



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PLANO DE AÇÃO REGIONAL
DA REDE DE ATENÇÃO ÀS
URGÊNCIAS

MACRORREGIÃO MEIO OESTE - ANO 2026





MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**

GOVERNADOR DO ESTADO

JORGINHO DOS SANTOS MELLO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

DIOGO DEMARCHI SILVA

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ESTADO DA SAÚDE

CRISTINA PIRES PAULUCI

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

PRISCILA SIGNORI

DIRETOR DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

MARCUS AURELIO GUCKERT

GERÊNCIA DE HABILITAÇÕES E REDES DE ATENÇÃO

JAQUELINE REGINATTO

COORDENAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

EMANUELLA SORATTO DA SILVA

PRESIDENTE DO COSEMS

SINARA REGINA LANDT SIMIONI

GERENTES REGIONAIS DE SAÚDE

NELCI FÁTIMA TRENTO BORTOLINI – MEIO OESTE

MÁRCIA MARIA ZIMMERMANN MAGRO – ALTO URUGUAI CATARINENSE

RUDIMAR BRAZ PERI – ALTO VALE DO RIO DO PEIXE

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Municípios

Região Alto Uruguai Catarinense

Alto Bela Vista

Arabutã

Concórdia

Ipira

Ipumirim

Irani

Itá

Lindóia do Sul

Peritiba

Piratuba

Presidente Castello Branco

Seara

Xavantina

Nome do(a) Secretário(a)

Dionilara De Oliveira

Cleiton Lerner

Rodinei Zanella

Daniela Stockmann

Rodrigo Baron

Rubia Magnabosco

Volnei Carlos Pozzebon

Ivanice Ângela Peccin

Marlo Daniel Finger

Paulo Ricardo Kurt Schuch

Cleiton Frigo

Luciane Cullimann

Luciano Althenhofen

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Municípios

Região Alto Vale do Rio do Peixe

Arroio Trinta

Caçador

Calmon

Curitibanos

Fraiburgo

Frei Rogério

Ibiam

Iomerê

Lebon Régis

Macieira

Matos Costa

Pinheiro Preto

Ponte Alta do Norte

Rio das Antas

Salto Veloso

Santa Cecília

São Cristóvão do Sul

Tangará

Timbó Grande

Videira

Nome do(a) Secretário(a)

Paulo Renato de Moraes

Alexandre Braggio

Edimar Anschsu Santiel

Roque Stanguerlin

Nilce Pinz

Ademar Ogwa

Orlando Favero

Isabela Rech Biscaro

Rosane Regina de Souza

Leonardo Tasca

Luiz Alex Kaminski

Amauri Brandalise

Rubens Bernardo Schmidt

Lidiane Tomacheuski

Rudimar Cornelli

Eliézer Rodrigues Gomes

Sandra Mari Cassul

Lhana Karina da Silva

Daiane Barreto da Luz

Maribel Emília Gaio

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Municípios

Região Meio Oeste

Abdon Batista

Água Doce

Brunópolis

Campos Novos

Capinzal

Catanduvas

Celso Ramos

Erval Velho

Herval d'Oeste

Ibicaré

Jaborá

Joaçaba

Lacerdópolis

Luzerna

Monte Carlo

Ouro

Treze Tílias

Vargem

Vargem Bonita

Zortéa

Nome do(a) Secretário(a)

Fidelis de Assis Besen

Luis Fernando D. Peruchini

Dorilda Kemer de Oliveira

Carla Cristiane B. Antunes

Rafael Dalavequia

Vanessa Cristine Funez

Graciele A.de M.Carlesso

Silvano Rodrigo Pratto

João Alcides Marqueze

Eugênia Bucco

Heverton Mattos

Karla Vanessa Simas

Suzana Dall Orsoletta

Ticiane Goreti Moreira

Marcos Nei Corrêa Siqueira

Gabriela C. Minks L. Duarte

Veronica Brustolin Narita

Lindones D. Chiochetta

Rosnanci Covolan Pontin

Cássia Romani

**GRUPO CONDUTOR DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MACRORREGIÃO
DE SAÚDE MEIO OESTE**

REPRESENTANTES DA MACRORREGIÃO

Márcia Maria Zimmermann Magro	Gerência Regional de Saúde de Concórdia
Nelci Fátima Trento Bortolini	Gerência Regional de Saúde de Joaçaba
Rudimar Braz Peri	Gerência Regional de Saúde de Videira

REPRESENTANTE DA CENTRAL REGIONAL DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Delir Viecele Mello	Supervisora
---------------------	-------------

REPRESENTANTE DA CENTRAL REGIONAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA

Alana Gonzatto Araldi	Enfermeira Coordenadora
-----------------------	-------------------------

