

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

PLANO DE AÇÃO REGIONAL
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MACRORREGIÃO DA SERRA CATARINENSE

2018

**PLANO DE AÇÃO REGIONAL
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

MACRORREGIÃO DA SERRA CATARINENSE – AGOSTO/2018

MUNICÍPIOS

Anita Garibaldi; Bocaina do Sul; Bom Jardim da Serra; Bom Retiro; Campo Belodo Sul; Capão Alto; Cerro Negro; Correia Pinto; Lages; Otacílio Costa; Paineira; Palmeira; Ponte Alta; Rio Rufino; São Joaquim; São José do Cerrito; Urubici; Urupema.

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DA REVISÃO – AGOSTO 2018

- Carolina Siqueira Ribeiro Lima – Secretaria de Saúde/ Lages

EQUIPE DE COLABORAÇÃO DA REVISÃO – AGOSTO 2018

- Dayani Casagrande – 26ª Gerência de Saúde/ Lages
- Fernanda de Matia- Hospital Infantil Seara do Bem
- Leonardo Augusto Coelho - SAMU / Serra Catarinense
- Mauren Farias dos Santos – Pronto Atendimento Tito Bianchini/ Lages
- Milena Machado Justino - Hospital Geral e Maternidade Teresa Ramos
- Roberto Elieser Silvério Zanchi- Hospital de Caridade Coração de Jesus
- Suzana Zen - Hospital Nossa Senhora dos Prazeres
- Luiz Falcão Maganin –Defesa Civil Serra Catarinense
- Carlos Alberto Bertaiolli– 26ª Gerência de Saúde/ Lages
- Katyusca Damiani Silva– 26ª Gerência de Saúde/ Lages
- Daniela Rosa de Oliveira –26ª Gerência de Saúde/ Lages
- André Faria – Hospital Nossa Senhora dos Prazeres

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	7
2. INTRODUÇÃO	8
3. OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo geral.....	11
3.2 Objetivos Específicos.....	11
4. ANÁLISE SITUACIONAL DA MACRORREGIÃO SERRA CATARINENSE	13
4.1 Dados Demográficos.....	15
4.2 Dados Epidemiológicos.....	26
5. PROCESSOS DE GESTÃO E PACTUAÇÃO MACRORREGIONAL	32
5.1 Planos Municipais de Saúde.....	33
5.2 Relatório Anual de Gestão.....	35
5.3 Pacto de Gestão.....	36
6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MACRORREGIÃO DA SERRA CATARINENSE	37
6.1 Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde.....	37
6.2 Atenção Básica em Saúde.....	41
6.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências.....	47
6.4 Sala de Estabilização.....	53
6.5 Força Nacional de Saúde do SUS.....	53
6.6 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas.....	534
6.7 Componente Hospitalar.....	58
6.7.1 Hospitais da Macrorregião da Serra Catarinense.....	58
6.7.2 Porta de Entrada Hospitalares.....	62
6.7.3 Leitos de Retaguarda Clínica.....	65
6.7.4 Leitos de Longa Permanência.....	66
6.7.5 Leitos de UTI.....	667
6.8 Linhas de Cuidado.....	69
6.8.1 Linha de Cuidado do Trauma.....	70
6.8.2 Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral.....	70
6.8.3 Linha do Infarto Agudo do Miocárdio.....	76
6.9 Atenção Domiciliar.....	77
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	833
8. REFERÊNCIAS	866

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distâncias dos municípios com relação a Lages.....	16
Tabela 2. Distribuição da população por municípios e percentual relativo na Macrorregião da Serra Catarinense.	17
Tabela 3. Estimativa populacional por municípios na Macrorregião da Serra Catarinense.	18
Tabela 4. Variação populacional por municípios na Macrorregião da Serra Catarinense.	19
Tabela 5. Distribuição da população por faixa etária e percentual relativo na Macrorregião da Serra Catarinense.	20
Tabela 6. Percentual da população por sexo na Macrorregião Serra Catarinense.....	21
Tabela 7. Taxa de analfabetismo na Macrorregião de Serra Catarinense por Ano	22
Tabela 8. Escolaridade da população de 18 a 24 anos - Santa Catarina Macrorregião da Serra Catarinense.....	23
Tabela 9. Óbitos p/Residência na Macrorregião Serra Catarinense	26
Tabela 10. Mortalidade por causas gerais na Macrorregião da Serra Catarinense.....	27
Tabela 11. Óbitos por Causas Externas na Macrorregião da Serra Catarinense	28
Tabela 12. Óbitos por Causas Externas na Macrorregião de Saúde: Serra Catarinense - Grande Grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente.....	29
Tabela 13. Características de Internação de Urgência e Emergência por Hospitais da Macrorregião da Serra Catarinense – Janeiro a junho 2018.....	30
Tabela 14. Encaminhamentos e Atendimentos de Urgência e Emergência na Macrorregião da Serra Catarinense	44
Tabela 15. Cobertura populacional de ESF na Macrorregião da Serra Catarinense	45
Tabela 16. Discriminativo das ESFs na Serra Catarinense (Julho 2018).....	45
Tabela 17. Quantidade e modalidade dos CEOs na Macrorregião da Serra Catarinense.....	46
Tabela 18. Número de Unidades Básicas e Avançadas Macrorregião da Serra Catarinense	48
Tabela 19. Número de Atendimentos realizados pelo SAMU Macrorregião da Serra Catarinense	49
Tabela 20. Número de Atendimentos por Agravo realizados pelo SAMU Macrorregião da Serra Catarinense	49
Tabela 21. Portarias de Habilitação do SAMU Macrorregião Serra Catarinense	51
Tabela 22. Número de Atendimentos por veículo realizados pelo Macrorregião da Serra Catarinense	52
Tabela 23. Estabelecimentos possuem porta aberta na Macrorregião da Serra Catarinense	53
Tabela 24. Atendimentos Pronto Atendimento Municipal Tito Bianchini.....	57
Tabela 25. Unidades Hospitalares da Macrorregião da Serra Catarinense.....	59
Tabela 26. Leitos SUS e não SUS nas Unidades Hospitalares da Macrorregião da Serra Catarinense	60
Tabela 27. Portas de Entrada Hospitalares conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados.	62
Tabela 27.1 Portas de Entrada Hospitalares incluídas no PAR a partir da revisão de 2018.....	62

Tabela 28. Leitos de Retaguarda clínica conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados.	65
Tabela 29. Leitos de Longa Permanência conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados.	66
Tabela 30. Leitos em UTI adulto por Unidades Hospitalares conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados.....	67
Tabela 30.1 Leitos em UTI adulto conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e não qualificados.....	67
Tabela 30.2 Leitos em UTI adulto por Unidades Hospitalares incluídas no PAR a partir da revisão de 2018.....	68
Tabela 30.3 Leitos em UTI pediátrica conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados.....	68
Tabela 31. Leitos de U-AVC conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados;	71
Tabela 31.1 Leitos de U-AVC conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e não qualificados.....	71
Tabela 32. Leitos de U-CO conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e não qualificados	77
Tabela 33. Distribuição da EMAD Sul e EMAD Norte	81
Tabela 34. Total Aprovado no novo Termo Aditivo (TA) aos PAR de SC- NOTA TÉCNICA 404/2016.....	855
Tabela 35. Estimativa de recurso financeiro após aprovação do MS as novas inclusões.....	85
Tabela 36. Total de Recurso pleiteado ao MS após a revisão do PAR 2018	855

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização geográfica dos municípios no Território	16
Figura 2. Gráfico da variação populacional por municípios na Macrorregião da Serra Catarinense.....	19
Figura 3. Região de Saúde da Serra Catarinense composta por 18 (dezoito) municípios	33
Figura 4. Fluxograma de Atendimento ao paciente com Suspeito de AVC.....	74
Figura 5. Unidade de AVC, imagem referente ao Posto de Enfermagem, a direita o monitor de observação de todos os leitos, o computador para acesso ao Sistema a Linha de Cuidado ao AVC e o quadro com a metodologia Kambam.....	74
Figura 6. Unidade de AVC, um dos quartos de internamento, com 03 leitos e monitorização individual	75
Figura 7. Fluxograma de atendimento da atenção domiciliar	80
Figura 8. Propostas de implantação da AD na Macrorregião da Serra Catarinense	822

1. APRESENTAÇÃO

Realizar as ações de planejamento exige a participação e colaboração de inúmeras pessoas e setores em uma rede de atenção, uma vez que, para a viabilização da saúde nos territórios, os instrumentos de planejamento do SUS precisam estar compatibilizados com os instrumentos de planejamento e orçamento do governo. Para continuar fortalecendo o direito à saúde de forma universal, integral e equânime é preciso intensificar as ações de planejamento; para tanto, o planejamento do Sistema Único de Saúde precisa ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada, e consiste na responsabilidade individual de cada um dos entes federados.

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

Para a elaboração deste plano foram considerados os indicadores demográficos e epidemiológicos da região e os fluxos assistenciais instituídos no âmbito do atendimento de urgência e emergência, clínicos e traumáticos à todas as faixas etárias.

A revisão deste Plano foi realizada coletivamente com todos os municípios que compõem a Macrorregião da Serra Catarinense, porém este desenho poderá sofrer pequenas alterações quando iniciarem as alterações sugeridas, com a inserção de novos componentes, ativação de outros que apresentam-se inativos e os novos pleitos.

Este Plano foi adequado de acordo com as avaliações frequentes e sistemáticas do Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência - RUE da Macrorregião da Serra Catarinense, no sentido de dialogar com os diferentes componentes e equipamentos da rede, isso têm sido uma preocupação constante, pois, o atual modelo de saúde, não se sustenta diante de tantos casos agudos advindos da doença trauma, e por sua vez dos agravos agudos das doenças cardiológicas e cerebrovasculares. Se por um lado as emergências sofrem as consequências das diferentes faces da violência, por outro, os leitos das emergências, das Unidades de Terapia Intensiva e dos Pronto Atendimentos estão ocupados com usuários crônicos sofrendo pelas complicações agudizadas.

A implantação e implementação da RUE na Macrorregião da Serra Catarinense, visa a articulação e integração dos serviços de saúde Hospitalares, Atenção Básica, Pronto Atendimento/UPA, SAMU e Atenção Domiciliar num fluxo único e organizado.

2. INTRODUÇÃO

A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) data da década de 1920, mais especificamente no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a 1ª Guerra Mundial. Nesse documento consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz. Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais. A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde, segundo a lógica de RAS, tem outros marcos mais atuais decorrentes da reunião de Alma-Ata, realizada em 1978 (OPS; OMS, 2011 apud UNASUS, 2015).

Ao final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conass e Conasems, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São 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.” (BRASIL, 2010).

No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consta no art. 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”.

A partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde:

1. Rede Cegonha.
2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).
3. Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.
5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Entre as redes de atenção priorizadas pelo Ministério da Saúde, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências foi planejada considerando que “o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade” (Portaria MS/GM N° 1.600, de 7 de julho de 2011).

A Rede de Atenção a Urgências e Emergências (RUE), descrita pela Portaria n° 1.600, de 7 de junho de 2011, foi pactuada na CIT em 16 de junho de 2011, hoje encontramos após consolidação das normas do SUS na Portaria de Consolidação n° 3 de 28 de setembro de 2017, que visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, composta por: Promoção e Prevenção; Atenção Básica: Unidades Básicas de Saúde; UPA e/ou outros serviços com funcionamento 24 horas; Força Nacional de Saúde do SUS; SAMU 192; Atenção Hospitalar; Atenção Domiciliar; Linhas de Cuidado do Trauma, Acidente Cerebrovascular e Infarto Agudo do Miocárdio.

Desde julho de 2006, com a inauguração do SAMU da macrorregião da Serra Catarinense, o Estado de Santa Catarina passou a ter cobertura de 100% da população catarinense, com comando único, e financiamento das três esferas do governo, mas a realidade demonstra que os recursos federais são insuficientes para manutenção deste serviço.

Na Macrorregião da Serra Catarinense as primeiras tratativas para implantação e reorganização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) ocorreram nas reuniões do Colegiado de Gestão Macrorregional do SAMU, bem como do Colegiado de Gestão Regional (CIR).

Desde então, a Implementação da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião da Serra Catarinense vem envolvendo diversos atores dos serviços da área ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar dos municípios que integram a Macrorregião da Serra Catarinense, bem como representantes da sociedade civil organizada.

Este projeto teve maior força com a criação do grupo condutor da RUE no ano de 2013, sob a coordenação e articulação da 26ª Gerência Regional de Saúde, ano em que foi oficializado o grupo na Serra Catarinense para reorganização da RUE, foram

considerados os indicadores epidemiológicos de morbimortalidade regional, bem como, os fluxos assistenciais instituídos no âmbito do atendimento às urgências e emergências. Este Grupo é responsável pelo planejamento, bem como, coordenação e operacionalização do plano de ação, que consiste em definir claramente o papel de cada instituição, unidades que atenderão urgência e emergência, classificação de risco nas portas de entrada de urgência e emergência, organização da regulação de leitos, fluxos de atendimento, identificação e organização dos leitos de retaguarda clínica e os hospitais para onde serão transferidos os de longa permanência, assim como atenção domiciliar.

Iniciou-se o desenho dos fluxos assistenciais à serem apresentados neste Plano de ação Regional - PAR da RUE em março de 2018, conforme a realidade já vivenciada pelo grupo condutor e ata da CIR 03/2018.

Encontra-se hoje na Macrorregião da Serra Catarinense o grave quadro de condições de vida e saúde coletiva na região, grande números de idosos, os vazios assistenciais e tecnológicos, a extensão territorial da região em foco, a baixa densidade demográfica, os índices de desenvolvimento humano encontrado, a condição de vida da população e o compromisso social dos governantes, são alguns aspectos que podem ser citados de modo a justificar o projeto ora apresentado.

Tendo em vista a realidade de saúde desta região, são desenhadas as necessidades de desenvolvimento científico e tecnológico da saúde coletiva em termos específicos da Rede de Urgência e Emergência-RUE. Considera-se fundamental os investimentos em redes de atenção à saúde para a população que a região abarca, de modo a responder às demandas existentes e já identificadas.

Frente ao exposto, tendo-se como referência as Diretrizes da Política Nacional de Atenção a Urgência e Emergência, apresenta-se a proposta de organização da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense.

3. OBJETIVOS

O Grupo Condutor de implantação da RUE identificou na macrorregião da Serra Catarinense alguns aspectos relevantes que auxiliaram na definição do novo desenho da RUE e definiram os compromissos a serem pactuados

Assim, a seguir, são apresentados os objetivos norteadores da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense:

3.1 Objetivo geral

- Efetivar a Rede de Atenção Urgência e Emergência na macrorregião da Serra Catarinense, visando a articulação e integração das instituições de saúde aos usuários em situação de urgência e emergência.

3.2 Objetivos Específicos

- Promover atendimentos a situações de urgência no menor tempo possível na Macrorregião da Serra Catarinense;
- Fortalecer e aprimorar os fluxos de atendimento propostos em reuniões com o Grupo Condutor da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense;
- Redefinir o desenho e pactuação dos fluxos da Macrorregião da Serra Catarinense, a partir da implantação dos novos componentes da RUE;
- Rever a extensão geográfica da Macrorregião da Serra Catarinense (grandes vazios assistências e tecnológicos) e o relevo de alguns municípios que dificultam a assistência nas urgências e emergências;
- Requalificar as instituições hospitalares com baixa resolutividade da Macrorregião da Serra Catarinense, tecnologia deficiente, bem como, com escasso número de recursos humanos. Estas instituições estão localizadas em 04 municípios da macrorregião da Serra Catarinense: Anita Garibaldi, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro e Campo Belo do Sul;
- Expandir o atendimento do SAMU na Macrorregião da Serra Catarinense em áreas descobertas e diminuir o tempo resposta no atendimento prestado à população;

- Rever o complexo regulador das urgências da Macrorregião da Serra Catarinense.
- Fortalecer e aprimorar as Linhas de Cuidado existentes na Macrorregião da Serra Catarinense, com ênfase nas especialidades cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia, de modo a ampliar o acesso e a melhoria da qualidade assistencial prestada à população;
- Estimular os componentes da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense e os profissionais que atuam na atenção às urgências e emergências a desenvolverem estratégias de educação permanente que favoreçam a qualidade e resolutividade dos cuidados prestados à população, como também capacitação dos mesmos;
- Apoiar juntamente às instituições à implantação de novos leitos de UTI, psiquiátricos e serviços na Macrorregião da Serra Catarinense;
- Qualificar leitos de UTI já existentes na instituições hospitalares no município de Lages;
- Habilitar e implementar novos componentes na RUE da Macrorregião da Serra Catarinense já aprovados pelo Ministério da Saúde que encontram-se em processo de finalização;
- Estruturar novas redes à RUE da Macrorregião da Serra Catarinense, principalmente a de saúde mental;
- Fortalecer e interligar as redes já existentes na Macrorregião da Serra Catarinense;
- Redesenhar junto as Defesas Cívicas Municipais os Planos de Contingência da Macrorregião da Serra Catarinense;
- Promover estratégias de educação em saúde com a população voltadas ao atendimento de urgência e emergência, acolhimento com classificação de risco e promoção e prevenção em saúde;

4. ANÁLISE SITUACIONAL DA MACRORREGIÃO SERRA CATARINENSE

A região dos campos do Planalto Catarinense teve sua colonização iniciada no século XVIII pelos bandeirantes paulistas, que transportavam as tropas de animais vindos da região dos Pampas. Desde então, os homens e mulheres que intervêm naquele espaço vem construindo uma identidade própria, que sustenta a intervenção naquela realidade a partir de uma abordagem territorial. Essa região foi ocupada pelas “fazendas de criar”, que consistiam em colocações de grandes fazendeiros que normalmente se instalavam com sua família, agregados e escravos índios e negros para desenvolver a pecuária bovina de corte. A pecuária extensiva ainda é uma atividade característica do território em questão.

Ademais das grandes fazendas, estavam às pequenas colocações dos agregados que possuíam as mais variadas formas de relação com a terra (arrendatários, meeiros, parceiros, posseiros, proprietários, etc.) e os escravos, que após a escravidão assumiram algum tipo de relação com a terra.

Em alguns municípios do Território, principalmente naqueles mais próximos do litoral, ocorreram processos migratórios de colonos de origem européia não portuguesa mais intensa vindos das primeiras colônias que se instalaram em Santa Catarina. Esse processo ocorreu durante todo o século XIX e se estendeu até as primeiras décadas do século XX.

A forma de ocupação do espaço e organização das atividades produtivas impôs uma dinâmica distinta a vida destas comunidades, que se diferenciam das áreas onde o processo de colonização se deu pelo modo de ocupação dos colonizadores bandeirantes. Atualmente, estas diferenças entre os municípios que estão no entorno de São Joaquim, mais próximos do litoral e os que estão no entorno de Lages, Campos Novos e Curitibanos, ainda permanecem notórias, sendo características marcantes da região a concentração fundiária, ainda que no município de São Joaquim e entorno, a terra esteja menos concentrada e o modo de produção familiar predomine sobre o patronal. No restante do território destacam-se as grandes fazendas e a agricultura familiar existe, porém, possui menor visibilidade na realidade local (CARDOSO, 2004).

