

PREFEITURA DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2022 – 2025



CRICIÚMA – SC
2021

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 – 2025

ELABORAÇÃO E COORDENAÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma

Gerência dos Instrumentos de Gestão e Planejamento do SUS

Comissão Mista de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (Decreto
SG/Nº 540/21)

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Comissão Mista de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025

APOIO TÉCNICO

Gerências e Coordenações da Secretaria Municipal de Saúde

CONTATOS E INFORMAÇÕES

Gerência dos Instrumentos de Gestão e Planejamento do SUS

Telefone: (48) 3445-8400 (ana.milanez@criciuma.sc.gov.br)

Diretoria Executiva da Secretaria Municipal de Saúde

Telefone: (48) 3445-8400 (secretaria.saude@criciuma.sc.gov.br)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização de Criciúma em Santa Catarina	12
Figura 2 – Associação dos Municípios da Região Carbonífera – AMREC	13
Figura 3 – Estimativa da distribuição da população residente segundo sexo e faixa etária, Criciúma/SC (2020)	15
Figura 4 – Evolução do IDHM – Criciúma/SC	16
Figura 5 – Valores Observados e Projetos do IDEB em Criciúma entre os anos de 2005 à 2021	21
Figura 6 – Salário médio mensal (unidade: salários-mínimos)	22
Figura 7 – Cobertura de acompanhamento do PBF	23
Figura 8 – Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano	26
Figura 9 – Número de casos confirmados de Covid-19, por faixa etária até a semana epidemiológica 13/2022	28
Figura 10 – Número de óbitos Covid-19, por faixa etária até a semana epidemiológica 13/2022	29
Figura 11 – Frequência das hepatites virais, segundo o agente etiológico, Criciúma/SC (2015-2020)	31
Figura 12 – Série histórica de agravos de Notificação Compulsória, Criciúma/SC (2015-2020*)	37
Figura 13 – Percentual de cobertura populacional do SISVAN	55
Figura 14 – Painel PNS, resultado 3º quadrimestre 2021 CEREST, Criciúma/SC	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Condição de ocupação de domicílios de Criciúma, Região Sul, Santa Catarina e Brasil (2010)	17
Tabela 2 – Número de instituições no território educacional do município de Criciúma/SC por modalidade de ensino (nível)	17
Tabela 3 – Número de matrículas na Educação Básica, segundo as modalidades de ensino – Criciúma/SC (2015-2019)	18
Tabela 4 – Número de matrículas, segundo a modalidade de ensino e dependência administrativa – Criciúma/SC (2019)	19
Tabela 5 – Partos normais em gestantes residentes de Criciúma/SC (2017-2020*)	24
Tabela 6 – Internações hospitalares em crianças (< 10 anos) residentes em Criciúma/SC (2016-2020)	25
Tabela 7 – Casos novos de sífilis congênita	25
Tabela 8 – Internações hospitalares de idosos residentes em Criciúma/SC segundo sexo e grupo de causas (2016-2019)	26
Tabela 9 – Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos de Criciúma/SC (2016-2019)	27
Tabela 10 – Internações hospitalares em crianças (< 10 anos), residentes em Criciúma/SC (2020-2021)	30
Tabela 11 – Dados sobre tuberculose em Criciúma/SC (2004-2018)	34
Tabela 12 – Série histórica de agravos de Notificação Compulsória, Criciúma/SC (2015-2020*)	37
Tabela 13 – Mortalidade infantil em Criciúma/SC (2012-2020)	40
Tabela 14 – Série histórica da mortalidade proporcional em mulheres de 10 a 49 anos pelas principais causas primárias em Criciúma/SC (2016-2019)	41
Tabela 15 – Série histórica de óbitos por causas externas em Criciúma/SC (2015-2019)	43
Tabela 16 – Mortalidade prematura em Criciúma/SC (2017-2020*)	44
Tabela 17 – Série histórica de coberturas vacinais em menores de 1 ano em Criciúma/SC	45
Tabela 18 – Número de servidores na Secretaria Municipal de Saúde em dezembro de 2022	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CASAN	Companhia Catarinense de Saneamento
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CISAMREC	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Carbonífera
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EAP	Equipes de Atenção Primária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FATMA	Fundação do Meio Ambiente
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LACEN	Laboratório Central do Estado
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NUPREVIPS	Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAMDHA	Programa de Atenção Municipal às IST's/HIV/AIDS
PBF	Programa Bolsa Família
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PSE	Programa de Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Remume	Relação Municipal de Medicamentos
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO	11
2.1 HISTÓRIA	11
2.2 ÁREA GEOGRÁFICA E CLIMA	12
2.3 AMBIENTE FÍSICO	13
2.4 ÁGUA, ESGOTAMENTO SANITÁRIO E RESÍDUOS SÓLIDOS	13
3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS	15
3.1 PIRÂMIDE ETÁRIA	15
3.2 POPULAÇÃO TOTAL E DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO ÁREA DE RESIDÊNCIA (URBANA / RURAL)	15
3.3 HABITAÇÃO	16
3.4 EDUCAÇÃO E ESCOLARIDADE	17
3.5 TRABALHO, ECONOMIA E RENDA	21
3.6 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE	22
4 SITUAÇÃO DE SAÚDE	24
4.1 TAXA DE NATALIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	24
4.2 MORBIMORTALIDADE POPULACIONAL	24
4.2.1 Morbidade infantil	24
4.2.2 Morbidade hospitalar em idosos	26
4.3 COVID-19	27
4.4 HEPATITES VIRAIS	31
4.5 TUBERCULOSE E HANSENÍASE	33
4.6 AIDS E SÍFILIS	36
4.7 AGRAVOS COMPULSÓRIOS	37
4.8 MORTALIDADE	39
4.8.1 Mortalidade infantil	39
4.8.2 Mortalidade materna e em Mulheres em Idade Fértil (MIF)	41
4.8.3 Mortalidade em idosos	43
4.8.4 Mortalidade por causas externas	43
4.8.5 Mortalidade prematura	44
4.9 COBERTURA VACINAL	44
5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CRICIÚMA	46
6 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	48
6.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	48

6.1.1 Setor de Imunização	48
6.1.2 Setor de Agravos	48
6.1.3 Setor de Mortalidade	50
6.1.3.1 <i>Investigação epidemiológica</i>	51
6.1.3.2 <i>Unidades notificadoras de óbitos</i>	53
6.1.4 Setor de Análise de Situação em Saúde (SINAEPI)	53
6.1.5 Setor de Vigilância Alimentar e Nutricional	54
6.1.6 Programa de Tuberculose/Hanseníase	55
6.1.7 Programa de Hepatites Virais	58
6.1.8 Programa de IST/HIV/ADIS	59
6.2 CENTRO DE CONTROLE DE ZONÓSES (CCZ) E PROGRAMA DE COMBATE À ENDEMIAS	63
6.3 NÚCLEO DE PREVENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO À SAÚDE – NUPREVIPS	68
6.4 VIGILÂNCIA SANITÁRIA	68
6.5 CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – CEREST	70
7 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	74
7.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO	75
7.2 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	75
7.3 ATENÇÃO À SAÚDE DE JOVENS E ADOLESCENTES	76
7.4 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	76
7.5 ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM	77
7.6 PROGRAMA MÃE CORUJA	77
7.7 AÇÕES DE PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ATENÇÃO NUTRICIONAL	78
7.8 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	79
7.9 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	79
7.10 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) E CRESCER SAUDÁVEL	80
7.11 PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO	82
7.12 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA (CNAR)	83
7.13 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)	84
7.14 LINHA DE CUIDADO À SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA	85
7.15 SAÚDE BUCAL	87
8 ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	88
9 ATENÇÃO HOSPITALAR E PRESTADORES DO SUS	89
10 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	90
10.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	90
10.2 REDE CEGONHA	92
10.3 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	94

11 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	96
12 FINANCIAMENTO DA SAÚDE	102
12.1 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA	102
12.2 GERÊNCIA FINANCEIRA-ADMINISTRATIVA	103
13 CONTROLE SOCIAL	104
14 RECURSOS HUMANOS	105
14.1 ADMISSÃO	105
14.2 DESLIGAMENTO	105
14.3 CONTROLE DE JORNADA	105
14.4 OUTROS PROCESSOS	105
15 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	107
REFERÊNCIAS	165
ANEXOS	166

1 INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento de gestão que sistematiza o conjunto de proposições do governo municipal na área de saúde. Nele está descrito o conjunto das propostas pactuadas para o enfrentamento dos principais problemas e necessidades de saúde da população identificados no município, levando em consideração os princípios e diretrizes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Traz consigo um conjunto de ações elencadas como prioridade, por um período de quatro anos, portanto, fica implícito a grandiosidade de sua importância técnica para com as principais necessidades da população.

O processo de elaboração do PMS 2022-2025 foi realizado de forma participativa, tendo início a partir da instituição da Comissão Mista para elaboração do PMS 2022-2025, nomeada pelo Decreto SG/nº540 de 17 de março de 2021, formada por representantes trabalhadores da saúde (gestão e assistência) e de representante do Conselho Municipal de Saúde (CMS). A partir desse momento, houve a organização das etapas posteriores, incluindo: atualização de indicadores, pesquisa para fundamentação, elaboração de formulário eletrônico às bases para identificação de problemas e possíveis soluções aplicáveis, inclusão das contribuições da IX Conferência Municipal de Saúde realizada em 2019, e ainda, a sua disponibilização pública.

Lembramos que durante toda a elaboração do PMS 2022-2025 foi realizada em meio a Pandemia de COVID-19. Isso fez com que os meios eletrônicos e salas virtuais fossem utilizados praticamente em todas as etapas de sua construção e elaboração. Além disso, os cuidados e protocolos sanitários foram aplicados do início ao fim do processo.

Por fim, o comprometimento é a palavra que expressa a qualidade mais importante para sua elaboração. Uma cidade que se compromete na execução de um bom plano municipal de saúde é uma cidade comprometida com o seu bem mais precioso, o seu cidadão.

2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

2.1 HISTÓRIA

Com intuito de promover a colonização na região, o governo imperial em meados do século XVIII, cedeu terras de Sesmaria ao nobre Jerônimo de Castro (esta área atualmente é representada pelas cidades de Criciúma e Urussanga). O objetivo era fomentar atividades econômicas tais como: a agricultura, a criação de gado, com objetivo de povoar a região, fato que não ocorreu como idealizado (CRICIÚMA, 2015).

O nome Cresciuma tem origem indígena de uma graminácea abundante no centro da cidade à época. No século XIX, iniciou-se o ciclo migratório da Europa, com a chegada das primeiras famílias, cerca de 139 pessoas, oriundas das regiões de Treviso e Veneza, na Itália. Esses imigrantes se instalaram na região, com espírito desbravador. Construíram a infraestrutura necessária para sua prosperidade, e tiveram a agricultura como principal atividade econômica (CRICIÚMA, 2015).

Em 1890, uma nova leva de imigrantes chegam à região, alemães, poloneses, italianos e portugueses oriundos da região de Laguna, fortalecendo o desenvolvimento do município. Seguindo o caminho da prosperidade implantou-se a Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina, no final do século XIX (CRICIÚMA, 2015).

Em 1914, período da Primeira Guerra Mundial, iniciou-se a exploração mineral do carvão, ampliando a diversidade econômica, até então baseada na agricultura. Posteriormente criou-se o município por meio da Lei nº 1.516, de 4 de novembro de 1925, com desmembramento territorial de Araranguá, sendo oficializado em 1º de janeiro do ano seguinte (CRICIÚMA, 2015).

Em meados do século XX, nas décadas de 40 e 50, ocorreu grande crescimento populacional, devido ao aumento da importância do carvão mineral, durante a Segunda Guerra Mundial, este crescimento abrupto, trouxe alguns problemas de infraestrutura. Isso contribuiu para a falta de água potável, saneamento básico e proliferação de inúmeras doenças. Neste período a fama do carvão se expandiu, e a cidade recebeu o título de Capital Brasileira do Carvão (CRICIÚMA, 2015).

Em 1950 um novo expoente econômico começa a despontar, a indústria cerâmica, que assume papel de fundamental no contexto econômico da região, tornando Criciúma um dos grandes polos mundiais. Desde então, Criciúma vêm prosperando e diversificando a matriz econômica, com fortalecimento industrial,

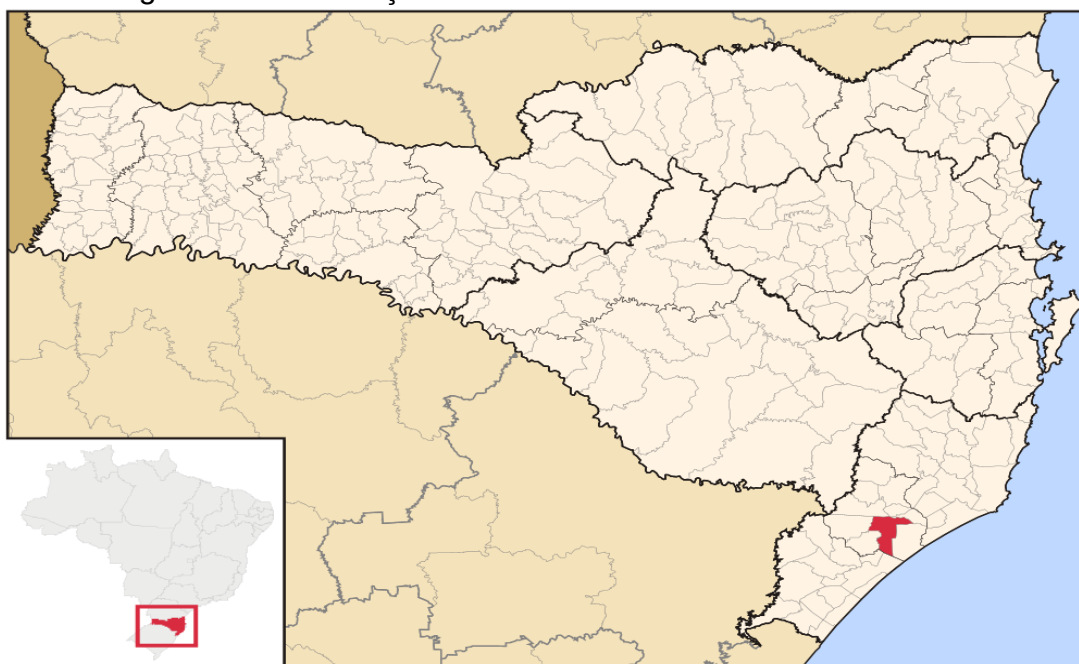
comércio e serviços. Hoje, posiciona-se entre as dez principais cidades catarinenses como centro econômico e industrial da região Sul do estado (CRICIÚMA, 2015).

2.2 ÁREA GEOGRÁFICA E CLIMA

O município de Criciúma localiza-se na região sul do estado de Santa Catarina, a 191 km da capital Florianópolis. Faz parte da Associação dos Municípios da Região Carbonífera – AMREC (CRICIÚMA, 2015).

Possui uma área de 235,63 km² estando a uma altitude de 46 metros acima do nível do mar. A temperatura média anual é de 15 e 30 graus centígrados (CRICIÚMA, 2015).

Figura 1 – Localização de Criciúma em Santa Catarina



Fonte: CAMPOS, 2006.

Figura 2 – Associação dos Municípios da Região Carbonífera – AMREC



Fonte: CAMPOS, 2006.

2.3 AMBIENTE FÍSICO

A situação ambiental, segundo estudos efetuados pela Fundação do Meio Ambiente (FATMA), é crítica, quando analisado o conjunto da carga poluidora gerada pela lavra, beneficiamento, transporte e estocagem do rejeito da mineração, pelas unidades produtoras de coque, pela usina termelétrica, pelas cerâmicas, pelas feculárias e pelo setor agroindustrial que estão estabelecidas no município.

Em 1980, Santa Catarina era responsável por 70% do carvão nacional, sendo mais especificamente proveniente de Criciúma e municípios circunvizinhos. Esta atividade econômica extrativista privilegiou os aspectos econômicos, desconsiderando os altos custos socioambientais que vieram a impactar negativamente vários setores, desde a condição física do ambiente de vida, o estado de saúde, a qualidade do ar e principalmente o sistema hídrico da região.

2.4 ÁGUA, ESGOTAMENTO SANITÁRIO E RESÍDUOS SÓLIDOS

O abastecimento de água potável compete ao município de Criciúma, neste caso, através de convênio com a Companhia Catarinense de Saneamento (CASAN).

De acordo com o Painel de indicadores do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), no ano de 2019, 100% da população cricumense era

atendida pelo sistema público de abastecimento de água, enquanto no Estado de SC o índice era de 97,76% (SNIS, 2019).

A fonte de captação da água bruta é o Lago da Barragem do São Bento, situado no município de Siderópolis – SC. Este reservatório, formado pelo represamento dos rios Serrinha e São Bento, ambos inseridos na Bacia Hidrográfica do Rio Araranguá, abastece também os municípios de Siderópolis, Forquilha, Maracajá, Nova Veneza e Içara (CASAN, 2016).

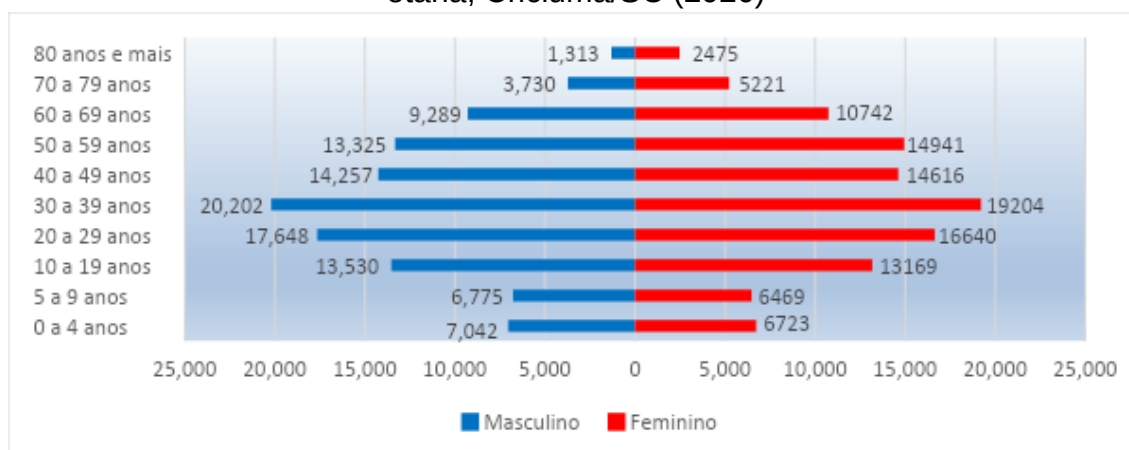
Com relação ao esgotamento sanitário, apenas 30,98% da população de Criciúma era atendida com o sistema em 2019; ainda, de acordo com o SNIS, o índice de tratamento do esgoto coletado pelas redes, era de 100%, enquanto no estado de Santa Catarina o índice era de 94,25%, e no país, o índice era de apenas 78,49% (SNIS, 2019).

No que tange os resíduos sólidos, a taxa de cobertura de coleta do lixo, em 2019, era de 100% no município. A massa coletada per capita era de 0.50kg/hab/dia, sendo bem inferior ao estado de Santa Catarina, que era de 0.85kg/hab/dia e Brasil com 0.96kg/hab/dia. Quanto à massa recuperada de materiais recicláveis, o indicador ficou em 1.41kg/hab/dia, o que mostra a necessidade de investimentos na coleta seletiva de materiais recicláveis (SNIS, 2019).

3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS

3.1 PIRÂMIDE ETÁRIA

Figura 3 – Estimativa da distribuição da população residente segundo sexo e faixa etária, Criciúma/SC (2020)



Fonte: IBGE, 2020.

3.2 POPULAÇÃO TOTAL E DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO ÁREA DE RESIDÊNCIA (URBANA / RURAL)

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relativos a 2019, o município de Criciúma possui uma população estimada de 215.186 habitantes distribuídos em uma área de 235 km², condição que lhe confere uma densidade demográfica de 915 habitantes por km², sendo que esse número era de 825 habitantes por km² em 2017 (IBGE, 2020).

No período compreendido entre 2010 e 2019, a taxa média anual de crescimento da população de Criciúma foi de 1,3% ao ano. Um crescimento intermediário ao registrado pelo agregado nacional e catarinense, respectivamente, 1,1% e 1,5% ao ano (IBGE, 2020).

De acordo com dados do último Censo Demográfico realizado em 2010 – pelo IBGE – 98,6% da população criciumense residia em áreas urbanas. Neste mesmo ano, os homens representavam cerca de 49,2% da população e as mulheres, 50,8% (IBGE, 2020).

Em conformidade ao panorama estadual e nacional, Criciúma apresentou modificações importantes na sua estrutura etária, destacando-se a perda relativa da

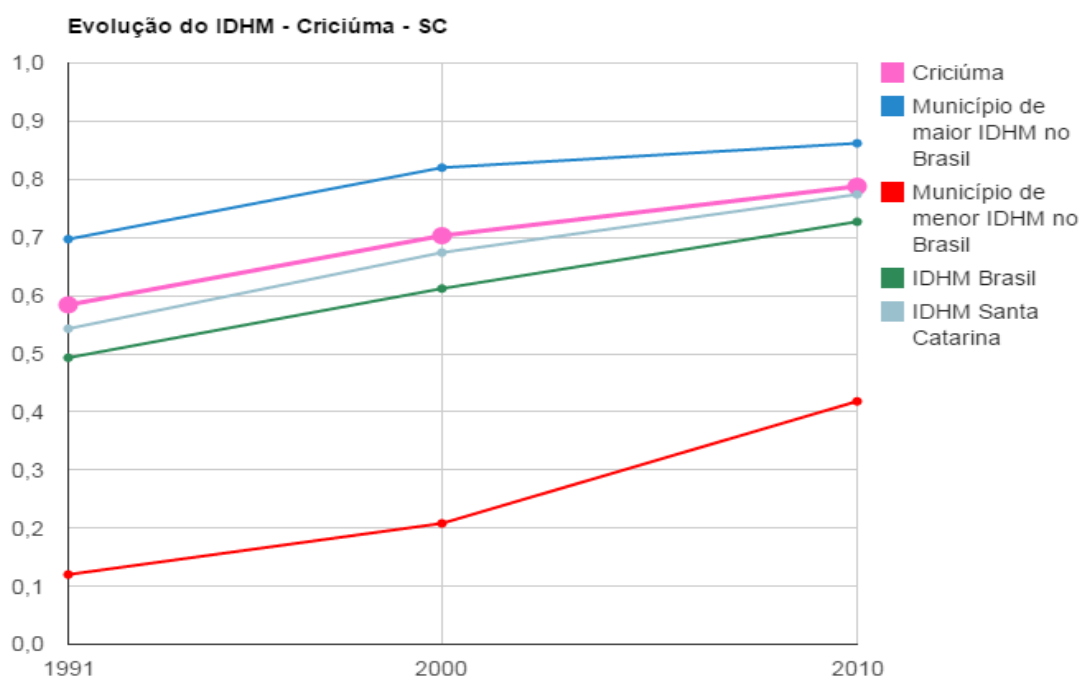
população com idade inferior a 9 anos e aumento, em contrapartida, da proporção da população adulta (de 40 a 59 anos) e idosa (de 60 anos ou mais) (IBGE, 2020).

No comparativo entre 1991 e 2010, Criciúma reduziu em 10,5 pontos percentuais a representatividade relativa da população abaixo de 9 anos de idade e em 2,5 pontos percentuais a representatividade da faixa etária dos 10 aos 19 anos.

Criciúma apresenta, em 2010, um IDH considerado alto, de 0,788, ficando em 76º no ranking dos 5.565 municípios do Brasil, em que o primeiro apresenta 0,862 e o último colocado apresenta 0,418 (IBGE, 2020).

O Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil refere que Criciúma teve na Renda a dimensão que mais contribui para o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), com índice de 0,846, seguida de Longevidade, com índice de 0,786, e de Educação, com índice de 0,737 (IBGE, 2020).

Figura 4 – Evolução do IDHM – Criciúma/SC



Fonte: (IBGE, 2020).

3.3 HABITAÇÃO

Segundo o Censo de 2010, 80,3% da população do município vivia em casa própria, percentual inferior ao observado para a região Sul, mas bem superior ao

observado para o estado de Santa Catarina e Brasil, que apresentam 81,5%, 75,4% e 73,3% respectivamente (IBGE, 2020).

Tabela 1 – Condição de ocupação de domicílios de Criciúma, Região Sul, Santa Catarina e Brasil (2010)

Tipologia	Criciúma	Região Sul	Santa Catarina	Brasil
Alugado	14,70%	12,80%	18,60%	18,30%
Cedido	4,80%	5,40%	5,70%	7,80%
Outra condição	0,20%	0,20%	0,20%	0,60%
Próprio	80,30%	81,50%	75,40%	73,30%

Fonte: IBGE, 2010.

3.4 EDUCAÇÃO E ESCOLARIDADE

Conforme os dados da Secretaria Municipal de Educação de Criciúma (2020), o território educacional do município de Criciúma é composto por um universo de 188 instituições públicas e privadas. Elas atendem desde a Educação Básica, passando pelas modalidades de Educação de Jovens e Adultos, Educação Especial e Ensino Profissional integrados, Ensino Regular ou em instituições conveniadas até o Ensino Superior, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Número de instituições no território educacional do município de Criciúma/SC por modalidade de ensino (nível)

DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA / ETAPA / NÍVEL / MODALIDADE	TOTAL
Educação Infantil Municipal	15
Educação Infantil Privada	18
Educação Infantil AFASC	35
Escolas Municipais	53 + 4 núcleos
Escolas Estaduais	19
Escolas Privadas	16
Escola Federal	1

Profissionalizante Integrada ao Ensino Médio	2
AMA, APAE E Diomício Freitas	3
Ensino Superior	23
TOTAL	188 + 4

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Criciúma, 2021.

Com relação a oferta de matrículas por modalidade de ensino, observa-se uma estabilidade em relação ao total de matriculados entre os anos de 2015 e 2019. Seguindo com a análise, a maior variação positiva foi na modalidade da Educação Infantil, com 19,7%. Já a maior variação negativa neste quesito foi da modalidade Educação Profissional que variou negativamente em 23,9% no mesmo período mesmo com a variação positiva do número de vagas da educação profissional associada ao Ensino Médio, que foi de 20,7% a mais.

Tabela 3 – Número de matrículas na Educação Básica, segundo as modalidades de ensino – Criciúma/SC (2015-2019)

Modalidade de ensino	2015		2019		2015-2019 (%)
	Quantidade	(%)	Quantidade	(%)	
Educação Infantil	10.324	20,8	12.364	24,7	19,7
- Creche	5.691	55,1	6.722	54,4	18,1
- Pré-escola	4.633	44,9	5.639	45,6	21,7
Ensino Fundamental	23.941	48,1	24.402	48,8	1,9
- Anos Iniciais	13.432	56,1	13.327	54,6	-0,8
- Anos finais	10.509	43,9	11.075	45,4	5,4
Ensino Médio	8.487	17,1	7.677	15,4	-9,5
- Ensino médio propedêutico	6.961	82	5.835	76	-16,2
- Ensino médio Magistério	387	4,6	173	2,3	-55,3
- Curso Téc. Integrado	1.139	13,4	1.669	21,7	46,6

Educação Profissional	5.806	11,7	4.427	8,9	-23,8
- Associada ao Ens. Médio	1.526	26,3	1.842	41,6	20,7
- Curso Téc. Concomitante	1.070	18,4	657	14,8	-38,4
- Curso Téc. subsequente	3.210	55,3	1.928	43,6	-39,9
Ed. Prof. - Form. Inicial Continuada (FIC)	-	0,0	234	0,0	0,0
Ed. de Jovens e Adultos (EJA)	2.710	5,7	2.724	5,4	0,5
- Ensino Fundamental	1.105	40,8	1.546	5,8	39,9
- Ensino Médio	1.605	59,2	1.178	43,2	-26,6
Total de matriculados	49.742	100,0	49.984	100,0	0,5

Notas: (a) O mesmo aluno pode ter mais de uma matrícula. (b) O número de matrícula da Educação Básica é composto pela soma das seguintes etapas de ensino: total da educação infantil, total ensino fundamental, total do ensino médio, curso técnico concomitante, Curso Técnico Subsequente, Curso FIC e total de EJA.

Fonte: Ministério da Educação - Sinopse Estatística da Educação Básica 2015/2019.

O número total de matrículas disponibilizadas no município de Criciúma foi de 51.826 em 2019, sendo 20.045 na rede municipal, 13.563 na rede estadual, 928 na rede federal e 17.290 na rede privada de ensino, como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4 – Número de matrículas, segundo a modalidade de ensino e dependência administrativa – Criciúma/SC (2019)

Modalidade de ensino	Dependência Administrativa				
	Federal	Estadual	Municipal	Privado	Total
Educação Infantil	-	-	5.460	6.901	12.361
- Creche	-	-	974	5.748	6.722
- Pré-escola	-	-	4.486	1.153	5.639

Ensino Fundamental	-	5.595	13.234	5.573	24.402
- Anos Iniciais	-	1.665	8.729	2.933	13.327
- Anos finais	-	3.930	4.505	2.640	11.075
Ensino Médio (1-2)	334	5476	-	1.867	7.677
Educação Profissional	594	2.5056	-	1.777	4.427
- Associada ao Ens. Médio	334	1.508	-	-	1.842
- Curso Téc. Concomitante	61	69	-	527	657
- Curso Téc. subsequente	199	479	-	1.250	1.928
Ed. Prof. - Form. Inicial Continuada (FIC)	-	-	-	235	235
Ed. de Jovens e Adultos (EJA)	-	436	1.351	937	2.724
- Ensino Fundamental	-	104	1.351	91	1.546
- Ensino Médio	-	332	-	846	1.178
Total de matriculados	928	13.563	20.045	17.290	51.826

Notas: (a) O mesmo aluno pode ter mais de uma matrícula. (b) Inclui matrículas do Ensino Médio Propedêutico, Magistério e Curso Técnico Integrado de Ensino Regular.