REPRESENTANTE DO MUNICÍPIO POLO DE CADA REGIÃO

Karla Vanessa Simas	Secretário Municipal de Saúde de Joaçaba
Maribel Emilia Gaio	Secretária Municipal de Saúde de Videira
Rodinei Zanella	Secretário Municipal de Saúde de Concórdia

REPRESENTANTE DE MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DE CADA REGIÃO

Ticiane Goreti Moreira	Secretária Municipal de Saúde de Luzerna
Amauri Brandalise	Secretária de Saúde de Pinheiro Preto
Marlo Daniel Finger	Secretário de Saúde de Peritiba

REPRESENTANTE DA ATENÇÃO BÁSICA

Marisa Silveira Davila Kochan	Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe
-------------------------------	---

REPRESENTANTE COSEMS

Alessandra Daros Nunes	Meio Oeste
Jocevania Pesenti	Alto Vale do Rio do Peixe
Jacqueline G. Eckert Zolet	Alto Uruguai Catarinense

REPRESENTANTES DOS HOSPITAIS

Marisa Lang	Gerente Hospitalar
-------------	--------------------

COORDENAÇÃO GRUPO CONDUTOR RUE MEIO OESTE

Nelci Fátima Trento Bortolini – Coordenadora

Karla Vanessa Simas – Vice-Coordenador

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Anália Luiza Gaio – ECA Gerência Regional de Saúde de Concórdia

Eliane Farinéa Techio – Gerência Regional de Saúde de Joaçaba

Elisandra Sander – APS Gerência Regional de Saúde de Concórdia

Emanuella Soratto da Silva – Secretaria de Estado da Saúde/GEAPF

Geridiana Alexandre – CRIH – Gerência Regional de Saúde de Joaçaba

Katia Keller Engel – APS Gerência Regional de Saúde de Videira

Lucas Rafael Ribeiro da Silva – APS Gerência Regional de Saúde de Videira

Luciana Bililo – APS Gerência Regional de Saúde de Joaçaba

Márcia Maria Zimmermann Magro – Gerente Regional de Saúde de Concórdia

Maria Eliza Nascimento Bittencourt – Secretaria de Estado da Saúde/RUE

Marilde B.A. de Oliveira – Gerência Regional de Saúde de Joaçaba

Nelci Fátima Trento Bortolini – Gerente Regional de Saúde de Joaçaba

Rudimar Bras Peri – Gerente Regional de Saúde de Videira

Silvana Teresinha Dal Puppo – ECA Gerência Regional de Saúde de Concórdia

Sulayre de Oliveira Borba – Secretaria de Estado da Saúde/RUE

Viviam Fiabane Rissardi – ECA Gerência Regional de Saúde de Videira

PARTICIPANTES DA OFICINA RUE

Adriana Bernardi – Hospital Helio Anjos Ortiz de Curitiba

Francieli de L. Silva – Hospital Helio Anjos Ortiz de Curitiba

Giana Vescovi Zimmermann Cândido – Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva

Pamela Evelyn de Moraes Santana – Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva

