



**PLANO DE AÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO GRANDE OESTE**



Maio 2013

PLANO DE AÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO GRANDE OESTE

EQUIPE DE COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO DA SES:

Dra. Ana Cristina Burigo Grumann - Coordenadora Estadual da Rede de Urgência e Emergência

Dra. Lisiane Tuon Generoso Bittencourt - Superintendente de Serviços Especializados e Regulação

Dra. Carla Marisa Tirello Pulga - Coordenadora Estadual do Complexo Regulador,
Dra. Karen Geller - Diretora de Planejamento

Sr. Geraldo Azzolini - Gerente de Complexos Reguladores

Grupo Condutor do processo de discussão e organização da Rede de Urgência na Macrorregião de Saúde – Extremo Oeste de Santa Catarina, indicado pela Comissão Intergestores Regional - Ata 04/2013:

Caroline Constanci - GERSA Chapecó

Marlene Neckel do Amaral - GERSA/ ECA- Chapecó

Gessiani Fátima Larentes - SMS de Chapecó

Gilvana Schneider – SMS de Chapecó

Clarice Fátima Wieddelling - GERSA SMO

Luciano Fiorentin- SMS de Bandeirantes

Sinara Sargionatto - SMS de SMO

Carla Simone Teló Panzera- GERSA Xanxerê

Fabiana Floriani - Hospital São Paulo de Xanxerê

Ana Cecília Sirino- SMS Xanxerê

Eila Labres - GERSA Dionísio Cerqueira

Evandro Cesco - SMS São Carlos

Siumara Mucelini - SMS Caxambu do Sul

COLABORADORES:

Vera Brandão - Médica Auditora do município de Chapecó

Cleidenara M.M. Weirich – Secretária de Saúde do município de Chapecó

Fernanda Moschetta Garim - Enfermeira epidemiologista do município de Chapecó

Otilia Cristina Coelho Rodrigues – Enfermeira - GERSA Chapecó

Paula Senna da Silva - Enfermeira epidemiologista do município de Chapecó

APOIO ADMINISTRATIVO:

Aline Padia – auxiliar administrativo do município de Chapecó

Rita Ângela Orlandi – técnica administrativa do município de Chapecó

SUMÁRIO

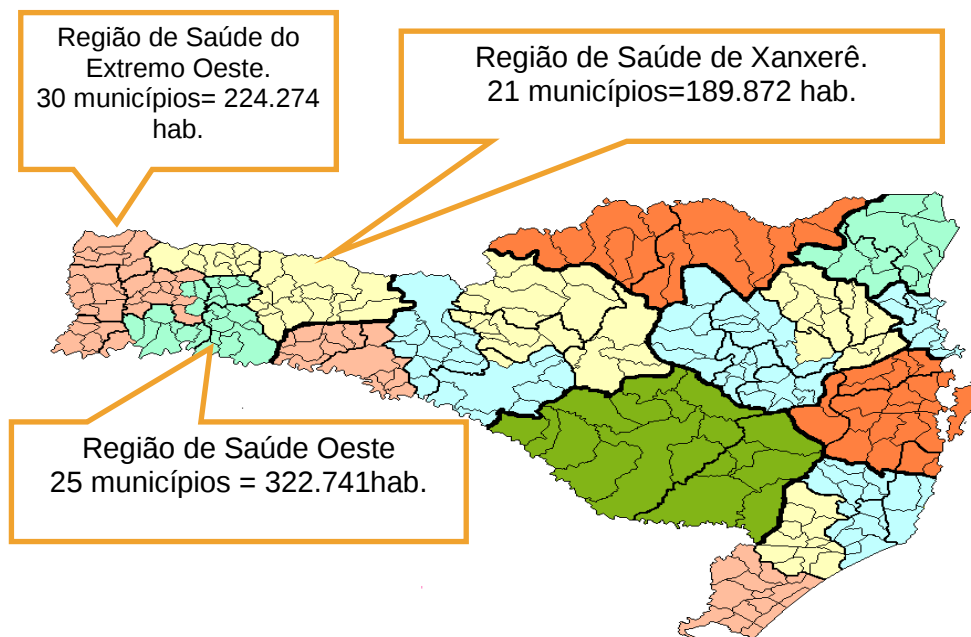
1 INTRODUÇÃO.....	5
1.1 ANÁLISE SITUACIONAL DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO GRANDE OESTE	5
1.1.1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA MACRORREGIÃO DO GRANDE OESTE	9
1.1.2 ATENÇÃO BÁSICA	20
1.1.3 ATENÇÃO HOSPITALAR NA URGÊNCIA	32
2 OBJETIVOS.....	37
3 JUSTIFICATIVA	38
4 DESENHO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA	39
4.1 ORGANIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO FLUXO DE ACESSO AOS COMPONENTES DA RUE ..	39
4.1.1 ATENÇÃO BÁSICA	39
4.1.2 PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE	40
4.1.3 SAMU	40
4.1.4 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA	41
4.1.5 SALAS DE ESTABILIZAÇÃO – SE.....	42
4.1.6 COMPONENTE HOSPITALAR	49
4.1.7 ATENÇÃO DOMICILIAR – AD	54
4.1.8 COMPLEXO DE REGULAÇÃO	55
4.2 LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ...	55
4.2.1 CARDIOVASCULAR	55
4.2.2 TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	55
4.2.3 NEUROLOGIA	56
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

1.1 ANÁLISE SITUACIONAL DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO GRANDE OESTE

A Macrorregião do Grande Oeste é composta por 76 (setenta e seis) municípios, organizados em 03 (três) regiões de saúde: Região de Saúde do Oeste com 25 (vinte e cinco) municípios, Região de Saúde de Xanxerê com 21 (vinte e um) municípios e Região de Saúde do Extremo Oeste com 30 (trinta) municípios. Possui a maior área territorial em km², aproximadamente 14.658,70 km², com diversas problemáticas geográficas, entre elas a malha viária sinuosa e a distância entre as cidades e as referências regionais. A população total é de 736.887 mil habitantes (IBGE 2010), que corresponde a 12% da população do Estado, desta, 69% concentra-se na área urbana e 31% na área rural.

Figura 1 – Mapa de Santa Catarina identificando as três regiões de saúde da Macrorregião do Grande Oeste



Do total dos municípios desta região, apenas 8% apresentam população superior a 20 mil habitantes. Santiago do Sul apresenta-se como o município com menor população, 1.431 habitantes, e Chapecó sendo o mais populoso município da região com 186.337 habitantes.

Quadro 1 - Municípios e população que compõem a Região do Grande Oeste

MUNICIPIO	POPULAÇÃO
REGIÃO DE SAÚDE DO EXTREMO OESTE	
Anchieta	6.323
Bandeirante	2.886
Barra Bonita	1.860
Belmonte	2.639
Bom Jesus do Oeste	2.131
Descanso	8.597
Dionísio Cerqueira	14.855
Flor do Sertão	1.587
Guaraciaba	10.457
Guarujá do Sul	4.925
Iporã do Oeste	8.450
Iraceminha	4.227
Itapiranga	15.518
Maravilha	22.376
Modelo	4.054
Mondai	10.347
Palma Sola	7.732
Paraíso	4.026
Princesa	2.770
Romelândia	5.479
Saltinho	3.943
Santa Helena	2.367
Santa Terezinha do Progresso	2.857
São João do Oeste	6.055
São José do Cedro	13.865
São Miguel da Boa Vista	1.896
São Miguel do Oeste	36.612
Saudades	9.070
Tigrinhos	1.748
Tunápolis	4.622
TOTAL	224.274
REGIÃO DE SAÚDE DE XANXERÊ	
Abelardo Luz	17.151
Bom Jesus	2.563
Campo Erê	9.295
Coronel Martins	2.464
Entre Rios	3.031
Faxinal dos Guedes	10.653
Galvão	3.414
Ipuaçu	6.850
Jupia	2.143

Lajeado Grande	1.484
Marema	2.164
Novo Horizonte	2.724
Ouro Verde	2.265
Passos Maia	4.400
Ponte Serrada	11.068
São Bernardino	2.642
São Domingos	9.488
São Lourenço do Oeste	21.964
Vargeão	3.533
Xanxerê	44.643
Xaxim	25.933
TOTAL	189.872

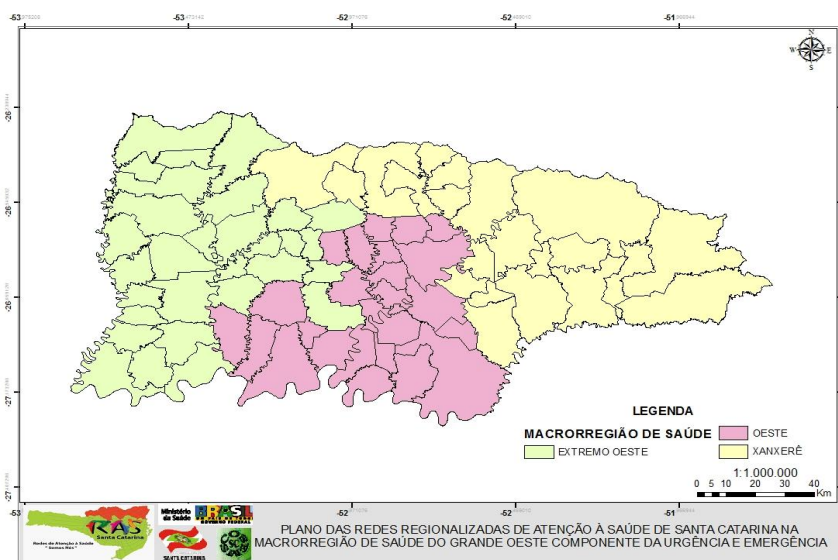
REGIÃO DE SAÚDE DO OESTE

Águas de Chapecó	6.136
Águas Frias	2.417
Caibi	6.209
Caxambu do Sul	4.346
Chapecó	186.337
Cordilheira Alta	3.819
Coronel Freitas	10.189
Cunha Porá	10.643
Cunhataí	1.887
Formosa do Sul	2.592
Guatambu	4.678
Irati	2.081
Jardinópolis	1.749
Nova Erechim	4.332
Nova Itaberaba	4.268
Palmitos	16.019
Pinhalzinho	16.638
Planalto Alegre	2.670
Quilombo	10.211
Riqueza	4.813
Santiago do Sul	1.448
São Carlos	10.363
Serra Alta	3.282
Sul Brasil	2.740
União do Oeste	2.874
TOTAL	322.741

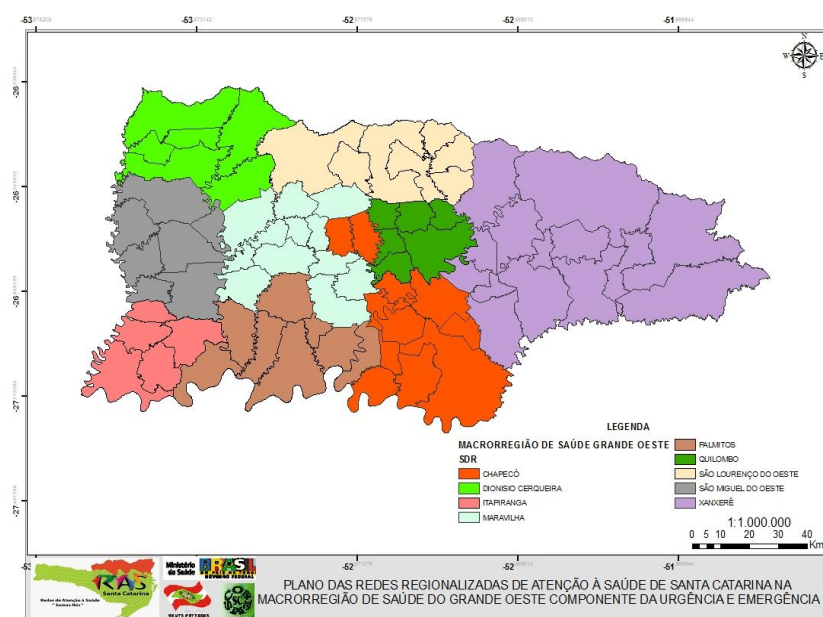
Fonte: IBGE/2010

As cidades com maior população são Xanxerê, São Miguel do Oeste e Chapecó, sendo que nestes centros estão localizadas as referências hospitalares da macrorregião.

Figura 1 – MAPA DA COMPOSIÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO GRANDE OESTE



A forma organizativa desta macrorregião compreende 09 (nove) Secretarias de Desenvolvimento Regional – SDR com suas respectivas Regionais de Saúde, distribuídas conforme mapa abaixo.



1.1.1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA MACRORREGIÃO DO GRANDE OESTE

O cenário epidemiológico torna-se relevante, para a estruturação das redes de atenção às urgências e emergências, e faz-se necessário identificar a situação de saúde da população e avaliar seus indicadores, contribuindo para o planejamento das ações a partir da realidade epidemiológica. A seguir é possível verificar algumas dessas condições seguidas de análise correspondente.

Quadro 5 - Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade segundo local de internação dos municípios da macrorregião do Grande Oeste, em 2012

Macrorregião Município	Clínica cirúrgi ca	Obstetrí cia	Clínica médica	Crônic os	Psiquia tria	Pneum ologia	Pediat ria	Tot al
Abelardo Luz	20	18	61	0	0	0	1	10
Anchieta	18	23	52	0	0	0	8	10
Caibi	11	14	74	0	0	0	2	10
Campo Erê	8	16	61	0	0	0	15	10
Caxambu do	1	2	97	0	0	0	0	10
Chapecó	52	13	29	0	0	0	6	10
Coronel	28	10	62	0	0	0	0	10
Cunha Porã	19	2	79	0	0	0	0	10
Descanso	16	6	76	0	0	0	1	10
Dionísio	17	20	60	0	0	0	3	10
Faxinal dos	12	14	61	0	0	0	13	10
Guaraciaba	21	17	55	0	0	0	8	10
Guarujá do Sul	21	14	52	0	0	0	13	10
Iporã do Oeste	24	9	56	0	0	0	11	10
Itapiranga	6	14	71	0	0	0	9	10
Maravilha	34	13	49	0	0	0	4	10
Modelo	4	7	77	0	0	0	12	10
Mondaí	2	10	51	0	21	0	15	10
Nova Erechim	1	4	95	0	0	0	0	10
Palma Sola	6	12	59	0	0	0	23	10
Palmitos	9	10	51	0	24	0	7	10
Pinhalzinho	28	20	43	0	0	0	9	10
Ponte Serrada	0	0	52	0	29	0	19	10
Quilombo	18	10	43	0	24	0	5	10
São Carlos	52	8	36	0	0	0	4	10
São João do	24	6	63	0	0	0	7	10
São José do	33	3	56	0	0	0	8	10
São Lourenço	38	11	42	0	0	0	9	10
São Miguel do	49	11	38	0	0	0	3	10
Saudades	21	13	66	0	0	0	0	10

Tunápolis	9	6	49	0	33	0	4	10
Vargeão	36	12	50	0	0	0	2	10
Xanxerê	54	13	26	0	0	0	7	10
Xaxim	16	10	58	0	0	0	16	10
Total	37	12	42	0	2	0	7	10

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

Com relação à tabela acima observa-se a proporção de internações hospitalares por especialidade nos municípios que compreendem a macrorregião do Grande Oeste, cabe ressaltar o destaque para os municípios de Chapeco, 52% dos atendimentos por especialidades são clínica cirúrgica, seguidos de obstetrícia com 13%, clínica médica com 29% e pediatria com 6%. E, igualmente o município de Xanxerê traz proporções de atendimentos muito parecidas, sendo: clínica cirúrgica 54%, obstetrícia com 13%, clínica médica com 26% e pediatria com 7%, destacando-se que grande parcela dos atendimentos da clínica cirúrgica são em decorrência dos traumas. Considera-se nesta tabela todos os 76 municípios da macrorregião Grande Oeste, os que não aparecem nesta tabela não apresentam valores consideráveis.

