ESTADO DE SANTA CATARINA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PLANO DE AÇÃO REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

MACRO REGIÃO DO MEIO OESTE CATARINENSE

Junho 2013

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO - GOVERNADOR

EDUARDO PINHO MOREIRA - VICE- GOVERNADOR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DALMO CLARO DE OLIVEIRA - SECRETARIO

ACELIO CASAGRANDE - SECRETARIO ADJUNTO

SUP. DE SERVIÇOSESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

LISIANE TUON GENEROSO BITENCOURT - SUPERENTENDENTE

ANA CRISTINA BURIGO GRUMANN - COORDENAÇÃO ESTADUAL DA REDE DE URGENCIA EMERGENCIA

CARLA MARISA TIRELLO PULGA - COORDENAÇÃOGERAL DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

ELABORAÇÃO

IVANICE ANGELA PECCIN

DIANA RITA CAMPANHOLO

SHALAKO RODRIGUEZ TORRICO

CLECITERESINHA LUCINI

LUIZ MARTINHO AVILA

TATIANE SHIMANKO BUGS

ALESSANDRO VERNIZE

SILMARA TOBALDINI PEREIRA DA COSTA

DANIELA DEPARIS

SUMARIO

I – INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção a Saúde são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção, e constituem-se em três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. A rede de urgência e emergência tem a finalidade de integrar e articular todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

A implantação das redes de atenção à saúde, para provocar uma mudança radical no SUS, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e as agudas e os eventos agudos decorrentes de agudizações das condições crônicas. O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado.

A estruturação da rede de atenção ás urgência e ás emergências integrando os serviços em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O sistema de classificação de riscos é potente ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação na rede, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços.

Um modelo de atenção á saúde, que tenha uma atenção primaria resolutiva, levando-se em consideração as estratégias de prevenção e promoção da saúde em todos os níveis de complexidade da rede, conjugando a uma politica de atenção as urgências baseada na conformação de uma rede de cuidados, funcionando de forma integrada, se consolida uma nova estrutura para o enfretamento da situação atual.

Redes em essência correspondem á articulação entre serviços e sistemas de saúde, e as relações entre atores que atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da rede. Os usuários do SUS “caminham” nestas redes para buscar atenção a sua saúde, e dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas.

Com base na situação de saúde do estado, com elevada morbimortalidade por causas externas e por doenças crônicas, definiu-se como estratégia para o enfrentamento deste problema, a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em todas as regiões de saúde conforme as portarias/MS preconizam, estabelecendo uma atenção integrada com encaminhamento correto dos pacientes, considerando a unidade adequada para cada caso e que promova a assistência mais eficaz no menor tempo possível.

Para que todas as portas de entrada da Rede de Urgências e Emergências atuem adequadamente é essencial uma estrutura de atendimento e processo de classificação de risco em todas as unidades de saúde. Há necessidade de novo desenho do fluxo de encaminhamento após a classificação de risco, atribuindo tempos de espera para atendimento médico, definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída, avaliando a necessidade de estrutura física do atendimento, modificando os fluxos e processos de trabalho e mensurando os resultados obtidos.

Como proposta de organização da Rede de Urgência e Emergência para macro região, o pressuposto fundamental é garantir que em todas as regiões a população tenha acesso a um dos pontos de atenção da rede, seja este um ponto de atenção fixo (unidade de atenção primária á saúde, unidade de pronto atendimento, pronto socorro), ou móvel (SAMU), na menor distância e tempo possíveis.

Estudos mostram que a regionalização da resposta ao trauma, é o maior fator de redução de mortalidade: redução de 50% de mortalidade em alguns estudos. Sistemas “maduros” reduzem em 15% a 20% a mortalidade em relação a sistemas incipientes. (WHO, 2004).

Para isso, a organização de um sistema de reposta se baseia em algumas premissas: gravidade, tempo de resposta, concentração de recursos (escala) e descentralização de transporte e um potente sistema de regulação assistencial que permitirá a gestão de casos e o encaminhamento dos pacientes para o ponto de atenção mais adequado de acordo com as suas necessidades.

Diante disto, como deve ser a rede de urgência e emergência da macrorregião quanto às necessidades de serviços de saúde? Sendo que temos um sistema único e público de atenção à saúde que deveria atender toda a população em sua integralidade.

Para organizar esta rede buscamos saber o perfil epidemiológico, a capacidade hospitalar instalada, a cobertura da atenção básica através das ESF e Unidades de Saúde, o SAMU e seu complexo regulador, os NASFs, os Caps, os CEOs e os serviços de pronto atendimento 24 horas, sendo estas as portas de entrada, se constituem os serviços de atendimento integral a saúde e de onde elas originaram a rede de urgência e emergência da macro região meio oeste.

II – OBJETIVOS

2.1 – Geral

Implantar a Rede de Urgência e Emergência na Macro Região do Meio Oeste Catarinense

2.2 – Específicos

- Ampliar a atenção primaria em saúde (ESF), como ordenadora do sistema das redes de atenção, que possam minimizar as necessidades de atendimentos de urgências e emergências.

- Organizar o fluxo de acesso nos serviços de urgência e emergência, modificando os processos de trabalho e mensurando os resultados obtidos.

- Regular no menor tempo possível, com base nos sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação.

- Controlar e acompanhar os pontos de atenção secundários ambulatorias (UPAS e salas estabilização) leitos hospitalares e o sistema de transporte.

- Estabelecer as competências de cada ponto de atenção às urgências;

- Implantar um programa de capacitação permanente dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e demais profissionais envolvidos) que atuam nos serviços de urgência e emergência da macro região.

III – HISTÓRICO

O Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram um documento tripartite como forma de aperfeiçoar o projeto de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde para reduzir a segmentação entre serviços e a fragmentação do cuidado à saúde.

Para isso o caminho apontado deverá ser a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país. Estas são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MS, 2010a).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção tendo como o centro de comunicação a Atenção Primária em Saúde (APS); pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização com a atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010a).

Buscando a consecução deste objetivo estratégico fundamental para a Secretaria de Atenção à Saúde, qual seja a indução à implementação das RAS no SUS, o Ministério da Saúde definiu como compromissos prioritários de governo a organização das Redes Materno-Infantil (Rede Cegonha), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede de Atenção Psico-Social com ênfase no enfrentamento do crack e outras drogas.

Para isso, será necessária a decisão política do conjunto dos gestores do SUS para estímulo à organização e implementação das RAS, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança.

Desta forma, considerando o imperativo de prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e

emergências, o Ministério da Saúde propõe uma reformulação da política no sentido de se trabalhar e estimular a constituição das Redes de Atenção à Urgência e Emergência-RUE nas regiões de saúde do pais.

A atenção as urgências trata-se de tema complexo, que não deve ser tratado de forma pontual e por um único tipo de serviço. Desse modo no âmbito do SUS, as urgências devem ser abordadas a partir da constituição de uma Rede de Atenção, que atravesse os diversos níveis de complexidade do sistema, além de compor vários serviços diferentes, organizados a partir das necessidades dos usuários.

Desse modo, integram a Rede de Atenção ás Urgencias desde salas de observação, funcionando na atenção primaria á saúde até os leitos de retaguarda nos hospitais, passando pela organização do SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e similares e a proposta de Atenção Domiciliar.

Dentro desta compreensão a proposta da RUE incorpora diversos componentes para sua constituição: a promoção e prevenção; a atenção primária em saúde através das suas unidades básicas, ESFs; o SAMU e seus complexos reguladores; as UPAs e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; as portas de entrada hospitalares de urgência; as enfermarias de retaguarda aos atendimentos de urgências (leitos clínicos resolutivos, unidades de cuidado intensivo, leitos crônicos, etc) e algumas inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e trauma); e o programa de atenção domiciliar. Todas estas portas tendo como norte a ser seguido: a proposta do **acolhimento com classificação do risco, qualidade e resolutividade na atenção.**

Estes diversos componentes têm interfaces entre si e são transversalizados por algumas vertentes consideradas fundamentais para garantir a integração e integralidade da atenção nesta rede, são elas: a promoção e prevenção enquanto eixos que devem atravessar todos os componentes; a qualificação profissional para dar conta da complexidade dos problemas apresentados na rede; e a informação e a regulação como eixos estruturantes da RUE.

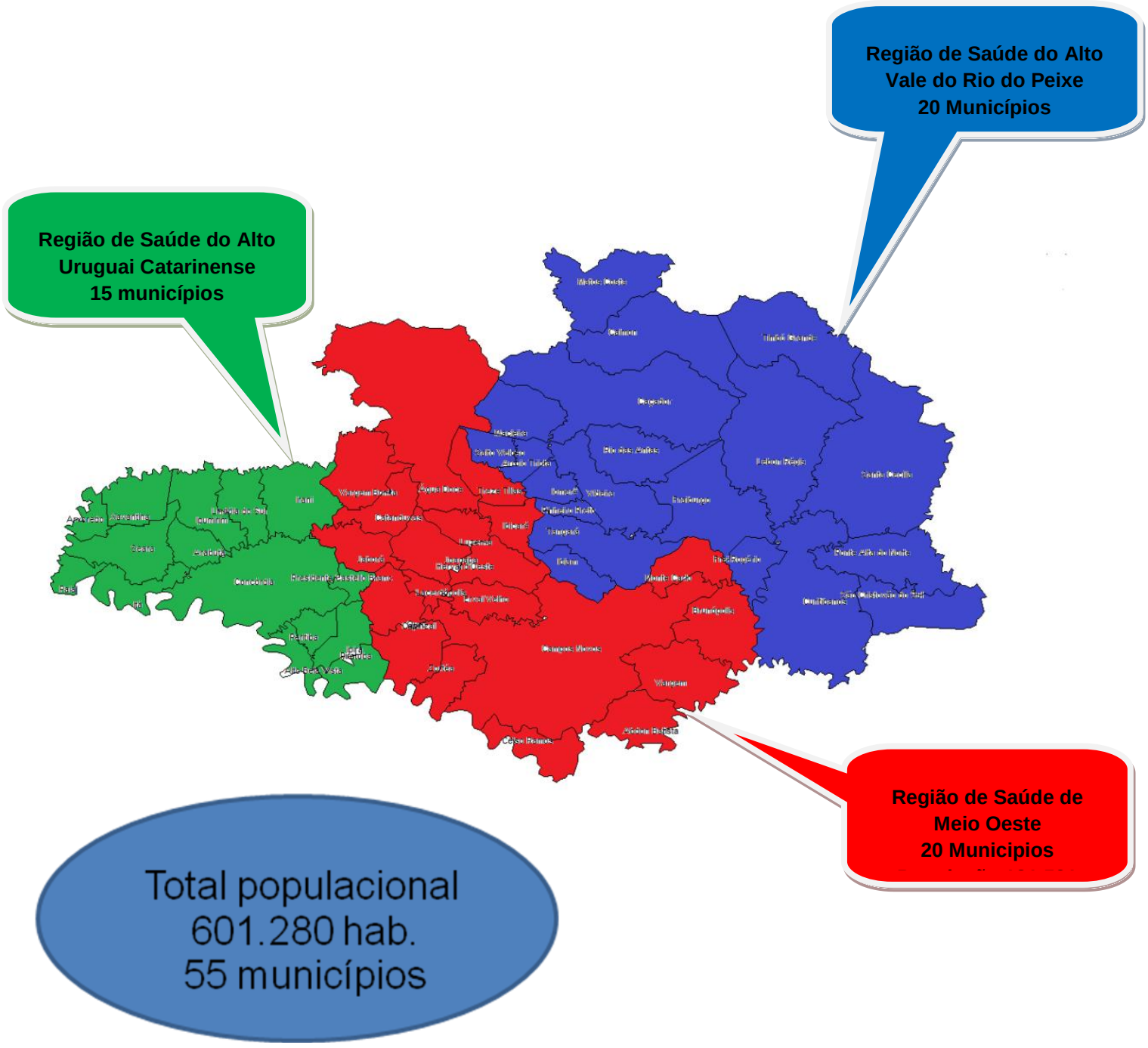
No estado de Santa Catarina a primeira reunião com o Ministério da Saúde ocorreu em setembro de 2007, quando o Diretor de Articulação das Redes de Atenção à Saúde - DARAS, apresentou a proposta de formação de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde e orientou sobre a elaboração de projeto para o estado.

O processo de organização das Redes de Atenção à Saúde em Santa Catarina teve início no município de Joinville em 2007, região norte.
A Macro região meio Oeste, em 2013 começa a articular-se para construir A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS da região.

