carência no esgotamento sanitário e no número de unidades de banheiros individuais e/ou coletivos.

Também há carência de moradia nas comunidades em que o sistema organizacional se encontra em uma relação de obtenção de direitos perante o Estado, no atendimento do conceito ampliado de saúde preconizado pelo Ministério da Saúde. Nas comunidades mais afastadas, em que essa relação não foi despertada nos integrantes indígenas, as moradias são feitas, em sua quase totalidade, de forma tradicional, com a técnica de pau a pique, com revestimento de barro e presença de fogo de chão no seu interior.

Na questão alimentar, temos constantemente a situação de insegurança, em virtude de as comunidades não realizarem cultivos de subsistência, sendo os atuais destinados à manutenção dos ritos tradicionais e à perpetuação da cultura milenar de cultivo. O aporte de suplementação alimentar nas comunidades se resume a doações e/ou à disponibilização de cestas básicas por órgãos governamentais responsáveis por essa ação. Identificamos o desejo e a necessidade de algumas comunidades retornarem às ações de sustentabilidade alimentar, com fomento de sua agricultura familiar tradicional.

É forte a presença da medicina tradicional, baseada na espiritualidade e na concepção guarani do processo saúde/doença, na qual a base de cura e promoção e prevenção das morbidades é dependente da ação dos líderes espirituais e da capacidade de cada comunidade exercer livremente suas práticas e seus ritos cerimoniais com subsequentes medicamentos fitoterápicos, com a matéria-prima de sua mata envolvente.

A unidade de saúde conta com equipe multidisciplinar sediada no primeiro andar da sede do Distrito Interior Sul no bairro Barreiros, município de São José/SC. Não há unidades de saúde dentro das comunidades. Em relação a morbidades e situação da saúde, o Quadro 42 apresenta o quadro nosológico do polo.

Quadro 42 – Quadro nosológico por aldeias do polo base em Florianópolis no ano de 2013

Aldeias/ Morbidades	Kuri'Y	Marangatu	Wy'A	Tava'i	Amancio	Itanhaé	Cambirela	Itaty	Pira Rupá	M'Biguaçu	Total
IVAS*	38	37	39	09	42	50	10	72	49	81	427
IVAI**	09	00	16	00	00	00	00	18	05	23	71
Piodermite	08	04	66	02	08	08	15	20	00	25	156
GEA***	04	03	06	02	09	00	05	09	00	06	44
Escabiose/ pediculose	00	07	07	00	00	03	04	14	18	11	64
Parasitose	05	10	18	04	10	23	07	17	14	18	126

* infecção das vias aéreas superiores; **infecção das vias aéreas inferiores; *** gastroenterite aguda
Fonte: Siasi/Sesai/MS, 2015.

A situação da saúde da população caracteriza-se por ausência de local para atendimento e reuniões nas comunidades de abrangência, dificuldade para realização das capacitações para agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento (Aisan), dificuldades operacionais e carência de insumos.

Em relação às redes de atenção, há dificuldade de obtenção do Cartão Nacional do SUS, por exigência de portabilidade de identidade civil, para a inserção dos indígenas na rede de atenção; morosidade no agendamento de exames e consultas especializados por parte da referência municipal; dificuldade para agendamento na atenção de alta complexidade; atenuante nas situações de agendamento nas duas instâncias é o estreitamento profissional do corpo técnico com as gestões municipais.

O **Polo Base José Boiteux** é constituído pela **Macrorregião Alto Vale do Itajaí**. Conta com população de 2.130 habitantes, sendo 211 de 0 a 05 anos; 644, de 06 a 16 anos; 644, de 17 a 30 anos; 510, de 31 a 59 anos; e 121, de 60 a 100 anos.

As nove aldeias possuem unidades de saúde, contando com profissionais fixos e volantes. Como principais morbidades apresentam-se a hipertensão, o diabetes e a obesidade, e há baixa mortalidade; geralmente são pessoas mais idosas com complicações da idade.

A maior parte da população vive em casa de alvenaria, geralmente mais de uma família por casa. Grande parte das casas possui fossas e o abastecimento de água é realizado pelo Setor de Saneamento Indígena (Sesani). Um quarto da população tem renda própria e alguns vivem de Bolsa Família; também há distribuição de cestas básicas a cada três meses para famílias com necessidades extremas (crianças com baixo peso, idosos, gestantes, pessoas com deficiência física e/ou mental, famílias em situação precária).