Fonte: Ministério da Educação - Sinopse Estatística da Educação Básica - 2019.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi criado em 2007 pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para medir a qualidade do aprendizado nacional e estabelecer metas para a melhoria do ensino. Funciona como um indicador nacional que possibilita o monitoramento da qualidade da educação pela população por meio de dados concretos, com o qual a sociedade pode se mobilizar em busca de melhorias. Para tanto, o IDEB é calculado a partir de dois componentes: a taxa de rendimento escolar (aprovação) e as médias de desempenho nos exames aplicados pelo INEP. Os índices de aprovação são obtidos a partir do Censo Escolar, realizado anualmente. Neste indicador, o município de Criciúma passou de 5,0 em 2009 para 6,2 em 2019 nos anos iniciais. Já nos anos finais o índice de 4,0 encontrado em 2009 passou para 4,9 em 2019 não alcançando a meta projetada nesta ocasião.

Figura 5 – Valores Observados e Projetos do IDEB em Criciúma entre os anos de 2005 à 2021

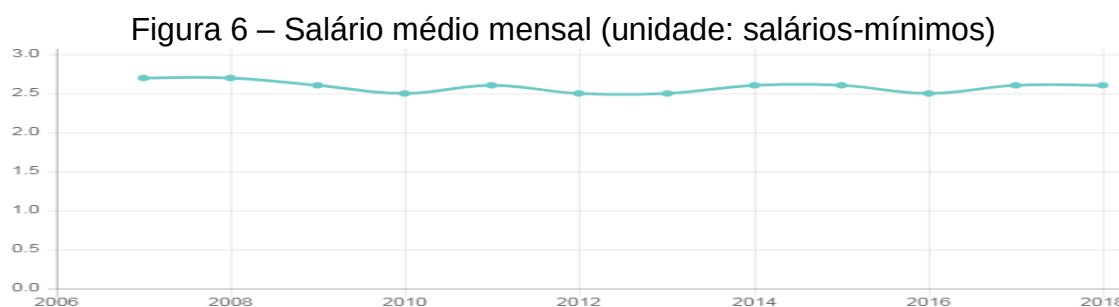
INDICADOR 7A - ANOS INICIAIS																
CRICIÚMA	Ideb Observado								Metas Projetadas							
	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
	4.4	4.4	5.0	5.6	5.8	6.0	6.2	6.2	4.5	4.8	5.2	5.5	5.7	6.0	6.2	6.5
Fonte: http://ideb.inep.gov.br/																
INDICADOR 7B - ANOS FINAIS																
CRICIÚMA	Ideb Observado								Metas Projetadas							
	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
	3.7	3.9	4.0	4.5	3.9	4.6	4.7	4.9	3.7	3.9	4.1	4.6	4.9	5.2	5.4	5.7
Fonte: http://ideb.inep.gov.br/																
INDICADOR 7C - ENSINO MÉDIO																
CRICIÚMA	Ideb Observado								Metas Projetadas							
	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
							3.7	4.0							3.9	4.1
Fonte: http://ideb.inep.gov.br/																

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Criciúma, 2021.

3.5 TRABALHO, ECONOMIA E RENDA

Uma das dimensões de especial relevância para a análise do desenvolvimento de um território está associada com a medida de seu potencial de geração e distribuição de renda para a população.

Em 2019, o salário médio mensal era de 2,5 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 38%. Na comparação com os outros municípios do estado, Criciúma ocupava as posições 34 de 295 e 53 de 295, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 482 de 5570 e 208 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 26,2% da população nessas condições, o que o colocava na posição 178 de 295 dentre as cidades do estado e na posição 5225 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2020).



Fonte: IBGE, 2020.

3.6 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE

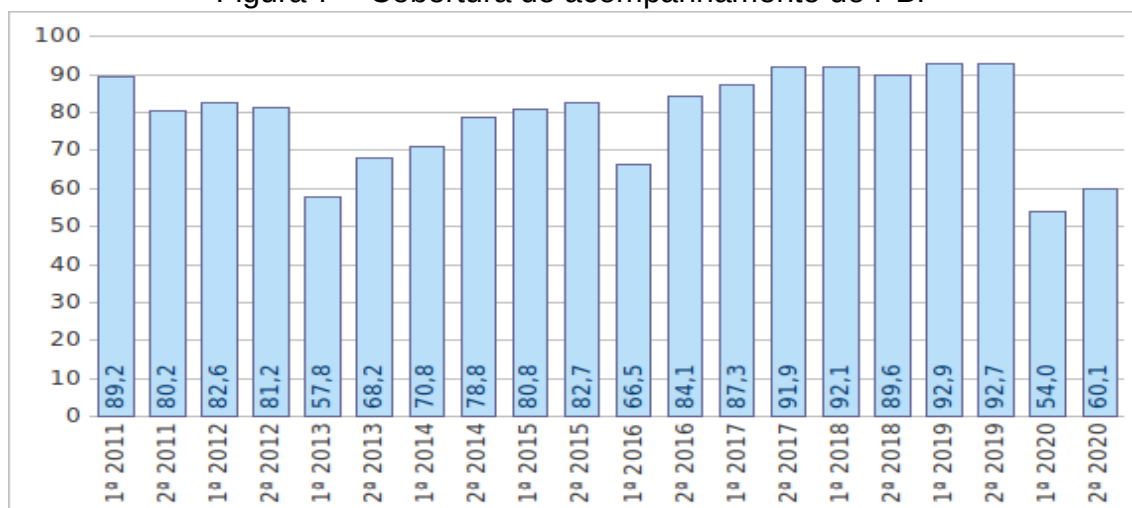
O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência de renda para famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza com a finalidade de promover acesso aos direitos sociais básicos e com isso romper com o ciclo intergeracional da pobreza. O auxílio financeiro é vinculado ao cumprimento de compromissos nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social, chamados de condicionalidades.

Em Criciúma foi implantado no ano de 2005, desde então a cobertura de acompanhamento da condicionalidade de saúde vem aumentando gradativamente (Figura 7), com exceção de 2020, em função da pandemia de COVID-19.

Tais resultados tornaram o serviço uma referência estadual, visto que as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde.

De acordo com dados do Ministério da Cidadania, em fevereiro de 2020, um total de 2.816 famílias de Criciúma foram beneficiadas pelo PBF. E somente naquele mês, foram repassados R\$557,7 mil, o que significou um benefício médio de R\$198,06. A cobertura do programa é de 78% em relação à estimativa de pobreza do município.

Figura 7 – Cobertura de acompanhamento do PBF



Fonte: SINAPEPI, 2021.

4 SITUAÇÃO DE SAÚDE

4.1 TAXA DE NATALIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A taxa de natalidade em Criciúma, no ano de 2020 foi de 12,5, ou seja, para cada 1000 residentes ocorreram 12,5 nascimentos, um decréscimo de 11,3% se comparado com a taxa de natalidade do ano de 2011.

No que se refere a gravidez na adolescência, o Brasil em 2019 registrou 14,71% de partos de gestantes adolescentes, o município de Criciúma para o mesmo ano apresentou uma proporção de 10,08%.

Considera-se como parâmetro nacional que 70% das ocorrências de partos sejam atribuídas ao parto normal, proporcionalmente inverso, espera-se para o parto cesáreo.

No entanto o município de Criciúma apresenta uma inversão deste parâmetro com uma média nos últimos 4 anos muito baixa para o parto normal, de 35,25% e proporcionalmente muito alta para o parto cesáreo, destacando que em 2019 foram 63,09% de parto cesáreo.

Tabela 5 – Partos normais em gestantes residentes de Criciúma/SC (2017-2020*)

	2017	2018	2019	2020*	Total
Total de Parto Normal	988	979	1014	954	3035
Total de Nascidos	2871	2838	2747	2710	11166
Proporção de Parto Normal	34,41	34,49	36,91	35,20	35,25

*Dados preliminares

Fonte: SINASC / Painel de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, DATASUS, 2020.

4.2 MORBIMORTALIDADE POPULACIONAL

4.2.1 Morbidade infantil

As principais causas de internação entre as crianças menores de 10 anos estão doenças do aparelho respiratório, das quais a pneumonia e asma são as mais prevalentes, seguidas das internações por doenças originadas no período perinatal destacam-se os referentes a transtornos relacionados ao baixo peso ao nascer ou

período gestacional da mãe e as doenças do aparelho digestivo com as doenças do apêndice responsável pela maior quantidade de internações.

Tabela 6 – Internações hospitalares em crianças (< 10 anos) residentes em Criciúma/SC (2016-2020)

	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Doenças do aparelho respiratório	396	302	304	349	95	1446
Algumas afecções originadas no período perinatal	187	190	230	230	201	1038
Doenças do aparelho digestivo	145	113	137	99	58	552
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	98	107	85	71	36	397
Lesões por envenenamento e outras causas externas	50	87	63	64	66	330

Fonte: SIH/DATASUS/MS, 2020.

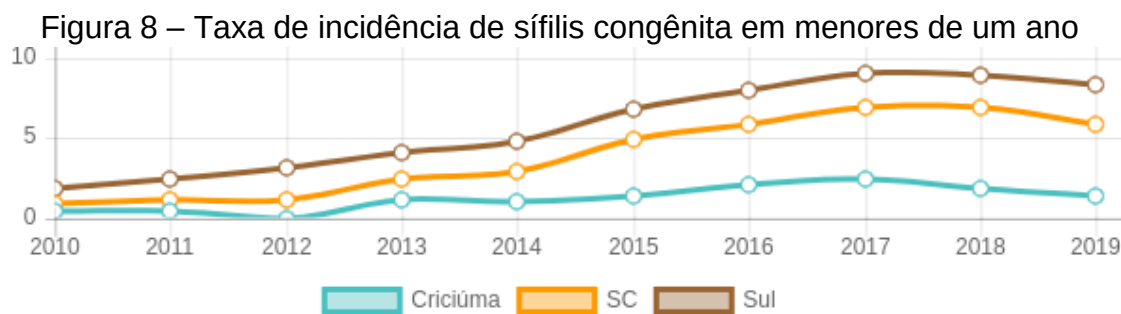
A sífilis congênita se tornou uma preocupação nos últimos anos, o número de casos novos em menores de um ano de idade apresentado pelo município revela estabilização diferentemente do que acontece no país em que os números seguem em ascensão.

A sífilis apresenta uma das maiores taxas de transmissão durante o ciclo gravídico puerperal e é fundamental seu enfrentamento que passa por ações de diagnóstico e prevenção com reforço, especialmente, no pré-natal e parto não deixando de apontar que, idealmente, são mais efetivas quando realizadas com a população em geral.

Tabela 7 – Casos novos de sífilis congênita

Ano	Criciúma	Brasil
2016	05	21.254
2017	02	24.962
2018	04	26.441
2019	04	24.130

Fonte: TABNET DIVE-SC / Painel de Indicadores Sífilis e Aids-MS, 2019.



Fonte: Painel de Indicadores Sífilis e Aids-MS, 2019.

4.2.2 Morbidade hospitalar em idosos

As principais causas de internações hospitalares em idosos, nos anos de 2016 a 2019, são doenças circulatórias (3331 internações), seguidas das respiratórias (2426 internações) e das neoplasias (2139), sendo que estas duas invertem de posição quando da análise da mortalidade.

O total geral de internações, nessa população durante os quatro anos avaliados, foi de 13973 internações; sendo que as três causas predominantes juntas corresponderam a 56,5% de todas as internações no período.

Com relação às internações especificamente por diabetes mellitus, há predominância no sexo masculino, diferentemente da mortalidade, isto pode sugerir que os homens podem estar sendo diagnosticados em fase avançada da doença, já com complicações que necessitem de internação hospitalar.

Tabela 8 – Internações hospitalares de idosos residentes em Criciúma/SC segundo sexo e grupo de causas (2016-2019)

	Masculino	Feminino	Total
1. Doenças do aparelho circulatório	1723	1608	3331
2. Doenças do aparelho respiratório	1267	1159	2426
3. Neoplasias (tumores)	1237	902	2139
4. Doenças do aparelho digestivo	880	648	1528
5. Doenças do aparelho geniturinário	572	596	1168
6. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	424	545	969
7. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	289	304	593
10. Demais causas	946	873	1819

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019.

Qualquer pessoa está sujeita a quedas e consequente internação por fratura de fêmur, mas é justamente entre os idosos que ela tem um significado relevante, pois pode levá-los a incapacidades, injúrias e morte, tornando-se importante avaliar a taxa de internação por fratura de fêmur.

Tabela 9 – Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos de Criciúma/SC
(2016-2019)

	2016	2017	2018	2019
Taxa	21,05	17,39	17,43	17,43

Fonte: SIH/IBGE, 2019.

Em Criciúma, observa-se que na série histórica de 2016 a 2019, ocorreu queda no ano de 2017 com leve aumento e estabilização em 2018 e 2019, sugerindo a necessidade de monitoramento.

4.3 COVID-19

Em 31 de dezembro de 2019, o escritório nacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi informado sobre a ocorrência de casos de pneumonia de etiologia desconhecida na China. Em janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram a identificação de um novo tipo de coronavírus. Ele foi temporariamente denominado de 2019-nCoV e posteriormente recebeu o nome de SARS-CoV-2 e é responsável por causar a doença denominada COVID-19. Desde então, casos da doença têm sido registrados na China e em outros países.

O quadro clínico da COVID-19 não está descrito completamente e ainda não está estabelecido o seu padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. Os sintomas podem aparecer de dois a catorze dias após a exposição, os sinais clínicos são principalmente respiratórios, o paciente pode apresentar febre ou não, tosse, e dificuldade para respirar. É uma síndrome gripal que pode variar de um simples resfriado até um quadro grave de pneumonia.

Em 30/01/2020, a OMS declara o evento como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Nos termos do Regulamento Sanitário Internacional, ESPII é considerada “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido à disseminação de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata”.

Com isso, o Brasil declara ESPH, e a partir de então, diversas medidas foram e estão sendo adotadas à medida que a doença avança.

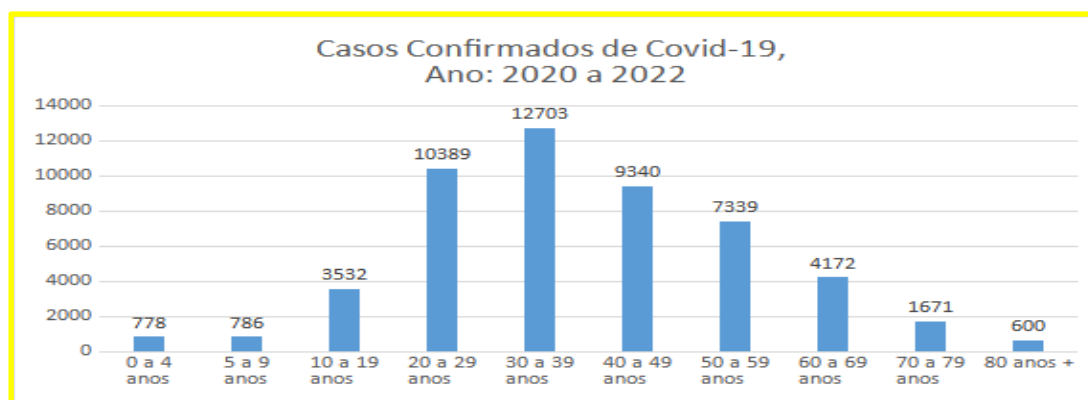
Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde (MS), o primeiro caso no Brasil foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo (SP). Em 17 de março, foi registrado o primeiro óbito pela doença no país. Em 24 de abril, o Brasil já ocupava a 11ª posição no *ranking* dos países, tanto em relação ao número de casos confirmados ($n = 52.995$) quanto ao de mortes ($n = 3.670$).

Em Criciúma houve a notificação do primeiro caso suspeito no dia 02/03/2020, culminando com a confirmação de 05 casos no dia 20/03/2020, conforme o Informe Epidemiológico (IE) nº 08/2020. Já a primeira morte de paciente residente no município ocorreu em 01 de abril de 2020, conforme comprovação laboratorial (critério do MS o qual determina o encerramento dos casos pelo critério) e publicizada no IE nº 22/2020. No ano de 2020 até a semana epidemiológica 13 de 2022, foram confirmados 51.310 casos (coeficiente de incidência foi de 23,61/100.000 hab.

As internações, clínica e UTI, neste período entre 2020 e 2021, somaram um quantitativo de 7,081. Destas internações, 1318 internados foram em leitos de UTI, sendo que dentre os casos graves, 721 foram a óbito até a semana epidemiológica 13 de 2022.

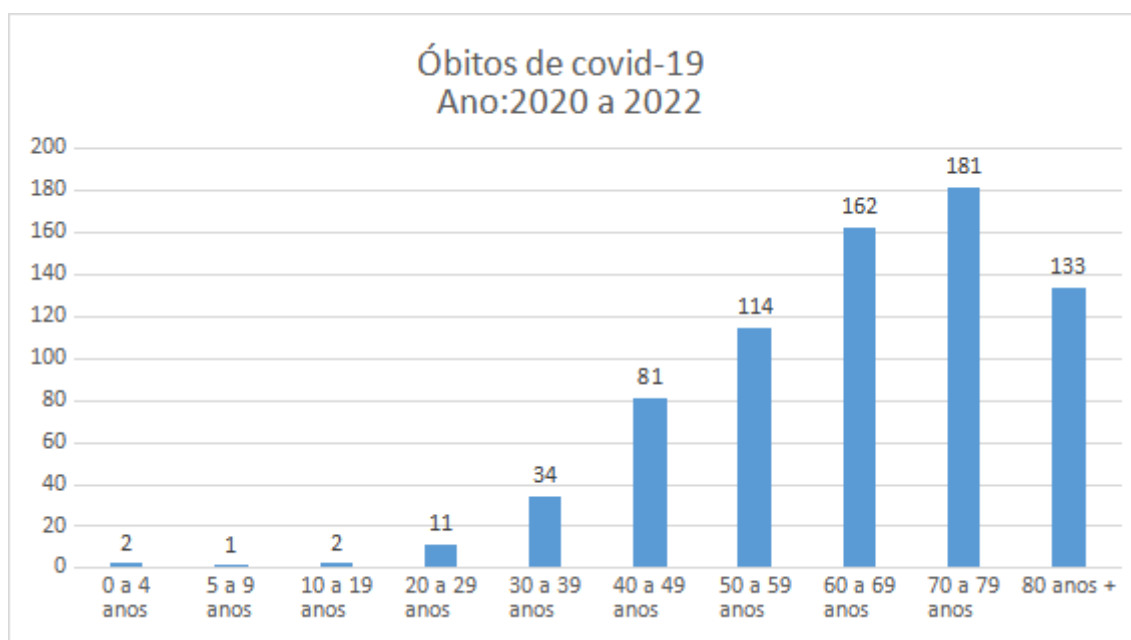
A vacinação contra a COVID-19 teve início no município de Criciúma no dia 19/01/2021. Foram aplicadas até a data de 12/04/2022, 437.017 doses de vacina contra a COVID-19. Destas, 196.796 foram 1ª dose e 169.897 2ª dose, números que mostram percentuais de cobertura de 90,55% da população de Criciúma, segundo estudo de projeção populacional do IBGE, contemplados com a primeira dose e 78,18% da população com o recebimento da segunda dose.

Figura 9 – Número de casos confirmados de Covid-19, por faixa etária até a semana epidemiológica 13/2022



Fonte: Painel BI MP, 2022.

Figura 10 – Número de óbitos Covid-19, por faixa etária até a semana epidemiológica 13/2022



Fonte: Painel BI MP, 2022.

As notificações de casos de COVID-19 relacionados ao trabalho passaram a ser notificados a partir de 31/08/2020, de acordo com Nota Técnica Conjunta nº. 006/2020 - DIVE/DIVS/SUV/SES.

Segundo Sistema de Informação SINAN, até a semana 13/2022, foram notificados 99 casos com CID-10 B34.2.

O Sistema e-SUS Notifica e SIVEP-Gripe, são os sistemas de registro dos casos e internações de COVID-19, porém eles não apresentam campos obrigatórios que registrem os casos como acidente de trabalho. Para registro como acidente de trabalho relacionado ao COVID, o sistema de registro é o SINAN, sendo a inclusão do

caso realizada pela Vigilância Epidemiológica, posteriormente ao recebimento de ficha de notificação de acidente de trabalho.

Após investigação feita pela Vigilância Epidemiológica, foram notificados na FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO do SINAN.

No ano de 2020 foram notificados 264 acidentes de trabalho por COVID-19, em 2021 foram notificados 99 acidentes de trabalho por COVID-19 e em 2022, até o presente momento foram notificados 232 acidentes de trabalho por COVID-19 (CID-10 B34.2).

Na Prefeitura Municipal de Criciúma foram contabilizados apenas os casos positivos (testagem) de Covid-19 dentre os funcionários: 2020 - 256 servidores; 2021 - 524 servidores; 2022 - 282 servidores. Segundo o Setor de Gestão de Pessoas não foram abertas Comunicações de Acidentes de Trabalho aos funcionários positivados para Covid-19.

Vale ressaltar que em 2021 com a introdução do esquema vacinal, tivemos uma diminuição significativa dos casos, e que em 2022 por conta da nova variante “OMICRON” as notificações voltaram a subir. A Portaria Número 2.309 - GM/MS, de 28 de agosto de 2020, alterou a portaria de Consolidação Número 5, de 28 de setembro de 2017, atualizando a lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Em seu Artigo 423, fica instituída a nova Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), na qual a COVID-19 está inserida nas listas A e B, conforme segue: Lista A - Agentes e/ou Fatores de risco com respectivas Doenças Relacionadas ao Trabalho - Coronavírus SARS-CoV-2 em atividades de trabalho (CID-10 U07.1 - Doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV2 (COVID-19)); Lista B - Doenças Relacionadas ao Trabalho com respectivos Agentes e/ou Fatores de Risco (CID-10 U07.1 - Doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) - Exposição a Coronavírus SARS-CoV-2 em atividades de trabalho).

Tabela 10 – Internações hospitalares em crianças (< 10 anos), residentes em Criciúma/SC (2020-2021)

Faixa Etária	2020	2021
< 1 ano	0	2
1 a 4 anos	7	29

5 a 9 anos	1	15
Total	8	46

Fonte: SIVEP-Gripe, 2022.

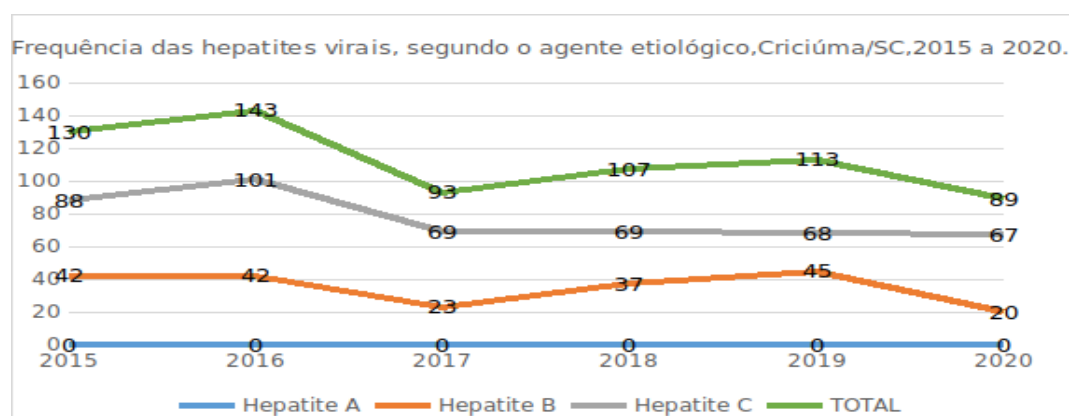
Entre os anos de 2020 e 2021, tivemos 54 crianças hospitalizadas, destes, 03 casos graves evoluíram a óbito. Esta faixa etária ainda não era grupo prioritário para a vacinação, sendo um fator importante para construção dos indicadores de vacinação.

4.4 HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais constituem um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo e exigem resposta urgente. A meta global, conforme plano estratégico da OMS, elaborado em 2016 e intitulado “Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021: Towards Ending Viral Hepatitis” visa a eliminação das hepatites virais como um problema de saúde pública até 2030, através da redução de novas infecções em 90% e em 65% das mortes a elas associadas.

Com este objetivo, o estado de Santa Catarina tem elaborado estratégias para intensificação da testagem para hepatites virais. Esforços também têm sido empregados no município de Criciúma, através de capacitações/sensibilizações para todos os profissionais que compõem as equipes da Atenção Básica, campanha anual e diversas ações de prevenção e diagnóstico precoce, realizadas com nossos parceiros.

Figura 11 – Frequência das hepatites virais, segundo o agente etiológico, Criciúma/SC (2015-2020)



Fonte: SINAN, 2021.

Fazendo uma análise da situação apresentada na Figura 11, as taxas de detecção de hepatites virais vêm apresentando pouca variação nos últimos anos, com leve tendência a queda na taxa de hepatite C desde 2017.

Não podemos afirmar ainda que a situação epidemiológica esteja mais confortável. Pode significar a necessidade de intensificar ações de prevenção e diagnóstico precoce para toda a população e que efetivamente venham a provocar impacto no controle dos casos.

No entanto, a incorporação pelo SUS, das novas terapias para o tratamento da hepatite C vem modificando o panorama epidemiológico dessa doença no Brasil. Os altos índices de cura, a facilidade posológica e o perfil de segurança observados com a utilização dos novos medicamentos possibilitaram a proposição de estratégias eficazes no combate à doença. Em decorrência do novo tratamento para hepatite C, que está curando um número bem maior de pacientes, provavelmente diminuirá a transmissão da doença e o aparecimento de novos casos.

No Brasil a realidade é semelhante, às taxas de detecção de hepatite B e C está relativamente estável, apresentando poucas variações nos últimos anos, com leve tendência de queda. Essa é uma tendência mundial.

O município de Criciúma é considerado de baixa endemicidade para Hepatite B e endemicidade intermediária para Hepatite C. A principal fonte de contaminação para hepatite B é o sexo desprotegido, acometendo mais o sexo masculino, na faixa etária de 20 a 49 anos, e para hepatite C é o compartilhamento de utensílios no uso de drogas injetáveis e inaláveis, mais no sexo masculino, na faixa etária de 30 a 59 anos.

A redução da hepatite A pode ser atribuída à melhoria do sistema de saneamento básico e da oferta de água tratada no município. A hepatite A é transmitida pela via fecal-oral e está relacionada às condições de saneamento básico, higiene pessoal, relação sexual desprotegida (boca-ânus), qualidade de água e alimentos.

Os tratamentos para hepatites virais B e C são oferecidos pelo MS, através de Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas, a todos os pacientes que se enquadrem nos critérios pré-estabelecidos, sem custos, por meio do SUS. Desde março/2018, todos os pacientes diagnosticados com hepatite C passam a ter acesso ao tratamento.

Em dezembro de 2018, o MS atualizou o Protocolo de Condutas e Diretrizes para o tratamento da Hepatite C, incluindo dois novos medicamentos (Harvoni e Epclusa), garantindo um esquema terapêutico simplificado, de duração fixa (12 semanas) e de apenas um comprimido diário, sem efeitos colaterais, com alto índice de cura (98%). Isso representa importante aliado na tarefa de cumprir com as recomendações da OMS no sentido de promover a redução significativa dessa doença como problema de saúde pública até 2030.

4.5 TUBERCULOSE E HANSENÍASE

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa de notificação obrigatória. A tuberculose pode atingir vários órgãos, sendo classificada em 2 grupos: tuberculose pulmonar e extrapulmonar. As formas pulmonares, são contagiosas e mantêm a cadeia de transmissão. É causada em especial pelo *Mycobacterium tuberculosis*. O tratamento das formas pulmonares e extrapulmonares são de 6 meses, exceto as formas neurológica e óssea que são de 12 meses.

É uma doença que cursa de forma sintomática, sendo a tosse o principal sintoma na forma pulmonar de infecção e pode evoluir para óbito se não tratado adequadamente. Atinge em especiais populações vulneráveis, com imunossupressão imunológica.

A hanseníase é uma doença que atinge nervos e pele, sendo considerada uma doença incapacitante, em decorrência da possibilidade de lesões importantes nos troncos nervosos periféricos podendo apresentar sequelas permanentes. Sua relevância na região não está na incidência e ou prevalência de casos e sim nas incapacidades resultante das lesões neurológicas que podem ocorrer no decurso da doença.

As ações de Controle da Tuberculose em Criciúma, é delineada em conformidade com as metas e objetivos definidos pelo Ministério da Saúde (Plano Nacional de Controle da TB) e pelas diretrizes da DIVE/SES/PECT.

Tabela 11 – Dados sobre tuberculose em Criciúma/SC (2004-2018)

ANO	TX INC. TB T. FORMAS	TX INC. TB PULM	% CURA TB PULM	% COINF	OBITOS
2004	26,81	18,05	75,76	30,77	0
2005	33,96	29,65	83,64	27,54	0
2006	37,72	29,75	87,5	23,54	0
2007	45,82	40,43	84	29,17	9
2008	42,78	31,08	80	27,17	5
2009	41,37	32,03	75,11	19,32	11
2010	39,53	30,17	82,16	36,46	2
2011	42,27	35,05	80,88	24,73	3
2012	41,41	39,14	91,23	28,16	1
2013	41,5	33,1	79,1	28,44	2
2014	45,93	39,09	82	32,77	1
2015	37,69	30,44	68	24,74	4
2016	36,8	29,64	79,03	18,8	6
2017	31,22	29,33	68,18	19,35	9
2018	47,88	34,26	82,19	15	8

Fonte: SINAN / Livro Registro TB, PMCT – Criciúma, 2021.

O informativo Epidemiológico da DIVE/SES, mostra a situação da tuberculose no Estado de Santa Catarina, que apresenta uma incidência média nos últimos anos de 26,8 casos para cada 100.000 habitantes. A macrorregião Carbonífera ocupa a terceira colocação na incidência, no ranking do Estado, com uma média anual de 32,5 casos para cada 100.00 habitantes, em 2015.