IV – ANALISE SITUACIONAL DA REGIÃO

4.1 – MACRORREGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE

A Macrorregião de Saúde do Meio Oeste é composta por 03 (três) Regiões de Saúde com uma população de referência de 601.280 (IBGE 2012)



4.1.1. Região de Saúde do Meio Oeste

A região é composta por 20 (vinte) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 181.521 habitantes (IBGE/ 2010).

Município	População
Abdon Batista	2.635
Água Doce	6.979
Brunópolis	2.778
Campos Novos	33.313
Capinzal	21.064
Catanduvas	9.746
Celso Ramos	2.760
Erval Velho	4.365
Herval d'Oeste	21.420
Ibicaré	3.341
Jaborá	4.018
Joaçaba	27.467
Lacerdópolis	2.203
Luzerna	5.605
Monte Carlo	9.381
Ouro	7.348
Treze Tílias	6.568
Vargem	2.746
Vargem Bonita	4.738
Zortéa	3.046

4.1.2. Região de Saúde do Alto Vale Uruguai

A região é composta por 15 (quinze) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 142.634 habitantes (IBGE/2010).

Município	População
Alto Bela Vista	1.991
Arabutã	4.198
Arvoredo	2254
Concórdia	69.462
Ipira	4.699
Ipumirim	7.268
Irani	9.656
Itá	6.375
Lindóia do Sul	4.622
Paial	1.720
Peritiba	2.952
Piratuba	4.632
Presidente Castello Branco	1.697
Seara	17.005
Xavantina	4.103

4.1.3. Região de Saúde do Alto Vale do Rio Do Peixe

A Região é composta por 20 (vinte) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 277.128 habitantes (IBGE/2010).

Município	População
Arroio Trinta	3.504
Caçador	71.886
Calmon	3.375
Curitibanos	38.003
Fraiburgo	34.796
Frei Rogério	2.399
Ibiam	1.944
Iomerê	2.768
Lebon Régis	11.862
Macieira	1.815
Matos Costa	2.784
Pinheiro Preto	3.190
Ponte Alta do Norte	3.316
Rio das Antas	6.146
Salto Veloso	4.361
Santa Cecília	15.902
São Cristovão do Sul	5.089
Tangará	8.653
Timbó Grande	7.268
Videira	48.064

V – PERFIL EPIDEMIOLOGICO

Para organizar uma rede que atenda os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência/emergência é necessário olhar e considerar o perfil epidemiológico na nossa região. A população na macrorregião se distribui como 299.897 do sexo masculino e 301.383 são do sexo feminino, distribuídos nas faixas etárias conforme quadro abaixo.

Faixa Etária	Meio Oeste
10 a 14 anos	53.777
15 a 19 anos	53.077
20 a 29 anos	100.575
30 a 39 anos	90.564
40 a 49 anos	86.298
50 a 59 anos	62.694
60 a 69 anos	39.279
70 a 79 anos	20.724
80 anos e mais	8.170
Total	601.280

A maior causa de mortalidade geral como vemos no tabela abaixo são doenças do aparelho circulatório, vindo em segundo lugar neoplasias e terceiro lugar doenças do aparelho respiratório e quarto lugar as causas externas.

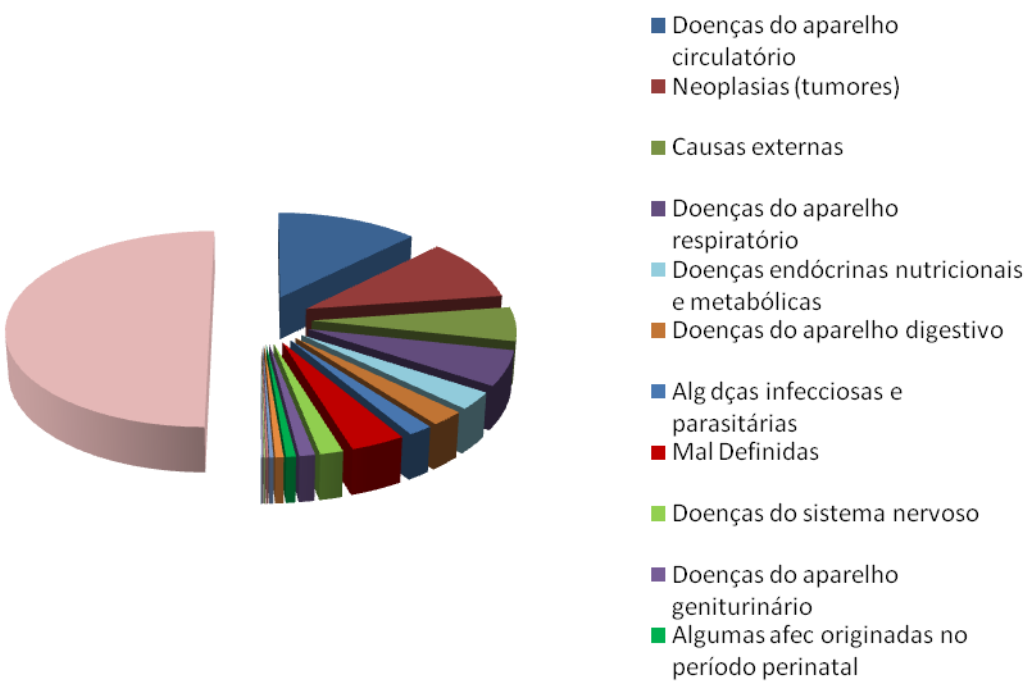
Mortalidade Geral-Meio Oeste(%)

Causas Gerais (%)	Meio Oeste
Doenças do aparelho circulatório	25,23
Neoplasias (tumores)	20,31
Causas externas	11,22
Doenças do aparelho respiratório	11,61
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,82
Doenças do aparelho digestivo	4,86
Alg dças infecciosas e parasitárias	3,55
Mal Definidas	7,80
Doenças do sistema nervoso	3,33
Doenças do aparelho geniturinário	2,24
Algumas afec originadas no período perinatal	1,38
Transtornos mentais e comportamentais	1,18

Anomalias congênitas	0,58
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,35
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,26
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,22
Gravidez parto e puerpério	0,06
Doenças do olho e anexos	0,00
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,00
Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,00
Total	100,00

Fonte: SIM/ MS

Principais causas de morte na Macrorregião do Meio Oeste



No Brasil e nossa região as causas externas (que incluem os acidentes e violências) são responsáveis pela 4º causa de morte na população geral e 1ª causa de morte na faixa etária entre 1 a 39 anos (BRASIL,2010b). Outro dado relevante em relação aos acidentes de trânsito refere-se ao aumento crescente e progressivo da taxa de acidentes envolvendo motociclistas em todo o pais.

Mortalidade por Causas Externas na macro região Meio Oeste (%)

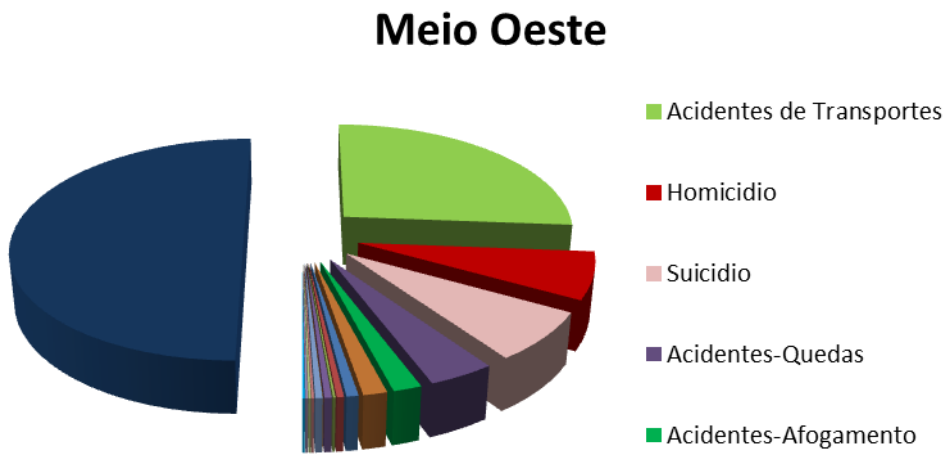
Causas Externas	Meio Oeste
Acidentes de Transportes	52,42
Homicidio	13,68
Suicidio	14,25

Acidentes-Quedas	7,98
Acidentes-Afogamento	3,42
Acidentes-exposição a forças inanimadas	2,85
Eventos cuja intenção é indeterminada	1,42
Acidentes-exposição a corrente elétrica	0,85
Acidentes-riscos a respiração	0,28
Acidentes-exposição ao fogo e às chamas	0,85
Demais causas externas	0,00
Acidentes-Envenenamento	0,00
Acidentes-Outros	0,85
Complicações de assistência médica e cirúrgica	0,28
Intervenções Legais e operações de guerra	0,28
Acidentes- Não especificados	0,28
Acidentes-Contato com animais e plantas venenosas	0,28
Total	100,00

Fonte: SIM/MS

Principais causas externas da mortalidade na macrorregião Meio Oeste

Apresentamos abaixo o quadro das principais causas de internações hospitalares no ano de 2012 na Macro Região do Meio Oeste Catarinense. Podemos perceber que o aparelho respiratório ficam como a primeira causa de internação e doenças do aparelho digestivo seguem como segunda causa.



Principais causas de Internação em 2012 no Meio Oeste Catarinense

Principais Causas de Internação	Meio Oeste
X. Doenças do aparelho respiratório	6.692
XI. Doenças do aparelho digestivo	3.946
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3.439
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.201
II. Neoplasias (tumores)	2.195

Fonte : SIH

Observando os dados demonstrados acima as doenças do aparelho circulatório ainda são a primeira causa de morte e terceira causa de internação na Macrorregião do Meio Oeste. Dentre elas, destacamos o Infarto Agudo do Miocárdio, nun total de 494 casos com angina e 287 sem angina. Vale ressaltar que na região não há hospital em alta complexidade em Cardilologia sendo os pacientes encaminhados na Região Oeste.

Número de IAM com angina na macrorregião do Meio Oeste no ano de 2012

Diag CID10 (categ)	Meio Oeste
I20 Angina pectoris	207
I21 Infarto agudo do miocardio	239
I22 Infarto do miocardio recorrente	5
I24 Outr doenc isquemicas agudas do coracao	31
I25 Doenc isquemica cronica do coracao	12
Total	494

Fonte: SIH

IAM sem angina na macrorregião do meio Oeste em 2012

Diag CID10 (categ) - ANO 2012	Meio Oeste
I21 Infarto agudo do miocardio	239
I22 Infarto do miocardio recorrente	5
I24 Outr doenc isquemicas agudas do coracao	31
I25 Doenc isquemica cronica do coracao	12
Total	287

Fonte: SIH/MS

Em relação ao esta patologia (IAM) destacamos a importância da Atenção Básica na prevenção de doenças do aparelho circulatório. Ações preventivas, juntamente com a promoção da saúde para a população, devendo haver uma verdadeira diminuição nestes índices.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

O acidente vascular encefálico se caracteriza pela instalação de um déficit neurológico focal, repentino e não convulsivo, determinado por uma lesão cerebral, secundária a um mecanismo vascular e não traumático. Podemos encontrar, consequentemente, AVEs secundários a embolia arterial e processos de trombose arterial e/ou venosa, causando, assim, isquemia e/ou hemorragia cerebral.

Classificação dos AVEs

Podemos classificar o AVE em dois tipos: isquêmico e hemorrágico.

a) Acidente vascular cerebral isquêmico (AVEI): pode ser causado por embolia ou trombose arterial e subdividimos de acordo com a duração do déficit em:

· Ataque isquêmico transitório (AIT): apresenta quadro agudo com perda de função de uma região encefálica ou retiniana, regredindo em menos de 24 horas, atribuindo a suprimento sangüíneo inadequado em território carotídeo ou vertebrobasilar;

· Déficit neurológico isquêmico reversível: ocorre quando a reversão do quadro neurológico se dá em tempo superior a 24 horas e inferior a três semanas;

· AVE em progressão: este se dá quando o déficit focal piora ou melhora, em um determinado período de tempo. Por isso, nestes casos, torna-se necessária uma reavaliação periódica do paciente em 30 a 60 minutos;

· Infarto cerebral ou AVE completo: ocorre quando o déficit neurológico persistir por mais de três semanas.

b) Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH):

·Hemorragia intracerebral: corresponde a presença de lesão intraparenquimatosa, (hematoma) levando a sinais e sintomas neurológicos secundários;

·Hemorragia subaracnóidea: neste caso não observamos sinais de sofrimento cerebral intraparenquimatoso, somente se houver complicações posteriores.