Os programas de saúde existentes são os preconizados pelo Ministério da Saúde, já que são realizados apenas atendimentos de atenção básica nas aldeias. A referência de urgência e emergência consiste nos Hospitais José Boiteux e Waldomiro Colautti em Ibirama, e a referência de saúde mental é o CAPS de Ibirama. As gestantes de alto risco são encaminhadas para o Hospital e Maternidade Carmela Dutra e as consultas de média e alta complexidade para as outras referências são feitas em hospitais de Florianópolis.

O **Polo Base Araquari**, no Norte de Santa Catarina, é constituído pela 23ª Região de Saúde. Atualmente atende 391 indígenas distribuídos em 4 municípios, quais sejam Araquari com 6 Aldeias – Jabuticabeira, Yvapuru, Pindoty, Taruma Mirim, Tiaraju e Taruma Br; São Francisco do Sul com 02 aldeias – Morro Alto e Yvudju; Barra do Sul com 01 aldeia – Conquista; e Garuva com 01 Aldeia – Yacampora. A distribuição populacional se apresenta no Quadro 43.

Quadro 43 – Distribuição populacional do polo base de Araquari, por sexo, em 2014

Polo base Araquari	M	F	Total
< 1 ano	4	12	16
1 - 2 anos	16	14	30
3 - 4 anos	17	10	27
1 - 4 anos	33	24	57
0 - 59 meses	37	36	73
1 - 6 anos	41	32	73
5 - 9 anos	34	21	55
< 10 a	71	57	128
10 - 19 anos	55	48	103
20 - 59 anos	76	69	145
60 a 64 anos	1	5	6
≥65 anos	6	3	9
TOTAL	209	182	391

Fonte: Siasi/Sesai/MS, 2015.

A população desse polo tem seu sustento baseado no artesanato e nos recursos provenientes de programas sociais do governo, sendo primordial para ela o Bolsa Família. O tratamento da água é realizado pelos AISANs nas aldeias, com a supervisão de um Técnico de saneamento que vem do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) uma vez no mês.

O polo possui dois espaços de atendimento localizados na Aldeia Morro Alto em São Francisco do Sul e na Aldeia Pindody em Araquari. A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) é composta por:

- 02 médicos de 20 horas (01 para a manhã e 01 para a tarde);
- 02 enfermeiras 40 horas;
- 01 odontóloga 40 horas;
- 04 técnicos de enfermagem;
- 01 auxiliar de saúde bucal;
- 09 agentes indígenas de saúde;
- 07 agentes indígenas de saneamento.

A atenção prestada se configura em todos os programas de saúde que o Ministério da Saúde preconiza, conforme o Quadro 44.

Quadro 44 – Principais causas de morbidades na população indígena, em 2014

Infecções de Vias Aéreas Superiores
Infecções de Pele
Parasitoses
Influenza por vírus não identificado

Fonte: Siasi/Sesai/MS, 2015.

Quadro 45 – Principais causas de mortalidades na população indígena, em 2014

Quantidade	Causa Óbito	Faixa Etária
01	AVC	84 anos
01	Causa Mal definida	02 anos
01	Ferimentos encefálicos e ação contundente	09 anos
01	TCE	14 anos
01	Leucemia	38 anos

Fonte: Siasi/Sesai/MS, 2015.

Os Quadros 45 e 46 apresentam as principais causas de mortalidade na população indígena, bem como as referências e alta complexidade para esta população. Todos os indígenas são atendidos nas Aldeias pela EMSI semanalmente por livre demanda e, caso haja necessidade de referenciá-los para urgência e emergência, gestante de alto risco, RAPS, média e alta complexidade são encaminhados para os municípios de origem de cada municípe.

Quadro 46 – Referência em Alta Complexidade para a população indígena, 2014

Aldeias	Município	Media Complexidade	Alta Complexidade
Jaboticabeira, Pintody, Yvapuru, Taruma Mirim, Taruma Br, Tiaraju	Araquari	SMS de Araquari	HOSPITAL INFANTIL - JOINVILLE, HOSPITAL REGIONAL JOINVILLE, HOSPITAL SÃO JOSE JOINVILLE, MATERNIDADE DARCY VARGAS, HOSPITAL SÃO FRANCISCO DO SUL
Conquista	Barra do Sul	SMS de Barra do Sul	HOSPITAL INFANTIL - JOINVILLE, HOSPITAL REGIONAL JOINVILLE, HOSPITAL SÃO JOSE JOINVILLE, MATERNIDADE DARCY VARGAS, HOSPITAL SÃO FRANCISCO DO SUL
Morro Alto e Yvydju	São Francisco do Sul	SMS de São Francisco do Sul	HOSPITAL INFANTIL - JOINVILLE, HOSPITAL REGIONAL JOINVILLE, HOSPITAL SÃO JOSE JOINVILLE, MATERNIDADE DARCY VARGAS, HOSPITAL SÃO FRANCISCO DO SUL
Yacampora	Garuva	SMS de Garuva	HOSPITAL INFANTIL - JOINVILLE, HOSPITAL REGIONAL JOINVILLE, HOSPITAL SÃO JOSE JOINVILLE, MATERNIDADE DARCY VARGAS.