O município de Criciúma contribui com a maior incidência da região com 40 casos para cada 100.000 habitantes em 2018, em 2019 chegou a 39 casos para cada 100.000 habitantes. Como a macrorregião, estamos atrás próximos de Itajaí e da grande Florianópolis.

Criciúma é o município da AMREC com maior incidência de tuberculose (município prioritário) e com serviço com maior complexidade na assistência à tuberculose da região.

A pandemia de COVID-19, trouxe impacto significativo nas ações de vigilância e diagnóstico da tuberculose. Estamos realizando cerca de 35% de exames para detecção de casos de tuberculose, em relação a meta esperada mensalmente.

O PMCT de Criciúma funciona com *status* de referência regional, atua neste *status* informalmente, dando apoio técnico a Regional e municípios da região, quando solicitado.

Por ser um município com mais de 200.000 habitantes, conforme portaria nº15, de 3 de janeiro de 2002- FUNASA, o Laboratório Regional está enquadrado na

categoria de Laboratório de Referência para Vigilância da Tuberculose, como atribuição formal. A Implantação dos TRM/PCR (teste rápido molecular – tuberculose), melhorou e agilizou consideravelmente a sensibilidade e precocidade de diagnóstico de tuberculose no município.

Criciúma registra uma média de diagnóstico entre 85 a 100 casos de tuberculose, todas as formas de entrada, anualmente, considerando a série histórica de 2004 a 2018. A pandemia por COVID-19, pode ser considerada como fator importante que contribui para redução da detecção dos casos desde 2019, sendo mais perceptível a partir de abril de 2020.

A coinfeção TB/HIV em 2020 foi de 20%, mantendo a média de coinfeção dos últimos anos. Ressaltamos a deficiência na rede de assistência do município com diagnóstico tardio da tuberculose, ou dificuldade para realizar diagnóstico de casos na Atenção Básica acabam, com frequência, chegando nos serviços de urgência e emergência, sendo diagnosticados, neste nível de atenção. O processo de inclusão de novos profissionais por concurso público ou seleção simplificada, é moroso e acaba sendo um dificultador para planejamento de ações educativas e de atualizações nessa área. Estamos esperando finalização deste último processo para ter aprovação da SMS para cursos, encontros e ou atualização dos profissionais da rede de atenção básica e especializada, nessa área.

O impacto da redução de diagnóstico pode ser sentido também na coinfeção TB/HIV onde observamos uma tendência na redução da proporção de casos de tuberculose com HIV, a partir de 2019. Ressaltamos a deficiência na rede de assistência do município com diagnóstico tardio da tuberculose, ou dificuldade para realizar diagnóstico de casos na Atenção Básica acabam, com frequência, chegando nos serviços de urgência e emergência, sendo diagnosticados, neste nível de atenção.

Em relação a desfecho de tratamento o município de Criciúma tem atingido médias de 80% de cura para tuberculose pulmonar na série histórica, de 2004 a 2018, sendo que a transferência de casos para outros municípios é o fator mais importante para este resultado.

Em relação à hanseníase, o município tem uma média de 2 diagnósticos novos anualmente. Na sua maioria são casos MB (multibacilar) e formas D (Dimorfa) e Virchowiana (V), com diagnóstico tardio e com grau de incapacidade 1 ou 2.

4.6 AIDS E SÍFILIS

Em Criciúma, o Programa de Atenção Municipal às IST's/HIV/AIDS-PAMDHA é responsável pela vigilância e assistência dos casos de HIV/AIDS que são notificados.

Atualmente, temos 3.567 casos notificados de HIV/AIDS no município, alcançando 70% do “primeiro 90% da meta proposta”. Destes, 75% estão em uso de terapia antirretroviral e 90,6% estão com carga viral indetectável. A razão de sexo vem se mantendo e, em 2019 ficou em torno de dois homens para cada uma mulher.

No que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 25 a 29 anos. De 2007 a agosto de 2020 foram notificadas 341 gestantes com HIV.

A taxa de detecção de Aids em menores de 05 anos é um bom indicador para o monitoramento da transmissão vertical do HIV. Neste sentido, em 2018 foi criado o “Comitê de Investigação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais”, com a participação de vários segmentos da sociedade para o monitoramento e propostas de ações que venham diminuir a transmissão vertical.

Em 2020 não foi notificada nenhuma criança menor de 05 anos de idade com HIV. Porém o município conta com 29 notificações de aids em menores de 15 anos, entre os anos de 2007 e 2020.

A vigilância dos casos de sífilis no município, também é de responsabilidade do PAMDHA. E, numa série histórica de 2007 a 2020 temos 2.224 casos notificados de “sífilis adquirida”, destes 452 casos, foi no ano de 2020.

Sífilis em gestante, de 2007 a 2020, 398 casos, sendo 80 casos de sífilis em gestante no ano de 2020. Sífilis Congênita, de 2007 a 2020, 74 casos notificados e, destes, 36 casos no ano de 2020.

O diagnóstico dessas infecções é feito através de Teste Rápido, que foi inserido na Atenção Básica a partir de setembro de 2016, com objetivo de ampliar e introduzir novas metodologias e fluxos que permitam o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, impactando a transmissão do vírus e o surgimento de novos casos. Como, também, reduzir os casos de sífilis congênita.

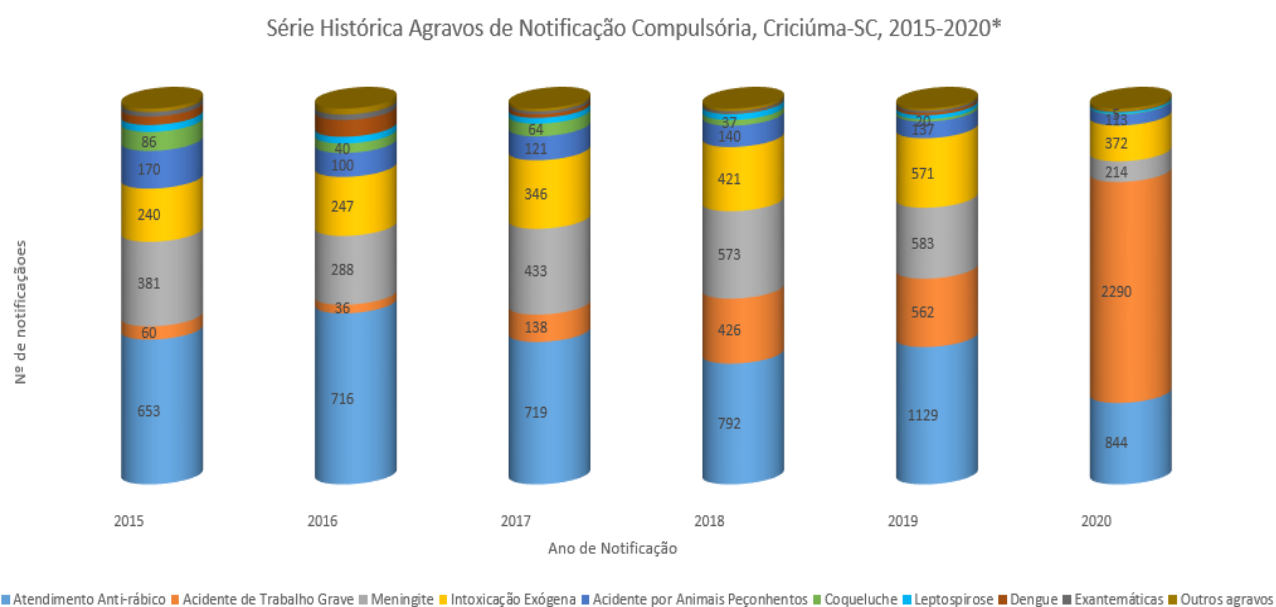
Em 2016, de setembro a dezembro, foram realizados 3.486 TR para HIV, Sífilis e Hepatites; em 2017, 41.124 TR; em 2018, 68.866 TR; em 2019, 75.129 TR, e em 2020, 54.915 TR para diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

4.7 AGRAVOS COMPULSÓRIOS

As portarias 204, de 17 de fevereiro de 2016 e 242, de 10 de abril de 2015, são as portarias que definem a listagem dos agravos de notificação compulsória nos âmbitos nacional e estadual respectivamente.

A seguir, seguem as figuras que expressam a frequência das notificações por ano de notificação e ainda a frequência por agravo e ano.

Figura 12 – Série histórica de agravos de Notificação Compulsória, Criciúma/SC (2015-2020*)



*Dados sujeitos a alterações.

Fonte: SINAN, 2021.

Tabela 12 – Série histórica de agravos de Notificação Compulsória, Criciúma/SC (2015-2022*)

	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%
Acidente de Trabalho	60	3,53	36	2,28	138	7,27	426	17,20	562	18,10	2290	10,20	2488	10,03	748	6,20
Acidente por animal peçonhento	170	10,02	100	6,35	121	6,37	140	5,68	137	4,43	113	0,50	112	0,16	45	0,38
Atendimento Antirrabico	653	38,50	716	45,50	719	37,90	792	32,14	1129	36,54	844	3,70	933	3,85	281	2,33
Chikungunya	0	0,00	6	0,38	9	1,70	3	0,12	4	0,12	1	0,04	0	0,00	0	0,00
Coqueluche	86	5,07	40	2,54	64	3,37	37	15,01	20	0,64	5	0,02	8	0,03	6	0,04
Covid19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	18561	83,00	19846	82,00	10684	89,00
Dengue	38	2,24	70	4,45	19	1,00	6	0,24	21	0,67	5	0,02	13	0,05	2	0,01
Dermatoses Ocupacionais	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Doença de Chagas	2	0,11	1	0,06	3	0,15	0	0,00	1	0,03	1	0,04	0	0,00	0	0,00
Esquistossomose	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,04	0	0,00	0	0,00
Exantematicas	20	1,17	23	1,46	14	0,73	12	0,48	17	0,55	1	0,04	3	0,01	2	0,01
Febre Amarela	0	0,00	1	0,06	0	0,00	3	0,10	1	0,03	1	0,04	3	0,01	3	0,02
Febre Maculosa	2	0,11	0	0,00	0	0,00	5	0,20	0	0,00	6	0,02	0	0,00	0	0,00
Febre Tifóide	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Hantavirose	2	0,11	3	0,19	1	0,05	1	0,04	3	0,09	0	0,00	2	0,08	0	0,00
Intoxicação Exógena	240	14,10	247	15,70	346	18,20	421	17,08	571	18,48	372	1,60	497	2,05	204	1,70
L.E.R/DORT	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,06	17	0,07	1	0,04	0	0,00
Leishmaniose	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,04	0	0,00	0	0,00
Leptospirose	31	1,82	28	1,78	29	1,52	40	1,62	32	1,03	20	0,08	22	0,09	8	0,06
LTA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,04	0	0,00
Malaria	3	0,17	6	0,38	1	0,05	2	0,08	2	0,06	2	0,08	3	0,01	3	0,02
Meningite	381	22,47	288	18,30	433	22,80	573	23,25	583	18,87	214	0,95	270	1,12	72	0,60
PAIR	3	0,17	8	0,50	0	0,00	0	0,00	3	0,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PFA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,03	0	0,00	2	0,08	0	0,00
Rotavirus	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tetano acidental	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00	0	0,00	1	0,00	2	0,08	1	0,08
Total	1695		1573		1897		2464		3089		22456		24206		12059	

*Dados sujeitos a alterações.

Fonte: SINAN, 2022.

Podemos considerar a subnotificação de casos na rede de assistência, um fator limitante para uma Análise Epidemiológica no Município. Considerando este fator, apresentamos algumas considerações, fundamentado nos registros informatizados no Banco de Dados disponíveis.

Entre os agravos da Tabela 11, chama atenção a elevação no número de Acidentes Grave de Trabalho a partir de 2020. Neste ano foram incluídos todos os Acidentes de Trabalho na Base do SINAN, sem, no entanto, ocorrer alteração na plataforma de notificação do SINAN. Nos anos anteriores percebemos uma tendência no crescimento do número de notificações de acidentes graves, motivado em grande parte, por estímulo do CEREST a rede de assistência para notificação deste agravo.

Os Acidentes Antirrábico também representam importante ocorrência no município, sendo o agravo com maior número de notificações, seguido dos Acidentes com Animais Peçonhentos. O Centro de Zoonoses, não desenvolve ações específicas para controle ou prevenção deste tipo de ocorrência, concentrando suas ações com maior efetividade no atendimento de avaliação da população canina e felina, em relação a ocorrência de acidentes/mordeduras com risco aos humanos.

Também concentra atenção especial no controle da Dengue, Leptospirose e Animais Peçonhentos.

Observa-se uma redução dos casos de Coqueluche a partir de 2018. É muito provável que a inclusão, intensificação da vacinação e melhora das coberturas vacinais e assistência ao pré-natal sejam os fatores que contribuíram para este resultado.

A Intoxicação Exógena, tem se mostrado preocupante, ao longo da série histórica estudada, considerando que são casos não acidentais e na maioria das ocorrências auto infligidas.

Em relação a Meningite, percebemos uma manutenção na ocorrência de Meningites de uma forma geral, chama atenção a redução do número de casos entre os anos de 2019 em relação ao ano de 2020. Podemos inferir que medidas restritivas para COVID-19, reduzindo a presença de alunos e aglomerações nas Instituições de Ensino seja um fator preponderante nesta redução.

A operacionalização da Vigilância Epidemiológica (VE) compreende um ciclo de funções específicas e Intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, de forma que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

As ações de vigilância, coordenadas pelo Setor de Agravos, dentro da VE, permitem uma visão mais ampla, fornecendo dados para análise e tomada de decisões de forma mais efetiva e contínua, conforme a realidade local e no momento oportuno.

4.8 MORTALIDADE

4.8.1 Mortalidade infantil

Fundamentalmente importante, a taxa de mortalidade infantil é um indicador que contribui para avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros, sendo obtida por meio do número de crianças de um determinado local (cidade, região, país, continente) que morrem antes de completar 1 ano, a cada mil nascidas vivas.

Os países desenvolvidos como, Islândia, Japão e Luxemburgo estão entre os que apresentam as menores taxas de mortalidade infantil (2 mortes a cada mil nascidos), diferentemente dos países pobres, especialmente das nações africanas e asiáticas que apresentam as piores taxas, estando a Somália com o pior índice de 122 óbitos por mil nascidos vivos.

No Brasil a mortalidade infantil continua em queda. Em uma comparação entre as taxas de mortalidade infantil no Brasil nos anos de 2010 (17,2) e 2019 (11,9), podemos verificar uma redução de 5,3 óbitos em < 1 ano para cada 1000 crianças nascidas vivas.

O município de Criciúma apresenta redução na taxa de mortalidade infantil, como é possível observar na série histórica abaixo, porém a taxa ainda fica acima das taxas encontradas em países desenvolvidos, o que nos mostra a necessidade constante de melhorias nos serviços de atendimento à saúde para a população infantil.

Tabela 13 – Mortalidade infantil em Criciúma/SC (2012-2020)

Ano	Óbitos	Nascimentos	Taxa
2012	48	2730	17,58
2013	30	2811	10,67
2014	30	2868	10,46
2015	26	2925	8,89
2016	20	2838	7,05
2017	25	2871	8,7
2018	27	2838	9,5
2019	19	2747	6,9
2020	16	2710	5,9

Fonte: SIM Municipal, 2021.

Destaca-se que desde 2012 com a taxa de mortalidade infantil no patamar de 17,5 óbitos para cada mil nascidos vivos, foram implantadas e implementadas ações, relacionadas à melhoria da assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, além da implementação e execução de uma política pública de redução da mortalidade materno-infantil, que contribuíram para a redução dos atuais índices de mortalidade infantil.

Com o processo de implantação do Protocolo de Atenção ao Pré-natal Parto e Puerpério, observou-se uma queda na taxa de mortalidade infantil desde 2013 que culminou em 2020, na menor taxa de mortalidade infantil apresentada pelo município.

Em números absolutos no ano de 2020, tivemos 16 óbitos infantis, segundo as causas evitáveis, sendo elas: redutíveis por adequado controle na gravidez; redutíveis por adequada atenção ao parto; redutíveis por diagnóstico e tratamento precoce e parcialmente redutíveis. Sendo que os óbitos por causas não evitáveis representaram 12,5%.

4.8.2 Mortalidade materna e em Mulheres em Idade Fértil (MIF)

Entre 2016 e 2020, aconteceram 263 óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) em que se destacam quatro grupos de causas principais: neoplasias (35,47%), causas externas (19,25%), doenças do aparelho circulatório (17,74%) e doenças infecciosas e parasitárias (10,57%).

Observando as causas primárias destes óbitos, as neoplasias ocupam o primeiro lugar, chamando a atenção para a neoplasia de mama, com um total absoluto de 23 óbitos nos cinco anos avaliados.

Tabela 14 – Série histórica da mortalidade proporcional em mulheres de 10 a 49 anos pelas principais causas primárias em Criciúma/SC (2016-2020)

Causas Capítulos	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
Neoplasias (tumores)	17	19	17	26	15	94	35,47
Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	11	12	7	11	10	51	19,25

Doenças do aparelho circulatório	7	6	14	14	6	47	17,74
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9	3	6	4	6	28	10,57
Doenças do aparelho respiratório	3	2	0	4	4	13	4,91
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	0	4	1	0	6	2,26
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	2	0	0	1	4	1,51
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	2	0	2	4	1,51
Doenças do sistema nervoso	2	1	1	0	0	4	1,51
Doenças do aparelho digestivo	0	0	1	2	1	4	1,51
Doenças do aparelho geniturinário	2	1	1	0	0	4	1,51
Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	2	0,75
Mal Definidas	0	0	0	2	0	2	0,75
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	1	0	1	0,38
Malformações congênicas e anomalias cromossômicas	1	0	0	0	0	1	0,38
Total	54	46	53	65	45	263	100,00

Fonte: SIM/Datasus, 2021.

Ocorreram dois óbitos maternos declarados, ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez, na série histórica avaliada, sendo um no ano de 2016 e outro em 2017, sendo um por Eclampsia e outro por Tromboembolismo pulmonar.

4.8.3 Mortalidade em idosos

Entre os principais grupos de causas de óbitos, em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de Criciúma – SC, estão as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

Dos 3.171 óbitos ocorridos entre 2016 a 2019, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, 1.226 óbitos, correspondendo a 38,7% do total de óbitos nessa população, e as neoplasias com 724 óbitos, correspondendo a 22,9% do total de óbitos da mesma população avaliada.

Como causa direta chamam atenção as doenças isquêmicas do coração com 370 óbitos, nessa faixa etária e ainda o infarto agudo do miocárdio com 313 óbitos.

A diabetes mellitus (65 óbitos) corresponde a 89% dos óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e incide 40% a mais, em mulheres idosas (28 óbitos) em relação aos homens da mesma faixa etária (27 óbitos).

4.8.4 Mortalidade por causas externas

Em Criciúma, de 2015 a 2019 ocorreram 561 óbitos por causas externas, correspondendo a 9,71% de todos os óbitos registrados no mesmo período.

Conforme a Tabela 14, observa-se que as agressões correspondem ao grande grupo de causas que mais contribuíram para a situação dos óbitos por causas externas, sendo o ano de 2015 o que houve a maior frequência com 60 óbitos registrados.

Em segundo lugar estão os acidentes de transporte, com um total geral de 148 óbitos, seguido pelas outras causas externas acidentais, que tiveram um total de 114 óbitos registrados.

Tabela 15 – Série histórica de óbitos por causas externas em Criciúma/SC (2015-2019)

GRANDE GRUPO CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	Total
V01-V99 Acidentes de transporte	30	31	31	27	29	148
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais	24	34	22	26	19	125
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	19	19	27	22	27	114
X85-Y09 Agressões	60	34	22	18	22	156
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	-	4	4	4	5	17
Y40-Y84 Complicações assistência médica e cirúrgica	-	-	1	-	-	1
TOTAL	133	122	107	97	102	561

Fonte: DATASUS, MS, 2021.

4.8.5 Mortalidade prematura

A taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) corresponde ao conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

O município de Criciúma apresentou elevação da taxa de mortalidade prematura em 2018 se comparado ao ano anterior, porém a partir de 2019 a taxa tornou a reduzir, porém não atingindo a mesma avaliação de 2017.

Em 2020 os dados ainda são preliminares e passíveis de alteração.

Tabela 16 – Mortalidade prematura em Criciúma/SC (2017-2020*)

	2017	2018	2019	2020*
Taxa	319,74	353,75	352,78	310,53

*Dados passíveis de alterações.

Fonte: Tabnet DIVE-SC, 2021.

4.9 COBERTURA VACINAL

A cobertura vacinal, em relação esquema de vacinação básico proposto pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), para crianças menores de um ano de idade, vem sendo prejudicada ao longo dos anos em função de repasses de doses de

imunobiológicos insuficientes pelo Ministério da Saúde, além de sofrer fortemente com os grupos contrários à vacinação, que disseminam em redes sociais de ampla abrangência informações inverídicas e sem comprovações científicas.

Apesar dos fatos, as coberturas vacinais de crianças residentes em Criciúma 168 nos últimos quatro anos, são superiores a 80%, com exceção da vacina contra Febre Amarela que tem sua primeira dose realizada aos nove meses de vida e da Penta valente que deve ter seu esquema finalizado (terceira dose) antes de completar um ano de idade.

Com relação a Penta valente, em 2020, 531 crianças fizeram a terceira dose já com um ano de vida completo, prejudicando o cálculo de cobertura vacinal em menores de um ano.

É de conhecimento ainda que em 2020 muitos pais optaram por adiar a vacinação de seus filhos em função da pandemia de COVID-19, pois muitos tinham receios de irem até a unidade de saúde e eventualmente se contaminarem com o vírus.

Tabela 17 – Série histórica de coberturas vacinais em menores de 1 ano em Criciúma/SC

SÉRIE HISTÓRICA DE COBERTURAS VACINAIS EM MENORES DE 1 ANO, RESIDENTES EM CRICIÚMA												
Imuno	Pop 2017	2017	Cob 2017	Pop 2018	2018	Cob 2018	Pop 2019	2019	Cob 2019	Pop 2020	2020	Cob2020
BCG	2.871	2.655	92	2.839	2.727	96	2.747	2.592	94	2.710	2.558	94
Rotavírus Humano	2.871	2.548	89	2.839	2.416	85	2.747	2.569	94	2.710	2.170	80
Meningococo C	2.871	2.694	94	2.839	2.339	82	2.747	2.649	96	2.710	2.218	82
Penta	2.871	2.508	87	2.839	2.348	83	2.747	1.923	70	2.710	2.061	76
Pneumocócica	2.871	2.697	94	2.839	2.520	89	2.747	2.655	97	2.710	2.276	84
Poliomielite	2.871	2.541	89	2.839	2.375	84	2.747	2.417	88	2.710	2.197	81
Febre Amarela	2.871	40	1	2.839	1.452	51	2.747	2.029	74	2.710	1.923	71

*Coberturas em percentuais.

Fonte: DATASUS, 2021.

5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CRICIÚMA

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Criciúma possui como missão “Implementar políticas de saúde que garantam o acesso da população a todos os serviços, com resolutividade e humanização, superando os índices propostos pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.” A SMS se organiza entre gerências e coordenações diversas (Anexo 1).

Outrossim, continua como gestora plena do sistema municipal de saúde, isso significa que faz a gestão de todos os equipamentos de saúde pública do seu território. Isto inclui a atenção básica, policlínicas, diagnóstico, serviços hospitalares e de reabilitação.

A estrutura física do sistema público de saúde municipal, em dezembro de 2021, é composta por 45 Unidades Básicas de Saúde, 01 Unidade de Pronto Atendimento, 01 Pronto Atendimento, 4 Centros de Atenção Psicossocial, 02 Centros de Especialidades em Saúde, 01 Centro de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, 13 Farmácias públicas, 01 Ambulatório de Feridas, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde, 01 Centro de Reabilitação Multiprofissional,

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são divididas em seis distritos sanitários: Santa Luzia, Rio Maina, Boa Vista, Centro, Quarta Linha e Próspera. Conforme já citado, são 45 UBS, com 50 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP). As UBS se encontram divididas da seguinte forma:

- Distrito da Próspera: UBS Próspera, UBS Linha Batista, UBS Argentina, UBS Brasília, UBS Cristo Redentor, UBS Centro Social Urbano (Linha Anta), UBS Nossa Senhora da Salette, UBS Ana Maria, UBS Renascer (Mina Quatro), UBS Vila Rica (Imigrantes).
- Distrito do Rio Maina: UBS Wosocris, UBS Colonial (São Marcos), UBS Laranjinha, UBS Metropol, UBS Vila Zuleima, UBS Vila Francesa.
- Distrito do Centro: UBS Centro, UBS Operária Nova, UBS Milanese, UBS Mina do Mato, UBS Maria Céu, UBS Mina do Toco, UBS Santa Bárbara, UBS São Luiz, UBS São Simão.

- Distrito da Santa Luzia: UBS Santa Luzia, UBS Mina União, UBS Cidade Mineira Nova, UBS Cidade Mineira Velha, UBS Nova Esperança, UBS Mãe Luzia, UBS São Defende, UBS São Sebastião, UBS Vila Belmiro, UBS Vila Manaus.
- Distrito da Boa Vista: UBS Boa Vista, UBS Paraíso (Tereza Cristina), UBS Pinheirinho, UBS Santa Augusta, UBS Santo Antônio.
- Distrito da Quarta Linha: UBS Morro Estevão, UBS Quarta Linha, UBS Sangão (São Roque), UBS Verdinho, UBS Primeira Linha.

6 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

6.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

6.1.1 Setor de Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 18 de setembro de 1973, é responsável pela política nacional de imunizações e tem como missão reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, com fortalecimento de ações integradas de vigilância em saúde para promoção, proteção e prevenção em saúde da população. Em termos, o setor de imunização do município, realiza o recebimento, a distribuição e o acompanhamento da aplicação das doses e a avaliação das coberturas vacinais, tanto de rotinas como ações de campanhas e intensificações.

O setor tem como atribuições a verificação da temperatura da rede de frio no período matutino e vespertino. Recebimento e distribuição de vacinas, tanto de rotina, como campanhas e intensificações, auxílio técnico para as salas de vacina do município, organização e logística de ações voltadas a imunização da população, digitação e acompanhamento de reações vacinais, digitação e solicitação de vacinas especiais ao Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), abastecimento de redes hospitalares com relação à soros e imunoglobulinas, intensificação e aplicação de BCG e recém nascidos nos hospitais do município, supervisão em salas de vacina, capacitação de vacinadores, entre outras atividades.

São recebidos do Ministério da saúde e distribuídos pelo setor de imunização às unidades de saúde os seguintes imunobiológicos: BCG, Hepatite B, VOP, VIP, Penta valente, Rotavírus, Pneumo 10 valente, Meningite do tipo C, Tetra Viral, Tríplice Viral, Meningite ACWY, HPV, Hepatite A, Dupla Adulto, DTPa Gestante, Tríplice Bacteriana, Varicela, Febre Amarela, Antirrábica, Influenza, COVID- 19, Pneumo 13, Pneumo 23 e DTP.

A equipe de trabalho é composta por um enfermeiro coordenador, quatro técnicos de enfermagem, um técnico administrativo e dois motoristas.

6.1.2 Setor de Agravos

Considerando a Portaria Nacional Nº 204 (2016) e a Portaria Nº 264 (2020) que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doença, e agravos e eventos

de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional.

Em termos coletivos a vigilância dos agravos permite acompanhar a tendência e a evolução das doenças no município de Criciúma avaliando o impacto das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Atuar na prevenção e controle de doenças de forma ágil e eficaz, evitando a disseminação de casos de doenças de notificação compulsória.

O objetivo do setor é atuar na vigilância dos agravos, na prevenção e controle de doenças de forma ágil e eficaz, evitando a disseminação de casos e prevenção de surtos. A equipe é composta por um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, dois técnicos administrativos e um motorista.

Leptospirose, Dengue, Meningite bacteriana, Febre Maculosa, Coqueluche, Doenças Exantemáticas, entre outros com importância Epidemiológica, necessitam de apoio de Laboratório Central do Estado (LACEN), conforme Guia de Vigilância.

As amostras são encaminhadas ao LACEN, para investigação e confirmação, tratamento e monitoramento dos casos. Nestes casos a VE utiliza o sistema GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial). Nestas situações o LACEN/VE, tem a responsabilidade de monitorar os resultados e realizar intervenção, quando necessário.

Os demais Agravos de Notificação Compulsória são informados nos sistemas existentes, entre eles citamos:

- O SINAN, que visa facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população. A coleta de dados é realizada por fontes notificadoras/serviços de atendimento público e privados, tanto na rede hospitalar, atenção primária, rede de laboratórios ou consultórios. Os agravos notificados são investigados e inseridos no Sistema na Vigilância Epidemiológica. Alguns agravos são de notificação imediata, neste caso, os serviços realizam informação por telefone. Se for no período noturno, fins de semana ou feriados, essa informação chega através do sobreaviso.
- O SINAN online, tem por objetivo a inserção e disseminação dos dados de Agravos de Notificação Compulsória da Dengue/Chikungunya, fornecendo

informações para análise do perfil da morbidade da população. Este Sistema é alimentado pela Vigilância Epidemiológica.

- O SIVEP-Gripe (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe e SRAG hospitalizado e óbitos) tem por objetivo a inserção e disseminação dos dados da Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), fornecendo dados em tempo real para análise e tomada de decisões. As notificações de SRAG são realizadas pelas unidades hospitalares e o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), e em alguns casos pela Vigilância Epidemiológica. A Unidade Sentinela da Síndrome Gripal foi implantada no município em 25/02/2020, na unidade de Pronto Atendimento Boa Vista. No mês de junho de 2021 houve uma alteração da unidade de funcionamento, passando a ser no Centro de Atendimento para Enfrentamento a COVID-19.
- O SIVEP-DDA, compreende a Vigilância Epidemiológica das DDA, composta também pela Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) e surtos de DTA. Os objetivos das notificações/investigações servem para monitorar casos e detectar precocemente surtos da doença causadas por Rotavírus. As notificações são realizadas pelas Unidades Sentinelas específicas cadastradas, inclusive da rede hospitalar. Em caso de surtos a comunicação é imediata.
- O e-SUS Notifica, desenvolvido em decorrência da pandemia de COVID-19, foi lançado em março de 2020 para registrar os casos de Síndrome Gripal leve ou moderada suspeitos de COVID-19 no território nacional. O sistema proporciona maior celeridade e oportunidade no recebimento dos dados para a análise e publicação das informações por todas as esferas de governo.