É indiscutível a importância da fauna e flora em qualquer região do mundo. Os vegetais em geral são a base da cadeia alimentar e condicionam o equilíbrio entre os vários níveis tróficos. Com o surgimento de novas doenças e o retorno de velhas epidemias é relacionado por vários cientistas ao desmatamento que causa o

desequilíbrio ecológico, o qual gera uma série de novas relações em função de alimento, possibilitando que organismos, parasitas de outros animais venham a infestar o homem.

A Fauna e Flora Serrana na região do Planalto Catarinense, temos como principais formações fitográficas às florestas de araucária e os faxinais. As florestas de araucária são constituídas por pinheiros de grande porte, submatas densas e lauráceas (canela e andrade). As florestas de faxinais são formadas por pinheiros de menor porte, submatas baixas, miriáceas (cerejeiras, uvaia e guaramirim), aquíferas (caúna e congongas), taquaras e carazais. Esta flora é responsável pela alimentação de várias espécies animais como: Aves – Gralha Azul, papagaio e azulão; Mamíferos – esquilos, ratos do mato, tatus, macacos; Insetos – Abelhas, moscas que promovem a disseminação de sementes.

Problemas Ambientais, como qualquer região do planeta, o Planalto Serrano Catarinense também enfrenta problemas referentes à poluição, chuva ácida, desmatamento, caça, pesca indiscriminada e queimadas e também o grande número de plantação de Pinus e Eucalipto. Estas questões, no entanto, têm relação direta com fatores econômicos e culturais, como o caso das queimadas, tornando difícil seu controle. Em função disto, a educação ambiental é hoje a maneira mais propícia para a conscientização da comunidade sobre a importância do uso controlado dos recursos naturais e desenvolvimento sustentável.

No caso do Planalto Catarinense, grande parte dos agricultores familiares que se encontram excluídos dos processos de desenvolvimento, são caboclos que, na maioria das vezes, trabalham vendendo a sua força de trabalho, principalmente, nas atividades de reflorestamentos da região.

Além dos caboclos e fazendeiros, ainda estão presentes os descendentes de europeus não portugueses, que em algumas áreas do território desenvolveram estilos de vida que mais se assemelham aos estilos de vida de seus países de origem. A região de São Joaquim, por exemplo, é onde está mais presente este estilo de vida, que esteve apoiado num processo de colonização privada, onde as terras foram comercializadas em pequenas glebas para as famílias.

No município de Bom Jardim da Serra encontra-se a serra do Rio do Rastro (ou Serra do Doze), que desce em curvas sinuosas de uma altitude de 1.467 metros até o nível do mar em Lauro Müller. A vista do mirante da serra é uma atração à parte, pois é possível se avistar o mar em dias claros. A região é coberta pela mata de Araucárias, típica das regiões de planalto do sul do Brasil.

De acordo com a classificação de Koeppen, o tipo climático do território do Planalto Catarinense é predominantemente Cfb – Temperado (mesotérmico úmido e verão ameno) e Cfa Subtropical (mesotérmico úmido, com verão quente) nos municípios de menor altitude. A temperatura média anual varia entre 13 e 14° C nas regiões mais frias e 17 e 18° C nas de menor altitude, enquanto que a precipitação média anual varia entre os 1300 a 1.800 mm/ano e a umidade relativa do ar oscila entre os 76% e 78%.

Quanto ao solo, o Planalto Catarinense está situado nas áreas de encosta e topo da serra, o que lhe confere dois tipos predominantes de solos que são os rasos e pedregosos, com baixa fertilidade e pouco aptos para os cultivos anuais e os solos ondulados e suavemente ondulados, mais propícios para os cultivos.

De forma geral, os solos dessa região são ácidos, com alto teor de matéria orgânica e com fertilidade que varia de média a baixa. Os tipos de solos predominantes são os latossolos e terras brunas estruturadas nas áreas menos declivosas e litossolos e neossolos em áreas mais acidentadas.

Nas terras brunas estruturadas e latossolos os cultivos anuais e pastagens vem sendo praticados ao longo dos anos, enquanto que nas áreas mais inclinadas e menos férteis até recentemente predominaram as pastagens, sendo que nos últimos anos, com os avanços da pesquisa agrícola, a região vem se tornando um polo de produção de frutas de clima temperado. Formada por camadas de basalto (derrames de lavas), intercaladas com camadas de arenito,

A superfície do planalto é regular e se inclina suavemente para oeste. Os rios que correm para o Paraná abrem nele profundos vales.

4.1 Dados Demográficos

A Serra Catarinense encontra-se distante cerca de 100 quilômetros do litoral do estado, com montanhas que ultrapassam os mil metros de altitude. Esta região é formada pelos municípios de Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Paineira, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici, Urupema. Os dezoito municípios que constituem o Território do Serra Catarinense abrangem uma área total de 16.085 Km², o que representa 16,9% da superfície de Santa Catarina.

Figura 1. Localização geográfica dos municípios no Território



Fonte: Correio Lageano, 2012.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, o Território possui uma Densidade Demográfica (DD) de 17,6 hab./Km², bem inferior aos 64,8 hab./Km² do estado e próximo da DD do país (21,7%). As duas maiores densidades demográficas verificam-se em Lages (58,3 hab./km²) e Correia Pinto (22,5 hab./Km²). Todos os demais municípios têm DD inferiores a 20 hab./Km². Quanto a distâncias dos municípios com relação a Lages, segue na Tabela 1;

Tabela 1. Distâncias dos municípios com relação a Lages

MUNICÍPIO	DISTÂNCIA DE LAGES
Anita Garibaldi	99 km
Bocaina do Sul	41km
Bom Jardim da Serra	110 km
Bom Retiro	92 km
Campo Belo do Sul	55 km
Capão Alto	22 km
Cerro Negro	74 km
Correia Pinto	32 km
Otacílio Costa	48 km
Paineira	29 km

Palmeira	38 km
Ponte Alta do Norte	44 km
Rio Rufino	70 km
São Joaquim	80 km
São José do Cerrito	40 km
Urubici	106 km
Urupema	55 km

Fonte: GoogleMaps.

A Serra Catarinense tem 286.089 habitantes. Com exceção da cidade de Lages, São Joaquim (8,77%), Otacílio Costa (5,83%) e Correia Pinto (5,04%) representam respectivamente os municípios que apresentam o maior número de habitantes. Outro aspecto importante é que 50% dos municípios da Serra Catarinense têm população inferior a 5.000 habitantes, conforme último Censo Demográfico Brasileiro, 2010.

Em outros termos, dos dezoito municípios, nove possuem mais de cinco mil habitantes, e apenas quatro possuem mais de dez mil habitantes: Lages (156.604), São Joaquim (25.111), Otacílio Costa (16.691) e Correia Pinto (14.447). Esses quatro municípios concentram 74,37% do total da população do Território, sendo que Lages exerce o papel de município-pólo e é sede da 26ª Gerência Regional de Saúde existentes no Território. Vale ressaltar que o município de Lages sozinho concentra 54,73% da população de todo o Território. Dentre todos os dezoito municípios, Paineira (2.351 hab.) tem a menor população seguido por Palmeira (2.410 hab.), e Rio Rufino (2.440 hab.). Na Tabela 2 apresenta-se população residente da Macrorregião de Serra Catarinense segundo Município, a Tabela 3 apresenta uma estimativa populacional de 2013-2017 ambos dados do IBGE e a Tabela 4 uma variação populacional pela estimativa populacional de 2013-2017.

Tabela 2. Distribuição da população por municípios e percentual relativo na Macrorregião da Serra Catarinense.

Municípios Serra Catarinense	População	Percentual
Anita Garibaldi	8.374	2,92
Bocaina do Sul	3.314	1,15
Bom Jardim da Serra	4.443	1,55
Bom Retiro	9.090	3,17
Campo Belo do Sul	7.398	2,58
Capão Alto	2.713	0,94
Cerro Negro	3.503	1,22
Correia Pinto	14.447	5,04

Lages	156.604	54,73
Otacílio Costa	16.691	5,83
Painel	2.351	0,82
Palmeira	2.410	0,84
Ponte Alta	4.853	1,69
Rio Rufino	2.440	0,85
São Joaquim	25.111	8,77
São José do Cerrito	9.104	3,18
Urubici	10.767	3,76
Urupema	2.476	0,86
Total	286.089	99,99

Fonte: IBGE 2010.

Tabela 3. Estimativa populacional por municípios na Macrorregião da Serra Catarinense.

	2013	2014	2015	2016	2017
Anita Garibaldi	8.230	8.055	7.881	7.708	7.537
Bocaina do Sul	3.393	3.408	3.424	3.440	3.746
Bom Jardim da Serra	4.566	4.598	4.631	4.663	4.694
Bom Retiro	9.397	9.498	9.598	9.698	9.796
Campo Belo do Sul	7.419	7.358	7.297	7.237	7.177
Capão Alto	2.711	2.682	2.654	2.625	2.597
Cerro Negro	3.472	3.417	3.362	3.308	3.254
Correia Pinto	14.301	14.063	13.826	13.591	13.358
Lages	158.961	158.846	158.732	158.620	158.508
Otacílio Costa	17.349	17.593	17.835	18.075	18.313
Painel	2.385	2.383	2.381	2.378	2.376
Palmeira	2.488	2.512	2.537	2.562	2.586
Ponte Alta	4.885	4.855	4.825	4.796	4.767
Rio Rufino	2.482	2.484	2.485	2.487	2.489
São Joaquim	25.841	26.045	26.247	26.447	26.646
São José do Cerrito	9.061	8.941	8.823	8.705	8.588
Urubici	11.012	11.058	11.102	11.147	11.191
Urupema	2.507	2.502	2.497	2.492	2.487

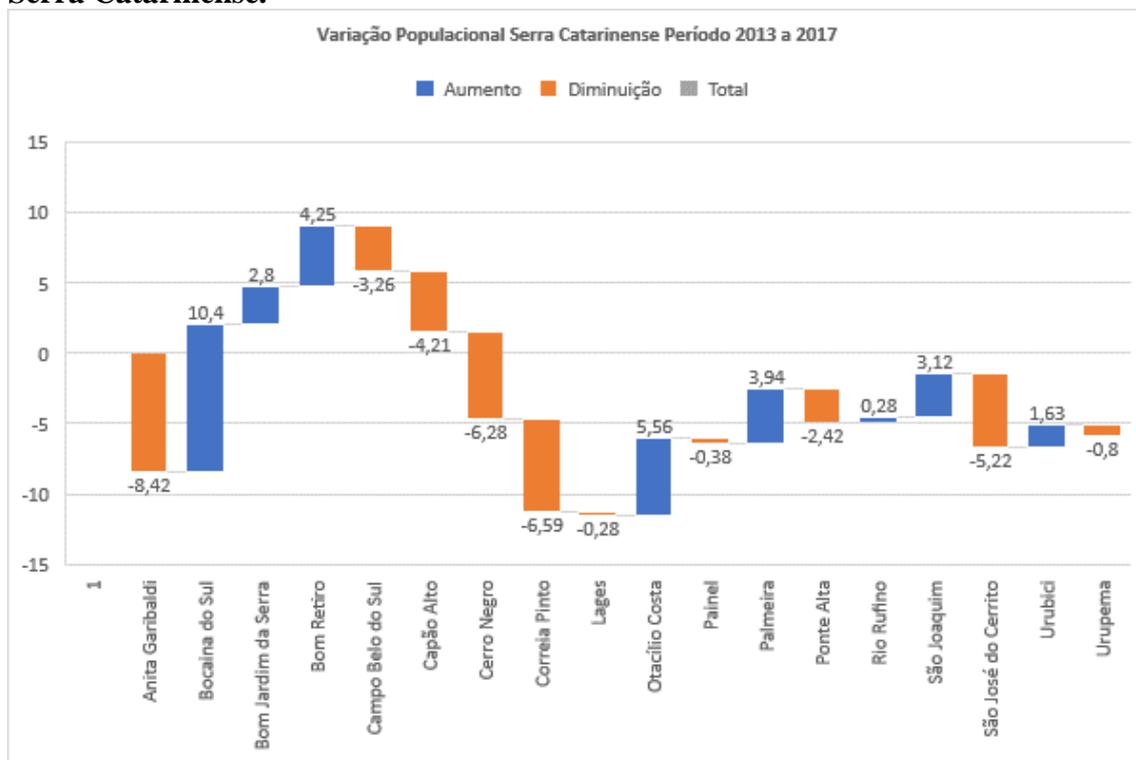
Fonte: IBGE 2017.

Tabela 4. Variação populacional por municípios na Macrorregião da Serra Catarinense.

Município	%
Anita Garibaldi	-8,42
Bocaina do Sul	10,40
Bom Jardim da Serra	2,80
Bom Retiro	4,25
Campo Belo do Sul	-3,26
Capão Alto	-4,21
Cerro Negro	-6,28
Correia Pinto	-6,59
Lages	-0,28
Otaçílio Costa	5,56
Painel	-0,38
Palmeira	3,94
Ponte Alta	-2,42
Rio Rufino	0,28
São Joaquim	3,12
São José do Cerrito	-5,22
Urubici	1,63
Urupema	-0,80

Fonte: Gerência Regional de Saúde 2018.

Figura 2. Gráfico da variação populacional por municípios na Macrorregião da Serra Catarinense.



Fonte: Gerência Regional de Saúde 2018.

No ano 2000, o percentual da população que vivia nos perímetros urbanos ou nas sedes de distritos desses municípios – e que, por isso, foi considerada urbana pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – era da ordem de 79,5%, correspondendo a 228.297 habitantes. O restante, considerado IBGE como população rural, representava 20,5% do total da população, somando 58.979 pessoas. Sob essa mesma ótica, em 2010, a população rural decaiu em termos absolutos para 50.451 habitantes, ao passo que a população urbana cresceu para 235.840 habitantes. Em termos proporcionais, a relação populacional rural-urbana teria ficado 17,8% rural e 83,3% urbana.

Na região, os jovens representam 35,5% da população; os adultos, 54,3% e os idosos, 10,2% (IBGE, 2010). A Tabela 5 e 6, a seguir, apresentam respectivamente a distribuição da população da macrorregião por faixa etária e sexo.

Tabela 5. Distribuição da população por faixa etária e percentual relativo na Macrorregião da Serra Catarinense.

Faixa Etária	População	Percentual
Menor 1 ano	3.730	1,30
1 a 4 anos	15.979	5,60
5 a 9 anos	21.822	7,62
10 a 14 anos	26.072	9,11
15 a 19 anos	25.646	8,96
20 a 29 anos	46.958	16,41
30 a 39 anos	41.649	14,55
40 a 49 anos	40.324	14,10
50 a 59 anos	30.205	10,55
60 a 69 anos	19.227	6,73
70 a 79 anos	10.231	3,57
80 anos e mais	4.246	1,50
Total	286.089	99,95

Fonte: Departamento de Informática do SUS - DATASUS (2010)

Tabela 6. Percentual da população por sexo na Macrorregião Serra Catarinense.

Região/Município	Masculino	Feminino
Serra Catarinense	49,47	50,53
Anita Garibaldi	50,31	49,69
Bocaina do Sul	51,54	48,46
Bom Jardim da Serra	51,11	48,89
Bom Retiro	50,44	49,56
Campo Belo do Sul	51,39	48,61
Capão Alto	52,23	47,77
Cerro Negro	52,18	47,82
Correia Pinto	49,89	50,11
Lages	48,46	51,54
Otacílio Costa	50,57	49,43
Painel	52,4	47,6
Palmeira	51,12	48,88
Ponte Alta	50,32	49,68
Rio Rufino	51,02	48,98
São Joaquim	50,11	49,89
São José do Cerrito	51,77	48,23
Urubici	50,47	49,53
Urupema	51,45	48,55
Total	49,47	50,53

Fonte: IBGE 2010.

A Macrorregião é caracterizada por índices preocupantes em termos de saúde e qualidade de vida. Segundo estimativa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), por exemplo, a expectativa de vida ao nascer é de 74,7 anos na Serra Catarinense, Santa Catarina é o estado brasileiro com maior expectativa de vida, que passará de 79,6 anos em 2018 para 84,5 anos em 2060. A média do Brasil é de 76,2 em 2018 e de 81 anos em 2060, já quanto ao crescimento demográfico do ano 2000-2010 em Santa Catarina foi de 1,64% ao ano, na Serra Catarinense ficou em 0,07%. (CENSO 2010).

Além disso, dez municípios apresentaram crescimento populacional negativo conforme Censo no período de 2000 e 2010. Os municípios de Anita Garibaldi (-1,72%), Correia Pinto (-1,36%), Cerro Negro (-1,29%) e São José do Cerrito (-1,07%) foram os que registraram as menores taxas de crescimento populacional.

As taxas de analfabetismo nos últimos períodos censitários (Censos de 2000 e 2010) exibem uma queda no índice nacional, bem como para todas as regiões do país. Em 2000, o número de analfabetos com 15 anos ou mais de idade correspondia a 12,8%

da população brasileira; já em 2010, é constatado através do censo demográfico que esses valores foram reduzidos para 9,4%, o que representa uma redução de 26,6% na taxa nacional. Dentre as regiões do país, a que apresenta maior redução da taxa de analfabetismo é a Centro-Oeste, com 30,69%, Santa Catarina apresenta uma redução de 31,03%, superando a média nacional. Assim como, o Brasil e Santa Catarina, a Serra Catarinense apresenta redução da taxa de analfabetismo de 8,9% do censo do ano 2000 para 6,6% no Censo do ano 2010. Segue a Tabela 7 - Taxa de analfabetismo na Serra Catarinense.

Tabela 7. Taxa de analfabetismo na Macrorregião de Serra Catarinense por Ano

Região de Saúde/Município	1991	2000	2010
Serra Catarinense	13,5	8,9	6,6
Anita Garibaldi	23	14,9	12,3
Bocaina do Sul	...	12,4	11,6
Bom Jardim da Serra	17,9	9,3	8,5
Bom Retiro	18,7	13,3	9,6
Campo Belo do Sul	26,4	20,9	13
Capão Alto	...	12,2	10,2
Cerro Negro	...	19,9	15,9
Correia Pinto	14,6	10,4	9
Lages	11,4	6,6	4,9
Otacílio Costa	13	8,8	6,8
Painel	...	10,7	9
Palmeira	...	12,2	11,4
Ponte Alta	16,1	13,8	10,2
Rio Rufino	...	11,5	8,2
São Joaquim	12,2	7,6	5,5
São José do Cerrito	17,5	14,9	12,7
Urubici	12,1	9,7	4,5
Urupema	9,9	9,6	6,1
Total	13,5	8,9	6,6

Fonte: IBGE 2010.

Além do processo de contínua evolução que o indicador de alfabetização tem apresentado, destacamos o aumento do percentual de indivíduos com oito anos ou mais de escolaridade. No censo no período de 2000 e 2014, Santa Catarina apresentava uma distribuição de 64,37% de indivíduos nesse nível de escolaridade; já em 2013 essa taxa se elevou para 65,39%. Dentre os percentuais dos estados da região Sul, bem como no cenário nacional, Santa Catarina é o que mantém as taxas mais elevadas para essa faixa

de escolaridade. Os dados crescentes indicam que há investimento e interesse por parte da população e do governo na redução do abandono dos bancos escolares; tem havido aumento no número de jovens que chegam aos níveis médios de escolaridade, com possibilidades de investimentos em cursos técnicos e universitários. Como pode se observar na Tabela 8 - Escolaridade da população de 18 a 24 anos, destacamos o aumento do percentual de indivíduos com oito anos ou mais de escolaridade com 33,44% na Macrorregião da Serra Catarinense.