AVC 2011/2012 SEM AIT MEIO OESTE

Diag CID10 (categ) 2011	ANO 2011	ANO 2012
G46 Sindr vasc cerebr q ocorr doenc cerebrovasc	13	28
G81 Hemiplegia	0	0
G82 Paraplegia e tetraplegia	0	0
I63 Infarto cerebral	33	32
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	372	325
I65 Oclus/esten art pre-cereb q n res inf cereb	0	0
I66 Oclusao/estenose art cereb q n res inf cereb	0	0
I67 Outr doenc cerebrovasculares	12	8
I68 Transt cerebrovasculares em doenc COP	0	0
Total	430	393
Fonte: SIH/MS		

AVC 2011 /2012 COM AIT MEIO OESTE

Diag CID10 (categ) 2011	ANO 2011	ANO 2012
G45 Acid vasc cerebr isquemicos trans sindr corr	226	224
G46 Sindr vasc cerebr q ocorr doenc cerebrovasc	13	28
G81 Hemiplegia	0	0
G82 Paraplegia e tetraplegia	0	0
I63 Infarto cerebral	33	32
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquêmico	372	325
I65 Oclus/esten art pre-cereb q n res inf cereb	0	0
I66 Oclusao/estenose art cereb q n res inf cereb	0	0
I67 Outr doenc cerebrovasculares	12	8
I68 Transt cerebrovasculares em doenc COP	0	0

Total	656	617

Fonte: SIH/MS

A partir dos dados apresentados, foi possível conhecer, de maneira abrangente, o perfil epidemiológico da macro região,sendo que se destaca nas causas gerais como principais motivos de óbitos as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e causas externas destacando os acidentes de transito.

De maneira geral, estes resultados esboçam uma necessidade de criar melhores condições para fundamentar a prática do planejamento em informações epidemiológicas dos serviços de saúde que traz consequências futuras para a formulação de políticas de saúde.

De maneira geral este resultados esboçam uma necessidade de se implementar as ações de vigilância epidemiológica com analise periódica dos indicadores de saúde para uma redefinição de estratégias e definição de novas ações.

VI – ATENÇÃO BASICA

Na reorganização das práticas de saúde, no nível local, na perspectiva da integralidade da atenção é inevitável a identificação dos problemas de saúde da população. Equacionar a oferta de serviços, baseada numa analise técnica da situação.

Entendendo a Atenção Básica como ordenadora do sistema, a sua capacidade instalada bem como as ações realizadas são muito importântes para a execução do trabalho em rede. O Estado de Santa Catarina entende a Estratégia de Saúde da Família- ESF- como substitutiva ao modelo de atenção convencional e vem, desde 1994 apoiando a reordenação do modelo.

Apresentamos a seguir uma breve análise da capacidade instalada da Atenção Básica na Macrorregião Meio Oeste, contendo a Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, adesão ao PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e UBS (Unidades Básicas de Saúde).

A Macrorregião de Meio Oeste atende um total de 55 municípios, com população de 601.283 mil habitantes e a cobertura populacional da Atenção Básica é de 68,88%. Para a Região de Saúde do Meio Oeste a cobertura é de 88,92%, desta podemos destacar os municípios de Capinzal e Ouro que não atingem cobertura de 50% em Estrégia Saúde da Familia, em seus municípios. Na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense a cobertura perfaz um total de 74;37%, sendo o município de Concórdia com apenas 49,97% de cobertura de Estratégia Saúde da Familia e Lindóia do Sul com 74,48% e Arabutã com 82,22% os demais municipos possuem uma cobertura de 100%. Na Região do Alto Vale do Rio do Peixe a cobertura é de 52,92%, tendo três Municípios com cobertura abaixo de 50%, sendo eles Videira com 36,23, Caçador 24,18% e Curitibanos 36,43, destacando também Fraiburgo e Santa Cecília com cobertura de 59,69% e 65,38% respectivamente. Abaixo as figuras 1, 2 e 3 descrevem melhor a capacidade instalada da Atenção Básica, NASF, ACS e PMAC das regiões respectivas.

Ressaltamos que os munícipios que possuem baixa cobertura na Atenção Básica se comprometem reestruturar aumentando a cobertura de atendimento pela Estratégia

Saúde da Família, havendo por parte das gerencias de saúde regionais de saúde uma maior cobrança sobre este aspecto. Também é necessário criar um fluxo de acesso de referencia e contra referencia, utilizando a classificação de risco para os atendimentos na Atenção Básica, referenciando os casos necessários aos Hospitais de porta de entrada ou salas de estabilização, melhorando assim o acesso a população aos serviços de saúde.

Em relação à Atenção Básica em Saúde Bucal a Macrorregião apresenta 109 Equipes de Saúde Bucal, sendo 108 do Tipo I e 1 do Tipo II, com uma cobertura populacional de saúde bucal estimada de 55,93%, com uma população coberta estimada em 334.904 habitantes. A Atenção Especializada em Saúde Bucal é realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas dos municípios de Videira, Caçador e Concórdia que possuem CEO mod I.

No Programa de melhoria de Acesso da Qualidade da Atenção Básica PMAQ/AB teve 100% de adesão no ano de 2013, sendo cadastradas 141 Unidades da estratégia Saúde da Família.

No que diz respeito aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, formam um total de 26 equipes, apenas 01 NASF-SC, 23 equipes NASF-Mod II, e 02 NASF-MS.

Possuimos 11 unidades de CAPS que estão localizados nos municípios de Joaçaba, Herval D'oeste, Água Doce, Capinzal, Concórdia, Curitibanos, Campos Novos, Videira com CAPS I, Caçador com CAPS II e CAPS AD. Em Seara CAPS I microrregional aguardando projeto e documentação para solicitar incentivo ainda em fase de implantação.

Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, PMAC da Região Meio Oeste

Capacidade instalada para Atenção Básica: Equipes de Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), NASFSC (Núcleo de Apoio a Saúde da Família Santa Catarina), NASF. com recursos federais de e AMQ (Avaliação para Melhoria Qualidade). Santa Catarina, 2013. (Base de dados da competência Janeiro 2013)												
MACRO	Região de Saúde	MUNICÍPIO	SDR	População DAB 2012	Cobertura pop. estimada SF (Jan.13)	Nº equipes SF (Jan. 13)	Equipes certificadas pelo PMAQ	Nº ACS (Nov.12)	NASF SC Mod I	NASF SC Mod II	NASF / MS Tipo I	NASF / MS Tipo II
	Região de Saúde do Meio Oeste	Abdon Batista	8ª SDR - Campos N	2.644	100,00%	1	SIM	7	--	--	--	--
		Água Doce	7ª SDR - Joaçaba	6.971	98,98%	2	SIM	17	--	1	--	--
		Brunópolis	8ª SDR - Campos N	2.814	100,00%	1	SIM	9	--	1	--	--
		Campos Novos	8ª SDR - Campos N	33.073	83,45%	8	SIM	58	--	--	--	--
		Capinzal	7ª SDR - Joaçaba	20.919	49,48%	3	NÃO	30	--	--	--	--
		Catanduvas	7ª SDR - Joaçaba	9.653	100,00%	3	SIM	20	1	--	--	--
		Celso Ramos	8ª SDR - Campos N	2.766	100,00%	1	SIM	7	--	1	--	--
		Erval Velho	7ª SDR - Joaçaba	4.359	100,00%	2	SIM	10	--	--	--	--
		Herval d'Oeste	7ª SDR - Joaçaba	21.331	100,00%	8	SIM	35	--	--	--	--
		Ibicaré	7ª SDR - Joaçaba	3.357	100,00%	1	SIM	7	--	--	--	--
		Jaborá	7ª SDR - Joaçaba	4.030	100,00%	2	SIM	10	--	1	--	--
		Joaçaba	7ª SDR - Joaçaba	27.247	100,00%	8	SIM	55	--	--	--	--
		Lacerdópolis	7ª SDR - Joaçaba	2.201	100,00%	1	SIM	4	--	--	--	--
		Luzerna	7ª SDR - Joaçaba	5.603	100,00%	2	SIM	12	--	1	--	--
		Monte Carlo	8ª SDR - Campos N	9.347	100,00%	4	SIM	24	--	--	--	--
		Ouro	7ª SDR - Joaçaba	7.360	46,88%	1	SIM	0	--	--	--	--
		Treze Tílias	7ª SDR - Joaçaba	6.457	100,00%	2	SIM	16	--	1	--	--
		Vargem	8ª SDR - Campos N	2.776	100,00%	1	SIM	9	--	1	--	--
		Vargem Bonita	7ª SDR - Joaçaba	4.765	100,00%	2	SIM	13	--	--	--	--
		Zortéa	8ª SDR - Campos N	3.019	100,00%	1	SIM	6	--	1	--	--
	TOTAL DA REGIÃO DE SAÚDE DO MEIO OESTE			180.692	88,92%	54	0	349	1	8	0	0

Fonte: IBGE, GEABS – SES – SC, CNES, FNS

Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, PMAC da Região do Alto Vale Uruguai

Capacidade instalada para Atenção Básica: Equipes de Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), NASFSC (Núcleo de Apoio a Saúde da Família Santa Catarina), NASF. com recursos federais de e AMQ (Avaliação para Melhoria Qualidade). Santa Catarina, 2013. (Base de dados da competência Janeiro 2013)

MACRO	Região de Saúde	MUNICÍPIO	SDR	População DAB 2012	Cobertura pop. estimada SF (Jan.13)	Nº equipes SF (Jan. 13)	Equipes certificadas pelo PMAQ	Nº ACS (Nov.12)	NASF SC Mod I	NASF SC Mod II	NASF / MS Tipo I	NASF / MS Tipo
	Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense	Alto Bela Vista	6ª SDR - Concórd	1.998	100,00%	1	SIM	5	--	1	--	--
		Arabutã	33ª SDR - Seara	4.196	82,22%	1	SIM	10	--	--	--	--
		Arvoredo	33ª SDR - Seara	2.257	100,00%	1	SIM	6	--	1	--	--
		Concórdia	6ª SDR - Concórd	69.048	57%	11	SIM	62	--	--	--	--
		Ipira	6ª SDR - Concórd	4.725	100,00%	2	SIM	13	--	1	--	--
		Ipumirim	33ª SDR - Seara	7.245	100,00%	3	SIM	16	--	1	--	--
		Irani	6ª SDR - Concórd	9.595	100,00%	5	SIM	24	--	--	--	1
		Itá	33ª SDR - Seara	6.401	100,00%	3	NÃO	17	--	1	--	--
		Lindóia do Sul	33ª SDR - Seara	4.632	74,48%	1	SIM	10	--	--	--	--
		Paial	33ª SDR - Seara	1.741	100,00%	1	SIM	5	--	1	--	--
		Peritiba	6ª SDR - Concórd	2.970	100,00%	1	SIM	7	--	1	--	--
		Piratuba	6ª SDR - Concórd	4.708	100,00%	2	SIM	13	--	1	--	--
		Presidente Castelo Branc	6ª SDR - Concórd	1.711	100,00%	1	SIM	4	--	--	--	--
		Seara	33ª SDR - Seara	16.971	100,00%	5	SIM	43	--	--	--	1
		Xavantina	33ª SDR - Seara	4.122	100,00%	2	SIM	11	--	1	--	--
	TOTAL DA REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO URUGUAI			142.320	80,98	40	0	246	0	9	0	2

Fonte: IBGE, GEABS – SES – SC, CNES, FNS

Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, PMAC do Alto Vale do Rio do Peixe

