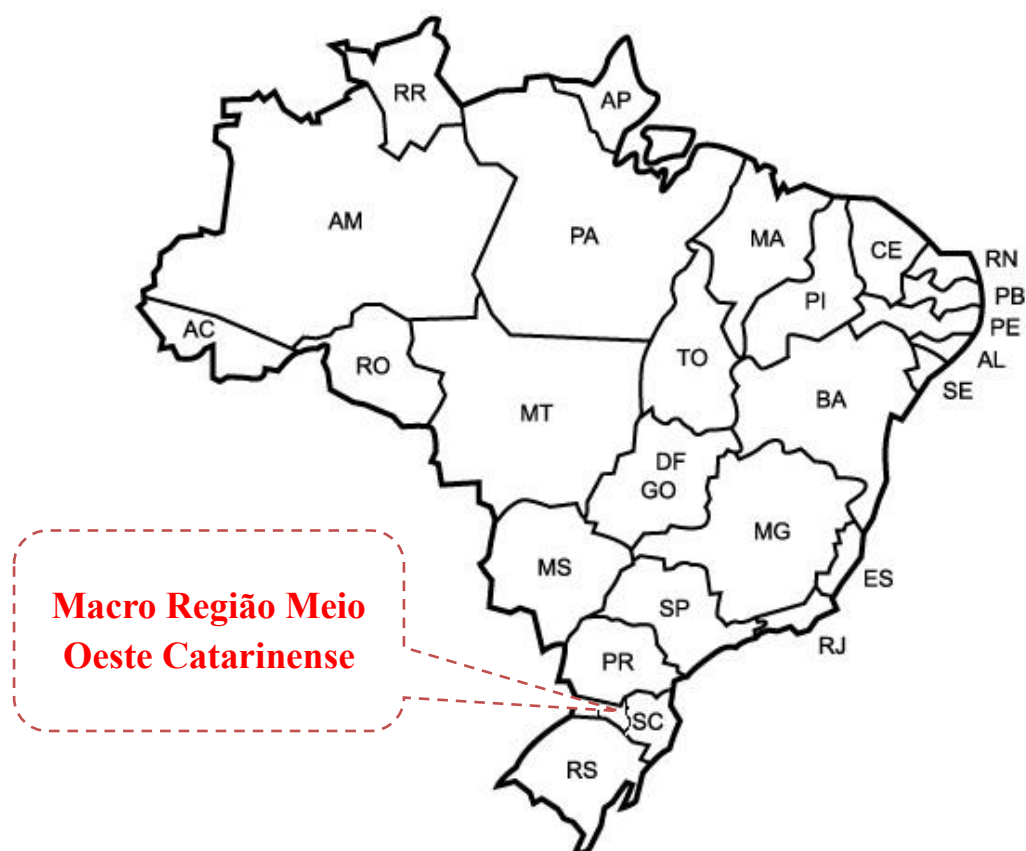




ESTADO DE SANTA CATARINA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE
SECRETARIAS DE



PLANO DE AÇÃO REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – ATUALIZADO EM 2018



MACRO REGIÃO DO MEIO OESTE CATARINENSE

Julho 2018



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

EDUARDO PINHO MOREIRA - GOVERNADOR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ACELIO CASAGRANDE - SECRETÁRIO

SUP. DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

KARIN CRISTINE GELLER LEOPOLDO - SUPERINTENDENTE

DIRETORA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS

CLAUDIA RIBEIRO ARAUJO GONSALVES - DIRETORA

MARIVAN CORTESE – GERENTE DOS COMPLEXOS REGULADORES

ELABORAÇÃO

IVANICE ANGELA PECCIN

JARDEL DAL ZOTTO

JOERCIO DAL MORO

LUIZ MARTINHO AVILA

ELIABETE DE FATIMA LIMA

MARCELO ANTONIO PASOLINI

MIRIAN KOWALCZKI

CAETANO PHAFAEL CARDOSO

COLABORAÇÃO

Alessandra Daros Nunes - Apoiadora COSEMs

Alessandro Vernize – Apoaidor ,,,,,,

REVISÃO: JULHO DE 2018.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVOS.....	6
2.1 OBJETIVO GERAL.....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
3 HISTÓRICO.....	7
4 ANÁLISE SITUACIONAL DA REGIÃO.....	9
4.1 MACRORREGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE.....	9
4.1.1. Região de Saúde do Meio Oeste.....	10
4.1.2. Região de Saúde do Alto Vale Uruguaí.....	11
4.1.3. Região de Saúde do Alto Vale do Rio Do Peixe.....	12
5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	13
5.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC).....	18
5.1.1 Classificação dos AVEs.....	18
5.1.2 Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH).....	18
6 ATENÇÃO BÁSICA.....	20
7 ATENÇÃO HOSPITAL E URGÊNCIAS.....	24
8 REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SAMU.....	30
9 ORGANIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO FLUXO DE ACESSO AOS COMPONENTES DA RUE.....	33
9.1 – UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO- UPA.....	33
9.2 SALA DE ESTABILIZAÇÃO -SE.....	35
9.3 – COMPONENTE HOSPITALAR.....	37
10 UNIDADES DE CUIDADOS PROLONGADOS.....	40
10.1 UNIDADE DE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO CARDIOVASCULAR	41

10.2 ATENÇÃO DOMICILIAR.....	42
10.3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	43
11 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DA MACRO MEIO OESTE.....	44
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	64

1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

Com base na situação da saúde do estado, com elevada morbimortalidade por causas externas e por doenças crônicas, definiu-se como estratégia para o enfrentamento deste problema, a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em todas as regiões de saúde conforme as portarias/MS preconizam, estabelecendo uma atenção integrada com

encaminhamento correto dos pacientes, considerando a unidade adequada para cada caso e que promova a assistência mais eficaz no menor tempo possível.

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

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

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

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

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

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

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implantar serviços da Rede de Urgência e Emergência na Macro Região do Meio Oeste Catarinense.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar a atenção primária em saúde (ESF), como ordenadora do sistema das redes de atenção, que possam minimizar as necessidades de atendimentos de urgências e emergências.
- Organizar o fluxo de acesso nos serviços de urgência e emergência, modificando os processos de trabalho e mensurando os resultados obtidos.
- Regular no menor tempo possível, com base nos sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação.
- Controlar e acompanhar os pontos de atenção secundários ambulatoriais (UPAS ,PAs), leitos hospitalares e o sistema de transporte.
- Estabelecer as competências de cada ponto de atenção às urgências;
- Implantar um programa de capacitação permanente dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e demais profissionais envolvidos) que atuam nos serviços de urgência e emergência da Macrorregião.

3 HISTÓRICO

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

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

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

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

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

Desta forma, considerando o imperativo de prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências, o Ministério da Saúde propõe uma reformulação da política no sentido de se trabalhar e estimular a constituição das Redes de Atenção à Urgência e Emergência-RUE nas regiões de saúde do país.

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

Desse modo, integram a Rede de Atenção às Urgências desde salas de observação, funcionando na atenção primária à saúde até os leitos de retaguarda nos hospitais, passando pela organização do SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e similares e a proposta de Atenção Domiciliar.

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

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

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

O processo de organização das Redes de Atenção à Saúde em Santa Catarina teve início no município de Joinville em 2007, região norte.

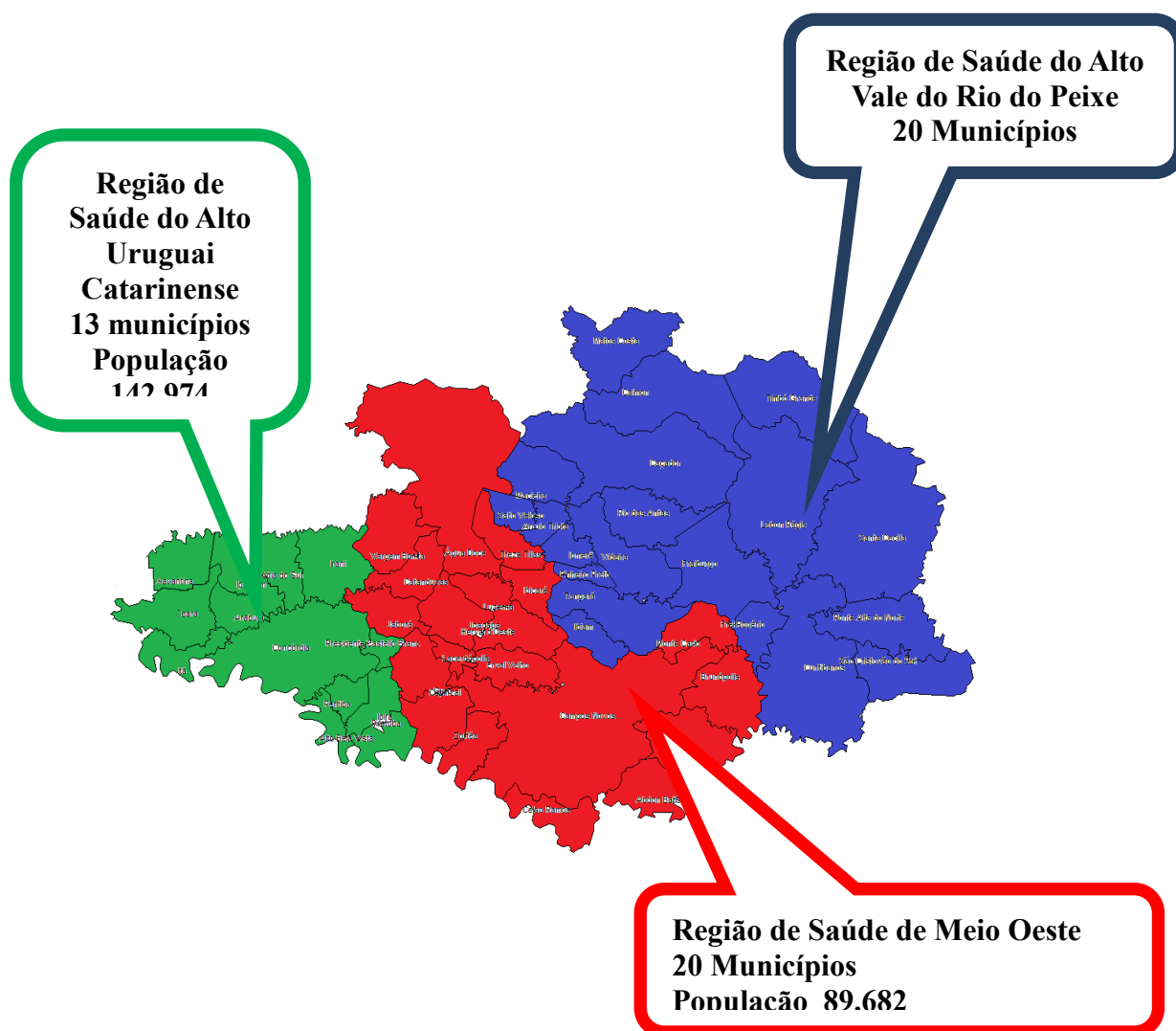
A Macro região meio Oeste, em 2013 começa a articular-se para construir A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS da região, aprovada em reunião com

as CIR da macro região em 23 de maio de 2013 com a presença de representantes do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Cinco anos depois convoco o grupo condutor regional, os gestores municipais de saúde e os prestadores de serviços para uma atualização de dados e ampliação dos serviços.