Tabela 8. Escolaridade da população de 18 a 24 anos - Santa Catarina Macrorregião da Serra Catarinense.

Região de Saúde/Município	Menos de 1 ano de estudo	1 a 3 anos de estudo	4 a 7 anos de estudo	8 anos e mais de estudo	Sem instrução	Não determinada
Serra Catarinense	2,68	5,75	25,81	33,44	2,34	2,77
Anita Garibaldi	4,34	7	37,98	24,73	2,38	2,75
Bocaina do Sul	5,23	2,91	21,8	20,49	7,99	3,34
Bom Jardim da Serra	4,45	9,46	33,08	19,36	2,88	5,58
Bom Retiro	2,29	9,77	32,05	19,89	4,02	5,23
Campo Belo do Sul	8,98	10,96	37,41	19,29	2,27	3,15
Capão Alto	5,75	6,09	25,55	17,94	4,06	8,46
Cerro Negro	3,24	4,8	31,18	16,07	11,03	3,12
Correia Pinto	4,25	5,99	27,67	34,32	1,55	2,16
Lages	2,02	4,51	21,89	38,74	1,8	2,09
Otacílio Costa	1,96	5,26	24,87	34,55	1,75	2,08
Painel	-	6,67	27,05	22,86	4,76	3,24
Palmeira	0,38	6,15	22,31	25,58	8,65	3,65
Ponte Alta	5,9	8,95	31,7	22,22	1,53	3,74
Rio Rufino	2,77	5,19	27,68	15,57	7,09	3,81
São Joaquim	2,09	5,8	25,76	31,47	2,79	4,8
São José do Cerrito	3,43	10,89	43,86	17,54	2,93	3,91
Urubici	2,46	8,38	31,96	25,82	5,51	4,29
Urupema	2,81	6,81	36,11	29,08	0,76	2,81
Total	2,68	5,75	25,81	33,44	2,34	2,77

Fonte: IBGE 2010.

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

As principais atividades econômicas da região são por ordem de importância: indústria madeireira, papel e celulose, agroindústria, agricultura, indústria metal-mecânica, sendo que têxtil e vestuário são atividades em potencial, serviços, educação, comércio, pecuária, vitivinicultura, fruticultura, apicultura, floricultura (em potencial) e turismo.

O trabalho familiar em pequenas propriedades é a característica típica do agronegócio em Santa Catarina, que responde por 20% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual e por 6,4% do setor no país. Quase não há ocorrência de modalidades como arrendamento e parcerias, comuns em outras regiões, nas quais a posse da terra é mais concentrada e há alta incidência de latifúndios. O PIB segundo IBGE (2010) na Macrorregião da Serra Catarinense foi de R\$ 7.019.949 e o PIB per capita R\$ 23.773,57/habitantes.

Sobre o nível de desenvolvimento social da Macrorregião da Serra Catarinense, a taxa de crescimento da população rural é negativa; o êxodo rural é um problema sério; 28,5% da população possui renda de até 2 salários mínimos no ano de 2010, sendo que no ano 2000 era de 47%; a taxa de desemprego que era 12,55% no ano 2000 para 5,34% em 2010 segundo dados do IBGE 2010.

Em relação à taxa de fecundidade, Santa Catarina fica em oitava posição, com 1,74 filho por mulher. Conforme a estimativa, em 2060, esse número deverá cair para 1,68 em 2060. No Brasil, atualmente a taxa é de 1,77 e deverá cair para 1,66 em 2060, na Serra Catarinense a taxa de fecundidade é de 1,69 filho por mulher (SANTA CATARINA, 2018).

O Território Serra Catarinense se destaca nas culturas de milho, feijão, soja, cebola, tomate, batata-inglesa, fumo e trigo. O destaque entre os municípios em relação ao valor total produzido é Campo Belo do Sul, com R\$ 20,5 milhões (13,6%). Em relação às lavouras de milho e feijão, cultivos típicos da agricultura familiar, os municípios com áreas maiores plantadas são: São José do Cerrito (15.751 ha) e Campo Belo do Sul (14.315 ha). Cabe especial referência ao cultivo de batata inglesa no Território, que ocupa áreas menores, mas apresenta maior rentabilidade, quando comparado às culturas tradicionais. No caso, 18,4% do total de batata inglesa produzido em Santa Catarina é procedente do Território Serra Catarinense. Dos dezoito municípios, dezesseis cultivam batata inglesa, sendo São Joaquim o que detém a maior área plantada (350 ha), seguido por Urupema (230 ha).

Com relação às lavouras permanentes, o Território Serra Catarinense se destaca especialmente na cultura da maçã, estando presente em quinze dos dezoito municípios do Território, [...] sendo inclusive muito expressiva em nível estadual, uma vez que o Território concentra 60% da área agrícola destinada a essa cultura no estado. Destacam-se no Território, especialmente no município de São Joaquim, seguido por Bom Jardim da Serra e Bom Retiro.

O efetivo dos principais rebanhos da Macrorregião da Serra Catarinense, onde figuram a criação de cinco grupos principais: galos, frangas, frangos e pintos com maior rebanho, galinhas, bovinos, suínos e ovinos. Nos dezoito municípios houve presença desses cinco rebanhos. Cabe um especial destaque para a produção de bovinos, que representa 14% do total do estado e, também, para a produção de ovinos, que apesar de em números absolutos não ser tão expressiva, representa 20% do efetivo total de animais em Santa Catarina. Dentre os municípios com maior representatividade na criação de bovinos destacam-se Lages, seguido por São Joaquim, São José do Cerrito e Capão Alto. Rio Rufino e Palmeira são os municípios que apresentaram menor criação de bovinos. O rebanho ovino destaca-se principalmente em Lages, ocorrendo de forma menos expressiva em todos os demais dezoito municípios. [...].

A produção de madeira em tora para as indústrias de papel e celulose está presente em todos os municípios. [...] Os cultivos de pinus representam, conforme visto no tópico sobre o setor industrial. [...] com destaques para os municípios de Otacílio Costa, Bocaina do Sul e Ponte Alta. A produção de madeira e o valor gerado no Território têm uma parcela destinada para serrarias e não somente para as indústrias de papel e celulose.

Em relação ao comércio conforme dados da Associação Empresarial de Lages (ACIL) que tem como missão defender os interesses da classe empresarial, oportunizando serviços aos associados e articulando ações para o desenvolvimento sustentável da Macrorregião da Serra Catarinense, existe em seu quadro de associados 620 empresas comerciais (hotéis, bancos, lojas, clínicas, confeitarias, bares, restaurantes e outros) sendo que 98% estão em Lages as demais se localizam em Campo Belo do Sul, Correia Pinto, Otacílio Costa e Palmeira.

A Câmara de Dirigentes Lojistas de Lages - CDL que tem como missão representar e prestar serviços aos associados, com qualidade e segurança na informação, visando o desenvolvimento empresarial, possui 1.100 associados nas cidades de Lages, Urupema, Paineira e Bocaina do Sul. Existe Câmara de Dirigentes Lojistas também em

Otacílio Costa, Bom Retiro, São José do Cerrito, Correia Pinto, Campo Belo do Sul e São Joaquim.

O desenvolvimento econômico regional deveria ser o principal objetivo das políticas públicas governamentais aplicadas nos municípios da região, a busca por investimentos faz parte do desenvolvimento sustentável das cidades, cada município tem um atributo maior ou menor para atração de empreendimentos que provoquem sua sustentabilidade financeira.

O índice de Desenvolvimento Humano divulgado no dia 29 de Julho de 2013, pela Organização das Nações Unidas, os dados são do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013, apresentado em Brasília pelo programa Nações Unidas para o Desenvolvimento(PNUD), em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação João Pinheiro (FJP). Santa Catarina se destaca em 3º lugar no IDHM 2010 (0,774) entre os Estados brasileiros, é calculada com base no Censo do IBGE, no calculo são considerados :a) Expectativa de vida ao nascer b) Educação c)Renda per capita, sendo considerado Alto de 0,7 a 0,799 e Muito alto varia de 0,8 a 1,00.

De modo geral, há ainda uma maior incidência de índices de desenvolvimento humano considerados ruins sob a ótica do panorama estadual. Ou seja, na Serra catarinense o município mais bem posicionado no ano de 2013 quanto ao IDH-M é Lages 0,770 e o de menor IDH-M 0,621 é Cerro Negro, última colocação estadual.

4.2 Dados Epidemiológicos

Na Serra Catarinense os indicadores de mortalidade geral são evidenciados na Tabela 9 abaixo, em que por ordem apresentaram mais óbitos os municípios de Lages, São Joaquim e Correia Pinto.

Tabela 9.Óbitos p/Residência na Macrorregião Serra Catarinense

Região de Saúde/Município	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Serra Catarinense	1863	2006	2145	2127	2224	10365
Anita Garibaldi	55	72	77	67	75	346
Bocaina do Sul	23	22	19	16	21	101
Bom Jardim da Serra	21	26	18	21	31	117
Bom Retiro	60	47	74	71	68	320
Campo Belo do Sul	40	42	62	45	37	226
Capão Alto	21	19	12	27	18	97

Cerro Negro	23	22	19	23	19	106
Correia Pinto	95	104	112	113	122	546
Lages	1048	1135	1222	1225	1263	5893
Otacílio Costa	107	125	128	109	125	594
Painel	13	23	9	18	21	84
Palmeira	11	7	15	14	14	61
Ponte Alta	34	39	27	30	30	160
Rio Rufino	13	4	10	20	12	59
São Joaquim	174	160	185	188	209	916
São José do Cerrito	57	66	63	54	79	319
Urubici	66	84	74	74	73	371
Urupema	2	9	19	12	7	49
Total	1863	2006	2145	2127	2224	10365

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2012-2016)

O conjunto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é, de longe, a principal causa da mortalidade em Santa Catarina. Desse conjunto, destacam-se quatro principais enfermidades (DCNT): neoplasias malignas, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, e doenças respiratórias crônicas. A incidência das DCNT sobre a faixa populacional de 30 a 69 anos tem sido levemente declinante nos últimos anos, alcançando 330 mortes/100 mil pessoas da faixa etária, em 2016. Avanços na prevenção, na detecção precoce e no tratamento oportuno podem dar suporte a uma queda do indicador no horizonte de 2030. Para a população idosa (de 70 anos ou mais), a incidência de mortes por DCNT é mais severa, tendo alcançado a elevada taxa de 4.363 mortes/100 mil hab. da faixa etária, em 2016 (SANTA CATARINA, 2018).

Os dados possibilitam constatar as mortes por causas evitáveis de 2016 pelo SIM na Serra Catarinense, sendo 1.284 morte por causas evitáveis, sendo 57,7% com relação a mortalidade geral, estão associadas às neoplasias (22,1%), às doenças do aparelho circulatório (12,75%), às doenças do cerebrovasculares (10,5%) e às complicações dos Diabetes (9,4%).

Com relação as causas gerais, segue na Tabela 10 a mortalidade por causas gerais na Macrorregião da Serra Catarinense.

Tabela 10. Mortalidade por causas gerais na Macrorregião da Serra Catarinense.

Causas Capítulos	2013	2014	2015	2016	Total
Algdças infecciosas e parasitárias	80	75	85	91	331
Neoplasias (tumores)	392	424	411	452	1679
Doenças sangue órgãos hemat e transtimunitár	12	8	3	3	26

Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	137	127	145	134	543
Transtornos mentais e comportamentais	19	20	20	24	83
Doenças do sistema nervoso	51	44	48	48	191
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	0	0	1
Doenças do aparelho circulatório	512	608	661	626	2407
Doenças do aparelho respiratório	264	244	252	278	1038
Doenças do aparelho digestivo	97	113	99	112	421
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	3	6	8	19
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5	4	5	11	25
Doenças do aparelho geniturinário	65	70	62	81	278
Gravidez parto e puerpério	0	0	1	1	2
Algumas afec originadas no período perinatal	37	43	44	33	157
Anomalias congênitas	16	17	11	18	62
Mal Definidas	131	120	42	92	385
Causas externas	185	230	233	186	834
Total	2006	2150	2128	2198	8482

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2012-2016)

Já as mortes por causas externas à saúde têm origem em situações conhecidas como acidentes de transporte, outros acidentes domésticos ou de trabalho, afogamentos, homicídios, suicídios etc. Em 2016, ocorreram 4.430 mortes por causas externas, em Santa Catarina (taxa de 64 mortes por 100 mil hab.). Sua maior incidência é na população adulta, sendo essas causas responsáveis por 18,2% do total de mortes, na faixa etária de 20 a 69 anos, em 2016. A análise por tipo de causa externa para o conjunto da população mostra que os acidentes de transporte foram a principal causa de mortalidade, com taxa de 23,2 óbitos/100 mil hab., em 2016, vindo em seguida outros acidentes, homicídios e suicídios (SANTACATARINA, 2018).

As causas externas de mortalidade na Macrorregião da Serra Catarinense foram em 2016 pelo SIM (sistema de informação de mortalidade do MS) na Serra Catarinense de 195 casos, sendo 9% com relação a mortalidade geral, dos casos associados a acidentes de transportes (37%), agressões (22%) e suicídios (20%). Na Tabela 11 constam os indicadores de mortalidade por causas externas da Macrorregião da Serra Catarinense.

Tabela 11. Óbitos por Causas Externas na Macrorregião da Serra Catarinense

Grande Grupo CID10	2012	2013	2014	2015	2016
V01-V99 Acidentes de transporte	82	94	111	106	73
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais	21	30	43	51	34
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	28	24	30	33	39

X85-Y09 Agressões	32	26	40	40	43
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	1	7	5	3	1
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	2	-	-	-	-
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	-	1	-	-	3
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	1	-	-	-	2
Total	167	182	229	233	195

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM(2012-2016)

Ainda que já referido, é pertinente destacar a evolução da taxa de suicídios encontrada na macrorregião. Todavia, tais indicadores podem não representar efetivamente a realidade dos fatos pois, por se caracterizarem por “lesões auto-infligidas”, carregam consigo um estigma, o que desencadeia um registro precário dos óbitos” (VILLELA, 2005, p.54). Interesses pecuniários, vergonha, questões religiosas, entre outras, são razões que levam os familiares a intervir de modo a não se efetivar o registro do óbito por suicídio. Na Tabela 12, a seguir, estão expostas as taxas de suicídio por cem mil habitantes, no ano de 2013-2016, que só vem aumentando.

Tabela 12. Óbitos por Causas Externas na Macrorregião de Saúde: Serra Catarinense - Grande Grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente.

Ano do Óbito	X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente
2013	24
2014	30
2015	33
2016	39
Total	126

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2013-2016)

O principal agravo notificado na Serra Catarinense entre os anos de 2009 e 2014 esteve associado à categoria violência doméstica, sexual e/ou outras formas de violências. Do total de 1.192 agravos notificados nesta categoria, 3.647 ou 51,66% a este aspecto se referiam. A violência física é responsável por 1.033 casos conforme SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – 2013-2016, 86,6% de todas as violências.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2002), considera-se violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou

tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A violência contribui para a mortalidade precoce e a perda de qualidade de vida entre adolescentes e jovens, com aumento dos custos sociais em saúde, previdência, absenteísmo no trabalho e escola e ainda é uma das causas mais significativas de desestruturação familiar (BRASIL, 2009). O aumento dos números sobre violência doméstica, sexual e/outras violências coloca o Brasil entre os países onde esses eventos são considerados endêmicos e que se tornaram um grave problema, afetando a saúde individual e coletiva (DRIESSEN, PHILIPPI e CRUZ, 2013).

A atual taxa de mortalidade infantil de Santa Catarina é a menor do Brasil, tendo alcançado 9,9 mortes por mil nascidos vivos (NV), em 2015. É uma realidade ainda distante de países europeus, mas é possível projetar para 2024 e 2030 taxas de 9,0 e 8,5, respectivamente, por 1.000NV (SANTA CATARINA, 2018).

A macrorregião apresentou, em 2009, o maior coeficiente de mortalidade infantil do Estado (20,2 óbitos por 1000 nascidos vivos), mesmo com redução em comparação ao ano de 2004 que era de 22,5 óbitos por 1000 nascidos vivos. Este risco é 1,8 vezes maior do que a média do Estado e quase 2,2 vezes maior do que observado na macrorregião da Grande Florianópolis, onde foi encontrado, naquele ano, o melhor indicador (9,3) (SES - PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015).

Quanto aos internamentos após levantamento com os hospitais da Macrorregião da Serra Catarinense, segue Tabela 13 com os motivos de internação por hospitais do período de janeiro a junho da Macrorregião da Serra Catarinense:

Tabela 13. Características de Internação de Urgência e Emergência por Hospitais da Macrorregião da Serra Catarinense – Janeiro a junho 2018

HOSPITAL	MUNICÍPIO	INTERNAÇÕES	PRINCIPAIS INTERNAMENTOS
Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos	Lages	1.056	RESPIRATÓRIO/CIRURGIA GERAL E ONCOLÓGICO
Hospital Nossa Senhora dos Prazeres	Lages	4.510	GASTROINTESTINAIS/CARDIOLOGIA/NEFROLOGIA/NEUROLOGIA
Hospital Infantil Seara do Bem	Lages	1.709	RESPIRATÓRIOS E CIRÚRGICOS

Hospital de Caridade Coração de Jesus	São Joaquim	691	RESPIRATÓRIO/NEFROLOGIA/ CARDIOLOGIA
Hospital Américo Caetano do Amaral	Bom Jardim da Serra	14	RESPIRATÓRIO/DOENÇAS PELE/NEFROLOGIA E DIABETES
Fundação Hospitalar Municipal de Correia Pinto	Correia Pinto	117	RESPIRATÓRIOS/ANEMIAS E GASTROINTESTINAIS
Hospital Frei Rogerio	Anita Garibaldi	672	GASTROINTESTINAIS/CARDIOLOGIA/ NEFROLOGIA/RESPIRATÓRIO
Hospital Nossa Senhora do Patrocínio	Campo Belo do Sul	215	RESPIRATÓRIO/ GASTROINTESTINAIS/DIABETES
Hospital Nossa Senhora das Garças	Bom Retiro	348	RESPIRATÓRIO/GASTROINTESTINAIS/ CARDIOLOGIA
Hospital Santa Clara	Otacílio Costa	84	GASTROINTESTINAIS/DIABETES/ NEFROLOGIA/RESPIRATÓRIO
Hospital São José de Urubici	Urubici	131	RESPIRATÓRIO/CARDIOLOGIA/ NEUROLOGIA/NEFROLOGIA

Fonte: Gerência Regional de Saúde - 2018

Em Lages, local onde ocorrem os processos de judicialização e internação compulsória na macrorregião da Serra Catarinense, o índice de judicialização da saúde, da ordem de 10% das reclamações, poderia ser ainda mais baixo não fosse o alto consumo de crack e outras drogas no município. Do total de liminares concedidas pela Justiça, 70% cobram da Secretaria Municipal de Saúde leitos para internação compulsória de dependentes químicos. Mensalmente são feitas de 10 a 15 internações compulsórias em cumprimento a decisões judiciais. Em março de 2018, por exemplo, a Secretaria gastou R\$ 96 mil com a contratação de leitos em hospitais particulares para esse tipo de internação. A prefeitura de Lages recorre a unidades privadas de saúde porque os dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) do município estão lotados. Um deles é reservado para atender adultos com dependência química, e o outro, menores de idade na mesma situação.

O conjunto de dados demográficos e epidemiológicos aqui expostos possibilitam certa noção da realidade vivenciada pela população da região em referência. Tal fato pretende constituir justificativa contundente à continuação da RUE Macrorregião da Serra Catarinense.