Capacidade instalada para Atenção Básica: Equipes de Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), NASFSC (Núcleo de Apoio a Saúde da Família Santa Catarina), NASF. com recursos federais de e AMQ (Avaliação para Melhoria Qualidade). Santa Catarina, 2013. (Base de dados da competência Janeiro 2013)												
MACRO	Região de Saúde	MUNICÍPIO	SDR	População DAB 2012	Cobertura pop. estimada SF	Nº equipes SF	Equipes certificadas	Nº ACS (Nov.12	NASF SC Mo	NASF SC Mo	NASF / MS	NASF / MS
	Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe	Arroio Trinta	9º SDR - Videira	3.503	98,49%	1	SIM	8	--	1	--	--
		Caçador	10º SDR - Caçador	71.334	24,18%	5	SIM	87	--	--	--	--
		Calmon	10º SDR - Caçador	3.381	100,00%	2	SIM	9	--	--	--	--
		Curitibanos	11º SDR - Curitibanos	37.878	36,43%	4	SIM	62	--	--	--	--
		Fraiburgo	9º SDR - Videira	34.677	59,69%	6	SIM	53	--	--	--	--
		Frei Rogério	11º SDR - Curitibanos	2.436	100,00%	1	SIM	8	--	--	--	--
		Ibiam	8º SDR - Campos Nov	1.945	100,00%	1	NÃO	4	--	--	--	--
		Iomerê	9º SDR - Videira	2.754	100,00%	2	SIM	7	--	1	--	--
		Lebon Régis	10º SDR - Caçador	11.850	100,00%	4	SIM	18	--	--	--	--
		Macieira	10º SDR - Caçador	1.821	100,00%	1	SIM	5	--	1	--	--
		Matos Costa	10º SDR - Caçador	2.811	100,00%	1	SIM	10	--	--	--	--
		Pinheiro Preto	9º SDR - Videira	3.180	100,00%	1	SIM	7	--	--	--	--
		Ponte Alta do Norte	11º SDR - Curitibanos	3.310	100,00%	1	SIM	7	--	--	--	--
		Rio das Antas	10º SDR - Caçador	6.145	100,00%	2	SIM	15	--	1	--	--
		Salto Veloso	9º SDR - Videira	4.332	100,00%	2	SIM	9	--	1	--	--
		Santa Cecília	11º SDR - Curitibanos	15.831	65,38%	3	SIM	18	--	--	--	--
		São Cristovão do Su	11º SDR - Curitibanos	5.051	100,00%	2	NÃO	11	--	--	--	--
		Tangará	9º SDR - Videira	8.668	79,60%	2	SIM	21	--	--	--	--
		Timbó Grande	10º SDR - Caçador	7.219	100,00%	3	SIM	20	--	1	--	--
		Videira	9º SDR - Videira	47.618	36,23%	5	SIM	40	--	--	--	--
	TOTAL DA REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO			275.744	52,92%	49	0	419	0	6	0	0
TOTAL DA MACROREGIÃO DO MEIO OESTE				598.756	68,88%	141	0	###	1	23	0	2

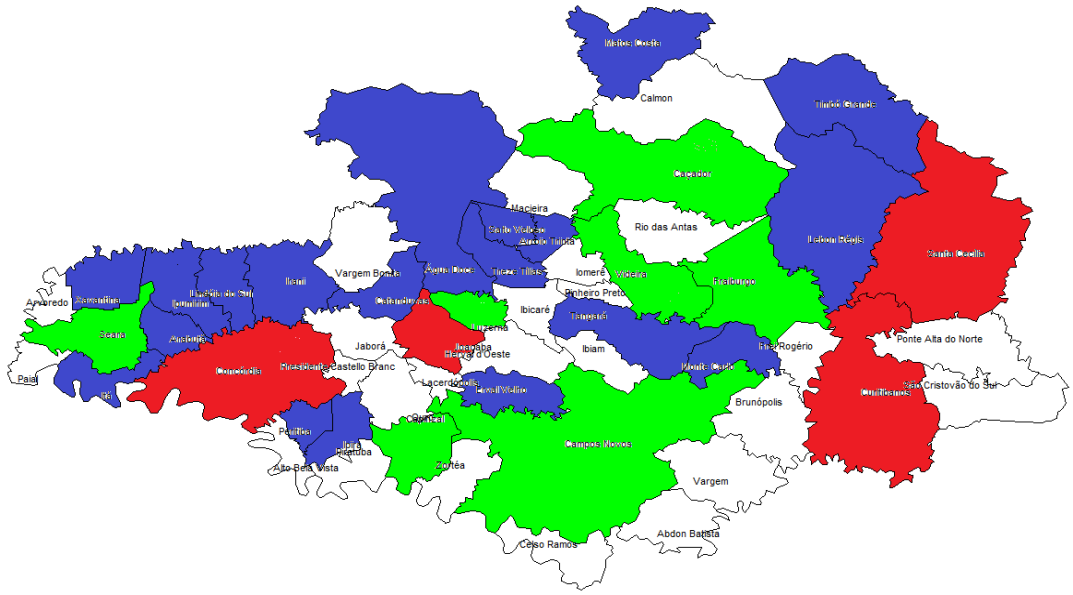
Fonte: IBGE, GEABS – SES – SC, CNES, FNS

VII – ATENÇÃO HOSPITAL E URGÊNCIAS

A Macrorregião do Meio Oeste é composta por 32 (trinta e dois) Unidades Hospitalares, sendo que 05 Hospitais configuram-se como Hospitais de urgência e emergência, e serviços de media e alta complexidade sendo: Hospital Universitário Santa Teresinha em Joaçaba, Hospital São Francisco em Concórdia, Hospital Divino Salvatoriano Divino Salvador em Videira e Hospital Hélio Anjos Ortiz em Curitibanos. Estes são especializados com urgências e emergências 24 horas são referencia para uma região.

Na Macrorregião os hospitais ou unidades que possuem pronto atendimento com médico e equipe de enfermagem presencial 24 horas, são Campos Novos, Capinzal, Monte Carlo, Fraiburgo, Seara, Peritiba, Irani, Salto Veloso, Timbó grande, Rio das Antas. Os demais hospitais recebem pacientes oriundos da atenção básica para internações clinicas de media complexidade. Elencamos abaixo um mapa que demonstra qual a localização dos Hospitais relacionados ao número de leitos.

Localização dos Hospitais em relação ao número de leitos existentes



Legenda

Hospitais mais 100 leitos	
Hospitais 50 a 100	
Hospitais menos 50	

Descrição dos hospitais e o número de leitos existentes conforme Unidade Hospitalar

Região	HOSPITAL	MUNICÍPIO	PORTE	Leito Ñ SUS	Leito SUS	Total
AVRP	HOSPITAL MAICE	Caçador	III	28	79	107
MO	FUNDACAO HOSPITALAR DR JOSE ATHANASIO	Campos Novos	II	10	80	90
MO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	Capinzal	I	4	49	53
AVU	HOSPITAL SAO FRANCISCO	Concórdia	III	74	129	203
AVRP	HOSPITAL HELIO ANJOS ORTIZ	Curitibanos	III	37	107	144
AVU	HOSPITAL SAO JORGE LTDA	Irani	I	6	51	57
MO	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA	Joaçaba	III	36	67	103
MO	HOSPITAL SAO ROQUE	Luzerna	I	15	66	81
AVRP	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CECILIA	Santa Cecília	I	8	79	122
AVRP	HOSPITAL SALVATORIANO DIVINO SALVADOR	Videira	II	34	58	92
AVRP	FUNDACAO HOSPITALAR MUNICIPAL MOISES DIAS	Timbó Grande	I	-	9	9
AVU	UNIDADE MISTA DE SAUDE ARY GIOMBELLI	Ipumirim	I	-	10	11
AVRP	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOAO BATISTA	Matos Costa	I	-	12	12
MO	UNIDADE MISTA DE SAUDE NOSSA SENHORA DE SALETE	Monte Carlo	I	-	16	16
AVRP	FUNDACAO MEDICA SOCIAL RURAL SALTO VELOSO	Salto Veloso	I	2	14	16
AVRP	HOSPITAL SAO ROQUE	Arroio Trinta	I	7	11	18
MO	HOSPITAL TREZE TILIAS	Treze Tílias	I	2	17	19

MO	**HOSPITAL SAO JOSE**	**Capinzal**	**I**	**5**	**16**	**21**
AVRP	**HOSPITAL MUNICIPAL FREI ROGERIO**	**Tangará**	**I**	**3**	**20**	**23**
AVU	**HOSPITAL SAO LUCAS**	**Xavantina**	**I**	**7**	**16**	**23**
AVU	**HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA**	**Lindóia do Sul**	**I**	**6**	**18**	**24**
AVU	**HOSPITAL PIRATUBA IPIRA**	**Ipira**	**I**	**8**	**21**	**29**
AVU	**Hospital São Roque**	**Seara**	**0**	**18**	**35**	**53**
AVU	**HOSPITAL OSVALDO CRUZ**	**Arabutã**	**0**	**6**	**22**	**28**
MO	**HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PAZ**	**Água Doce**	**I**	**8**	**24**	**31**
MO	**HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO**	**Catanduvas**	**I**	**8**	**24**	**32**
AVRP	**HOSPITAL SAO LUCAS LTDA**	**Tangará**	**I**	**11**	**20**	**31**
MO	**HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA**	**Erval Velho**	**I**	**-**	**32**	**32**
AVU	**ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITALAR PERITIBA**	**Peritiba**	**I**	**7**	**26**	**33**
AVRP	**HOSPITAL E MATERNIDADE SANTO ANTONIO**	**Lebon Régis**	**I**	**2**	**32**	**34**
AVU	**HOSPITAL SAO PEDRO ITA**	**Itá**	**I**	**9**	**31**	**40**
AVRP	**INSTITUTO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO VIDA**	**Fraiburgo**	**I**	**11**	**32**	**43**

Legenda

Hospitais com mais de 100 leitos	
Hospitais 50 a 99 leitos	
Hospitais menos 50 leitos	

O número de leitos clínicos existentes nesta macrorregião somam um total 1.189, conforme a portaria 1.101 de 12 de junho de 2002 a necessidade de leitos é calculado pela quantia de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes. A cobertura SUS da região é de 75,29% conforme ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar) O quadro abaixo mostra a necessidade de leitos especificamente para cada região de saúde conforme os habitantes.

Dados referentes ao Número de leitos clínicos necessários

	Alto Vale Uruguai	**Alto Vale do Rio do Peixe**	**Meio Oeste**	**Total**
População	142.634	277.128	181.521	601.283
Número total de leitos	340	442	407	1.189
Necessidade para a Região	356,5	692,8	453,8	1.503,1
Déficit leitos	16.5	250,8	46,8	314,1

Os leitos de UTI já existentes na região são 42 adultos e 21 pediátrico e neonatal, somando 63 leitos em terapia Intensiva, perfazendo um total de 5,2% dos leitos clínicos existentes, sendo eles distribuídos nos Hospitais abaixo:

Hospital	Municipio	Adulto	Pediátrico	Neonatal	Total
Hospital são Francisco	Concórdia	10	05	05	20
Hospital Santa Terezinha de Joaçaba	Joaçaba	10	-	-	10
Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Videira	08	-	-	08
Hospital Maice	Caçador	06	01		07
Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos	08	03	07	18
Total		**42**	**09**	**12**	**63**

A recomendação do Ministério da saúde pela portaria 1.101/2002 é que 4 a 10% dos leitos hospitalares sejam destinados a cuidados intensivos. Abaixo o quadro demonstra a necessidade de leitos conforme a portaria por região de saúde.

Necessidade de leitos de UTI

	Alto Vale Uruguai	**Alto Vale do Rio do Peixe**	**Meio Oeste**	**Total Necessidade**
Total de leitos região	340	442	407	1.189
4% do total de leitos	13,6	17,6	16,2	47,4
6% do total de leitos	20,4	26,5	24,4	71,3
10% do total de leitos	34,0	42,2	40,7	116,9

Percebemos então que do total de leitos de UTI já existentes na nossa macrorregião soma próximo ao mínimo que a portaria estipula para a necessidade.

Para Calcular a necessidade da mesorregião para os leitos de longa permanência, a portaria 2.809 de 2012 usa o parâmetro da necessidade total de leitos clínico (2,5 para cada 1.000 habitantes) sendo que 5,62% destes devem destinar-se a cuidados prolongados. Através na nossa realidade a necessidade para a macrorregião 61 leitos.

VIII – REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SAMU.

A regulação dos casos de Urgência e Emergência se dá exclusivamente pela Central de Regulação Macrorregional do SAMU que abrange todos os 56 municípios.

O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da macrorregião do Meio Oeste Catarinense é oferecido pela central de regulação com sede em Joaçaba - SC e faz parte de um Sistema Regionalizado e Hierarquizado, capaz de transportar o paciente com segurança e acompanhado por profissionais da saúde até a porta de entrada de urgência e emergência mais próxima. Além disto, realiza através da central de regulação médica as transferências inter-hospitalares das referencias e contrarreferencias conforme portaria 1010 de 21 de Maio de 2012.

A distribuição da Unidades de Suporte Avançado de Vida (UTI Móveis) e das Unidades de Suporte Básico de Vida que atendem a macrorregião Meio Oeste estão apresentadas nos quadros abaixo.