Suzamara Castanho – Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva

Alessandra Nunes – Apoiadora COSEMS da Região de Saúde Meio Oeste

André de Paris Silva – Secretaria Municipal de Saúde de Concórdia

Bruna Marques Beal – Hospital Nossa Senhora Paz de Tangará

Rudieri T. Angeli – Hospital Nossa Senhora Paz de Tangará

Jeferson M. Bauer – Secretaria Municipal de Saúde de Joaçaba

Cátia Mosele - Hospital São Camilo de Ipumirim

Clarice Schuck-Secretaria Municipal de Saúde de Alto Bela Vista
 Cris Debora Zonta – Hospitalar São Camilo de Peritiba
 Daiana Letícia Kunz – Hospital Salvatoriano Divino Salvador de Videira
 Daniela Stockmann – Secretária Municipal de Saúde de Ipira
 Delir Viecele Mello – Gerência Regional de Saúde de Joaçaba
 Dener Fernando Regalin. - Hospital Associação Beneficente Piratuba/Ipira
 Eduardo Janir de Sousa – UPA de Herval d'Oeste
 Adriano J. Johamm – Hospital São Miguel – IMAS de Joaçaba
 Eugenia Bucco – Secretaria Municipal de Saúde de Ibicaré
 Suzana Dall Orsoletta - Secretaria Municipal de Saúde de Lacerdópolis
 Silvia Maria Salvador – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
 Maribel Emilia Gaio – Secretaria Municipal de Saúde de Videira
 Jessica da Rosa – Secretaria Municipal de Saúde de Brunópolis
 Luana Turra Miozzo – CIES – Região de Saúde Meio Oeste
 Rosane Regina de Souza-Secretaria Municipal de Saúde de Lebon Régis
 Lucitania Giroto – Diretora de saúde de Xavantina
 Marisa Amaral Neto Silva – Hospital São Miguel de IMAS de Joaçaba
 Douglas Ansiliero – UPA de Videira
 Lucimara Ferreira – Secretaria Municipal de Saúde de Brunópolis
 Dionilara de Oliveira – Secretária Municipal de Saúde de Alto Bela Vista
 Edmar Ferreira – Hospital Nossa Senhora das Dores de Capinzal
 Eduarda Koch – Secretaria Municipal de Saúde de Zortéa
 Enelise A. Baller – Associação de Assistência Hospitalar Oswaldo Cruz de Arbutã
 Volnei Carlos Pozzebom – Secretaria Municipal de Saúde de Itá
 Fabiana de Fátima Moraes – Hospital São Lucas – IMAS de Joaçaba
 Fabiane da Silva Filisbino – Hospital São Miguel – IMAS de Joaçaba
 Fidelis de Assis-Secretaria Municipal de Saúde de Abdon Batista
 Gabriel Scalcon – Hospital São Francisco de Concórdia
 Irmã Zilma da Silva – Hospital Nossa Senhora das Dores de Capinzal
 Isabela Rech Biscaro – Secretaria Municipal de Saúde de Iomerê
 Jacqueline Zolet – Apoiadora COSEMS do Alto Uruguai Catarinense
 Joercio Dalmora-Hospital Izolde Hubner Dalmora de Lindóia do Sul
 Juliana Mara Campos da Rocha kojikoski - Hospital Municipal Santo Antônio de Lebon Régis
 Cleunice da Rocha Franca – Secretaria Municipal de Saúde de Timbó Grande
 Vanessa Masson – Hospital Nossa Senhora das Dores de Capinzal
 Carlos César Messias – Hospital Nossa Senhora das Dores de Capinzal

Lhana Karina da Silva – Secretaria Municipal de Saúde de Tangará
Liana Krug – Gerência Regional de Saúde de Joaçaba
Lindamir do Carmo Secchi - Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba
Loana Paula de Britto – Hospitalar São Camilo de Peritiba
Luciana da Silva – APS da Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Castelo Branco
Luciane Culimann – Secretária Municipal de Saúde de Seara
Luis Fernando D. Peruchini – Secretaria Municipal de Saúde de Água Doce
Marisa Langer – Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba
Marliese Dá Cass Mecabo – Secretaria Municipal de Saúde de Campos Novos
Marlo Daniel Finger. - Secretário Municipal de Saúde de Peritiba
Milton Silva – Hospital São Roque de Seara
Nara Celaine – Secretaria Municipal de Saúde de Itá
Ivanice Angela Peccin – Secretária Municipal de Saúde de Lindóia do Sul
Ana Cláudia Granemann – Hospital Municipal Santo Antônio de Lebon Régis
Oziel Ribeiro – Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva
Romulo Pozzo – Ponto Atendimento de Treze Tílias
Simone Raquel Prestes – Hospital Associação Beneficente Piratuba/Ipira
Tiago Zanatta – UPA de Herval d'Oeste
Lucélia Stocco – Hospitalar São Lucas de Xavantina
Stefania R. Oliveira – Hospital São Francisco de Concórdia
Susamara Andrade – Hospital São Francisco de Concórdia
Suzana Zen – Fundação Hospitalar Drº José Athanázio
Daiane Barreto da Luz – Secretaria Municipal de Saúde de Timbó Grande
Maiara Ribeiro – Secretaria Municipal de Saúde de Timbó Grande
Rosilaine Rossi de Oliveira – Hospital Salvatoriano Divino Salvador de Videira
Tiago Dal Berto – Hospital Nossa Senhora Perpétuo Socorro de Catanduvas
Verônica Beuslolim Narilo – Pronto Atendimento de Treze Tílias
Vicente de Paula Urbano – Gerência Regional de Saúde de Joaçaba