4 ANALISE SITUACIONAL DA REGIÃO

4.1 MACRORREGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE

A Macrorregião de Saúde do Meio Oeste é composta por 03 (três) Regiões de Saúde com uma população de referência de 622.992 habitantes (IBGE 2016).



4.1.1. Região de Saúde do Meio Oeste

A região é composta por 20 (vinte) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 189.682 habitantes (IBGE/ 2016).

Tabela 1: População por município da Região de Saúde do Meio Oeste

Município	População
Abdon Batista	2.617
Água Doce	7.143
Brunópolis	2.589
Campos Novos	35.383
Capinzal	22.327
Catanduvas	10.503
Celso Ramos	2.768
Erval Velho	4.472
Herval d'Oeste	22.324
Ibicaré	3.290
Jaborá	4.006
Joaçaba	29.310
Lacerdópolis	2.249
Luzerna	5.703
Monte Carlo	9.740
Ouro	7.381
Treze Tílias	7.392
Vargem	2.586
Vargem Bonita	4635
Zortea	3.264
TOTAL	189.682

Fonte: (IBGE, 2016)

4.1.2. Região de Saúde do Alto Vale Uruguai

A região é composta por 13 (treze) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 142.974 habitantes (IBGE/2016).

Tabela 2: População por município da Região de Saúde do Alto Vale do Uruguai

Município	População	
Alto Bela Vista	1.977	
Arabutã	4.278	
Concórdia	73206	
Ipira	4.599	
Ipumirim	7.530	
Irani	10.202	
Itá	6.311	
Lindóia do Sul	4.630	
Peritiba	2.880	
Piratuba	4.209	
Presidente Castello Branco	1.630	
Seara	17.483	
Xavantina	4.039	
TOTAL	142.974	

Fonte: (IBGE, 2016)

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

A Região é composta por 20 (vinte) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 290.336 habitantes (IBGE/2016).

Tabela 3: População por município da Região de Saúde do Alvo Vale do Rio do Peixe

Município	População
Arroio Trinta	3.564
Caçador	76.571
Calmon	3.389
Curitibanos	39.399
Fraiburgo	36.102
Frei Rogério	2.197
Ibiam	1.968
Iomerê	2.899
Lebon Régis	12.119
Macieira	1.807
Matos Costa	2.652
Pinheiro Preto	3.438
Ponte Alta do Norte	3.405
Rio das Antas	6.246
Salto Veloso	4.616
Santa Cecília	16.606
São Cristovão do Sul	5.412
Tangará	8.748
Timbó Grande	7.699
Videira	51.499
TOTAL	290.336

Fonte: (IBGE, 2016)

5 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

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

Tabela 4: População por faixa etária segundo a região

Faixa Etária	Meio Oeste
Menor de um ano	8.150
01 a 04 anos	32.549
05 a 09 anos	45.423
10 a 14 anos	53.777
15 a 19 anos	53.077
20 a 29 anos	100.575
30 a 39 anos	90.564
40 a 49 anos	86.298
50 a 59 anos	62.694
60 a 69 anos	39.279
70 a 79 anos	20.724
80 anos e mais	8.170
Total	601.280

Fonte: (IBGE, 2012).

A maior causa de mortalidade geral como vemos na tabela abaixo são doenças do aparelho circulatório, vindo em segundo lugar neoplasias e terceiro lugar doenças do aparelho respiratório e quarto lugar as causas externas.

Tabela 5: Mortalidade Geral-Meio Oeste

Causas Capítulos	% de óbitos por causa
TOTAL	100,00
Doenças do aparelho circulatório	24,25
Neoplasias (tumores)	23,98
Doenças do aparelho respiratório	10,35
Causas externas	9,95
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6,27
Mal Definidas	5,72
Doenças do aparelho digestivo	5,04
Doenças do sistema nervoso	2,86
Alg dças infecciosas e parasitárias	2,86
Doenças do aparelho geniturinário	2,59
Algumas afec originadas no período perinatal	2,32
Transtornos mentais e comportamentais	1,63
Anomalias congênitas	1,09
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,68
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,27
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,14

Fonte: SIM/ MS 2017

No Brasil e nossa região as causas externas (que incluem os acidentes e violências) são responsáveis pela 4º causa de morte na população geral e 1ª causa de morte na faixa etária entre 1 a 39 anos (BRASIL, 2010). Outro dado relevante em relação aos acidentes de trânsito

refere-se ao aumento crescente e progressivo da taxa de acidentes envolvendo motociclistas em todo o país.

Tabela 6: Mortalidade por Causas Externas na Macro Região Meio Oeste (%)

Causas	% de óbitos por causa
TOTAL	100,00
103 Acidentes de transporte	35,62
109 Agressões	20,55
112 Todas as outras causas externas	16,44
108 Lesões autoprovocadas voluntariamente	13,70
104 Quedas	8,22
110 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	2,74
105 Afogamento e submersões acidentais	2,74

Fonte: SIM/MS – 2017

Apresentamos abaixo o quadro das principais causas de internações hospitalares no ano de 2017 na Macro Região do Meio Oeste Catarinense. Podemos perceber que o aparelho respiratório fica como a primeira causa de internação e doenças do aparelho digestivo seguem como segunda causa.

Tabela 7: Principais causas de Internação em 2017 no Meio Oeste Catarinense

Principais Causas de Internação	Internações
Total	47.551
Parto cesariano	3.373
Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	3.362
Parto normal	2.026
Tratamento c/ cirurgias multiplas	1.843
Diagnostico e/ou atendimento de urgencia em clinica medica	1.422
Tratamento Das Doencas Cronicas Das Vias Aereas Inferiores	1.299
Tratamento De Doenças Infecciosas E Intestinais	1.176
Tratamento De Intercorrencias Clinicas Na Gravidez	1.161
Tratamento De Outras Doenças Bacterianas	1.065
Tratamento de outras doencas do aparelho digestivo	1.052
Tratamento De Insuficiencia Cardiaca	990

Fonte : SIH 2017

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

Tabela 8: Número de IAM com angina na macrorregião do Meio Oeste no ano de 2012

<i>Diag CID10 (categ)</i>	IAM
I20 Angina pectoris	207
I21 Infarto agudo do miocárdio	239
I22 Infarto do miocárdio recorrente	5
I24 Outras doenças isquêmicas agudas do coração	31
I25 Doenças isquêmica crônica do coração	12
Total	494

Fonte: SIH

Tabela 9: IAM sem angina na macrorregião do meio Oeste em 2012

Diag CID10 (categ) - ANO 2012	IAM
I21 Infarto agudo do miocárdio	239
I22 Infarto do miocárdio recorrente	5
I24 Outras doenças isquêmicas agudas do coração	31
I25 Doenças isquêmica crônica do coração	12
Total	287

Fonte: SIH/MS

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

5.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

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

5.1.1 Classificação dos AVEs

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

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

- Ataque isquêmico transitório (AIT): apresenta quadro agudo com perda de função de uma região encefálica ou retiniana, regredindo em menos de 24 horas, atribuindo a suprimento sangüíneo inadequado em território carotídeo ou vertebro basilar.
- Déficit neurológico isquêmico reversível: ocorre quando a reversão do quadro neurológico se dá em tempo superior a 24 horas e inferior a três semanas;
- AVE em progressão: este se dá quando o déficit focal piora ou melhora, em um determinado período de tempo. Por isso, nestes casos, torna-se necessária uma reavaliação periódica do paciente em 30 a 60 minutos;
- Infarto cerebral ou AVE completa: ocorre quando o déficit neurológico persistir por mais de três semanas.

5.1.2 Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH)

- Hemorragia intracerebral: corresponde a presença de lesão intraparenquimatosa, (hematoma) levando a sinais e sintomas neurológicos secundários;
- Hemorragia subaracnóidea: neste caso não observamos sinais de sofrimento cerebral intraparenquimatoso, somente se houver complicações posteriores.

Tabela10: AVC 2011/2012 SEM AIT MEIO OESTE

Diag CID10 (categ)	ANO 2011	ANO 2012
G46 Sindr. Vasc. Cerebr. q ocorr. Doenc. cerebrovasc	13	28
G81 Hemiplegia	0	0
G82 Paraplegia e tetraplegia	0	0
I63 Infarto cerebral	33	32
I64 Acid. Vasc. Cerebr. NE como hemorrag. isquêmico	372	325
I65 Oclus/esten. art pre-cerebr. q n res inf. Cerebr.	0	0
I66 Oclusão/estenose art. Cerebr. q n res inf cerebr.	0	0
I67 Outras doenças cerebrovasculares	12	8
I68 Transt. cerebrovasculares em doenças COP	0	0
Total	430	393

Fonte: SIH/MS

Tabela 11: AVC 2011 /2012 COM AIT MEIO OESTE

Diag CID10 (categ)	ANO 2011	ANO 2012
G45 Acid. Vasc. Cerebr. isquêmicos trans sindr. corr	226	224
G46 Sindr. Vasc. Cerebr. q ocorr doenc. cerebrovasc	13	28
G81 Hemiplegia	0	0
G82 Paraplegia e tetraplegia	0	0
I63 Infarto cerebral	33	32
I64 Acid. Vasc Cerebr NE como hemorrag isquêmico	372	325
I65 Oclus/esten art pre-cerebr q n res inf cerebr	0	0
I66 Oclusão/estenose art. Cerebr. q n res inf. cerebr.	0	0
I67 Outr. doenças cerebrovasculares	12	8
I68 Transt. cerebrovasculares em doenças COP	0	0
Total	656	617

Fonte: SIH/MS

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

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

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

6 ATENÇÃO BÁSICA

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

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

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

A Macrorregião de Meio Oeste atende um total de 53 municípios, com população de 622.992 mil habitantes e a cobertura populacional da Atenção Básica é de 74%. Para a Região de Saúde do Meio Oeste a cobertura é de 85,02%, desta podemos destacar os municípios de Capinzal e Ouro que não atingem cobertura de 50% de Estratégia Saúde da Família. Na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense a cobertura perfaz um total de

74,37%, sendo o município de Concórdia com apenas 49,97% de cobertura de Estratégia Saúde da Família e Lindóia do Sul com 74,48% e Arabutã com 82,22% os demais municípios possuem uma cobertura de 100%.