Fonte: Siasi/Sesai/MS, 2015.

As dificuldades encontradas que acabam refletindo na condição de saúde da população indígena atendida pelo Polo Base de Araquari podem ser listadas como a insuficiência no fornecimento de óculos, próteses dentárias e medicações especiais. Também podem ser observadas dificuldades em agendamentos de média complexidade como fisioterapia, consultas especializadas com ginecologista, ortopedista, cardiologista, dermatologista e oftalmologista, bem como lentidão no agendamento de cirurgia de cataratas. Outros polos atendidos consistem no **Polo Base Chapecó** e no **Polo Base Ipuacú**, na **Macrorregião Extremo Oeste**.

Quanto aos aspectos demográficos, Chapecó tem localização no extremo oeste e população de 1.360 indígenas das etnias kaingang distribuídos em três aldeias: Condá e Toldo Chimbanguê em Chapecó e Toldo Pinhal no município de Seara. São três unidades de saúde, uma localizada em cada aldeia, com uma equipe do polo formada por duas enfermeiras, três técnicos de enfermagem, nutricionista e assistente social. Nas unidades de saúde trabalham uma enfermeira, um médico do Programa Mais Médicos, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, técnicos de saneamento e agente indígena de saúde.

As principais causas de morbidades na população indígena local em 2014 consistiram em infecções de vias aéreas superiores, infecções de pele, parasitoses, influenza por vírus não identificado, hipertensão, diabetes e obesidade. Também tem baixo índice de mortalidade, tratando-se na maior parte dos casos de pessoas mais idosas com complicações da idade.

Em relação às condições socioeconômicas, a maior parte da população também vive em casa de alvenaria, geralmente com mais de uma família por casa. Grande parte das casas possuem fossas e o abastecimento de água é realizado pelo Setor de Saneamento Indígena (Sesani). A exemplo das demais populações indígenas, um quarto da população tem renda própria e alguns vivem de Bolsa família, também há distribuição de cestas básicas a cada três meses para famílias com necessidades extremas (crianças com baixo peso, idosos, gestantes, pessoas com deficiência física e/ou mental, famílias em situação precária). Os programas de saúde são os preconizados pelo Ministério da Saúde, já que são realizados apenas atendimentos de atenção básica nas aldeias.

O **Polo Base Ipuacu** conta com dezesseis aldeias distribuídas nos municípios de Entre Rios, Ipuacú e Abelardo Luz. Conta uma população de aproximadamente 5.355 indígenas, na sua maioria da etnia kaingang, mas também conta com índios da etnia guarani em menor percentual. É uma região que conta com uma disputa política hierárquica indígena muito grande, que muitas vezes tem interferido nas ações de saúde realizadas pelas EMSI na área indígena.

2.6.13.2 Políticas de promoção da igualdade racial

O estado de Santa Catarina, por meio de suas secretarias, possui o entendimento da necessidade de adoção de programas e ações buscando a correção das desigualdades raciais e a promoção da igualdade de oportunidades.

No ano de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra como resposta às reivindicações do movimento negro brasileiro, objetivando combater o racismo institucional dentro do SUS.

O Decreto nº 6872 de 4 de junho de 2009, que aprova o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Planapir), e institui o seu Comitê de Articulação e Monitoramento, contou com representação do Ministério da Saúde para a sua elaboração.

A Secretaria de Estado da Saúde vem participando das reuniões e encontros interinstitucionais para buscar dar respostas às inúmeras necessidades das diversas comunidades tradicionais. Como as ações precisam ser realizadas na atenção básica, esse setor vem participando ativamente dos planos realizados.

3 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

A seguir encontram-se as diretrizes, os objetivos e as metas planejadas para o Quadriênio 2016-2019. Estão definidos pelos cinco eixos norteadores do PES, quais sejam: atenção básica; vigilância em saúde; atenção em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; gestão do SUS; e assistência farmacêutica.