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: População da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, por sexo e raça, em 2022	20
Figura 2: População da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, por faixa etária e sexo (2022)	21
Figura 3: Produto Interno Bruto da Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina (2021).	23
Figura 4: Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde – Região Meio Oeste.....	26
Figura 5: Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde - Alto Uruguai Catarinense ..	27
Figura 6: Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde - Alto Vale do Rio do Peixe	27
Figura 7: Classificação de risco - PCACR	50
Figura 8: Classificação de Risco conforme Protocolo de Manchester.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Capacidade instalada das Unidades de Suporte Básico (USB) do SAMU na Macrorregião Meio Oeste	57
Quadro 2: Capacidade instalada das Unidades de Suporte Básico (USB) do SAMU na Macrorregião Meio Oeste	57
Quadro 3: Capacidade instalada de Serviço Aeromédico na Macrorregião de Saúde Meio Oeste.....	57
Quadro 4: Capacidade instalada da Central de Regulação das Urgências (CRU) na Macrorregião Meio Oeste.....	58
Quadro 5: Capacidade instalada das Unidades de Pronto Atendimento.....	58
Quadro 6: Capacidade instalada das Porta de Entrada Hospitalar de Urgência.....	59
Quadro 7: Capacidade instalada dos Leitos de Retaguarda Clínica	60
Quadro 8: Capacidade instalada dos Leitos de Cuidados Prolongados.....	60
Quadro 9: Capacidade instalada de leitos de UTI – Adulto.	61
Quadro 10: Capacidade instalada de leitos de UTI - Pediátrica.	62
Quadro 11: Capacidade instalada da Atenção Domiciliar.....	62
Quadro 12: Hospitais que possuem o serviço de Alta Complexidade	63
Quadro 13: Quantitativo de leito por tipo e por estabelecimento de saúde – Alto Uruguai Catarinense.....	63
Quadro 14: Quantitativo de leito por tipo e por estabelecimento de saúde – Meio Oeste	65
Quadro 15: Quantitativo de leito por tipo e por estabelecimento de saúde - Alto Vale Rio do Peixe	66
Quadro 16: Custeio UPA 24 horas – Habilitação	69
Quadro 17: Custeio UPA 24 horas – Qualificação	71
Quadro 18: Custeio UPA 24 horas – Alteração de Porte/Opção de Custeio.....	78
Quadro 19: Custeio SAMU – Declínio de solicitações do PAR 2018 e 2024	83
Quadro 20: – Custeio SAMU 192 – Habilitação	89
Quadro 21: Custeio SAMU – Qualificação.....	106
Quadro 22: Inclusão de novas Salas de Estabilização incluídas no PAR de 2026	109
Quadro 23: Inclusão de novas Portas de Entradas Hospitalares incluídas no PAR 2026 ...	112
Quadro 24: Alteração de tipologia da PEHU incluídas no PAR de 2024.....	113
Quadro 25: Detalhamento da solicitação declinada no PAR 2024	114
Quadro 26: Inclusão de Leitos de Retaguarda Clínica incluídos no PAR de 2026	116
Quadro 27: Declínio de solicitações de habilitação de Leitos de UTI Adulto - PAR 2024....	119
Quadro 28: Inclusão de habilitação de Leitos de UTI Adulto - PAR de 2026	121
Quadro 29: Inclusão de qualificação de Leitos de UTI Adulto - PAR de 2026	128

Quadro 30: Inclusão de habilitação de Leitos de UTI Pediátricos - PAR de 2024 e 2026 ...	136
Quadro 31: Inclusão de qualificação de Leitos de UTI Pediátricos - PAR de 2024 e 2026 .	137
Quadro 32: Declínio de solicitações de habilitação de Leitos de UTI Pediátricos - PAR de 2024	137
Quadro 33: Inclusão de Leitos de Cuidados Prolongados incluídos no PAR de 2026.....	139
Quadro 34: Declínio de solicitação de Leitos de Cuidados Prolongados - PAR 2018	145
Quadro 35: Inclusão de Leitos de AVC incluídos no PAR de 2026	147
Quadro 36: Declínio de Leitos de Unidade Coronariana (UCO) - PAR de 2024	158
Quadro 37: Declínio da Atenção Domiciliar – Melhor em Casa - PAR 2024.....	160
Quadro 38: Inclusões de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa - PAR de 2026.....	164

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Formas de abastecimento de água e população atendida na Macrorregião do Meio Oeste (2024).....	24
Tabela 2: Cobertura por Equipe de Saúde da Família – eSF e Equipe de Atenção Primária – eAP (outubro/2022)	25
Tabela 3: Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT por sexo (2023).....	31
Tabela 4: Mortalidade na Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina (2021 a 2025)....	33
Tabela 5: Taxa de óbito por residência por infarto agudo do miocárdio na Região de Saúde do Meio Oeste (2021 a 2025).....	34
Tabela 6: Taxa de óbito por residência por infarto agudo do miocárdio na Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe (2021 a 2025).....	35
Tabela 7: Taxa de óbito por residência por infarto agudo do miocárdio na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (2021 a 2025)	35
Tabela 8: Taxa de óbito por residência por tipo de acidente vascular cerebral na Região de Saúde do Meio Oeste (2021 a 2025).....	37
Tabela 9: Taxa de Óbitos por Residência por tipo de AVC, Região 42009 Alto Vale do Rio do Peixe	38
Tabela 10: Taxa de óbito por residência por tipo de acidente vascular cerebral na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (2021 a 2025).....	39
Tabela 11: Taxa de óbito por causas externas na Região de Saúde do Meio Oeste (2021 a 2025).....	40
Tabela 12: Taxa de óbito por causas externas na Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe (2021 a 2025)	41
Tabela 13: Taxa de óbito por causas externas na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (2021 a 2025).....	42
Tabela 14: Número de leitos hospitalares (SUS) por 1.000 habitantes (2025)	44
Tabela 15: Taxa de ocupação hospitalar na Região de Saúde do Meio Oeste (julho de 2024 a junho de 2025).....	45
Tabela 16: Média de Permanência Hospitalar da Região Meio Oeste, julho 2024 a junho 2025	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT, por região de saúde.....	31
Gráfico 2: Região Meio Oeste – (PCACR) 2025.....	52
Gráfico 3: Região Alto Uruguai Catarinense – (PCACR) 2025.....	52
Gráfico 4: Região Alto Vale do Rio do Peixe – (PCACR) 2025.....	53
Gráfico 5: Região Meio Oeste – Protocolo Manchester 2025.....	54
Gráfico 6: Região Alto Uruguai Catarinense – Protocolo Manchester 2025.....	54
Gráfico 7: Região Alto Vale do Rio do Peixe – Protocolo Manchester2025.....	55