Distribuição de ambulâncias de USAS na Macrorregião Meio Oeste

Município	USA	Municípios Atendidos
Joaçaba	1	Joaçaba, Herval d' Oeste, Luzerna, Capinzal, Campos Novos, Vargem, Abdom Batista, Catanduvas, Erval Velho, Vargem Bonita, Zortéa, Ouro, Lacerdópolis, Água Doce, Treze Tílias, Ibicaré, Tangara, Ibiam, Concórdia, Paial, Arvoredo, Xavantina, Seara, Lindóia do Sul, Ipumirim, Arabuta, Irani, Presidente Castelo Branco, Ipira, Peritiba, Piratuba, Jaborá, Ita, Celso Ramos,
Curitibanos	1	Curitibanos, Monte Carlo, Santa Cecília, Brunópolis, Santa Cecília, Frei Rogério, São Cristóvão do Sul, Ponte Alta do Norte,
Caçador	1	Caçador, Rio das Antas, Lebon Regis, Timbó Grande, Calmon, Matos Costa, Salto Veloso, Fraiburgo, Videira, Maciera, Arroio Trinta, Pinheiro Preto, Iomerê

Distribuição de ambulâncias de USB nas Macrorregião Meio Oeste

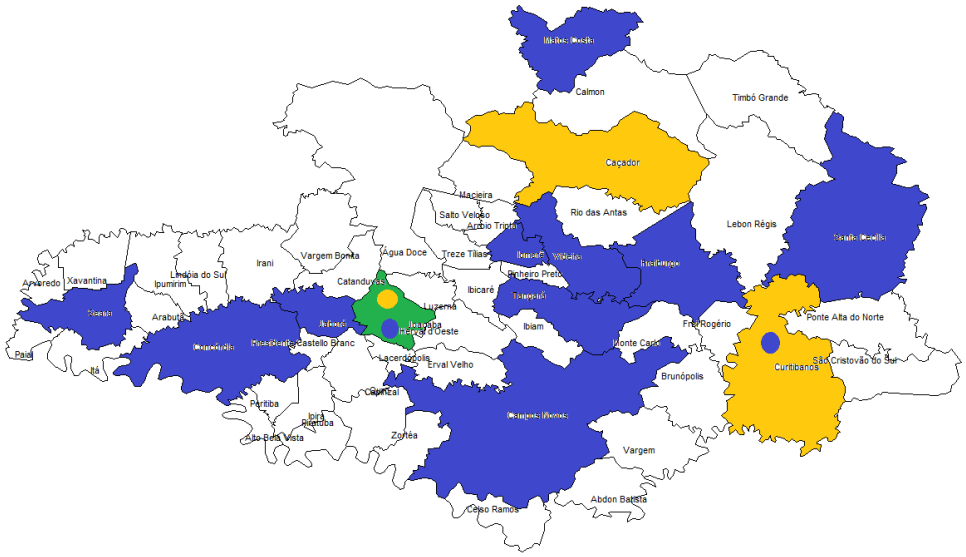
Município	USB	Municípios Atendidos
Campos Novos	1	Celso Ramos, Vargem, Abdom Batista,
Concórdia	1	Lindóia do Sul, Ipumirim, Arabuta, Irani, Peritiba, Ipira, Piratuba
Curitibanos	1	Frei Rogério, São Cristóvão do Sul, Brunópolis,
Fraiburgo	1	Lebon Regis, Monte Carlo
Iomere	1	Arroio Trinta, Treze Tílias, Maciera, Salto Veloso
Jaborá	1	Presidente Castelo Branco.
Joaçaba	1	Herval d' Oeste, Luzerna, Capinzal, Catanduvas, Erval Velho, Vargem Bonita, Zortéa, Ouro, Lacerdópolis, Água Doce.
Matos Costa	1	Calmon
Santa Cecília	1	Ponte Alta do Norte, Timbó Grande
Seara	1	Xavantina, Ita, Paial, Arvoredo
Tangara	1	Ibicaré, Ibiam, Pinheiro Preto
Videira	1	Rio das Antas, Caçador
	12	

Numero de Atendimentos SAMU 2012

USAs e USBs Meio Oeste

MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
USA	11	58	154	176	123	131	107	244	245	267	209	218	1.943
USB	83	380	912	901	956	851	828	823	722	716	680	739	8.591
TOTAL P/MÊS	94	438	1.066	1.077	1.079	982	935	1.067	967	983	889	957	10.534

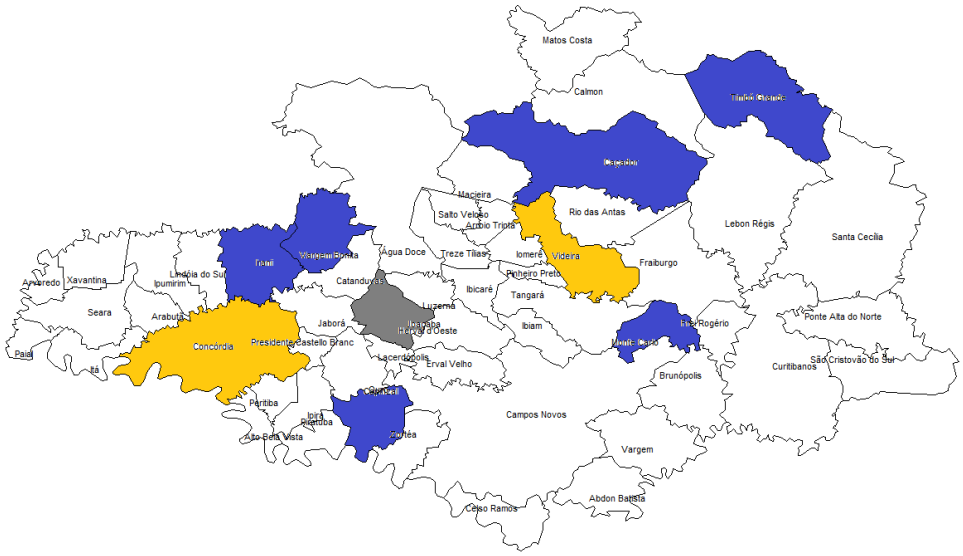
Capacidade Instalada Existente - SAMU



USA	
USB	
CENTRAL	

Avaliando o tempo resposta estipulado pelo Ministério da Saúde que é entre 15 e 20min encontramos a necessidade da implantação de novas unidades do SAMU conforme mapa abaixo.

Ampliações para Capacidade Ideal - SAMU



USA	
USB	
SAMU AEREO	

IX - ORGANIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO FLUXO DE ACESSO AOS COMPONENTES DA RUE.

Apresentaremos a proposta da organização das Redes de atenção as urgências e emergências conformes componentes da política nacional, iniciando pelas UPAs (Unidade de Pronto Atendimento 24horas), Sala de Estabilização, Componente Hospitalar (portas de entrada, Hospitais de retaguarda e Hospitais de longa permanência), UTI, Unidade de Referencia no tratamento cardiovascular e Unidade de referencia ao tratamento de urgência dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral, e Central de Regulação de Leitos.

9.1 – UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO- UPA

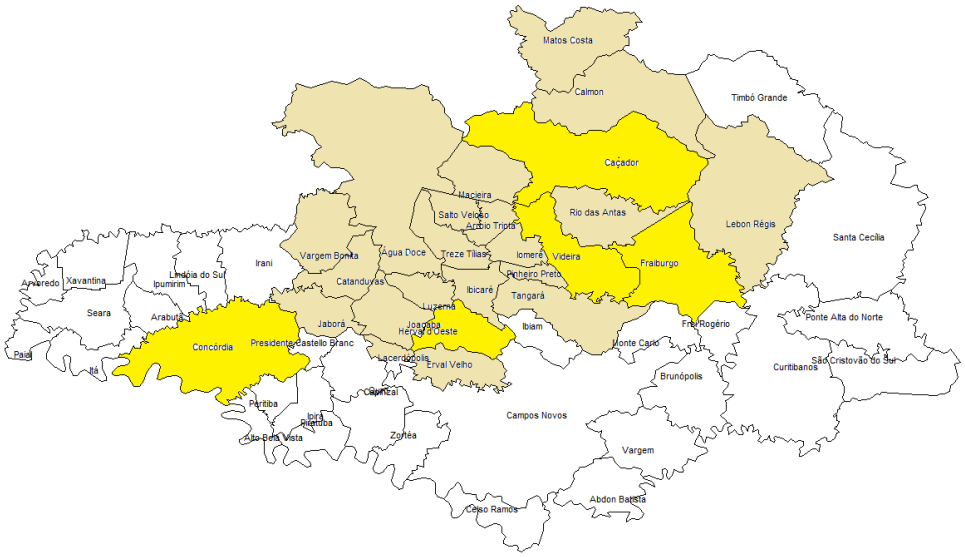
Em relação às UPAS, observa-se que ate o momento não possuímos nenhuma unidade habilitada. No quadro abaixo apresentamos as UPAs que estão em fase final de construção e as Upas aprovadas.

A meta agora é habilitar e posteriormente qualificar as UPAs.

Situação das UPAs no Meio Oeste

MUNICÍPIO	**Quantidade/tipo**	**Previsão Inicio Atividades**
Concórdia	UPA PI - (Aguardando início das obras)	**Novembro 2014**
Herval D'Oeste	UPA PI - (Fase Final de Construção)	**Outubro 2013**
Videira	UPA PI - (Em construção)	**Dezembro 2013**
Fraiburgo	UPA PI-(Aguardando inicio das obras)	**Junho 2014**
Caçador	UPA PI- (Projeto em fase de adequação)	**Junho 2014**

Distribuição das UPAs com municípios.



UPAs	
MUNICIPIOS REFERENCIADOS	

Município Sede da Unidade (UPA)	Municípios Atendidos
Caçador	Caçador, Calmon,Matos Costas, Rio das Antas, Macieira e Lebon Regis
Concórdia	Concórdia
Fraiburgo	Fraiburgo
Herval d' Oeste	Água Doce, Erval Velho, Ibicare, Lacerdopolis, Luzerna e Treze Tílias, Catanduvas , Joaçaba e Vargem Bonita, Jabora
Videira	Videira, Arrio Trinta, Iomere, Salto Veloso, Tangará e Pinheiro Preto

- Obs.: Do projeto inicial tera algumas alterações UPA de Fraiburgo atenderá o município deixando de pertencer a UPA de Videira

- UPA de Caçador será alterado o projeto retirando Timbó Grande que recebeu Sala de Estabilização.

- UPA de Herval d' Oeste será alterado projeto retirando os municípios de Capinzal, Ouro que receberão sala de estabilização que serão atualizadas no sistema SISMOB

9.2 - Salas de Estabilização-SE

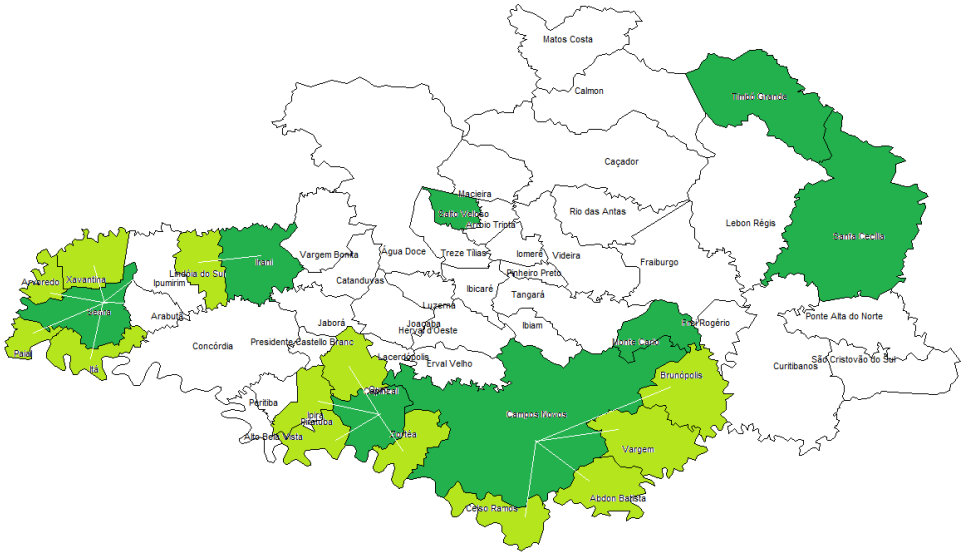
Atendendo aos critérios para implantação das Salas de Estabilizações na Rede de Atenção à Saúde e avaliando a necessidade de diminuir o tempo resposta nos atendimentos de pacientes críticos/graves solicitamos a habilitação dos hospitais citados abaixo entendendo que os mesmos já são porta de entrada de uma determinada região e já possuem médicos plantão 24horas para atendimentos do serviço:

- Hospital Nossa Senhora das Dores – Capinzal – Região Meio Oeste
- Fundação Hospitalar Dr. José Athanasio – Campos Novos – Região Meio Oeste
- Unidade Mista de Saúde Nossa Senhora de Salete – Monte Carlo – Região Meio Oeste
- Fundação Medica Social Rural Salto Veloso – Salto Veloso - Alto Vale do Rio do Peixe
- Fundação Hospitalar Municipal Moises Dias – Timbó Grande - Alto Vale do Rio do Peixe
- Pronto Atendimento Municipal Lauro Baltazar – Santa Cecília - Alto Vale do Rio do Peixe
- Hospital São Jorge LTDA – Irani - Alto Uruguai Catarinense
- Hospital São Roque – Seara – Alto Uruguai Catarinense

Quadro da Pontuação das Salas de Estabilização – SE

SALA DE ESTABILIZAÇÃO								
Região	Porta de Entrada	Municipio	Pontuação População	Pontuação Distancia da PE	Pontuação Estabel. de Saude	Pontuação RH	Pontuação Distancia entre SE	Total Pontuação
Meio Oeste	Hospital Santa Terezinha	Campos Novos	4	2	5	5	3	19
		Capinzal	3	2	5	5	3	18
		Monte Carlo	1	3	3	5	3	15
Alto Vale do	Concordia	Irani	1	2	5	5	5	18
		Seara	2	2	5	5	5	19
Alto Vale do Rio do	Caçador	Timbo Grande	1	4	5	5	5	20
Alto Vale do Rio do	Curitibanos	Santa Cecilia	2	3	5	5	3	18
Alto Vale	Videira	Salto Veloso	1	1	5	5	5	17

Distribuição das Salas de Estabilização aos Municípios

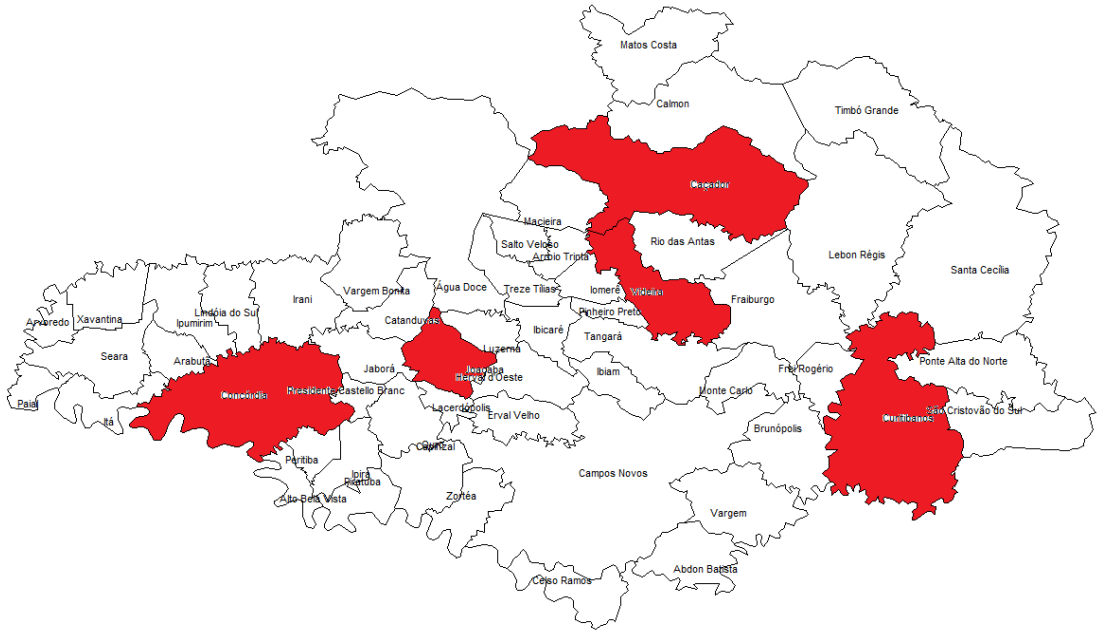


Municípios SE	**Municípios Atendidos**
Capinzal	Ipira, Ouro, Piratuba e Zortea
Campos Novos	Abdom Batista, Brunopolis, Celso Ramos e Vargem
Monte Carlo	Monte Carlo verificar a distancias
Irani	Lindoia do Sul,
Seara	Arvoredo, Ita, Paial, Xavantina
Salto Veloso	Salto Veloso
Santa Cecilia	Santa Cecilia
Timbo Grande	Timbo Grande (TIRAR UPA CAÇADOR)

9.3 - Componente Hospitalar

Abaixo o mapa mostra as entidades elencadas como hospitais de porta de entrada, hospitais de retaguarda e Unidades com leitos de longa permanência.

Mapa 2- Localização Hospitais Porta de Entrada



Legenda

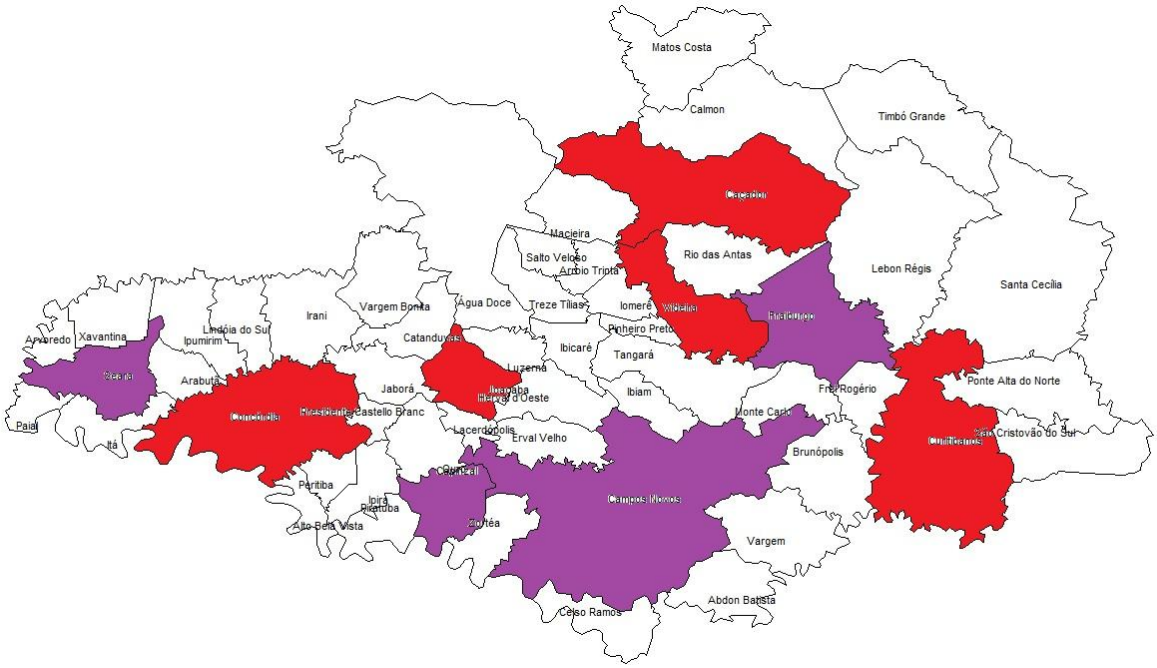
Hospitais Porta de entrada	

Na mesorregião do Meio Oeste foram indicadas as seguintes unidades hospitalares para serem habilitados pela Portaria 2.395/2011 como porta de entrada: Hospital Universitário Santa Teresinha em Joaçaba, Hospital São Francisco em Concórdia, Hospital Divino Salvatoriano Divino Salvador em Videira e Hospital Hélio Anjos Ortiz em Curitibanos, Hospital Maice de Caçador. Destacamos que estes serviços já existem e serão vocacionados conforme seu porte e capacidade.

O Valor do investimento será de até R$ 3.000.0000,00 para adequação física e compra de equipamentos, conforme proposta cadastrada no SICONV e receberão custeio mensal de R$ 300.000,00, R$ 200.000,00 e R$ 100.000,00 de acordo com a sua classificação para os Hospitais Universitário Santa Terezinha- CNPJ84.592.369-0009-

88 (proposta equipamentos), Hospital São Francisco- CNPJ 83.506.030;0002-82 (proposta reforma e ampliação e equipamentos), Hospital Hélio Anjos Ortiz – CNPJ 95.991.113;0001-02 (proposta reforma e ampliação e equipamentos) e Hospital Maice 33.543.356;0020-93 (proposta reforma e ampliação e equipamentos).

Hospitais retaguarda e sua localização



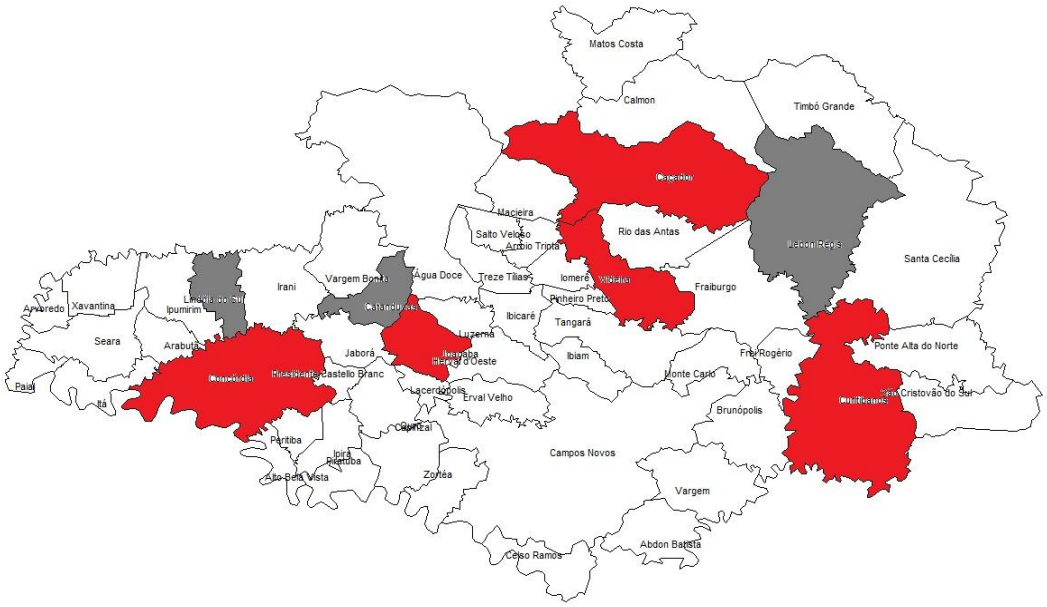
Hospitais Retaguarda	
Hospitais Porta Entrada	

Como Hospitais de retaguarda regido pela portaria GM/MS no 2.395 de 10 de novembro de 2011, foram elencados Hospitais de pequeno porte, sendo que estes já possuem médico 24 horas de forma presencial, juntamente com equipe e suporte hospitalar adequado para a necessidade. Abaixo está relacionado os Hospitais e a Porta de entrada que o mesmo dará suporte.

Região de Saúde	**Hospital Porta de Entrada**	**Hospitais Retaguarda**	**Numero de Leitos para Habilitar**
Meio Oeste	Hospital Santa Terezinha	-Fundação Hospitalar Dr Jose Athanasio – Campos Novos	25
		-Hospital Nossa Senhora das Dores - Capinzal	25
Alto Vale Uruguai	Hospital são Francisco	-Hospital São Roque – Seara	15
Alto Vale do Rio do Peixe	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Instituto de Saúde de Educação e Vida - Fraiburgo	25
	Hospital Maice		
	Hospital Hélio Anjos Ortiz		
Total			90

Como Unidade de Internação em Cuidados Prolongados – UCP (Portaria GM/MS nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012, relacionamos os Hospitais de pequeno porte que habilitarão leitos clínicos para os Cuidados Prolongados.

Hospitais que habilitarão leitos de Cuidados Prolongados e sua localização



Legenda

Hospitais Leitos Cuidados Prolongados	
Hospitais Porta Entrada	

A tabela abaixo descreve os Hospitais e o número de leitos que serão habilitados. Lembrando que a necessidade da macrorregião é de 84,1 leitos pela portaria 2.809 de 2012, podendo futuramente haver uma expansão de leitos conforme a necessidade.