3.1 EIXO ATENÇÃO BÁSICA

EIXO ATENÇÃO BÁSICA
1 Diretriz – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da Política de Atenção Básica.
1.1 Objetivo – Utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.
Metas
1. Aumentar em 0,5% a cobertura populacional estimada pela Política de Atenção Básica
2. Reduzir em 0,5% as internações por causas sensíveis à Atenção Básica
3. Aumentar para 75% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)
4. Aumentar 0,5% a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.
5. Manter o Cofinanciamento Estadual aos 25 municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) inferior a 90% do IDH médio do Estado
6. Aumentar de 161 para 320 o número de UBS com ações de práticas integrativas e complementares
7. Ampliar de 04 para 06 municípios com equipes habilitadas para atender adolescentes em conflito com a lei
8. Ampliar em 100% a realização dos Testes Rápidos para Sífilis, HIV, e Hepatites B e C na Atenção Básica
9. Reduzir o número de óbitos maternos para 26.
10. Ampliar de 6 para 22 o número de municípios com implantação da equipe PNAISP
11. Aumentar de 4,90% para 15% de acompanhamento da população no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)
12. Reduzir 1% do percentual de crianças de 0 a 10 anos com sobrepeso e obesidade no Estado
13. Ampliar para 21 os serviços de referência para a atenção às pessoas em situação de violência sexual no período
14. Fortalecer a Atenção Básica aumentando em 2% a cobertura populacional estimada pela Estratégia Saúde da Família.
15. Estabelecer parcerias entre a Saúde Indígena e a Atenção Básica incluindo anualmente o DISEI em 50% das capacitações promovidas pela GEABS (Gerência Atenção Basica)
2. Diretriz – Garantia do direito ao cuidado singular em saúde mental, álcool e outras drogas, norteado pelos pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental.
2.1 Objetivo – Qualificar o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, norteado pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.
Meta
1. Ampliar as discussões em relação à redução de danos e à cultura da internação em saúde mental, álcool e outras drogas aumentando para 100 o número de CAPS habilitados

3. Diretriz – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.
3.1 Objetivo – Melhorar as condições de saúde do idoso e de portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.
Metas
1. Aumentar em 20% a adesão de Educação em Saúde para reduzir a taxa de internações por sequelas evitáveis por doenças crônicas degenerativas na população idosa

3.2 EIXO VIGILÂNCIA EM SAÚDE

EIXO VIGILÂNCIA EM SAÚDE
1. Diretriz – Fortalecimento da Vigilância em Saúde nas ações de prevenção e controle de doenças, agravos e eventos de saúde pública.
1.1 Objetivo – Reduzir riscos e agravos à saúde da população por meio de ações de vigilância e promoção da saúde.
Metas (objetivos específicos)
1. Aumentar para 70% a proporção de municípios com coberturas vacinais preconizadas para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose)
2. Reduzir em 20% as subnotificações dos acidentes fatais relacionados ao trabalho, referente aos dados com registro no SINAN em relação ao SIM
3. Reduzir para menos de 10 o número de casos novos de Aids em menores de 5 anos
4. Reduzir para menos de 5 casos/1000 nascidos vivos a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano
5. Reduzir para 0,2 óbitos/100 mil hab. a taxa de mortalidade por Hepatite C
6. Apoiar 100% dos municípios prioritários com prevalência de tracoma inflamatório acima de 5% na realização do inquérito
7. Aumentar para 40% a proporção de municípios infestados com baixo risco de transmissão por <i>Aedes aegypti</i>
8. Reduzir para 19,5 a taxa de letalidade por tétano acidental
9. Reduzir para 16,4 a taxa de letalidade por doença meningocócica
10. Aumentar para 85% o número de municípios com notificação de DDA em tempo oportuno (semanal)
11. Reduzir para 35/100.000 hab a taxa de incidência de acidentes por aranhas peçonhentas
12. Manter abaixo de 5/100.000 hab a taxa de incidência de leptospirose
13. Manter abaixo de 30 a taxa de letalidade por hantavirose
14. Qualificar a vigilância ambiental da febre maculosa brasileira na Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí
15. Aumentar para 30% de municípios que notificam epizootias de primatas não humanos
16. Aumentar para 15 proporção de amostras encaminhadas para diagnóstico de raiva animal em área urbana
17. Aumentar para 95 a proporção de cura de casos novos de hanseníase
18. Aumentar para 80 a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
19. Aumentar para 95 a proporção de exames HIV realizados em casos de tuberculose
20. Aumentar para 90 a proporção de pessoas diagnosticadas com HIV em TARV
21. Reduzir para 5 óbitos/100.000 hab a taxa de mortalidade por Aids
22. Reduzir para 9,0/1000 NV a taxa de mortalidade infantil
23. Aumentar para 100 a proporção de óbitos materno e de mulheres em idade fértil investigado oportunamente e aumentar para 80 a proporção de óbitos infantis investigados