Na Região do Alto Vale do Rio do Peixe a cobertura é de 52,92%, tendo três Municípios com cobertura abaixo de 50%, sendo eles Videira com 36,23, Caçador 24,18% e Curitibanos 36,43, destacando também Fraiburgo e Santa Cecília com cobertura de 59,69% e 65,38% respectivamente. Abaixo as figuras 1, 2 e 3 descrevem melhor a capacidade instalada da Atenção Básica, NASF, ACS e PMAC das regiões respectivas.

Ressaltamos que os municípios que possuem baixa cobertura na Atenção Básica se comprometem reestruturar aumentando a cobertura de atendimento pela Estratégia Saúde da Família, havendo por parte das gerências de saúde uma maior incentivo neste aspecto. Também é necessário criar um fluxo de acesso de referência e contra referência, utilizando a classificação de risco para os atendimentos na Atenção Básica, referenciando os casos necessários aos Hospitais de porta de entrada ou salas de estabilização, melhorando assim o acesso a população aos serviços de saúde.

Tabela12: Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, CAPS da Região Meio Oeste

MUNICÍPIO	ESF	UBS	NASF	ACS	CAPS
Água Doce	3	1	1	15	1
Brunópolis	1	2	1	11	
Abdon Batista	1	1	1	11	
Catanduvas	3	5	1	20	
Capinzal	4	1	0	27	1
Campos Novos	8	14	0	61	1
Celso Ramos	1	1	1	10	
Eral Velho	2	1	1	10	
Herval d'Oeste	8	1	1	26	1
Ibicaré	2	1	1	8	
Jaborá	2	2	1	10	
Joaçaba	8	3	1	37	1
Lacerdópolis	1	1	1	6	
Luzerna	2	1	1	15	
Monte Carlo	4	1	1	24	
Ouro	1	2	0	7	1
Treze Tílias	2	2	1	16	
Vargem	1	1	1	11	
Vargem Bonita	2	2	1	14	
Zortéa	1	1	1	6	
TOTAL	57	44	17	345	6

Fonte: IBGE, GEABS – SES – SC, CNES, FNS -2018

Tabela 13: Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, CAPS, da Região do Alto Vale Uruguai

MUNICIPIO	ESF	UBS	NASF	ACS	CAPS
ALTO BELA VISTA	1	1	1	5	
ARABUTÃ	2		1	10	
CONCÓRDIA	13	17 UBS	1	73	1
IPIRA	2	3	1	15	
IPUMIRIM	3	4 UBS	1	16	
IRANI	4		1	24	
ITÁ	3		1	17	
LINDÓIA DO SUL	1			10	
PERITIBA	1		1	7	
PIRATUBA	2		1	15	
PRES. CASTELO BRANCO	1		1	4	
SEARA	6	4 UBS	1	68	1
XAVANTINA	2	3 UBS	1	11	
TOTAL	41	32	12	275	2

Fonte: IBGE, GEABS – SES – SC, CNES, FNS -2018

Tabela 14: Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, CAPS, do Alto Vale do Rio do Peixe

MUNICIPIO	ESF	UBS	NASF	ACS	CAPS
CURITIBANOS	8	9	0	58	1
FREI ROGERIO	1	1	1	8	
PONTE ALTA DO NORTE	1	1	1	5	
SANTA CECILIA	2	9	1	18	1
SÃO CRISTOVÃO DO SUL	2	1		9	
ARROIO TRINTA	1	1	1	9	
SALTO VELOSO	2	1		9	
IBIAM	1	1		4	
IOMERÊ	1	1		7	
PINHEIRO PRETO	2	1	1	9	
VIDEIRA	9	1	1	33	1
TANGARÁ	3	2	1	21	
FRAIBURGO	8	1	1	55	1
CAÇADOR	13	15		85	2
CALMOM	2	2	1	16	
LEBON RÉGIS	3	4	1	30	
MACIEIRA	1	2	1	6	
MATOS COSTA	2	1	1	12	
RIO DAS ANTAS	2	2	1	15	
TIMBÓ GRANDE	3	3	1	21	
TOTAL	67	59	14	430	6

Fonte: IBGE, GEABS – SES – SC, CNES, FNS – 2018

7 ATENÇÃO HOSPITAL E URGÊNCIAS

A Macrorregião do Meio Oeste é composta por 25 (vinte e cinco) Unidades Hospitalares, sendo que 05 Hospitais configuram-se como Hospitais de urgência e emergência, e serviços de media e alta complexidade sendo: Hospital Universitário Santa Teresinha em Joaçaba, Hospital São Francisco em Concórdia, Hospital Divino Salvatoriano

Tabela 15: Descrição dos hospitais e o número de leitos existentes conforme Unidade Hospitalar

Região	HOSPITAL	MUNICÍPIO	PORTE	Leito Ñ SUS	Leito SUS	Total	
AVRP	HOSPITAL MAICE	Caçador	III	28	77	105	
MO	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DR JOSE ATHANASIO	Campos Novos	II	22	68	90	
MO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	Capinzal	I	11	52	63	
AVU	HOSPITAL SAO FRANCISCO	Concórdia	III	79	115	194	
AVRP	HOSPITAL HELIO ANJOS ORTIZ	Curitibanos	III	37	107	144	
AVU	HOSPITAL SAO JORGE LTDA	Irani	I	3	61	64	
MO	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA	Joaçaba	III	29	115	144	
MO	HOSPITAL SAO ROQUE	Luzerna	I	4	59	63	
AVRP	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CECILIA	Santa Cecília	I	2	86	88	
AVRP	HOSPITAL SALVATORIANO DIVINO SALVADOR	Videira	II	26	83	109	
AVU	UNIDADE MISTA DE SAUDE ARY GIOMBELLI	Ipumirim	I	2	10	12	
AVRP	FUNDAÇÃO MEDICA SOCIAL RURAL SALTO VELOSO	Salto Veloso	I	2	14	16	
AVRP	HOSPITAL SAO ROQUE	Arroio Trinta	I	7	11	18	
AVRP	HOSPITAL MUNICIPAL FREI ROGERIO	Desativado temporariamente	I	-	-	-	
AVU	HOSPITAL SAO LUCAS	Xavantina	I	7	17	24	
AVU	HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA	Lindóia do Sul	I	10	62	72	
AVU	HOSPITAL PIRATUBA IPIRA	Ipira	I	8	19	27	

AVU	HOSPITAL SÃO ROQUE	Seara	0	12	39	51	
AVU	HOSPITAL OSVALDO CRUZ	Arabutã	0	6	16	22	
MO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PAZ	Água Doce	I	6	25	31	
MO	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO	Catanduvas	I	9	23	32	
AVU	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITALAR PERITIBA	Peritiba	I	6	27	33	
AVRP	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTO ANTONIO	Lebon Régis	I	0	45	45	
AVU	HOSPITAL SAO PEDRO ITA	Itá	I	12	28	40	
AVRP	Associação Fraiburguense de Saude Coletiva	Fraiburgo	I	3	48	51	

Legenda

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

O número de leitos clínicos existentes nesta macrorregião somam um total 1.538, deste 1.207 são SUS e 331 privados conforme a portaria Portaria nº 1.631 de 1º de outubro de 2015, onde aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

A programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes.

Dados referentes ao Número de leitos de Uti existentes

Obs. População senso IBGE 2016 – Consulta CNES em 18.06.2018

Os leitos de UTI adulto tipo II já existentes na região são 63 adultos e 22 pediátrico e neonatal, somando 85 leitos em terapia Intensiva, perfazendo um total de .5,21.% dos leitos clínicos SUS existentes, sendo eles distribuídos nos Hospitais abaixo:

Tabela 16: Número de leitos conforme unidade Hospitalar

Hospital	Município	Leitos Adulto	Qualificados	Leitos Pediátricos	Leitos Neonatal
Hospital Maice	Caçador	20	14	-	-
Hospital Divino Salvador	Videira	18	16	-	-
Hospital Santa Terezinha	Joaçaba	10	08	-	-
Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos	8	6	3	7
Hospital São Francisco	Concordia	7	6	6	6
TOTAL		63	50	9	13

Obs.. No hospital Helio dos Anjos Ortiz em Curitibanos temos:

- UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL 06
- UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU 05

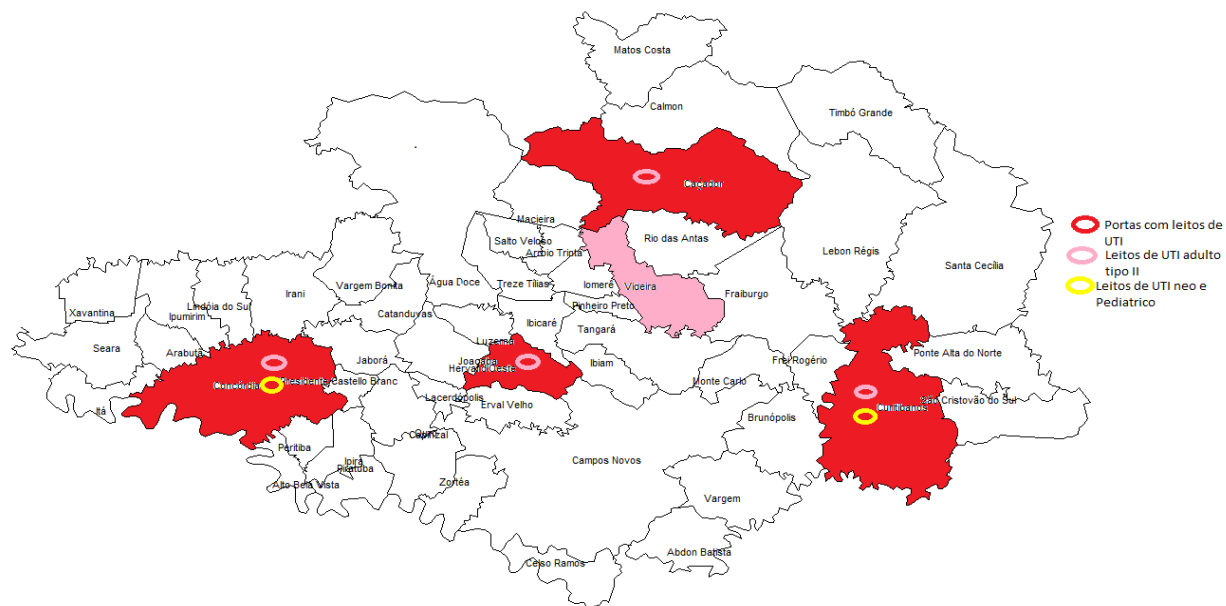
Obs. Hospital São Francisco Concórdia - UTI Adulto tipo II 02 leitos não SUS e um leito tipo I SUS e um Não SUS