6.1.3 Setor de Mortalidade

O objetivo do setor é analisar os dados referentes à mortalidade visando contribuir para o conhecimento dos níveis de saúde da população e fornecer subsídios para os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas.

Legislação pertinente de subsídio para o trabalho do setor: Portaria Nº. 116, DE 11 / 2009 - Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações; Portaria Nº 72/2010 - Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal

é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria Nº 1.119/2008 - Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

O Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, reúne os dados sobre mortalidade no país, sendo que no município de Criciúma, funciona desde o ano 2006, por meio da inserção de informações contidas nas declarações de óbito (D.O) – documento em três vias padronizado em todo território nacional para registro de óbitos no cartório.

Dentre as principais rotinas desenvolvidas pelo setor estão:

- Digitação e gerenciamento do sistema informatizado;
- Controle, distribuição e recolhimento das declarações para as Unidades Notificadoras;
- Revisão das declarações recebidas;
- Codificação dos diagnósticos das Declarações de Óbitos;
- Conferência dos óbitos de Covid-19 via Notificações-SIVEP- E-Sus - Gal, entrevista familiar, Vacinas, conferência de informações no prontuário eletrônico;
- Investigação Epidemiológica dos Óbitos segundo recomendação do Ministério da Saúde;
- Encaminhamento dos óbitos das doenças notificáveis para seus respectivos programas (Agravos, Pamdha, Programa de Tuberculose, Cerest e Programa de Hepatite);
- Notificação dos Óbitos a Atenção básica - (baixa no prontuário das unidades de saúde);
- Arquivamento e guarda das declarações de óbitos.

6.1.3.1 Investigação epidemiológica

A Vigilância da Mortalidade está orientada por normativas federais (portaria 1119/08 e 116/09) com objetivos e metas pactuados. As ações sistemáticas de investigação epidemiológica buscam conhecer todas as circunstâncias – individuais, familiares, comunitárias e da assistência à saúde recebida durante o processo de adoecimento e morte. De acordo com o MS devem ser investigados os óbitos das seguintes faixas etárias:

- **Mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos):** Independente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com objetivo de levantar fatores determinantes e suas possíveis causas, assim como subsídios a adoção de medidas que possam evitar a sua recorrência e verificar possíveis óbitos maternos não notificados.
- **Morte Materna (gravidez - parto – puerpério):** Mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, por ocorrer em países em desenvolvimento. A investigação contribui para a identificação do número real de óbitos maternos medida permitindo saber aqueles que não foram informados corretamente. E proporciona verificar informações sobre problemas que contribuíram para essas ocorrências, permite correção de dados pessoais da falecida, a avaliação da atenção prestada à mulher em todos os níveis de complexidade e da qualificação do preenchimento de DO, sendo indispensável para definição de intervenção voltada para evitar novas mortes.
- **Óbitos: fetais - Menores de 1 ano e Crianças de 1 a 4 anos:** A investigação deste óbito é uma importante estratégia de redução de mortalidade infantil e fetal, e ainda é um desfecho para serviços de saúde e sociedade como um todo. O reconhecimento de situações de risco, a provisão do cuidado apropriado a gestante no pré e no pós-parto, a criança na maternidade e na promoção a saúde na assistência adequada.

Sendo responsabilidade do setor de investigação epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna, gerando dados e alimentação da base de dados do MS. Esta investigação é realizada a partir de levantamentos de dados coletados nas seguintes etapas:

- Identificação dos óbitos;
- Levantamentos de dados dos serviços de saúde, prontuários ambulatoriais, hospitalares, serviços de vigilâncias, laudo de necropsia, anatomopatológico;
- Resumo, discussão, conclusão sobre o caso;
- Análise de evitabilidade segundo tabela específica;
- Identificação de problemas relacionados ao óbito e correção dos dados se necessário no SIM e ou SINASC;
- Identificação de medidas de prevenção, intervenção necessária, síntese, conclusão e recomendações.

O resultado de todo esse processo são relatórios periódicos com discussão em um CMMI onde fazem parte todos responsáveis por esta cadeia de saúde de caráter eminentemente educativo e formativo com atuação sigilosa.

Estes instrumentos permitem avaliar a qualidade de assistência à saúde prestada à gestante, parto, nascimento, criança, para subsidiar políticas públicas e ações de intervenção.

Temos grandes desafios, ainda, sobretudo no planejamento familiar, preparo das mulheres para gestar, e com o maior deles atualmente, que é a pandemia de Covid-19, levando a óbitos maternos, fetais, recém-nascidos e crianças.

6.1.3.2 Unidades notificadoras de óbitos

O setor de mortalidade é responsável pelo controle e distribuição de declaração de óbitos às seguintes unidades notificadoras do município: Hospital São José, Hospital São João Batista, Hospital Unimed Criciúma, Hospital Materno Infantil Santa Catarina, Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

6.1.4 Setor de Análise de Situação em Saúde (SINAEPI)

O SINAEPI surge em 2018, com o objetivo de analisar os dados produzidos pelos serviços de assistência e de vigilância nos diversos sistemas de informação utilizados na área da saúde.

O processo consiste na transformação dos dados em informação, as quais são posteriormente usadas para tomada de decisão, formulação e/ou reorientação de políticas públicas.

O setor foi estruturado com a equipe pertencente a Vigilância Alimentar e Nutricional e, portanto, segue coordenando os sistemas relativos à esta (SISVAN e PBF) tendo incorporado ainda o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e trabalhado com os dados disponíveis sobre as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

Atualmente a equipe é composta de duas nutricionistas, uma odontóloga e uma técnica de enfermagem.

O SINAEPI atua apoiando gestores e profissionais de saúde no processo de organização e avaliação da atenção nutricional, permitindo que sejam observadas

prioridades a partir do levantamento de indicadores de alimentação e nutrição da população assistida.

Cabe destacar que durante o ano de 2020 os profissionais do SINAEPI concentraram sua atuação na vigilância da COVID-19. Para tratar as informações referentes aos casos de COVID-19 no município houve a necessidade de criação e manutenção de um instrumento próprio (planilha) para acompanhamento e análise dos dados.

Ao longo do ano foram realizadas diversas análises da situação de saúde em relação à COVID-19, através de informes epidemiológicos diários e boletins detalhados sobre o perfil de casos, da estimativa da necessidade de leitos e das internações. Além disso, foram elaborados: o Plano de Contingência Municipal, manuais, notas técnicas, fluxos e procedimentos operacionais padronizados (POPs), orientações e recomendações para profissionais de saúde da rede municipal, pública, privada e para a população.

6.1.5 Setor de Vigilância Alimentar e Nutricional

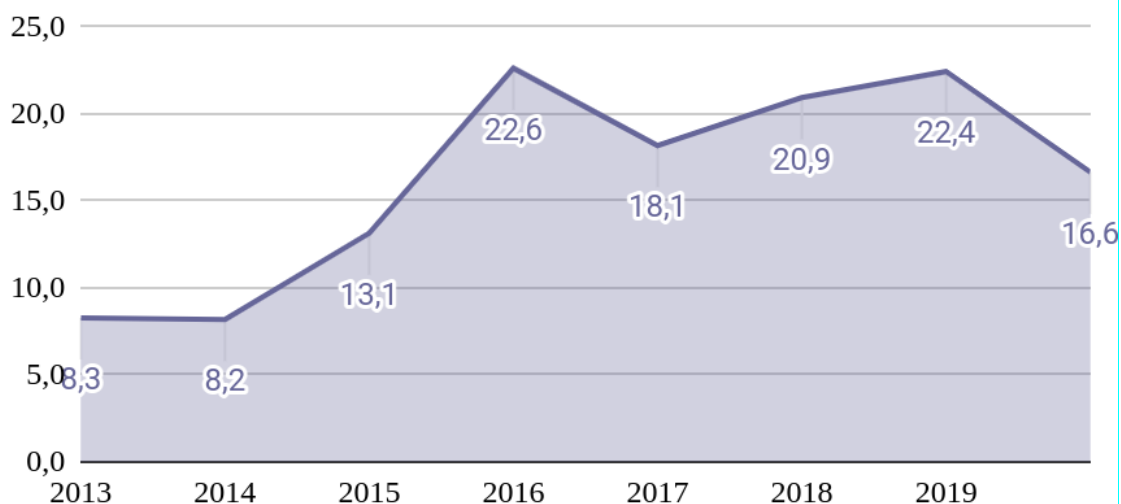
A coleta de dados para a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é realizada nos serviços de saúde, inclui a avaliação antropométrica (medição de peso e estatura) e do consumo alimentar cujos dados são consolidados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Em Criciúma o SISVAN está instituído desde 1994, foi informatizado a partir de 2008 (SISVAN-Web) e teve sua digitação descentralizada em 2015, a partir da informatização das unidades de atenção primária.

Mais recentemente o SISVAN tem apoiado as ações do Crescer Saudável, item do Programa de Saúde na Escola (PSE), por se tratar de ações que envolvem a VAN.

A cobertura populacional deste sistema aumentou consideravelmente nos últimos anos, tendo atingido o pico em 2016 em função da chamada nutricional realizada para menores de 5 anos (Figura 13).

Figura 13 – Percentual de cobertura populacional do SISVAN



Fonte: SINAPEPI, 2021.

6.1.6 Programa de Tuberculose/Hanseníase

Considerando que a tuberculose continua a ser um problema de saúde, a OMS lançou no ano de 2015 a estratégia global para eliminar a tuberculose até 2035. Para este desafio foram criados três pilares: prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente; políticas arrojadas e sistema de apoio; intensificação de pesquisa e inovação.

O Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) está atento às demandas, buscando respondê-las de forma a garantir controle da TB e assistência nesta área buscando implementar as estratégias da OMS e do Plano Nacional de Controle da Tuberculose.

O Programa Municipal de Tuberculose e Hanseníase desenvolve e executa ações específicas referentes à prevenção, promoção à saúde, vigilância e assistência (diagnóstico, acompanhamento e tratamento) das doenças de notificação compulsória, Tuberculose e Hanseníase. Na área de vigilância, permite acompanhar a tendência da doença no município de Criciúma e avalia o impacto das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Não temos no município um programa de tuberculose para os trabalhadores em específico. Nosso programa é para todos os residentes de Criciúma: homens, mulheres, crianças, idosos, trabalhadores, moradores de rua, enfim, toda a população é monitorada e atendida no Programa de Tuberculose quando há necessidade.

Todas as Unidades de Saúde fazem investigação de Sintomáticos Respiratórios. Essa investigação é feita de acordo com as metas do Ministério da Saúde. O trabalho do Programa não é para uma classe específica da população, e nem tem por que ser assim, visto que toda a população que tem risco de contrair Tuberculose é assistida.

Nas situações de casos de Tuberculose em ambientes de trabalho, é realizado acompanhamento direto do paciente diagnosticado, além da avaliação das condições de trabalho desse paciente. São fornecidas orientações ao setor responsável pela Medicina do Trabalho no local do ocorrido. Também são realizadas investigações de todos os contatos do trabalhador com oferta de exames (baciloscopia, PPD e radiografia). Também são realizadas palestras e orientações para sanar as dúvidas de todos. Esse é um protocolo seguido sempre que existem casos suspeitos ou um diagnóstico de Tuberculose.

Toda a população está sendo investigada, pois a Atenção Básica é estimulada a realizar a investigação dos Sintomáticos Respiratórios. Em um ano é necessário investigar 1% da sua população na área de abrangência de tosse (1% dos pacientes com tosse). Sendo realizado o TRM (Teste Rápido Molecular) e nos casos de resultado positivo, inicia-se o tratamento e o acompanhamento dos contatos domiciliares, e caso seja em uma empresa, todos os contatos da empresa.

O programa também auxilia todos os que têm vínculo empregatício, fazendo o encaminhamento para o Serviço Social do Programa, que ofertará todo o suporte para o trabalhador com relação a INSS, abertura de CAT, perícia médica e atestados. São avaliadas a situação social da pessoa e realizados encaminhamentos ao CRAS se necessários.

Todas as ações do Programa de Tuberculose e Hanseníase estão fundamentadas nos protocolos do MS para nortear a vigilância e assistência a esses agravos. Os protocolos utilizados são: Manual de recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019 e Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, 2016.

O objetivo do PMCT é desenvolver ações de vigilância, assistência e educação em saúde nas áreas Tuberculose e Hanseníase, no município de Criciúma, com base nas diretrizes do Programa Nacional e fundamentado nos protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

O Programa de Tuberculose e Hanseníase no município de Criciúma é um Serviço de Referência Especializado que oferece assistência (acompanhamento e tratamento) aos portadores de Tuberculose e Hanseníase do município de Criciúma, segundo os protocolos de assistência em hepatites virais do Ministério da Saúde.

A porta de entrada para esse serviço são as Unidades de Saúde do município que realizam a busca ativa de Sintomático Respiratório (SR), conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da saúde, através de PCR em amostras de escarro. Os pacientes com resultado de TRM (PCR) detectável são encaminhados para o serviço para avaliação do início de tratamento. Os casos de TB pulmonar são acompanhados diariamente pela unidade de saúde da área de abrangência para administração da medicação supervisionada, geralmente pelo ACS.

No caso da Hanseníase, os casos suspeitos são encaminhados ao Programa municipal de Hanseníase para avaliação da equipe com Exame dermatoneurológico (avaliação de pele, anexos, nervos e prova de sensibilidade) e coleta de raspado intradérmico para pesquisa de BAAR. Os casos suspeitos passam por consulta de enfermagem e médica (dermatologista), para confirmação diagnóstica e avaliação de início de tratamento.

São realizados regularmente na população carcerária do Presídio Santa Augusta e Penitenciária Sul feminina e masculina. Os hospitais do município também têm a conduta em sua rotina de encaminhar casos suspeitos e ou confirmados para acompanhamento e ou confirmação diagnóstica da tuberculose e ou hanseníase.

Os exames para confirmação do diagnóstico (TRM e cultura), tratamento e monitoramento são realizados via LACEN-Criciúma. Os exames de Cultura para TS (teste de sensibilidade), e tipificação, são realizados pelo LACEN-Florianópolis. Todos os exames são realizados pelo SUS.

O PMCT-Criciúma e o Programa de Hanseníase, tem como meta, oferecer um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe multidisciplinar composta por médico pneumologista, enfermeiro, técnicos de enfermagem, farmacêutica e assistente social.

O tratamento para Tuberculose é padronizado pelo MS. As formas de TB pulmonar e extrapulmonares, exceto as formas meningoencefálica e óssea, tem tratamento de 6 meses com EB (RHZE/RH), em doses fixa combinada de antibióticos.

O monitoramento do tratamento é realizado pela atenção básica através do TDO (tratamento diretamente observado), onde a equipe de saúde monitora a tomada

da medicação diariamente, garantindo melhor adesão ao tratamento. Toda medicação é fornecida pelo SUS.

Na Hanseníase o tratamento também é padronizado para as formas MB (multibacilar) e PB (paucibacilar), sendo que o tratamento para forma MB tem duração de 12 meses e nas formas PB 6 meses. A supervisão da tomada de medicação é realizada mensalmente quando o paciente recebe a dose mensal supervisionada e é orientado em relação à tomada de doses diária autoadministrada para manutenção do tratamento.

6.1.7 Programa de Hepatites Virais

O Programa Municipal de Hepatites Virais desenvolve e executa ações específicas referentes às hepatites virais no campo da vigilância, prevenção, promoção, controle, assistência (diagnóstico, acompanhamento e tratamento). Em termos coletivos a vigilância permite acompanhar a tendência da doença no município de Criciúma e avalia o impacto das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A Portaria nº2080/GM-31 de outubro de 2003, institui o programa nacional para prevenção e controle das hepatites virais, o comitê técnico de acompanhamento e assessoramento do programa e dá outras providências.

O Programa de Hepatites Virais é um Serviço de Referência Especializado em Hepatites Virais que oferece assistência (acompanhamento e tratamento) aos portadores de Hepatites virais do município de Criciúma, segundo os protocolos de assistência em hepatites virais do Ministério da Saúde.

A porta de entrada para esse serviço são as Unidades de Saúde do município que realizam os testes rápidos de hepatites B e C, HIV e Sífilis. Os pacientes com resultado Reagentes de Hepatite B ou C são encaminhados para o serviço.

Os exames de diagnóstico são realizados via teste rápido e sorologias específicas. Desde 2014 os testes rápidos estão sendo executados em todas as Unidades de Saúde do município. Também são realizados testes rápidos regularmente na população carcerária do Presídio Santa Augusta e Penitenciária Sul feminina e masculina. Nos hospitais aqui do município também tem a conduta em sua rotina de realizar testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e C) em todas as gestantes

admitidas para o parto, nos casos de violência sexual e nos acidentes perfuro cortantes dos servidores internos.

Os exames para confirmação do diagnóstico, tratamento e monitoramento são realizados via LACEN, e o exame de genotipagem pelo Centro de Genomas em São Paulo, através do Programa Municipal de Hepatites Virais. Todos gratuitos, disponibilizados pelo SUS.

O objetivo deste serviço é oferecer um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe multidisciplinar composta por médico infectologista, enfermeira, técnica de enfermagem, farmacêutica, assistente social.

6.1.8 Programa de IST/HIV/ADIS

O Programa de Atenção Municipal às IST/HIV/Aids-PAMDHA é um serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma e trabalha com pessoas com diagnóstico positivo para HIV, oferta de testes rápido de HIV, Sífilis e Hepatites Virais para demanda espontânea e monitoramento da Sífilis.

O registro do primeiro caso da infecção pelo HIV/Aids, no município, foi por volta do ano de 1986. Foi então que, a partir de 1988, iniciou-se o atendimento ambulatorial com um profissional médico a esses pacientes. Nos anos 90, o medicamento, antirretroviral, começou a ser distribuído por meio de processos judiciais e em 1996, foi oficializado o Programa no município pelo Ministério da Saúde. A partir do ano de 2000 a equipe mínima estava completa, conforme recomendação do Ministério da Saúde, o que continua até hoje, inclusive com mais profissionais, devido à alta demanda de pacientes.

Atualmente, são ofertadas consultas médicas especializadas em Infectologia, Infectologia Pediátrica, exames, serviço de Enfermagem, Farmácia, Assistência Social, Psicologia, entre outros, como também com a realização de testes rápidos e aconselhamento em ISTs para demanda espontânea, logística e capacitação/atualização para os serviços de saúde em Testes Rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites Virais, e atividades educativas em empresas, escolas, população em geral e oferta dos insumos para a prevenção.

A Profilaxia Pós Exposição (PEP), para pessoas que passaram por risco ocupacional, acidentes com material biológico ou perfuro-cortante e exposição sexual sem proteção, que faz parte da prevenção combinada, é uma das ações que são

diretamente matriciadas e/ou ofertadas pelo programa, uma vez que se trata de um atendimento de urgência.

Nesse mesmo sentido, de prevenção combinada, temos a Profilaxia Pré Exposição (PrEP) que é realizada com grupos elencados pelo Ministério da Saúde, onde são ofertadas consultas médicas, exames laboratoriais, testes rápidos, orientações e insumos para prevenção de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o medicamento. O programa também têm à disposição da população o Autoteste HIV, para aquelas pessoas que desejam fazer em outro horário ou que seus parceiros façam o exame. A orientação para realização do autoteste é feita por profissional capacitado, orientando os possíveis resultados e fazendo vínculo para que a pessoa retorne caso necessário.

Criciúma vem se apresentando, nos últimos cinco anos, com uma taxa de detecção da infecção pelo HIV, de 20,2 por 100.000 habitantes, sendo maior que o Estado de Santa Catarina (19,7) e que o País (14,1). Época em que o estado de Santa Catarina firmou junto ao Ministério da Saúde, a Cooperação Interfederativa, trazendo uma proposta de matriciamento e atendimento em rede para o enfrentamento da infecção pelo HIV. A partir daí, em junho de 2018, o município assinou a Declaração de Paris se comprometendo a acabar com a transmissão do HIV/Aids até 2030. A proposta foi encabeçada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UnAids), um órgão da Organização das Nações Unidas (ONU). Entre os compromissos da Carta de Paris, está o alcance da meta 90-90-90, onde:

- Em 2020 88% das pessoas vivendo com HIV conheciam sua sorologia;
- Dessas pessoas que conheciam sua sorologia, 93% tinham acesso ao tratamento;
- E entre as pessoas que tinham acesso ao tratamento, 92% foram viralmente suprimidas, considerando aquelas que estão em tratamento a mais de seis meses, sem interrupção, sendo que a taxa de abandono do município fica em torno de 5,2%, abaixo da média nacional (10%).

A razão de sexo vem se mantendo, como em 2.019 e 2.020, ficando em 1,4 homens para cada 1 mulher, também em 2.021. No que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, o que representa 52,3% dos casos. Dos casos registrados no SINAN, em 2021, de infecção pelo HIV, em homens maiores de 13 anos, segundo categoria de exposição, verificou-se que 50,0% dos casos, foram decorrentes de exposição heterossexual. Atualmente, temos 14 (catorze) gestantes com HIV acompanhadas

pelo programa. Outro dado importante, é o nível de escolaridade, 16,1% das pessoas notificadas com HIV em 2021, tem nível superior completo. Sendo o fundamento para desenvolvimento de ações de testagem e orientação, principalmente na população universitária.

A taxa de detecção de Aids em menores de 05 anos é um bom indicador para o monitoramento da transmissão vertical do HIV. Neste sentido, em 2.018 foi criado o “Comitê de Investigação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais”, com a participação de vários segmentos da sociedade para o monitoramento e propostas de ações que venham diminuir a transmissão. A partir de então, não tivemos mais nenhuma criança menor de 05 anos de idade, notificada HIV por transmissão vertical.

A vigilância dos casos de sífilis no município, também é de responsabilidade do PAMDHA. E, numa série histórica de 2.007 a 2.020 temos 2.224 casos notificados de “sífilis adquirida”, destes 452 casos, no ano de 2.020. Sífilis em gestante, de 2.007 a 2.020, 398 casos, sendo 80 casos de sífilis em gestante no ano de 2.020. Sífilis Congênita, de 2.007 a 2.020, 74 casos notificados e, destes 36 casos no ano de 2.020. Durante a pandemia da Covid 19, que trouxe sérios desafios para a saúde global, além do impacto da própria doença, com a interrupção ou a redução dos serviços de saúde oferecidos à população, o PAMDHA continuou com os serviços normalmente, aberto aos usuários, cumprindo agenda, realizando testes rápidos, coletando exames, dispensando medicamentos, observando, sempre, as regras sanitárias para o controle da infecção do novo coronavírus. Época em que mais tivemos diagnósticos novos de HIV, no município, considerando o ano anterior. Se em 2019 tivemos 173 diagnósticos de HIV, em 2020 tivemos 237 diagnósticos novos. E em 2021 tivemos 141 diagnósticos novos de HIV.

O programa conta, hoje, com três (03) médicos Infectologistas, uma (01) médica Infecto pediatra, uma (01) Enfermeira, duas (02) Técnicas de Enfermagem, uma (01) Assistente Social, uma (01) Psicóloga para atendimento no Ambulatório. Tem ainda, uma (01) Farmacêutica, uma (01) Técnica de Enfermagem, uma (01) Técnica Administrativa na unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM). No Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e monitoramento da sífilis, temos três (03) Enfermeiras e uma (01) médica e, como suporte, o programa conta com uma (01) Coordenadora, uma (01) Recepcionista, uma (01) Técnica Administrativa, uma (01) Higienizadora e um (01) Motorista.

A principal estratégia utilizada pelo programa é testar e tratar; ou seja, em todos os serviços de saúde (unidades de saúde, Saúde da Família, Consultório na Rua, UPAS, CAPS) garantir a oferta de testes rápidos para HIV/Sífilis e Hepatites Virais. Para isso, desenvolvemos atividades de conscientização à prevenção e educação, principalmente para os profissionais de saúde, no desenvolvimento de abordagens para atendimento, aumentando dessa forma a testagem e cobertura de tratamento como forma de diminuir a carga viral e assim, reduzir, em um segundo momento, a taxas de novas infecções pelo HIV, levando em conta os contextos de vulnerabilidade, às realidades locais e a autonomia dos(as) usuários(as).

Outro tema de grande importância que é discutido com os profissionais de saúde, é a triagem da sífilis na assistência ao pré-natal, para as gestantes e suas parcerias, bem como toda a orientação de prevenção e tratamento.

Nesta mesma linha, em relação às profilaxias pré e pós-exposição ao HIV (PrEP e PEP), mesmo que a atenção básica não realize sua oferta, é importante que os profissionais conheçam os serviços que as oferecem e seus respectivos fluxos de referência aos quais o(a) usuário(a) deve ser encaminhado, como Upas, 24H Boa Vista e Pamdha. Como também, os profissionais desses serviços são orientados para receber e atender os usuários.

A participação em ações pontuais de prevenção extramuros, faz parte da estratégia do serviço, para que se estabeleça uma integração maior com outros serviços, nesses casos é realizado a distribuição de insumos de prevenção às ISTs, material educativo e testagem.

Da mesma forma, a articulação com o controle social para ações de prevenção e apoio à testagem, contemplando diversas realidades, contextos locais, são estratégias que são utilizadas pelo programa no processo de construção compartilhada de uma proposta de intervenção na linha do cuidado.

Desta forma, os profissionais que compõem o programa, devem dar suporte às redes de atenção à saúde, atuando no matriciamento das ações, para a ampliação e qualificação das atividades de prevenção, diagnósticos e tratamentos do HIV/Sífilis e outras ISTs.

6.2 CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES (CCZ) E PROGRAMA DE COMBATE À ENDEMIAS

O Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) tem como objetivos desenvolver e executar ações, atividades e estratégias de vigilância de zoonoses relevantes à saúde pública e, dependendo do contexto epidemiológico, ações de controle e prevenção no município de Criciúma, abrangendo, além da raiva em animais de companhia e morcegos e das leishmanioses em cães, outros programas de saúde pública, como: entomologia para o monitoramento dos principais vetores da Febre Maculosa e Doença de Lyme (carrapatos), Meningite Eosinofílica e Angiostrongilíase Abdominal (caracóis africanos), Dengue, Chikungunya, Zika Vírus e Febre Amarela (mosquitos - vetores e macacos - sentinelas), controle de roedores (Leptospirose e Hantavirose), de pombos (Cryptococose e Histoplasmoze) e de animais peçonhentos (escorpiões, lagartas e aranhas de importância médica e epidemiológica).

A Portaria MS/GM nº 1.138, de 23 de maio de 2014, define as ações e os serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública.

O Programa de Vigilância da Raiva Urbana oferece assistência aos pacientes envolvidos em acidentes com mordeduras e/ou arranhaduras de cães e gatos, após passar em uma Unidade de Saúde, gerando uma notificação de atendimento antirrábico, que é remetida ao CCZ, se necessário, para acompanhamento do animal pelo médico veterinário. Caso o animal envolvido apresente sinais clínicos compatíveis com a doença, venha a óbito no período de 10 (dez) dias da data do acidente ou desapareça, o paciente é encaminhado ao tratamento pós-exposição (vacina ou soro e vacina), preconizado pelo Ministério da Saúde. Nas situações em que o animal morre, a carcaça é remetida ao CCZ, sendo realizado o procedimento de necropsia e coleta de material biológico (cérebro). A amostra é encaminhada ao Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN para confirmação ou exclusão da suspeita.

A fim de prevenir a doença, o CCZ também oferece doses da vacina antirrábica para cães e gatos com mais de 4 (quatro) meses de idade, errantes ou de famílias de baixa renda, mediante a comprovação da renda mensal total familiar de até 3 (três) salários mínimos ou renda individual mensal de até meio salário mínimo ou ainda

através de declaração do Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, contendo o Número de Inscrição Social - NIS do beneficiário, juntamente com o comprovante de residência, CPF e RG.

Além disso, o médico veterinário, mediante contato telefônico, presencial ou pela Ouvidoria do município, atende solicitações de requerentes para orientar o desalojamento de morcegos em residências e, no caso de um animal entrar em algum cômodo, se de fácil acesso, é feita sua remoção, avaliação clínica e, se suspeito, é realizada sua eutanásia e envio ao LACEN. Morcegos mortos também são recolhidos e enviados ao LACEN para a investigação de sua causa morte. De acordo com os resultados obtidos, o CCZ e demais setores da saúde, que se fizerem necessários, devem desenvolver um plano de contenção da doença.

No caso das ações de Vigilância da Leishmaniose Visceral Canina, as demandas são oriundas de clínicas veterinárias particulares ou de proprietários que pesquisam a doença na internet e acham os sinais clínicos de seus animais semelhantes.

Diante da suspeita, o médico veterinário preenche a ficha de investigação de cão suspeito para obter maiores informações sobre o animal, o local que habita e sua procedência, além de serem fornecidas orientações sobre a doença e medidas de prevenção de sua disseminação.

Após assinatura do termo de consentimento para coleta e análise de amostra pelo proprietário, é feita a coleta de sangue do animal suspeito e dos animais conviventes, se houver.

As amostras são processadas em uma centrífuga no CCZ, remetendo-se ao LACEN apenas o soro sanguíneo. Se o resultado for não reagente, o caso é encerrado, caso contrário, o proprietário é informado, devendo assinar um termo de ciência e responsabilidade.

O proprietário é alertado sobre duas possibilidades de destino do animal: eutanásia ou tratamento e atendimento das demais exigências estipuladas em manuais do Ministério da Saúde, devendo apresentar, a cada 6 (seis) meses, uma série de exames, notas fiscais de coleiras repelentes e atestado de saúde, emitido pelo médico veterinário responsável pelo tratamento, durante toda a vida do animal. De acordo com a escolha do proprietário, ele deverá assinar outro termo, deixando sua opção registrada de forma expressa. O CCZ realiza apenas o procedimento de eutanásia, se o proprietário optar em fazer no local, caso contrário, poderá procurar

uma clínica particular. Se optar pelo tratamento, deverá fazê-lo em clínica particular e à sua expensa.