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	19
3.1 DADOS DEMOGRÁFICOS, AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS	19
3.1.1 População residente: idade, gênero, renda, raça	20
3.1.2 Economia	22
4. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	24
4.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	25
4.2.1 Morbidade e mortalidade	29
4.2.2 Índice de mortalidade geral na Região do Meio Oeste.....	30
4.2.3 Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por 100 mil habitantes pelas principais causas de DCNT.....	30
4.2.4 Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP)	32
4.2.5 Mortalidade no Meio Oeste de Santa Catarina	33
4.2.6 Taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio	34
4.2.7 Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral	37
4.2.8 Taxa de mortalidade específica por causas externas.....	40
4.3.1 Taxa de ocupação dos leitos	45
4.3.2 – Média de permanência hospitalar	46
5. DIMENSIONAMENTO DAS DEMANDAS DE URGÊNCIA SUS	49
5.1 - OFERTA DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA SUS	55
5.2 DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	56
5.2.1 – SAMU	56
5.2.2 - Unidade De Pronto Atendimento.....	58
5.2.4 - Leitos De Retaguarda Clínica	59
5.2.5 - Leitos De Cuidados Prolongados.....	60
5.2.6 - Leitos De Unidade Terapia Intensiva – Adulto (UTI-a).....	61
Fonte: SES, 2026.....	62
5.2.8 - Estabelecimentos Assistenciais De Saúde – Alta Complexidade	62
5.3 - NÚMEROS E TIPO DE LEITOS HOSPITALARES	63
5.4.1 - Fluxo de Acesso às Linhas de Cuidado da Rede de Urgência e Emergência (RUE).....	67

6. PROPOSTA DE PLEITOS NA REVISÃO DO PAR DE 2026	68
6.1 - COMPONENTE PRÉ – HOSPITALAR:	68
6.1.1 - UPA 24h:.....	68
Produção Ambulatorial –SIA/SUS 2025 / UPA – Videira	75
5.1.2 - SAMU 192:.....	83
6.2.1 - Sala De Estabilização.....	108
6.2.2 - Portas De Entrada Hospitalares De Urgência	112
6.2.3 - Leitos De Retaguarda Clínica	113
6.2.4 - Leitos De UTI Adulto	118
6.2.5 - Leitos De UTI Pediátrica.....	136
6.2.6 - Leitos De Cuidados Prolongados.....	138
6.2.7 - Leitos De Unidade De AVC	147
6.2.8 - Leitos De Unidade Coronariana:	158
6.3 - ATENÇÃO DOMICILIAR.....	160
6.3.1 - Programa Melhor Em Casa.....	160
8 – RESOLUÇÕES CIR	178
9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	182

1. INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), enquanto rede temática do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se pela necessidade de resposta oportuna e resolutiva às diversas condições que envolvem situações de urgência e emergência, sejam elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica, obstétrica, pediátrica ou relacionadas à saúde mental, entre outras. Para atender a essa diversidade de demandas, a RUE é composta por diferentes pontos de atenção, os quais devem atuar de forma integrada, articulada e sinérgica, considerando o perfil epidemiológico da população, bem como as especificidades sociodemográficas e territoriais de cada região de saúde.

Nesse contexto, o Plano de Ação Regional (PAR) configura-se como instrumento estratégico e orientador para a implementação, o monitoramento e a avaliação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, tanto pelo Grupo Condutor Estadual quanto pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um documento formal que materializa os pactos assistenciais firmados entre os gestores públicos de saúde, elaborado de forma colegiada pelo Grupo Condutor macrorregional, com a participação dos técnicos regionais e dos municípios pertencentes à área de abrangência, envolvendo desde a Atenção Primária à Saúde até os estabelecimentos hospitalares públicos, estaduais, municipais e filantrópicos, de diferentes níveis de complexidade. O PAR poderá, ainda, ser objeto de aditivos, mediante a proposição de novas ações que impliquem incremento financeiro, conforme pactuação interfederativa.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade permanente de reflexão e qualificação da gestão do cuidado, visando à efetiva implantação das linhas de atenção e dos componentes da RUE. Ressalta-se, igualmente, a importância do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, por meio da ampliação do acesso, do fortalecimento do vínculo e da oferta de cuidado adequado, com avaliação de risco e vulnerabilidade desde o primeiro atendimento às urgências, assegurando o encaminhamento oportuno e qualificado aos demais pontos de atenção da rede.