Tabela 17: Numero de Leitos de UTI aprovados no PAR

Hospital	Município	Leitos Adulto	Ano Implantação	Leitos Pediátricos	Ano Implantação	Leitos Neonatal	Ano Implantação
Hospital Divino Salvador	Videira	02	2020	-	-	-	-
Hospital Santa Terezinha	Joaçaba	10	2020	-	-	-	-
Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos	12	2020	-	-	-	-
Fundação Hospitalar Dr José Athanásio	Campos Novos	10	2021	-	-	-	-
Total		34	-	0	-	0	-

Observamos na tabela 17 que a região tem a implantar 34 leitos de UTI adulto tipo II já aprovados conforme nota técnica nº 04 de dezembro de 2016.

Ilustração 2: Mapa Visualizando A Distribuição De Leitos De Uti Na Macro



8 REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SAMU

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

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

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

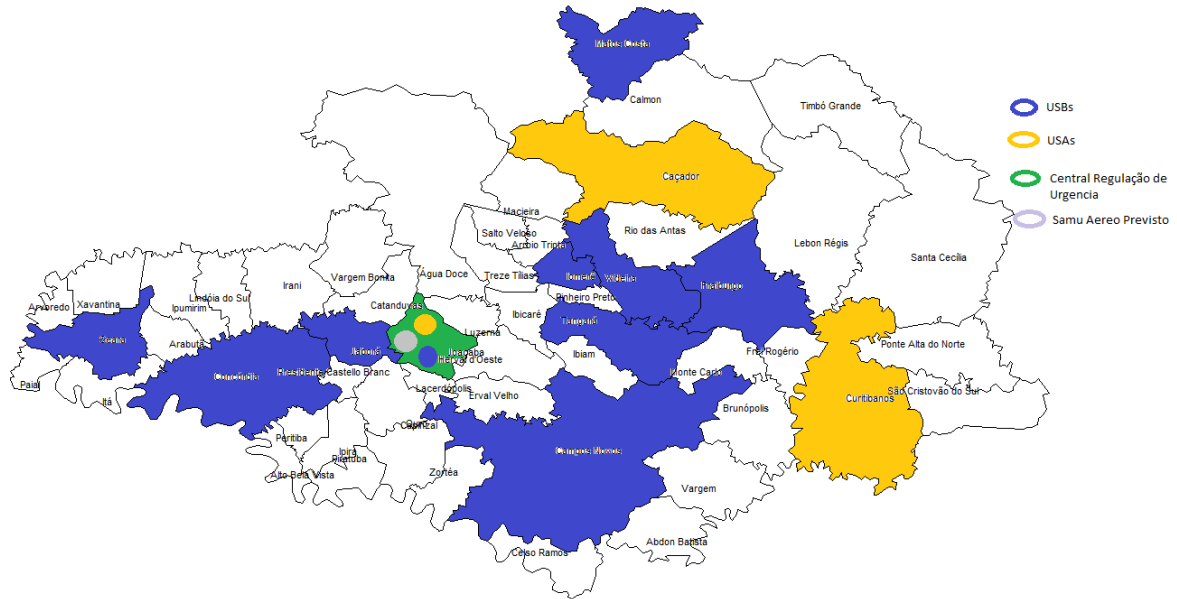
Tabela 18: Distribuição de ambulâncias de USAS na Macrorregião Meio Oeste

Município	USA	Qualificada SIM/NÃO	Municípios Atendidos	Numero Atendimentos Ano 2017
Região de Saúde Meio Oeste Joaçaba	1	SIM	Abdom Batista, Água Doce, Arabuta, , Campos Novos, Capinzal, Catanduvas, Celso Ramos, Concórdia, Erval Velho, Herval d' Oeste, Ibiam, Ibicaré, Ipira, Ipumirim, Irani, Ita, Jaborá, Joaçaba, Lacerdópolis, Lindóia do Sul, Luzerna, Ouro, Peritiba, Piratuba, Presidente Castelo Branco, Seara, Tangara, Treze Tílias, Vargem Bonita, Vargem, Xavantina, Zortéa,	1.336
Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe Curitibanos	1	SIM	Brunópolis, Curitibanos, Frei Rogério, Monte Carlo, Ponte Alta do Norte, Santa Cecília, São Cristóvão do Sul.	796
Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe Caçador	1	SIM	Arroio Trinta, Caçador, Calmon, Fraiburgo, Iomerê Lebon Regis, Maciera, Matos Costa, Pinheiro Preto, Rio das Antas, Salto Veloso, Timbó Grande, Videira	1.143

Tabela 19: Distribuição de ambulâncias de USB na Macrorregião Meio Oeste

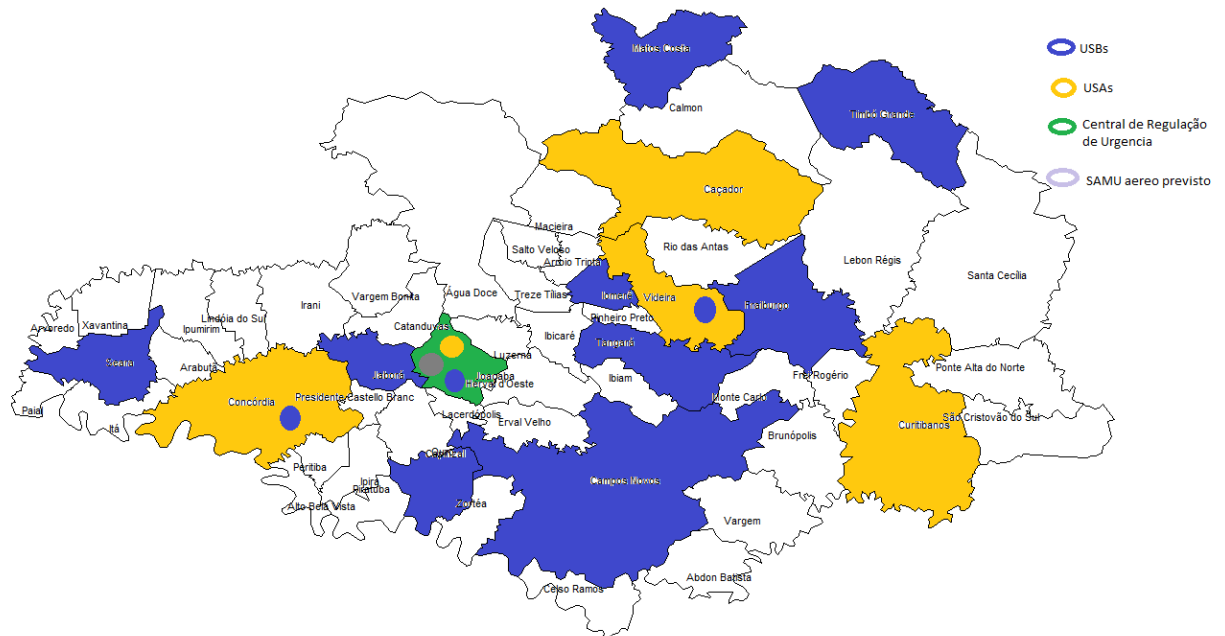
Município	USB	Qualificada SIM/NÃO	Municípios Atendidos	Numero Atendimentos Ano 2017
Campos Novos	1	SIM	Abdom Batista, Celso Ramos, Vargem,	786
Concórdia	1	SIM	Arabuta, Ipira, Ipumirim, Irani, Lindóia do Sul, Peritiba, Piratuba.	1.259
Curitibanos	1	SIM	Devolvida a Estado em 16.04.2018	973
Fraiburgo	1	SIM	Lebon Regis, Monte Carlo	892
Iomere	1	SIM	Arroio Trinta, Maciera, Salto Veloso e Treze Tílias.	203
Jaborá	1	SIM	Presidente Castelo Branco.	478
Joaçaba	1	SIM	Água Doce, Capinzal, Catanduvas, Eral Velho, Herval d' Oeste, Lacerdópolis, Luzerna, Ouro Vargem Bonita e Zortéa.	2.005
Matos Costa	1	NÃO	Calmon	73
Santa Cecília	1		Baixada desde novembro 2016	0
Seara	1	SIM	Arvoredo, Ita, Paial e Xavantina.	180
Tangara	1	SIM	Ibiam, Ibicaré, e Pinheiro Preto.	224
Videira	1	SIM	Caçador e Rio das Antas.	1.226
TOTAL	12			11.574

Ilustração 3: Capacidade Instalada Existente - SAMU



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

Ilustração 4: Ampliações para Capacidade Ideal - SAMU



A implantação de uma USA em Concórdia e USA em Videira já aprovadas no Plano de Ação regional 2013.

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

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

9.1 – UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO- UPA

Em relação às UPAS, observa-se que ate o momento possuímos uma unidade habilitada. No quadro abaixo apresentamos as UPAs que estão em fase final de estruturação.

A meta agora é habilitar e posteriormente qualificar as UPAs.

Tabela 20: Situação das UPAs na macro Meio Oeste

Região	Município	UPA 24h Habilitada	Qualificação	Porte	Nº atendimento ano
Alto Uruguai	Concordia	UPA Concordia	Portaria de Flexibilização para usar em serviços de Saude	I	
Meio Oeste	Herval d Oeste	UPA – Remi Alécio Mascarello	SIM-Portaria 2.657 de 04.12.2014	I	54.799
Alto Vale Rio Peixe	Videira	UPA -	Buscando Habilitação	I	Iniciará das atividades em set/2018.
Alto Vale Rio Peixe	Fraiburgo	UPA	Portaria de Flexibilização para usar em serviços de Saude	I	Já trabalha 12 horas
Alto Vale Rio Peixe	Caçador	UPA	Buscando Habilitação	I	Já iniciou as atividades junho/2017

Ilustração 5: Distribuição das UPAs com Municípios.