Quadro 6- Frequência absoluta de internações por capítulos do CID 10, segundo caráter de urgência e emergência, na Macrorregião do Grande Oeste, entre dezembro de 2011 a novembro de 2012

Capítulo CID-10	Grande Oeste
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.598
II. Neoplasias (tumores)	4.288
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	454
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	781
IX. Doenças do aparelho circulatório	5.833
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.362
VI. Doenças do sistema nervoso	670
VII. Doenças do olho e anexos	57
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	47
X. Doenças do aparelho respiratório	10.097
XI. Doenças do aparelho digestivo	5.579
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	437
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.968
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.392
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	6.211
XV. Gravidez parto e puerpério	7.050
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	681
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	210
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	785
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	18
XXI. Contatos com serviços de saúde	402
Total	53.920

Na tabela acima, verifica-se que as doenças do aparelho respiratório ficam em primeiro lugar com 10.097 internações no período analisado, na Macrorregião do Grande Oeste, seguidas de internações devido a gravidez, parto e puerpério com 7.050 casos, logo, temos o capítulo XIX que trata das lesões provocadas pelas causas externas com 6.211 casos, seguidos das doenças do aparelho respiratório com 5.833 casos de internações em caráter de emergência e urgência. Estes são dados e informações de extrema relevância no que tange a organização dos componentes de atendimentos de urgência e emergência.

Quadro 7 - Frequência absoluta de registros de AVC (Acidente Vascular Cerebral) SEM AIT (Acidente Isquêmico Transitório) na região do Grande Oeste, em 2011 e 2012

Diagnostico CID10 / Extremo Oeste	2011	2012
G46 Sindr vasc cerebr q ocorr doenc cerebrovasc	5	3
G81 Hemiplegia	1	0
G82 Paraplegia e tetraplegia	0	0
I63 Infarto cerebral	144	105
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquêmico	582	511
I65 Oclus/esten art pre-cereb q n res inf cereb	0	0
I66 Oclusão/estenose art cereb q n res inf cereb	2	0
I67 Outr doença cerebrovasculares	18	30
I68 Transt cerebrovasculares em doença COP	0	0
Total	752	649

Fonte: SES-SC/Tabwin

É possível verificar a redução de 103 casos de AVC sem IAT em 2012 quando comparado a 2011, isso caracteriza-se como ponto positivo, porém as frequências apresentadas ainda são muito altas, sendo que muitas destas se não tratadas em tempo hábil e com condutas adequadas podem deixar inúmeras sequelas e até tornar um indivíduo incapacitado para o trabalho, logo, a importância do diagnóstico e tratamento precoce.

Quadro 8 - Frequência absoluta de registros de AVC (Acidente Vascular Cerebral) COM AIT (Acidente Isquêmico Transitório) na região do Grande Oeste, em 2011 e 2012

Diagnostico CID10 / Extremo Oeste	2011	2012
--	-------------	-------------

G45	Acid vasc cerebr isquêmicos trans sindr corr	120	114
G46	Sindr vasc cerebr q ocorr doenc cerebrovasc	5	3
G81	Hemiplegia	1	0
G82	Paraplegia e tetraplegia	0	0
I63	Infarto cerebral	144	105
I64	Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquêmico	582	511
I65	Oclus/esten art pre-cerebr q n res inf cereb	0	0
I66	Oclusão/estenose art cereb q n res inf cereb	2	0
I67	Outras doença cerebrovasculares	18	30
I68	Transt cerebrovasculares em doença COP	0	0
Total		872	763

Fonte: SES-SC/Tabwin

De modo geral quando comparados ambos os anos em análise, observa-se diminuição da frequência dos casos de AVC com AIC (n=109). Essa diminuição foi mais acentuada no acidente vascular cerebral não especificado como hemorragia isquêmica com 71 casos a menos e nos casos de infarto cerebral com 39 casos a menos em 2012.

Quadro 9 - Frequência absoluta de registros de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) na região do Grande Oeste em 2011 e 2012

Diagnostico CID10 / Extremo Oeste	2011	2012
I20 Angina pectoris	541	575
I21 Infarto agudo do miocárdio	290	290
I22 Infarto do miocárdio recorrente	6	1
I24 Outras doença isquêmicas agudas do coração	57	25
I25 Doença isquêmica crônica do coração	0	15
Total	894	906

Fonte: SES-SC/Tabwin

É possível observar uma pequena elevação da frequência (n=12) total de IAM de 2011 para 2012, essa elevação se deve pelo diagnóstico de angina pectoris com n=34 a mais em 2012 e n=15 a mais em 2012 pelo diagnóstico de doença isquêmica crônica do coração. Também se verifica que diminuiu o infarto do miocárdio recorrente (n=5) e outras doenças isquêmicas agudas do coração (n=32). Sobretudo, ainda é de fundamental importância a redução de registros, ou seja da morbidade por doenças do tipo IAM, pois na grande maioria dos casos pode ser prevenida.

Quadro 10 - Frequência absoluta de registros de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) *sem angina* na região do Grande Oeste, em 2011 e 2012

Diagnostico CID10 / Extremo Oeste	2011	2012
I21 Infarto agudo do miocárdio	290	290
I22 Infarto do miocárdio recorrente	6	1
I24 Outras doenças isquêmicas agudas do coração	57	25
I25 Doença isquêmica crônica do coração	0	15
Total	353	331

Fonte: SES-SC/Tabwin

Observa-se diminuição do numero de casos de 2011 para 2012 (n=22), porém ainda mais preocupante pois este tipo de IAM sem angina, muitas vezes é mascarado pelo próprio paciente, o que remete a necessidade de um atendimento precoce e qualificado.

Quadro 11 - Frequência absoluta de agravos de notificação compulsória na Macrorregião do Grande Oeste, entre os anos de 2008 a 2012

Agravos confirmados	2008	2009	2010	2011	2012	Total
B019 VARICELA	2706	1709	2869	2151	2829	12264
N72 SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES	760	935	618	603	644	3560
B19 HEPATITES VIRAIS	616	534	497	560	703	2910
A630 CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	484	201	178	251	316	1430
T659 INTOXICACAO EXOGENA	135	198	269	334	318	1254
R36 SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM	135	135	90	98	78	536
A279 LEPTOSPIROSE	57	42	44	70	61	274
B269 CAXUMBA [PAROTIDITE EPIDEMICA] SEM COMPLICACOES	53	54	32	52	24	215
G039 MENINGITE	50	53	34	42	35	214
Y59 EVENTOS ADVERSOS POS-VACINACAO	44	1	0	27	17	89
A53 SIFILIS EM ADULTO (EXCLUIDA A FORMA PRIMARIA)	38	38	21	52	70	219
O981 SIFILIS EM GESTANTE	25	17	21	22	32	117
A60 HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISODIO)	21	41	36	37	36	171
A379 COQUELUCHE	9	6	7	4	15	41
A90 DENGUE	8	11	15	14	18	66
N485 SINDROME DA ULCERA GENITAL (EXCLUIDO HERPES GENITAL)	8	9	14	5	23	59
A988 HANTAVIROSE	5	3	4	4	2	18
B68 INFESTACAO POR TAENIA	5	5	2	1	0	13

B69 CISTICERCOSE	5	6	1	0	0	12
A35 TETANO ACIDENTAL	3	2	2	3	2	12
Y09 VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS	2	143	499	642	933	2219
B54 MALARIA	2	9	14	3	6	34
E43 DESNUTRICAO PROTEICO-CALORICA GRAVE NAO ESPECIFICADA	2	11	7	3	4	27
A080 ROTAVIRUS	1	8	29	8	15	61
A539 SIFILIS NAO ESPECIFICADA	0	0	1	36	106	143
J11 INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDEMICO)	0	0	0	0	4	4
P371 TOXOPLASMOSE CONGENITA	0	0	0	2	2	4
J189 PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA	0	0	0	3	0	3
A010 FEBRE TIFOIDE	0	1	1	0	0	2
A779 FEBRE MACULOSA / RICKETTSIOSES	0	0	0	0	1	1
Total	5174	4172	5305	5027	6294	25972

Fonte: SES-SC/Tabwin

O ano com menor número de doenças notificadas e confirmadas foi em 2009 com 4.172 agravos, já o ano com a maior frequência de doenças notificadas foi em 2012 com 6.294 agravos notificados. No período de cinco anos analisados a média gira em torno de 5.194 agravos anuais.

Analisando os extremos (2008 e 2012) se verifica que: em 2008 e 2012 o agravo com maior número de notificações é a varicela com respectivamente 2.706 e 2.829 notificações/ano. Em 2008 em segundo lugar foi a síndrome do corrimento cervical em mulheres com 760 notificações, já em 2012 em segundo lugar destacam-se as violências com 933 notificações, tornando-se cada vez mais um grave problema de saúde pública não somente em Santa Catarina, mas no Brasil e no mundo. Por fim, em 2008 e em 2012 as hepatites virais ficaram em terceiro lugar com respectivamente 616 e 703 notificações/ano.

Quadro 13 - Série histórica da frequência absoluta simples das cinco principais causas de óbito, na Macrorregião de Saúde do Grande Oeste – SC

Capítulo CID-10	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
IX. Doenças do aparelho circulatório	899	895	889	995	916	931	861	909	966	939	985	1.154	1.042	1.107	1.157
II. Neoplasias (tumores)	514	540	521	579	643	586	615	646	729	662	726	724	796	826	776
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	464	440	394	393	407	377	423	434	420	452	447	507	519	438	499
X. Doenças do aparelho respiratório	425	332	389	386	367	364	385	411	411	434	378	494	389	471	466
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (mal definidas)	431	395	414	333	385	380	334	358	308	241	202	211	123	123	153
TOTAL	3.290	3.173	3.172	3.313	3.333	3.289	3.272	3.361	3.454	3.394	3.396	3.826	3.608	3.728	3.820

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/Consultado em 14 de maio de 2013.

Conforme a tabela acima, se destaca em primeira posição o capítulo IX da CID 10 que compreende as doenças do aparelho circulatório, seguido do capítulo II que trata das neoplasias, após vem o capítulo XX que dispõe sobre as causas externas, em quarto lugar esta o capítulo X que se refere as doenças do aparelho respiratório e em quinto lugar ficam as causas mal definidas.

Quadro 14 - Série histórica da frequência relativa das cinco principais causas de óbito, na Macrorregião de Saúde do Grande Oeste – SC

Capítulo CID-10	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
IX. Doenças do aparelho circulatório	27	28	28	30	27	28	26	27	28	28	29	30	29	30	30
II. Neoplasias (tumores)	16	17	16	17	19	18	19	19	21	20	21	19	22	22	20
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	14	14	12	12	12	11	13	13	12	13	13	13	14	12	13
X. Doenças do aparelho respiratório	13	10	12	12	11	11	12	12	12	13	11	13	11	13	12
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (mal definidas)	13	12	13	10	12	12	10	11	9	7	6	6	3	3	4
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/Consultado em 14 de maio de 2013.

A sequência dos quatro primeiros capítulos descritos na tabela acima apresenta a mesma tendência ao longo do período analisado, esta tendência é encontrada em nível de Brasil. Já o capítulo XVIII que trata das causas mal definidas apresenta ao longo do tempo uma diminuição na frequência relativa dos casos, sendo este considerado um indicador positivo, pois a causa básica do óbito esta cada vez mais esclarecida. Nota-se que as causas externas apresentam-se em terceiro lugar e as implicações relativas as mesmas para o sistema de saúde e para a sociedade assinalam a necessidade de aprimoramento do sistema de atendimento frente a elevada morbimortalidade, com vistas a dar subsídio às políticas públicas, no intuito de prevenir o crescente problema e fornecer atendimento às vítimas.

Entre as características particulares das causas externas estão a sua complexidade e abrangência. Dentro deste grupo estão reunidos diferentes tipos de agravos (acidentes de trânsito, violência doméstica, afogamentos, quedas, queimaduras, desastres naturais, violência sexual e abuso contra o idoso, entre outros) que, por terem gênese diversa, também demandam intervenções muito diferentes. Desta forma, é preciso estabelecer prioridades para a ação, o que geralmente não se constitui em tarefa simples (SES-SP, 2006).

Anualmente a morbimortalidade por causas externas, é responsável por mais de cinco milhões de mortes em todo o planeta, perfazendo, aproximadamente, 9% da mortalidade mundial (WHO, 2011).

Além disso, ocorrem 5,8 milhões de óbitos no mundo, a mais, em decorrência de causas externas, se comparado à mortalidade de doenças endêmicas como malária, tuberculose e Aids (OPAS, 2012a).

Quadro 15 - Proporção de óbitos por estratificação das causas externas do capítulo XX da CID 10, na Macrorregião do Grande Oeste, em 2012

Causas Externas	Grande Oeste
Acidentes de Transportes	43,71
Homicídio	18,35
Suicídio	16,08
Acidentes-Quedas	8,45
Acidentes-Afogamento	3,71
Acidentes-exposição a forças inanimadas	3,71
Eventos cuja intenção é indeterminada	1,44
Acidentes-exposição a corrente elétrica	1,24
Acidentes-riscos a respiração	1,03

Acidentes-exposição ao fogo e às chamas	0,21
Demais causas externas	0,62
Acidentes-Envenenamento	0
Acidentes-Outros	0,21
Complicações de assistência médica e cirúrgica	0,21
Intervenções Legais e operações de guerra	0,21
Acidentes- Não especificados	0,41
Acidentes-Contato com animais e plantas venenosas	0,41
Total	100

Fonte: SES-SC/SIM-Tabnet

Quando analisado a proporção de óbitos estratificados dentro do capítulo XX da CID 10, verifica-se que os acidentes de transporte estão em primeiro lugar com aproximadamente 44% dos óbitos dentro o capítulo XX, este numero é alarmante, sendo este o dobro comparado a proporção do Brasil. Vale ressaltar que a grande maioria necessita de cuidados hospitalares especializados, pois dependendo do grau do trauma para a realização de um atendimento de um politraumatismo pode-se envolver varias especialidades, e estas, devem estar dotadas de uma rede de atenção especifica e especializada, sem contar que a questão do tempo vai ao encontro da questão da qualidade da recuperação do individuo. Em segundo e terceiro lugar ficam os homicídios com 18% e os suicídios com 16%.

No Brasil os acidentes de trânsito corresponderam a 26,5% das mortes, perfazendo a primeira causa entre 10 a 14 anos e de 40 a 59 anos, e a segunda colocação de mortes por causas externas nas demais faixas etárias (MASCARENHAS *et al.*, 2011b).

No conjunto de todos os óbitos ocorridos devido às causas violentas, os homicídios, também chamados de agressões e/ou intervenções legais, foram os mais prevalentes.

“O risco de morte por causas violentas apresentou incremento discreto de 4,4%, sendo que nesse grupo de causas foi o risco de morte por lesões autoprovocadas (suicídios) o que mais cresceu (22,5%)” (MASCARENHAS *et al.*, 2011b, p. 239).

O risco de morrer por suicídio no Brasil, em 2009, concentrou-se especialmente entre os homens, com idade igual ou acima de 40 anos, residentes na região Sul.

As causas externas, são causas evitáveis, porém de difícil sensibilização e atenção por parte de toda a população, pois estão entre as principais causas de óbito, logo, cada vez mais, tem-se a necessidade da articulação dos serviços em prol de garantir a sobrevivência dos indivíduos, onde uma rede organizada é imprescindível.