O CCZ faz o acompanhamento vitalício dos animais que foram submetidos a tratamento e, nos casos reagentes, são feitas buscas ativas nos quarteirões adjacentes à residência do animal, a fim de encontrar novos casos e alertar os moradores sobre a doença e medidas de prevenção, bem como desenvolver planos de ação para o controle da enfermidade, se novos casos forem encontrados.

Com relação às ações de Vigilância da Febre Amarela, as demandas chegam ao CCZ via telefone, Ouvidoria do município ou encaminhamento pela 20ª Gerência Regional de Saúde – GERSA da Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVE. Diante da localização do Primata Não-Humano – PNH (macaco) doente ou morto, o médico veterinário (pode ser um biólogo também) se desloca até a região, faz o georreferenciamento, através de aplicativo do Sistema de Informação em Saúde Silvestre – SISS-Geo e análise macroscópica do animal ou carcaça. Se o óbito for recente, é iniciado procedimento de necropsia no local, coletando-se materiais biológicos (fragmentos do cérebro, fígado, baço, coração, pulmão, rins, sangue total e soro sanguíneo). O caso deve ser notificado em até 24 (vinte e quatro) horas, além de ser preenchida a ficha de investigação e a ficha de necropsia. As amostras são remetidas ao LACEN.

Finalizados os procedimentos, deve-se enterrar o animal no local onde foi encontrado. Caso a suspeita seja confirmada, deve-se iniciar um bloqueio vacinal da população que habita a área de 300 metros ao redor do local onde o animal foi encontrado.

Já as ações entomológicas (animais invertebrados) desenvolvidas são desencadeadas da seguinte forma:

- Carrapatos: o Setor de Agravos encaminha as notificações das Unidades de Saúde de pacientes com suspeita de Febre Maculosa ou Doença de Lyme, por e-mail, ao CCZ. O paciente ou responsável é contatado para agendamento da visita. No dia marcado, o médico veterinário (ideal seria um biólogo) vai até a residência para investigação ambiental, preenchimento de ficha de visita técnica, entrega de material informativo e, se possível, coleta de amostras do vetor no humano, animal e/ou ambiente. As amostras são remetidas à GERSA, que encaminha para a DIVE, em Florianópolis. Caso tenha havido parasitismo humano, a DIVE encaminha a amostra também à Fiocruz, onde é realizada a

pesquisa de riquetsias. Se esta última for confirmada, deve-se iniciar um plano de contenção da doença e emitir alertas à população. Algumas demandas da população também chegam ao CCZ via telefone ou ouvidoria, quando há infestação ambiental ou animal. Uma visita é agendada para fornecimento de orientações e, se possível, coleta de amostras.

- Caracóis africanos: o CCZ recebe da população demandas via telefone ou Ouvidoria do município. É agendada a visita do médico veterinário (ideal seria um biólogo) para entrega de material informativo sobre o controle e eliminação do animal, medidas de prevenção de doenças e, se possível, coleta de amostras para identificação da espécie, que, em caso de dúvidas, são remetidas à GERSA.
- Barbeiros: as demandas são oriundas da população ou da EPAGRI, via telefone ou Ouvidoria do município. É agendada a visita do médico veterinário (ideal seria um biólogo) para entrega de material informativo sobre as medidas de prevenção da Doença de Chagas e controle do vetor. Se possível, são coletadas amostras do animal, que são enviadas à GERSA e, na sequência, à DIVE para identificação da espécie. Se confirmada a espécie, é iniciada uma busca ativa no local para tentar encontrar outros animais. Notificações de pacientes com suspeita de Doença de Chagas também podem ser remetidas, por e-mail, ao CCZ pelo Setor de Agravos, desencadeando uma investigação ambiental e vetorial na moradia do paciente. No entanto, até o momento, não recebemos essa demanda.
- Animais peçonhentos e venenosos de importância médica e epidemiológica (escorpiões, aranhas e lagartas): o início dos procedimentos se dá com o recebimento da ocorrência via telefone ou Ouvidoria do município. No caso de escorpiões, é agendada uma visita com uma equipe (Agentes de Combate Às Endemias - ACE ou médico veterinário e ACE) para busca ativa no local. Se possível, amostras são coletadas para identificação da espécie e, havendo confirmação de ser uma espécie com potencial risco à saúde pública, o requerente e os vizinhos são alertados do resultado, reforçando-se as orientações repassadas previamente para evitar acidentes e controlar a população dos animais. A depender da quantidade de animais encontrados, as buscas ativas podem ser diárias, semanais, quinzenais ou mensais, até completar 6 (seis) meses, período em que, se não forem encontrados novos

escorpiões, o foco é encerrado. Quanto às aranhas e lagartas, é agendada visita com o médico veterinário (ideal seria um biólogo) para repasse de orientações sobre medidas de prevenção de acidentes e de controle da população desses animais. Se possível, amostras do animal são coletadas para identificação da espécie pela DIVE, mediante encaminhamento da GERSA.

- Animais sinantrópicos (pombos e roedores): os procedimentos são iniciados mediante contato telefônico, abertura de processo na Ouvidoria do município ou encaminhamento, por e-mail, de notificações das Unidades de Saúde de pacientes suspeitos de Leptospirose, Hantavirose, Criptococose e Histoplasmose, encaminhadas pelo Setor de Agravos. O CCZ agenda visita do médico veterinário para investigação ambiental e vetorial, preenchendo uma ficha de visita técnica e entregando material informativo sobre as medidas de prevenção das doenças e de controle da população destes animais. Coletas não são realizadas e nem remoção dos animais ou qualquer outro tratamento. No caso das notificações, a ficha de visita técnica é encaminhada ao Setor de Agravos para complementar as informações e, se necessário, respaldar o tratamento médico do paciente.

O Programa de Combate à Dengue e a Febre Amarela, tem por objetivo, manter o município de Criciúma fora da lista dos municípios considerados infestado por casos de Dengue por localidade em um mesmo espaço territorial, contraído dentro ou fora da cidade os considerados autóctones (dentro) e os importados (de fora) e os casos de óbitos por dengue hemorrágica. Até o momento Criciúma não tem nenhum registro de ambos, ou seja, não é considerado como município infestado.

O trabalho é realizado através de monitoramentos diários com as vistorias de armadilhas, onde estão distribuídas em bairros considerados urbanos na grande maioria das localidades aqui do município. No município existem aproximadamente 540 locais a serem vistoriados todos os dias, por meio de armadilhas instaladas em diferentes locais, como empresas, residências, além de locais de maior risco de introdução e disseminação do vírus que são os chamados pontos estratégicos, este com visitas realizadas quinzenalmente.

Quando ocorre uma coleta positiva, ou seja, larva do mosquito positiva para *Aedes Aegypti* na armadilha ou em algum recipiente encontrado em um PE, logo em seguida é delimitado um raio de 300 metros em torno do local positivado, depois os

agentes de combate às endemias se reúnem para ir até local para fazer as buscas no intuito de tentar controlar o fluxo de infestação do mosquito. No caso de serem encontradas novas larvas, as mesmas são coletadas e encaminhadas para análise, além de ser realizado o trabalho de orientação aos moradores quanto aos cuidados necessários a fim de evitar a proliferação de criadouros para o *Aedes Aegypti*.

Dentre outras atividades a serem realizadas, também estão as visitas pelos agentes aos locais suspeitos em que forem denunciados ao programa por meio da ouvidoria municipal.

Existe ainda o trabalho de verificação de possíveis criadouros quando há um caso suspeito de dengue, nesse caso a equipe vai até o local para inspecionar a presença de depósitos com água parada, e larvas.

A equipe é composta de uma médica veterinária e quinze agentes de combate às endemias, sendo duas delas atuantes nas funções de coordenação do programa e supervisão de campo.

O CCZ não realiza tratamento de pacientes humanos e nem de animais, conforme mencionado anteriormente. Os serviços se baseiam em monitoramentos e investigações epidemiológicas, ambientais e vetoriais, através da coleta e processamento de amostras, se possível, que são remetidas ao laboratório oficial – LACEN ou à GERSA/DIVE para confirmação ou exclusão das suspeitas.

6.3 NÚCLEO DE PREVENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO À SAÚDE - NUPREVIPS

O Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção à Saúde (NUPREVIPS) é um serviço de assistência à crianças, adolescentes, adultos e idosos, vítimas de qualquer tipo de violência: sexual, psicológica/moral, financeira/econômica, institucional, negligência, física, trabalho infantil, tortura, tráfico de seres humanos, suicídio e bullying. Atende de forma interdisciplinar e multiprofissional, buscando a integralidade da atenção.

6.4 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária de Criciúma foi criada em 25/05/1989 pela Lei Municipal nº 2.378/1989. A Lei Orgânica da Saúde define a Vigilância Sanitária como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir

nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

As principais ações da Vigilância Sanitária estão voltadas ao controle de bens de consumo, da prestação de serviço e das questões ambientais que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde da população.

A Vigilância Sanitária de Criciúma tem suas atividades divididas nas áreas de Alimentos, Análise de Projetos, Medicamentos, Meio Ambiente, Serviço de Interesse da Saúde e Serviços de Saúde.

O setor de Alimentos é responsável por fiscalizar atividades relacionadas à produção, manipulação e comercialização de alimentos. Alguns dos estabelecimentos fiscalizados são: fábricas de alimentos, mercados, bares, restaurantes, panificadoras, lanchonetes, cozinhas industriais e cozinhas institucionais. O setor também realiza o monitoramento e a coleta de alimentos para análise fiscal; bem como a investigação de agravos à saúde envolvendo alimentos.

O setor de Análise Projetos atua na orientação, análise e emissão de parecer de projetos básicos de arquitetura dos estabelecimentos assistenciais de saúde e de interesse da saúde, conforme estabelece a RDC ANVISA 50/2002 e a RDC ANVISA 51/2011. Posteriormente ocorre a vistoria nas obras edificadas, para verificar se a execução está em conformidade com o projeto básico de arquitetura aprovado pela Vigilância Sanitária.

As ações de vigilância sanitária nos estabelecimentos que desenvolvem as atividades de fabricação, distribuição, comercialização ou dispensação de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos, gases medicinais, preparações magistrais, entre outros, são executadas pelo setor de Medicamentos.

O setor de Meio Ambiente realiza as ações de vigilância em fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem diretamente na saúde humana. São exemplos as questões relacionadas ao saneamento básico, o gerenciamento de resíduos sólidos, a coleta e o tratamento de esgoto sanitário, o controle de zoonoses, a salubridade de imóveis, entre outros. O setor também é responsável pela vigilância da qualidade da água e por inspeções de atividades econômicas que apresentem riscos ambientais que possam interferir na saúde da população.

A equipe de Serviços de Interesse da Saúde é responsável por fiscalizar as atividades que englobam serviços de assistência à população, fora do contexto

hospitalar ou clínico, que em função dos riscos associados ou da vulnerabilidade do público atendido, podem provocar danos ou agravos à saúde do cidadão, direta ou indiretamente. São exemplos de serviços de interesse da saúde: salões de beleza, centros de estética, estúdios de tatuagem, estabelecimentos de ensino, comunidades terapêuticas, academias de ginástica, indústria de saneantes e cosméticos, entre outras atividades que prestem assistência ao cidadão.

Os estabelecimentos de saúde destinados a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes são de responsabilidade do setor de Serviços de Saúde. São exemplos destes estabelecimentos os consultórios e clínicas médicas, odontológicas, de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e nutrição, os hospitais, os serviços de diagnóstico por imagem, os laboratórios clínicos e de patologia.

Atualmente o quadro técnico do órgão é composto por 22 fiscais com formações nas seguintes áreas: Arquitetura, Ciências Biológicas, Enfermagem, Engenharia Ambiental, Engenharia Química, Farmácia, Física, Medicina Veterinária, Nutrição, Técnico em Alimentos, Técnico em Enfermagem, Técnico em Laboratório, Técnico em Química e Técnico em Segurança do Trabalho.

6.5 CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST

O CEREST Macrorregional de Criciúma, foi habilitado no ano de 2006, mas suas atividades iniciaram com a inauguração no dia 26 de abril de 2007. O CEREST é referência regional nas ações de vigilância sanitária e epidemiológica em saúde do trabalhador para os 45 municípios que compõem as regiões da AMREC, AMESC e AMUREL. O CEREST de Criciúma tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. A Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 que Institui a Política Nacional de Saúde Trabalhador e da Trabalhadora, traz dentre as atribuições que cabe aos CEREST, “desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção e vigilância, no âmbito da sua área de abrangência”. Destacamos algumas das atividades realizadas nos últimos três anos.

É de conhecimento desta coordenação que havia um Ambulatório que dispunha na época um profissional médico com especialidade em ortopedia, um profissional médico com especialidade em psiquiatria, um profissional Fonoaudiólogo

e um profissional Fisioterapeuta, os quais possuíam uma agenda que não era regulada. Por tratar-se de atendimento de média complexidade, entendeu-se na época, que este tipo de atendimento necessitava ser regulado tendo em vista a necessidade de um primeiro atendimento pela atenção básica (porta de entrada - SUS para o trabalhador) e, por conseguinte, o atendimento do profissional especialista, sendo então preconizado o princípio da igualdade de acesso com agendamento automático ou classificado por médico regulador conforme Decreto nº 1.168/2017. Em 18/02/2018 foi encaminhado pela então coordenadora na época, Sr.^a Evelyn Brognoli, solicitação de parecer jurídico.

Em 2019 foram: Capacitações: 50 encontros = 440 pessoas, alunos, profissionais de saúde, vigilâncias epidemiológicas e sanitárias e outros profissionais beneficiados. Alguns temas abordados: 1. Orientar sobre o CEREST: legislações, funções, área de abrangência, fluxo de fiscalizações e equipe de trabalho. Diferenças entre CAT e notificações e a importância delas na saúde dos trabalhadores. 2. Orientar sobre os acidentes de trabalho, riscos, doenças relacionadas ao trabalho, medidas de segurança coletiva e equipamentos de proteção individual – EPI's. Sensibilizar os municípios de suas responsabilidades em relação à saúde do trabalhador. Fomentar a implantação de ações de educação em Saúde do Trabalhador nas áreas de abrangência, dentre outros temas. Inspeções/fiscalizações: 57 com uma estimativa de 3.376 trabalhadores atingidos aproximadamente. Ramos produtivos: Beneficiadora de Arroz, materiais de construção, cerâmica, Empresa de Triagem de lixo doméstico, Rede atacadista de alimentos, Residência (brucelose), Fabricação de produtos têxteis, metalúrgica, fundição e metalúrgica, Confeção de peças de vestuário, Empresa de Construção Civil/Terraplanagem, Prefeitura municipal, Comércio de produtos químicos, entre outros.

Em 2020 foram: 22 Inspeções/fiscalizações com uma estimativa de 742 trabalhadores atingidos aproximadamente. Covid-19: 5 Ações de vigilância específicas a pedido da VISA Municipal mais as ações voltadas aos cuidados com a Covid-19 realizadas em paralelo às inspeções, inúmeros atendimentos online e por telefone; análise epidemiológica/quantitativa dos dados dos indicadores do SIM e SINAN referente ao ano de 2020. Vale destacar que, ações planejadas, voltadas a capacitações/sensibilizações foram prejudicadas devido a pandemia e a deficiência de recursos tecnológicos.

Em 2021 foram: 61 Inspeções/fiscalizações com uma estimativa de 5.893 trabalhadores beneficiados. Inúmeros atendimentos online e por telefone; análise epidemiológica/quantitativa dos dados dos indicadores do SIM e SINAN referente ao ano de 2021. Educação permanente foram: 37 EPS tendo um público de 404 profissionais beneficiados.

A Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE) do Ministério da Saúde tem como prioridade o monitoramento das ações realizadas pelos CEREST por meio do indicador de Saúde do Trabalhador *“Percentual de CEREST regionais e municipais com atuação satisfatória”* do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020/2023, a fim de garantir o repasse financeiro, contribuir com a qualificação das ações dos CEREST e sua atuação no âmbito da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) em Santa Catarina.

O indicador propõe mensurar a qualidade da atuação dos CEREST regionais e municipais no âmbito da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), na perspectiva da integralidade do cuidado à saúde do trabalhador. São avaliados como satisfatórios os CEREST que alcançam 60,6% a 100% da pontuação total dos critérios avaliados, ou seja, 100 a 165 pontos.

Avaliar quadrimestralmente os CEREST municipais e regionais de todo o Brasil e seus processos de trabalho é uma forma de contribuir de forma crítica com a qualificação dos CEREST e sua atuação em âmbito da RENAST.

O resultado do indicador de Saúde do Trabalhador do CEREST regional de Criciúma no 3º quadrimestre de 2021, foi de 143 pontos. Resultado fruto de um incessante trabalho do CEREST regional de Criciúma e de toda a equipe.

Figura 14 – Painel PNS, resultado 3º quadrimestre 2021 CEREST, Criciúma/SC



Fonte: Colabora DESAST, 2021.

7 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde sendo a “porta de entrada” do SUS integrada a Rede de Atenção do SUS seguindo os princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, humanização e da equidade. Engloba um conjunto de ações, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, desenvolvendo uma atenção integral impactando de forma positiva na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É organizada por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, através do trabalho em equipe às populações dos territórios definidos, utilizando tecnologias de cuidado variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde em seu território, observando os critérios de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2021).

O SUS Criciúma possui uma rede consolidada de serviços de saúde, para atender uma população de 217.311 habitantes. Estima-se que 90% utilizam a rede de atenção assistencial do SUS e que 10% da população criciumense encontra-se vinculada de alguma forma à rede suplementar de saúde. Possui gestão plena do sistema de saúde, presta serviços em todos os níveis de complexidade aos seus municípios e cidadãos de outros municípios. Desenvolveu ao longo dos anos uma extensa rede de serviços, sendo a APS a porta de entrada, organizando o trabalho pela base populacional em territórios determinados (áreas de abrangência).

A equipe básica de cada unidade de saúde é composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, cirurgião–dentista, técnico de saúde bucal (ou auxiliares de consultórios dentários) e agentes comunitários de saúde, sendo que esta equipe é coordenada pela Autoridade Sanitária Local, ou seja, o gerente da Unidade Básica de Saúde.

Desde 2016 a atenção primária se divide através de Distritos Sanitários, a princípio com cinco distritos e, mais recentemente, com seis, devido a inclusão do distrito da Quarta Linha. Atualmente temos seis distritos sanitários: Distrito do Centro, Distrito da Quarta Linha, Distrito do Boa Vista, Distrito da Santa Luzia, Distrito da Próspera e Distrito do Rio Maina, os quais estão sob a supervisão e acompanhamento de coordenadores distritais para cada distrito e uma coordenação geral.

O município conta com 44 equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e 6 equipes de Atenção Primária (EAP). Sua força de trabalho é composta por 500 servidores multiprofissionais e de 267 agentes comunitários de saúde, pertencentes ao quadro da Prefeitura Municipal de Criciúma (PMC).

O trabalho em equipes multiprofissionais na ESF tornou-se um dos principais instrumentos de intervenção, pois as ações e práticas se estruturam a partir da equipe, ao mesmo tempo em que ocorre, neste tipo de trabalho em saúde, a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico. Tal peculiaridade requer mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho, bem como demanda alta complexidade de saberes. A articulação dos olhares dos diferentes trabalhadores da equipe da ESF, possibilita o desenvolvimento de ações que ultrapassam a assistência curativa, centrada na resolução imediata de problemas de saúde individuais, ação esta que não deve ser ignorada, mas que tem se mostrado insuficiente para modificar os níveis de saúde da população.

Hoje o município conta com um quadro de 47 (quarenta e sete) profissionais atuando nas equipes multiprofissionais entre fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, fonoaudiólogos e profissionais de educação física, distribuídos nos 6 (seis) distritos sanitários.

7.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

As ações voltadas para a população de adultos e idosos do município têm por objetivo promover ações de atenção integral e multiprofissional à saúde da pessoa adulta e idosa, visando a promoção, prevenção, manutenção, recuperação da saúde e o controle de agravos crônicos não transmissíveis, como Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial, o Tabagismo e a Obesidade, incentivando a autonomia e mantendo uma vida longa, ativa e saudável.

7.2 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

As ações voltadas para a saúde das crianças do município estão diretamente relacionadas ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento saudável da criança e a supervisão dos cuidados prestados durante esse ciclo como um todo, englobando a prevenção de acidentes, agravos e as medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência, avaliação do processo de imunização, análise das

vulnerabilidades, desenvolvimento da parentalidade, entre outros, com objetivo de manter a integridade física, psíquica, biológica e afetiva da criança, onde a captação precoce destas, inicia pelo sistema de integração maternidade/unidade básica de saúde, estabelecendo vínculo positivo constante entre usuário e equipes de saúde. Em 2018 foi elaborado o Protocolo de Atendimento à Criança (0 a 10 anos), o qual passará por atualização pelo setor responsável (Saúde da Criança) que se encontra no Centro de Especialidades (CES).

Além disso, pactuamos desde 2011 o Programa Saúde na Escola (PSE) que conta com várias atividades desenvolvidas pelos profissionais para este público-alvo.

7.3 ATENÇÃO À SAÚDE DE JOVENS E ADOLESCENTES

As ações voltadas para a saúde de jovens e adolescentes tem por objetivo a promoção da saúde, a prevenção aos agravos, manutenção e recuperação à saúde, tampouco das enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e dos problemas resultantes das violências; prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e Aids e para a melhoria do atendimento ao crescimento e ao desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, notadamente à gravidez na adolescência e ao planejamento sexual e planejamento reprodutivo.

É necessário enfatizar a importância de fortes laços intersetoriais à saúde de adolescentes e jovens e suas famílias, na perspectiva de integrar as diferentes políticas setoriais no SUS, promovendo ações integradas, visando a promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde. Além disso, pactuamos desde 2011 o Programa Saúde na Escola (PSE) que conta com várias atividades desenvolvidas pelos profissionais para este público-alvo. Contamos também com a Caderneta do Adolescente, as quais são entregues às Unidades Básicas de Saúde mediante solicitação prévia.

7.4 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

As mulheres são a maioria da população brasileira e desta forma as principais usuárias do SUS, frequentando os serviços em prol de sua própria saúde, bem como à saúde de seus familiares, acompanhando crianças, idosos. A atenção à Saúde da Mulher desenvolvida nas unidades básicas, engloba inúmeros aspectos da vida, planejamento familiar, direito sexual e reprodutivo, avaliação preconcepção

(orientação sobre métodos contraceptivos, dispensação e uso correto), diagnóstico precoce de gravidez e assistência ao pré-natal e puerpério, assistência ao climatério e rastreamento de câncer de colo uterino e de mama, através da coleta de citopatológico e exame de mamas, realizando campanhas (Outubro Rosa), oferecendo horários diferenciados para atendimento, acolhimento, manejo de problemas ginecológicos mais comuns, demais casos clínicos e doenças crônicas. Assim, construindo um vínculo de confiabilidade, com humanização e qualidade no atendimento.

Quanto à população LGBTQIA+, ainda não há uma política municipal específica. No entanto, o usuário é atendido no coletivo tendo como porta de entrada do SUS a Atenção Básica com todos os encaminhamentos necessários na RAS (Rede de Atenção à Saúde). A gestão entende a necessidade da construção de políticas específicas, sendo que as metas para tal estão descritas no item 14 - DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.

7.5 ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Os homens, em sua maioria, apresentam dificuldade em reconhecer suas necessidades, muitas vezes rejeitando a possibilidade de adoecer, e desta forma o município de Criciúma intensifica o acolhimento, escuta e orientações sobre as doenças crônicas, planejamento familiar, sexualidade, prevenção e acompanhamento do câncer de próstata, câncer de mama, realizando campanhas (Novembro Azul), oferecendo horários diferenciados para atendimento e escuta dessa população, construindo um elo de confiabilidade entre equipe e usuário, com humanização e qualidade no atendimento.

7.6 PROGRAMA MÃE CORUJA

Tem como objetivo principal a assistência à mulher criciumense desde o planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança e adolescente com segurança, qualidade e humanização. A Atenção Básica atua em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos, visando à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Na atenção à saúde do pré-natal, parto e puerpério, a atenção básica com o programa Mãe Coruja tem um compromisso de reduzir a

morbimortalidade materno infantil por causas preveníveis e evitáveis, a partir da adoção de boas práticas profissionais, com enfoque não apenas na gestante e puérpera, mas também para a família e a comunidade, garantindo a vinculação da gestante da maternidade às equipes de saúde. É responsável pela identificação e acompanhamento da gestante e puérpera de sua área de abrangência e essa responsabilidade para com essas pacientes não cessa ao realizar o encaminhamento para outros níveis de atenção.

Em caso de acompanhamento pré-natal, parto, puerpério, são dispensados todos os cuidados necessários para todas as gestantes, mulheres, adolescentes e homem transgênero.

Está sendo construído um protocolo de Saúde Ginecológica que incluirá a saúde do Homem Transgênero Gestante.

7.7 AÇÕES DE PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ATENÇÃO NUTRICIONAL

A Atenção Nutricional da atenção primária está vinculada à Coordenação de Alimentação e Nutrição, incorporada à Gerência de Atenção Básica do município.

Todo o acesso ao serviço de Nutrição é iniciado e triado pela APS. O serviço conta tanto com o atendimento individual (com consulta agendada) como também diversas ações coletivas na atenção primária com o objetivo de promover a alimentação adequada e saudável conforme a idade e em tempo oportuno aos usuários. Para isso, o serviço de Nutrição conta com apoio dos Nutricionistas da equipe multiprofissional da Atenção Básica, presentes em todos os Distritos Sanitários.

Quanto aos programas ligados à Nutrição desenvolvidos temos: 1) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil que conta com 11 tutores; 2) O Programa de Suplementação do Ferro; 3) Vigilância Alimentar e Nutricional; e 4) Programa Crescer Saudável do PSE. O serviço de nutrição na atenção básica busca sempre desenvolver parcerias intersetoriais principalmente entre a Secretaria Municipal de Educação e de Assistência Social, além dos equipamentos dispostos nos territórios.

O serviço de Nutrição participa ativamente nos Protocolos de “Dispensação de Fórmulas Infantis” e de “Suplementação Hiperproteica e Cicatrização”, ambos com critérios clínicos e população específica, tendo a atenção básica como ordenadora do acesso aos usuários aos produtos.

Com relação à estrutura organizacional para atenção nutricional ao sobrepeso e à obesidade, temos fluxo diferenciado entre os usuários com obesidade grave que são e que não são pré e pós bariátricos. Isso visa promover a melhoria na atenção com excesso de peso, usuária da APS, principalmente porque reforça o papel da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado para todos os níveis de atenção.

Todas as ações (individuais e coletivas) seguem as Diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) e do Guia Alimentar para Menores de dois anos (2019).

7.8 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe, desenvolvendo ações educativas visando a promoção à saúde e prevenção de doenças, de competência individual, bem como ações compartilhadas às equipes de saúde e a população adscrita à ESF/UB conforme planejamento e organização, através de visitas *in loco* e busca ativa.

Desta forma, os ACS são fundamentais no processo de trabalho, na atuação enquanto equipe de saúde, contribuindo para uma prestação de serviço eficiente, resolutiva, de qualidade, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas e comunidade e para que isso aconteça, deve estar sempre alerta e vigilante.

Atualmente Criciúma conta com 277 Agentes Comunitários de Saúde cadastrados no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e atuando nas Unidades de Saúde dos 6 Distritos Sanitários.

7.9 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência de renda para famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza com a finalidade de promover acesso aos direitos sociais básicos e com isso romper com o ciclo intergeracional da pobreza. O auxílio financeiro é vinculado ao cumprimento de compromissos nas áreas da saúde, educação e assistência social, chamados de condicionalidades.

Em Criciúma, este serviço está vinculado à Coordenação de Nutrição (vinculada a Gerência de Atenção Básica) e foi implantado no ano de 2005, desde então a cobertura de acompanhamento da condicionalidade de saúde vem aumentando gradativamente, com exceção de 2020, em função da pandemia de COVID-19. Tais resultados tornaram o serviço uma referência estadual, visto que as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde.

7.10 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) E CRESCER SAUDÁVEL

O Programa Saúde na Escola (PSE) objetiva contribuir o pleno desenvolvimento dos estudantes rede pública de ensino da educação básica, através do fortalecimento de ações integradas entre saúde e educação no enfrentamento de vulnerabilidades, na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e educação. As ações do PSE, em todas as dimensões, levam em consideração a diversidade sociocultural das diferentes regiões e a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas, onde o município que aderir ao Programa precisa reconhecer que a escola deve ser inserida na rede de Atenção Básica, sendo que a atenção à saúde do estudante não pode ser encerrada na escola.

O Programa Crescer Saudável envolve a prevenção e controle da obesidade infantil, sob responsabilidade da Coordenação de Alimentação e Nutrição em parceria com o PSE e de forma conjunta, apoiarem a implementação do programa no que se refere às etapas de planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão de todo processo.

O município de Criciúma desde 2011 desenvolve ações nas escolas pactuadas junto às equipes da atenção primária à saúde de forma presencial e on-line, unindo ideias, levando informação, experiência e conhecimentos especialmente aos nossos estudantes, mas também a todos os envolvidos, com dinamismo, de forma integral, fortalecendo o vínculo intersetorial.

Em 2021 ocorreu a última pactuação do PSE pelo município e valerá para o biênio 2021-2022. Nesta pactuação as secretarias de saúde e de educação se comprometem a cumprir 13 ações com os alunos, dentre as quais temos: 1) Combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, 2) Promoção de Práticas Corporais, Atividade Física e

Lazer nas Escolas, 3) Prevenção do uso de de Álcool, Tabaco e outras Drogas, 4) Promoção da Cultura da Paz, Cidadania e Direitos Humanos, 5) Prevenção das Violências e de Acidentes, 6) Identificação de Educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação, 7) Promoção e Avaliação da saúde bucal e aplicação tópica de flúor, 8) Verificação da Situação Vacinal, 9) Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional e da Alimentação Saudável e da Obesidade Infantil, 10) Promoção da Saúde Auditiva e identificação de possíveis sinais de alteração, 11) Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção de DST's/IST's/AIDS, 12) Promoção da Saúde ocular e identificação de possíveis sinais de alteração e 13) Prevenção da COVID-19 nas Escolas. Além disso, foi pactuado pela primeira vez a estratégia do Crescer Saudável. Consiste em um conjunto de ações a serem implementadas no âmbito do Programa Saúde na Escola, com o objetivo de contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil.