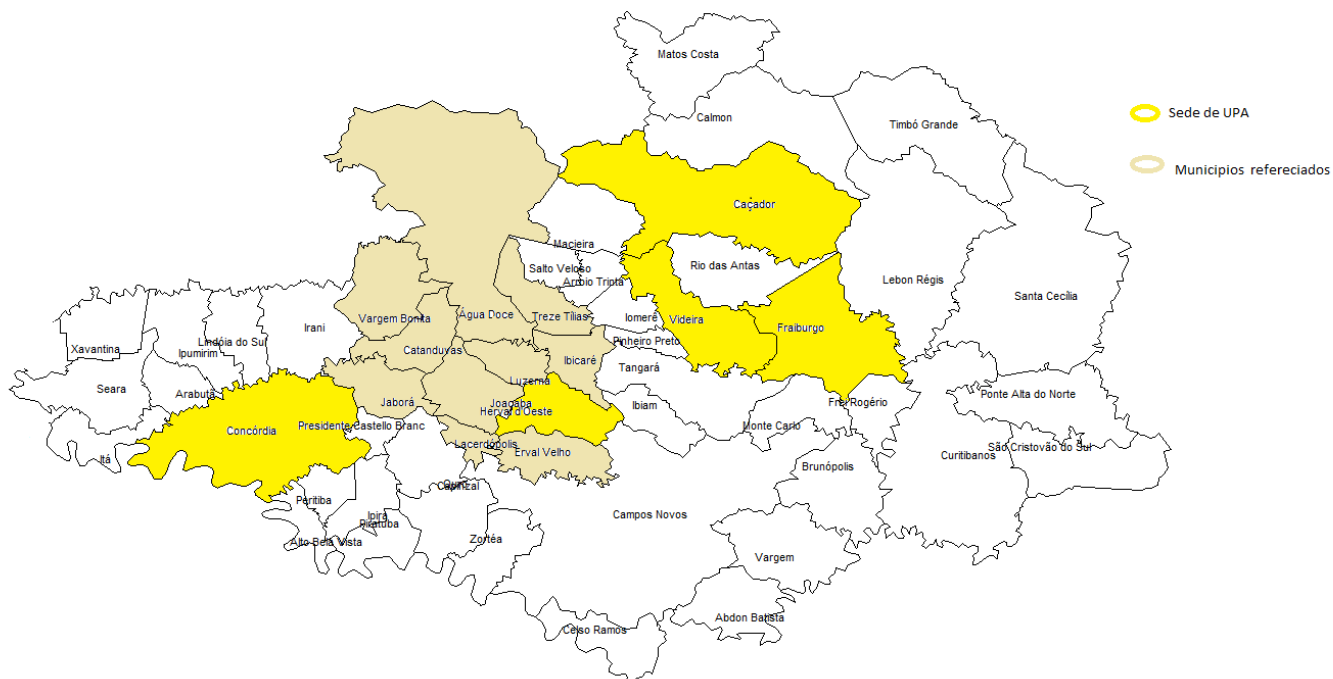


Tabela 21: Municípios com UPA

Município Sede da Unidade (UPA)	Municípios Atendidos
Caçador	Caçador
Concórdia	Concórdia
Fraiburgo	Fraiburgo
Herval d’ Oeste	Água Doce, Catanduvas, Erval Velho, Ibicaré, Jaborá, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna e Treze Tílias e Vargem Bonita.
Videira	Videira.

- No tabela acima observamos os municípios que possuem UPA e sua área de atendimento.

- Obs. O município de Videira tem deliberação na CIR local, que a área de abrangência será somente o município sede, sendo que os demais possuem serviços 24 horas referenciados.

9.2 SALA DE ESTABILIZAÇÃO -SE

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

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

As salas de estabilização dos municípios de Salto Veloso e Monte Carlo não atingiram a pontuação mínima, porém o vazio assistencial, a dificuldade de acesso devidos as condições das rodovias, solicitamos a possibilidade de habilitar as mesmas pois já existe medico presente 24 horas custeado pelos municípios , sendo a única porta de entrada para esta população 24 horas por, dia 7 dias por semana.

Ilustração 5: Distribuição das Salas de Estabilização aos Municípios

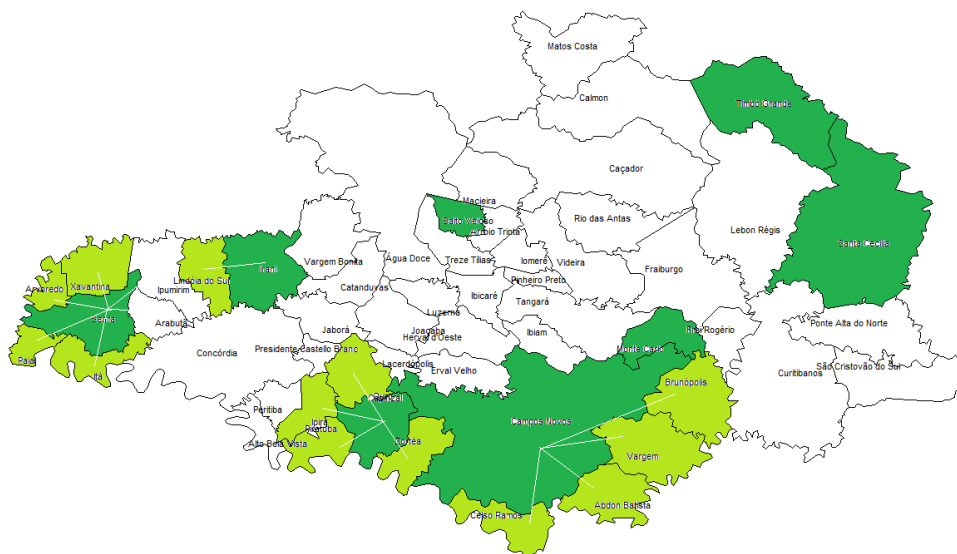


Tabela 22: Municípios com Sala de Estabilização

Municípios SE	Municípios Atendidos.
Capinzal	Ipirá, Ouro, Piratuba e Zortéa.
Campos Novos	Abdom Batista, Brunópolis, Celso Ramos e Vargem.
Monte Carlo	Monte Carlo.
Irani	Lindóia do Sul,.
Seara	Arvoredo, Ita, Paial, Xavantina.
Salto Veloso	Salto Veloso.
Santa Cecília	Santa Cecília.
Timbo Grande	Timbó Grande.

9.3 – COMPONENTE HOSPITALAR

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

Ilustração 5: Localização Hospitais Porta de Entrada

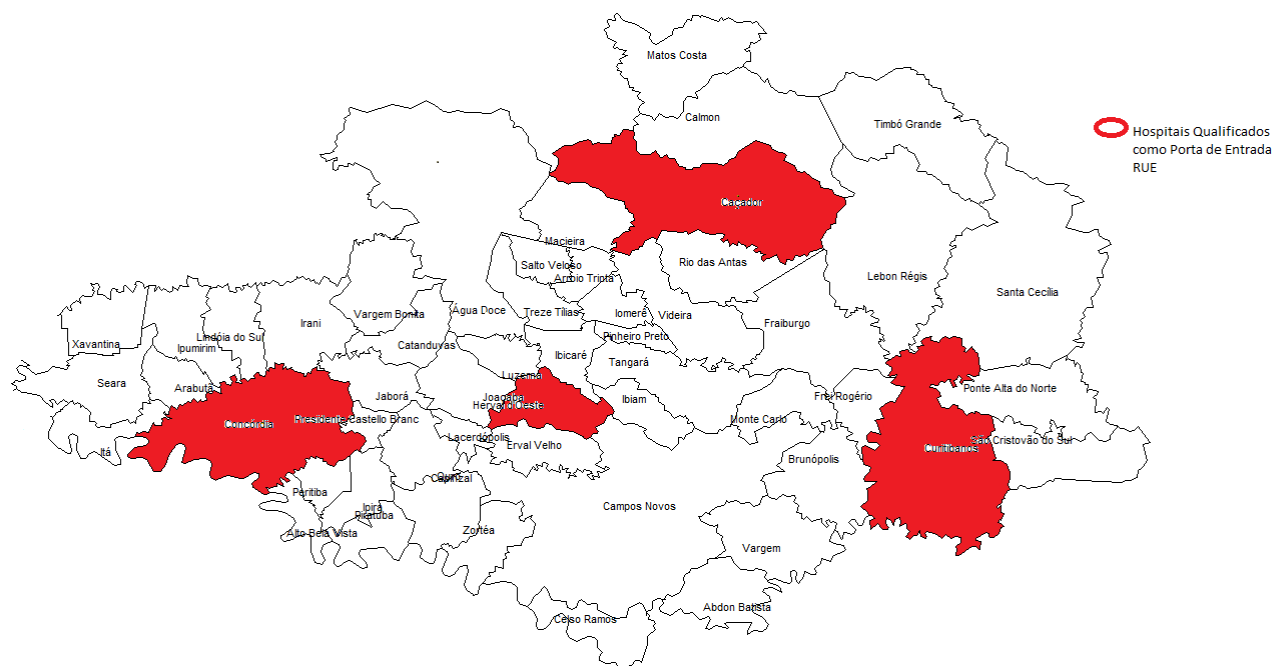
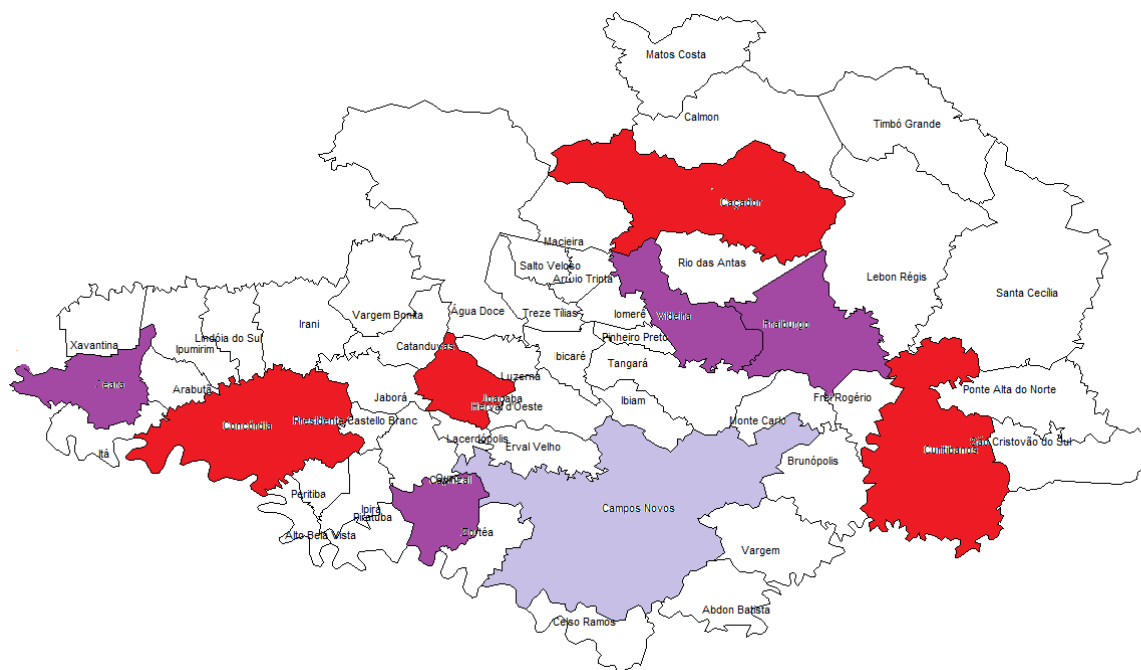