Quadro 16 - Série histórica da proporção de anos potenciais de vida perdidos (APVP) por causas da CID 10, segundo o ano do óbito na macrorregião da grande oeste – SC.

Causas Apvp	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Doença isquêmica do coração	3,17	3,57	3,74	3,61	3,39	3,63	3,54	3,79	3,97	3,84	3,44	4,26	3,12	3,37	3,95	3,78	3,63
D. cerebrovasculares	3,59	3,46	3,6	4	3,29	3,36	3,27	2,58	2,83	3,09	2,89	2,71	2,91	3,54	3,54	2,73	3,23
Acidentes de transito transporte	12,42	12,35	9,12	9,1	10,27	9,93	11,97	10,23	15,04	16,53	17,32	18,95	17,81	16,53	19,7	19,5	13,99
Outros acidentes	8,54	6,77	6,15	7,19	7,61	7,07	7,12	6,77	6,81	7,69	5,87	6,93	5,79	4,86	5,01	5,06	6,63
Suicídios	2,73	3,76	4,41	3,89	4,01	4,49	4,2	4,42	4,04	4,11	4,59	4,36	4,48	4,35	5,47	4,69	4,21
Homicídios	4,31	4,38	5,18	4,76	5,28	4,37	4,89	8,43	6,2	5,6	6,81	5,55	9,01	6,49	7,09	7,73	5,93

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

A proporção de anos potenciais de vida perdidos (APVP) por acidentes de trânsito terrestre no grande oeste, em todo o período descrito acima, destaca-se em **primeiro lugar**, com 14% de anos potenciais perdidos de vida, seguidas das demais causas externas. Contudo a existência de um atendimento com qualificação garante maior sobrevida dos indivíduos, reduzindo assim a mortalidade precoce por causas evitáveis e neste contexto tratamos das causas externas.

1.1.2 ATENÇÃO BÁSICA

A organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS - RAS são estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência.

Conforme vem sendo retratado, o atual modelo de atenção à saúde ainda fundamenta-se nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, o que tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

Como estratégia para qualificar o atual modelo de atenção a saúde, e organizar as RAS temos a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, que se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, tanto na organização interna da atenção a saúde (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. Para tanto é necessário reconhecer a capacidade instalada, bem como as ações que vem sendo realizadas para otimizar o trabalho em rede.

A Estratégia de Saúde da Família- ESF como substitutiva ao modelo de atenção convencional vem sendo implantada desde 1994 apoiando a reordenação do modelo de atenção a saúde, tendo sido amplamente trabalhada em todo o Estado de Santa Catarina.

A Região Extremo Oeste conta com 30 municípios e uma cobertura média da ESF de 94,5%, tendo apenas o município de Saudades cobertura populacional da ESF de 76%. Para obter esta cobertura em março de 2011 havia 77 equipes de Saúde da Família, 70 destas acompanhadas de equipes de Saúde Bucal, com uma cobertura populacional de 88,5%. Tendo apenas o município de São Miguel do Oeste cobertura populacional da ESB de aproximadamente 75%.

Esta região conta com 14 Núcleos de Apoio a Saúde da Família com financiamento Estadual e 5 com financiamento através do Fundo Nacional de Saúde, estando divididos em mais de 60% dos municípios da região.

Quando analisamos os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, notamos que houve adesão de 97% dos municípios, sendo que das 77 equipes de ESF, 45 aderiram , perfazendo quase 60% das equipes.

Existem 4 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO- na região, sendo em 2 em São Miguel do Oeste, 1 em Pinhalzinho e em Dionísio Cerqueira, todos com pactuações previamente estabelecidas para atender os municípios circunvizinhos.

A Região conta ainda com 3 Centros de Atenção Psicossocial –CAPS, sendo 1 em São Miguel do Oeste, 1 em Maravilha e 1 em Dionísio Cerqueira. No que se refere a participação dos municípios no Programa Saúde na Escola, os municípios de Barra Bonita, Descanso, São Miguel do Oeste, Santa Helena, Flor do Sertão, São Miguel do Oeste, Guarujá e Palma Sola tem ações neste sentido. Os Pólos de Academia da Saúde estão implantados em 8 dos 29 municípios da região.

A Região Oeste conta com 25 municípios e uma cobertura média da ESF de 85,3%, tendo somente os municípios de Chapecó(75,9%) e Nova Erechim (79,6) cobertura populacional da ESF inferior a 80%. Para obter esta cobertura em março de 2011 havia 88 equipes de Saúde da Família, 63 destas acompanhadas de equipes de Saúde Bucal, com uma cobertura populacional de 62%. Tendo os municípios de Cunha Porã e Coronel Freitas cobertura populacional da ESB de somente 30% da população.

Conta com 22 Núcleos de Apoio a Saúde da Família implantados, quase 50% destes com financiamento Estadual, no entanto ainda apresenta 6 municípios que não possuem equipes NASF implantadas, apesar de contarem com equipes multiprofissionais de referência para o atendimento.

Quando analisamos os dados do PMAQ, nota-se que houve adesão de 100% dos municípios, sendo que das 88 equipes de ESF, 84 aderiram , perfazendo quase 95,5% das equipes.

Existem 2 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO- na região, sendo em 1 em Chapecó, 1 em Palmitos, todos com pactuações previamente estabelecidas para atender os municípios circunvizinhos. Alguns municípios desta região contam com o CEO de São Lourenço do Oeste em suas pactuações para atendimentos aos usuários.

A Região conta ainda com 5 Centros de Atenção Psicossocial –CAPS, sendo 1 em Palmitos, 3 em Chapecó e 1 em Quilombo. No que se refere a participação dos municípios no Programa Saúde na Escola, os municípios de Formosa do Sul, Jardinópolis, Quilombo, Santiago do Sul, Caxambú do Sul, Chapecó, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Nova Itaberaba, Sul Brasil, Cunha Porã e Riqueza tem ações neste sentido. Os Pólos de Academia da Saúde estão implantados em 13 dos 29 municípios da região.

A Região de Xanxerê compreende 21 municípios e uma cobertura média da ESF de 84,5%, tendo somente os municípios de Xanxerê(77,3%) e São Lourenço do

Oeste (78,5%) cobertura populacional da ESF inferior a 80%. Para obter esta cobertura em março de 2011 havia 63 equipes de Saúde da Família, 38 destas acompanhadas de equipes de Saúde Bucal, com uma cobertura populacional de 69,2%. Tendo somente o município de Xanxerê cobertura populacional da ESB de 15,5%, todos os demais apresentam mais de 70% da população coberta pelos atendimentos da ESB.

Conta com 20 Núcleos de Apoio a Saúde da Família implantados, mais de 50% destes com financiamento Estadual, apenas 1 município da região não possui equipe NASF implantada, apesar de contarem com equipe multiprofissional de referência para o atendimento.

Quando analisados os dados do PMAQ, observa-se que houve adesão de 100% dos municípios, sendo que das 63 equipes de ESF, 55 aderiram , perfazendo quase 87% das equipes.

Existem na região 2 Centros de Especialidades Odontológicas como referência, situado em Xanxerê e São Lourenço do Oeste, todos com pactuações previamente estabelecidas para atender os municípios circunvizinhos.

A Região conta ainda com 4 Centros de Atenção Psicossocial –CAPS, sendo 1 em Xanxerê, 1 em Xaxim e 1 em São Lourenço do Oeste. No que se refere a participação dos municípios no Programa Saúde na Escola, 57% aderiam ao programa deles tem ações neste sentido. Os Pólos de Academia da Saúde estão implantados em 10 dos 21 municípios da região.

Apesar de todo o movimento para implantação das ESF ter iniciado ainda no ano de 1994, somente a partir de 2001 é que começaram a ser implantadas as primeiras equipes na Região Oeste do Estado. A implementação das ESF vêm sendo expandida no decorrer dos anos, contribuindo com a qualidade dos serviços de saúde oferecidos a população, sendo considerado o eixo principal de implantação do SUS e uma oportunidade para qualificar a prática multissetorial e multiprofissional.

Quadro 17 - Capacidade instalada da atenção básica

MACRO	Região de Saúde	SDR	MUNICÍPIO	População IBGE 2010	Cobertura pop. Estimada SF (Abril 2012)	Teto Equipes SF e SB	Nº equipes SF	Nº Eq. SF Assentamento	Nº equipes SB Mod.1	Nº equipes SB Mod.2	Cobertura pop. Estimada SB	Nº ACS	NASF SC Mod. I	NASF SC Mod.II	NASF/MS Tipo I	NASF/MS Tipo II	Aderiu ao PMAQ	Nº Equipes SF com adesão ao PMAQ	CEO de Referência	CAPS
EXTREMO OESTE	1 SÃO MIGUEL DO OESTE	1º SDR São Miguel D'Oeste e	Bandeirante	2.886	100,0 %	1	1	1	1	0	100,0 %	8	--	--	--	--	sim	1	SMO	--
			Barra Bonita	1.860	100,0 %	1	1	1	1	0	100,0 %	5	--	--	--	--	sim	1	SMO	--
			Belmonte	2.639	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	6	--	1	--	--	sim	1	SMO	--
			Descanso	8.597	100,0 %	4	3	0	3	0	100,0 %	22	--	--	--	--	sim	2	SMO	--
			Guaraciaba	10.457	100,0 %	4	4	0	3	0	99,0%	27	--	--	--	1	sim	4	SMO	--
			Paraíso	4.026	100,0 %	2	2	1	2	0	100,0 %	12	--	1	--	--	sim	2	SMO	--
			São Miguel do Oeste	36.612	75,4%	15	9	1	8	0	75,4%	64	--	--	1	--	sim	8	SMO	CAP S I
		TOTAL 1ª SDR	67.077	100,0 %	28	21	4	19	0	97,7%	144	0	2	1	1		19	1	1	
	31º SDR Itapiranga	Iporã do Oeste	8.450	100,0 %	4	3	0	3	0	100,0 %	19	--	1	--	--	sim	3	SMO	--	
		Itapiranga	15.518	100,0 %	6	5	0	5	0	100,0 %	37	--	--	--	--	sim	5	SMO	--	
		Santa Helena	2.367	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	6	--	1	--	--	sim	1	SMO	--	

2º SDR Maravilha	São João do Oeste	6.055	100,0 %	3	2	0	1	0	57,0%	13	--	1	--	--	sim	2	SMO	--
	Tunápolis	4.622	100,0 %	2	2	0	2	0	100,0 %	12	--	--	--	--	sim	2	SMO	--
	TOTAL 31ª SDR	37.012	100,0 %	16	13	0	12	0	100,0 %	87	0	3	0	0		13	1	0
	Bom Jesus do Oeste	2.131	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	5	--	--	--	--	sim	1	Pinha l.	--
	Flor do Sertão	1.587	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	4	--	1	--	--	sim	1	Pinha l.	--
	Iraceminha	4.227	100,0 %	2	2	0	2	0	100,0 %	11	--	1	--	--	sim	2	Pinha l.	--
	Maravilha	22.376	92,5%	9	6	0	6	0	92,5%	56	--	--	--	1	sim	6	Pinha l.	CAP S I
	Modelo	4.054	100,0 %	2	2	0	2	0	100,0 %	8	--	1	--	--	sim	2	Pinha l.	--
	Pinhalzinho	16.638	82,9%	7	4	0	3	1	82,9%	38	--	--	--	--	sim	4	Pinha l.	--
	Romelândia	5.479	100,0 %	2	2	1	2	0	100,0 %	15	--	1	--	--	sim	1	Pinha l.	--
	Saltinho	3.943	87,5%	2	1	0	1	0	87,5%	11	--	--	--	--	sim	1	Pinha l.	--
	Santa Terezinha do Progresso	2.857	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	8	--	1	--	--	sim	1	Pinha l.	--
	São Miguel da Boa Vista	1.896	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	5	--	--	--	--	sim	1	Pinha l.	--
	Saudades	9.070	76,1%	4	2	0	0	0	0,0%	20	--	--	--	--	sim	2	Pinha l.	--
	Tigrinhos	1.748	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	5	--	1	--	--	sim	1	Pinha l.	--
	TOTAL 2ª SDR	76.006	100,0 %	33	24	1	21	1	99,9%	186	0	6	0	1		8	1	1

		30° SDR Dionísio Cerdeira	Anchieta	6323	100,0 %	3	2	1	2	0	100,0 %	12	--	--	--	--	sim	2	Dio. C.	--
			Dionísio Cerdeira	14855	100,0 %	6	6	1	6	0	100,0 %	35	--	--	--	--	sim	3	Dio. C.	CAP S I Micro regi onal
			Guarujá do Sul	4925	100,0 %	2	2	0	2	0	100,0 %	12	--	--	--	--	sim	--	Dio. C.	--
			Palma Sola	7732	100,0 %	3	3	1	3	0	100,0 %	20	--	1	--	1	sim	3	Dio. C.	--
			Princesa	2770	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	6	--	--	--	--	sim	1	Dio. C.	--
			São José do Cedro	13685	100,0 %	6	5	1	5	0	100,0 %	35	1	--	--	--	sim	4	Dio. C.	--
			TOTAL 30ª SDR	50.290	100,0 %	21	19	4	19	0	100,0 %	120	1	1	0	1		5	1	1
		TOTAL REGIÃO 1		230.385	100,0 %	98	77	9	71	1	100,0 %	537	1	12	1	3		45	4	3
	2 CHAPECÓ	32° SDR Quilombo	Formosa do Sul	2.592	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	6	--	1	--	--	sim	1	SLO	Enc. p/ Qbo.
			Irati	2.081	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	6	--	--	--	--	sim	1	SLO	Enc. p/ Qbo.
			Jardinópolis	1.749	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	5	--	1	--	--	sim	1	SLO	Enc. p/ Qbo.
			Quilombo	10.211	100,0 %	4	4	0	3	0	100,0 %	26	1	--	--	1	sim	4	SLO	CAP S I Micro regi

																				onal Enc. p/ Qbo.
			Santiago do Sul	1.448	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	4	--	1	--	--	sim	1	SLO	Enc. p/ Qbo.
			União do Oeste	2.874	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	8	--	1	--	--	sim	1	SLO	Enc. p/ Qbo.
			TOTAL 32ª SDR	20.955	100,0 %	9	9	0	8	0	100,0 %	55	1	4	0	1		9	1	1
		4º SDR Chapecó	Águas Frias	2.417	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	7	--	--	--	--	sim	1	CHA P.	--
			Caxambu do Sul	4.346	100,0 %	2	2	0	1	0	79,4%	12	--	1	--	--	sim	2	CHA P.	--
			Chapecó	186.33 7	72,2%	78	41	0	28	0	51,8%	27 8	--	--	4	--	sim	37	CHA P.	CAP S II, CAP Si, CAP Sad
			Cordilheira Alta	3.819	90,3%	2	1	0	1	0	90,3%	7	--	1	--	--	sim	1	CHA P.	--
			Coronel Freitas	10.189	100,0 %	4	3	0	1	0	33,9%	25	1	--	--	--	sim	3	CHA P.	--
			Guatambú	4.678	100,0 %	2	2	1	1	0	73,7%	10	--	--	--	--	sim	2	CHA P.	--
			Nova Erechim	4.332	79,6%	2	1	0	1	0	79,6%	8	--	--	--	--	sim	1	CHA P.	--
			Nova Itaberaba	4.268	100,0 %	2	2	0	1	0	80,8%	12	--	1	--	--	sim	2	CHA P.	--
			Planalto Alegre	2.670	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	6	--	--	--	--	sim	1	CHA P.	--
			Serra Alta	3.282	100,0	1	1	0	1	0	100,0	8	--	--	--	--	sim	1	CHA	--