Devido ao período de pactuação ter ocorrido em meio a pandemia e a série de restrições sanitárias impostas para o retorno presencial das atividades escolares, foram pactuadas, excepcionalmente naquele momento, apenas 05 (cinco) unidades escolares e 1 (uma) creche. São elas: EMEIEF Casemiro Stachurski, EMEIEF Núcleo Hercílio Luz, EMEIEF Antonio Colombo, EMEIEF José Giassi, EEB João Dagostim e CEI AFASC Urda Joana Joaquim. Desde 2011, as Secretarias de Saúde e de Educação vinham ampliando o número de alunos atingidos, porém em 2021 foi preciso tomar a decisão de pactuar o mínimo necessário para respeitar o controle de acesso às Unidades Escolares e de Saúde, bem como, focar na alta demanda da imunização e os cuidados contra a COVID-19 que tomou todo o ano de 2021. O número de alunos atingidos pela Pactuação do PSE e do Crescer Saudável é de 1700 educandos. Mesmo pactuando apenas cinco escolas, são desenvolvidas ações em outras unidades escolares conforme demanda.

Além do PSE, contamos também com a estratégia de divulgar e implementar a Caderneta do Adolescente, as quais são entregues às Unidades Básicas de Saúde mediante solicitação prévia.

Após a publicação da Lei nº6.986 de 28/09/2017, algumas ações referentes a Promoção do Direito Reprodutivo e de Prevenção de DST's/IST's/AIDS ficaram prejudicadas, pois ela considera como pornográfico ou obsceno vídeo, áudio, imagem, texto escrito ou lido, cujo conteúdo contenha órgãos genitais. e vários dos assuntos abordados pelos profissionais de saúde os conterão, mas sempre com o intuito de

educar e prevenir essas doenças e a gravidez na adolescência. A lei inclusive prevê multa aos servidores municipais nesses casos.

7.11 PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO

O tabagismo é uma doença (dependência de nicotina) que tem relação com aproximadamente 50 enfermidades, dentre elas vários tipos de câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia), doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecções respiratórias) e doenças cardiovasculares (angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral, trombozes). Além de outras doenças relacionadas ao tabagismo.

O fumante sofre de dependência química, e na tentativa de cessar o tabagismo se depara com grandes desconfortos físicos e psicológicos os quais trazem muito sofrimento, e isso pode gerar a necessidade de realizar várias tentativas até que finalmente o indivíduo consiga abandonar o cigarro.

Sabendo que a nicotina possui propriedades psicoativas, ou seja, ela traz uma modificação no estado emocional e comportamental do usuário, e isso resulta numa necessidade tanto física quanto psicológica da substância. Este quadro de dependência resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo para consumir a droga, mesmo sabendo do conhecimento de seus efeitos prejudiciais à saúde.

Diante disso, em Criciúma é disponibilizado o tratamento que objetiva a aprendizagem de um novo comportamento, através da promoção de mudanças nas crenças e desconstrução de vinculações comportamentais ao ato de fumar, combinando intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, o processo envolve o apoio de medicamentos cujo papel é minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem intensiva do tabagista.

Dentre os medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo, estão a terapia de reposição de nicotina (adesivo transdérmico e goma de mascar) e o cloridrato de bupropiona, o acesso a estes medicamentos ocorre através da participação em grupos de cessação ao tabagismo que ocorrem nas unidades de saúde de Criciúma/SC. Importante reforçar que os

medicamentos não devem ser utilizados isoladamente, e sim em associação com uma boa abordagem.

O Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) em Criciúma ocorre com base nas diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), o qual inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa com a abordagem intensiva.

Em 2019, participaram dos grupos de cessação do tabagismo um total de 253 pessoas. 202 pessoas tinham menos de 60 anos e 51 mais de 60 anos, 93 eram do sexo masculino e 160 eram do sexo feminino. Ainda, destes 253 que iniciaram o acompanhamento, cerca de 91,08% utilizaram medicamento, e apenas 153 pessoas participaram das sessões de manutenção, totalizando uma porcentagem de abstinência de 34,74%.

7.12 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA (CNAR)

As pessoas em situação de rua ocupam os vãos e desvãos das cidades: ruas e becos, viadutos e pontes, praças e marquises, rodoviárias e BRs. Pernoitam em albergues e na maioria das vezes não acessam os serviços públicos de saúde. Eles resistem nos espaços públicos, por estes serem o “único e último lugar” que sobrou do sistema econômico vigente, que exclui os direitos daqueles que não conseguem se encaixar no modelo de produção e distribuição de bens e riquezas.

Acesso à saúde é um direito de todos e, por isso existe o Consultório na Rua (CR), projeto do Ministério da Saúde criado com o objetivo de dar assistência médica, psicológica e social às pessoas em situação de rua.

O CR constitui importante dispositivo público componente da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, substitutiva em saúde mental, que busca reduzir a lacuna assistencial das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de crack, álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, e a ampliação do acesso aos cuidados de saúde no SUS, especialmente para adolescentes, jovens e adultos em situação de rua, em situação de vulnerabilidade e risco.

A equipe do Consultório na Rua foi implantada em Criciúma no ano de 2012 e desenvolve ações voltadas para a promoção, prevenção e cuidados primários de saúde no espaço da rua a cidadãos que não acessam cotidianamente os serviços de saúde.

Entre outras ações a equipe do Consultório na Rua prioriza o direito ao tratamento de qualidade a todo usuário de álcool e outras drogas, ofertado pela rede de serviços públicos de saúde, assegurando o acesso a ações e serviços compatíveis com as demandas dos usuários, levando em conta as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças, adolescentes e jovens assegurando o cuidado no território, garantido na perspectiva da integralidade, do trabalho em redes, fornecendo atenção diversificada aos moradores nesse território.

A equipe assistencial é constituída por seis profissionais: enfermeiro, técnico em enfermagem, assistente social, psicólogo e dois agentes sociais redutores de danos.

O serviço de atendimento funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, e atende em territórios vulneráveis, praças, parques e prédios abandonados. Na ocasião, são feitos encaminhamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Também são realizados curativos, testes rápidos, aferição de pressão arterial, teste de HGT, além de entrega de água, barras de cereais e achocolatados para diminuir possíveis efeitos do uso de substâncias. Além disso, os moradores podem ser encaminhados ao Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP) e à Casa de Passagem.

7.13 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são práticas terapêuticas não alopáticas, inseridas de forma holística, por meio de tecnologias efetivas e seguras, desenvolvendo o vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. As técnicas utilizadas são naturais, aplicadas sob um olhar total sobre o indivíduo, respeitando sua integridade.

Os pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, autoconhecimento e qualidade de vida.

A nova proposta de saúde que está sendo resgatada atualmente é a Medicina Integrativa, considerada essa, como medicina do futuro, baseada em nutracêuticos, fitoterapia e biofísica quântica - que usa as plantas, vitaminas, minerais, tratamentos homeopáticos e terapias vibracionais para fortalecer a imunidade, otimizar o cérebro,

restaurar a homeostase, prolongar a vida e harmonizar o corpo, a mente e o espírito de maneira integral e individualizada.

O projeto está em fase de implantação e conta com várias entidades envolvidas neste processo e o apoio de municípios vizinhos: participação da comunidade por meio dos Conselhos locais de Saúde, Universidade local, entidades não governamentais como: pastorais, associações, terapeutas profissionais e voluntários.

A implantação se dará por etapas: iniciando a primeira etapa com projeto piloto - a ser desenvolvido com os servidores lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A Segunda etapa - ampliar o acesso aos trabalhadores e trabalhadoras por meio da Política de Saúde do trabalhador e a terceira etapa - descentralizar e ampliar essas práticas para os seis centros distritais do município. Sendo que cada etapa requererá um período de aplicação, monitoramento e avaliação dos resultados.

As PICS não substituem o tratamento convencional, mas complementam e previnem e exacerbação de patologias e agravos prejudiciais à saúde e a qualidade de vida dos indivíduos.

7.14 LINHA DE CUIDADO A SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Em Criciúma, segundo o censo de 2010 feito pelo IBGE, a população negra residente é de 25.503 habitantes, significando 13,26% da população naquele ano. Sabemos que o quesito raça/cor é subnotificado, passando a ser obrigatório o preenchimento nos formulários dos sistemas de informação em saúde pela Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017.

O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício da cidadania. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), é entendida como eixo estratégico e fundamental para a superação do racismo estrutural e garantia da promoção da igualdade racial, ela tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços e equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), combater o racismo institucional, bem como promover a equidade em saúde da população negra.

A política, em âmbito municipal busca efetivar, com base nos princípios e diretrizes, o comprometimento com a garantia de direitos humanos à saúde desse contingente da população dentro do Sistema Único de Saúde. Para isto, considera primordial o reconhecimento do racismo institucional como um determinante social

histórico das condições de saúde da população negra.

Nesta perspectiva, existe a necessidade de uma mobilização de diferentes setores, no sentido da adoção de políticas onde a promoção da igualdade racial e a prevenção dos agravos do racismo seja o cerne do planejamento das políticas públicas. Torna-se fundamental ações de combate às iniquidades raciais, o quesito raça/cor como campo obrigatório e a qualificação permanente dos trabalhadores (as) da saúde.

Ressalta-se que esta é uma área, que necessita de avanços, para levantamento real das necessidades da população, assim através da atenção básica e atenção especializada, desenvolvendo ações e serviços em benefícios do público-alvo.

Para que esses propósitos sejam alcançados, a reativação e manutenção do comitê técnico de saúde integral da população negra, que, por razões da pandemia da COVID-19 teve seu cenário esvaziado em 2020 se faz urgente e necessária, bem como, a capacitação dos profissionais da saúde para qualificação do preenchimento dos instrumentos de coletas de dados garantindo a utilização do quesito raça/cor na produção de informações epidemiológicas.

O Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra de Criciúma/SC foi instituído em 2011, pelo Decreto SG/Nº 674/11 de outubro de 2011 e ficou em latência até 2018, quando foi reativado pelo Decreto SG/Nº 605/18, de 25 de maio de 2018, designando novos membros para a sua composição, com representantes de organizações sociais, órgãos governamentais e não governamentais.

Os trabalhos foram intensos nos anos de 2018 e 2019, com realização de reuniões mensais com estudo sobre a temática, capacitações às Agentes Comunitárias de Saúde em relação ao quesito Raça/Cor, seminário e interlocuções com serviços especializados como HEMOSC, Hospital Infantil Joana de Gusmão (referência para doença falciforme), sendo interrompido pela Pandemia da Covid-19.

Os trabalhos estão sendo preparados para reiniciar no terceiro quadrimestre de 2022 e contará com um novo Comitê Técnico que já está sendo formado.

O Comitê tem representantes da Atenção Primária; Recursos Humanos; Vigilância Epidemiológica; Secretaria de Educação; Conselho Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Educação; Organizações Sociais e Universidades.

7.15 SAÚDE BUCAL

A área técnica de saúde bucal no Município de Criciúma conta hoje com 37 equipes completas de saúde bucal cadastradas no CNES, além de 2 UBS (rede) com profissional dentista e auxiliar em saúde bucal, contamos com 44 dentistas e 38 auxiliares em saúde bucal na APS. Ainda falando sobre a atenção primária, nossos profissionais dentistas possuem equipamentos e materiais de ponta para os atendimentos em nossas UBS, além disso todos nossos dentistas possuem cotas de exames radiográficos em empresas terceirizadas para melhor diagnóstico e conduta nos casos de pacientes. Na APS são realizados procedimentos de profilaxia, restaurações em dentes decíduos e permanentes, exodontias (extrações) simples, aplicação tópica de flúor, entrega de kits de saúde bucal, escovação supervisionada nas escolas do Município.

Já na média complexidade da área da odontologia possuímos o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) localizado no Bairro Próspera, inaugurado em 2006, o Centro de Especialidades atende toda demanda de especialidades da odontologia, atualmente com as seguintes especialidades: Buco Maxilo Facial; Endodontia (tratamento de canal); Estomatologia (diagnóstico de lesões orais); Ortodontia preventiva e interceptiva; Odontopediatria; DTM (bruxismo e dores orofaciais); Periodontia; Prótese dentária (Prótese total e PPR); Pacientes com necessidades especiais (De acordo com a nomenclatura utilizada pelo CRO, para atendimentos de pessoas com deficiência - PCD)

Dentro do centro de especialidades possuímos uma estrutura completa com equipamentos de ponta, na endodontia temos o raio x digital, aparelho de microscopia, localizador apical e motor endodôntico, na DTM a profissional especialista realiza a confecção e instalação de placas de bruxismo, laserterapia e acupuntura para dores orofaciais.

8 ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

A atenção especializada está organizada em três setores no município de Criciúma, sendo estes o Centro de Especialidades, Centro de Especialidades II e Centro de Especialidades em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente - São ofertadas consultas em média complexidade, sendo a alta complexidade de responsabilidade do Hospital.

O Centro de Especialidades funciona de segunda à sexta-feira, das 07 às 17h e acontecem os atendimentos de gastroenterologia, urologia, geriatria, endocrinologia, oncologia, neurologia, reumatologia, cardiologia, pneumologia, otorrinolaringologia e nefrologia.

O Centro de Especialidades II funciona de segunda à sexta-feira, das 07 às 17h onde acontecem os atendimentos de ortopedia e psiquiatria; Neste mesmo local também ocorrem os atendimentos ambulatoriais relacionados à Saúde do Trabalhador.

O Centro de Especialidades em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente funciona de segunda à sexta-feira, das 07 às 17h (Saúde da Mulher) e das 07 às 17h (Saúde da Criança) e acontecem os atendimentos ginecologia, mastologia, cirurgia pediátrica, pneumologia pediátrica, neurologia pediátrica, endocrinologia pediátrica, gastroenterologia pediátrica, psiquiatria pediátrica e acompanhamento de criança com baixo peso ao nascer, bem como atendimento fonoaudiológico infantil, nutricional, fisioterapêutico uroginecológico e neuropediátrico.

Algumas especialidades são encaminhadas para Tratamento Fora do Domicílio (TFD), pois não são ofertadas pelo município, bem como existem pactuações entre os municípios para realização de consultas.

O sistema de regulação adotado no município de Criciúma atualmente é o SISREG. Nele é feita a regulação e agendamento de consultas e exames seguindo protocolos específicos para cada especialidade. O SISREG permite transparência dos dados e informações relacionadas às consultas e exames de todos os usuários.

A média de absenteísmo no município gira em torno de 30% e para tentar reduzir esses números, a secretaria de saúde investe busca continuamente orientar que os usuários avisem com antecedência sobre sua falta, bem como age continuamente no monitoramento das solicitações por parte das unidades de saúde.

9 ATENÇÃO HOSPITALAR E PRESTADORES DO SUS

A assistência hospitalar em Criciúma é realizada por 632 leitos hospitalares sendo 369 vinculados ao SUS, conforme informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ressalta-se que o CNES é um sistema dinâmico de cadastramento para a totalidade de serviços de saúde, não sendo restrito aos serviços vinculados ao SUS. Os leitos ativos do SUS estão alocados em 2 hospitais, em geral e um infantil. Os leitos hospitalares são cadastrados segundo o tipo de assistência médica desenvolvida, podendo ser cirúrgicos, clínicos, complementares (abrangem Unidades de terapia intensiva - UTI, cuidados intermediários - UCI e cuidados intermediário neonatal e isolamento), obstétricos, pediátricos, especializados (abrangem leitos de psiquiatria, leitos Dia, crônicos, tisiologia, AIDS e outros).

No que se refere a prestadores de serviços de exames e consultas especializadas, o município conta hoje com aproximadamente 100 contratos. A SMS trabalha sempre com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços ambulatoriais especializados e demais arranjos organizacionais que permitam acesso em tempo adequado aos usuários do SUS, de acordo com suas necessidades de saúde. Além disso, tem-se trabalhado junto a população com o intuito de reduzir o absenteísmo nas consultas agendadas, por meio de conscientização para que os usuários mantenham os cadastros atualizados e informem os serviços no caso de desistências.

10 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

10.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Criciúma conta com uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) importante e diversificada para o atendimento em Saúde Mental de toda a população, organizada segundo a necessidade de cuidado integral, equitativo e universal em Saúde Mental e considerando as demandas da população, incluindo os profissionais de saúde e as demandas de saúde mental relacionadas ao COVID-19.

A RAPS em Criciúma se configura, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, da seguinte forma:

- **ATENÇÃO BÁSICA**

Quarenta e nove (45) Unidades de Saúde, que prestam assistência diária às pessoas nas suas diversas demandas de saúde mental.

Um (01) Consultório na Rua, que atende as pessoas em situação de vulnerabilidade e que não acessam os serviços de saúde, principalmente os usuários de crack, álcool e outras drogas.

- **ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Dezesseis (16) Psicólogos distribuídos nos cinco (05) Distritos Sanitários (profissionais da SMS) e Dezesseis (16) Psicólogos Residentes (Unesc), também distribuídos nos diversos serviços da secretaria de saúde.

Oito (08) Psiquiatras que atendem nos ambulatorios e sete (07) psiquiatras que atendem nos CAPS.

Equipes Especializadas atuando nas unidades de saúde: nutricionista, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, educador físico, assistentes sociais; atendimento multiprofissional e interdisciplinar em saúde mental.

Um (01) Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde – NUPREVIPS, que atende pessoas em situação de violência (todas as idades e todos os tipos de violências) e atua com equipe multiprofissional com 02 assistente social, 01 enfermeiro residente e 04 psicólogos (sendo 02 residentes).

- **DISPOSITIVOS DE APOIO NO TERRITÓRIO**

Acolher UNESC, acolhimento remoto realizado por psicólogos residentes; Serviço de Psicologia Aplicada – SPAE, ESUCRI, atendimento psicológico; Clínicas Integradas – UNESC, atendimento multiprofissional; CAF- Catedral São José, atendimento psicológico.

- **ATENÇÃO ESTRATÉGICA** - Quatro (04) Centros de Atenção Psicossocial – CAPS:

Um CAPS II (atende pessoas acima de 18 anos com transtornos mentais) e atua com equipe multiprofissional (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, educador físico, nutricionista, assistente social, artesã) e 03 psicólogos.

Um CAPS III (24 horas e possui 05 leitos para acompanhamento intensivo) e atua com equipe multiprofissional (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, nutricionista, assistente social, artesã, terapeuta ocupacional) e 02 psicólogos.

Um CAPS II ad (atende pessoas acima de 18 anos em uso prejudicial de álcool ou outras drogas) e atua com equipe multiprofissional (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, educador físico, nutricionista, assistente social, artesã) e 02 psicólogos.

Projeto de adequação do CAPS II ad para CAPS III ad, encaminhado ao Ministério da Saúde.

Um CAPS I (atende crianças e adolescentes até 18 anos com transtornos mentais ou em uso prejudicial de álcool ou outras drogas) e atua com equipe multiprofissional (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, educador físico, nutricionista, assistente social, artesã) e 04 psicólogos.

- **ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Atendimento das urgências e emergências em saúde mental; SAMU; BOMBEIROS; UPA 24HS; 24H BOA VISTA; HOSPITAIS.

- **ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO**

Serviço de atenção residencial em comunidades terapêuticas para adultos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

- **ATENÇÃO HOSPITALAR**

Leitos de saúde mental em hospital geral, via SISREG – SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO; Leitos de psiquiatria em hospital geral – SISREG.

- **ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Dois (02) Serviço Residencial Terapêutico – SRT, onde residem 18 (dezoito) pessoas que perderam os laços sociais e familiares devido a longos períodos de internação manicomial (mínimo 2 anos ininterruptos); Programa de Volta para Casa.

- **ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Projeto SOMAR, iniciativa de geração de trabalho e renda, ressalta-se que o atendimento em Saúde Mental não deve ser realizado apenas por psicólogos e

psiquiatras, mas por equipe multiprofissional, num processo interdisciplinar com diversos olhares e compreensões sobre o adoecer humano e o sofrimento mental, que se reveste de uma complexidade na sua gênese e evolução.

Todos os serviços descritos, que compõem a RAPS, intensificaram os acolhimentos e os atendimentos para atender a demanda das pessoas em sofrimento mental, exacerbados pela pandemia.

10.2 REDE CEGONHA

O município conta com um Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, composto por diversos representantes dos serviços de atenção à saúde da mulher, com apoio institucional da SES.

A Rede de Atenção à Saúde do pré-Natal, parto e puerpério em Criciúma engloba as Unidades Básicas de Saúde/Estratégia de Saúde da família para risco habitual, Unidades com Atendimento Especializado – atenderá pré-natal de risco e Hospital Materno Infantil Santa Catarina sendo a unidade de referência hospitalar, ambulatorial de alto risco e maternidade. O PAMDHA, tuberculose, hepatites e hanseníase, CAPS, NUPREVIPS, são os serviços de apoio especial (que não realizam pré-natal).

A busca ativa precoce da gestante (até a 12^a semana) para o pré-natal deve ser realizada pela Atenção Básica, a qual deve ser a porta de entrada preferencial. Essa busca ativa pode ser via Agente Comunitário de Saúde, Estratégia de Saúde da Família ou Atenção Básica Tradicional.

Torna-se obrigatório que os outros serviços de assistência à gestante que realizarem o primeiro atendimento, façam o acolhimento e encaminhamento para a Atenção Básica de origem da gestante.

Todos os serviços e profissionais da secretaria de saúde têm funções e atribuições igualmente importantes na atenção à gestante, puérpera e recém-nascido, portanto, devem ser realizadas de forma oportuna, coordenada e conforme os critérios e parâmetros estabelecidos pelo protocolo municipal.

O Centro de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, tem como objetivo, prestar assistência especializada a população feminina , masculina e infantil ,com agenda prévia através do Sistema de Regulação (SISREG), na área de ginecologia, mastologia, apoio a amamentação, planejamento familiar e sexual, pesquisa científica,

coleta de exames de prevenção e diagnósticos do Câncer de mama e ginecológico, dando suporte clínico e administrativo para as Unidades Básicas de Saúde do Município, que são porta de entrada preferencial no sistema. Planejar ações juntamente com a Atenção Básica e setores estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde, baseado em dados estatísticos e epidemiológicos, na construção de um trabalho em rede, primando por agilidade no atendimento, resolutividade, humanização.

O Centro de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, conta com profissionais de nível médio e superior, especializados no atendimento a todos os ciclos de vida, nas áreas de: Enfermagem especializada em atendimento ginecológico/obstétrico, Aleitamento Materno (Recém-nascidos) e vigilância do câncer; Medicina Especializada em Atendimento Ginecológico e Vigilância do câncer; Medicina Especializada em Pré-Natal de Risco Médio e Alto Risco; Medicina Especializada em Mastologia (referência para a região da AMREC); Fisioterapeuta Pélvica/Uroginecológica, Gestantes, Pré e pós cirúrgicos e Aleitamento Materno; Fonoaudióloga infantil (distúrbios da fala), e especializada em frenectomia; Dentista especializada em Frenectomia.

O serviço conta com sala para procedimentos ginecológicos, realização de coleta de material para biopsia, biopsia guiada por US para o mastologista; controle, inserção e retirada de Dispositivo Intra Uterino (DIU) para o município; controles de processos de Laqueadura e Vasectomia para o município; matriciamento para a rede de atenção; coleta de preventivo de Câncer de Colo de Útero (exame citológico) para as pacientes em seguimento e acompanhamento de câncer; elaboração de projetos e protocolos em Saúde da Mulher, Parto e Puerpério; realização de eventos municipais e intermunicipais voltados a Educação Permanente de profissionais; gestão do Sistema de Vigilância do Câncer (SISCAN); controle e transporte dos exames de preventivo de câncer de colo de útero; controle e logística dos Testes do Pezinho e Mãe Catarinense; controle das gestantes de Médio e Alto Risco, através de tabelas e planilhas; representação do Município no Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha; inserção de solicitações cirúrgicas diretamente ao estado, controle pré e pós cirúrgico e autorização de exames.

O município ainda realiza reuniões do comitê de mortalidade materno-infanto-juvenil de forma mensal para acompanhamento e avaliações de casos de óbitos materno-infantis junto a rede.

10.3 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. O atendimento de Urgência e Emergência da Prefeitura Municipal de Saúde de Criciúma conta com o Serviço de Pronto Atendimento 24h; Centro de Triagem do Coronavírus; Samu e UPA.

- **PRONTO ATENDIMENTO 24H BOA VISTA:** Localizado no Bairro Boa Vista, atende em média 5mil pacientes/mês, com equipe de enfermagem, médicos, higienizadores, recepção e vigia, realiza atendimentos de emergência clínica e traumas. Tem como objetivos preservar a vida; reduzir o sofrimento; prevenir complicações; proporcionar transporte adequado, possibilitando melhores condições para receber o tratamento definitivo do usuário.
- **CENTRO DE TRIAGEM DO CORONAVÍRUS:** Localizado no Centro de Criciúma, ao lado do Hospital São José, pioneiro em atendimento a toda população com sintomas gripais ou suspeita de COVID 19; realiza testes de antígenos e anticorpo, encaminha pacientes positivos para internação aos hospitais da região Macrossul, se casos de piora do usuário após realizar exame de imagem. Atende uma demanda diária de aproximadamente 300 pacientes/dia, compreende um grupo vasto de profissionais como a enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), médicos clínicos gerais, higienizadores, condutores de ambulâncias e veículos móveis para atendimento imediato de transporte e internações.
- **SAMU:** O SAMU (192) não se caracteriza apenas por ser um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel mas por ser um serviço complexo, onde uma central de regulação de urgência e emergência composta por médicos reguladores atende toda a demanda do sistema telefônico 192 e define uma hipótese diagnóstica e a complexidade, assim como a prioridade do atendimento, podendo ser fornecida apenas uma orientação médica ou, se necessário, um recurso mais complexo, liberando-se as diferentes viaturas - suporte básico ou suporte avançado.

- **UPA – Unidade de Pronto Atendimento:** A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, e oferece atendimento de urgência e emergência, com clínico geral, pediatra, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Outras especialidades como ortopedia também podem estar disponíveis. Os pacientes atendidos na UPA não ficam internados no local, são atendidos e direcionados, ou para tratamento domiciliar ou via internação hospitalar.

11 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A organização da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS constitui-se em uma série de atividades interligadas e interdependentes que contribuem para a integralidade das ações e estão em consonância com a Política Nacional Saúde para atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. Esse conjunto de atividades está organizado em um ciclo que compreende desde a produção e desenvolvimento de medicamentos, como a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. É importante lembrar que a Assistência Farmacêutica tem como insumo essencial o medicamento e se relaciona de forma direta com o cuidado em saúde.

No município de Criciúma, a Assistência Farmacêutica estrutura-se de forma descentralizada, seguindo a lógica dos Distritos Sanitários, contando, hoje, com 57 pontos de acesso a medicamentos, distribuídos entre Unidades Básicas de Saúde, Farmácias Distritais, Farmácia Escola, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Farmácia Central e Farmácias estratégicas. Destacam-se, atualmente, no município, 6 pontos considerados Farmácias Distritais, pontos de acesso com presença e assistência do profissional Farmacêutico, parcialmente, com objetivo de qualificar o acesso e uso racional de medicamentos pela população, imagem-objetivo das principais políticas de medicamentos e assistência farmacêutica no Brasil. A Secretaria de Saúde de Criciúma apresenta, atualmente, 18 profissionais farmacêuticos atuando na Assistência Farmacêutica, necessitando, urgentemente, da ampliação deste quadro para qualificar o atendimento da população e regularizar os serviços de farmácia.

Em Criciúma, além das farmácias, há os dispensários que são pontos de acesso aos medicamentos onde os farmacêuticos do Núcleo de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-ab) são suporte técnico, a atuação destes farmacêuticos ocorre de acordo com os distritos, havendo 1(um) farmacêutico por distrito. Estes farmacêuticos, além de auxiliar na logística dos medicamentos, também realizam atividades clínicas e de educação em saúde.

Além disso, o município dispõe da atuação de Farmacêuticos em especialização à nível de Residência em Atenção Básica, Saúde Coletiva e Saúde Mental, contando no momento com 10 profissionais em serviço e relação direta com

ensino. Uma parceria entre o Governo municipal, Ministério da Saúde e Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Em nosso país existem milhares de medicamentos diferentes produzidos por centenas de indústrias farmacêuticas, porém nem todos os medicamentos comercializados estão disponíveis no SUS. Uma das razões é que apenas uma parte dos medicamentos vendidos realmente é necessária para nossa saúde e, por isso, no SUS, trabalha-se com o conceito de “medicamentos essenciais”.

Para isso, o SUS possui como uma de suas premissas para acesso a medicamentos, a seleção daqueles considerados essenciais, tanto em âmbito nacional, como estadual e municipal. Como representante e instrumento norteador das ações de seleção de medicamentos nos demais níveis de gestão, o Ministério da Saúde endossa a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). A Rename compreende a seleção e a padronização de medicamentos para atendimento de doenças ou de agravos no SUS e é definida pelo Ministério da Saúde, com a assessoria da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Tal recomendação está descrita principalmente em dois importantes marcos regulatórios do SUS, o Decreto 7.508 de 2011 e a Lei 12.401 também de 2011. Estes documentos apontam a Rename como ferramenta que deve subsidiar a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos. Além disso, esta deve ser atualizada, minimamente, a cada dois anos.

No mesmo sentido, o município disponibiliza, a sua seleção de medicamentos, por meio da Relação Municipal de Medicamentos (Remume). Esta é discutida e revisada junto à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), composta por profissionais de diferentes formações e áreas de atuação, os quais, farmacêuticos, médicos, enfermeiros, dentista e assistente social. A Remume é divulgada constantemente aos profissionais que atuam na rede municipal de saúde e está disponível na página eletrônica da assistência farmacêutica, no site da Prefeitura de Criciúma. A REMUME contempla, atualmente, 226 diferentes especialidades farmacêuticas e adota a Denominação Comum Brasileira (DCB) para todas elas, estando organizada por Ordem Alfabética com vistas a facilitar o acesso dos que buscam se referenciar neste documento.