5. PROCESSOS DE GESTÃO E PACTUAÇÃO MACRORREGIONAL

A partir de 1974 a Secretaria de Saúde Pública e Promoção Social do Estado instalou em Lages o 4º Centro Administrativo Regional de Saúde, cuja jurisdição abrange trinta e um municípios e cujas atribuições se relacionavam, com tudo o que diretamente se vinculava aos problemas de Saúde Pública, desde a fiscalização do exercício das profissões ligadas a ela diretamente até os das condições de saneamento das construções civis, esgoto, distribuição de água potável, coleta e distribuição de lixo, poluição atmosférica, etc. Dentro do seu vasto quadro de atividades sobressaía-se o da medicina preventiva com o serviço de vacinação.

Após inúmeras reformas da Administração Estadual, bem como as mudanças no setor Saúde, hoje a representatividade Estadual da Saúde, dar-se pela 26ª GERSA – Gerência Regional de Saúde. Segundo a Deliberação nº 457-458 da CIB de 08 de novembro de 2012, a Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 173ª reunião ordinária do dia 08 de novembro de 2012, aprova a nova configuração e a denominação das 16 Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina, de acordo com Art. 4º da Deliberação nº 348/CIB/2012 e o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, sendo conforme Figura 2, a Região de Saúde da Serra Catarinense composta por 18 (dezoito) municípios, conforme descrito abaixo:

- Anita Garibaldi,
- Bocaina do Sul,
- Bom Jardim da Serra,
- Bom Retiro,
- Campo Belo do Sul,
- Capão Alto,
- Cerro Negro,
- Correia Pinto,
- Lages,
- Otacílio Costa,
- Paineira,
- Palmeira,
- Ponte Alta,
- Rio Rufino,

preferencialmente é via unidades de saúde de cada bairro e município. Todo atendimento prestado para a população segue o protocolo da RUE – Rede de Urgência e Emergência padronizando e organizando fluxo dos encaminhamentos dos pacientes”;

•**SÃO JOAQUIM (2014-2017):** PROPOSTAS/METAS/OBJETIVO ESPECÍFICO: “Participar das redes de atenção à saúde, do Ministério da Saúde”;

•**URUBICI (2014-2017):** “Possuímos um convênio com o Hospital São José, onde hoje repassamos R\$ 55.000,00, para atender as Urgências e Emergências do Município. A assistência de urgência e emergência é realizada no município de Lages, no Hospital Nossa Senhora dos Prazeres o qual atende todos os municípios da região. O transporte para transferência de pacientes hospitalizados é feito pelos municípios de origem dos usuários, o qual não dispõe de veículo e equipe preparada para este serviço. Há atendimento do SAMU no município, o qual atende a contento dos cidadãos, quando necessário. Neste contexto, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) surge como um acordo de colaboração firmado entre entes federativos para organizar cada região de saúde de acordo com as redes de atenção como: Materno-Infantil, Urgência e Emergência, Doenças Crônicas, Saúde Mental e Doenças Infectocontagiosas”.

•**OTACILIO COSTA(2014-2017):** “SAMU/192 de Otacílio Costa faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências, e ajuda a organizar o atendimento na rede pública prestando socorro à população em casos de emergência disponível 24 horas por dia. O Hospital Santa Clara de Otacílio Costa é um hospital geral que conta com 50 leitos para internação. Sua estrutura física e equipamentos permitem o atendimento de alguns tipos de urgência ou emergência, pois o hospital não possui equipamentos para UTI. Diretrizes assumidas pelo município de Otacílio Costa no SISPACTO 2013: Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA), de serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção. Objetivo 2.1 – Implementação da Rede de Atenção às Urgências”.

•**Palmeira (2018-2021):** “Para a Serra Catarinense o momento é de evolução no credenciamento dos hospitais de atendimento, sendo que até agosto de 2017 a RUE desta região apresenta como locais o Hospital Sagrado Coração de Jesus em São

Joaquim com leitos de retaguarda pactuados, o Hospital São José em Urubici com leitos de longa permanência e Otacílio Costa e Correia Pinto em processo de cadastramento”.

Ainda, quanto ao Plano Municipal de Saúde não descreveram as redes nos seus planos os seguintes municípios da macrorregião da Serra Catarinense: Anita Garibaldi (2018-2021), Bocaina do Sul (2009-2012), Bom Retiro (2014-2017), Campo Belo do Sul (2014-2017), Cerro Negro(2014-2017) e Correia Pinto(2018-2021), Paineira (2014-2017) e Rio Rufino (2010-2013), apenas descreveram de que forma se dá o atendimento de urgência e emergência em seus municípios, alguns pelo SAMU outros pelos Hospitais e outros pela Atenção Básica somente.

As seguintes cidades não apresentaram disponível no site de Controle Social da SES/SC o seu Plano Municipal de Saúde: Bom Jardim da Serra, Capão Alto, Ponte Alta e São José do Cerrito.

5.2 Relatório Anual de Gestão

Segundo a Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990, no seu Art. 4º para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei “os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei (cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal)”, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Em relação ao Relatório Anual de Gestão da Macrorregião da Serra Catarinense, conforme discriminado na página da SES/SC, foi encontrado:

- Elaborado e aprovado pelos seguintes municípios que integram esta Macrorregião da Serra Catarinense: Anita Garibaldi, Cerro Negro, Lages, Urubici e Urupema;

- Em apreciação pelo Conselho de Saúde: Bocaina do Sul, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Correia Pinto, Otacílio Costa, Palmeira, Ponte Alta e São José do Cerrito;

- Não informaram ao Estado o seu relatório de Gestão: Bom jardim, Bom Retiro, Paineira, Rio Rufino e São Joaquim.

5.3 Pacto de Gestão

Quanto à adesão ao Pacto, o Estado de Santa Catarina atingiu todos os 293 municípios, garantindo uma adesão de 100%, com assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM).

Sendo assim, a adesão se deu nos municípios da Serra Catarinense pelas seguintes Portarias:

- Portaria 716, de 05 de abril de 2010 (Lages/Bocaina do Sul/Bom Retiro/Campo Belo do Sul/Capão Alto/Cerro Negro/Palmeira/Ponte Alta/Rio Rufino/São José do Cerrito/ Urupema/Anita Garibaldi).
- Portaria 1.084, de 11 de maio de 2010 (Painel).
- Portaria 1.464, de 08 de junho de 2010(Otacílio costa).
- Portaria 2.267, de 10 de agosto de 2010 (São Joaquim).
- Portaria 4.165, de 17 de dezembro de 2010 (Urubici/Bom Jardim/Correia Pinto).

Quanto ao Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde - COAP ainda encontra-se em discussão na Macrorregião da Serra Catarinense.

6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MACRORREGIÃO DA SERRA CATARINENSE

Segundo a Portaria de Consolidação MS/GM nº 3 de 28/09/2017, Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. § 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Ainda segundo a Portaria de Consolidação MS/GM nº 3 de 28/09/2017, Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII – Componente Hospitalar;

VIII - Atenção Domiciliar.

6.1 Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde

O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente

voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde (PT CONSOLIDAÇÃO nº 3/2017, Art. 5º).

No ano de 2014 a Coordenadoria de Atenção Básica da 26ª Gerência Regional de Saúde, cria o Grupo de Fortalecimento da Atenção Básica da Serra Catarinense com objetivo de discussão de processo de trabalho e educação permanente com os coordenadores municipais de atenção Básica, este vem ocorrendo mensalmente até a data atual.

As estratégias realizadas pelo Grupo de Fortalecimento da Atenção Básica da Serra Catarinense no ano de 2014 foram: Fortalecimento da Estratégia de saúde bucal e CEO com os coordenadores e equipes dos municípios; Oficina SISPACTO para discussão e pactuação de indicadores de saúde dos municípios; I Encontro Regional do Programa Saúde na Escola da Serra Catarinense - discussão de estratégias, eixos, sistemas de informação e plano de intervenção; II Encontro Regional do Programa Saúde na Escola da Serra Catarinense - amostra de resultados; I Encontro Regional do programa Bolsa Família; Oficina NUTRISUS; Oficinas Microrregionais de Fortalecimento da atenção Básica da serra Catarinense: Anita Garibaldi (campo Belo do Sul, Cerro Negro, Capao Alto e Anita Garibaldi), Rio Rufino (São Joaquim, Bom retiro, Urubici, Urupema, Bom Jardim da Serra e Rio rufino), Painel (Painel, Bocaina do asilo, Otacílio Costa e Palmeira); I Capacitação dos Testes Rápidos da Serra Catarinense; Ações de intensificação dos Testes Rápidos na Atenção Básica; 1º Congresso de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança: juntos pela redução da mortalidade infantil + 07 Minicursos; Visitas Técnicas aos municípios para discussão do processo de trabalho por meio de EPS; Formação do Grupo Condutor da Rede Cegonha da Macrorregião da Serra Catarinense; I Oficina de capacitação para implantação e implementação do e-SUS AB.

As estratégias realizadas pelo Grupo de Fortalecimento da Atenção Básica da Serra Catarinense no ano de 2015 foram: visitas técnicas de diagnóstico situacional sobre Rede Cegonha por meio de EPS com as equipes de AB e vigilância epidemiológica; Oficina Rede Cegonha – SISPART; Formação câmara técnica Rede Cegonha e protocolo regional de atenção ao Pré-Natal e Puerpério da Macrorregião da Serra Catarinense; I Atualização em Pré-Natal e Puerpério da Macrorregião da Serra Catarinense aos profissionais Médicos e Enfermeiros da Atenção Básica; II Atualização

em Pré-Natal e Puerpério da Macrorregião da Serra Catarinense aos profissionais Médicos e enfermeiros da atenção básica: visita técnica e EPS nos territórios; I Oficina método Canguru na atenção Básica da Macrorregião da Serra Catarinense; III Encontro PSE - Programa Saúde na Escola e Bolsa Família da Macrorregião da Serra Catarinense; II oficina e-SUS AB;II SISPACTO.

As estratégias realizadas pelo Grupo de Fortalecimento da Atenção Básica da Serra Catarinense no ano de 2016 foram:EPS em Pré-Natal e Puerpério implantação do Protocolo e rodas de conversa nos municípios da Macrorregião da Serra Catarinense; III Oficina SISPACTO;II Capacitação em testes rápidos; I Encontro Regional de NASF da Macrorregião da Serra Catarinense; Oficina de implantação de academias da saúde; EPS de fortalecimento das condicionalidades do Bolsa Família; Capacitação de administração de vitamina A; 7ª Conferência de Saúde: Oficina de organização e eixos estruturantes; Oficina de ações de atenção básica e vigilância epidemiológica em combate aos Aedes Aegypti; PET Saúde GraduaSUSda Macrorregião da Serra Catarinense: Otacílio Costa(Fisioterapia), São Joaquim (Medicina), Campo Belo do Sul (Medicina Veterinária) e São José do Cerrito (Biomedicina) ações de educação permanente para fortalecimento da AB e vigilância em saúde no serviço- ensino-comunidade; I Encontro regional da RAPS- Rede Psicossocial; Capacitação pra o fortalecimento da Atenção básica (Introdutório) interação com o Telessaúde; Oficina de formação no SUS/ AB e VS para os profissionais do PET GraduaSUS.

As estratégias realizadas pelo Grupo de Fortalecimento da Atenção Básica da Serra Catarinense no ano de 2017 foram: Oficina de Pactuação interfederativa 2017-2021; EPS Programa saúde na Escola: nova eixos estruturantes; I, II, III e IV Oficinas PMAQ terceiro ciclo; Oficina de Construção dos Planos Municipais da Saúde; EPS Rede Cegonha da Macrorregião da Serra Catarinense; Oficinas INOVAGente: fortalecimento das ações dos agentes comunitários da saúde e de endemias para os municípios da Macrorregião da Serra Catarinense; Encontro com os Coordenadores municipais da AB para discussão da nova PNAB 2017; Oficina de uso do Telessaúde; Oficina SISPRENATAL;Seminário aos profissionais responsáveis pelo programa de ostomizados;Visita técnica aos municípios para EPS sobre eSUS e CNES; PET Saúde GraduaSUS Serra Catarinense : Otacílio Costa (Fisioterapia), São Joaquim (Medicina), Campo Belo do Sul(Medicina Veterinária) e São José do Cerrito(Biomedicina) ações de educação permanente para fortalecimento da AB e vigilância em saúde no serviço- ensino- comunidade; II Encontro RAPS.

Entendemos que a educação é um importante instrumento de participação social e que através de seus princípios e objetivos os sujeitos encontram cidadania e provocam mudanças, porque entendem que seu papel no mundo não é só para constatar o que ocorre, mas, também o de que precisam interferir no mundo como sujeito de ocorrências. (FREIRE, 1996). Assim, neste contexto, iniciou no ano de 2015 e foi até início de 2017, o projeto EDUCASAMU, proporcionado pelos profissionais do SAMU da Macrorregião da Serra Catarinense.

A SPDM- Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, em conjunto com os gestores locais, contribuem para a implantação de programas de saúde e capacitação dos profissionais na busca de criar condições para construção de um modelo de Atenção à Saúde participativo e solidário em um modelo de Gestão de Serviços de Saúde que busca a excelência de forma integrada.

O Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS administra e assessora a instituição parceira na área da saúde, tendo como objeto implantação, coordenação e execução de programas em saúde, aumentando a eficiência dos serviços de saúde oferecidos ou financiados pelo município ou pelo Estado, atendendo melhor o cidadão, visando acesso de forma universal e equânime.

Sendo assim, a motivação para o projeto EDUCASAMU, bem como sua relevância, surgiu da necessidade de esclarecer para a comunidade o uso correto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) bem como as funções exercidas por este serviço, revertendo o quadro do alto índice de ligações indevidas feitas (trotes); trabalhar com a população no desenvolvimento do espírito de solidariedade nas ações de socorros e solicitação de ajuda, além de mostrar as condutas corretas nos casos de urgência/emergência com alunos e educadores, enfatizando a importância dos serviços de atendimentos às emergências e as respectivas formas de acionamento dos mesmos; Esclarecer aos usuários a respeito da função do SAMU/192; Orientar sobre o uso adequado do serviço de urgência; Intensificar o combate aos trotes feitos ao SAMU/192; Desenvolver estratégias promocionais (exposição do serviço em dias festivos, participação em eventos da comunidade, divulgação na mídia, entrega de folders); Contribuir para a melhoria da atenção à saúde da população.

As ações educativas nas instituições de saúde foram destinadas aos profissionais com o objetivo de fortalecer a rede de Atenção às Urgências. A equipe do SAMU foi até as instituições de saúde, prioritariamente a Atenção Básica – Unidades Básicas de Saúde da Família, nos anos de 2015-2016, para realizar encontros com representantes de

todas as categorias profissionais, buscando articulação entre os níveis assistenciais, estreitar as relações estabelecidas entre os profissionais, e principalmente esclarecimento dos diferentes modos de operar o trabalho nos diferentes níveis de complexidade na perspectiva de qualificar os encaminhamentos dos usuários ao SAMU, o tratamento das demandas encaminhadas ao SAMU e capacitações práticas.

A equipe realizou ações educativas também na comunidade e escolas quando houve solicitação com o objetivo de esclarecer sobre o serviço móvel de atendimento as urgências e integrar o SAMU a comunidade, abaixo segue cronograma de ações realizadas pela CRU da Macrorregião da Serra Catarinense.

Em 2015, foram realizadas 17 ações no total foram 1978 pessoas participantes, sendo estudantes crianças e adolescentes, professores, funcionários e a comunidade. As palestras realizadas foram sobre EDUCASAMU e Primeiros Socorros. As ações abrangeram as EMEBs, EEBs, SESC e Clube de desbravadores Araucária.

Em 2016, foram realizadas 10 ações no total foram 724 pessoas participantes, sendo estudantes crianças e adolescentes, acadêmicos, professores, funcionários e a comunidade. As palestras realizadas foram sobre EDUCASAMU e Primeiros Socorros. As ações abrangeram as EMEBs, EEBs, SESC, as Universidades: UNIPLAC e UNIFACVEST, Colégio Expressão, SuperFruit, Supermercados: Bistek e Maxx , Clínica Le Santé e CAIC Nossa Senhora Aparecida.

Sendo assim, a partir da utilização de oficinas e técnicas lúdicas, as educadoras proporcionaram recursos para que a população conhecesse com mais profundidade as atribuições do SAMU/192, primeiros socorros, projeto EDUCASAMU, bem como forneceram orientações sobre os riscos dos trotes feitos ao serviço, entre outros.

6.2 Atenção Básica em Saúde

A organização de uma rede de cuidados é fundamental para atender as necessidades das pessoas e das comunidades, considerando o que o processo de produção da saúde é uma construção históricossocial.

Santos (2011) define o modelo de atenção à saúde como a organização do SUS em nosso país está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços).

Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da CF. “A Constituição ao estatuir que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa”.

Os artigos. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90 dispõe que no Brasil o modelo do sistema de saúde é centrado na hierarquização das ações e serviços por níveis e complexidade, ou seja, em maior ou menor grau de complexidade. Ações de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores da região serrana um grande elenco de compromissos e responsabilidades para resolutividade e integralidade da assistência aos seus municípios.

O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (PT CONSOLIDAÇÃO nº 3/2017, Art. 6º).

O Ministério da Saúde (2012) define que “A Estratégia de saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade”.

Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Para Mendes (2012) o centro de comunicação das redes de atenção é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela equipe de Saúde da família. Pacientes que chegam à unidade básica de saúde em condições graves, em urgência ou emergência por demanda espontânea receberão o primeiro atendimento neste local. Esta condição exige uma reconfiguração destes serviços em relação ao espaço físico e os fluxos, além da qualificação da equipe. É importante salientar que os doentes graves nunca devem ser encaminhados sem orientação do complexo regulador, que será estruturado posteriormente.

Atenção Básica em Saúde é ordenadora do sistema em saúde e da capacidade instalada desta. As ações realizadas são cruciais à execução do trabalho em rede. A Estratégia de Saúde da Família – ESF é o sistema que substituiu e reordenou o modelo de atenção convencional existente desde 1994.

Conforme a nova PNAB (2017) Acolhimento é um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação dele pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica.

Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: 1- consulta ou procedimento imediato; 1.consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;2.agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;3.procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;4.encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; 5.orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

Hoje na Serra Catarinense, diante dos registros de marcadores e indicadores existentes feitos pelas equipes, da cobertura de urgência e emergência e acolhimento com classificação de risco na atenção básica, ainda há necessidade de melhorar a alimentação destes dados nos sistemas de informação para melhor diagnóstico situacional. Abaixo podemos ver na Tabela 14 os últimos dados do SIAB (2015) referentes aos atendimentos e encaminhamentos de urgência na Macrorregião da Serra Catarinense.

Tabela 14. Encaminhamentos e Atendimentos de Urgência e Emergência na Macrorregião da Serra Catarinense

Região de Saúde/Município	Atendimento de Urgência	Encaminhamento Urg./Emerg
Bom Retiro	56	56
Otacílio Costa	13	13
São Joaquim	2	2
São José do Cerrito	27	18
Lages	4073	261
Serra Catarinense	4171	350

Fonte: DAB –2018

A Atenção Básica faz parte hoje do grupo condutor da RUE da Serra Catarinense, com inclusão nos fluxos como ordenadora das RAS, com todas as equipes realizando o Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Saúde da Família, conforme a nova PNAB preconiza o processo de trabalho das equipes estar

organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Cabe sempre à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

A Macrorregião da Serra Catarinense conta com 18 municípios com total cobertura populacional das ESF/SB/ACS, segue na Tabela 15 a cobertura populacional da ESF na Serra catarinense.