Tabela 23: Componente hospitalar

Região	Município	Unidade Hospitalar	Porte	Porta Aberta	Leitos SUS	Leitos Não SUS	Habilitações
Alto Uruguai	Concordia	Hospital São Francisco	II	SIM	115	79	Geral, Ortopedia e Neurologia
Meio Oeste	Joaçaba	Hospital Universitário Santa Terezinha	I	SIM	115	29	Geral e Neurologia
Alto Vale do Rio do Peixe	Cacador	Hospital Maice	II	SIM	77	28	Geral, Ortopedia e Neurologia
Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	Hospital Hélio Anjos Ortiz	I	SIM	107	37	Hospital Geral

Na macrorregião do Meio Oeste foram habilitadas as seguintes unidades hospitalares conforme Portaria nº 1.256 de 25 de junho de 2013 e portaria nº 2.941 de 04 de dezembro de 2013 como porta de entrada: Hospital Universitário Santa Teresinha em Joaçaba, Hospital São Francisco em Concórdia, Hospital Hélio Anjos Ortiz em Curitibaanos e Hospital Maice de Caçador. Destacamos que estes serviços já existiam e foram vocacionados conforme seu porte e capacidade. Informamos também que estes hospitais não receberam nenhum valor para adequação de suas estruturas como previa a portaria 2.395 /2011 no qual os mesmo poderiam apresentar projetos de reforma e melhorias de até 3 milhões para adequações .

Ilustração 5: Hospitais retaguarda e sua localização



Hospitais Porta de Entrada	
Hospitais com leitos de retaguarda habilitados	
Hospital com leito de retaguarda aguardando publicação de portaria	

Como Hospitais de retaguarda regido pela portaria GM/MS no 2.395 de 10 de novembro de 2011, foram elencados Hospitais de pequeno porte, sendo que estes já possuem

médico 24 horas de forma presencial, juntamente com equipe e suporte hospitalar adequado para a necessidade. Abaixo estão relacionados os Hospitais e a Porta de entrada que o mesmo dará suporte.

Tabela 24: Hospitais com porta de entrada

Região de Saúde	Hospital Porta de Entrada	Hospitais Retaguarda	Numero de Leitos Habilitados
Meio Oeste	Hospital Santa Terezinha	-Fundação Hospitalar Dr Jose Athanasio – Campos Novos	18 Aguardando portaria de habilitação
		-Hospital Nossa Senhora das Dores - Capinzal	24
Alto Vale Uruguai	Hospital são Francisco	-Hospital São Roque – Seara	14
Alto Vale do Rio do Peixe	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Hospital Salvatoriano Divino Salvador 1	38
	Hospital Maice		
	Hospital Hélio Anjos Ortiz	Associação Fraiburguense de Saúde	30
Total			124

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

Tabela 25: UCP

Região de Saúde	Hospitais com UCP	Número de leitos habilitados
Meio Oeste	- Hospital São Roque - Luzerna	15
Alto Vale Uruguai	- HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA – Lindoia do Sul	15
Alto Vale do Rio do Peixe	- Hospital e Maternidade Santa Cecilia – Santa Cecilia	20
Total		50

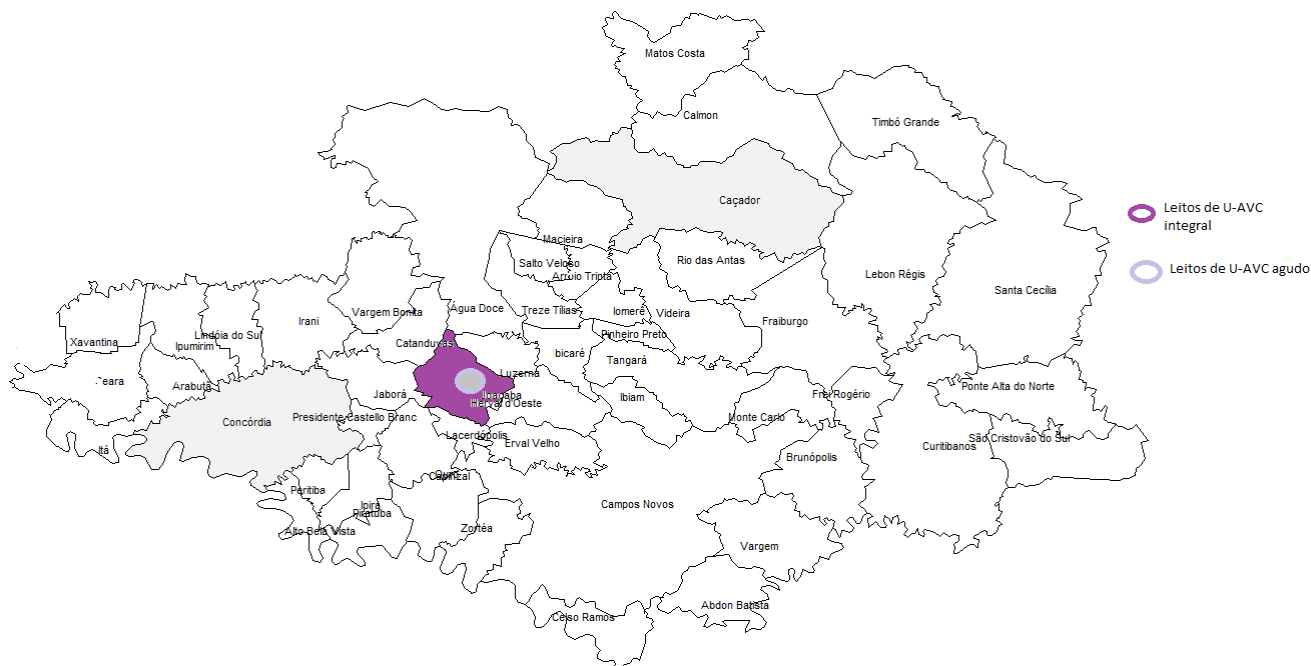
Obs. Hospital e maternidade SANTA Cecilia esta dependendo da alteração do PAR sem impacto financeiro para solicitar habilitação, que tem deliberação CIR.

10.1 UNIDADE DE REFERENCIA NO TRATAMENTO CARDIOVASCULAR E UNIDADE DE REFERENCIA AO TRATAMENTO DE URGÊNCIA DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

Ilustração 7: Mapa Unidade de referencia cardiovascular



10.2 ATENÇÃO DOMICILIAR

Segundo critérios estabelecidos na portaria 825 de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema.

Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Na macro região os municípios de Videira e Caçador tem interesse em habilitar equipes .

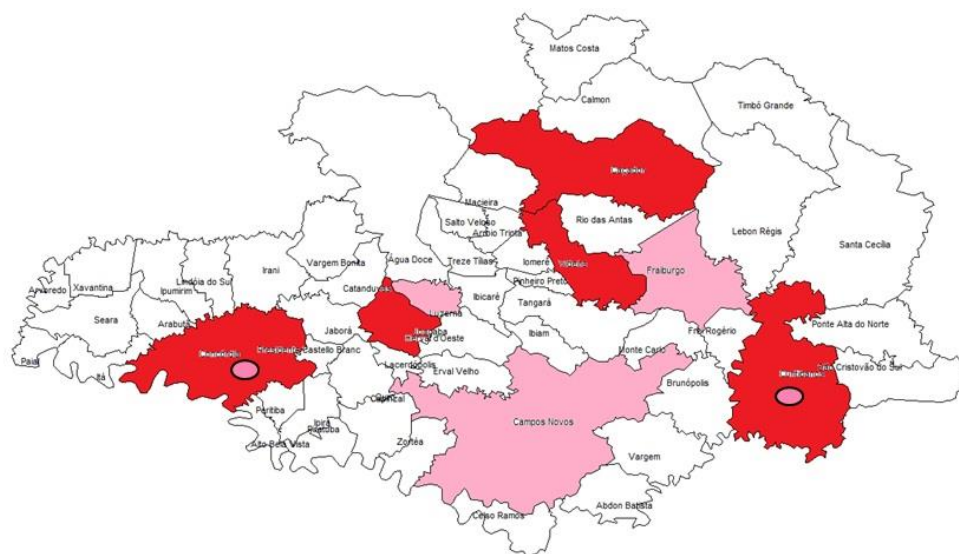
10.3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O oferta de serviço hospitalar de referencia para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em situação de urgência/emergência oriundos das portas de entrada da rede definidos portaria 3.588 de 21.12.2017, sendo módulos de 08 leitos e não ultrapassando 20% do números total de leitos existentes em hospitais gerais, até o máximo de 30 leitos. Diante destes paramentos propomos para a região:

Tabela 26: Atenção Psicossocial

Hospital	Nº leitos existentes	Percentual de 20 %	Leitos Saúde Mental Regulados	Situação
São Roque Luzerna	63	12	8	Habilitar
São Francisco – Concordia	194	38	4	Habilitar
Helio Anjos Ortiz-Curitibanos	144	28	10	Habilitar
Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva Fraiburgo	51	10	8	Implantar
Hospital Izolde Dalmoro	72	14	4	Implantado/Habilitado em 25.05.2015
TOTAL	524	102	34	

Ilustração 8: Hospitais Referenciados para Leitos Psicossocial



Legenda

Hospitais Leitos de Psicossocial	
Hospitais Porta Entrada	

11 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DA MACRO MEIO OESTE

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

A Central de Regulação Regional abrange os 53 municípios da Macrorregião Meio Oeste, e regula os fluxos pactuados das demandas recebidas da rede de urgência e emergência. Sua fundamentação está baseada nas portarias nº 1559 de 01/08/2009, nº 2.655 de 21/11/2012, nº 1.792 de 22/0/2012 e nº 1299 de 21/11/2012.