É importante lembrar que a disponibilização de todos os medicamentos da Rename pelos estados e municípios não é obrigatória (PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO n. 6 DE 28 DE SETEMBRO DE 2017), porém a escolha dos

medicamentos ofertados ocorre de maneira a atender as necessidades de saúde da população, ou seja, as doenças e os agravos à saúde mais comuns, assim como permitir que seja realizado o tratamento recomendado nos protocolos assistenciais.

Sabe-se que os medicamentos são responsáveis por boa parte do consumo de recursos financeiros, muitas vezes escassos. São produtos de ampla utilização, totalmente intrínsecos às diferentes fases do processo de atenção à saúde. Além de ser elemento central para conferir credibilidade do serviço prestado e melhoria da qualidade de vida do usuário. A falta de acesso a estes pode incorrer em prejuízos efetivos à saúde (BRASIL, 2020).

Os medicamentos e insumos farmacêuticos da Rename são financiados pelas três esferas de gestão do SUS, de acordo com pactuações entre os referidos três gestores, na Comissão Intergestores Tripartite, e regulamentações em portarias específicas, atualizadas periodicamente. A Rename está estruturada em cinco anexos e contém, principalmente, medicamentos para a assistência ambulatorial: I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica IV – Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

Ressalta-se que existem outras formas de financiamento de medicamentos no SUS, como o caso dos oncológicos. Esses produtos requerem procedimentos específicos, fornecidos por estabelecimentos habilitados em oncologia. São informados como procedimentos quimioterápicos no subsistema de autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC), do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS)

A organização e o custeio das ações de Assistência Farmacêutica ocorrem por meio dos blocos de financiamento do SUS, regulamentados inicialmente, em 2007, no Pacto pela Saúde e revisados em 2017, com as portarias de consolidação. O bloco da Assistência Farmacêutica foi organizado em três componentes de acesso e financiamento, os quais: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF). Com a revisão dos blocos, houve uma concentração dos recursos em: 1) Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e 2) Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de

Saúde. A assistência farmacêutica foi incorporada ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, como um grupo de ações específico.

O CBAF contempla os medicamentos chamados de básicos ou essenciais, tais como: analgésicos, antitérmicos, antibióticos e anti-inflamatórios que são utilizados para o tratamento das doenças que atingem a população mais frequentemente. Essas doenças são tratadas majoritariamente em âmbito ambulatorial e por isso fazem parte da Atenção Básica. A Atenção Básica possui como prioridade fornecer regularmente e gratuitamente os medicamentos que são padronizados, ou seja, integrantes da RENAME, para que assim se possa fornecer o tratamento medicamentoso adequado das doenças que mais prevalecem na população.

Estes medicamentos são disponibilizados em todas as Unidades de Saúde de Criciúma (Farmácias e Dispensários) através da Remume. Para ter acesso aos medicamentos, o cidadão morador de Criciúma deverá apresentar documento oficial com foto (RG, Carteira de Motorista ou Carteira Profissional, entre outros), prescrição médica e Cartão do SUS (CNS) à Farmácia ou Dispensário da Unidade de Saúde mais próxima da sua residência.

Os medicamentos contemplados no CBAF são financiados de forma tripartite (união, estados e municípios), no entanto a responsabilidade da aquisição é dos municípios. Além disso, é importante ressaltar alguns pontos específicos deste componente. Estão inclusos nas contrapartidas dos estados e municípios a aquisição dos insumos (seringas, lancetas e tiras reagentes de medida de glicemia capilar) aos pacientes insulínodos dependentes; a contrapartida federal financia exclusivamente a aquisição de medicamento; os estados, desde que pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), poderão aumentar suas contrapartidas (Em Santa Catarina o valor de repasse estadual e municipal é de R\$ 4,50 por habitante por ano - Deliberação 501, CIB, 2013); municípios e Distrito Federal podem aplicar recursos para atividades de adequação de espaço físico das farmácias no SUS (aquisição de equipamentos e mobiliários) e/ou de educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da atenção básica ao teto de 15% da soma dos valores dos recursos financeiros, das contrapartidas municipal e estadual; ao Ministério da Saúde cabe o financiamento, aquisição e repasse direto da insulina humana NPH 100 UI/ml, insulina humana regular 100 UI/ml, medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher (DIU, diafragma e preservativos) (BRASIL, 2017a).

Em relação ao CEAF, este contempla os chamados medicamentos de alto custo do SUS, ou anteriormente chamados de excepcionais, que são divididos em grupos de acordo com a organização e financiamento. De forma geral, o financiamento é prioritariamente realizado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde, cabendo aos municípios a disponibilização dos medicamentos do grupo 3, que contempla os medicamentos do componente básico que estão incluídos nas linhas de cuidado do CEAF. Independentemente do grupo ao qual pertença o medicamento no CEAF, seu acesso em nível ambulatorial deve ter por base os critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Esses PCDT definem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das doenças contempladas, com seus respectivos códigos de classificação internacional de doença.

Para ter acesso aos medicamentos do CEAF, os pacientes precisam solicitar seu medicamento mediante abertura de um processo administrativo na farmácia destinada à execução do CEAF no município. Os processos são abertos individualmente e analisados por comissão da DIAF/SC. A Diretoria de Assistência Farmacêutica Estadual (DIAF) é responsável pela operacionalização do CEAF em Santa Catarina. No Município de Criciúma, a abertura de processos e dispensação dos medicamentos são realizados pela Farmácia do Componente Especializado (Farmácia Escola), localizada nas Clínicas Integradas da UNESC.

Já o CESAF possui financiamento exclusivo do Ministério da Saúde para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de doenças que, por sua natureza, possuam abordagem terapêutica estabelecida, com perfil endêmico, que tenham impacto socioeconômico e sejam consideradas problemas de saúde pública pelo gestor federal.

O CESAF tem por objetivo disponibilizar medicamentos para o atendimento de programas estratégicos de saúde, como os medicamentos para controle da tuberculose, da hanseníase, antirretrovirais dos programas de DST/AIDS, endemias focais como malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional, sangue e hemoderivados, entre outros. Esse grupo possui uma logística de funcionamento própria, tendo a participação das três instâncias de gestão do SUS. Ao MS cabe, principalmente, programar, adquirir e

distribuir aos estados. As Secretarias Estaduais de Saúde podem armazenar, distribuir e apoiar a programação, enquanto os municípios também armazenam, distribuem aos pontos de cuidado e promovem a dispensação dos medicamentos diretamente aos usuários incluídos nos programas.

Tendo em vista, todas essas características inerentes aos diferentes componentes da Assistência Farmacêutica, o município realiza a programação e aquisição dos medicamentos, principalmente do CBAF. Para isso, o município conta com sistema informatizado próprio em toda a rede municipal de saúde. Sistema este que compartilha informações com os sistemas preconizados pelo MS. A programação de medicamentos ocorre de forma ascendente e descentralizada com todos os pontos de acesso a medicamentos na rede municipal de saúde citados no início deste documento. O município utiliza como métodos de programação, o Consumo histórico, medido por meio do Consumo Médio Mensal, registrado em cada unidade que dispensa medicamentos e consequentemente no nível central (almoxarifado da saúde), bem como o método Oferta de serviços, realizado a nível central (coordenação de AF e coordenação do Almoxarifado da Saúde) principalmente na ocorrência da abertura de novos serviços.

O município realiza a aquisição dos medicamentos por meio de licitação própria, de acordo com a Lei 8.666/1993, na modalidade de pregão presencial. Além disso, utiliza de forma estratégica a ata de registro de preço de medicamentos e insumos disponibilizada pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Carbonífera (CISAMREC).

12 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O financiamento do SUS é oriundo de recursos financeiros do Orçamento da União, dos Estados, dos Municípios e de outras fontes. Na esfera municipal, os Fundos Municipais de Saúde (FMS) são os gestores financeiros, através das Secretarias Municipais de Saúde. Criciúma realiza todo o financiamento da saúde através do FMS.

Atualmente, o setor de Financeiro-Administrativo da SMS faz o gerenciamento de todos os contratos, recebimento de notas fiscais, solicitações de pagamentos conforme os processos licitatórios de cada setor da SMS, com as respectivas fontes de recursos previamente estipulado para a situação planejada.

12.1 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

São atribuições do setor Controle, Avaliação e Auditoria:

- Processos de compra de serviços: quando a rede pública oferecer atendimento insuficiente, a compra de serviços deverá obedecer a preceitos da legislação e normas que orientem a administração pública;
- Controle/Fiscalização de regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde;
- Aplicação de portarias e normas técnicas e operacionais do Sistema Único de Saúde;
- Controle e acompanhamento da relação entre programação/produção/faturamento: o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados;
- Controlar, regular e avaliar a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos e privados existentes em seu território, na garantia do atendimento de qualidade à população;
- Efetuar o controle permanente, direto e sistemático sobre a execução das ações e serviços de saúde à população.

12.2 GERÊNCIA FINANCEIRA-ADMINISTRATIVA

São atribuições da Gerência Financeira-Administrativa:

- Receber o faturamento aprovado pelo setor de Controle, Avaliação e Auditoria;
- Solicitar emissão de notas fiscais aos prestadores com a produção aprovada, e encaminhar para pagamento à tesouraria da Secretaria da Fazenda;
- Acompanhar e fiscalizar os recursos advindos das esferas governamentais;
- Monitorar as contas bancárias do Fundo Municipal de Saúde;
- Programar e acompanhar a dotação orçamentária conforme LOA (Lei Orçamentária Anual) vigente do Projeto Atividade onde estão as fontes de recursos.

13 CONTROLE SOCIAL

O Conselho Municipal de Saúde de Criciúma foi instituído no artigo 4º inciso III da Lei Municipal Nº 2378, de 25 de maio de 1989, sendo posteriormente modificada pela Lei nº 6.541, em 16 de dezembro de 2014, que passou a disciplinar as suas atribuições. Segundo dispõe o Art.13 da Lei nº 6.541/14, o Conselho Municipal de Saúde conta com a seguinte organização: Plenário; Mesa Diretora; Comissões Intersetoriais e Internas e Secretaria Executiva.

O número de conselheiros corresponde a vinte e quatro membros titulares, sendo que todos os órgãos ou entidades também dispõem de dois membros suplentes. Os conselheiros têm mandato de 2 (dois) anos, ficando, a critério das instituições que eles representam, a substituição ou manutenção destes. Sobre a representação dos segmentos, observa-se a paridade entre estes, sendo 50% reservados para os usuários do Sistema Único de Saúde, 25% representam os profissionais de saúde, e os outros 25% é composto pelos prestadores de serviços em saúde e pelos gestores.

Em 26 de agosto de 2019 foi eleita a nova diretoria do Conselho Municipal de Saúde no qual responde senhor Julio Cesar Zavadil como Presidente. Conta com os seguintes conselheiros por segmento: 13 usuários, 3 representantes do governo, 6 trabalhadores e 3 prestadores de serviços.

As reuniões do ano de 2020 e 2021 seguiram acontecendo mediadas por tecnologia devido a Pandemia de Covid-19.

14 RECURSOS HUMANOS

14.1 ADMISSÃO

As contratações temporárias são realizadas com prévia abertura de processo e publicação de Decreto, devidamente justificados nos termos da Lei 6856/17, pautados majoritariamente na realização e homologação de processo seletivo. Já o concurso público consiste na homologação, nomeação e posterior posse de cada candidato, considerando a demanda da secretaria em memorando previamente autorizado, nos termos da Lei 012/1999.

Os direitos e deveres dos servidores públicos efetivos e agentes públicos temporários (férias, adicionais, licenças, etc), também contam com a participação da Gerência de Gestão de Pessoas e estão presentes nas Leis supramencionadas.

14.2 DESLIGAMENTO

O encerramento do vínculo do servidor poderá ocorrer a pedido, através de memorando ou protocolo (efetivos), ou por iniciativa da secretaria, em que serão adotados os procedimentos necessários: aviso prévio, sindicância, se tratando de vínculo temporário, e encaminhamento para processo administrativo disciplinar, em caso de servidores concursados.

14.3 CONTROLE DE JORNADA

Assim que o servidor é admitido, é liberado o registro de ponto biométrico no local de trabalho, que deve ser efetuado em consonância ao Decreto 1589/2021 e entregue mensalmente nesta Gerência para conferência de falta, horas extras, adicional noturno, entre outros.

14.4 OUTROS PROCESSOS

Em caso de acidente de trabalho, deverá ser encaminhado o memorando da chefia imediata comunicando o acidente em até 48 horas, acompanhado de atestado médico, para fins de abertura de CAT.

Os atestados em geral são recebidos e lançados diariamente ao registro de cada servidor, devendo obedecer aos procedimentos dos Decretos 215/2021 e 1363/2022.

Também são diariamente realizados todos os procedimentos referentes ao processamento de folha de pagamento, para garantir o recebimento do salário por todos os agentes públicos no último dia útil do mês.

Tabela 18 – Número de servidores na Secretaria Municipal de Saúde em dezembro de 2022

VÍNCULO	QUANTIDADE SERVIDORES
EFETIVOS	615
COMISSIONADO	45
TEMPORÁRIO (CONTRATAÇÃO DIRETA)	318
CELETISTA	279
TEMPORÁRIO (PROCESSO SELETIVO)	96
ESTAGIÁRIOS	79

Fonte: Setor de Gestão de Pessoas - PMC, 2022.

15 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.1 - Fortalecer a Atenção Primária em Saúde.											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.1.1	Aumentar a resolutividade da APS e assim fomentar a redução dos encaminhamentos para a Atenção Especializada.	Percentual	76	2020/2021	Percentual	85	Percentual	79	82	84	85
1.1.2	Criar serviço de tele consultoria de médicos especialistas para médicos da APS.	Serviço criado.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
1.1.3	Finalizar processo de territorialização.	Processo de territorialização finalizado.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
1.1.4	Garantir 100% dos nascidos vivos com cadastro realizado no Sistema Próprio ao ano (com qualidade de informação).	Percentual de cadastro de nascidos vivos no sistema próprio ao ano.	-	-	-	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.5	Implementar a regulação de acesso aos profissionais de Equipe Multiprofissional da Atenção Básica para 4 (quatro) especialidades não médicas: Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição e Fisioterapia.	Número de especialidades reguladas.	1	2021	Número	4	Número	4	0	0	0

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.1 - Fortalecer a Atenção Primária em Saúde.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.1.6	Reprogramar o processo de trabalho dos profissionais da Equipe Multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (EM-APS) para que todos realizem ao menos 1 (uma) Atividade Coletiva ao mês (Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, Profissional de Educação Física e Assistente Social).	Proporção de profissionais da EM-APS que realizaram ao menos 1 (uma) atividade coletiva ao mês.	-	2021	Não aferido	100	Percentual	100	100	100	100
1.1.7	Garantir a cada Distrito Sanitário 1 (uma) equipe multiprofissional completa de referência (Farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e Profissional de educação física).	Número de equipe multiprofissional completa por Distrito Sanitário.	0	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
1.1.8	Credenciamento das unidades de saúde porte 2 no Programa Saúde na Hora.	Número de unidades porte 2 credenciadas.	4	2021	Número	8	Número	5	6	7	8
1.1.9	Ampliar a cobertura de saúde bucal para 80% na Atenção Primária.	Percentual de cobertura de saúde bucal na atenção primária.	60	2021	Percentual	80	Percentual	70	75	80	80

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.2 - Garantir o acesso dos beneficiários do Programa Bolsa Família, ou Auxílio Brasil, aos serviços de saúde.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.2.1	Ampliar a cobertura de acompanhamento da condicionalidade de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) ou Auxílio Brasil.	Proporção de beneficiários com perfil saúde acompanhados pela APS.	67,8	2021	Percentual	85	Percentual	72	78	81	85
1.2.2	Ampliar a cobertura de acompanhamento da condicionalidade de saúde do Programa Bolsa Família ou Auxílio Brasil de crianças.	Proporção de crianças beneficiárias acompanhadas.	38,1	2021	Percentual	70	Percentual	45	55	63	70

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.3 - Promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da rede cegonha.											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.3.1	Atualizar o protocolo de pré-natal, parto e puerpério, a cada 2 anos.	Número de protocolos atualizados.	1	2021	Número	2	Número	0	1	0	1
1.3.2	Atualizar o protocolo de saúde da criança, a cada 2 anos (e incluir adolescentes).	Número de protocolos atualizados.	0	2021	Número	2	Número	1	0	1	0
1.3.3	Atualizar os profissionais da rede de atenção quanto à rede cegonha, anualmente.	Proporção de serviços com no mínimo um profissional que tenha participado da atualização.	0	2020	Percentual	95	Percentual	95	95	95	95

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.3 - Promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da rede cegonha.											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.3.4	Ampliar a prevalência de aleitamento materno exclusivo de crianças menores de 180 dias, em 5 pontos percentuais até 2025.	Proporção de indicadores de aleitamento materno que apresentaram ampliação de 5 pontos percentuais.	56,4	2020	Percentual	61,4	Percentual	57,4	58,4	59,4	61,4
1.3.5	Ampliar a cobertura da terceira dose da vacina VIP em menores de 1 ano.	Proporção de crianças menores de um ano que receberam a terceira dose de VIP.	76,6	2020	Percentual	95	Percentual	80	85	90	95

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.3 - Promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da rede cegonha.											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.3.6	Ampliar a cobertura da vacina BCG.	Proporção de crianças menores de um ano que receberam a dose de BCG.	89,1	2020	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90
1.3.7	Ampliar a cobertura da vacina VTV.	Proporção de crianças menores de dois anos que receberam a segunda dose de VTV.	77,9	2020	Percentual	95	Percentual	80	85	90	95
1.3.8	Ampliar a cobertura da vacina pentavalente em menores de um ano.	Proporção de crianças menores de um ano que receberam a terceira dose de pentavalente.	71,9	2020	Percentual	95	Percentual	90	95	95	95

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.3 - Promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da rede cegonha.											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.3.9	Ampliar a cobertura do primeiro reforço ou DU da vacina Pneumocócica 10 valente.	Proporção de crianças menores de dois anos que receberam a dose de reforço ou DU.	83,3	2020	Percentual	95	Percentual	90	95	95	95
1.3.10	Ampliar a cobertura do primeiro reforço ou DU da vacina Meningo C.	Proporção de crianças menores de um ano que receberam a dose de reforço ou DU.	79,9	2020	Percentual	95	Percentual	85	90	95	95
1.3.11	Manter a taxa de mortalidade infantil abaixo de dois dígitos.	Taxa de mortalidade infantil.	5,9	2020	Taxa	9,9	Taxa	9,9	9,9	9,9	9,9
1.3.12	Reduzir o número de óbitos maternos.	Número de óbitos maternos.	4	2021	Número	0	Número	0	0	0	0

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.3 - Promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da rede cegonha.											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.3.13	Ampliar a proporção de tratamento adequado nas gestantes acompanhadas e diagnosticadas com sífilis.	Proporção de gestantes com tratamento adequado.	60	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.3.14	Ampliar a cobertura de testagem trimestral preconizada para gestantes.	Percentual de cobertura de testagem trimestral preconizada para gestantes.	50	2020	Percentual	60	Percentual	60	60	60	60
1.3.15	Acompanhar 60% das gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe de APS com pelo menos 6 consultas realizadas, sendo que a 1ª consulta seja antes da 20ª semana.	Percentual de gestantes acompanhadas.	-	2021	Não aferido	60	Percentual	60	60	60	60
1.3.16	Realizar em 60% das gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe de APS 2 testes rápidos de Sífilis e HIV (1º e 3º trimestre).	Percentual de gestantes cadastradas com 2 testes rápidos efetuados.	-	2021	Não aferido	60	Percentual	60	60	60	60

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.3 - Promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da rede cegonha.											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.3.17	Realizar em 60% das gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe de APS 1 (um) atendimento odontológico durante o pré-natal.	Percentual de gestantes cadastradas com 1 (um) atendimento odontológico durante o pré-natal.	-	2021	Não aferido	60	Percentual	60	60	60	60
1.3.18	Realizar em 60% das gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe de APS 1 (uma) consulta puerperal até o 42º dia do puerpério.	Percentual de gestantes cadastradas com 1 (uma) consulta puerperal até o 42º dia do puerpério.	-	2021	Percentual	60	Percentual	60	60	60	60
1.3.19	Ampliar a cobertura de assistência puerperal em 5 pontos percentuais ao ano. *Em função da pandemia, esse indicador não foi aferido em 2020 e 2021.	Pontos percentuais de ampliação da cobertura de visita puerperal.	22	2019*	Percentual	42	Percentual	27	32	37	42

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.3 - Promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da rede cegonha.											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.3.20	Ampliar a cobertura de atendimento puerperal domiciliar em 5 pontos percentuais ao ano, a partir de 2023. *Em função da pandemia, esse indicador não foi aferido em 2020 e 2021.	Pontos percentuais de ampliação da cobertura de visita puerperal.	5	2019	Percentual	20	Percentual	5	10	15	20

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.4 - Fortalecimento da Atenção Especializada e da Rede de Urgência e Emergência.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.4.1	Garantir duas equipes EMAD e habilitadas junto ao MS.	Número de equipes habilitadas.	1	2021	Número	2	Número	2	0	0	0
1.4.2	Capacitar a RAS quanto ao fluxo do programa Melhor em Casa.	Número de capacitações realizadas.	1	2021	Número	4	Número	1	1	1	1
1.4.3	Implantar 1 (um) centro multiprofissional especializado no tratamento da dor crônica.	1 (um) centro especializado em dor crônica implantado.	0	2021	Número	1	Número	0	0	0	1
1.4.4	Garantir o acesso dos usuários a consultas e exames de média complexidade através da regulação com tempo de espera médio de 60 dias.	Tempo médio de espera em dias para consultas e exames de média complexidade.	60	2021	Número	60	Número	60	60	60	60

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.4 - Fortalecimento da Atenção Especializada e da Rede de Urgência e Emergência.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.4.5	Garantir o acesso dos usuários a consultas e exames de alta complexidade através da regulação com tempo de espera médio de 24 meses até 2025.	Tempo médio de espera em meses para consultas e exames de alta complexidade.	48	2021	Número	24	Número	40	36	30	24
1.4.6	Reduzir para 30% o número de atendimentos da cor azul, segundo o Protocolo de Manchester, na rede de urgência e emergência.	Proporção de atendimentos na cor azul na rede de urgência e emergência.	60	2021	Percentual	30	Percentual	55	47	40	30
1.4.7	Realizar reforma e ampliação do prédio de serviço do 24h da Boa Vista.	Reforma e ampliação realizada.	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
1.4.8	Realizar atividade de educação continuada para todos os profissionais de saúde do setor de Urgência e Emergência.	Proporção de profissionais que participaram de atividade de educação continuada ao ano.	0	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.4 - Fortalecimento da Atenção Especializada e da Rede de Urgência e Emergência.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.4.9	Garantir a cada Distrito Sanitário 1 (uma) equipe multiprofissional especializada em saúde mental completa de referência (psiquiatra, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social).	Número de equipe multiprofissional completa por Distrito Sanitário.	0	2021	Número	1	Número	2	1	1	2
1.4.10	Criar e implementar 2 (duas) equipes de urgência e emergência odontológica (uma na UPA Rio Maina e outra na UPA Próspera).	Número de Equipe de urgência e emergência em saúde bucal criadas e implementadas.	0	2021	Número	2	Número	2	0	0	0

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.5 - Fortalecer a assistência farmacêutica visando à melhoria do atendimento aos usuários, de forma eficaz com acesso a medicamentos de qualidade.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.5.1	Implementar a Política de Assistência Farmacêutica Municipal.	Política implementada.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
1.5.2	Garantir a presença de pelo menos 1 (um) farmacêutico na farmácia do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.	Número de farmacêutico atuante na farmácia do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.	2	2021	Número	2	Número	2	2	2	2

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.5 - Fortalecer a assistência farmacêutica visando à melhoria do atendimento aos usuários, de forma eficaz com acesso a medicamentos de qualidade.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.5.3	Garantir a presença de pelo menos 2 (dois) farmacêuticos na farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.	Número de farmacêuticos atuantes na farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.	2	2021	Número	2	Número	2	2	2	2
1.5.4	Garantir a presença de pelo menos 1 (um) farmacêutico na farmácia que atende as demandas de medicamentos judiciais do município.	Número de farmacêuticos atuantes na farmácia que atende as demandas de medicamentos judiciais do município.	1	2021	Número	1	Número	1	1	1	1

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.5 - Fortalecer a assistência farmacêutica visando à melhoria do atendimento aos usuários, de forma eficaz com acesso a medicamentos de qualidade.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.5.5	Atualizar bianualmente o manual para dispensação de medicamentos.	Manual de dispensação de medicamentos atualizado a cada dois anos.	1	2021	Número	2	Número	1	0	1	0
1.5.6	Reformar todas as farmácias para que possibilitem um atendimento humanizado e de qualidade aos usuários.	Percentual de farmácias reformadas.	11	2021	Percentual	89	Percentual	20	20	66	100
1.5.7	Implantação de monitor de senha para os guichês de atendimento preferencial de acordo com a Lei 10.048, nas farmácias municipais, exceto farmácias do CAPS.	Nº de farmácias com senha / Nº total de farmácias (n= 9) x 100.	14	2021	Percentual	100	Percentual	22	40	60	100
1.5.8	Ampliar o número de farmácias públicas para 2 (duas) por distrito sanitário.	Número de farmácias públicas por Distrito Sanitário.	1	2021	Número	2	Número	1	1	2	2

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.5 - Fortalecer a assistência farmacêutica visando à melhoria do atendimento aos usuários, de forma eficaz com acesso a medicamentos de qualidade.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.5.9	Garantir acesso da população aos medicamentos da REMUME aos finais de semana e feriados, para atendimento a emergências médicas e odontológicas.	1 (uma) Farmácia Pública atendendo aos finais de semana.	1	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
1.6.0	Ampliar o número de consultas farmacêuticas de toda rede de atenção à saúde.	Número de consultas farmacêuticas realizadas ao ano.	34.885	2019	Número	51075	Número	38373	42210	46431	51075

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.6 - Garantir a atenção integral à saúde do trabalhador e das populações e/ou grupos específicos (Negros, LGBTQIA+, pessoas em situação de rua, homens).

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.6.1	Criar e implantar a linha de cuidado de atenção à saúde da população negra com base na política nacional.	Linha de cuidado criada e implementada.	0	2021	Número	1	Número	0	1	0	0
1.6.2	Criar e implantar a linha de cuidado de atenção à saúde da população LGBTQIA+, com base na política nacional.	Linha de cuidado criada e implementada.	0	2021	Número	1	Número	0	1	0	0
1.6.3	Criar e implantar a linha de cuidado de atenção à saúde da população em situação de rua, com base na política nacional.	Linha de cuidado criada e implementada.	0	2021	Número	1	Número	0	1	0	0
1.6.4	Criar e implantar a linha de cuidado de atenção à saúde integral do Homem, com base na política nacional.	Linha de cuidado criada e implementada.	0	2021	Número	1	Número	0	1	0	0

Diretriz 1. Garantia do acesso da população a serviços público, de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.

Objetivo 1.7 Garantir acessibilidade aos espaços de saúde.											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
1.7.1	Garantir 100% dos serviços de saúde em conformidade com a NBR 9050 (rampa, corrimão, piso e mapa tátil, etc).	Percentual de serviços de saúde em conformidade com a NBR 9050.	50	2021	Percentual	100	Percentual	60	75	85	100
1.7.2	Realizar 1 (um) estudo bianual focado nas necessidades de móveis e equipamentos de todos os serviços de saúde da SMS.	Estudo anual realizado.	0	2021	Número	2	Número	1	0	1	0
1.7.3	Garantir 1 (um) processo licitatório bianual contemplando as necessidades elencadas nos estudos.	Número de processo licitatório realizado.	0	2021	Número	2	Número	0	1	0	1
1.7.4	Garantir a sinalização das salas em 100% dos serviços assistenciais de saúde em inglês.	Percentual de serviços assistenciais com sinalização.	0	2021	Percentual	100	Percentual	20	30	50	100

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.1 - Qualificar a informação epidemiológica, visando a melhoria da gestão das ações e dos recursos em prol da coletividade.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.1.1	Elaborar, no mínimo, um boletim epidemiológico temático (Sinaepi, agravos, imunização, mortalidade, hepatites virais, tuberculose/hanseníase, IST/HIV/AIDS, CCZ, Nuprevips) ao ano.	Número de boletins elaborados por setor.	1	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
2.1.2	Reativar as reuniões do colegiado de vigilância em saúde.	Número de reuniões realizadas ao ano.	5	2021	Número	10	Número	10	10	10	10
2.1.3	Realizar 6 reuniões anuais em cada setor da VE para a análise de dados e geração de informação.	Média do número de reuniões por setor da VE.	0	2021	Número médio	6	Número médio	6	6	6	6
2.1.4	Credenciar Núcleo de Vigilância Hospitalar no Hospital São José e no HMISC, incluindo controle social.	Número de Núcleos credenciados.	0	2021	Número	2	Número	1	0	0	1

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo 2.1 - Qualificar a informação epidemiológica, visando a melhoria da gestão das ações e dos recursos em prol da coletividade.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.1.5	Criar arquivos de mapa, para uso no Tabwin, por área de abrangência, para todas as unidades de APS.	Proporção de unidades de APS com definição de arquivo de mapa para uso no Tabwin.	0	2021	Percentual	100	Percentual	0	30	60	100
2.1.6	Estruturar um conjunto de indicadores e suas respectivas fontes para serem monitorados referentes às DANTs.	Conjunto de indicadores estruturado.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
2.1.7	Realizar a notificação oportuna e regular, conforme semana epidemiológica, em 100% das unidades da rede pública. (Responsáveis: gerentes dos serviços assistenciais).	Percentual de unidades da rede pública com notificação semanal oportuna.	Não aferido	2020	Percentual	100	Percentual	30	50	75	100
2.1.8	Criar um instrumento para registro de comunicação imediata à vigilância em saúde, incluindo controle social.	Número de instrumentos criados.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.1 - Qualificar a informação epidemiológica, visando a melhoria da gestão das ações e dos recursos em prol da coletividade.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.1.9	Elaborar e aplicar estudo epidemiológico para de avaliação da saúde bucal da população Criciumense.	1 (um) estudo epidemiológico elaborado e aplicado.	1	2021	Número	1	Número	0	0	0	1

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.2 - Qualificar a atenção à saúde voltada para as ações de Vigilância em Saúde (VS).