Tabela 15. Cobertura populacional de ESF na Macrorregião da Serra Catarinense

Competência	População	Nº ESF	Estim. Pop. Cob. ESF	Cob. Pop. Estimada ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cob. Pop. Estimada AB
MAIO/18	289.820	89	272.028	93.86%	285.726	98.59%

Fonte: DAB –2018

Os municípios com maior população, Lages, São Joaquim, Otacílio Costa e Correia Pinto possuem uma cobertura maior de ESF. Até a presente data existem implantadas, 88 Equipes de Saúde da Família - ESF, 68 Equipes de Saúde Bucal I - SB I e 01 Equipes de Saúde Bucal II - SB II. A demanda espontânea na atenção básica tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização, bem como os primeiros cuidados às urgências e emergências, em ambiente adequado até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção. Na região da Serra Catarinense existem 12 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, sendo 04 modalidade 01; 3 modalidade 02 e 05 modalidade 03. Na macrorregião todos os municípios aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso na Atenção Básica – PMAQ. Todas as equipes foram certificadas pelo PMAQ, conforme Tabela 16.

Tabela 16. Discriminativo das ESFs na Serra Catarinense (Julho 2018)

Municípios	População coberta %	Total de eqips ESFs e ESBs	Nº equipes SF	Nº equipes SFB1	Nº equipes SFB2	Nº ACS	CEO Mod. 1 de referência	NASF MS Mod. 1	Nº equipes com adesão ao PMAQ
------------	------------------------	-------------------------------	---------------	-----------------	-----------------	--------	-----------------------------	----------------	----------------------------------

Anita Garibaldi	100%	04	03	01		25	Lages		X
Bocaina do Sul	100%	02	01	01		8	Lages		X
BomJardim da Serra	100%	03	02	01		11	São Joaquim		X
BomRetiro	100%	06	04	02		20	Lages		X
Campo Belo do Sul	100%	07	04	03		20	Lages		X
Capão Alto	100%	02	01	01		7	Lages		X
Cerro Negro	100%	02	01	01		10	Lages		X
Correia Pinto	75%	07	05	01	01	20	Lages		X
Lages	94%	82	44	38		275	Lages	03	X
Otacílio Costa	100%	10	06	04		37	Lages	01	X
Painel	100%	02	01	01		6	Lages		X
Palmeira	100%	02	01	01		6	Lages		X
Ponte Alta	85%	04	02	02		13	Lages		X
Rio Rufino	100%	02	01	01		6	São Joaquim		X
São Joaquim	65%	10	05	05		40	São Joaquim		X
São José do Cerrito	79%	04	02	02		16	Lages		X
Urubici	100%	06	04	02		27	São Joaquim		X
Urupema	100%	02	01	01		6	São Joaquim		X
Total	94,3%	156	88	68	01	533	02		

Fonte: DAB(2018)

Existem 02 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO - na macrorregião, conforme a Tabela 17.

- CEO de Lages (modalidade I e em processo de credenciamento para modalidade III) atende pacientes de: Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Painel, Palmeira, Ponte Alta e São José do Cerrito.
- CEO de São Joaquim (modalidade I) atende pacientes de: Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Rio Rufino, São Joaquim, Urubici e Urupema.

Tabela 17. Quantidade e modalidade dos CEOs na Macrorregião da Serra Catarinense

Município	Modalidade	Quantidade de Ceos
Lages	02	01

São Joaquim	01	01
-------------	----	----

Fonte: Gerência Regional de Saúde - 2018

6.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências

Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (PT CONSOLIDAÇÃO nº 3/2017, Art. 7º).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1864/GM , em setembro de 2003, iniciou a implantação do componente móvel de urgência com a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU-192. O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço de saúde, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina organizadas por Macrorregião de Saúde.

Na Macrorregião da Serra Catarinense, o SAMU, está atuando desde o dia 3 de julho de 2006. Inicialmente com a Base e Central de Regulação no município de Lages, sito à rua São Joaquim e desde o dia 26 de setembro de 2009, mudou-se para a Central de Regulação juntamente a base da Polícia Militar na Central Regional de Emergências - CRE.

A Central de Regulação das Urgências (CRU) está localizada no Quartel da Polícia Militar.

Sua estrutura física possui 04 estações de trabalho com 01 médico, 01 radioperador(RO) e 02 Técnicos Auxiliares de Regulação Médica(TARM); Copa/refeitório, banheiros, sala de equipamentos, almoxarifado e sala de estar são compartilhados com a PM; Há banheiro disponível próximo a CRU; Possui uma sala administrativa, exclusiva da CRU que é compartilhada entre: coordenação médica, de enfermagem e administrativa;

A CRU dispõe de sistema de regulação médica das urgências, possui sistema de gravação contínua para registro das comunicações efetuadas por telefone e com acesso restrito; Grade de referência atualizada, há grade em São Joaquim, e grade de referência atualizada de Lages. Existe serviço de telefonia móvel; Comunicação por Rádio somente com Lages e Otacílio Costa;

Os municípios que possuem a base para atendimento à população são: São Joaquim, Lages, Campo Belo, Otacílio Costa, Bocaina, Bom Retiro e São Joaquim. Contudo, as tais bases se responsabilizam pela assistência à urgência e emergência nos 18 municípios da região. Conforme detalhamento na Tabela 18;

Tabela 18. Número de Unidades Básicas e Avançadas Macrorregião da Serra Catarinense

Região	Município	Nº Unidades	Qualificação	Municípios atendidos	Nº atendimentos ano
SERRA	Lages	2 UBS	SIM	Lages	4086
SERRA	São Joaquim	1 UBS	SIM	São Joaquim	1200
SERRA	Campo Belo do Sul	1 UBS	SIM	Campo Belo do Sul	509
SERRA	Otacílio Costa	1 UBS	SIM	Otacílio Costa	745
SERRA	Bocaina do sul	1 UBS	SIM	Bocaina do Sul	506
SERRA	São José do Cerrito	1 UBS	SIM	São José do Cerrito	1065
SERRA	Bom Retiro	1 UBS	SIM	Bom Retiro	360
SERRA	Lages	1 USA	SIM	Anita Garibaldi; Bocaina do Sul; Capão Alto; Cerro Negro; Correia Pinto; Lages; Ponte Alta, Campo Belo do Sul; Otacílio Costa; Palmeira; Painel; São José do Cerrito;	800
SERRA	São Joaquim	1 USA	SIM	Bom Jardim; Rio Rufino; Bom Retiro; São Joaquim; Urupema; Urubici	418

Fonte: SAMU-SC/2017

Na macrorregião da Serra Catarinense estão disponíveis oito Unidades de Suporte Básico e duas Unidades de Suporte Avançado. A equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, telefonistas, radio-operadores e motoristas socorristas.

Foram prestados 59.383 (cinquenta e nove mil trezentos e oitenta e três) atendimentos, no período de janeiro a julho de 2017, sendo 16.798 (dezesseis mil setecentos e noventa e oito) atendimentos adultos e 5047 atendimentos de traumas na região, conforme Tabela 19 e 20;

Tabela 19. Número de Atendimentos realizados pelo SAMU Macrorregião da Serra Catarinense

Indicador	Total de ligações	Total de atendimento com envio de viatura
Total	59383	26435
Jan	5930	2224
Fev	5188	2018
Mar	5503	2341
Abr	5220	2236
Mai	5329	2382
Jun	4563	2134
Jul	4806	2170
Ago	4626	2204
Set	4917	2170
Out	5083	2209
Nov	4108	2150
Dez	4110	2197

Fonte: SAMU-SC/2017

Tabela 20. Número de Atendimentos por Agravo realizados pelo SAMU Macrorregião da Serra Catarinense

Tipo de Agravo	Clinico Adulto	Clínico Pediátrico	Obstétricos	Psiquiátrico	Causa Externa (trauma)	Outros (oncologia)
Jan	1373	163	83	173	410	22
Fev	1206	113	91	174	419	15
Mar	1420	154	81	181	468	37
Abr	1406	130	89	156	429	26
Mai	1546	173	78	165	402	18

Jun	1431	120	63	115	387	18
Jul	1439	123	66	123	398	21
Ago	1443	112	78	144	402	25
Set	1392	119	85	136	410	28
Out	1394	114	91	133	453	24
Nov	1399	115	90	127	398	21
Dez	1349	114	83	147	471	33
Total	16798	1550	978	1774	5047	288

Fonte SAMU-SC/2017

Não havendo uma disparidade significativa entre homens e mulheres, pois dos 26.435 (vinte e seis mil quatrocentos e trinta e cinco) atendimentos com envio de viatura, 13.875 (treze mil oitocentos e setenta e cinco) foram prestados ao gênero feminino e 12.560 (doze mil quinhentos e sessenta) prestados a gênero masculino.

As Unidades de Suporte Avançado (USA) atuam nos municípios de Lages e São Joaquim, enquanto as unidades de Suporte Básico (USB) atuam nos municípios em parceria com o serviço de urgência e emergência prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar e Corpo de Bombeiros Voluntário.

Contudo, observa-se os esforços dos profissionais na melhoria da qualidade desta assistência constata-se em pesquisa realizada por DIRCKSEN (2001), que o Tempo Resposta (TR) das unidades móveis do SAMU da Macrorregião da Serra Catarinense deve ser diminuído nas várias etapas do processo de atendimento. De acordo com a autora, é necessário o comprometimento de toda a rede de Urgência e Emergência - RUE, bem como, investimento público em infraestrutura, aquisição de novos sistemas de informação e recursos humanos qualificados.

Segue na Tabela 21 as Portarias de Habilitação do SAMU Macrorregião Serra Catarinense.

Tabela 21. Portarias de Habilitação do SAMU Macrorregião Serra Catarinense

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	GESTÃO	CNES	TIPO	HABILITAÇÃO	COMPETÊNCIA	QUALIFICAÇÃO	COMPETÊNCIA
SERRA	Bocaina do Sul	Municipal	7016816	USB	Portaria GM/MS nº 965, de 15 de maio de 2008.	jan/08	Portaria GM/MS nº 2.187, de 01 de outubro de 2013.	jun/13
SERRA	Bom Retiro	Municipal	6991513	USB	Portaria GM/MS nº 1.150, de 17 de maio de 2011.	abr/11	Portaria GM/MS nº 2.187, de 01 de outubro de 2013.	jun/13
SERRA	Campo Belo do Sul	Municipal	7668074	USB	Portaria GM/MS nº 2.024, de 29 de agosto de 2006.	jul/06	Portaria GM/MS nº 2.187, de 01 de outubro de 2013.	jun/13
SERRA	Lages	Estadual	6953875	CRU	Portaria GM/MS nº 2.024, de 29 de agosto de 2006.	jul/06	Portaria GM/MS nº 2.187, de 01 de outubro de 2013.	jun/13
SERRA	Lages	Municipal	7240872	USB	Portaria GM/MS nº 2.024, de 29 de agosto de 2006.	jul/06	Portaria GM/MS nº 2.187, de 01 de outubro de 2013.	jun/13
SERRA	Lages	Municipal	9019847	USB	Portaria GM/MS nº 2.573, de 31 de outubro de 2011.	jul/11	N/A	N/A
SERRA	Lages	Estadual	7229631	USA	Portaria GM/MS nº 965, de 15 de maio de 2008.	jan/08	Portaria GM/MS nº 2.187, de 01 de outubro de 2013.	jun/13
SERRA	Otacílio Costa	Municipal	6991505	USB	Portaria GM/MS nº 2.024, de 29 de agosto de 2006.	jul/06	Portaria GM/MS nº 2.187, de 01 de outubro de 2013.	jun/13
SERRA	São joaquim	Municipal	9094393	USB	Portaria GM/MS nº 2.024, de 29 de agosto de 2006.	jul/06	Portaria GM/MS nº 2.187, de 01 de outubro de 2013.	jun/13
SERRA	São joaquim	Estadual	7229666	USA	Portaria GM/MS nº 965, de 15 de maio de 2008.	jan/08	Portaria GM/MS nº 2.187, de 01 de outubro de 2013.	jun/13

Fonte Gerência Estadual de Saúde/SC

Atualmente diante do atual processo de remodelamento do SAMU/SC, com a união do Corpo de Bombeiros Militares e SAMU, as unidades USA e USBs, foram alocadas juntos aos quartéis do corpo de bombeiros militar na região. A Central de Regulação passará a ser constituída de uma Central Única para todo o estado de Santa Catarina, sendo alocada junto ao prédio da segurança pública na cidade de Florianópolis, que está prevista para entrar em funcionamento a partir de janeiro de 2019.

Com base na avaliação de atendimento do SAMU, e revisão dos espaços de vazios assistenciais da RUE, propõe-se a implantação de mais uma Unidade de Suporte Básico no município de Urubici que se encontra a 106 Km de distância do município de referência e outra em Anita Garibaldi que se encontra a 99 Km de distância do município de referência, bem como, outra unidade na cidade de Lages que possui uma grande demanda de atendimento, onde as duas unidades básicas somadas, corresponderam à 32% ou seja, 8.505 (oito mil quinhentos e cinco) atendimentos, sendo a unidade de suporte avançada de Lages com 1.241 (hum mil duzentos e quarenta e um) atendimentos dos 26.435 prestados, como descritos na Tabela 22.

Tabela 22. Número de Atendimentos por veículo realizados pelo Macrorregião da Serra Catarinense

Tipo de Agravo	Total	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Usa 01 Lages	800	43	0	0	0	82	62	103	110	114	94	88	104
Usa 02 São Joaquim	418	18	40	37	47	34	34	34	39	31	48	32	25
Usa R Lages	441	48	95	115	110	37	35	0	1	0	0	0	0
USB 01 Lages	4086	333	287	348	299	335	341	356	307	369	379	370	362
USB 02 São Joaquim	1200	86	84	114	113	108	95	110	115	99	78	109	89
USB 03 Otacílio Costa	745	65	71	72	62	78	46	70	53	14	66	73	75
USB 04 Campo Belo do Sul	509	44	36	45	41	43	39	44	44	37	45	39	52
USB 05 Bom Retiro	360	32	39	43	29	31	36	25	25	27	25	21	27
USB 06 Bocaina do Sul	506	41	31	52	34	51	28	33	40	40	41	56	59
USB 07 Lages	4419	355	330	374	349	367	350	370	393	375	400	379	377
USB 08 São Jose do Cerrito	1065	99	89	91	82	70	88	85	88	80	101	88	104

Fonte SAMU-SC/2017

6.4 Sala de Estabilização

O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências (PT CONSOLIDAÇÃO nº 3/2017, Art. 8º).

O Hospital Nossa Senhora dos Prazeres, Hospital Infantil Seara do Bem em Lages e o Hospital de Caridade Coração de Jesus em São Joaquim são portas de entrada habilitadas e qualificadas, mas na Macrorregião da Serra Catarinense temos estabelecimentos de saúde que possuem porta aberta, sala de emergência e estabilizam pacientes, mas não recebem recurso, nem tem habilitação para sala de estabilização, são eles conforme Tabela 23.

Tabela 23. Estabelecimentos possuem porta aberta na Macrorregião da Serra Catarinense

Município	Instituição
Anita Garibaldi	Hospital Frei Rogério
Bom Jardim da Serra	Hospital Américo Caetano do Amaral
Bom Retiro	Hospital Nossa Senhora das Graças
Campo Belo do Sul	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio
Urubici	Hospital São José de Urubici
Correia Pinto	Fundação Hospitalar Municipal Correia Pinto
Otacílio Costa	Hospital Santa Clara
Lages	Pronto Atendimento Municipal Tito Bianchini

Fonte: Gerência Regional de Saúde – 2018

6.5 Força Nacional de Saúde do SUS

O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos (PRT CONSOLIDAÇÃO nº 3/2017, Art. 9º).

Embora a prevenção seja o caminho mais fácil, mais seguro e barato, não há prevenção capaz de reduzir totalmente a ocorrência de desastres, e assim a preparação para as ações de resposta é muito importante. Principalmente nos desastres de evolução súbita, a implementação de respostas rápidas e articuladas é fundamental para a redução de danos e prejuízos, e pode inclusive determinar o salvamento de vidas humanas.

A Preparação para Emergências e Desastres é o conjunto de ações desenvolvidas pela comunidade e pelas instituições governamentais, para minimizar os efeitos dos desastres, através da difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos, da formação e capacitação de recursos humanos e da articulação de órgãos e instituições com empresas e comunidades.

A fase de preparação compreende, também, elaboração de planos prevendo diversas hipóteses de desastres, e a atuação nas fases de resposta e reconstrução. Durante a fase de preparação para emergências e desastres o processo de planejamento não é um passo único ou um momento estático, a construção de um plano, mesmo que de alto nível, perde o significado durante esta fase se não for testado e atualizado periodicamente. O Plano de Contingência é um plano previamente elaborado para orientar as ações de preparação e resposta a um determinado cenário de risco, caso o evento adverso venha a se concretizar.

Hoje este componente não existe no Ministério da Saúde, mas o serviço de assistência em situações de risco ou emergenciais sim, sob responsabilidade da Defesa Civil, alguns municípios tem uma estrutura local, outros a sede é dentro da prefeitura, hoje estão sendo construídos por cada município da Macrorregião da Serra Catarinense os Planos de Contingência com prazo de finalização previsto até dezembro de 2018, os municípios de Lages, São Joaquim, Urupema e Bom Retiro estão na fase final, não existe um Plano de Contingência Regional.

6.6 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas

O atendimento de emergência no Brasil está inserido no contexto histórico da criação do Socorro Médico de Urgência. A iniciativa da criação desses serviços partiu do poder público e instituições privadas para que ocorra uma diminuição dos acidentes ocorridos em empresas e ruas das grandes cidades do país. Iniciou-se uma manifestação em 1893, porém apenas em 1902 aprovaram a lei que prioriza os atendimentos de

emergência para poderem disponibilizar verba, recursos, a todos os estabelecimentos de saúde.

Atendimento de emergência e urgência é quando se realiza em pequeno espaço de tempo, sendo destacadas situações de risco e podendo ser encaminhado para atendimentos ambulatoriais, pronto Atendimento, ou conforme a situação podendo ser encaminhado para atendimento ambulatorial convencional, sendo as Unidades de Saúde. Assim todo tem o direito à saúde e os casos de Emergência tem atendimento prioritário.

Os locais apropriados para as unidades de emergência para atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado e podem ser divididos em pronto atendimento, pronto socorro e emergência (GOMES, 1994).

A Cidade de Lages dispõe de um Serviço de Assistência Municipal, de Ambulatório, inaugurado pelo Prefeito Vidal Ramos Júnior, em 13 de agosto de 1956, então a Rua Benjamin Constant, 40. Seu Diretor foi o Dr. Célio Belizário Ramos, que teve como auxiliares um enfermeiro e um assistente social.

No dia 03 de julho de 1971, o Prefeito Áureo Vidal Ramos inaugura o Pronto Socorro de Lages, homenageando o doador da construção o cidadão Tito Bianchini e sua esposa Domingas Bianchini. O Senhor Tito Bianchini em conjunto a uma reunião com a presença do atual prefeito da época, Senhor Vidal Ramos Junior e o Juiz de Direito da 2º Vara Civil Dr. Francisco de Oliveira, juntamente com vários médicos e presidentes de entidades filantrópicas de Lages se comprometeram formalmente a financiar a construção de um prédio de alvenaria, cabendo à prefeitura a instalação e manutenção.