Região de Saúde	Hospitais com UCP	Número de leitos para habilitar
Meio Oeste	- Hospital Municipal Nossa Senhora do Perpetuo Socorro – Catanduvas	15
Alto Vale Uruguai	- HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA – Lindoia do Sul	15
Alto Vale do Rio do Peixe	- Hospital e Maternidade Santo Antonio – Lebon Regis	20
Total		50

Observando a situação Hospitalar encontrada vemos a necessidade do aumento do número de leitos de Terapia Intensiva. Como citado anteriormente possuímos 5,3% de leitos de UTI em relação a capacidade total instalada de leitos clínicos. Solicitamos então que este número seja aumentado para 10%, implantando um total de 59 leitos novos, sendo 55 leitos adultos e 04 pediátricos. O investimento total será de R$ 5.900.000,00 sendo 100.000,00 por leito de UTI. A Região do Meio Oeste contará com um total de 122 leitos de UTI com implantação em 2013 e 2014. Abaixo o cronograma de implantação juntamente com os hospitais beneficiados.

Hospital	Município	Leitos Adulto	Ano Implantação	Leitos Pediátricos	Ano Implantação	Leitos Neonatal	Ano Implantação
Hospital Maice	Caçador	04	2013	01	2013	-	-
Hospital Divino Salvador	Videira	12	2013	-	-	-	-
Hospital Santa Terezinha	Joaçaba	10	2014	-	-	-	-
Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos	12	2014	-	-	-	-
Hospital Maice	Caçador	10	2014		2014	-	-
Fundação Hospitalar Dr José Athanásio	Campos Novos	10	2014	-	-	-	-
Total		**55**	**-**	**04**	**-**	**0**	-

9.4 – Unidade de Referencia no tratamento Cardiovascular e Unidade de referencia ao tratamento de urgência dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral

A Unidade de tratamento primário cardiovascular tipo I,I e III será implantada no Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba, conforme portaria 2.994 de 2011, este possui tempo de acesso superior a sessenta minutos das Unidades de referencia em cardiovascular (Centro de referencia em alta complexidade e unidade de referencia em alta complexidade). Na nossa macrorregião tivemos em 2012 o total de 494 Infartos Agudo do Miocárdio, justificando assim o credenciamento de uma Unidade de tratamento primário Cardiovascular.

Conforme dados epidemiológicos anteriormente mencionados, tivemos um total de 656 AVCs (acidente Vascular Cerebral) no ano de 2012 o que demonstra um numero significativo. Em relação a esta patologia solicitamos o credenciamento para o Hospital São Francisco de Concórdia, como centro de Atendimento de Urgência tipo III, para Unidade de referencia ao tratamento de urgências aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral.

9.5 – Atenção Domiciliar

Segundo critérios estabelecidos na portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema. Único de Saúde, os únicos municípios da Macrorregião do Grande Oeste que se enquadram nas mesmas são Caçador e Videira com população de 71.886 e 48.064 respectivamente.

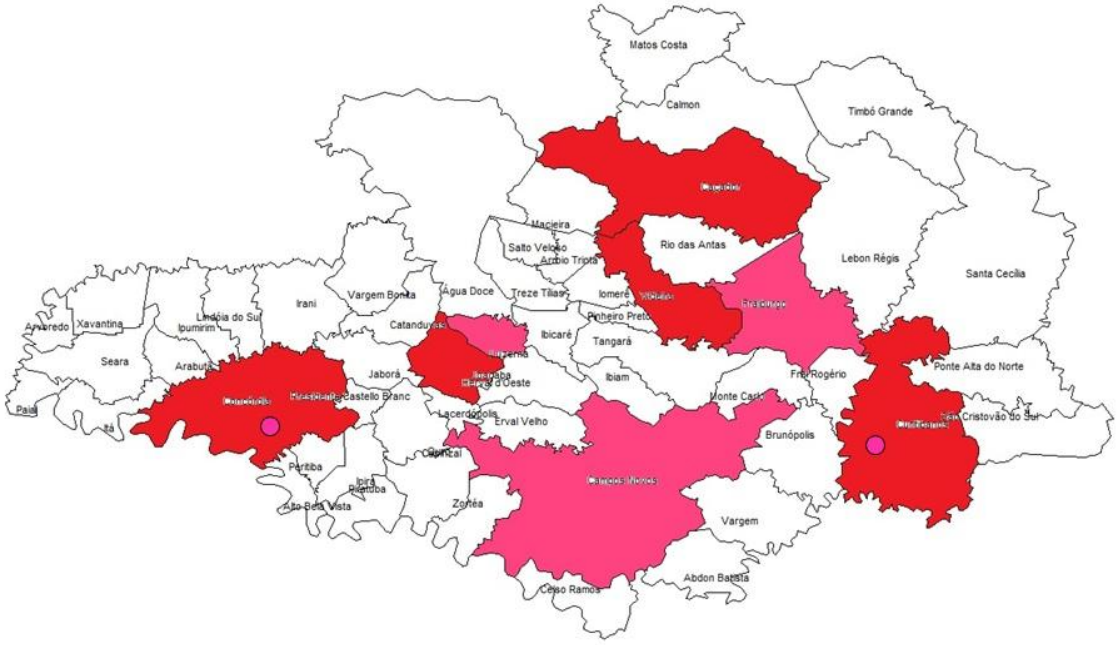
O custeio para cada equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) será de R$ 34.000,00 (trinta e quatro mil e quinhentos e sessenta reais) mensais, para equipes que prestarem atendimento nas modalidades AD2 e AD3, atingindo um valor anual de 414.720,00 (quatrocentos e quatorze mil, setecentos e vinte reais). O cronograma de implantação das equipes está estimado para o segundo semestre de 2014.

9.6 - Atenção Psicosocial na Rede de Urgência e Emergência

O oferta de serviço hospital de referencia para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de alcool, crack e outras drogas, em situação de urgência/emergência oriundos das portas de entrada da rede, foram calculados conforme portaria 148 de 31 de janeiro de 2012, sendo um leito para cada 23.000 habitantes e não ultrapassando 15% do números total de leitos de hospitais gerais , até o máximo de 30 leitos. Diante deste paramentos propomos para a região:

Hospital	**Nº leitos existentes**	**Percentual de 15 %**	**Leitos Saúde Mental regulados**	**Situação**
São Roque **Luzerna**	**81**	**12**	**5**	**Habilitar**
Jose Athanasio Campos Novos	**90**	**13**	**4**	**Implantar**
São Francisco - Concordia	**203**	**30**	**8**	**Habilitar**
Helio Anjos Ortiz-Curitinanos	**144**	**21**	**10**	**Habilitar**
Divino Espirito Santo **Fraiburgo**	**43**	**6**	**4**	**Implantar**
TOTAL			**29**	

Hospitais Referenciados para Leitos Psicossocial



X – CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

A regulação de sistemas de saúde definidas a partir dos princípios e diretrizes do SUS, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços a população e definida como uma estrutura operacional que, atua sobre a demanda e ofertas disponíveis da atenção a saúde sendo capaz de oferecer a melhor resposta possível para um problema assistencial específico, organizada em rede informatizada, regionalizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial.

A Central de Regulação Regional abrange os 54 municípios da Macrorregião Meio Oeste , e regula os fluxos pactuados das demandas recebidas da rede de urgência e emergência. Sua fundamentação esta baseada nas portarias nº 1559 de 01/08/2009, nº 2.655 de 21/11/2012, nº 1.792 de 22/0/2012 e nº 1299 de21/11/2012.

Organizar o fluxo para uma melhor otimização de leitos ambulatoriais ou de Unidade de Tratamento Intensivo, distribuídos em toda a Macrorregião baseado em protocolos clínicos de atendimento e de regulação, classificação de risco e critérios de priorização, garantindo a qualidade da assistência prestada.

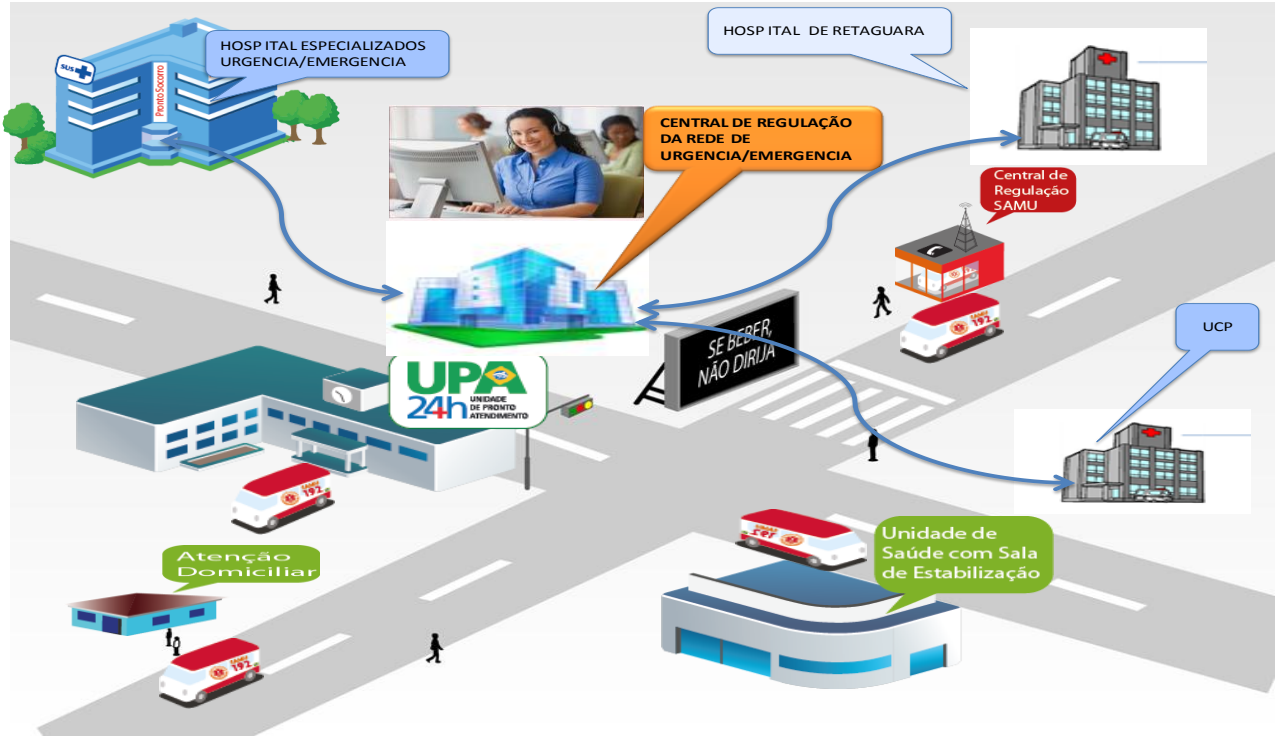
A central terá o mapeamento da rede e conhecendo a sua real capacidade, bem como a conhecerá a situação contratual dos estabelecimento de saúde

Possuir um mapa dos leitos, instrumento dinâmico que mostra a situação da ocupação dos leitos em tempo real.

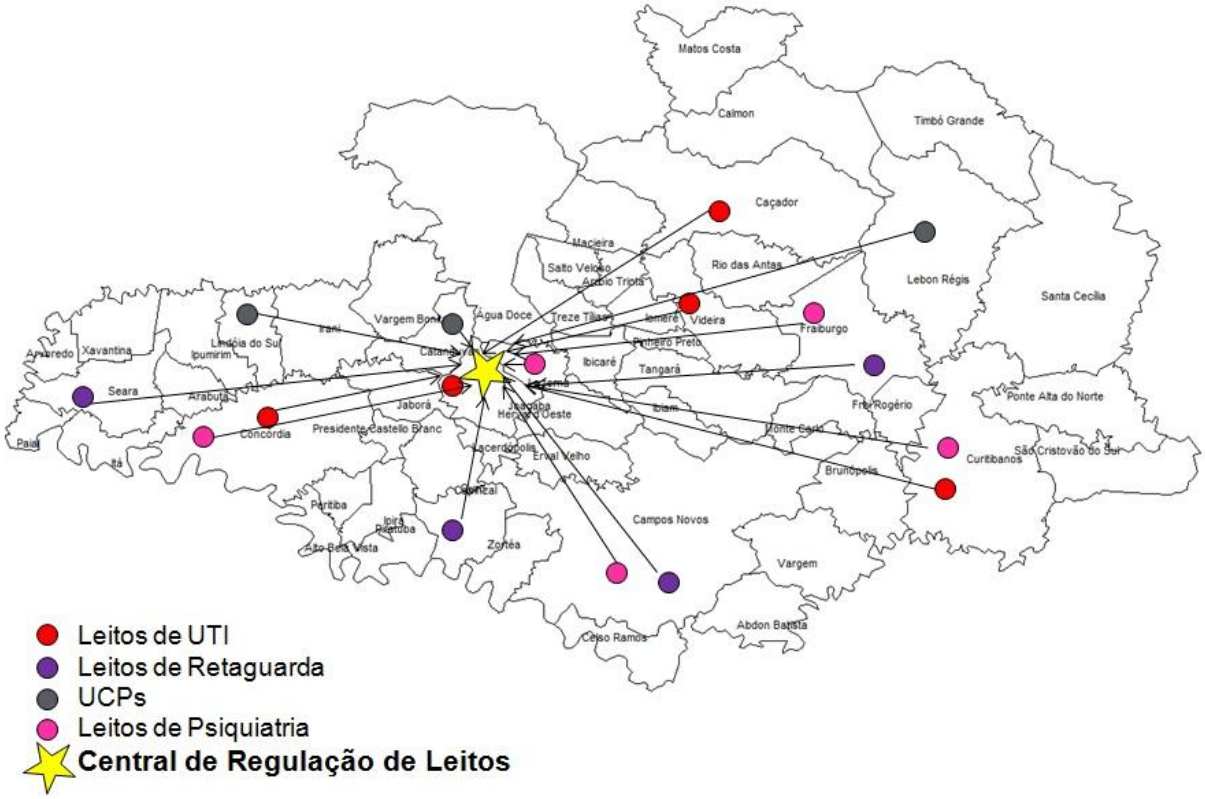
A regulação assistencial desta forma estará viabilizando a real e efetiva hierarquização da rede de serviços de saúde, estará qualificando a gestão e contribuindo para a garantia da integralidade e da equidade da atenção. Garantir a adequada referencia regulada para os pacientes que tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível da rede necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção.