					%					%								P.		
			Sul Brasil	2.740	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	8	--	1	--	--	sim	1	CHA P.	--
			TOTAL 4ª SDR	229.078	81,3%	96	56	1	38	0	57,2%	381	1	4	4	0		52	1	3
		29º SDR Palmitos	Aguas de Chapecó	6136	100,0 %	3	2	1	1	0	56,2%	14	--	1	--	--	sim	2	PALM .	--
			Caibi	6209	100,0 %	3	3	0	3	0	100,0 %	17	--	1	--	--	sim	3	PALM .	Enc. p/ Palm .
			Cunha Porã	10643	97,2%	4	3	0	1	0	32,4%	28	--	1	--	--	sim	3	PALM .	--
			Cunhataí	1887	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	5	--	1	--	--	sim	1	PALM .	--
			Mondaí	10347	100,0 %	4	3	0	2	0	66,7%	23	--	1	--	--	sim	3	PALM .	--
			Palmitos	16019	100,0 %	7	5	0	3	0	64,6%	38	1	--	--	1	sim	5	PALM .	CAP S I Micro regional
			Riqueza	4813	100,0 %	2	2	0	2	0	100,0 %	13	--	1	--	--	sim	2	PALM .	--
			São Carlos	10363	100,0 %	4	4	0	4	0	100,0 %	23	--	--	--	--	sim	4	PALM .	--
			TOTAL 29ª SDR	66.417	100,0 %	28	23	1	17	0	88,3%	161	1	6	0	1		23	1	1
TOTAL REGIÃO 2				316.450	93,8%	133	88	2	63	0	68,7%	597	3	14	4	2		84	3	5
XANXERÊ	5º SDR		Abelardo Luz	17.151	100,0 %	7	8	4	3	2	100,0 %	48	--	--	1	--	sim	8	P/ XANX	CAP S I

Xanxerê	Bom Jesus	2.563	100,0 %	1	1	1	1	0	100,0 %	5	--	1	--	--	sim	1	ERÊ P/ XANX ERÊ	--
	Entre Rios	3.031	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	8	--	1	--	--	sim	1	P/ XANX ERÊ	--
	Faxinal dos Guedes	10.653	100,0 %	4	4	1	2	0	64,8%	29	1	--	--	1	sim	4	P/ XANX ERÊ	--
	Ipuaçu	6.850	100,0 %	3	2	0	2	0	100,0 %	17	--	1	--	--	sim	2	P/ XANX ERÊ	--
	Lageado Grande	1.484	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	4	--	1	--	--	sim	1	P/ XANX ERÊ	--
	Marema	2.169	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	7	--	1	--	--	sim	1	P/ XANX ERÊ	--
	Ouro Verde	2.265	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	7	--	--	--	--	sim	1	P/ XANX ERÊ	--
	Passos Maia	4.400	100,0 %	2	2	2	2	0	100,0 %	16	--	1	--	--	sim	1	P/ XANX ERÊ	--
	Ponte Serrada	11.068	100,0 %	5	4	1	3	1	100,0 %	22	1	--	--	1	sim	2	P/ XANX ERÊ	--
	São Domingos	9.488	100,0 %	4	4	0	2	0	72,7%	23	1	--	--	--	sim	3	P/ XANX ERÊ	--
	Vargeão	3.533	97,7%	1	1	1	1	0	97,7%	9	--	1	--	--	sim	1	P/	--

																		XANXERÊ		
			Xanxerê	44.643	77,3%	19	10	0	2	0	15,5%	69	--	--	1	--	sim	8	P/ XANXERÊ	CAP SI
			Xaxim	25.933	100,0 %	11	8	0	8	0	100,0 %	63	--	--	1	--	sim	8	P/ XANXERÊ	CAP SI
			TOTAL 5ª SDR	145.231	100,0 %	61	48	10	30	3	78,4%	327	3	7	3	2		42	0	3
	3ª SDR São Loure nço do Oeste		Campo Erê	9.295	100,0 %	4	4	1	2	2	100,0 %	23	1	--	--	1	sim	4	SLO	--
		Coronel Martins	2.464	100,0 %	1	1	1	1	0	100,0 %	6	--	1	--	--	sim	1	SLO	--	
		Galvão	3.414	100,0 %	1	2	0	1	0	100,0 %	8	--	1	--	--	sim	2	SLO	--	
		Jupia	2.143	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	5	--	1	--	--	sim	1	SLO	--	
		Novo Horizonte	2.724	100,0 %	1	1	0	0	0	0,0%	6	--	--	--	--	sim	1	SLO	--	
		São Bernardino	2.642	100,0 %	1	1	0	1	0	100,0 %	6	--	1	--	--	sim	1	SLO	--	
		São Lourenço do Oeste	21.964	94,3%	9	5	0	2	1	47,1%	33	--	--	--	--	sim	3	SLO	CAP SI	
		TOTAL 3ª SDR	44.646	100,0 %	18	15	2	8	3	85,0%	87	1	4	0	1		13	1	1	
	TOTAL REGIÃO 3			189.877	100,0 %	79	63	12	38	6	79,9%	414	4	11	3	3		55	1	4
TOTAL EXTREMO OESTE				736.712	100,0 %	310	228	23	172	7	83,8%	1.548	8	37	8	8		184	8	12

1.1.2 ATENÇÃO HOSPITALAR NA URGÊNCIA

A Macrorregião Oeste conta com 34 Unidades Hospitalares, e nas cidades de São Miguel do Oeste, Xanxerê e Chapecó, estão localizadas as referências hospitalares.

Analisando a distribuição dos hospitais na região constata-se que 42 municípios não possuem hospitais.

Existe um hospital em construção no município de Ponte Serrada, com previsão de 49 leitos novos.

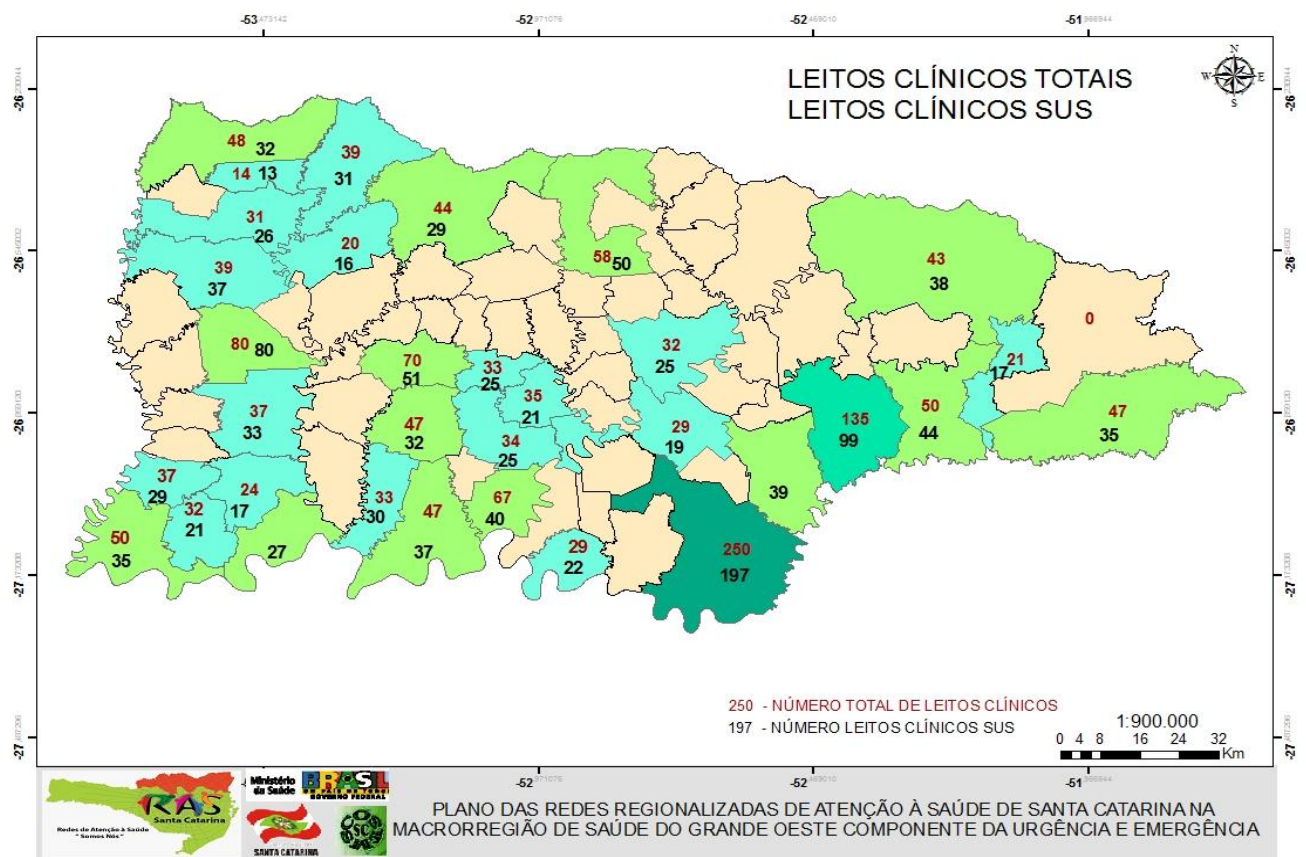
Do total de unidades hospitalares existentes 26 apresentam menos de 50 leitos; 6 hospitais possuem de 50 a 100 leitos; 1 hospital com 135 leitos e 1 hospital com 250 leitos.

Na macrorregião o Hospital Regional do Oeste, de Chapecó, está habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia e em neurologia-neurocirurgia.

O Hospital Regional São Paulo, de Xanxerê, possui habilitação em unidade de assistência em alta complexidade em cardiovascular e cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista.

Está em processo de credenciamento e habilitação para neurocirurgia e ortopedia, o Hospital Regional Terezinha Gaio Basso, de São Miguel do Oeste.

Os demais hospitais são hospitais de pequeno porte.



O quadro abaixo demonstra o total de leitos existentes na região. O quantitativo de leitos concentra-se significativamente no município de Chapecó, com 250 leitos.

Quadro 18 - Distribuição das Unidades Hospitalares e número de leitos

Município	Unidade Hospitalar	Leitos clínicos existentes	Leitos clínicos SUS
Anchieta	Hospital Municipal Anchietaense	20	16
Caibi	Hospital Caibi	33	30
Campo Erê	Hospital Santo Antonio Campo Ere	44	29
Caxambu do Sul	Fundação Medica Assistencial do Trabalhador Rural	29	22
Chapecó	Associação Hospitalar Lenoir Vargas Hospital Regional	250	197
Coronel Freitas	Hospital Nossa Senhora da Saude	29	19
Cunha Porã	Hospital Cunha Pora	47	32
Descanso	Fundação Medica	37	33
Dionísio Cerqueira	Hospital Municipa de Dionisio Cerqueira	48	32
Guaraciaba	Associação Beneficente Hospital São Lucas	39	37
Guarujá do Sul	Hospital Guaruja	14	13
Iporã do Oeste	Hospital de Ipora	24	17
Itapiranga	Sociedade Hospitalar Itapiranga	50	35
Maravilha	Hospital São Jose de Maravilha	70	51
Modelo	Hospital de Modelo	33	25
Mondai	Hospital Mondai	44	27
Nova Erechim	Hospital Nova Erechim	31	24
Palma Sola	Hospital Santa Rita de Cassia LTDA	39	31
Palmitos	Hospital Palmitos	47	37
Pinhalzinho	Hospital de Pinhalzinho	35	21
São Carlos	Sociedade hospitalar padre Joao Berthier	67	40
Quilombo	Hospital São Bernardo	32	25
São João do Oeste	Hospital Santa Casa Rural	32	21
São José do Cedro	Hospital Cedro	31	26
São Lourenço do Oeste	Hospital da Fundação	58	50
São Miguel do Oeste	Hospital Regional Terezinha Gaio Basso	80	80
Saudades	Hospital Saudades	34	25
Tunápolis	Hospital Tunapolis	37	29
Abelardo Luz	Hospital Nossa Senhora Aparecida LTDA	43	38
Faxinal dos Guedes	Soc.Hosp.Benef.São Cristovão	50	44
Ponte Serrada	Hospital Santa Luzia	47	35
Vargeão	Associação Hospitalar de vargeão	21	17

Xanxerê	Hospital Regional São Paulo Assec	135	99
Xaxim	Hospital frei Bruno	47	39
TOTAL		1677	1258

Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

O total de leitos clínicos implantados é de 1677, sendo 1.258 disponibilizados a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e 319 outros.

Analisando parâmetros recomendados pelas portarias, a necessidade de leitos totais seria de 2.210, considerando 3 leitos para cada 1.000 habitantes.

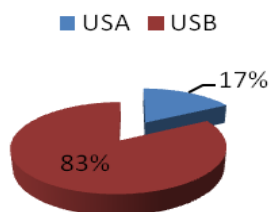
O quadro a seguir apresenta a produção do Serviço Móvel de Urgência – SAMU 192, em 2012. A Central de Regulação do SAMU está instalada no município de Chapecó e atende os 76 municípios da macrorregião.

Quadro 19 - Frequência absoluta simples de atendimentos realizados pelo SAMU por USA e USB, em 2012

Mês/Unidade	USA	USB	Total por mês
Jan	341	1.094	1.435
Fev	250	919	1.169
Mar	221	1.069	1.290
Abr	188	1.037	1.225
Mai	184	1.060	1.244
Jun	162	1.070	1.232
Jul	161	1.073	1.234
Ago	291	954	1.245
Set	207	1.206	1.413
Out	166	713	879
Nov	175	1.087	1.262
Dez	193	1.009	1.202
Total	2.593	12.291	14.830

Fonte: SES-SC

Atendimentos USA USB 2012



Quadro 20 - Número de Unidades Básicas e Avançadas

GRANDE OESTE	MUNICÍPIO	USB	USA
	Chapecó	2	1
	Xanxerê	1	1
	São Miguel D'Oeste	1	1
	Maravilha	1	
	São Lourenço	1	
	Palmitos	1	
	Ponte Serrada	1	
	Dionísio Cerqueira	1	
	Quilombo	1	
	Itapiranga	1	
	Santa Helena	1	
	Saudades	1	
	São Carlos	1	
	TOTAL	14	3

As unidades de SAMU para a região totalizam 03 USA's e 14 USB's, porém faz-se necessário aumentar este número para ampliar o suporte de cuidado na rede de atenção. O critério único de distribuição das ambulâncias nos municípios deverá ser baseado em tempo resposta.

2 OBJETIVOS

- Implantar na Macrorregião do Grande Oeste a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, otimizando o tempo-resposta dos atendimentos, com base nas linhas de cuidados prioritárias: Traumatologia, Neurologia e Cardiologia.
- Reorganizar a atenção de urgência e emergência por meio da ampliação e qualificação dos componentes que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
- Melhorar o nível de saúde da população, respondendo com efetividade às necessidades em saúde.
- Organizar os fluxos de atendimento às urgências e emergências na macrorregião do grande oeste.
- Ampliar o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.

3 JUSTIFICATIVA

A Macrorregião do Grande Oeste catarinense tem, nos últimos anos, apresentado muitos avanços no setor saúde. A estruturação da base de acesso aos serviços públicos de saúde é o que ganha destaque no momento em que todos os municípios da região aderiram o modelo para sua atenção básica as Estratégias Saúde da Família, e em sua maioria com cobertura de 100% de sua população.

Observa-se também alguns avanços no setor de média e alta complexidade tecnológica, no entanto é exatamente nesses setores que a região oeste catarinense apresenta seus maiores nós críticos, pois a relação entre densidade demográfica versus abrangência territorial tem sido um coeficiente desfavorável para os investimentos no setor.