Em 45 dias iniciam-se a construção do prédio destinado a saúde de Lages, a ser localizada na Praça da Bandeira (hoje praça Leoberto Leal). As obras se arrastaram por um grande período, mas mesmo assim foram finalizadas com a disponibilização de recursos doados por Tito Bianchini e sua Esposa.

A construção originou um prédio de dois mil metros quadrados de área coberta, para cobrir toda a demanda de atendimento médico e odontológico de Lages, além de atendimentos emergenciais a saúde em Lages estava fornecendo medicações, transporte de pacientes para cidades com maior recurso, atendendo até municípios vizinhos do município.

Funcionou como um Centro de Saúde por logos anos, até a chegada do primeiro Diretor do Pronto Socorro, Senhor Paulo Alberto Duarte que depois de se eleger a Prefeito do Município determinou a reforma do prédio, adequando as necessidades da população.

A nova estrutura do Pronto Socorro foi entregue a população no dia 20 de outubro de 1989, atendendo a média de 500 pessoas por dia. Toda a estrutura adaptada para a população. Mantendo, além do serviço propriamente de ambulatório, seções de Pediatria, Clínica Geral e Ginecologia; Olhos, Nariz, Ouvido e Garganta; Ortopedia, Traumatologia, Farmácia, Odontologia, Vacinação e Laboratório.

Com passar dos anos e a evolução da saúde no município, a “Assistência” como era conhecida pela população, principalmente aqueles que não possuíam a carteira do INAMPS, deixou de ser um ambulatório geral, para tornar-se uma unidade de referência em Pronto Atendimento.

Historicamente, o Pronto Atendimento já acontecia nos municípios, em 2003, quando foi instituída a política de atenção as urgências em nível nacional, diversos municípios já disponibilizavam dos serviços, apresentando uma estrutura e serviços de urgência e emergência. A Política Nacional de Atenção às urgências foi instituída por meio da Portaria nº1863/MG, em 29 de setembro de 2003, que rege a implantação dos serviços de atendimento móvel de urgências nos municípios brasileiros e da Portaria nº 2972/GM, de 09 de dezembro de 2008, que orienta a continuidade do Programa de Qualidade da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde (2008) define: Pronto Atendimento como sendo a “Unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência aos doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitem de atendimento imediato”; Já o conceito de Pronto Socorro é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitem de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação.

Atualmente o Pronto Atendimento Tito Bianchini(PAMTB) atende a toda a população de Lages, ainda é referência para os 18 municípios da AMURES. A porta de entrada é preferencialmente é via unidades de saúde de cada bairro e município. Todo atendimento prestado para a população segue o protocolo da RUE padronizando e organizando fluxo dos encaminhamentos dos pacientes.

O Pronto Atendimento Tito Bianchini disponibiliza o serviço de pequenas cirurgias, tendo como meta a regulação deste procedimento a partir do ano de 2018.

No Pronto Atendimento é disponibilizado hoje uma ala de Emergência, com 06 (seis) leitos disponíveis para todas as situações de agravo do paciente, no período de 24 horas, sendo trazidos pelo SAMU, Bombeiros e Policiais Militares, equipada para realizar os primeiros atendimentos de: parada cardiorrespiratória, edema agudo de pulmão, infarto, embolia pulmonar, pacientes inconscientes, casos de intoxicação, instabilidade hemodinâmica, déficit neurológico agudo, insuficiência respiratória aguda e demais situações que definam risco de vida iminente e imediatamente encaminhado para os Hospitais HTR e HNRP, traumas, fraturas, torções, contusões são conduzidos imediatamente à emergência do HNRP, grandes queimados à emergência do HNRP e gestantes devem ser conduzidos ao HTR. Na Tabela 24 consta os números do PAMTB de janeiro a julho de 2018, em que maior mês de atendimento foi de abril.

Tabela 24. Atendimentos Pronto Atendimento Municipal Tito Bianchini

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
TOTAL	15.417	14.083	16.013	16.239	15.015	15.835	15.472

Fonte: PAMTB, 2018

Hoje o Pronto Atendimento Tito Bianchini, nome em homenagem ao seu benfeitor, é uma referência não somente para Lages, como para toda a região Serrana, realizando todos os serviços de atendimento clínico emergencial, além de pequenas cirurgias, que deverão ser transferidos para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), nos moldes previstos pelo Ministério da Saúde, quando esta estiver concluída, com previsão dezembro de 2018.

As UPAs oferecem assistência em situações de emergência durante 24 horas por dia, todos os dias da semana. Elas funcionam como unidades intermediárias aos hospitais e ajudam a desafogar os prontos socorros, ampliando e melhorando o acesso dos brasileiros aos serviços de urgência e emergência no SUS.

As UPAs são divididas em três tipos, conforme a capacidade de atendimento. As UPAs tipo III apresentam estruturas de até 20 leitos e capacidade para atender até 450 pessoas diariamente. As do tipo II, com até 12 leitos atendem diariamente até 300 pessoas, enquanto a do tipo I, com 08 leitos possui potencial para atender até 150 pessoas por dia. O Ministério da Saúde repassa o valor para construção destas unidades e para a compra de equipamentos de acordo com o porte de cada UPA. Para tipo III, são repassados R\$ 2,6 milhões; para tipo II R\$ 2 milhões e para tipo I, R\$ 1,4 milhões.

Sendo que o Governo Federal compromete-se, ainda, com o repasse de recursos para a manutenção das atividades após a inauguração dos serviços.

A construção foi iniciada no ano de 2012, sendo paralisada no início de 2013 por falta de fundamentação correta. Foi retomada em Setembro de 2013, após alteração do projeto, onde a mesma não foi finalizada. Diante da necessidade a obra foi reiniciada em pela atual gestão e será concluída até dezembro de 2018. Hoje está em fase de construção, será de Porte II, situada no município de Lages, de acordo com a Deliberação da CIB n 365/CIB/2011. No período de sua criação, a proposta de pactuação é a de prestar assistência aos 18 municípios que integram esta macrorregião.

Os Hospitais existentes contaram com um apoio da UPA em relação ao serviço de emergência e urgência. A emergência e urgência pediátrica será descentralizado atendimento exclusivo que é hoje o Hospital Infantil Seara do Bemquem presta.

6.7 Componente Hospitalar

Segunda a Portaria de Consolidação nº 3, artigo 13, o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes dessa Rede, a partir do Plano de Ação Regional, segue suas estruturação na Serra Catarinense;

6.7.1 Hospitais da Macrorregião da Serra Catarinense

A Região da Serra Catarinense conta com 11 Unidades Hospitalares. Estas unidades colocam à disposição da população 833 leitos; destes, 677 são credenciados pelo SUS. Das 11 Unidades Hospitalares, apenas duas são consideradas de grande porte; os demais 09 hospitais são classificados como de pequeno e médio porte. Destaca-se que dentre os 18 municípios que compõem a Macrorregião, 09 não possuem Unidades Hospitalares: Bocaina do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Paineira, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São José do Cerrito e Urupema. Na cidade de Lages há 03 Hospitais, sendo um deles voltado ao atendimento e internação de crianças e adolescentes. Não temos hospitais dia na Macrorregião da Serra Catarinense. A Tabela 24, a seguir, possibilita visualizar o conjunto de informações a respeito das Unidades Hospitalares da Macrorregião da Serra Catarinense e a Tabela 25 quanto a distribuição de leitos nas Unidades Hospitalares.

Tabela 25. Unidades Hospitalares da Macrorregião da Serra Catarinense

Região De Saúde	Município	Unidade Hospitalar	Gestão	Porte	Porta Aberta	Leitos N SUS	Leitos SUS	Habilitações
SERRA	Lages	Hospital Geral Tereza Ramos CNES 2504332	Municipal	III		07	191	<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO HOSP. TRATAMENTO DA AIDS • HOSPITAL DIA-AIDS • UTI NEO TIPO II • UTI II ADULTO • VIDEOSCIRURGIAS • ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL • ENTERAL E PARENTERAL • UNACON COM RADIOTERAPIA • CUIDADOS PROLONGADOS-ONCOLÓGICOS • HOSP. AMIGO DA CRIANÇA • GESTAÇÃO ALTO RISCO TIPO II
SERRA	Lages	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres CNES 2504316	Municipal	III	x	61	105	<ul style="list-style-type: none"> • TIPO II EM URGÊNCIA • UTI II ADULTO • ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA • ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL • ENTERAL E PARENTERAL • CENTRO DE ATEND. DE URGENCIA TIPO III AVC • ALTA COMPLEXIDADE EM NEURO-NEUROCIRURGIA • ALTA COMPLEXIDADE EM CARDIOVASCULAR • CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROC. CARDIO INTERVENZIONISTA
SERRA	Lages	Hospital Infantil Seara do Bem CNES 2662914	Municipal	II	x	21	52	<ul style="list-style-type: none"> • TIPO I EM URGÊNCIA • UTI NEO TIPO II • UTI II PEDIÁTRICA • ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA • ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL • ENTERAL E PARENTERAL
SERRA	São Joaquim	Hospital de Caridade Coração de Jesus CNES 2300516	Estadual	I	x	27	102	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA • UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS • UNIDADE DE RETAGUARDA CLÍNICA
SERRA	Bom Jardim da Serra	Hospital Américo Caetano do Amaral	Municipal	0	x	00	14	

		CNES 2566893						
SERRA	Correia Pinto	Fundação Hospitalar Municipal de Correia Pinto CNES 2300478	Municipal	I	x	10	33	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA • UNIDADE DE RETAGUARDA CLÍNICA
SERRA	Anita Garibaldi	Associação Beneficente Frei Rogério CNES 2300435	Estadual	I	x	02	28	
SERRA	Campo Belo do Sul	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio CNES 2691477	Estadual	I	x	06	26	
SERRA	Bom Retiro	Hospital Nossa Senhora das Graças CNES 2665085	Estadual	I	x	07	43	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA
SERRA	Otacílio Costa	Hospital Santa Clara CNES 2300486	Estadual	I	x	06	44	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA • UNIDADE DE RETAGUARDA CLÍNICA
SERRA	Urubici	Hospital São José de Urubici CNES 2300885	Estadual	I	x	09	39	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA • UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS
	TOTAL					156	677	

Fonte: Gerencia Regional de Saúde - 2018.

Tabela 26. Leitos SUS e não SUS nas Unidades Hospitalares da Macrorregião da Serra Catarinense

Macro	Município	Unidade Hospitalar	Leitos clínicos	Leitos cirúrgicos	Leitos UTI	Leitos obstétricos	Outros leitos
SERRA	Lages	Hospital Geral Tereza Ramos CNES 2504332	100	37	18	29	07
SERRA	Lages	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres CNES 2504316	64	84	10	00	08
SERRA	Lages	Hospital Infantil Seara do Bem CNES 2662914	07	12	10	00	02
SERRA	São Joaquim	Hospital de Caridade Coração de Jesus CNES 2300516	68	08	00	08	45
SERRA	Bom Jardim da Serra	Hospital Américo Caetano do Amaral CNES 2566893	14	00	00	00	04
SERRA	Correia Pinto	Fundação Hospitalar Municipal de	19	04	00	05	05

		Correia Pinto CNES 2300478					
SERRA	Anita Garibaldi	Associação Beneficente Frei Rogério CNES 2300435	24	00	00	02	04
SERRA	Campo Belo do Sul	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio CNES 2691477	23	00	00	03	06
SERRA	Bom Retiro	Hospital Nossa Senhora das Graças CNES 2665085	30	04	00	07	09
SERRA	Otacílio Costa	Hospital Santa Clara CNES 2300486	21	07	00	14	08
SERRA	Urubici	Hospital São José de Urubici CNES 2300885	34	04	00	06	04
		TOTAL	404	160	38	74	102

Fonte: CNES-2018

6.7.2 Porta de Entrada Hospitalares

Para aperfeiçoar a resposta na Rede de Atenção as Urgência e Emergências da Serra Catarinense há três (03) Portas de Entrada Hospitalares, de forma a garantir continuidade do cuidado prestado à população, evitando atraso no tempo-resposta para determinadas situações. Instituições que são habilitadas como Porta de Entrada Urgência/Emergência segue na Tabela 27 e na Tabela 27.1 Porta de Entrada Urgência/Emergência incluídas no PAR a partir da revisão de 2018, o HCCJ teve sua porta de entrada habilitada pela PT 1.660 DE 06/06/2018 Revogando a PT GM 821 DE 25/04/2016 após monitoramento do Ministério da Saúde em 2017, por transferência de recurso do HGMTR.

Tabela 27. Portas de Entrada Hospitalares conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados.

<i>REGIÃO DE SAÚDE</i>	<i>MUNICÍPIO</i>	<i>CNES</i>	<i>ESTABELECIMENTO</i>	<i>NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO</i>	<i>ESFERA ADMINISTRATIVA</i>	<i>TIPO DE GESTÃO</i>	<i>CLASS</i>	<i>PORTARIA</i>	<i>CUSTEIO ANUAL</i>
SERRA	Lages	2504316	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres (HNSP)	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	Tipo II	PT 1256/2013/ PT GM 821 DE 25/04/2016	R\$ 3.600.000,00
SERRA	São Joaquim	2300516	Hospital de Caridade Coração de Jesus (HCCJ)	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	Geral	PT 1.660 DE 06/06/2018*	R\$ 1.200.000,00
SERRA	Lages	2662914	Hospital Infantil Seara do Bem (HISB)	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	Tipo II	PT GM 2157 de 17/10/2016	R\$ 3.600.000,00

* Passa para o HCCJ após monitoramento do Ministério da Saúde em 2017, por transferência de recurso do HGMTR.

Tabela 27.1 Portas de Entrada Hospitalares incluídas no PAR a partir da revisão de 2018.

<i>REGIÃO DE SAÚDE</i>	<i>MUNICÍPIO</i>	<i>CNES</i>	<i>ESTABELECIMENTO</i>	<i>NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO</i>	<i>ESFERA ADMINISTRATIVA E TIPO DE PORTA</i>	<i>TIPO DE GESTÃO</i>	<i>CLASS</i>	<i>CUSTEIO ANUAL</i>
SERRA	Lages	2504332	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos (HGMTR)	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	Geral	R\$ 1.200.000,00

No HNSP realizam o Acolhimento e Classificação de Risco, há espaço físico para classificação com enfermeiro 24 horas, não realizam a classificação antes do cadastro do paciente, e utilizam protocolo Catarinense. A identificação que classifica o Risco é realizada manualmente com adesivos de acordo com as cores na própria ficha do paciente. A porta de entrada do HNSP é a única porta aberta habilitada ao adulto em Lagense as portas para IAM e AVC são portas reguladas conforme fluxo pactuado na região.

O HISB possui acolhimento com Classificação de Risco e protocolo próprio, onde foram necessárias adaptações tendo como base os protocolos já estabelecidos no estado. O Protocolo transfusional não está no sistema, porém está disponível de forma física. A classificação de risco é realizada por enfermeiro em espaço físico próprio para essa finalidade e está informatizado de forma que podem controlar o tempo médio de espera, que varia conforme o dia e horário, como nas segundas e terças-feiras depois das 17 h quando o movimento é intenso.

OHCCJ realiza acolhimento com Classificação de Risco, conforme protocolo Estadual. Ocorre em espaço físico exclusivo com enfermeiro 24 horas. O tempo médio de espera segue conforme classificação inserida. A classificação de risco é realizada após o cadastro do paciente, de forma manual, nem estatístico, visto que a utilização dessa ferramenta é recente março/2017. É referência para os municípios São Joaquim, Rio Rufino, Paineira, Urupema, Urubici e Bom Jardim da Serra. Realiza em média 120 atendimentos/dia.

Na necessidade de transferência de paciente internado, a CRU é acionada para o transporte. O hospital recebeu em 20 de maio de 2017 o módulo de telemedicina fornecido pelo MS com apoio diagnóstico, terapêutico e temático da equipe do Hospital Albert Einstein.

Há uma boa articulação com o SAMU 192 e pouca articulação com as unidades de saúde pelos Hospitais, porém há necessidade de melhorar esta realidade através da rede. As emergências do SAMU são reguladas pela CRU.

A porta de entrada aberta aos demais pacientes adultos é realizada por competência municipal, através do Pronto Atendimento Tito Bianchini, com média de 15.000 mil atendimentos mensais. Este estabelecimento não possui estrutura técnica de UPA. Possui uma sala de emergência para estabilização dos pacientes graves e serviço terceirizado de laboratório não anexado ao estabelecimento. Não possui serviço de imagem ou especialidades, e relataram que a unidade permanece com pacientes fazendo

uso de ventilação mecânica invasiva, aguardando por dias um leito disponível nos hospitais da Macrorregião da Serra Catarinense.

No ano de 2017 a Secretária Municipal de Saúde do município de Lages realizou contato com o Ministério da Saúde para retomada da construção da UPA, após resolvida esta questão, foi retomada a obra com previsão de entrega da obra para o final do ano de 2018.

6.7.3 Leitos de Retaguarda Clínica

Possuem Leitos de Retaguarda Clínica aprovados conforme NT 404/2016, as seguintes Instituições descritas na Tabela 28.

Tabela 28. Leitos de conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados

<i>REGIÃO DE SAÚDE</i>	<i>MUNICÍPIO</i>	<i>CNES</i>	<i>ESTABELECIMENTO</i>	<i>NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO</i>	<i>ESFERA ADMINISTRATIVA</i>	<i>TIPO DE GESTÃO</i>	<i>LEITOS</i>	<i>PORTARIA</i>	<i>CUSTEIO ANUAL</i>
SERRA	São Joaquim	2300516	Hospital de Caridade Coração de Jesus	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	10	PT 1863 de 17/10/2016	R\$ 775.625,00
SERRA	Otaçílio Costa	2300486	Hospital Santa Clara	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	8	PT 2988 13/11/2017	R\$ 620.500,00
SERRA	Correia Pinto	2300478	Fundação Hospitalar Municipal de Correia Pinto	Administração Direta de Saúde	Municipal	Estadual	6	PT 2988 13/11/2017	R\$ 496.400,00
						TOTAL	24		R\$ 1.892.525,00

6.7.4 Leitos de Longa Permanência

Possuem Leitos de Longa Permanência, aprovados conforme NT 404/2016 as seguintes Instituições, Tabela 29.

Tabela 29. Leitos de Longa Permanência conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados.

<i>REGIÃO DE SAÚDE</i>	<i>MUNICÍPIO</i>	<i>CNES</i>	<i>ESTABELECIMENTO</i>	<i>NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO</i>	<i>ESFERA ADMINISTRATIVA</i>	<i>TIPO DE GESTÃO</i>	<i>LEITOS APROVADOS</i>	<i>PORTARIA</i>	<i>CUSTEIO (ANUAL)</i>
SERRA	São Joaquim	2300516	Hospital de Caridade Coração de Jesus	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	15	PT 846/2018	R\$ 1.070.362,50
SERRA	Urubici	2300885	Hospital São José de Urubici	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	15	PT 3375/2016	R\$ 1.070.362,50
						TOTAL	30		R\$ 2.140.725,00

6.7.5 Leitos de UTI

Os 38 leitos de UTIs que atendem a população da Serra Catarinense estão totalmente concentrados em unidades hospitalares da cidade de Lages, dos 38 somente 22 estão qualificados. Segue na Tabela 30 a distribuição dos Leitos de UTI adultos qualificados, Tabela 30.3 a distribuição dos Leitos de UTI pediátricos qualificados, ainda há 05 leitos de UTI não qualificados na Macrorregião da Serra Catarinense, são eles 04 leitos de UTI adulto, sendo 02 no HNRP e 02 no HGMTR e 01 leito de UTI pediátrica no HISB. O restante dos leitos são de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Na Tabela 30.2 estão os leitos em UTI adulto por Unidades Hospitalares incluídas no PAR a partir da revisão de 2018 e na Tabela 30.1 Leitos em UTI adulto aprovados na NT 404/2016 e não qualificados.