A implementação da RUE deve ocorrer de maneira pactuada entre as três esferas de gestão — federal, estadual e municipal — com vistas à reorganização do modelo de atenção à saúde, promovendo a articulação entre os diversos pontos de atenção, a definição de fluxos assistenciais, referências adequadas e centrado na oferta de serviços, avançando para uma lógica orientada pelas necessidades de saúde da população.

Dessa forma, o presente documento tem como propósito consolidar o aditivo do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sistematizando os resultados das discussões realizadas a partir de parâmetros assistenciais, capacidade

instalada e organização dos fluxos, de modo a subsidiar a implementação e o fortalecimento da RUE na macrorregião de saúde do Estado: Meio Oeste.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgências e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, visando à articulação e à integração dos serviços de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos desta pesquisa são:

- a) apresentar uma análise situacional, considerando o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da região;
- b) estruturar a Rede de Atenção às Urgências da macrorregião, a partir da descrição da rede existente e da identificação das necessidades ou vazios assistenciais;
- c) organizar a rede locorregional de atenção integral às urgências e emergências;
- d) promover e aprimorar as linhas de cuidados prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia), melhorando o acesso e a qualidade da assistência à população;
- e) ampliar e qualificar o acesso aos componentes de atenção a fim de proporcionar atendimento ágil e resolutivo em situações de urgência e emergência, visando à qualidade e à integralidade da atenção.

3. AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A avaliação do diagnóstico situacional é uma ferramenta fundamental, pois possibilita que gestores e profissionais da saúde contextualizem e enfrentem os problemas detectados, tanto na gestão quanto nas áreas de atuação das equipes de saúde.

As informações apresentadas neste Plano de Ação Regional, referentes à avaliação do diagnóstico situacional, foram extraídas do Planejamento Regional Integrado (PRI) vigente do ano de 2025 do Estado de Santa Catarina. A utilização dessas informações tem como objetivo assegurar a uniformidade, a padronização e a coerência das bases de dados utilizadas, mantendo o alinhamento com os documentos oficiais de planejamento já instituídos e garantindo a consistência da estrutura documental em toda a região.

3.1 DADOS DEMOGRÁFICOS, AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS

A análise dos dados demográficos, ambientais e socioeconômicos é essencial para a análise situacional de saúde, pois oferece uma visão detalhada das necessidades e características da população. Esses dados são fundamentais para formular estratégias que

atendam às particularidades de cada macrorregião, possibilitando a identificação de áreas e contextos prioritários para a distribuição eficiente de recursos.

Informações como a distribuição populacional, a estrutura etária e o saneamento ajudam a planejar a oferta de serviços de saúde, enquanto os dados socioeconômicos, como renda e educação, fornecem um panorama sobre as condições de vida da região. A integração dessas informações no PRI contribui para a criação de um planejamento mais eficaz, visando à equidade no acesso à saúde.

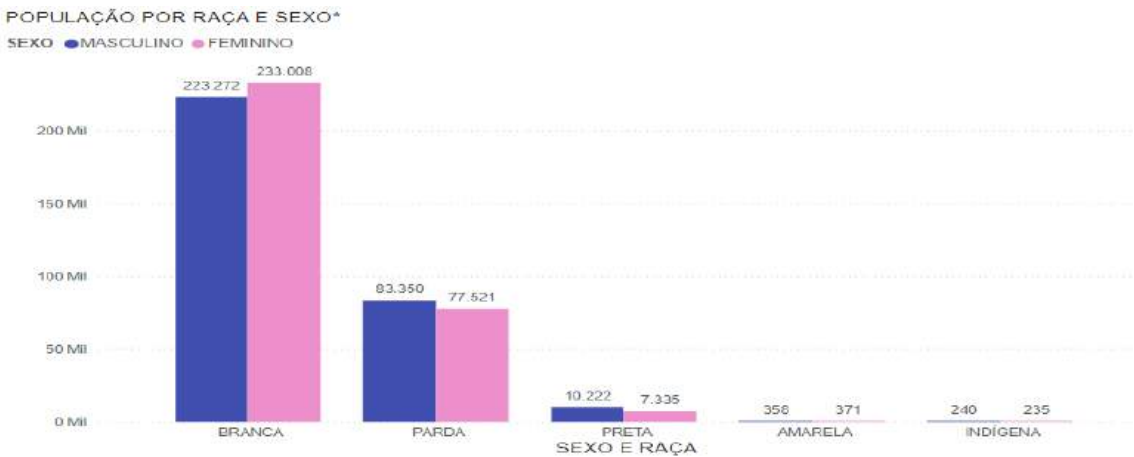
3.1.1 População residente: idade, gênero, renda, raça

O Estado de Santa Catarina é composto por oito macrorregiões de saúde e suas respectivas 17 regiões de saúde, estabelecidas pela Deliberação nº 38/2024, aprovada em 7 de março de 2024 e retificada em 4 de junho de 2024.