As mudanças do perfil epidemiológico nos apontam para um aumento significativo da incidência dos IAM, AVE e Politrauma superando as doenças infecciosas, crônicas e degenerativas, cardiovasculares, respiratórias e, as motivadas por causas externas, nos impulsionam a repensar as práticas para o enfrentamento dessa demanda apresentada.

Associados a esses fatores, observa-se a necessidade da estruturação de um sistema de saúde que possibilite ofertas de serviços de saúde de forma integral e estruturado que garanta o acesso ao usuário em situação de risco.

A estruturação dos serviços em redes, organizados por componentes que estejam estrategicamente localizados de acordo com cada especificidade, é uma forma viável de buscar suprir os vazios assistenciais presentes nessa região.

A Rede de Urgência e Emergências na região oeste catarinense, irá otimizar as ofertas de serviços de alta complexidade tecnológica, diminuindo assim as lacunas assistenciais e permitindo a organização dos fluxos de atenção, impedindo a fragmentação da assistência ao usuário e qualificando a gestão do cuidado.

4 DESENHO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA

O desenho da Rede ocorre desde a atenção primária até o componente hospitalar e baseia-se no tempo-resposta dos atendimentos nas linhas de cuidado prioritárias em urgência e emergência.

As reuniões para discussão da implantação da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Grande Oeste foram pautadas na capacidade instalada e nas dificuldades encontradas na região.

4.1 ORGANIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO FLUXO DE ACESSO AOS COMPONENTES DA RUE

A organização da Rede de Atenção a Urgência e Emergência, é composta pelos componentes: Atenção Básica, SAMU, Salas de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento, Atenção Domiciliar, Portas de Entrada, Leitos Clínicos, Cuidados prolongados, Leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI, Unidades de terapia intensiva coronariana - UCO, Unidades de acidente vascular encefálico - UAVE e Leitos de Retaguarda Clínica

4.1.1 ATENÇÃO BÁSICA

A utilização da Estratégia Saúde da Família como ferramenta de organização da atenção básica, é observada através da expansão do número de equipes na Macrorregião de Saúde do Grande Oeste, apresentando uma excelente cobertura populacional.

Entretanto, definiu-se nas reuniões algumas estratégias importantes que serão utilizadas para qualificar e fortalecer a atenção básica e interligá-la a rede de urgência e emergência:

- Responsabilização no atendimento às urgências e emergências, da equipe multiprofissional: serviços gerais, enfermagem, médicos, administrativos, enfim, todas as categorias, com comprometimento da gestão.
- Promover a educação permanente em saúde, para qualificar a gestão do cuidado de urgência e emergência: rodas de conversa, trocas de experiências entre

a equipe, estudos de casos, capacitações das equipes, planejamentos coletivos para o aperfeiçoamento do processo de trabalho.

- Capacitações para as equipes nas Linhas de Cuidado de urgência e emergência: cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

- Criar Conselhos Locais de Saúde e fortalecer os existentes, estimulando a participação da equipe e da população nas diferentes faixas etárias, a fim de divulgação/conhecimento do fluxo de urgência e emergência.

- Infraestrutura disponível de transporte municipal para atender a AB nas urgências e emergências.

- Efetivar a referência e contra-referência em toda a rede de cuidado.

- Implantar unidades de atenção domiciliar na atenção básica.

4.1.2 PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

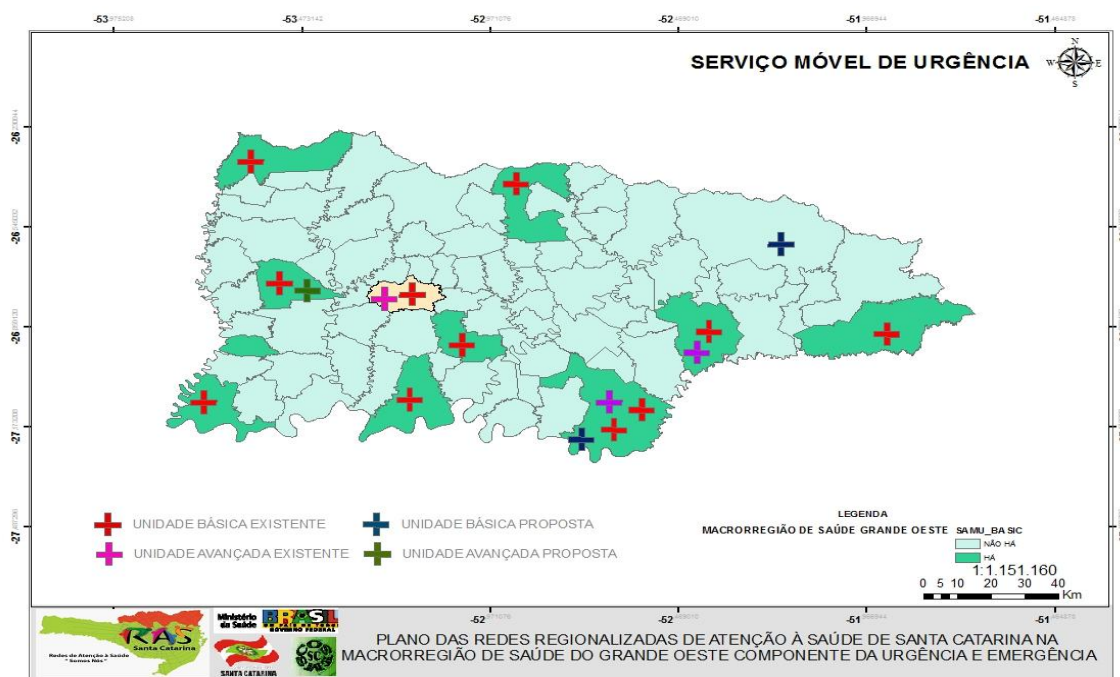
A Rede de Atenção às Urgências e Emergências está sendo construída em consonância com ações de educação permanente que visem a promoção e prevenção à saúde.

4.1.3 SAMU

Na Macrorregião do Grande Oeste existe uma Central de Regulação(CR) do SAMU, instalada junto ao COPON, funcionando 24 h, com a presença de médico regulador para atender os 76 municípios.

No processo de construção deste plano evidenciou-se a necessidade de aumento do número de ambulâncias de SAMU, com critério baseado no tempo-resposta. Assim, novas unidades estão sendo pleiteadas junto a Secretaria de Estado de Saúde, sendo três de suporte básico distribuídas entre Chapecó, Abelardo Luz e Campo Erê e uma de suporte avançado para o município de Maravilha.

A frota de USB totalizará 17 ambulâncias e de USA será de 4 ambulâncias.

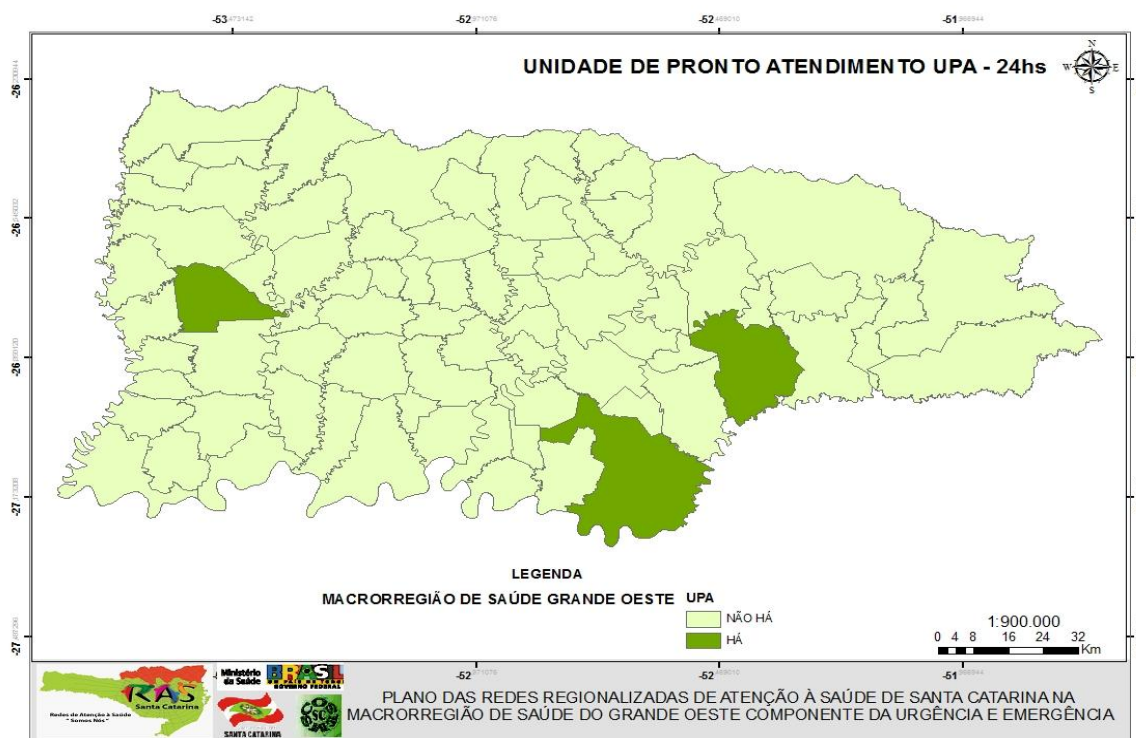


4.1.4 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA

Quanto à implantação das UPAS, em São Miguel do Oeste, entrou em funcionamento, a partir de maio de 2013, a UPA 24 horas, de porte I, sendo que 06 municípios aderiram juntamente com o município sede para a construção da obra física, junto ao Ministério da Saúde, entretanto, no momento da abertura para funcionamento apenas dois municípios pactuaram, o que será rediscutido e revisto junto à Comissão Intergestores Regional. Sobre qualificação/habilitação os gestores estão em fase de ajustes e aguardando a visita técnica do Ministério da Saúde. O custeio da unidade, segundo informações do diretor da UPA, fica em torno de 400 mil reais/mês com capacidade instalada de 100%. Hoje essa UPA funciona com aporte de 50% de sua capacidade, sendo que nos primeiros oito dias de funcionamento foi realizado 300 atendimentos.

A UPA de Chapecó, está com sua estrutura física concluída, aguardando aquisição de equipamentos e contratação de profissionais. Definiu-se em reunião que a mesma irá atender somente o município de Chapecó, devendo solicitar reformulação junto ao Ministério da Saúde, uma vez que previa-se inicialmente que a abrangência seria para 24 municípios.

A UPA de Xanxerê aprovada junto ao Ministério da Saúde, ainda não entrou em construção, e existem argumentos do gestor para não efetivar a construção.



4.1.5 SALAS DE ESTABILIZAÇÃO – SE

A implantação de Salas de Estabilização foi definida pela Portaria n.º 2.338, de 03 de outubro de 2011 que estabelece as diretrizes e cria mecanismos para a implantação desse componente da Rede de Atenção às Urgências.

A priorização dos municípios para a implantação das salas de estabilização ocorreu com base nos pontos estratégicos geograficamente localizados nos vazios assistenciais de saúde da região, fundamentadas nos critérios estabelecidos na Portaria n. 2.338, de 03 de outubro de 2011.

Consoante ao Manual Instrutivo da Sala de Estabilização-2012, identificou-se a pontuação a seguir, para análise e priorização da instalação de salas de estabilização.

Quadro 21 – Análise de implantação de Salas de Estabilização na Macrorregião do Grande Oeste

SALA DE ESTABILIZAÇÃO – 5 passos. Instrutivo Sala de Estabilização													
REGIÃO	Porta de entrada – PE	Município	População		Distância da PE google maps		Estabelecimento de saúde		Recursos Humanos: médico / enfermeiro		Distância entre SE mais próxima na região google maps		TOTAL pontuação
			Nº habts.	Pontuação	Km	Pontuação	Tipo	Pontuação	Somatório	Pontuação	Km	Pontuação	
Extremo Oeste	São Miguel do Oeste – Hospital Regional Terezinha Gaio Basso	Dionísio Cerqueira	14.855	2	62,7	3	HPP	5	181	5	66,8	4	19
		Anchieta	6.323	1	43,1	2	HPP	5	196	5	66,8	4	17
		Iporã do Oeste	8.450	1	35,3	2	HPP	5	198	5	33,8	3	16
Oeste	Ass. Hospitalar Lenoir Vargas – Hospital Regional do Oeste	Caibi	6.209	1	76,8	3	HPP	5	193	5	76,8	5	19
		Pinhalzinho	16.638	2	56,7	2	HPP	5	291	5	57,3	4	18
		Quilombo	10.211	2	55	2	HPP	5	266	5	57,3	4	18
Xanxerê	Hospital Regional São Paulo	Abelardo Luz	17.200	2	45	2	HPP	5	250	5	60	4	18
		São Lourenço do Oeste	21.964	3	93,2	3	HPP	5	202	5	93,2	5	21
		Ponte Serrada	11.068	2	40,8	2	HPP	5	0	0	59,1	4	13

		Vargeão	3.539	1	28,1	1	HPP	5	168	5	48	3	15
		São Domingos	9.488	1	45,3	2	UM/PA	3	198	5	47,9	3	14
		Xaxim	25.933	3	19,5	1	HPP	5	188	5	64,7	4	18

Quadro 22- Salas de estabilização priorizadas

Salas de Estabilização Priorizadas								
Região de Saúde	Município	População	Unidade / Instituição	Sala de Estabilização		Cronograma de Implantação		
				Valor Custeio	Valor Investimento	2013	2014	2015
Extremo Oeste	Dionísio Cerqueira	14.855	Hospital Municipal de Dionísio Cerqueira	25.000,00	100.000,00	X	X	
	Caibi	6.209	Hospital de Caibi	25.000,00	100.000,00	X	X	
Oeste	Pinhalzinho	16.638	Hospital de Pinhalzinho	25.000,00	100.000,00	X	X	
	Quilombo	10.211	Sociedade Hosp. Benef. São Bernardo	25.000,00	100.000,00	X	X	
Xanxerê	Abelardo Luz	17.200	Hospital Nossa Senhora Aparecida	25.000,00	100.000,00	X	X	
	Xaxim	25.933	Hospital Frei Bruno	25.000,00	100.000,00	X	X	
	São Lourenço do	21.964	Fund. Méd. Assist.	25.000,00	100.000,00	X	X	

	Oeste		do Trabalhador Rural					
Salas de Estabilização Não Elegíveis, mas com justificativa								
Extremo Oeste	Anchieta	6.323	Hosp. Municipal Anchietaense	25.000,00	100.000,00	X	X	
	Iporã do Oeste	8.450	Hosp. de Iporã	25.000,00	100.000,00	X	X	
Xanxerê	Ponte Serrada	11.068		25.000,00	100.000,00	X	X	
	São Domingos	9.488	Unidade Básica	25.000,00	100.000,00	X	X	
	Vargeão	3.533	Ass. Hosp. de Vargeão	25.000,00	100.000,00	X	X	

Observa-se que nos municípios onde a pontuação ficou abaixo de 18 pontos (entre 14 e 17), existem justificativas plausíveis para a implantação de sala devido a dificuldade de acesso aos serviços de urgência e emergência. Com relação a Iporã do Oeste, que atingiu a categorização numérica 16, a atual existência de recursos humanos já ofertados nos locais, a localização de difícil acesso devido a rodovias sinuosas, alta incidência de acidentes de trânsito nas proximidades do município e interesse do gestor municipal e prestador, justifica a implantação. De acordo com as considerações complementares do Manual Instrutivo da Sala de Estabilização, quando o município com maior pontuação, considerado elegível, não optar pela adesão à Sala de Estabilização, o município que tiver pontuação aproximada, porém inferior a 18 pontos poderá ser considerado elegível, sendo este o caso do município de Itapiranga que desistiu assim, Iporã do Oeste ficaria contemplado.