No HNRP a taxa de ocupação média é de quase 100% e o tempo médio de permanência é de 07 a 10 dias, segundo informações de equipes plantonistas, possui alta programada e no HGMTR o tempo de permanência de internação no período de 01/11/2016 a 30/04/2017 foi de 6,84 dias e a taxa de ocupação de 94,97% e no HISB a taxa de ocupação média é de 53,5% e o tempo médio de permanência é de 5,3 dias.

Tabela 30. Leitos em UTI adulto conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA E TIPO DE PORTA	TIPO DE GESTÃO	TIPO DE II			PORTARIA	CUSTEIO ANUAL
							Leitosnovos	Leitosqualificados	Total		
SERRA	Lages	2504332	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos (HGMTR)	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Pública	Estadual	00	08	08	PT 821/2016	R\$ 844.323,84
SERRA	Lages	2504316	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres (HNSP)	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	00	08	08	PT 821/2016	R\$ 844.323,84
						TOTAL	00	16	16		R\$ 168.864,68

Tabela 30.1 Leitos em UTI adulto conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e nãoqualificados.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA E TIPO DE PORTA	TIPO DE GESTÃO	TIPO DE II			CUSTEIO ANUAL
							Leitosnovos	Leitosqualificados	Total	
SERRA	Lages	2504332	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos (HGMTR)	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Pública	Estadual	10	00	10	R\$ 2.628.000,00
SERRA	Lages	2504316	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres (HNSP)	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	10	00	10	R\$ 2.628.000,00
						TOTAL	20	00	20	R\$ 5.256.000,00

Tabela 30.2 Leitos em UTI adulto por Unidades Hospitalares incluídas no PAR a partir da revisão de 2018.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA E TIPO DE PORTA	TIPO DE GESTÃO	TIPO DE II			CUSTEIO ANUAL
							Leitos no vos	Leitos qualificados	Total	
SERRA	Lages	2504332	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos (HGMTR)	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Pública	Estadual	09	00	09	R\$ 4.993.200,00

Tabela 30.3 Leitos em UTI pediátrica conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA E TIPO DE PORTA	TIPO DE GESTÃO	TIPO DE II			PORTARIA	CUSTEIO ANUAL
							Leitos no vos	Leitos qualificados	Total		
SERRA	Lages	2662914	Hospital Infantil Seara do Bem (HISB)	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	0	06	06	PT 821/2016	R\$ 633.242,88

6.8 Linhas de Cuidado

Considera-se que o modelo organizacional mais adequado para o atendimento dos problemas de saúde da população deve ser aquele promotor de equidade e da integralidade da atenção.

Dentre as várias estratégias a serem adotadas para esse fim, devem estar desenhados os percursos assistenciais realizados pelo maior número de pessoas decorrentes de situações de saúde semelhantes, conformando o que se chamou de “linhas de cuidado”, construídas, preferencialmente, com base na atenção básica.

A implementação de linhas de cuidado pretende colaborar com a organização da atenção à saúde, gerando o estabelecimento dos fluxos entre os pontos de atenção à saúde, ou seja, todos os espaços onde se produz atenção à saúde, podendo ter estrutura física, como hospitais, centros de diagnose, postos de saúde, assim como equipe de saúde da família e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), entre outros, imprimindo esforços no sentido de evitar a fragmentação do cuidado e apoiando mudanças na percepção de necessidades em saúde.

Essa organização pressupõe o estabelecimento de “percursos ou trajetórias assistenciais” representados pela definição de diretrizes clínicas voltadas ao atendimento dos problemas de saúde. Sua concretização se dá por meio de arranjos organizacionais, tendo na constituição de equipes de referência e de apoio matricial o seu eixo estruturante.

É fundamental que haja o funcionamento articulado das equipes de saúde, objetivando uma visão mais abrangente do indivíduo e caracterizando um espaço coletivo e não hierarquizado de desenvolvimento de ações de saúde. Com a conformação de linhas de cuidado, portanto, é possível a definição da programação local de saúde, descrita nas diretrizes clínicas estabelecidas de acordo com prioridades, tomando por base a identificação de necessidades de saúde.

Quanto às linhas de cuidado na Macrorregião da Serra Catarinense e suas implantações e implementações, as unidades U-AVC e U-CO reúnem esforços para a implantação dos protocolos voltados para as linhas de cuidado prioritárias na rede de urgência e emergência.

6.8.1 Linha de Cuidado do Trauma

A linha do Trauma na Macrorregião da Serra catarinense está parcialmente implantada, não há mais recursos Ministeriais disponíveis para esta linha de cuidado, mas já existem fluxos ativos e bem funcionantes na RUE da Macrorregião da Serra Catarinense. O acesso do paciente é a porta de entrada do HNSP encaminhados pelo Corpo de Bombeiros e SAMU.

O HNSP que possui capacidade técnica para o manejo do trauma leve ao trauma grave no município de Lages e o HCCJ possui capacidade técnica para o manejo do trauma leve em São Joaquim.

Nos anos de 2015-2017 foram realizadas várias educações permanentes sobre atendimento pré-hospitalar, encaminhamentos as referências e práticas de primeiros socorros nas Unidades de Saúde da Família (UBSs) e Unidades de Suporte Básico (USBs) da Macrorregião da Serra Catarinense.

6.8.2 Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade adquirida em todo o mundo. Estatísticas brasileiras indicam que o AVC é a causa mais frequente de óbito na população adulta (10% dos óbitos) e consiste no diagnóstico de 10% das internações hospitalares públicas. O Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVC entre os países da América Latina e Caribe (BRASIL, 2017)

A seguir, apresentam se os dados epidemiológicos que apontam a preocupação para com a morbidade do Acidente Vascular Cerebral na região da Serra Catarinense. Conforme detalhamento no Plano de Desenvolvimento Regional (PDR, 2008), o município de Lages, referência em média e alta complexidade assistencial. Como porta de entrada, componente imprescindível na assistência integral ao AVC, a emergência do HNSP, é referência para o atendimento de AVC isquêmico ou hemorrágico.

Desta forma, foi habilitada e qualificada uma estrutura de uma unidade de 12 leitos para atendimento ao AVC – integral no HNSP atendendo as diretrizes estabelecidas na Portaria nº 2395 de 11 de outubro de 2001, Portaria nº 664 e nº 665 publicadas em 12 de abril de 2012, conforme Tabela 31 já qualificados e na Tabela 31.1

Leitos de U-AVC aprovados e não qualificados conforme Nota Técnica 404/2016, previsão de implantação no ano de 2019.

Tabela 31. Leitos de U-AVC conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados;

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADM	TIPO DE GESTÃO	AVC-INTEGRAL	PORTARIA	CUSTEIO (ANUAL)
SERRA	Lages	2504316	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	12	PT GM 4081 de 29/12/17	R\$ 1.303.050,00

Tabela 31.1 Leitos de U-AVC conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e nãoqualificados;

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADM	TIPO DE GESTÃO	AVC-INTEGRAL *	CUSTEIO (ANUAL)
SERRA	Lages	2504316	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	03	R\$ 325.762,50

***Previsão implantação para o ano de 2019.**

A linha de AVC encontra-se no HNRP com capacidade técnica para o atendimento do AVC isquêmico e hemorrágico, mas com porta referenciada, não aberta. Portanto, uma linha ainda fragmentada, porém foi implantado um sistema de apoio à linha de cuidado do AVC, desenvolvido e financiado pela FAPESC para contra referenciar a alta dos pacientes pós AVC para as equipes de ESF/NASF e equipes do CER/UNIPLAC.

Neste cenário, foi considerado como locais de estudo as Unidades Básicas de Saúde distribuídas nos 18 municípios da Serra Catarinense, que receberam os pacientes com AVC, no pós-alta hospitalar.

Ao total existem 88 equipes de ESF e 12 equipes de NASF. No entanto o encaminhamento dos pacientes através do Sistema de Apoio a Linha de Cuidado ao Paciente com AVC, foi realizado para o gestor da Unidade Básica de Saúde.

Dentre as três linhas de cuidado a que mais apresentava fragilidade no Plano de Ação Regional de 2013 era a Linha de Cuidado ao Paciente com AVC, pois pouca discussão era gerada em torno deste paciente.

Com implantação do Sistema Informatizado de Apoio a Linha de Cuidado ao Paciente com AVC, foi realizado várias discussões, treinamentos, acerca do AVC, desde sua etiologia, até a reabilitação.

Sendo assim, participaram dessas ações aproximadamente 1.150 pessoas, entre profissionais de saúde, pacientes e público com interesse no assunto; atualmente, os 18 municípios estão capacitados para reconhecer os sinais e sintomas do AVC, utilizando de estratégias como Escala de Cincinnati, descartando Hiperglicemia e ou Hipoglicemia; melhorando o tempo porta agulha, solicitando apoio ao SAMU.

As atividades realizadas na Linha de Cuidado ao Paciente com AVC na Macrorregião da Serra Catarinense seguiram 20 etapas, entre elas visitas, encontros, treinamentos, marcha, seminários, palestras, entre outros, estes foram fundamentais para que houvesse o alcance dos objetivos, geral e específico, pois, conseguimos discutir/sensibilizar os profissionais de saúde, gestores e comunidade em geral na Serra Catarinense sobre o AVC. A estrutura informatizada “Sistema de Apoio a Linha de Cuidado ao AVC” foi a principal ferramenta que possibilitou essas discussões.

O desejo profissional de se implantar uma Unidade de AVC, foi tomando corpo a partir das câmeras Técnicas, criadas nos encontros sobre AVC, após várias discussões com a 26ª Regional de Saúde, Grupo Conductor da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense, direção HNSP, Corpo Clínico, até que o sonho se transformou em Realidade.

Esta Unidade de Cuidado Integral, conta com 12 leitos, monitorização contínua, a primeira unidade do hospital com método Kamban; com monitor de observação de todos os leitos no posto de enfermagem e no repouso médico; conta ainda com a equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional), e como requisito, todos os médicos e enfermeiros tem certificado de aprovação da Escala NIHSS pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Portugal.

Este certificado foi importante pois após a conclusão o aluno foi capaz de:

- Identificar e avaliar os déficits neurológicos em doentes com AVC;
- Compreender a escala para quantificar os déficits neurológicos em doentes com AVC;
- Aplicar consistentemente pontuações apropriadas na avaliação de déficits neurológicos em doente com AVC;
- Usar a escala para avaliar a evolução dos déficits neurológicos ao longo do tempo.

Um dos desafios da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense, era o encaminhamento do paciente com Suspeita de AVC, pois o mesmo era deslocado para outras portas de emergência, atrasando o “tempo porta agulha”.

Com a implantação da Unidade de AVC, o paciente certo será deslocado para a porta certa de emergência, evitando levar estes pacientes até o PAMTB como ocorria anteriormente.

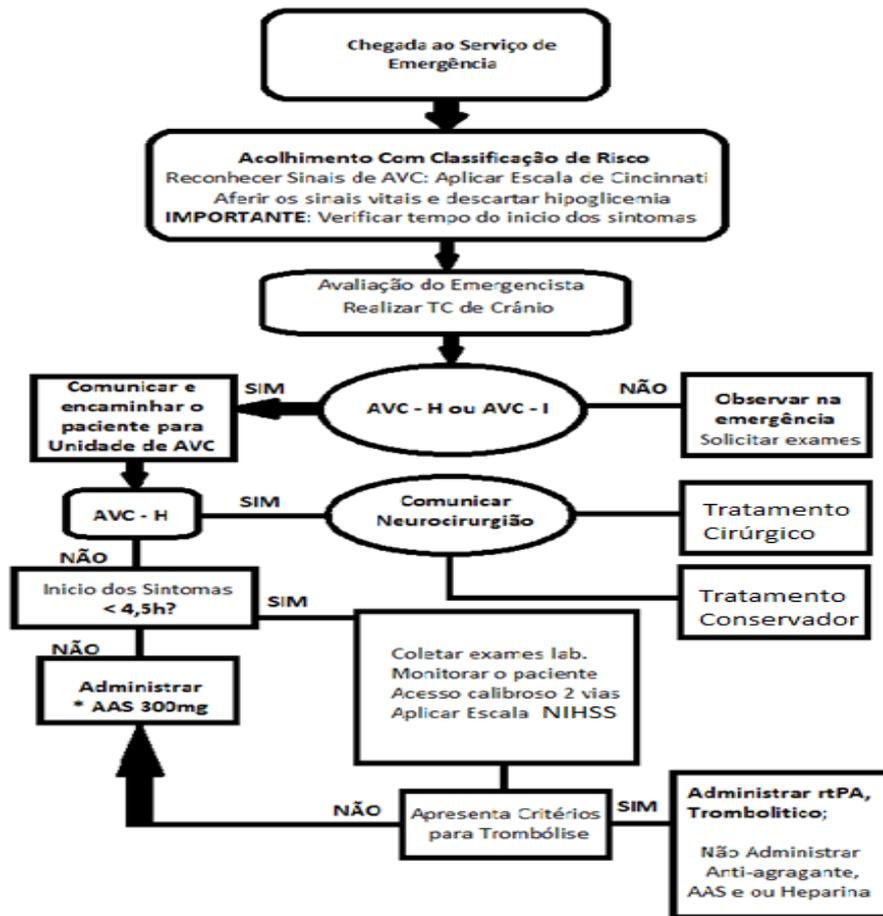
Com este intuito o Grupo Condutor da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense organizou o fluxo do AVC na Unidade, seguindo a esta ordem conforme o Fluxograma 4:

1. Paciente procura os Serviços de Emergência/UBS;
2. O serviço de Emergência/UBS reconhece os sinais e sintomas de AVC;
3. Realiza contato com o emergencistas do Hospital de Referência;
4. Solicita apoio do SAMU, para transferência;
5. Ao chegar no Hospital de Referência,

A Unidade de AVC, abriu suas portas no dia 15 de janeiro de 2018 e preenche todos os requisitos da portaria do Ministério da Saúde. A equipe multiprofissional do HNSP realizou diversos protocolos para o atendimento ao paciente com AVC, e no que se refere ao “Sistema de Apoio a Linha de Cuidado ao Paciente com AVC”, é obrigatório todo o paciente admitido na Unidade, estar inserido neste Sistema, realizando as avaliações clínicas, bem como as escalas, pois assim, quando o paciente receber alta, será referenciado a UBS/ESF.

O Plano Terapêutico, descrito no Sistema, seria multidisciplinar, porém a equipe da Unidade de AVC está realizando de forma Interdisciplinar, onde todos passam visita ao paciente e discutem quais os cuidados que o mesmo deve ter para casa, gerando assim o Plano Terapêutico longitudinalizado, individualizado.

Figura 4. Fluxograma de Atendimento ao paciente com Suspeito de AVC



Fonte: Faria (2018).

Figura 5. Unidade de AVC, imagem referente ao Posto de Enfermagem, a direita o monitor de observação de todos os leitos, o computador para acesso ao Sistema a Linha de Cuidado ao AVC e o quadro com a metodologia Kambam.



Fonte: Faria (2018).

Figura 6. Unidade de AVC, um dos quartos de internamento, com 03 leitos e monitorização individual



Fonte: Faria (2018).

Na unidade de AVC, existe protocolos que já estão estabelecidos, por exemplo: na admissão é realizado ECG, RX de Tórax, monitorização contínua, colocado colchão piramidal, coleta exames de sangue, aferido os sinais vitais, peso, altura, realizado as Escalas de Coma de Glasgow, NIHSS e BARTHEL, que posteriormente serão alimentadas no sistema de apoio a linha de cuidado do AVC, juntamente com os dados sócio demográficos e histórico de saúde.

Outro fator de extrema relevância, ocorre que ao internar o paciente o mesmo fica em jejum até a visita da Fonoaudióloga, exceto se Escala de Coma de Glasgow = 15, e NIHSS = 0. Cabeceira elevada 35°. Sondagem vesical só é realizada com rígidos critérios, ou seja, evita-se qualquer procedimento invasivo, e nestes primeiros dias percebeu-se a diminuição de antibióticos prescritos, e até o momento nenhum paciente apresentou bronco aspiração ou lesão por pressão.

A importância do Método *Kanban* na U-AVC, ocorre porque, na Portaria nº 665/GM/MS, de 2012 do MS, está descrito que o período de permanência é de até 15 dias, e após este período o paciente pode ser encaminhado para o Hospital de Cuidado Prolongado, sendo assim ao internar o paciente na unidade é colocado no quadro um cartão verde, significa 0 a 4 dias de internação, após ele recebe o cartão amarelo sinalizando de 05 a 08 dias de internação, e por último o cartão vermelho que representa alerta, de 09 a 15 dias de internação, ou seja, deve – se pensar em alta ou transferência, desde que não ocorra piora clínica deste paciente.

Todos os dias a equipe multidisciplinar, realiza visita diária a todos os pacientes internados, com o objetivo de prescrever os cuidados assistências, e ao mesmo tempo discutir a possibilidade de alta hospitalar, se for o caso, essa equipe realiza o Plano Terapêutico individualizado longitudinalizado, referenciando o paciente para as ESF/UBS ou Hospital de Cuidado Prolongado, através do Sistema de Apoio a Linha de Cuidado ao AVC.

Depois da alta da U-AVC o paciente era referenciado pelo sistema, e a Atenção Básica especificamente o gestor da Unidade de Saúde da Família a qual pertencia o paciente realizava o acompanhamento pactuado entre o HNSP e a Atenção Básica que ficou acordado de 15 dias, 45 dias e 90 dias com as escalas específicas. Ressaltando que todos os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família receberam capacitações sobre o AVC, identificação do AVC, Sistema de Apoio a Linha de Cuidado ao AVC e encaminhamentos via SAMU para HNSP.

6.8.3 Linha do Infarto Agudo do Miocárdio

Em relação a linha de IAM, o HNSP presta o atendimento, mas com adequações por ter sido habilitado recentemente o serviço. Há um serviço de hemodinâmica, terceirizado. Os leitos de UCO foram implantados, o HNSP presta serviço de cardiologia a região com 03 leitos o HNSP, que está no plano da RUE.

Recém foi habilitado em alta complexidade como Unidade de Assistência Cardiovascular nos Serviços de Cirurgias Cardiovasculares e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista, por meio da Portaria GM MS n. 845 de 28 de março de 2018, embora a referência definida atualmente seja ainda o Hospital Alto Vale em Rio do Sul.

No entanto, este hospital é o único estabelecimento de saúde da Macrorregião da Serra Catarinense com aprovação e não qualificada que presta o atendimento ao IAM. Na Tabela 33 encontra-se descrita leitos de U-CO conforme desenho do PAR aprovados e não habilitados.