24. Aumentar para 80 a proporção de óbitos infantis investigado
25. Reduzir para 273 a taxa de mortalidade prematura por DCNT
26. Reduzir para 19 a taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre
27. Realizar ações de gestão do Serviço de Verificação de Óbitos
28. Fortalecer a rede do Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen/SC) para atender ao controle de doenças e demais ações programáticas da Vigilância Epidemiológica implantando 15 novas metodologias.
1.2 Objetivo – Implementar ações de gerenciamento de risco sanitário e de saúde ambiental.
Metas
1. Aumentar e qualificar a vigilância da qualidade da água para consumo humano através da divulgação do boletim mensal da qualidade da água para o consumo humano
2. Monitorar a alimentação do SISAGUA em 100% dos municípios de Santa Catarina para reduzir a subalimentação do sistema
3. Implantar a Vigilância em Saúde na população expostas a agrotóxicos
4. Qualificar os responsáveis pelo manejo e destino final dos resíduos dos serviços de saúde que atendem SUS
5. Implantar o Plano de Preparação e Respostas do Setor Saúde aos Desastres
6. Qualificar as notificações relacionadas ao pós-comércio e à assistência à saúde monitorando 100% das notificações de eventos adversos graves e óbitos relacionados à assistência a saúde
1.3 Objetivo – Implementar o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.
Metas
1. Instrumentalizar os serviços de saúde sobre as atualizações em infecção relacionada à assistência a saúde (IRAS) nos hospitais com leitos de UTIA, UTIP, UTIN que atendem SUS
2. Fomentar estratégias no uso racional de antimicrobianos na contenção e redução da resistência de microrganismos multirresistentes nos serviços de saúde próprios da SES com leito de UTI
3. Qualificar os processos organizativos no monitoramento das notificações de IRAS e na ocorrência de eventos adversos infecciosos e/ou surtos por microrganismos multirresistentes, e na detecção de novos mecanismos de resistência em 50 serviços de saúde

3.3 EIXO ATENÇÃO EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

EIXO MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR
1. Diretriz – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.
1.1 Objetivo – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.
Metas
1. Supervisionar 100% dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais visando ampliar os serviços com contrato de metas assinado
2. Ampliar para 51 as estruturas de Saúde Bucal de Média e Alta Complexidade no Estado
3. Atender 100% dos processos deferidos de Órteses, Próteses e Medicamentos (OPM)
4. Habilitar 01 serviço de referência para laboratório Tipo 2 - no QUALICITO
5. Aumentar de 3 para 5 os hospitais com a terceira etapa do método canguru implantado buscando a adesão às boas práticas do cuidado intensivo neonatal
6. Reduzir para 42 a taxa de cesariana nos nascimentos SUS buscando aumentar a adesão às boas práticas no pré-natal, trabalho de parto e parto

7. Qualificar o transporte terrestre dos órgãos e das equipes médicas responsáveis pela captação de órgãos e tecidos para transplante mantendo 01 prestador de serviço para transportes aéreos de equipes médicas e órgãos captados
8. Executar 100% dos serviços assistenciais no Centro Catarinense de Reabilitação
9. Implantar a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) no estado de Santa Catarina
10. Monitorar os processo de implantação dos Pontos de Atenção da RAPS (CAPS, UAs, SRT e leitos de internação) nas 16 Regiões de Saúde
11. Construir 01 diagnóstico estadual dos serviços de referência para acompanhar e tratar as lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero
12. Instalar 01 centro de aplicação de medicamentos para artrite reumatoide em uma unidade própria do Estado
20. Realizar 01 diagnóstico situacional para a implantação do serviço de fertilização assistida em SC
2. Diretriz – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.
2.1 Objetivo – Fortalecer mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.
Metas
1. Implantar 100% dos Protocolos de Acesso e de Regulação por especialidade qualificando o acesso nas redes de atenção à saúde do SUS
2.2. Objetivo – Integrar o Centro de Informações Toxicológicas de SC(CIATox/SC) à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) como estabelecimento de saúde integrante da Linha de Cuidado ao Trauma .
Metas
1. Implementar a Política de Antídotos na Rede de Atenção à Saúde
2. Divulgar o CIATox/SC aos serviços de saúde, profissionais de saúde e população, por meio de participação em 40 eventos
3. Disponibilizar informação, por meio de 04 relatórios, dos dados de atendimento do CIT/SC referente às intoxicações, para a gestão do risco decorrente das exposições às substâncias tóxicas