A regulação deve encaminhar corretamente o paciente, ao ponto de atenção mais certo, pronto para a assistência mais eficaz no menor tempo possível.

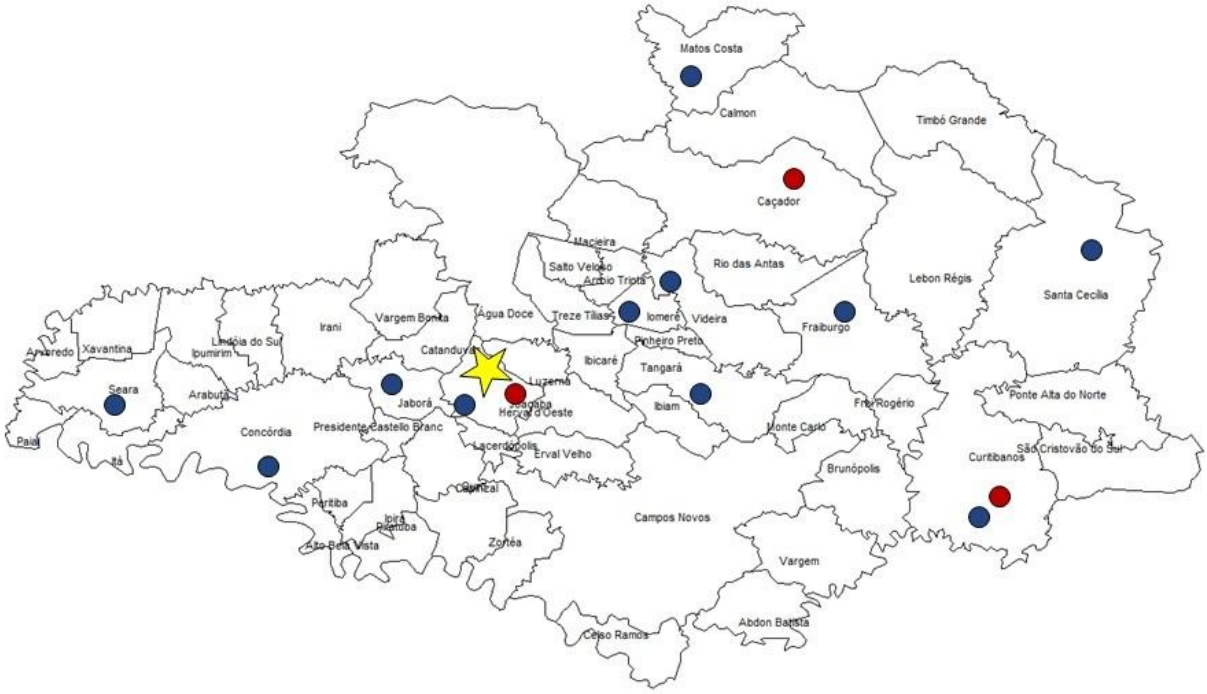
Essa Central atende, diretamente, solicitações de leitos provenientes de Estabelecimentos de Saúde situados na Macrorregião (CIRs Joaçaba, Concórdia e Videira) Abaixo mapas dos fluxos regulados pela Central de Regulação Hospitalar.



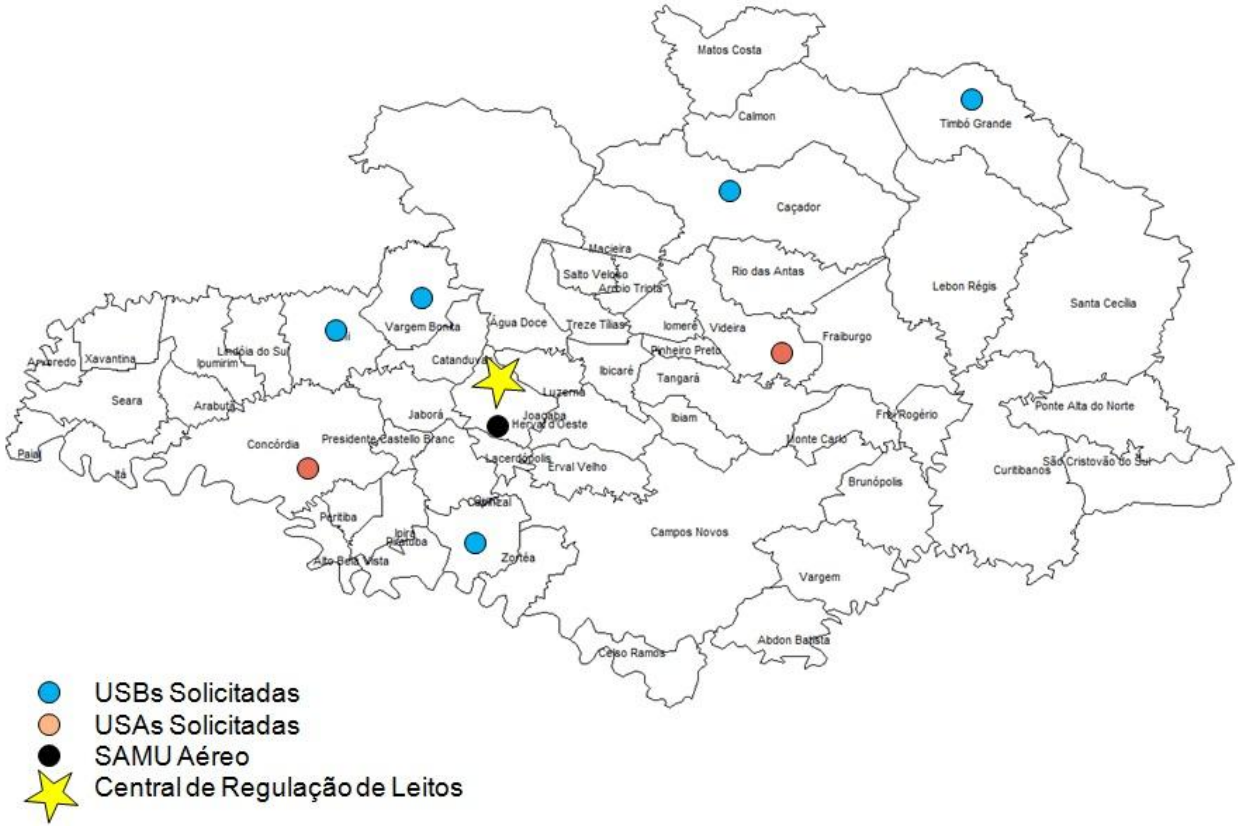
Serviços Regulados pela Central de Regulação de Leitos



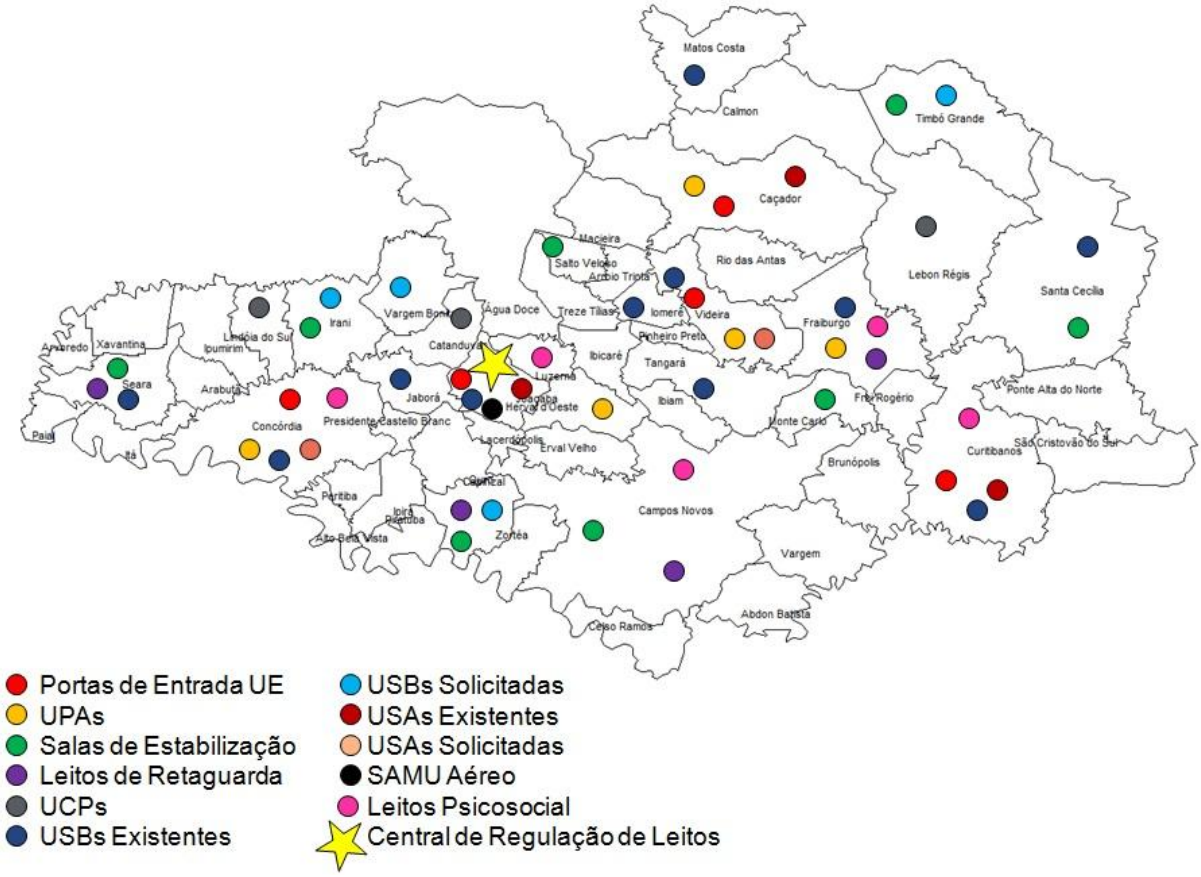
SAMU Existente



SAMU Projetado



Capacidade Instalada De Serviços De Saúde Após Habilitação Dos Serviços Da Rede



XI – REFERÊNCIAS

Instrumento modelo fornecido pela Diretoria de Planejamento da SES/SC;

Política Nacional de Atenção Básica;

Site: www saúde.sc.gov.br – Secretaria de Estado da Saúde;

Site: www.saude.gov.br – Ministério da Saúde;

Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010;

Portaria nº 2.809/GM/MS, de 07 de dezembro de 2012;

Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012;

Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011;

Portaria nº 2.395/GM/MS, de 10 de novembro de 2011

Portaria nº 2.527/GM/MS de 27 de outubro de 2011

Portaria nº 1.559/ GM/MS de 01 de agosto de 2009;

Portaria nº 2.655/GM/MS de 21 de novembro de 2012;

Portaria nº 1.792/GM/MS de 22 de fevereiro de 2012;

Portaria nº 1.299 GM/MS de 21 de novembro de 2012

Portaria nº 148 GM/MS de 31 de janeiro de 2012