Tabela 32. Leitos de U-CO conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e nãoqualificados;

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADM	TIPO DE GESTÃO	LEITOS UCO*	CUSTEIO (ANUAL)
SERRA	Lages	2504316	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	03	R\$ 788.400,00

***Previsão para o ano de 2019.**

6.9 Atenção Domiciliar

À medida que a população envelhece e há aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, aumenta também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos (BRASIL, 2012, p. 09).

Diante deste comprovado envelhecimento da população no Brasil e uma maior prevalência das doenças crônicas, trazendo a necessidade de avançar numa abordagem diferenciada de cuidado que responda as necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde lançou o programa Melhor em Casa em novembro de 2011.

De acordo com o IBGE, 48,9% ou seja, quase metade dos idosos do país sofre de doenças crônicas, como problemas cardiovasculares, diabetes e câncer.

Outro problema de saúde pública que pode ser na maioria das vezes evitado é a fratura de colo de fêmur em pessoas com mais de 65 anos, ocorrência infelizmente comum e grave. Geralmente esse tipo de fratura ocorre por uma queda do idoso ou por traumas físicos menores.

Integrando-se a Rede de Atenção às Urgências (RUE), de forma estratégica, mas também à atenção básica e aos serviços hospitalares, a Atenção Domiciliar, é um dispositivo potente na produção de cuidados efetivos, por meio de práticas inovadoras e espaços não convencionais (domicílio) possibilitando, desta forma, um olhar diferenciado sobre as necessidades dos sujeitos.

O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (PT CONSOLIDAÇÃO nº 3/2017, Art. 12º).

A Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, representada pelo programa Melhor em Casa, constituiu uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

A literatura internacional mostra uma economia de 24 a 75% em relação ao mesmo paciente quando em serviço de Atenção Domiciliar, comparado à internação hospitalar. O custo médio do paciente em internação hospitalar, gira em torno de R\$ 585,00/leito/dia, já o custo do serviço do Programa de Internação Domiciliar varia de R\$ 87,00 a R\$ 131,00/leito/dia, dependendo da antibioticoterapia e nutrição enteral utilizada, significando uma redução de 4,5 a 6,7 vezes o gasto no Sistema Único de Saúde.

Hoje no município de Lages temos: 256 acamados; 701 domiciliados; 248 usuários em ventilação não invasiva sendo 49 usuários de CPAP e 5 usuários de BIPAP; 798 pacientes tiveram AVC; 755 deficientes físicos e 50 recém-nascidos de baixo peso (E-SUS - janeiro a março de 2018).

Após levantamento no grupo condutor da RUE e atenção básica do município de Lages que conta em julho/2018 com 28 unidades de saúde, 46 equipes de ESF, 39 equipes de ESB, 3 equipes de EACS e 04 Equipes de NASF com cobertura de todas as unidades de saúde, foi verificado que 60% dos acamados/domiciliados são do sexo feminino, 76% tem idade acima de 60 anos e que as principais patologias encontradas são 21% sequelados de AVC, 10% problemas respiratórios crônicos, 7% Cânceres; 6% doença mental/esquizofrenia e 5% Alzheimer; 51% outros (que cada um não chega a 3% - são eles paralisias cerebrais/deficiências/HPB/Parkinson/etc...)

Entre acamados e domiciliados, temos 68% destes com perfil do programa que necessitam avaliação do programa, iremos avaliar todos para reorganizar a atenção básica e manter estes pacientes em AD1 mandando as contra-referências, restando apenas 32% das patologias elencadas como elegíveis para AD2 e AD3. Destes 32% somente 6% destes pacientes são os de cuidados paliativos/desenganados, com isso no município teremos mais características de desospitalização e reabilitação de sequelas. Hoje os pacientes em reabilitação encontram-se em filas para o CER/PAPS/fisioterapia domiciliar/leitos de longa permanência que ficam em São Joaquim e Urubici e outros programas (TFD/Leites/fraldas/dispositivos de apoio/etc) estes poderão ser compartilhados com o SAD.

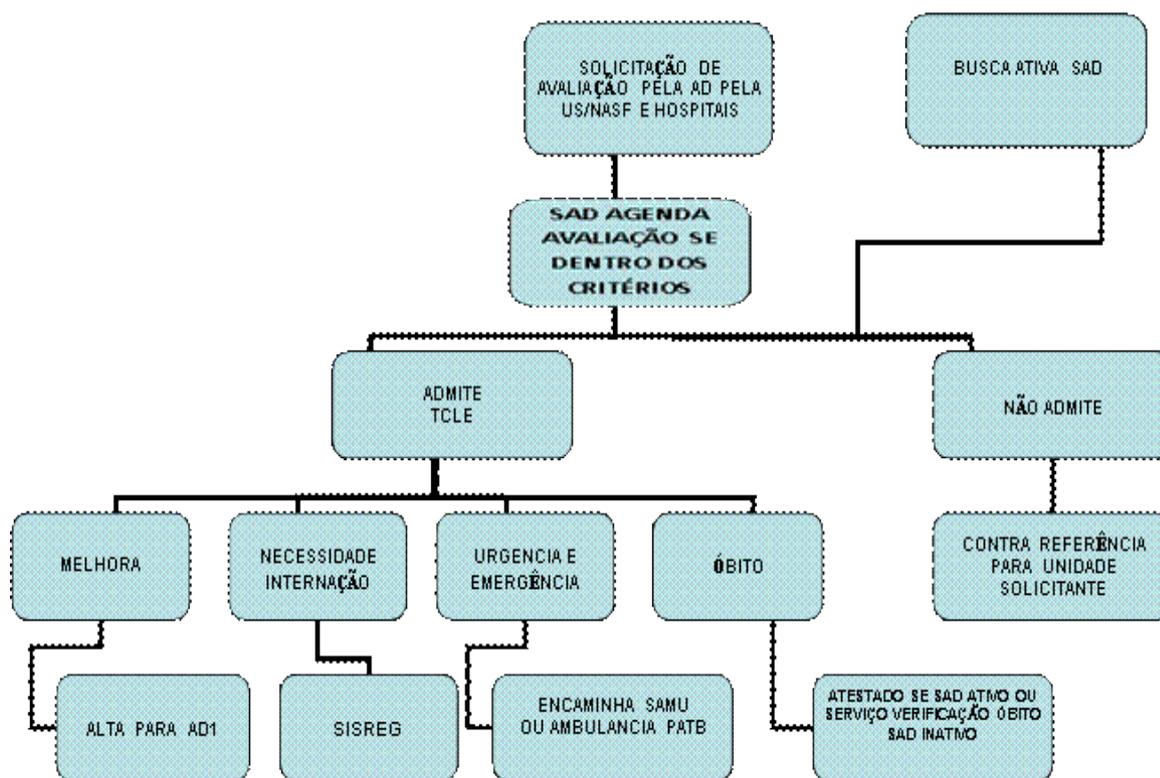
A inserção deste programa no município de Lages tem como objetivos:

- Reorganização da RUE com fluxos e linhas de cuidado;
- Reorganização da visita domiciliar da equipe técnica na AB;
- Ser um dispositivo estratégico para lidar com a escassez de leitos hospitalares, com um custo-benefício maior que abertura de mais leitos hospitalares ou construção de novos hospitais;
- Diminuir a lotação nas portas de urgência;
- Diminuição do risco de infecção e precaver-se da infecção hospitalar;
- Redução do tempo de permanência do paciente no leito hospitalar;
- Criação de estratégias de desinstitucionalização proporcionando celeridade no processo de alta hospitalar;
- Humanizar o tratamento uma vez que permite ao paciente ficar no seu próprio lar e junto aos familiares preservando vínculos, levando suporte emocional.
- Redução de custo com atenção secundária e terciária.
- Melhorar o acesso, acolhimento, restabelecer a independência e autonomia do paciente de acordo com os princípios do SUS.
- Cuidado multiprofissional integral ao acamado ou domiciliado;

Fica acordado que os hospitais da cidade de Lages (HNSP/HGMTR/HISB) e SAMU se responsabilizarão em dar retaguarda às pessoas assistidas após encaminhamento ao SISREG, conforme fluxogramas do SAD e RUE.

Para os pacientes estáveis que necessitarem de transporte, poderá ser acionado a Central de Ambulâncias da Secretaria Municipal da Saúde de Lages para que haja o transporte para a consulta especializada, coleta de exames ou outro procedimento que necessite de deslocamento deste usuário. Os usuários do Serviço de Atenção Domiciliar terão o seguimento do atendimento através de fluxograma específico, conforme a Figura 7, do atendimento no caso de urgências/emergências, internamentos, entre outros e este será seguido nos vários pontos de atenção.

Figura 7. Fluxograma de atendimento da atenção domiciliar



O modelo proposto para o Serviço de Atenção Domiciliar no município de Lages segue a Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, ficando para habilitar 02 EMADs e 01 EMAPS.

Cada EMAD terá como referência o cuidado concomitante, em média, de 60 (sessenta) usuários e os seguintes profissionais 1 médico 40hs, 1 fisioterapeuta 30hs, 1 enfermeiro 40hs e 3 técnicos em enfermagem, enquanto na EMAP iniciaremos com a equipe mínima 1 fisioterapeuta 30hs, 1 assistente social 30hs e 1 nutricionista 40hs. Quando clinicamente indicado pela EMAD, será designada EMAP para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar.

As duas EMAD e uma EMAP, estarão vinculadas, inicialmente, ao Pronto Atendimento Municipal Tito Bianchini (PAMTB), CNES 2566869, sito a Praça Leoberto Leal no 20, Centro, até a conclusão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

No caso de óbito do usuário inserido no programa o atestado de óbito será de responsabilidade do médico do SAD durante o horário de atendimento do SAD, se este ocorrer fora do horário de atendimento do SAD será o atestado de responsabilidade do PAMTB/UPA com transporte funerário já pactuado no município e confirmação do óbito pelo SAMU.

O serviço funcionará de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 19h00min para as equipes das EMADs e EMAP. Nos finais de semana e feriados, seguirá em regime com escala dos profissionais das EMADs. Serão realizadas as avaliações e atendimentos se incluso no programa pelas EMADs em duas grandes regiões, ainda temos áreas descobertas, mas segue o que é coberto pela ESF Lages na Tabela 34 abaixo:

Tabela 33. Distribuição da EMAD Sul e EMAD Norte

EMAD Sul		EMAD Norte	
Unidades de Saúde	População da Área de Abrangência em junho 2018	Unidades de Saúde	População da Área de Abrangência em junho 2018
Caça e Tiro	2728	Coral	8107
Centenário	6743	Frei Rogério	2506
Copacabana	5261	Gethal	4408
Habitação	5139	Guarujá	6648
Petrópolis	4648	Interior	2115
Popular	5938	Penha	5542
Promorar	5310	Santa Mônica	7322
Santa Catarina	8976	São Carlos	3149
Santa Helena	8218	São Cristóvão	6054
São Pedro	4722	São Francisco	2029
Vila Nova	3834	São José	3064
Várzea	4610	São Miguel	3652
Centro	1206	Tributo	7608
		Universitário	2971
		Vila Mariza	3276
TOTAL	67.333		68.451

Fonte Atenção Básica Lages/2018

O Serviço de Atenção Domiciliar foi aprovado nos seus duas propostas encaminhadas ao SAIPS, conforme Figura 8, aguardamos agora o recurso financeiro ministerial para sua habilitação e implantação no município de Lages, com ele implantado buscaremos por um atendimento humanizado, com atendimento no domicílio por equipe multiprofissional, a partir do diagnóstico da realidade na qual o

paciente e cuidador estão inseridos, valorizando suas potencialidades e fortalecendo a superação de suas fragilidades.

Figura 8. Propostas de implantação da AD na Macrorregião da Serra Catarinense

Nº proposta	UF	Município	Fundo	Rede/Programa	Componente/serviço	Situação	Valor solicitado	Valor aprovado	Valor empenhado	Valor pago
44853	SC	LAGES	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE LAGES	Programa Melhor em Casa -Atenção Domiciliar	Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar tipo I - EMAD tipo I	Aprovada	100.000,00	100.000,00	0,00	0,00
44893	SC	LAGES	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE LAGES	Programa Melhor em Casa -Atenção Domiciliar	Habilitação para Custeio de Equipes Multiprofissionais de Apoio - EMAP	Aprovada	6.000,00	6.000,00	0,00	0,00

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano de Ação Regional da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense tem como objetivo orientar os integrantes do Grupo Condutor da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense até o momento e de estar em constante aperfeiçoamento por este grupo para melhorar a situação de saúde nas instituições que prestam atendimento de Urgência e Emergência da Macrorregião da Serra Catarinense.

Na perspectiva técnica, este plano deve ser monitorado pela 26ª Gerência Regional de Saúde pelo Grupo condutor, este que deverá estabelecer mecanismos de acompanhamento e apoiando o cumprimento das objetivos e metas estabelecidas para o período de vigência deste Plano.

O sucesso de um Plano se deve a um processo convergente de esforços e da constituição de parcerias intersetoriais, considerando-se a magnitude e a transcendência dos problemas de saúde e sua multicausalidade.

No contexto RUE da Macrorregião da Serra Catarinense, as áreas técnicas específicas e seus componentes/integrantes devem pautar suas ações tendo este documento como referencial norteador.

Em 27 de abril de 2017, foi aprovado pela deliberação da CIR 009/2017 as readaptações do Grupo Condutor da RUE Macrorregião da Serra Catarinense; a partir desta data o Grupo Condutor ficou bastante ativo, houve um monitoramento de alguns componentes já existentes na RUE, foram discutidos os pleitos do último PAR da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense de 2013, novas composições e novos componentes para a RUE, como também os fluxos de atendimento.

Na deliberação da CIR 004/2018 ficou aprovado o fluxo da Rede de Urgência e Emergência da 26ª Macrorregião de Saúde, estes seguem abaixo, assim como segue também as novas inclusões já aprovadas pelo Ministério da Saúde aguardando habilitação, os pleitos solicitados pelos hospitais e as fragilidades e potencialidades encontradas na RUE da Macrorregião da Serra Catarinense.

A deliberação da CIR 019/2018 aprova a atualização do Plano de Ação Regional da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense.

Segue abaixo as potencialidades encontradas pelo Grupo Condutor da RUE da Macrorregião da Serra Catarinense:

- Educações permanentes voltadas para o público, projeto EDUCASAMU e Grupo de Fortalecimento da Atenção Básica;

- Acolhimento com classificação de risco em todas as porta de entrada de Lages e nas habilitadas em torno de Lages;
- Acolhimento com classificação de risco em todas as Unidades de Saúde da Macrorregião da Serra Catarinense;
- Abertura e funcionamento da UPA, no ano de 2018, tendo mais uma alternativa de porta de entrada de emergência na Macrorregião da Serra Catarinense;
- Aprovação do Serviço de Atendimento Domiciliar no município de Lages pelo Ministério da Saúde;
- Abertura e funcionamento de mais leitos com a ampliação do HGMTR, dando suporte e alternativa para internações em tratamento clínico;
- Novos leitos de retaguarda clínica e longa permanência na Macrorregião da Serra Catarinense;
- Monitoramento da RUE adequando e orientando melhor os componentes que tem habilitação na Macrorregião da Serra Catarinense;
- Grupo condutor da RUE trabalhando em prol de novas ideias, melhorias no acesso, definição de fluxos e estruturas dos serviços da RUE;
- Consolidação das linhas de cuidado AVC e IAM, dos serviços de cirurgia cardíaca e unidade do AVC integral no HNRP;
- Planos de Contingência em construção pela Defesa Civil na Macrorregião da Serra Catarinense;
- Rede Hospitalar da Macrorregião da Serra Catarinense se organizando melhor para o atendimento ao público, buscando habilitações e crescimento para seu município;
- Central da regulação de internações hospitalares começou a funcionar na Macrorregião da Serra Catarinense;
- Linha de cuidado do AVC funcionando com início no APH e término na alta hospitalar para atenção básica com acompanhamento de até 90 dias;

Segue na Tabela 35 o total Aprovado no novo Termo Aditivo (TA) aos PAR de SC- NOTA TÉCNICA 404/2016 e na Tabela 36 o recurso após aprovação do novo desenho do PAR 2018;

Tabela 34. Total Aprovado no novo Termo Aditivo (TA) aos PAR de SC- NOTA TÉCNICA 404/2016

Macrorregião	Total de custeio aprovado por Macrorregião	
	Mensal	Anual
Serra Catarinense	R\$ 1.869.029,42	R\$ 22.428.353,81

Tabela 35. Estimativa de recurso financeiro após aprovação do MS as novas inclusões.

Macrorregião	Total de custeio aprovado por Macrorregião	
	Mensal	Anual
Serra Catarinense	R\$ 2.166.129,49	R\$ 25.993.553,81

Tabela 356. Total de Recurso pleiteado ao MS após a revisão do PAR 2018

Macrorregião	Habilitações e total de custeio aprovado		
	Habilitações	Mensal	Anual
Serra Catarinense	Porta de Entrada	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00
Serra Catarinense	UTI Adulto	R\$ 197.100,00	R\$ 2.365.200,00
Total		R\$ 297.100,00	R\$ 3.565.200,00

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Política Nacional de Atenção às Urgências. Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Brasília. Portaria GM/MS nº 1.863 de 29/set. 2003. Publicada no DOU nº 193 seção 1, p.56 – de 06/10/03.

...Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

...Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. DASIS/CGDANT. Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências. Versão de 27 de novembro de 2009b.

...Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de Julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, 2011.

...Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Especializada/Coordenação-Geral de Atenção às Urgências e Emergência – 2012. Manual Instrutivo da Sala de Estabilização – componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

...Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de Maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. (SUS)

...Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 03 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde

...Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 03 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde

...Ministério da Saúde. Portaria nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe** sobre a participação da comunidade na gestão do **Sistema Único de Saúde (SUS)** e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

...Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

...Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864/2005. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.

...Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

DIRCKESEN, Joana Israel Romagna; PORTAL, Leila. Tempo resposta como indicador de qualidade no serviço de atendimento móvel de urgência SAMU- Mesorregião do Planalto Serrano Catarinense. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Gestão em Serviços de Saúde. Universidade do Planalto Catarinense. Lages. 2012.

DRIESSEN, Rosana Maffessoni; PHILIPPI, Jane Maria de Souza; CRUZ, Elma Fior. O sistema de informação de notificação / investigação sobre violência doméstica, sexual e/ou outras violências em Santa Catarina - de 2008 a maio de 2010. Disponível em <<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/tcc/>>. Acesso em maio de 2013.

FARIA, A. Sistema Informatizado de Apoio a Implementação da Linha de Cuidado ao AVC. UNIPLAC, 2018.

LIZ, Carlos Eduardo. Estratégias para o desenvolvimento regional sustentável pela Agência de Desenvolvimento da Serra Catarinense: estudo de caso. 2004. Dissertação. (Mestrado em Administração) – ESAG – Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC. Florianópolis. 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2010.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS. 2002.

SANTA CATARINA. Plano de desenvolvimento SC 2030. Florianópolis, 2018.

SANTA CATARINA. Projeto EDUCASAMU. SPDM/PAIS, 2015.

SANTA CATARINA. Plano de Desenvolvimento Regional. 2008.

SANTA CATARINA. Planos de Contigência – DEFESA CIVIL. 2013 disponível em: <http://www.defesacivil.sc.gov.br/index.php/gestao-de-risco-2013/plano-de-contigencia-2013.html>. Acesso em 15/08/2018.

SCHETTINO G, CARDOSO LF, Junior JM et al. Pacientes Críticos Diagnóstico e Tratamento, Hospital Sírio-Libanês. 1ª Ed, Barueri, Editora Manole, 2004.