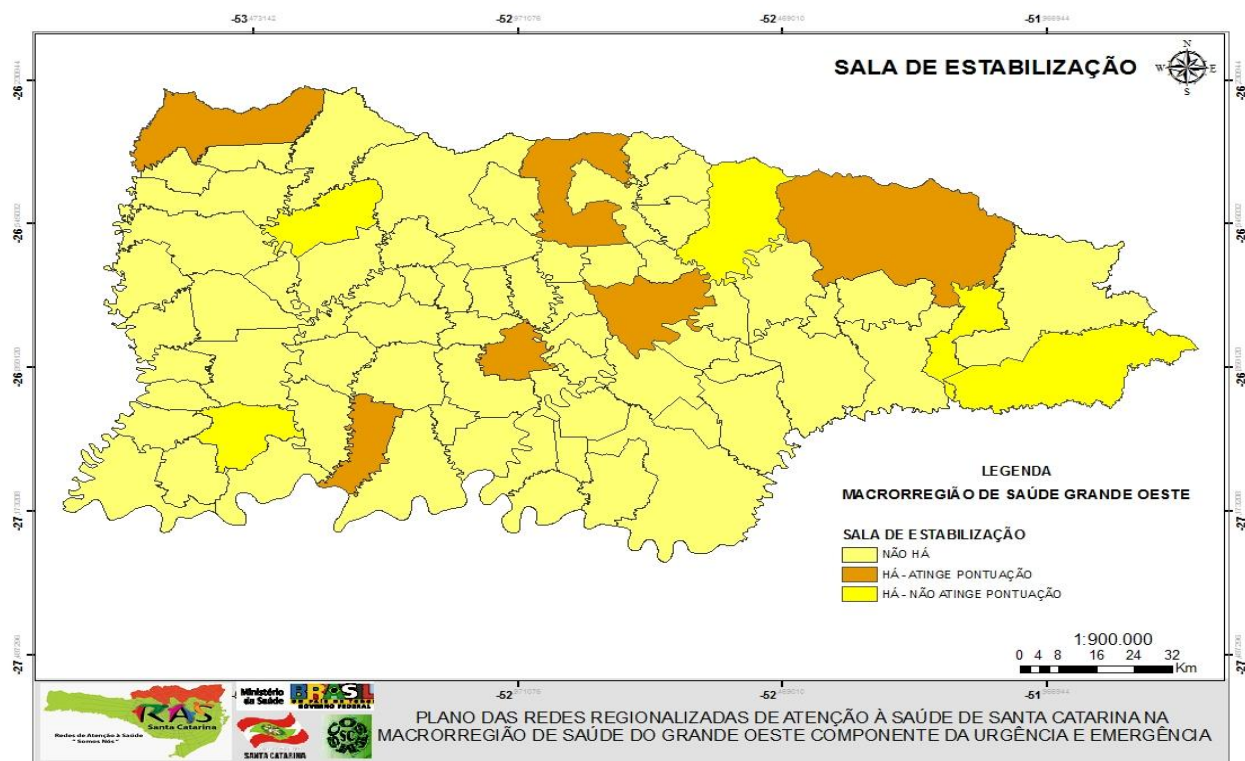
Em São Domingos, que atingiu 14 pontos, o Centro de Saúde Santa Paulina é a porta de entrada para os atendimentos do SUS, com Pronto Atendimento 24 horas com equipe médica e de enfermagem sendo referência local para as urgências e

emergências aquelas que ocorrem no município bem como as que ocorrem em rodovias próximas sendo estas conduzidas ao Centro de Saúde através do Corpo de Bombeiros Municipal. O Município está localizado junto a SC 480 rodovia de grande circulação viária a qual liga o Estado de Santa Catarina ao Paraná. O único hospital existente no Município fechou no ano de 2010 sendo que o hospital mais próximo se encontra a mais de 50 km. A justificativa da gestão municipal é para instalação de uma sala de estabilização no Centro de Saúde, que conta com Pronto Atendimento 24h.

A SE para a Associação Hospitalar de Vargeão, com 15 pontos, justifica-se em razão de que em Ponte serrada o hospital novo é ainda um projeto e o Hospital existente fica a beira da BR, distando 2,5Km dela somente e esta instituição possui plantão médico de sobreaviso e se adaptará a nova condição de plantão; nesta localização geográfica, a malha viária como nas demais regiões do projeto não é duplicada, muitas vezes nem apresenta acostamento para tráfego de ambulância, polícia, bombeiros, SAMU e como é usada para trânsito de caminhões o tráfego fica bastante lento, o que significa demorar para chegar a um hospital de alta densidade tecnológica.

A SE para Ponte Serrada, totalizou 13 pontos, porém, é uma região que apresenta distância de 48km ao Hospital Porta de Entrada, e faz fronteira com Joaçaba que pertence a outra macrorregião.

Anchieta, atingiu 17 pontos, mas sua localização centralizada, distâncias e tempo de percurso entre os municípios justificam a implantação de uma sala de estabilização. Destaca-se ainda os investimentos públicos com a pavimentação asfáltica que agilizará o tempo de percurso entre os municípios.



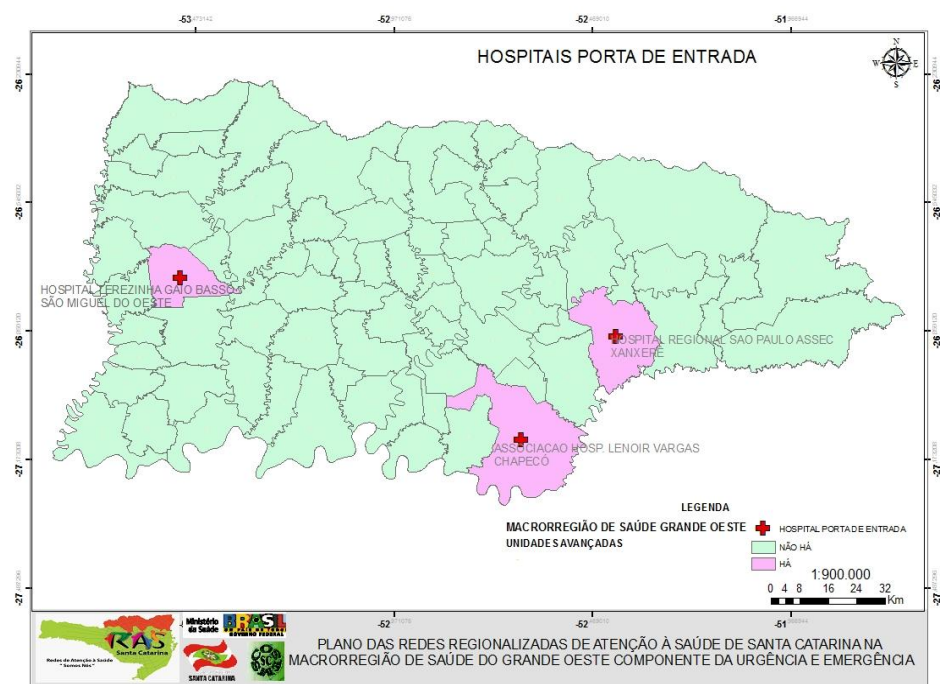
4.1.6 COMPONENTE HOSPITALAR

No componente hospitalar, os hospitais indicados como Porta de Entrada, justificam-se por estarem em locais estratégicos da região objetivando menor tempo-resposta de atendimento, são hospitais com maior número de leitos e atendem alta e média complexidade.

Para a Macrorregião do Grande Oeste foram indicadas as Unidades Hospitalares abaixo, conforme Portaria 2.395 de 11 de outubro de 2011.

Como porta de Entrada:

- **Hospital Regional do Oeste**, localizado no município de Chapecó
 - especializado tipo II em Traumatologia-ortopedia e Neurologia.
 - possui 250 leitos gerais e 197 leitos SUS, prevendo ampliação para 156 leitos novos.
 - possui 17 leitos de UTI adulto, 10 leitos de UTI Neo natal, 2 pediátricos, prevendo ampliação para 20 leitos de UTI adulto e 10 leitos pediátricos.
 - prevê 07 leitos de UTI coronariana.
- **Hospital Regional São Paulo**, localizado no município de Xanxerê
 - especializado tipo II em Cardiologia;
 - possui 135 leitos gerais e 99 leitos SUS.
 - possui 10 leitos de UTI adulto, 10 leitos de UTI Neo Natal e 01 leito de UTI pediátrica.
 - está prevista a ampliação de 10 leitos de UTI coronariana na ampliação.
- **Hospital Terezinha Gaio Basso**, localizado no município de São Miguel do Oeste.
 - Em fase credenciamento e habilitação em traumatologia-ortopedia e neurologia - possui 80 leitos gerais e 80 leitos SUS.
 - possui 10 leitos de UTI adulto.



A definição de habilitação de leitos de cuidados prolongados e retaguarda clínica seguiu o que orienta a portaria MS n. 1.101, de 12 de junho de 2002 e Portaria n. 2.809, de 07 dezembro de 2012, utilizando como critério a distância existente entre os hospitais com leitos de retaguarda e o hospital porta de entrada.

Quadro 22 - Unidades Hospitalares indicadas como leitos de retaguarda

Município	Unidade / Instituição	Leito qualificado	Cronograma	
			2013	2014
Faxinal Dos Guedes	Soc.Hosp.Benef.São Cristovão	15	X	
Guaraciaba	Associação Beneficente Hospital São Lucas	15	X	
Xaxim	Frei Bruno	15	X	
Caxambu do Sul	Fund. Médico Ass. Do Trabalho Rural	15	X	
Chapecó	Hospital da Criança	15	X	
Maravilha	Hosp. São José	15	X	
São Lourenço do Oeste	Fund. Méd. As. Trab. Rural	15	X	
TOTAL		105		

Quadro 23 - Unidades Hospitalares indicadas como cuidados prolongados

Enfermarias clínicas de cuidados prolongados				
Município	Unidade / Instituição	Total de Leitos Existentes	Leito qualificado	Cronograma
São José do Cedro	Hospital Cedro	31	15	2013
São Carlos	Hosp. Padre João Berthier	67	15	2013
TOTAL		97	30	

Quadro 24 – Leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI

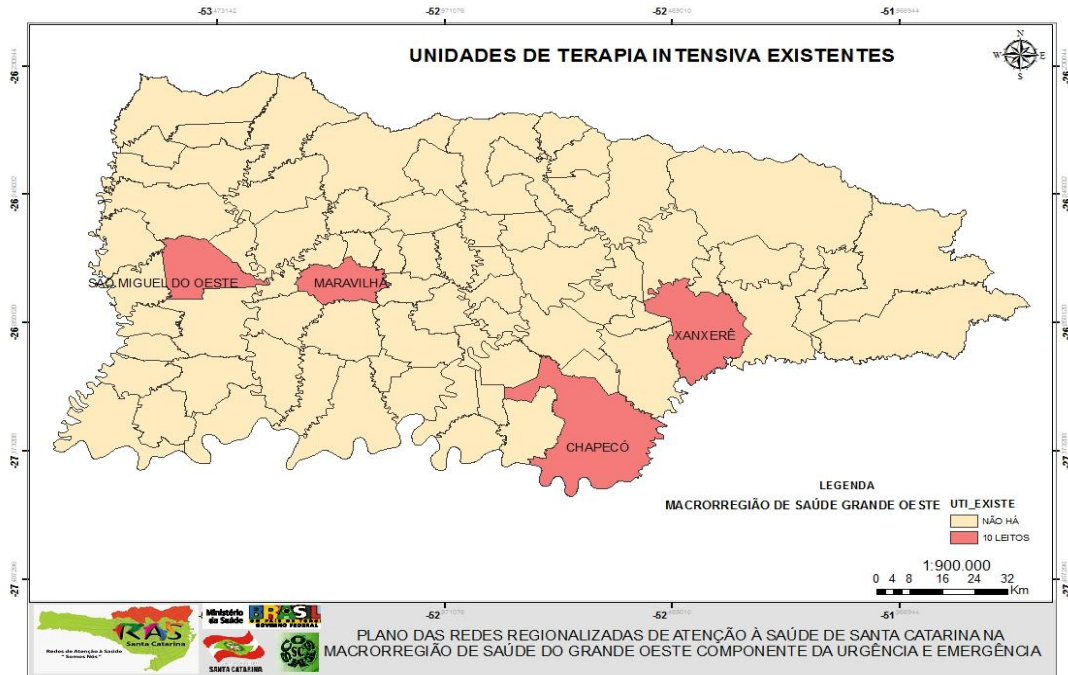
Hospital	Município	UTI Existente	UTI Qualificadas		UTI Novo	UCO Novo	Cronogram
			%	Nº			
HRO	Chapecó	10	80%	08	20		2014-2015
Hospital São Paulo	Xanxerê	10	80%	08	04	06	2014-2015
Hosp. Terezinha Gaio Basso	São Miguel do Oeste	10	70%	07	10		2013
Hospital São José	Maravilha	10	70%	07			2013
TOTAL		40		30	34	06	

Leito UTI novo

Hospital	Município	Custeio Mês	Custeio Ano
HRO	Chapecó	175.900,00	2.110.809,60
Hospital São Paulo	São Paulo	87.950,00	1.055.400,00
Hosp. Terezinha Gaio Basso	São Miguel do Oeste	87.950,00	1.055.400,00

Leito UTI existente

Hospital	Município	Custeio Mês	Custeio Ano
HRO	Chapecó	70.360,32	844.323,84
Hospital São Paulo	São Paulo	70.360,32	844.323,84
Hosp. Terezinha Gaio Basso	São Miguel do Oeste	61.565,28	738.783,36
Hospital São José	Maravilha	61.565,28	738.783,36

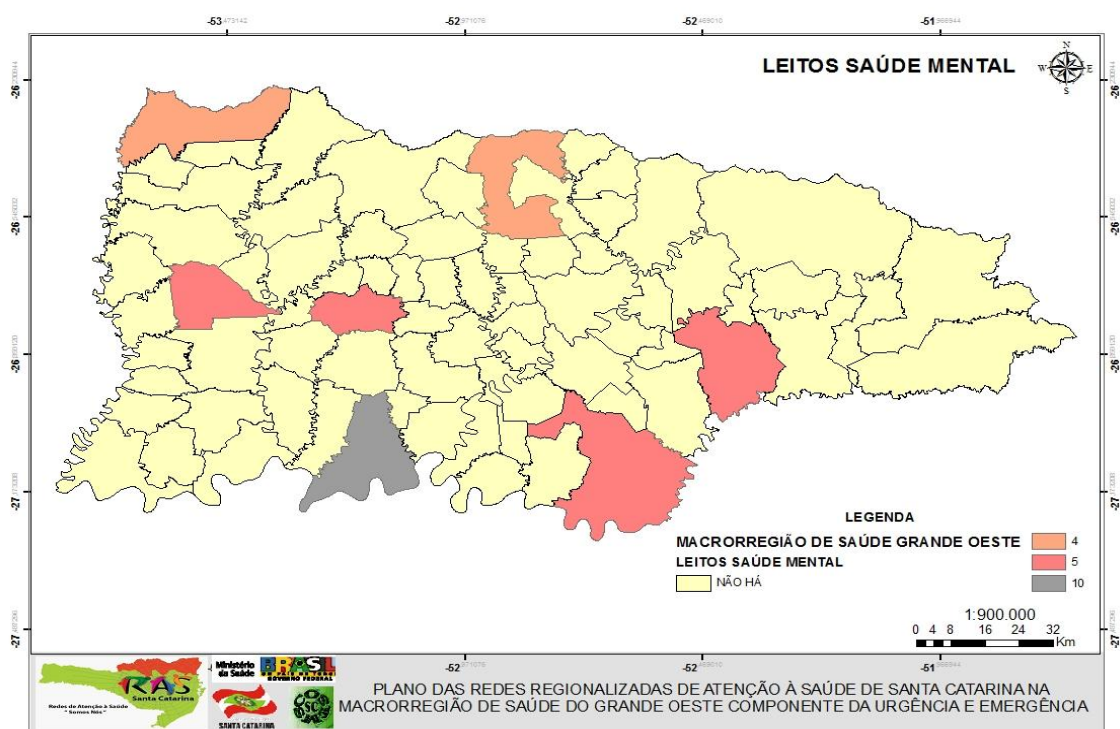


Quadro 23 – Leitos de Unidade de Acidente Vascular Encefálico – UAVE

Hospital	Município	Leitos UAVE	Custeio mês	Custeio Ano	Implantação
HRO	Chapecó	15 (integrals)	90.479,58	1.085.875,00	2015

Quadro 24 - Leitos para Saúde Mental - Atendimento paciente na urgência (surto/crise).