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

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

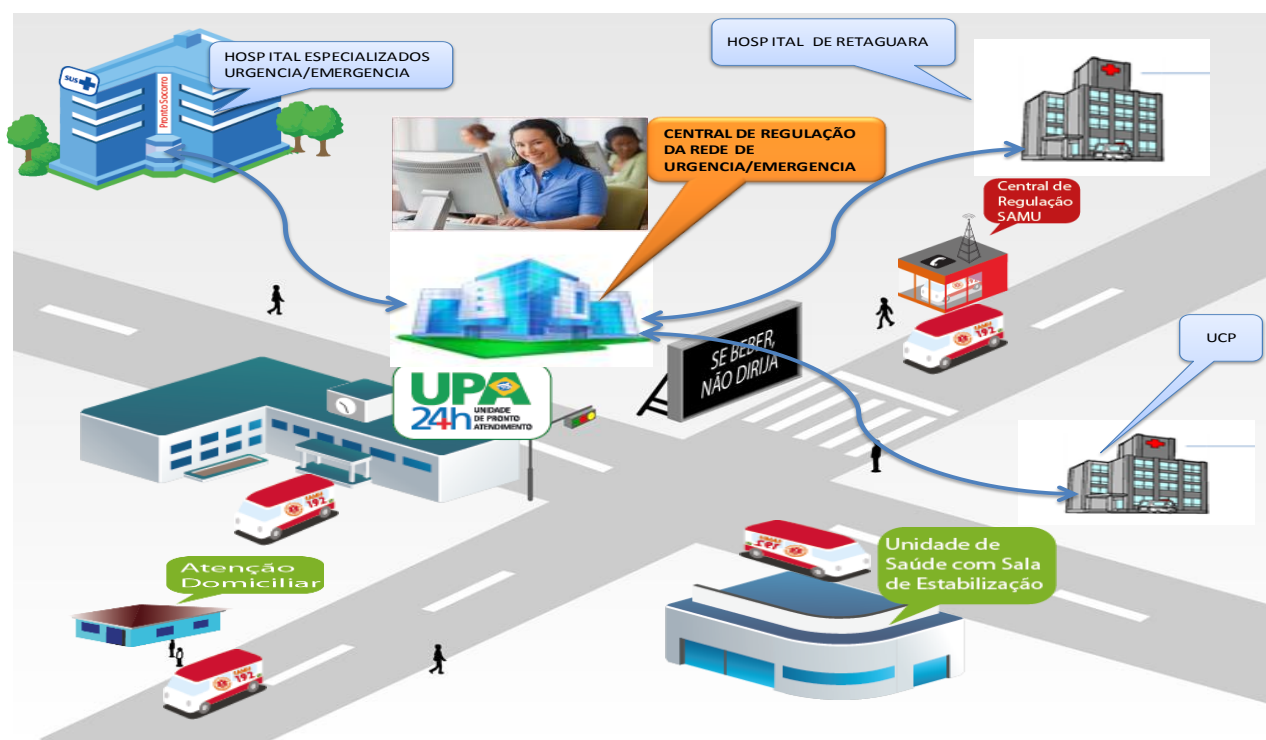
Possuir um mapa dos leitos, instrumento dinâmico que mostra a situação da ocupação dos leitos em tempo real.

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

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

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

Imagem 1: Central de Regulação



Com a aprovação dos serviços da Rede de Urgência, em maio de 2013 a macro Região juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde implantou a Central Macro Regional de Regulação de Leitos, esta funciona com quadro compatível a portaria nº 1.559 de 01 de agosto de 2008 *Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS* sendo assim estamos solicitando habilitação da CENTRAL MACRO REGIONAL DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA MACRO MEIO OESTE.

Planilha 1: Porta de Entrada Habilitada

Portas de Entrada Hospitalares da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina HABILITADAS								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	CLASSIFICAÇÃO (Geral, Tipo I, Tipo II, Tipo III)	PORTARIAS DE QUALIFICAÇÃO
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hosp. Universitário Santa Terezinha	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	Tipo I	PT GM 821 DE 25/04/2016
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hosp. São Francisco	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal	Tipo II	GM 821 DE 25/04/2016
Alto Vale Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hosp. Hélio dos Anjos Ortiz	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	Geral	PT GM 821 DE 25/04/2016
Alto Vale Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	Tipo II	PT GM 3357 de 29 dez de 2016

Planilha 2: Inclusão de Porta de Entrada a partir da revisão 2018

Portas de Entrada Hospitalares da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina incluídas no PAR a partir da revisão de 2018								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	CLASSIFICAÇÃO (Geral, Tipo I, Tipo II, Tipo III)	CUSTEIO ANUAL
Alto Vale Rio do Peixe	Videira	2302500	Hosp. Divino Salvador	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	Geral	R\$ 1.200.000,00

leitos de retaguarda clínica aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016 habilitados e qualificados										
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	PORTARIA DE QUAL/HAB
Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	2302500	Hosp. Divino Salvador	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	19	19	38	PT 2988/2017
Alto Vale do Rio do Peixe	Fraiburgo	7274351	AFSC-Hosp. Fraiburgo	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	15	15	30	PT 2157/2016
Alto Uruguai	Seara	2304155	Hosp. São Roque	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	7	7	14	PT 4.041/2017
Meio Oeste	Capinzal	2380331	Hosp. Nossa Senhora das Dores	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	12	12	24	PT 3062/2017

Obs. Na nota técnica 404/2016 no quadro 2 consta como aprovado no desenho da Rede de Urgência 15 leitos novos e 15 leitos qualificados, porem por solicitação do prestador o mesmo solicitou habilitação de 14 leitos, 7 novos e sete qualificados, restando um saldo de 16 leitos. Este saldo físico e financeiro a região deliberou em reunião de CIR, conforme orientação do Ministério da Saúde, para transformar em leitos de UCP, pois a região já foi monitorada pelo Ministério em novembro 2016 e temos demandas reprimida, com lista de espera, como também pelo resultados apresentados aos pacientes na sua recuperação.

Planilha3: Leitos de Retaguarda Clínica em processo de habilitação/qualificação

leitos de retaguarda clínica aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016.										
<i>não</i> hab / qual.										
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	VALOR ANUAL DE CUSTEIO
Meio Oeste	Campos Novos	2379767	Fundação Hospitalar Dr. Jose Atanásio	Administração direta de saúde	Municipal	Estadual	12	6	18	R\$ 1.489.200,00

leitos de retaguarda clínica incluídos no PAR a partir da revisão de 2018										
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	VALOR DO CUSTEIO ANUAL
Alto Uruguai Catarinense	Ita	2691566	Hospital São Pedro	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	7	7	14	R\$ 1.085.875,56

Planilha 4: Leitos de Cuidados Prolongados

Leitos de Cuidados Prolongados aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016, JÁ HABILITADOS.								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS HABILITADOS	PORTARIA
Meio Oeste	Luzerna	2300184	Hosp. São Roque	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privado	Estadual	15	PT 848/2018
Alto Uruguai	Lindoia do Sul	2691876	Hosp. Izolde Dalmora	Empresa Privada	Privado	Estadual	15	PT 1757/2014

Leitos de Cuidados Prolongados aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016, não Hab / Qual.								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS APROVADOS	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
Alto Vale do Rio do Peixe	Lebon Regis	2691833	Hosp. Maternidade Santo Antonio	Administração Direta de saúde	Municipal	Dupla	20	R\$ 1.427.150,00

REMANEJAMENTOS:

Leitos de Retaguarda Clínica TRANSFORMADOS EM Leitos de Cuidados Prolongados

Macrorregião do Meio Oeste								
LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICA TRANSFORMADOS EM UCP								
SITUAÇÃO ATUAL					ADITIVO - REDIMENSIONADO			
MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	CNES	LEITOS conforme desenho do PAR	Leitos habilitados	Aditivo - leitos redimensionado	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	CNES
Seara	Hospital São Roque	2304155	30	14	Os outros 16 transformar em 15 UCP	Lindóia do Sul	Hospital Izolde Dalmora	2691876

Leitos de Cuidados Prolongados Remanejados .								
MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	LEITOS conforme NT 404/2016	LEITOS REDIMENSIONADOS	Município	CNES	Estabelecimento	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
Lebon Regis	2691833	Hosp. Maternidade Santo Antonio	20	20	Santa Cecília	2302748	Hospital e Maternidade de Santa Cecília	R\$ 1.427.150,00

OBS. Estes leitos já têm deliberação CIR, anexo para alteração para Hospital de Santa Cecilia.

Novas inclusões no PAR a partir da revisão de 2018

Leitos de Cuidados Prolongados incluídos no PAR a partir da revisão de 2018								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS APROVADOS	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
Meio Oeste	Agua Doce		Hospital Nossa Sra. Paz	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	15	R\$ 1.070.362,50
Alto Uruguai Catarinense	Peritiba	2689863	Asso. Beneficente Peritiba	Entidade Beneficente sem fins lucrativo	Privada	Estadual	15	R\$ 1.070.362,50
Alto Vale do Rio do Peixe	Lebon Regis	2691833	Hosp. Maternidade Santo Antonio	Administração Direta de saúde	Municipal	Dupla	15	R\$ 1.070.362,50
TOTAL							45	R\$ 3.211.087,50

Obs. Estes leitos constando no quadro da Região Alto Vale do rio do Peixe estão redesenhados pois este hospital em CIR deliberou que repassaria o que já estava aprovado no PAR 2013 para Hospital e Maternidade Santa Cecilia, e que seria incluído leitos novos quando da alteração do Plano.