Caracterizada por uma população diversificada, composta principalmente por descendentes de imigrantes europeus, especialmente italianos e alemães, a Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina apresenta uma densidade populacional moderada, com forte vínculo em atividades agrícolas e pecuárias.

A influência da imigração europeia reflete-se na composição da população do Meio Oeste do Estado. Esse panorama torna-se evidente na Figura 1, que demonstra a predominância da raça branca em relação às demais.

Figura 1: População da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, por sexo e raça, em 2022



Fonte: CIEGES/SC

Conforme os dados do Centro de Informações Estratégicas para a Gestão do SUS (CIEGES SC), dos 635 mil habitantes da macrorregião, 456 mil são brancos,

correspondendo a 71,8% do total registrado. Em seguida, a raça parda contabiliza 160.871 habitantes, representando 25,3% da população total da região. A raça preta apresenta-se a seguir, com 17.557 habitantes (2,76%). Já a soma das raças amarela e indígena atinge 1.204 habitantes, correspondendo a 0,2% do total populacional.

Em relação ao sexo da população na macrorregião, a análise demográfica revela um equilíbrio, conforme indicado pelos dados do CIEGES SC e demonstrado na Figura 2.

Figura 2: População da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, por faixa etária e sexo (2022)

POPULAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO MEIO OESTE, POR FAIXA ETÁRIA E SEXO		
FAIXA ETÁRIA	SEXO	
0-9 ANOS	F	41.004
	M	42.946
10-19 ANOS	F	39.089
	M	41.568
20-29 ANOS	F	48.116
	M	49.931
30-39 ANOS	F	48.252
	M	48.596
40-49 ANOS	F	44.542
	M	44.580
50-59 ANOS	F	40.770
	M	40.423
60-69 ANOS	F	30.719
	M	28.897
70-79 ANOS	F	17.586
	M	15.111
80 ANOS OU MAIS	F	8.397
	M	5.397
TOTAL FEMININO		318.475
TOTAL MASCULINO		317.449
TOTAL POPULACIONAL		635.924

Fonte: CIEGES/SC

A população total é composta por 318.475 indivíduos do sexo feminino e 317.449 do sexo masculino. Observa-se que, desde o nascimento, há uma maior proporção de meninos em relação às meninas, e essa tendência se mantém predominante até a faixa etária de 20 a 29 anos.

A partir dos 30 anos, a distribuição entre os sexos começa a equilibrar, permanecendo assim até a faixa de 50 a 59 anos. No entanto, a partir dos 60 anos, observa-se uma inversão significativa: o número de mulheres começa a superar o de homens. Este padrão revela uma importante característica demográfica da região: enquanto nas idades

mais jovens a população masculina é mais numerosa, nas idades mais avançadas as mulheres tendem a viver mais, resultando em uma predominância feminina na população idosa. Essa diferença na expectativa de vida entre os sexos destaca uma dinâmica nas fases finais da vida, refletindo fatores biológicos, sociais e de saúde.

3.1.2 Economia

O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* pode ser definido como o valor médio agregado, por indivíduo, dos bens e serviços finais produzidos em um espaço geográfico determinado e no ano considerado, em moeda corrente e a preços de mercado (BRASIL, 2024).

Em 2021, o PIB *per capita* de Santa Catarina atingiu a cifra de R\$ 58.400,55, posicionando-se como o terceiro maior dentre as 27 Unidades da Federação. No mesmo ano, o PIB *per capita* da Macrorregião do Meio Oeste ficou em R\$ 54.460,71, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021).

Na Figura 3, pode-se observar o PIB *per capita* das três regiões que integram a Macrorregião do Meio Oeste. Destaca-se que a Região do Alto Uruguai Catarinense apresentou um indicador superior à média do estado. Uma das possíveis causas para esse desempenho é a forte presença de agroindústrias na região.

Essa dinâmica produtiva baseada no agronegócio e no processamento agroindustrial confere à região uma forte inserção econômica no mercado nacional e internacional, impulsionando a arrecadação local e elevando a média de renda gerada por habitante. Por outro lado, as demais regiões de saúde que compõem a macrorregião — a Região do Meio Oeste e a Região do Alto Vale do Rio do Peixe — apresentaram patamares distintos. Embora configurem polos industriais, comerciais e de serviços relevantes para o estado, enfrentam dinâmicas demográficas e de distribuição de valor agregado diferentes, o que resulta em um indicador per capita mais alinhado ou ligeiramente inferior à média global da macrorregião.