Município	Instituição	Leitos definidos	Cronograma
Xanxerê	Hosp. São Paulo	05	2014
São Lourenço do Oeste	Fund. Méd. Assistencial Rural	04	2014
Palmitos	Hosp. Regional Palmitos	10	2014
Chapecó	HRO	05	2014
SMO	Hosp. Terezinha Gaio Basso	05	2014
Dionísio Cerqueira	Hosp. Mun. Dionísio Cerqueira	04	2014
Maravilha	Hospital São José	05	2014
TOTAL		38	



4.1.7 ATENÇÃO DOMICILIAR – AD

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 Chapecó com população superior a 100 (cem) mil habitantes e Xanxerê com população superior a 40 (quarenta) mil habitantes e inferior a 100 (cem) mil habitantes.

O custeio para cada equipe multiprofissional de atenção domiciliar 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.

Quadro 25 - Atenção domiciliar

ATENÇÃO DOMICILIAR						
Município	Unidade/ instituição	População	EMAD	Custeio Mês	Custeio Anual	Cronograma Implantação
Chapecó	Secretaria de Saúde de Chapecó	186.337	1 EMAD	34.560,00	414.720,00	2014
Xanxerê	Secretaria de Saúde de Xanxerê	44.643	1 EMAD	34.560,00	414.720,01	2014

4.1.8 COMPLEXO DE REGULAÇÃO

Com a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências será instalado no município de Chapecó uma Central de Regulação para marcação de consultas, exames e internações, que atenderá os 76 (setenta e seis) municípios do Grande Oeste.

A Central de Regulação ficará sob gestão do município pólo, sendo este Chapecó, cuja aprovação foi submetida nas três CIRs da Macrorregião.

4.2 LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.2.1 CARDIOVASCULAR

A macrorregião do Grande Oeste possui uma única Unidade Hospitalar com referência em cardiologia, a qual atende serviços em alta complexidade cardiovascular (cirurgia cardiovascular, cirurgia cardiovascular pediátrica, cirurgia vascular, procedimentos da cardiologia intervencionista).

O hospital é referência para o atendimento de todo o Grande Oeste e Meio Oeste. O hospital mais próximo habilitado no Estado localiza-se cerca de 400 km² da região.

Quadro 26- Fluxo da Rede em Cardiologia

Região de Saúde	População	Unidade de Referência em Alta Complexidade em Cardiologia
Oeste, Xanxerê e Extremo Oeste	740.973,00	Hospital São Paulo - Xanxerê
Meio Oeste	1.148.081	

4.2.2 TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

Para construção do Plano de Ações da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Traumatologia-ortopedia utilizou-se como base a portaria MS/GM 221 de 15 de fevereiro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção à Alta

Complexidade em Traumato-ortopedia e a portaria MS/MS nº 95, de 14 de fevereiro de 2005 que define atribuições aos serviços de Alta Complexidade em Traumato-ortopedia.

Na Macrorregião do Grande Oeste o Hospital Regional do Oeste em Chapecó e o Hospital Terezinha Gaio Basso de São Miguel do Oeste foram definidos como referência em Alta Complexidade em Traumato-ortopedia.

Quadro 27 - Fluxo da Rede em Traumato-ortopedia.

Região de Saúde	População	Unidade de Referência em Alta Complexidade em Traumato-ortopedia
Oeste	448.056	Hospital Regional do Oeste – Chapecó
Extremo-Oeste	278.958	Hospital Terezinha Gaio Basso – São Miguel do Oeste

4.2.3 NEUROLOGIA

Para construção do Plano de Ações da Rede de Atenção às Urgências e Emergências para Neurologia utilizou-se como base a portaria MS/GM 1.161 de 07 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica e a portaria MS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005 que define atribuições aos serviços de Alta Complexidade em Neurologia e Neurocirurgia.

Na Macrorregião do Grande Oeste o Hospital Regional do Oeste em Chapecó e o Hospital Terezinha Gaio Basso de São Miguel do Oeste foram definidos como referência em Alta Complexidade em Traumato-ortopedia em Neurologia.

Quadro 28 - Fluxo da Rede em Neurologia

Região de Saúde	População	Unidade de Referência em Alta Complexidade em Cardiologia
Oeste e Xanxerê	448.056	Hospital Regional do Oeste – Chapecó
Extremo-oeste	232.516	Hospital Terezinha Gaio Basso – São Miguel do Oeste

REFERÊNCIAS

- ESTADO DE SANTA CATARINA, Sistema Único de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de ação regional das redes de atenção às urgências**. Região Metropolitana de Florianópolis, 2012.
- Instrumento modelo fornecido pela Macro de Florianópolis.
- Planilha sobre capacidade instalada da Atenção Básica – Compilado pela Gerência da -Atenção Básica da SES/SC
- Política Nacional de Atenção Básica
- Portaria nº 4.279/GM, de 30 de dezembro de 2010
- IBGE/2010
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
- Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)SES---SC/SIM-Tabnet
- SES-SC/Tabwin
- MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, consultado em 14 - de maio de 2013/consultado em 14 de maio de 2013.
- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
- SES-SC
- Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS – Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite.
- Plano de ação regional das redes de atenção as urgências – região Metropolitana de Florianópolis.

ANEXOS

ATA Nº 04

Ao vigésimo nono dia do mês de maio de dois mil e treze, às quatorze horas, reuniram-se na sala de reuniões da Secretaria de Desenvolvimento Regional de Chapecó gerentes regionais de saúde de Chapecó, Palmitos e Quilombo e representantes das Secretarias Municipais de Saúde de abrangência destas gerências. Sr. Sidnei Bellé coordenador da CIR Oeste deu as boas vindas a todos e passou a palavra para a Sra. Otilia Cristina, repassar assuntos referentes ao CIES, esta falou sobre a necessidade de formular novamente um novo curso introdutório, lembrou que este curso só é reconhecido se for fornecidos pela EFOS, solicitou aos secretários de saúde que indicassem quais os cursos devem ser oferecidos este ano com recursos da CIES, que na reunião da CIES que ocorreu no período da manhã foi proposto reunião com os secretários de saúde, agentes de saúde e coordenadores de enfermagem para discutir as principais atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, reforçou o convite para que os representantes dos municípios participem ativamente das reuniões da CIES, que ocorrem sempre as 10:00 horas no mesmo dia da reunião da CIR. A Sra. Otilia falou sobre o encontro Macrorregional de Saúde da Família, que é um encontro realizado a cada 2 anos onde as equipes inscrevem seus trabalhos exitosos desenvolvidos nas unidades de saúde, neste ano acontecerá no dia 23 de outubro no Centro de Eventos de Chapecó, que os quatro trabalhos premiados neste encontro participarão da amostra estadual e posteriormente para o nacional, que o edital está na página da SES, o prazo para envio destes trabalhos é até o dia 01 de agosto do corrente ano e deve ser encaminhado para a regional de saúde de abrangência do município. Otilia falou sobre um possível curso com agentes comunitários, Silmara de Caxambu do Sul, coloca que a dificuldade das ESF está na coordenação das equipes e não nos agentes, sugere que as enfermeiras devem ser preparadas melhor para trabalhar com a equipe e não vê muita resolutividade no curso introdutório, coloca também que não adianta ficar fazendo diferentes capacitações pois a prática é apreendida na rotina diária, que a proposta de um novo introdutório deveria ser direcionada para novos profissionais. Sr. Tito, Secretário de Saúde de Caxambu do Sul propõe que seja feito uma avaliação na resolutividade dos cursos que já foram realizados, ou em andamento. Otilia falou sobre o curso do PMAQ, explicou como será o processo de

recontratualização, que o PMAQ vem para reorganizar o processo de trabalho para que as equipes saiam da zona de conforto, explicou sobre os processos de reavaliação interna. Sra. Celite, Gerente de Saúde de Palmitos coloca que os gestores não são avaliadores mas sim entrevistadores, para fazer esta atividade deve ser um profissional sem vínculo empregatício nenhum, a avaliação é o ministério da saúde que vai fazer e o processo avaliativo não cabe a eles. Otilia lembrou do Bolsa Família que os dados devem ser lançados até 30 de junho no sistema, a regional está a disposição para auxiliar a implantar o sistema, o Programa de saúde na escola está com o processo de adesão aberto, todos os municípios podem se habilitar, caso algum município tenha dificuldade solicitou para fazer um print da tela mostrando o erro e encaminhar a regional de saúde, o processo de adesão deve ser conjunta saúde e educação, todas as crianças para serem inseridas tem que estar inseridas no CADSUS. Sra. Silmara falou das questões relacionadas ao tabagismo dentro do PMAQ que agora também deve ser avaliado. Dia 17 e 18 de junho acontecerá a capacitação do SISVAN, solicitou que alguns municípios prioritários devem participar. Otilia falou que a partir de julho todos os resultados de citopatológico terão que obrigatoriamente ser lançados no sistema, que os prestadores tem se negado a digitar as mamografias, sendo a AMOSC está fazendo a digitação, solicitou que os gestores tragam uma relação de prestadores, para a próxima reunião da CIR, com objetivo de capacitar estes prestadores. A Sra. Otilia coloca que os municípios tem que exigir que todos os prestadores trabalhem com o sistema oficial, a nossa proposta é que chamamos os prestadores, nós precisamos que todas as mamografias, cito e histo do colo de mama digitados, que uma sugestão é que quando o município lança o edital coloque uma cláusula no contrato onde o prestador deve digitar os exames em programa oficial, a previsão é de que este programa seja expandido para os setores privados. A Sra. Otilia falou sobre a reunião no dia 10 de junho as 13:30 na AMOSC para tratar questões de cito e histo de mama, que a próxima reunião da Atenção Básica será no dia 13 de junho as 14:00 horas, com local a definir. A Sra. Caroline Constanci falou sobre a Rede Cegonha que precisamos construir e aprovar o Plano da Rede Cegonha na CIR até o dia 27/06/2013, solicitou que fossem indicados nome para contribuir na construção do Plano, os nomes indicados foram: Geisa da AMOSC e Aida do município de Pinhalzinho. O Sr. Sidnei Bellé solicitou a aprovação da CIR referente ao Plano de Ação da Rede de Urgências e Emergências, o qual foi apresentado e aprovado

pelos gestores e prestadores no dia 24/05/2013, por unanimidade o Plano de Urgência e Emergência da Macrorregião do Grande Oeste foi aprovado. O Sra. Sidnei passou a palavra para a Sra. Renate Parno que falou sobre a importância da alimentação do programa Vigiágua, que os municípios devem enviar para a Regional de Saúde o quantitativo de hipoclorito que dispõe em seu município. Sr. Sidnei Bellé leu ofício do município de São Carlos solicitando a migração do NASF estadual para NASF Federal, aprovado por unanimidade. Sr. Sidnei Bellé falou sobre a função de apoiador do COSEMS que há especulações sobre o fim desta função, a sugestão da CIR é de que seja enviado ofício ao COSEMS solicitando a continuidade desta função na região, por esta ser formada por municípios de pequeno porte e que localizam-se longe da capital. Sr. Sidnei Bellé deu por encerrada a reunião. Nada mais havendo a tratar, eu, Caroline Constanci lavrei a presente Ata, assinada pelos presentes, conforme lista anexa. **MACRORREGIÃO DE SAÚDE- EXTREMO OESTE DE SANTA CATARINA**

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL – CIR do EXTREMO OESTE

ATA 05/2013

Aos 28 dias do mês de maio de dois mil e treze, na sala da Câmara dos Dirigentes Lojistas - CDL, localizada nas dependências do Edifício Andrômeda, situado na Rua Sete de Setembro nº 2307, no município de São Miguel do Oeste, reuniram-se os membros da Comissão Intergestora Regional - CIR do Extremo Oeste de Santa Catarina, com sede em São Miguel do Oeste, SC, numa convocação extraordinária, para análise e aprovação do Plano de Implantação da Rede de Urgência e Emergência – RUE do Grande Oeste de SC, com a participação dos Gestores dos Municípios: Anchieta, Barra Bonita, Belmonte, Bom Jesus do Oeste, Bandeirante, Descanso, Dionísio Cerqueira, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Itapiranga, Iraceminha, Mondaí, Maravilha, Modelo, Paraíso, Palma Sola, Princesa, Romelândia, Santa Terezinha do Progresso, São João do Oeste, São Miguel da Boa Vista, São José do Cedro, Tigrinhos e Tunápolis. Estiveram presentes também o gestor regional da Região de São Miguel do Oeste, Alencar, Prefeitos municipais de Anchieta e Iporã do Oeste, diretores e administradores de hospitais da Região e apoiadora do COSEMS, senhora Lisiane, bem como, técnicos da Primeira Regional da Saúde e integrantes do Grupo