LEITOS DE UTI

Quadro: Leitos de UTI Adulto **TIPO II** aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016, **JÁ HABILITADOS / QUALIFICADOS**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO					
							Nº LEITOS NOVOS HAB/RU E	Nº LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	CUSTEIO (ANUAL)	Portaria nº
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hosp. Universitário Santa Terezinha	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privado	Estadual		8	8	R\$ 844.323,84	PT 821/2016
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hops. São Francisco	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privado	Municipal		6	6	R\$ 633.242,88	PT 821/2016
Alto Vale Rio do Peixe	Videira	2302500	Hosp. Salvatoriano Divino Salvador	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privado	Estadual		16	16	R\$ 1.863.380,52	PT 821/2016 (6 leitos) PT GM 4.144/2017 (10 leitos)
Alto Vale Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privado	Estadual		14	14	R\$ 1.477.566,72	PT SAS 778 29/08/2014 (5 leitos) PT GM 4101/2017 (9 LEITOS)
Alto Vale Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio dos Anjos Ortiz	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privado	Estadual		6	6	R\$ 633.242,88	PT 821/2016
Total									50	R\$ 5.451.756,84	

LEITOS DE UTI CONFORME DESENHO DO PAR E APROVADOS EM NT 404/2016 – NÃO HABILITADOS								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II	
							LEITOS NOVOS	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
Alto Vale Rio do Peixe	Videira	2302500	Hosp. Salvatoriano Divino Salvador	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	2	R\$ 525.600,00
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hosp. Universitário Santa Terezinha	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	10	R\$ 2.628.000,00
Alto Vale Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio dos Anjos Ortiz	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	12	R\$ 3.153.600,00
TOTAL							34	R\$ 6.307.200,00

Leitos de UTI conforme desenho do PAR aprovados na NT 404/2016 Remanejados, apartir da Revisão 2018								
MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	LEITOS conforme NT 404/2016	LEITOS REDIMENSIONADOS	Município	CNES	Estabelecimento	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
Campos Novos	2379767	Fundação Hopsitalar Dr. Jose Athanasio	10	10	Caçador	2301820	Hospital Maice	R\$ 2.628.000,00

Obs. Solicitação de remanejamento: 10 leitos de UTI da Fundação Hospitalar Dr. José Athanasio para o Hospital Maice de Caçador, devido ao prazo menor para dispor dos leitos.

LEITOS DE UTI ADULTO INCLUIDOS NO PAR A PARTIR DA REVISÃO 2018

Leitos de UTI Tipo Adulto incluídos no PAR a partir da revisão de 2018								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II	
							LEITOS NOVOS	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hosp. São Francisco	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal	10	R\$ 2.628.000,00
Meio Oeste	Campos Novos	2379767	Fundação Hopsitalar Dr. Jose Athanasio	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	10	R\$ 2.628.000,00
TOTAL							20	R\$ 5.256.000,00

Obs.: * Inclusão de leitos devido ao pedido de remanejamento.

Planilha 6: Leitos de UTI Tipo II Pediátrico aprovados na Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, já Qualificados

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II	
							LEITOS QUALIFICADOS	PORTARIA DE QUALIFICAÇÃO
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hosp. São Francisco	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal	5	PT 821/2016
Alto Vale Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio dos Anjos Ortiz	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	2	PT 821/2016

Obs. Todos os leitos de UTI pediátrico desenhados no PAR da Macrorregião do Meio Oeste já estão qualificados.

leitos de UTI Tipo Pediátrico incluídos no par a partir da revisão de 2018								
REGIÃO DE SAÚDE	DE MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II	
							LEITOS NOVOS	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hosp. Universitário Santa Terezinha	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	3	R\$ 788.400,00
TOTAL							3	R\$ 788.400,00

Não existe Leitos de Unidade Coronariana – UCO na Macrorregião do Meio Oeste

Leitos de U-AVC

Leitos de AVC pactuados na Rede de Urgência e Emergência conforme Nota Técnica 404/2016, não Qualificados								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	U-AVC INTEGRAL	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hosp. São Francisco	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal	25	R\$2.714.687,50

Leitos de AVC remanejados a partir da revisão do PAR 2018

Leitos AVC incluídos no PAR a partir da revisão de 2018									
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	U-AVC AGUDO	U-AVC INTEGRAL	
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hosp. São Francisco	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal	05	-	R\$ 574.875,00
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hosp. Universitário Santa Terezinha	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	05	10	R\$ 1.660.750,00
Alto Vale Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	05	-	R\$ 574.875,00
TOTAL							15	10	R\$ 2.810.500,00

Os Leitos de AVC foram distribuídos desta forma par que houvesse maior cobertura do serviço, sendo que que necessitara de um incremento financeiro pelo Ministério da Saúde de R\$ 95.812,50.

Total Aprovado no novo Termo Aditivo (TA) aos PAR de SC- NOTA TÉCNICA 404/2016		
Macrorregião	Total de custeio aprovado por Macrorregião	
	Mensal	Anual
Meio Oeste	R\$ 3.896.635,28	R\$ 46.759.623,34

Total de Recurso Financeiro Após Aprovação do MS ao Novo Termo Aditivo (TA) aos PAR de SC		
Macrorregião	Total de custeio com impacto	
	Mensal	Anual
Meio Oeste	R\$	R\$ 57.196.788,90

Impacto Financeiro Hospitalar= R\$ 10.437.165,56

Planilha 10 SAMU- Novas

Inclusões no PAR

Esta sendo incluso no PAR estas novas alocações de unidade do SAMU, para que a Macro Região Meio tenha maior cobertura do serviço, sendo que este novo desenho será discutido e analisado com a Gerência e Coordenação do Serviço no Estado.

Região de Saúde	Município	USA	USB
Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	USA	-----
Alto Uruguai Catarinense	Concordia	USA	-----
Alto Vale do Rio do Peixe	Timbo Grande	-----	USB
Meio Oeste	Capinzal	-----	USB

Planilha 11 Atenção Domiciliar – Melhor em Casa -Novas Inclusões no PAR

A região solicitou o desenho deste serviço para a região, considerando que e de suma importância, no momento não há projeto elaborado.

Região	Município	EMAD N°	Tipo	VALOR DE CUSTEIO ANO
Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	01	1	R\$ 600.000,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	01	1	R\$ 600.000,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Fraiburgo	01	2	R\$ 408.000,00

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Redes de Atenção a Saúde constituem-se como Políticas Públicas já consolidadas na região, desde a sua implantação.

A RUE assim como as demais RAS contribuem significativamente para o controle de indicadores de mortalidade geral, específico a população indiscriminadamente.

A interdependência existente entre RAS e AB é inegável portanto os avanços de uma repercutem positivamente na outra, as duas áreas encontram-se otimizadas quando bem articuladas. A AB deve ainda ser a ordenadora do cuidado.

O estabelecimento de fluxos praticáveis na região para o atendimento aos usuários do SUS nas condições que exigir atuação imediata do serviço de urgência e emergência é requisito básico para o processo aconteça.

Os benefícios com a oferta e acesso a níveis mais complexos de saúde, adequados e integrais ao cidadão contribui para a otimização dos recursos alocados em saúde, sejam eles materiais, humanos, tecnológicos, financeiros.

Na macrorregião do Meio Oeste Catarinense o Plano da RUE contempla realidade e necessidades construídas e elencadas por diferentes atores em seus diferentes olhares, com vistas a contemplação de um serviço organizado e resoluto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna. Brasília: Mimeo; 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet] 2009 [Acesso em: 2009 Aug 14]. Disponível em: www.ibge.gov.br

CNES. Cadastro de Estabelecimentos de Saúde. [Internet] 2010 [Acesso em: 2009 Out 28]. Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br

MENDES; Eugenio Vilaça. Rede de atenção a saúde. Instrumento modelo fornecido pela Diretoria de Planejamento da SES/SC;

Política Nacional de Atenção Básica;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL ALTO URUGUAI
CATARINENSE
MACRORREGIÃO MEIO-OESTE – CONCÓRDIA**

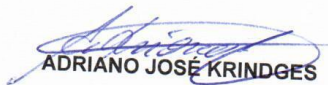
DELIBERAÇÃO 08/2018

A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO ALTO URUGUAI CATARINENSE – MACRORREGIÃO MEIO-OESTE, no uso de suas atribuições, em reunião ordinária realizada no dia 17 de julho de 2018 e considerando a apresentação das Atualizações do Plano de Ação Regional – RUE

Resolve **APROVAR**:

- Art. 1º - O Plano de Ação Regional com as suas atualizações.
Art. 2º - Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua assinatura.

Concórdia – SC, 13 de agosto de 2018.



ADRIANO JOSÉ KRINDGES
Secretário de Saúde de Peritiba
Coordenador da CIR Alto Uruguai Catarinense



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde - SES
Comissão Intergestores Regionais – CIR – Meio Oeste


DELIBERAÇÃO 031/CIR/2018

A Comissão Intergestores Regional Meio Oeste, no uso de suas atribuições, em sua 6ª reunião ordinária, no dia 05 de julho de 2018, Ata 06/2018:

Aprova

O Plano de Ação Regional de Urgência e Emergência da Macro Região Meio Oeste de Santa Catarina

Joaçaba (SC), 13 de agosto de 2018.


MARISA LANGER
Coordenador CIR/MEIO OESTE
Secretária Municipal de Saúde de Herval d' Oeste/SC



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE

Deliberação CIR/SC nº 012/2018, de 04 de Julho de 2018.

Dispõe sobre a aprovação da atualização do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, da Macrorregião do Meio Oeste.

A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE, no uso de suas atribuições legais, em sua 6ª reunião ordinária, em 04 de julho de 2018, referente a revisão do desenho da Rede de Atenção às Urgências, da Macrorregião do Meio Oeste.

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar que a atualização do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, da Macrorregião do Meio Oeste, aprovado em 2013 conforme nota técnica 404 de dezembro de 2016.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Videira (SC), 04 de julho de 2018.

Idione Fantinel
Secretária de Saúde de Fraiburgo
Coordenadora da CIR Alto Vale do Rio do Peixe

ARROIO TRINTA – CAÇADOR-CALMON-CURITIBANOS-FRAIBURGO-FREI ROGERIO-IBIAM-
IOMERÊ-LEBON RÉGIS- MACIEIRA-MATOS COSTA-PINHEIRO PRETO-PONTE ALTA DO NORTE-
RIO DAS ANTAS-SALTO VELOSO-SANTA CECILIA-SÃO CRISTÓVÃO DO SUL- TANGARÁ-TIMBÓ
GRANDE-VIDEIRA