3.4 EIXO GESTÃO DO SUS

EIXO GESTÃO DO SUS
1. Diretriz – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações intersetoriais de trabalho dos trabalhadores e dos gestores do SUS.
1.1 Objetivo – Investir em qualificação e fixação de profissionais e gestores para o SUS.
Metas
1. Oferecer suporte para 100% projetos de educação permanente em saúde na SES/SC, conforme demanda
2. Expandir o programa de residência multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva aumentando para 32 residentes
3. Expandir o programa de residência médica alinhada às necessidades do SUS aumentando para 64 o número de residentes
4. Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes para 1607
5. Implementar a Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS nos 13 hospitais próprios da SES/SC
6. Implementar a metodologia científica de monitoramento e avaliação das ações de educação permanente em saúde através da elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente

1.2 Objetivo: Estabelecer a Política Estadual de Gestão de Pessoas para a Saúde, em consonância com a Política Nacional de Gestão do Trabalho.
Metas
1. Elaborar 01 estudo sobre a necessidade do número de trabalhadores do SUS para as unidades da SES, com alocação dos profissionais necessários
2. Diretriz – Implementação de modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na regionalização, na garantia do acesso, na gestão participativa com foco em resultados, na participação social e no financiamento estável.
2.1 Objetivo – Fortalecer os processos administrativos e técnicos na SES e nas unidades descentralizadas de acordo com os princípios do SUS, de gestão estatal e direta do estado, contra todas as formas de privatização e parcerias público-privadas e/ou estrangeiras.
Metas
1. Monitorar os fluxos administrativos das estruturas da SES e Agencias de Desenvolvimento Regional de acordo com os princípios do SUS
2. Estruturar 11 serviços de saúde, que atendem SUS, para conformação de Redes de Atenção à Saúde
3. Reformar a estrutura do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)
4. Elaborar 02 planos de ação de políticas específicas
5. Aumentar o financiamentos das unidades da SES em 5% por ano
2.2. Objetivo – Promover e implantar modelos públicos de gestão das unidades descentralizadas da SES.
Metas
1. Criar um grupo de estudos intersectorial incluindo a representação do CES com o objetivo de elaborar um modelo de gestão publica hospitalar
3 Diretriz – Fortalecimento da participação e do controle social.
3.1 Objetivo – Implementar ações de Controle Social.
Metas
1. Elaborar manual de normas e procedimentos estabelecendo ações e condutas com vistas à padronização dos processos de trabalho da Ouvidoria SES/SC e fortalecimento do controle social
2. Viabilizar a participação dos conselheiros estaduais nas conferências, nas plenárias de conselhos e nos demais fóruns de políticas públicas
3. Realizar a 8ª Conferência Estadual de Saúde
4. Diretriz – Ampliação da cooperação com instituições de pesquisa e universidades para o desenvolvimento de pesquisas das necessidades no âmbito do SUS.
4.1 Objetivo – Incentivar a cooperação com instituições de pesquisa e universidades para o desenvolvimento de pesquisas das necessidades no âmbito do SUS.
Metas
1. Cofinanciar o Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) anualmente com recursos da SES em conjunto com outras instituições
5 Diretriz – Ampliar a cooperação com o poder Judiciário para a adequada garantia do direito à saúde.
5.1 Objetivo – Incentivar a cooperação com o poder Judiciário para a adequada garantia do direito à saúde.
Meta
1. Reduzir em 20% os gastos com demandas judiciais
6. Diretriz – Centralização dos dados informatizados em saúde.
6.1 Objetivo – Fortalecer a Informação em Saúde.
Metas
1. Implantar o e-SUS AB nos 295 municípios do Estado
8. Diretriz - Garantia de recursos financeiros para fortalecimento e ampliação da Atenção Básica por meio de cofinanciamento estadual