Condutor eleito pela CIR para conduzir os trabalhos de planejamento e articulação da RUE. A secretária, Lúcia Marx Melz, deu início aos trabalhos, desejando as boas vindas a todos, justificou a ausência do Presidente, Sr. Airton Fávero, e vice-presidente senhora Eila Labres, justificando, neste ato, sua indicação para conduzir os trabalhos. Fez um breve relato sobre os trabalhos realizados pelo grupo condutor com a participação da Secretaria do Estado da Saúde - SES e representantes do Ministério da Saúde, Gestores da Saúde da Região e representantes de Hospitais. Disse que foi um intenso trabalho, que gerou debates e estudos da situação da Saúde de toda região, neste intuito, sempre levando em conta o conteúdo e aquilo que preconizam as portarias do Ministério da Saúde, os princípios e finalidades da Portaria que institui a RUE (portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011) e outras portarias afins, além do manual de instruções do Ministério da Saúde. Na sequência, passou a palavra ao enfermeiro Luciano, integrante do grupo condutor que, através do equipamento de multimídia apresentou o Plano de Urgência e Emergência da Região Oeste. Durante a apresentação houve explicações sobre cada item apresentado. Assim, a **Central de Regulação**, com sede em **Chapecó**, **foi aprovada por unanimidade, foram aprovados também o Hospital São Paulo de Xanxerê e o Hospital Regional Oeste de Chapecó como Portas de Entrada para Urgência e Emergência em Alta Complexidade** e, em seguida, passou-se a palavra para a Clarice Wiebbelling, (também integrante do grupo condutor), que explicou a situação do Hospital Regional de São Miguel do Oeste. Leu o documento encaminhado pela direção do Hospital ao grupo condutor justificando a relevância de tal serviço para a região. Por tratar-se atualmente da porta de entrada SUS para 30 (trinta) municípios da região da CIR. A entidade, apesar de não possuir os 100 leitos preconizados na portaria, possui 80 leitos cadastrados no CNES, com previsão de ampliação de mais 40 leitos a fim de totalizar 120 leitos. Possui 10 (dez) leitos UTI, porte II. O atendimento hoje é 100% SUS conforme contrato em vigor. Além de ser porta de entrada de urgência/emergência, oferece diversas especialidades a exemplo da traumatologia-ortopedia, vascular, pneumologia, urologia e outras, bem como equipe completa de imagem 24 horas. O atendimento, oferecido pela entidade abrange grande extensão territorial. Entendeu-se que o Hospital Regional Terezinha Gaio Basso de São Miguel do Oeste, deva ser contemplado e continuar como hospital Porta de Entrada para Urgência e Emergência. A questão gerou amplos debates entre os gestores, vários foram os depoimentos ratificando a necessidade desta

porta de entrada, principalmente na neurologia e traumatologia. Posto em votação, o **Hospital Terezinha Regional Gaio Basso de São Miguel do Oeste** foi aprovado, por unanimidade de votos, como **Porta de Entrada para Urgência e Emergência, e alta Complexidade nas especialidades da neurologia e traumatologia.** Dando continuidade aos trabalhos, foi discutida a organização dos **Cuidados Prolongados** para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Após a discussão foi aprovada, por unanimidade a **Associação Beneficente Hospitalar de Cedro,** município de **São José do Cedro,** dispondo de 10 (dez) leitos para atender tal necessidade. Na sequência foi aprovado a **Associação Beneficente São Lucas de Guaraciaba,** como **Leitos de Retaguarda** oferecendo 10 (dez) leitos enfermaria. Ato contínuo entrou na pauta a discussão sobre a localização das Salas de Estabilização - ES, segundo o manual de instrução, somente o **Hospital Municipal de Dionísio Cerqueira** somou a pontuação necessária para ser contemplado com uma SE, porém, considerando a grande extensão territorial, a característica rural com o isolamento geográfico de comunidades, o grupo considerou necessárias mais duas salas de estabilização estrategicamente localizadas em relação à rede de atenção às urgências, objetivando menor tempo/resposta para atendimento e encaminhamento aos demais serviços de saúde referenciados no plano de Ação Regional e, considerando o artigo terceiro parágrafo IV da portaria nº 2.338 de 03 de outubro de 2011, que preconiza que as SE sejam instalados em hospitais públicos ou filantrópicos e de pequeno porte, habilitados ou não, com até 30 leitos, com atendimento 24 horas todos os dias da semana e fora da área de abrangência da UPA 24 horas, foram aprovados, por unanimidade também os hospitais dos municípios de **Anchieta – Hospital Municipal Anchietaense** e no município de **Iporã do Oeste** o **Instituto Hospitalar Beneficente Nossa Senhora das Mercês,** além de **Dionísio Cerqueira,** o qual atendeu os requisitos da pontuação para ser contemplado com **sala de estabilização de pacientes.** Sem mais nada a tratar, Lúcia agradeceu, especialmente ao Grupo Condutor pelo empenho e trabalho realizado, aos presentes nesta reunião e deu por encerrada a presente reunião extraordinária, convocada pelo presidente da CIR, senhor Airton Fávero, no dia 24 de maio. Lúcia Marx Melz, secretária da CIR. Sala da Câmara dos Dirigentes Lojistas, Edifício Andrômeda, São Miguel do Oeste, em 28 de maio de 2013.

Aos vinte e quatro dias do mês de maio de dois mil e treze, na sala Welcy Canals, no Centro de Cultura e Eventos, localizado à Rua Assis Brasil, Centro, Chapecó - Santa Catarina reuniram-se os Secretários de Saúde dos Municípios da Macroregião do Grande Oeste, os Gerentes Regionais das Secretarias Regionais de Saúde, os representantes das Comissões Intergestores Regionais-CIR e técnicos dos municípios, conforme lista de presença, com a finalidade de discutir e pactuar a implantação da Rede de Urgência e Emergência da Macroregião do Grande Oeste. Iniciou os trabalhos de apresentação do projeto a Senhora Gessiani Larentes, técnica do setor de planejamento da Secretaria de Saúde de Chapecó e coordenadora do Grupo Condutor do Projeto RUE, resgatando os conceitos de redes e destacando que o Decreto 7.508, alavancou a implantação das redes. Destacou que é um desafio necessário tanto para gestores como para trabalhadores de saúde e prestadores, a organização do fluxo, do “caminhar” dos usuários na rede e que se busca efetivar a integralidade do acesso. À medida que apresentava os componentes os colocava em votação da plenária. Colocou em votação o Componente da Atenção Domiciliar que será instalado nos municípios de Chapecó e Xanxerê, que foi aprovado. Na sequência colocou em votação o Complexo Regulador, que foi aprovado pelos presentes, a Senhora Marlene e Senhora Gilvana salientaram que é obrigatória a instalação do Complexo Regulador para aprovar o projeto e que são oito complexos reguladores no Estado de SC. As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, da Macroregião do Grande Oeste, foram construídas em São Miguel do Oeste e Chapecó. A UPA de Chapecó atenderá apenas o território de Chapecó, mas eventualmente poderá atender os 25 municípios que à época fizeram parte do projeto, aprovado pelo Conselho Gestor Regional - CGR, em 2009. Xanxerê não terá UPA. Foi aprovado pelos presentes. A Atenção Hospitalar – Porta de Entrada, os Hospitais elencados: HRO - Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira e o Hospital Regional São Paulo. A Senhora Eila, Gerente de Saúde de Dionísio Cerqueira e Vice-Coordenadora da CIR1 solicitou a palavra e fez a defesa dos Hospitais Gaio Basso, de São Miguel do Oeste e o São José, de Maravilha, para que constem no plano. Gessiani salientou que a equipe do MS e da SES ressaltou a importância de seguir a orientação das Portarias, mesmo assim, a plenária sugeriu a inclusão do hospital de São Miguel do Oeste, com a aprovação de todos. O Senhor Bellé, Coordenador da CIR Oeste, salientou a diferença da região oeste do resto do Brasil, quanto aos requisitos do Ministério da Saúde, pois vários municípios não estão sendo contemplados com tantas exigências e defendeu a inclusão do Hospital Terezinha Gaio Basso. A Senhora Clarice também defendeu a inclusão. A Senhora Tânia Secretária de Saúde de Palmitos, também defendeu a inclusão do Hospital Terezinha Gaio Basso de SMO. O Senhor Evandro, do Município de São Carlos justificou a preocupação dos leitos de retaguarda, pois estes são implantados para desafogar os hospitais porta de entrada. A Senhora Lucia Secretária da CIR do Extremo Oeste, coloca as dificuldades com relação ao fluxo, acesso e ao trânsito de SMO à Chapecó são três horas de percurso, e pede para levar em conta estas situações. Foi aprovada por unanimidade a inclusão no Projeto do Hospital Terezinha Gaio Basso de São Miguel do Oeste. Com relação dos leitos de UTI, Gessiani, fez uma explanação da situação da Macrorregião, dos leitos existentes e que já se encontram qualificados e dos que futuramente serão implantados/qualificados. A sugestão do Ministério da Saúde foi de que implantássemos Unidades de Acidente Vascular Encefálico - UAVE, com protocolos clínicos. Os Hospitais que atendem estes requisitos são os Hospitais: HRO e Terezinha Gaio Basso, que coloca em aprovação. Passou a palavra ao representante do Hospital Regional do Oeste, Senhor Adélio, que ficou em dúvida com relação aos leitos de retaguarda, que fará contato com a equipe da gestão para definir, solicitou informação sobre o que muda do que já está autorizado em portas de entrada no HRO. A Senhora Cleidenara informa que muitas situações serão resolvidas com a Regulação e o que é de responsabilidade dos municípios, da

Atenção Básica, deverá ser resolvido lá nos municípios, deixando de entrar no HRO, liberando para outros atendimentos. Informa que os recursos financeiros das Redes virão para suprir, mas não cabe agora ficar abrindo novas portas. O Senhor Bellé, salienta que tem toda uma população usando a porta de entrada do P.A. do HRO, esperando que melhore com a implantação da UPA de Chapecó. O diretor do Hospital Terezinha Gaio Basso, justifica que não tem autonomia neste momento para optar por leitos de UAVE. Com relação dos Cuidados Prolongados e Retaguarda Clínica, devemos atender os requisitos básicos das Portarias. As propostas são as seguintes, instalarmos leitos no H. Padre João Berthier e o Hospital de Palmitos. A Senhora Eila, defendeu o hospital de São Jose do Cedro, que esta em reforma e atende os requisitos. No hospital de Palmitos seu diretor colocou que as obras ficaram prontas provavelmente no mês de julho de 2013, com 32 leitos e com a ampliação ficara em 50 leitos. Gessiani coloca que é importante atender o que reza as portarias, porém o que tiver justificativa plausível será avaliado. A Senhora Marizete representante do Hospital São José de Maravilha questionou sobre como ficou o Hospital, respondido pela Gessiani que fica como Hospital de Retaguarda de Leitos. O Senhor Eladir Zanardi representante do Hospital de São José do Cedro, pede que seja revista à inclusão, que foi submetido à plenária para aprovação e incluído como cuidados prolongados. Lembrado pela Senhora Gessiani que os Hospitais de Cuidados Prolongados, tem outros requisitos de equipe multidisciplinar, foi ressaltado pelo Ministério que seja avaliado o que é mais viável financeiramente. A Senhora Selite, Gerente de Saúde de Palmitos defende que os Hospitais de São Carlos e Palmitos sejam incluídos como Hospital de Cuidados Prolongados, pois é preciso levar em consideração que atendem a todos os requisitos das portarias. Dando continuidade Gessiani informou quais os Hospitais de Retaguarda Clínica: Abelardo Luz, Faxinal dos Guedes, Guaraciaba, Xaxim, Caxambu do Sul, Vargeão, Chapecó, Maravilha, São Lourenço do Oeste. A senhora Carla de Xanxerê explica que o Hospital precisa criar 10 leitos e qualificar mais 10, e que é preciso avaliar tal possibilidade para não prejudicar os demais posteriormente. O Secretário de Saúde de Quilombo Derlei, defende que seja incluído o Hospital de Palmitos, por conta da região de abrangência. O Senhor Renato de Iporã do Oeste, defendeu o Hospital de Iporã do Oeste, pois a região ficou sem leitos de retaguarda. Gessiani argumentou que já estão inclusos os Hospitais que cumprem os critérios do Ministério e já foi alcançado o número máximo de leitos de retaguarda exigidos, de acordo com os parâmetros de necessidades. O Senhor Derlei, defendeu a permanência do Hospital de Quilombo com Retaguarda Clínica. Justificado pela Senhora Cleidenara que já temos dez leitos a mais, acordado que o Hospital de Quilombo será incluído com dez leitos, pois São Miguel do Oeste não esta mais como retaguarda e sim cuidados prolongados. Gessiani coloca que todas as justificativas serão inseridas no corpo do projeto. O Senhor Vanderlei de Dionísio Cerqueira, solicitou que levasse em consideração a realidade de município de fronteira. Gessiani disse que será considerado sim, mas que não se pode fugir das Portarias. A Senhora Marlene, pede a coerência do responsável ou representante do Hospital que está presente aqui, e falou como auditora administrativa, que revejam a sua capacidade instalada e que sejam cumpridos todos os requisitos das Portarias. Gessiani colocou em votação a planilha de Cuidados Prolongados e Retaguarda Clínica, que foi aprovado por unanimidade. Com relação aos Leitos de Saúde Mental agudo/crise, foi apresentada a Planilha aos presentes com os municípios pleiteados: Xanxerê, Chapecó, São Lourenço do Oeste, São Carlos. A Senhora Carla da Regional de Saúde de Xanxerê, argumentou e justificou que necessita de infraestrutura nos Hospitais para atender os surtos, lembrando da equipe mínima exigida. A Senhora Cintia de Palmitos, explicou que existe Clínica com 26 leitos para atender os pacientes de Saúde Mental, a sua reivindicação é de que permanecem dez leitos no Hospital de Palmitos na modalidade. A Senhora Marlene lembrou que o Anderson do Ministério da Saúde argumentou a obrigatoriedade de atender os surtos no atendimento de urgência para estabilizar os pacientes. Gessiani lembrou que a sugestão do Ministério da Saúde é de que sejam incluídos os leitos

por hospitais, segundo os parâmetros. A Senhora Gilvana, deixou bem claro que quem vai gerenciar os leitos é a Central de Regulação, conforme necessidade. Gessiani ressaltou que importante observar que porta de urgência não tem barreira física para municípios. O Senhor Adélio concorda que inclua cinco leitos do HRO, para estabilização dos pacientes de saúde mental. Incluído o Hospital de Maravilha com cinco leitos. Aprovada a planilha pelos presentes. Dando sequência, foram repassadas as informações sobre as Salas de Estabilização. A senhora Gessiani informa que são entendidas como elegíveis as salas de estabilização que estejam acima de 18 pontos. A Senhora Clarice esclareceu ao gestor de Itapiranga que como o hospital é privado não pode ser contemplado. A Senhora Marlene lembra que o Ministério da Saúde, não deverá aprovar a planilha como está. A Senhora Zenaide - Gerente de Saúde de Maravilha defendeu o município de Pinhalzinho. A Senhora Selite, Gerente de Saúde de Palmitos defendeu a permanência de Caibi e Palmitos. A Senhora Marlene informa que o critério que prevalece é a distância, e que o Ministério da Saúde não vai aprovar as duas Salas de Estabilização de Caibi e Palmitos, portanto precisa se definir sobre qual município tem capacidade instalada. A Senhora Tânia, Gestora de Palmitos defendeu suas situações de atendimento. O Senhor Bellé defendeu a estrutura e as situações atendidas no município de Caibi e argumentou que o município de Palmitos foi contemplado com Leitos de Cuidados Prolongados. Foi sugerido pela Senhora Cleidenara que a decisão seja entre os dois representantes dos municípios senhor Belle e senhora Cintia. Dando continuidade passamos a planilha da região de Xanxerê. A Senhora Carla, fez defesa dos municípios de sua região. A Senhora Eliese, Vice-Coordenadora da CIR de Xanxerê, fez justificativa e a defesa de seu município. O representante de São Domingos solicita inclusão a Sala de Estabilização. Gessiani salienta que a Rede de Urgência e Emergência será regulada por uma Central e vai atender todos os municípios, e que independente de o município estar contemplado nas planilhas, ele inserido na rede, dentro de um território de abrangência. A gestora de Iporã do Oeste fez a defesa dos municípios de sua região. A Senhora Eila também fez a defesa da região e diz que propõe argumentar com o Ministério da Saúde. Gessiani propõe que seja incluída a planilha no projeto, que a plenária decida pelo encaminhamento, esperando que os técnicos façam a leitura da nossa realidade, considerando as justificativas de cada região que sejam oficializadas ao Grupo Condutor. O Senhor Bellé informa que a decisão da Sala de Estabilização é de que permaneça com Caibi. O Senhor Ari Prestes, Prefeito de Anchieta, defendeu que permaneça a Sala de Estabilização para o seu município. A Senhora Teresinha de Palma Sola, fez a defesa dos atendimentos do seu município, e solicita que seja reavaliada a pontuação do seu município, pois ficaram fora de todas as planilhas. A Senhora Marlene, salienta que o Ministério da Saúde deixou bem claro que serão avaliados os critérios da portarias, mas a planilha não é estanque, e sugere que seja aprovada de acordo com as exigências mínimas. Foram assim definidas as salas de estabilização e suas respectivas justificativas serão incluídas ao projeto e encaminhadas ao Ministério da Saúde. O plano será aprovado pelas três CIRs. Fica definido que ate o fim da próxima semana precisa ser aprovado para ser enviada para o Ministério da Saúde. Sem mais, foi aprovada por lista de presença.