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.2.1	Disponibilizar um curso de vigilância em saúde para todos os profissionais da rede municipal de atenção à saúde.	Proporção de profissionais de saúde da SMS formados no Curso de VS.	0	2021	Percentual	90	Percentual	25	50	75	90
2.2.2	Realizar 5 (cinco) capacitações ao ano sobre temas específicos, de interesse da vigilância em saúde, para a rede de atenção.	Número de capacitações realizadas ao ano.	5	2021	Número	5	Número	5	5	5	5
2.2.3	Realizar 60 (sessenta) visitas técnicas ao ano nos serviços de atenção à saúde.	Número de visitas técnicas realizados ao ano.	-	2020	Não aferido	60	Número	60	60	60	60
2.2.4	Garantir a participação dos técnicos de vigilância em saúde em 100% dos "eventos" (reuniões técnicas estaduais e nacionais, cursos, congressos e conferências pertinentes a cada setor), quando solicitado.	Proporção de solicitações de participação em "eventos" autorizadas.	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.2 - Qualificar a atenção à saúde voltada para as ações de Vigilância em Saúde (VS).

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.2.5	Capacitar todos os técnicos de vigilância em saúde para o uso dos sistemas de informação do seu respectivo setor.	Proporção de técnicos capacitados.	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.2.6	Promover um encontro de integração anual entre os gerentes da SMS e coordenadores dos setores da VE.	Número de encontros ao ano.	0	2021	Número	1	Número	1	1	1	1

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.3 - Promover e implementar ações coordenadas para redução e controle de agravos relacionados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) (doenças do aparelho circulatório, cerebrovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, diabetes mellitus) e o conjunto de fatores de risco comuns a esses agravos como o sedentarismo, tabagismo, etilismo e alimentação inadequada.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.3.1	Reduzir a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT.	403	2020	Taxa	350	Taxa	390	380	370	350
2.3.2	Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama em 0,5 pontos/1.000 ao ano.	Taxa de mortalidade prematura por CA de mama.	7.3	2020	Taxa	5.3	Taxa	6.8	6.3	5.8	5.3
2.3.3	Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero em 0,5 pontos/1.000 ao ano.	Taxa de mortalidade prematura por CA de colo do útero.	2.7	2020	Taxa	0.7	Taxa	2.2	1.7	1.2	0.7

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.3 - Promover e implementar ações coordenadas para redução e controle de agravos relacionados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) (doenças do aparelho circulatório, cerebrovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, diabetes mellitus) e o conjunto de fatores de risco comuns a esses agravos como o sedentarismo, tabagismo, etilismo e alimentação inadequada.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.3.4	Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo em 1 pontos/1.000 ao ano.	Taxa de mortalidade prematura por CA do aparelho digestivo.	30.1	2020	Taxa	26.1	Taxa	29.1	28.1	27.1	26.1
2.3.5	Deter o aumento da taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações, ocorridas em caráter eletivo e de urgência. (Dados retirados do SIH/SUS) Fomentar informação de dados de instituições privadas.	Taxa (%) de internações em relação ao ano anterior. (Numerador: Número de internações ao ano e Denominador: população residente no município no ano) *Aplicar fator de multiplicação 10.000	4,13	2019	Taxa	4,13	Taxa	4,13	4,13	4,13	4,13

2.3.6	Deter o aumento da taxa de internações em caráter eletivo e de urgência do capítulo doenças do aparelho circulatório, considerando-se a lista das doenças que mais geram internações no município. (Considerar as doenças do aparelho circulatório que mais geraram internações hospitalares em análise da série histórica 2018 a 2021, em ordem decrescente: Insuficiência Cardíaca, Outras Doenças Isquêmicas do coração, Acidente Vascular Cerebral não especificado isquêmico ou hemorrágico, Infarto Agudo do Miocárdio. Dados retirados do SIH-Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).	Taxa (%) de internações em relação ao ano anterior. Numerador: número de internações ao ano. Denominador: população residente no município no ano. Fator de multiplicação: 10.000.	35,8	2019	Taxa	35,8	Taxa	35,8	35,8	35,8	35,8
2.3.7	Reduzir a prevalência de obesidade em crianças de 0 a 4 anos em 0,5 pontos percentuais ao ano.	Prevalência de obesidade em crianças.	5.8	2020	Percentual	3.8	Percentual	5.3	4.8	4.3	3.8

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.3 - Promover e implementar ações coordenadas para redução e controle de agravos relacionados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) (doenças do aparelho circulatório, cerebrovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, diabetes mellitus) e o conjunto de fatores de risco comuns a esses agravos como o sedentarismo, tabagismo, etilismo e alimentação inadequada.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.3.8	Reduzir a prevalência de obesidade em crianças de 5 a 9 anos em 1 ponto percentual ao ano.	Prevalência de obesidade em crianças.	18.1	2020	Percentual	14.1	Percentual	17.1	16.1	15.1	14.1
2.3.9	Reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes em 1 ponto percentual ao ano.	Prevalência de obesidade em crianças.	15.4	2020	Percentual	11.4	Percentual	14.4	13.4	12.4	11.4
2.3.10	Deter o crescimento da obesidade em adultos.	Prevalência de obesidade em adultos.	35.6	2020	Percentual	35.6	Percentual	35.6	35.6	35.6	35.6
2.3.11	Ampliar o número de indivíduos com acompanhamento de consumo alimentar na APS em 3% ao ano.	Percentual de ampliação do acompanhamento de consumo alimentar em relação ao ano anterior.	663	2020	Número	3	Percentual	3	3	3	3
2.3.12	Aumentar o consumo de frutas, em indivíduos maiores de 2 anos, em 10 pontos percentuais.	Percentual de indivíduos que consumiram	45	2020	Percentual	55	Percentual	47,5	50	52,5	55

		frutas no dia anterior.									
2.3.1.3	Realizar chamada nutricional de escolares do Município	Quantidade de chamadas nutricionais realizadas	0	2020	Número	3	Número	0	1	1	1

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.3 - Promover e implementar ações coordenadas para redução e controle de agravos relacionados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) (doenças do aparelho circulatório, cerebrovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, diabetes mellitus) e o conjunto de fatores de risco comuns a esses agravos como o sedentarismo, tabagismo, etilismo e alimentação inadequada.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.3.13	Aumentar o consumo de verduras e legumes, em indivíduos maiores de 2 anos, em 10 pontos percentuais.	Percentual de indivíduos que consumiram verduras e legumes no dia anterior.	43	2021	Percentual	53	Percentual	45,5	48	50,5	53
2.3.14	Deter o consumo de alimentos ultra processados.	Percentual de indivíduos que consumiram alimentos ultra processados.	48	2020	Percentual	48	Percentual	48	48	48	48
2.3.15	Deter o consumo regular de bebidas adoçadas	Percentual de indivíduos que consumiram	34	2020	Percentual	34	Percentual	34	34	34	34

		bebidas adoçadas									
2.3.16	Reduzir em 10% a prevalência de tabagismo na população cadastrada.	Prevalência de tabagismo na população cadastrada.	7.475	2020	Número	6.727	Número	7.285	7.095	6.905	6.727

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.3 - Promover e implementar ações coordenadas para redução e controle de agravos relacionados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) (doenças do aparelho circulatório, cerebrovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, diabetes mellitus) e o conjunto de fatores de risco comuns a esses agravos como o sedentarismo, tabagismo, etilismo e alimentação inadequada.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.3.17	Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 5%, a partir do diagnóstico de 2022.	Percentual de aumento da prevalência de atividade física.	-	2021	Não aferido	5	Percentual	0	2	3,5	5
2.3.18	Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV, para coortes de meninas entre 9 e 15 anos.	Percentual de cobertura vacinal.	19,2	2020	Percentual	90	Percentual	60	70	80	90

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.4 - Implementar ações visando a melhoria dos indicadores referentes às Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e IST/HIV/AIDS em Criciúma.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.4.1	Realizar uma Campanha anual dos seguintes Programas: Hepatites Virais com oferta de testagens rápidas e vacinação (hepatite B), Tuberculose, Hanseníase e IST/HIV/AIDS.	4 (quatro) campanhas realizadas.	2	2021	Número	4	Número	4	4	4	4
2.4.2	Ampliar a realização de testes para HIV, Sífilis, HCV e HBSAg, em 10% ao ano.	Número de testes para HIV, Sífilis, HCV e HBSAg realizados.	54.915	2020	Número	80.401	Número	60.407	66.447	73.091	80.401
2.4.3	Realizar a investigação efetiva de SR (Sintomático Respiratório) por 6 meses ou mais, alternado ou consecutivo, em todas as unidades de saúde da APS até 2025.	Proporção de UBS que realizaram a investigação de SR por 6 meses ou mais, alternado ou consecutivo.	38	2020	Percentual	100	Percentual	50	60	75	100

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.4 - Implementar ações visando a melhoria dos indicadores referentes às Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e IST/HIV/AIDS em Criciúma.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.4.4	Investigar 1% da população como SR, por área de abrangência das unidades de APS até 2025.	Proporção de unidades que investigaram 1% população.	25	2021	Percentual	70	Percentual	40	50	60	70
2.4.5	Ampliar a proporção de cura de casos novos de TB pulmonar.	Proporção de cura dos casos novos de TB pulmonar.	80	2020	Percentual	85	Percentual	82	83	84	85

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.5 – Prevenir a violência e promover a cultura de paz.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.5.1	Ampliar a rede notificadora, nos CRAS e escolas públicas e privadas para a Notificação de Violências.	Percentual de serviços com um profissional capacitado.	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.5.2	Reduzir a taxa de incidência de suicídio por 100.000 habitantes em 5 pontos ao ano.	Taxa de incidência de suicídio por 100.000 habitantes.	58.1	2019*	Taxa	38.1	Taxa	53.1	48.1	43.1	38.1
2.5.3	Criar e implementar protocolo de atendimento às vítimas de violência com prioridade alta.	Protocolo criado e implementado.	0	2021	Número	1	Percentual	0	0	0	1

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.6 - Evitar a ocorrência de casos de dengue e prevenir processos epidêmicos.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.6.1	Ampliar o número de armadilhas de controle vetorial da dengue, 50 ao ano.	Número de armadilhas.	566	2020	Número	766	Número	616	666	716	766
2.6.2	Ampliar o número de pontos estratégicos (PE) de monitoramento do Aedes aegypti.	Número de PE.	180	2020	Número	280	Número	205	230	255	280
2.6.3	Criar um plano de contingência da dengue, chikungunya, zika e febre amarela.	Número de planos criados.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.7 - Contribuir para melhoria da saúde dos usuários através da oferta de intervenções em Práticas Integrativas e Complementares - PIC's

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.7.1	Instituir o Núcleo de PIC's (NU-PIC's) na RAS.	NU-PIC's instituído.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.8 - Reduzir os riscos ao usuário referentes à Assistência Farmacêutica.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.8.1	Atualizar equipe dos dispensários de medicamentos da APS, a cada 2 anos.	Número de profissionais da APS capacitadas.	42	2019	Número	42	Número	42	0	42	0
2.8.2	Atualizar bianualmente a Relação Municipal de Medicamentos (Remume) conforme perfil epidemiológico do município e relação nacional de medicamentos, realizada através da Comissão de Farmácia e Terapêutica.	Número de atualização da REMUME.	1	2020	Número	2	Número	1	0	1	0
2.8.3	Publicizar e formalizar a nova edição da Relação Municipal de Medicamentos (Remume).	REMUME atualizada e apresentada na Câmara de Vereadores e Conselho Municipal de Saúde.	0	2020	Número	2	Número	1	0	1	0

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.8 - Reduzir os riscos ao usuário referentes à Assistência Farmacêutica.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.8.4	Implantar 6 (seis) serviços de atenção farmacêutica para usuários com DM e HAS.	6 (seis) serviços implantados.	0	2021	Número	6	Número	1	1	2	2
2.8.5	Criar e implementar 1 (um) Protocolo de farmacovigilância Municipal.	Número de protocolo criado e implementado.	0	2019	Número	1	Número	0	0	0	1
2.8.6	Garantir a presença do Farmacêutico nas Farmácias públicas, durante todo período de funcionamento do estabelecimento de saúde.	Percentual serviços de estabelecimentos de saúde com farmácia pública tendo a presença de farmacêuticos.	30	2021	Percentual	100	Percentual	25	25	25	25
2.8.7	Reduzir a incidência de intoxicação exógena por medicamento em 2% ao ano.	Incidência absoluta de intoxicação exógena por medicamento.	241	2021	Número	222	Número	236	231	227	222

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.9 - Agilizar os processos de trabalho na Vigilância Sanitária.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.9.1	Implementar a versão móvel do sistema de informações da Vigilância Sanitária.	1 (um) sistema implantado.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
2.9.2	Tornar digitais todos os processos administrativos da Vigilância Sanitária.	Percentual de processos digitalizados.	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	70	100

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.10 - Melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental ofertados à população.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.10.1	Ampliar o número de ações de matriciamento realizadas por CAPS com as equipes de Atenção Primária.	Proporção de CAPS com no mínimo de 12 ações de matriciamento registradas ao ano.	25	2020	Percentual	100	Percentual	50	75	100	100
2.10.2	Qualificar junto ao MS, o CAPS II ad em CAPS III ad.	Número de CAPS III ad qualificado.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
2.10.3	Elaborar a Política Municipal de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.	Política Municipal elaborada e aprovada no CMS.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0

Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 2.10 - Melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental ofertados à população.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
2.10.4	Viabilizar a alocação adequada do projeto SOMAR (estratégia de desinstitucionalização e geração de renda).	Alocação adequada do projeto SOMAR.	0	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
2.10.5	Garantir a fiscalização do cumprimento de 100% das metas qualitativas dos contratos dos SRTs.	Percentual de alcance das metas qualitativas dos SRT's.	100	2019	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.
Objetivo 3.1 - Melhorar a infraestrutura dos serviços de saúde.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.1.1	Alocar 90% dos setores de vigilância em saúde, em sede própria, com instalações adequadas a cada serviço e em local centralizado.	Proporção de setores alocados em sede própria.	10	2021	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90
3.1.2	Realizar uma avaliação ergonômica, por equipe especializada, de todos os ambientes de trabalho dos serviços de saúde, para a definição dos descritivos de móveis e equipamentos de acordo com a NR17.	Percentual de ambientes avaliados.	0	2021	Percentual	100	Percentual	0	50	100	100
3.1.3	Garantir a manutenção PREVENTIVA e CORRETIVA de todas as Geladeiras, Câmaras Frias, Gerador, Ar-condicionado das salas de vacina e dos equipamentos disponíveis de todos os serviços de saúde.	Percentual de solicitações de manutenção de equipamentos atendidas.	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.
Objetivo 3.1 - Melhorar a infraestrutura dos serviços de saúde.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.1.5	Garantir a aquisição e manutenção de todos os equipamentos de informática adequados às necessidades de todos os serviços de saúde.	Percentual de solicitações de aquisição e manutenção de equipamentos de informática atendidas.	Não aferido	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.1.6	Garantir a renovação da frota de acordo com a necessidade, considerando o máximo de 200.000 km rodados e/ou ano de fabricação.	Proporção de veículos da frota com menos de 200.000 km rodados e/ou ano de fabricação (recurso investimento).	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.1.7	Construção de sede própria distintos para o CAPS II, II ad, III e ij.	Número de CAPS alocados em sede própria (recurso investimento).	0	2021	Número	4	Número	1	2	3	4

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.

Objetivo 3.1 - Melhorar a infraestrutura dos serviços de saúde.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.1.8	Credenciar o CEO tipo II para tipo III.	1 (um) CEO tipo III credenciado e em atendimento.	0	2021	Número	1	Número	0	1	0	0

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.

Objetivo 3.2 - Garantir infraestrutura para realização de videoconferências e/ou trabalhos on-line nos serviços de assistência/gestão/apoio.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.2.1	Manter um processo licitatório ao ano para criar/manter as estações de trabalho multimídia em funcionamento.	Processo licitatório efetuado.	1	2021	Número	4	Número	1	1	1	1
3.2.2	Manter um serviço de manutenção predial com empresa especializada para atendimento de toda SMS.	1 (um) contrato anual realizado e em andamento.	1	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
3.2.3	Manter serviço especializado de fornecimento de material de construção civil, elétrico e reparos em geral.	1 (um) contrato anual realizado e em andamento.	1	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
3.2.4	Reestruturação da central telefônica dos serviços de saúde.	Central telefônica reestruturada.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.
Objetivo 3.3 - Adequar o quadro de servidores públicos efetivos para sanar o problema de alta rotatividade de profissionais.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.3.1	Elaborar 1 (um) Estudo na Lei Complementar 101 de 20/12/2013 para possível ampliação de cargos para atender as demandas da SMS.	Estudo elaborado e finalizado.	0	2021	Número	1	Número	0	1	0	0
3.3.2	Implementar 100% das necessidades identificadas no Estudo da meta 3.3.1.	Necessidades implementadas.	0	2021	Percentual	100	Percentual	0	0	50	100
3.3.3	Garantir 1 (um) concurso público em vigência para todos os cargos da rede de saúde.	Concurso público em vigência.	1	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
3.3.4	Garantir 1 (um) processo seletivo em vigência para todos os cargos da SMS (inclusive para ACS's e ACE's).	Processo Seletivo em vigência.	1	2021	Número	1	Número	1	1	1	1

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.
Objetivo 3.4 - Aprimorar as Políticas de Gestão de Pessoas e de Educação Permanente em Saúde e Humanização.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.4.1	Elaborar a Política Municipal de Gestão de Pessoas/Trabalho no âmbito da SMS.	Política Elaborada.	0	2021	Número	1	Número	0	0	0	1
3.4.2	Implementar o processo de integração de novos servidores no SUS.	Processo de integração elaborado.	0	2021	Número	1	Número	0	1	0	0
3.4.3	Realizar pesquisa de clima organizacional nos serviços da SMS.	Percentual de serviço com a pesquisa aplicada.	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
3.4.4	Fortalecer o trabalho do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização.	Número anual de reuniões gerais do NEPSHU.	12	2021	Número	48	Número	12	12	12	12

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.
Objetivo 3.4 - Aprimorar as Políticas de Gestão de Pessoas e de Educação Permanente em Saúde e Humanização.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.4.5	Publicar a Política e o Plano Municipal de EPSH.	2 (dois) documentos publicados.	0	2021	Número	2	Número	0	1	1	0
3.4.6	Elaborar e Publicar anualmente calendário de EPSH.	Calendários de EPSH publicados ao ano.	0	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
3.4.7	Aperfeiçoar a integração entre Ensino e Serviço de Saúde.	Reuniões semestrais entre Gestão de EPSH e Instituições de Ensino, conveniadas.	1	2021	Número	8	Número	2	2	2	2

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.

Objetivo 3.5 - Garantir serviços adequados para a gestão plena administrativa da rede de saúde											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.5.1	Ampliar as auditorias realizadas em 80%, em relação ao resultado de 2021, de acordo com as legislações vigentes.	Proporção de ampliação do número de auditorias realizadas.	0	2021	Percentual	80	Percentual	30	50	70	80
3.5.2	Informatização dos processos administrativos do Controle, Avaliação e Auditoria.	Proporção (%) de processos informatizados entre os totais.	0	2021	Percentual	100	Percentual	50	100	100	100
3.5.3	Elaborar Normas e Rotinas para todas as Gerências da SMS conforme o organograma Oficial.	Normas e Rotinas elaboradas conforme o organograma.	0	2021	Número	17	Número	17	0	0	0
3.5.4	Ampliar Monitoramento dos contratos de gestão em 10 pontos percentuais ao ano.	Proporção (%) de contratos monitorados em relação ao total.	6,4 (63 contratos)	2021	Percentual	46,4	Percentual	16,4	26,4	36,4	46,4

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.

Objetivo 3.5 - Garantir serviços adequados para a gestão plena administrativa da rede de saúde

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.5.5	Garantir a Câmara de compensação da Programação Pactuada Integrada (PPI) com os municípios.	Câmara Mantida.	0	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
3.5.6	Designar um servidor efetivo para atuar junto ao fiscal do contrato com o Hospital São José, exercendo atividades in loco.	Servidor designado.	0	2021	Número	1	Número	1	1	1	1

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.

Objetivo 3.6 - Agilizar os processos de trabalho na SMS visando a melhoria da gestão das ações.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.6.1	Implantar Gestão eletrônica de processos governamentais na SMS.	Gestão eletrônica de processos governamentais na SMS implantado.	0	2021	Número	1	Número	0	0	0	1
3.6.2	Ampliar os registros de produção farmacêutica.	Número de registros de procedimentos realizados por farmacêuticos.	54.379	2020	Número	100.000	Número	60.000	70.000	80.000	100.000

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.

Objetivo 3.7 - Garantir a organização da atenção integral à saúde do trabalhador.											
nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.7.1	Reestruturar a política (assistência) de atenção à saúde do trabalhador, com base na política nacional.	Política elaborada e implementada.	0	2021	Número	1	Número	0	0	1	0
3.7.2	Estruturação de uma equipe técnica municipal voltada à saúde do trabalhador: Chamamento no Concurso Público de Profissionais Médicos em Medicina do Trabalho; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem e/ou Técnico Administrativo.	Número de equipes definidas.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
3.7.3	Avaliar a otimização do Sistema de Informação (já existente) ou implantar um novo sistema voltado para a Saúde do trabalhador.	Sistema implantado	0	2022	NÚMERO	1	NÚMERO	0	0	0	1

3.7.4	Estruturação de um local para a Equipe Técnica voltada à Saúde do Trabalhador.	Local	0	2022	Número	1	NÚMERO	0	0	0	1
3.7.5	Criação de um Protocolo de Regulação de Encaminhamentos dos médicos da Atenção Básica para os médicos especialistas em Medicina do Trabalho.	Criação de protocolo	0	2022	Número	1	NÚMERO	0	0	0	1

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.

Objetivo 3.8 - Garantir a atenção integral às pessoas com deficiência, através da organização da RAS.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.8.1	Criar e implantar a rede de atenção da pessoa com deficiência.	Número de rede de atenção da pessoa com deficiência criadas.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.
Objetivo 3.9 - Garantir a atenção integral às pessoas com doenças crônicas, através da organização da RAS.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.9.1	Criar e implantar a rede de atenção da pessoa com doenças crônicas.	Número de rede de atenção da pessoa com doenças crônicas criadas.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.
Objetivo 3.10 - Implementar ações para a redução do absenteísmo das consultas e exames.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.10.1	Diminuir a taxa de absenteísmo para consultas e exames de até 15%.	Taxa de absenteísmo em consultas e exames.	25	2021	Taxa	15	Taxa	25	25	20	15

Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.
Objetivo 3.11 - Fortalecer os mecanismos de Controle Social.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
3.11.1	Realizar a cada dois anos a Conferência Municipal de Saúde.	Número de Conferências realizadas.	0	2021	Número	2	Número	0	1	0	1
3.11.2	Realizar formação para Conselheiros Locais e Municipais de Saúde a cada dois anos.	Número Formações para Conselheiros realizadas.	0	2021	Número	2	Número	1	0	1	0
3.11.3	Criar comissão permanente no CMS para avaliação dos instrumentos de Gestão do SUS.	Comissão criada.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0

Diretriz 4. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio da implementação do Núcleo de Bem-Estar Animal (NBA).

Objetivo 4.1 - Diminuir a população de animais (cães e gatos) errantes.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
4.1.1	Realizar 3000 castrações ao ano.	Número de castrações realizadas ao ano a partir de 2023.	1800	2022	Número	10.800	Número	1800	3000	3000	3000

Diretriz 4. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio da implementação do Núcleo de Bem-Estar Animal (NBA).

Objetivo 4.2 - Garantir as ações preventivas e curativas de animais de rua e tutelados (renda até 3 salários-mínimos) a fim de evitar problemas de saúde à população.

nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador de Linha Base			Meta para 2025	Un. medida	2022	2023	2024	2025
			Valor	Ano	Un. Medida						
4.2.1	Implementar o núcleo de bem-estar animal na SMS.	Núcleo implantado e em funcionamento.	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
4.2.2	Implementar o serviço de Farmácia Veterinária Solidária.	Serviço implementado.	0	2022	Número	1	Número	0	1	0	0
4.2.3	Incluir no calendário da SMS o Dia Mundial dos Animais.	Data contemplada no calendário da SMS.	0	2021	Número	4	Número	1	1	1	1
4.2.4	Implementar o SAMU-VET.	Serviço implementado.	0	2021	Número	1	Número	0	1	0	0
4.2.5	Garantir ao menos 30.000 doses de Vacina V-10 para animais	Número de doses adquiridas	0	2022	número	30.000	número	0	10.000	10.000	10.000

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde.** Brasília: 2020. Disponível em: < <https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionais-de-nivel-medioe-ou-tecnico/>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. **O que é Atenção Primária?**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 14 ago 2021.

BRASIL. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017a. Disponível em: < https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 14 ago. 2021.

CAMPOS, Darlan P. de. **Map locator of Criciúma**, Santa Catarina. 2006. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:SantaCatarina_Municip_Criciuma.svg>. Acesso em: 27 nov. 2021.

CASAN. **Companhia Catarinense de Águas e Saneamento.** Sistema de Esgotamento Sanitário (SES). 2016. Disponível em: <<https://www.criciuma.sc.gov.br/pmc/webroot/upload/ckfinder/files/EIV%20CASAN.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

CRICIÚMA. Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. **Planejamento Criciúma 2050.** 2015. Disponível em: <https://www.criciuma.sc.gov.br/pmc/webroot/upload/ckfinder/files/Documento_2050_Final.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/pesquisa/19/29765?tipo=grafico&indicador=29765>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

SNIS. **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento.** 2019. Disponível em: <http://appsniis.mdr.gov.br/indicadores/web/agua_esgoto/mapa-agua>. Acesso em: 24 nov. 2021.

ANEXOS



Prefeitura de Criciúma
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Domênico Sônego, nº 542, Santa Bárbara, CEP 88.804-050
Contato: 3445-8400

Criciúma-SC, 06 de outubro de 2022.

Memorando n. 3042/2022/SMS/AJ

À Vigilância em Saúde/PAMDHA
Coordenadora Patrícia Rodrigues Oenning
Assunto: *resposta de memorando n. 047/2022*

Prezada Senhora Coordenadora,

Cumprimentando-a cordialmente, vimos por meio deste, apresentar resposta ao Memorando n. 047/2022 que trata de questionamento referente ao atendimento/acompanhamento de pacientes de outros municípios pelo Programa de Atenção Municipal às IST/HIV/Aids-PAMDHA.

Inicialmente, cabe esclarecer que a Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde, sendo um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população. A atenção integral à saúde é um direito de todos, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal, tendo cada ente suas co-responsabilidades.

À Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tem a responsabilidade de planejar, organizar, controlar, avaliar e executar as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde, observando os princípios do sistema único de saúde da **universalização**, assegurando o acesso às ações e serviços independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; a **equidade**, diminuindo as desigualdades, tratando desigualmente os desiguais e a **integralidade** disponibilizando atendimento a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Além disso, os princípios organizativos da **Regionalização e Hierarquização do SUS** disciplinam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida, sendo a regionalização um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o

Rua Domênico Sônego, 542 Bairro Santa Bárbara CEP 88804-050 Criciúma/SC Fone 3445-8724/8400
www.criciuma.sc.gov.br



Prefeitura de Criciúma
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Domênico Sônego, nº 542, Santa Bárbara, CEP 88.804-050
Contato: 3445-8400

comando unificado dos mesmos e a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Desta forma, os municípios são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território, devendo o gestor municipal aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer. Assim, quando uma comarca vizinha não tem o serviço ou profissional com a especialidade que o cidadão precisa, ele pode fazer uma parceria com outro município para que estes pacientes sejam atendidos, mas a responsabilidade no pagamento do atendimento é do município em que o paciente reside.

Entretanto, a partir do momento em que o SUS foi descentralizado, cada município recebe uma verba para gerir e cuidar da saúde dos seus munícipes vinculando cada paciente ao seu município de origem, através do Cartão SUS, pois é este que recebe a verba para os atendimentos necessários à saúde da população. Assim, se o paciente busca atendimento fora da sua localidade, o município que o acolher sem que este tenha sido Regulado por sua Secretaria de Saúde, arcará com a despesa do atendimento, mas não receberá o repasse da verba, sobrecarregando financeiramente o município na gestão da saúde.

Isto posto, em resposta ao questionamento do atendimento/acompanhamento de pacientes de outros municípios na prestação do serviço pelo Programa de Atenção Municipal às IST/HIV/Aids-PAMDHA, no âmbito do Município de Criciúma, temos a informar que o programa é integralmente financiado com recursos próprios da Secretaria Municipal de Saúde, o que impossibilita o atendimento/acompanhamento permanente e contínuo de pacientes de outros municípios.

Sendo o que tínhamos a informar, nos colocamos à inteira disposição para quaisquer outros esclarecimentos e dúvidas que se fizerem necessários.

Arleu Ronaldo da Silveira
 Secretário Municipal de Saúde


MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
 Dra. Ana Cristina Soares Flores
 Procuradora Geral do Município
 OAB/SC 18.896-B


MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
 Secretaria Municipal de Saúde
 Jamilly Fernandes Santana Bessa
 Matrícula 65999

Rua Domênico Sônego, 542 Bairro Santa Bárbara CEP 88804-050 Criciúma/SC Fone 3445-8724/8400
www.criciuma.sc.gov.br



Organograma Geral da Secretaria de Saúde de Criciúma/SC