8.1 Objetivo – Ampliar a cobertura e estruturar a Atenção Básica.
Metas
1. Ampliar 20% anual o cofinanciamento da Atenção Básica
2. Manter o cofinanciamento anual do PNAISP
3. Ampliar 20% cofinanciamento de Saúde Bucal de Média e Alta Complexidade (CEO)
4. Manter o cofinanciamento anual da Saúde Mental

3.5 EIXO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

EIXO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
1. Diretriz – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
1.1 Objetivo – Implementar assistência farmacêutica, conforme a legislação vigente.
Metas
1. Fomentar o uso racional de medicamentos no estado de Santa Catarina

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Estadual de Saúde tem como objetivo orientar a política da saúde e está em constante aperfeiçoamento devido à intensa dinamicidade que a situação de saúde impõe ao setor.

Na perspectiva técnica, este plano deve ser monitorado pela Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da Secretaria de Estado da Saúde, e na perspectiva da sociedade cabe ao Conselho Estadual de Saúde estabelecer mecanismos de acompanhamento do cumprimento das diretrizes e metas estabelecidas para o período de vigência deste documento.

O sucesso de um Plano de Saúde se deve a um processo convergente de esforços e da constituição de parcerias intersetoriais, considerando-se a magnitude e a transcendência dos problemas de saúde e sua multicausalidade.

No contexto da SES/SC, as áreas técnicas específicas devem pautar suas ações tendo este documento como referencial norteador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Portal da Legislação da Presidência da República*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 jan. 2015.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Portal da Legislação da Presidência da República*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 01 jan. 2015.

_____. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Portal da Legislação da Presidência da República*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 01 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 01 jan. 2015.

BRIGUENTI. C. A. *Povos indígenas em Santa Catarina*. Disponível em <<https://leiaufsc.files.wordpress.com/2013/08/povos-indc3adgenas-em-santa-catarina.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - Santa Catarina. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=42> Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40>. Acesso em: 01 jan. 2015.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão, Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. *Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina e Planos de Ação Regionais: 2013 – 2015 / Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial*. - Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2014.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Mapa SDR 2016*. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=38&Itemid=245>. Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. Secretaria de Estado da Educação. *Plano Estadual de Educação de Santa Catarina*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2014.

SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DE SANTA CATARINA. *Santa Catarina em Números*. Florianópolis: Sebrae/SC, 2013.

ANEXO

PORTARIA DE DESIGNAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO

PORTARIA nº 249 de 07/04/2015

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de elaboração do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2016-2019 conforme o estabelecido nas leis:

→ Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

→ Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

→ Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da assistência à saúde e a articulação interfederativa;

→ A portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS);

RESOLVE:

Art. 1º Instituir, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, o “Grupo de Trabalho” para elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio 2016-2019;

Art. 2º Designar as áreas, que irão compor o Grupo de Trabalho para a elaboração do Plano Estadual de Saúde;

Art. 3º Definir o quantitativo de integrantes representando os setores da Secretaria do Estado de Saúde, a representação das Regiões de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e Conselho Estadual de Saúde conforme discriminado:

I - Representante do Gabinete:

Gerente de Tecnologia de Informação e Governança Eletrônica: Maurício Passos de Castro;

Consultoria Jurídica: Janaina Conceição Deitos;

II - Representantes da Superintendência de Planejamento e Gestão:

Gerência de Planejamento:

Thaís Curcio Muzzi, Maria da Graça Chraim, Ivone Carmen Bieger;

Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS:

Gerência de Contratualização dos Serviços de SUS: Grace Ella Berenhouse;

Gerência de Controle e Avaliação do Sistema: Maurício Ricardo Noronha Kasper;

Gerência de Programação em Saúde: Helma Finta Uba;

Gerência de Planejamento do SUS: Terezinha Regina Giordani Serrano (Coordenadora), Marcus Aurelio Guckert, Lilian Bradfield, Helen Bunn B. Schmitt e Silvia Zardo da Costa;

Gerência de Auditoria: Marcelo Luiz Broilo;

Gerente de Coordenação da Atenção Básica: Carmem Regina Delziovio, Janize Luzia Biella e Mirvaine Panizz;

Diretoria de Educação Permanente: Silvia de Arruda Cunha e Ledronete Silvestre;

III - Representantes da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação:

Superintendente: Lucia Regina G.M. Schultz;

Gerência dos Complexos Reguladores: Geraldo Azzolini;

Gerência do SC Transplantes: Leandro S. Botelho;

Gerência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): César A. Korczaguin;

Gerência de Anatomia Patológica: Holdarina Menezes;

Gerência do Centro Catarinense de Reabilitação: Flávia Brito;

Centro de Informações Toxicológica: Marisete Canello Resener;

ATPCD (Coordenação): Jaqueline Reginatto;

IV - Representantes da Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais:

Gerência de Desenvolvimento dos Hospitais Públicos: Cecília de Sá Gesser;

Gerência de Supervisão das organizações Sociais: Mário José Bastos Júnior;

V - Representantes da Superintendência de Vigilância em Saúde:

Diretoria de Vigilância Sanitária: Raquel Bittencourt Ribeiro;

Gerência de Inspeção de Produtos e Serviços em Saúde: Simone Terezinha Stolt;

Gerência de Hemo, Fármaco, Toxicovigilância: Lucélia Scaramussa Ribas Kryckyj;

Gerência de Saúde Ambiental: Álvaro Moreno Stiago da Silva;

Gerência de Saúde Ambiental: Enéas Souza;

Gerente de Saúde do Trabalhador: Edival Goedert;

Diretoria de Vigilância Epidemiológica: Eduardo Marques Macário, Elma Fior da Cruz;

Diretoria do Laboratório Central de Saúde Pública: Winston Luiz Zomkowski;

Diretoria de Assistência Farmacêutica: Maria Teresa Bertoldi Agostini;

VI - Superintendência de Gestão Administrativa:

Diretoria de Gestão de Pessoas: Klauser Michels;

Gerência de Orçamento: Alba Sônia dos Santos;

Gerência de Administração Financeira: Ademar José Machado Filho;

Representantes da Superintendência de Compras e Logística:

Gerência de Bens Judiciais: Amarildo Vando Albino;

Gerência de Planejamento da Demanda de Bens e Serviços: Karen Sabrina Bayestorff Duarte;

VII - Gerência Regionais de Saúde:

01 representante por Macrorregião de Saúde (09 representantes):

Macrorregião de Saúde do Grande Oeste

Ediane Bergamin – 5ª Gerência Regional de Saúde;

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste

Ivanice Angela Peccin – 7ª Gerência Regional de Saúde;

Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí

Aline Zabel Moraes Gonçalves e Katiane Secco – 16ª Gerência Regional de Saúde;

Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí

Margareth Cadore – 17ª Gerência Regional de Saúde;

Macrorregião de Saúde Sul

Lisiane Tuon Bitencourt – 21ª Gerência Regional de Saúde;

Macrorregião de Saúde da Grande Florianópolis

Maria Bráulia de Souza Porto e Fátima da Costa – 18ª Gerência Regional de Saúde;

Macrorregião de Saúde do Nordeste

Jean Rodrigues da Silva, Henrique L. Deckmann – 23ª Gerência Regional de Saúde;

Macrorregião de Saúde do Planalto Norte

Tailine Fernandes Ribas – 25ª Gerência Regional de Saúde;

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense

Jorge Aires Floriani – 27ª Gerência Regional de Saúde;

VIII - Representantes do Conselho de Secretarias Municipais do Estado de Saúde de Santa Catarina

(Cosems) 01 Município de Grande Porte, 01 Município de pequeno porte e 01 Assessor:

Assessor: Hélio Livino da Silva;

SMS Florianópolis - Daniela Baumgart de Liz Calderon;

SMS Içara - Glícia Pagnan;

IX - Representantes do Conselho Estadual de Saúde:

03 (três) representantes

X - SESAI: 01 (um) representante (DSEI/SUL): Katiucia dos Santos Cardoso;

XI – Instituição de ensino: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing – UFSC, Dr. Valério Turnês – UDESC;

XII - Secretaria de Estado do Planejamento – SPG: Luiz Carlos Pacheco;

Parágrafo Único – O Grupo de Trabalho atuará sob coordenação da Gerência de Planejamento do SUS (Gepsa).

Art. 3º - Compete ao Grupo de trabalho às seguintes atribuições:

I - Planejar e participar de todas as etapas para a elaboração do PES, até o seu encaminhamento final ao CES;

II - Organizar as reuniões internas nas suas áreas de representatividade para obtenção das informações solicitadas à construção do PES;

III - Encaminhar o consolidado das informações, previamente validado pelas áreas, para a coordenação geral do PES;

IV - Cumprir as tarefas e prazos acordados nas reuniões do Grupo de Trabalho.

Art. 4º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogadas todas as disposições contrárias.

JOÃO PAULO KARAM KLEINUBING

Secretário de Estado da Saúde