Essa assimetria interna expõe a heterogeneidade econômica do território, sinalizando que a concentração de indústrias de grande porte em municípios específicos atua como um vetor de distorção positiva no cálculo do PIB *per capita* regional. Do ponto de vista da gestão pública e do planejamento em saúde, a análise dessas disparidades é fundamental. Regiões com maior PIB *per capita* tendem a apresentar maior capacidade de financiamento próprio e melhor infraestrutura instalada, enquanto as áreas com indicadores inferiores demandam um olhar técnico mais apurado e investimentos públicos redistributivos para garantir a equidade no acesso aos serviços regulados e na estruturação das redes de atenção.

A macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina é uma área com características econômicas bastante distintas e diversificadas. Essa região é marcada por uma combinação de atividades nos setores primário, secundário e terciário, refletindo a diversidade de recursos e a cultura local.

No ano de 2021, Santa Catarina registrou um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 428,6 bilhões. Nesse cenário, a Macrorregião do Meio Oeste desempenhou uma função relevante, tendo contribuído com 8,14% do PIB estadual, atingindo o montante de R\$ 34,9 bilhões, conforme demonstrado na Figura 4 (IBGE, 2021).

Figura 3: Produto Interno Bruto da Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina (2021)

Alto Uruguai Catarinense		Meio Oeste		Alto Vale do Rio do Peixe	
Município	PIB 2021 R\$ (x 1000)	Município	PIB 2021 R\$ (x 1000)	Município	PIB 2021 R\$ (x 1000)
Alto Bela Vista	78.990,26	Abdon Batista	75.124,25	Arroio Trinta	125.938,63
Ararutã	284.398,45	Água Doce	651.063,75	Caçador	4.702.908,39
Concórdia	4.559.276,14	Brunópolis	137.952.173	Calmon	97.684,98
Ipirá	107.119,59	Campos Novos	2.610.110,76	Curitibanos	1.875.113,68
Ipumirim	465.686,62	Capinzal	1.070.600,65	Fraiburgo	1.273.453,50
Irani	282.643,15	Catanduvas	530.828,22	Frei Rogério	102.092,76
Itá	404.686,27	Celso Ramos	65.896,82	Ibiam	75.603,46
Lindóia do Sul	151.905,93	Erval Velho	183.128,22	Iomerê	227.765,88
Peritiba	120.944,51	Herval d'Oeste	623.924,36	Lebon Régis	416.768,38
Piratuba	801.117,69	Ibicaré	145.405,55	Madeira	59.143,42
Presidente Castello Branco	75.918,59	Jaborá	181.338,44	Matos Costa	62.584,41
Seara	1.178.535,59	Joaçaba	2.380.991,97	Pinheiro Preto	227.240,02
Xavantina	211.868,29	Lacerdópolis	137.752,35	Ponte Alta do Norte	166.628,96
PIB da região R\$ (x 1000)	8.723.091,08	Luzerna	292.962,41	Rio das Antas	288.065,33
		Monte Carlo	233.393,90	Salto Veloso	266.902,48
		Ouro	252.603,68	Santa Cecília	661.991,94
		Treze Tilias	829.462,62	São Cristóvão do Sul	219.792,08
		Vargem	116.140,22	Tangará	600.819,57
		Vargem Bonita	539.875,95	Timbó Grande	303.271,96
		Zortéa	103.642,99	Videira	3.455.716,68
		PIB da região R\$ (x 1000)	11.024.247,11	PIB da região R\$ (x 1000)	15.209.486,51
PIB R\$ (x 1000) DA MACRORREGIÃO DO MEIO OESTE DE SANTA CATARINA				34.956.824,70	

Fonte: IBGE. Elaborado pela equipe do PRI Macrorregião de Saúde do Meio Oeste.

A Região de Saúde do Meio Oeste posiciona-se em patamar intermediário, com uma produção acumulada do montante macrorregional. Sua sustentação econômica ancora-se nas centralidades de Campos Novos e Joaçaba, que atuam como importantes eixos de escoamento agrícola, comércio regional e prestação de serviços médico-hospitalares.

Por fim, a Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, embora registre o menor PIB nominal absoluto entre as três áreas analíticas, caracteriza-se pela maior homogeneidade produtiva voltada ao agronegócio e ao processamento de proteína animal.

O município de Concórdia centraliza essa dinâmica com um PIB individual superando a marca de 52% de todo o valor gerado na respectiva sub-região.

Esse cenário de expressivo desenvolvimento econômico concentrado nos grandes polos contrasta com a realidade de pequenos municípios adjacentes de economia predominantemente agrícola e de baixa densidade demográfica, como Macieira e Celso Ramos. Para o Planejamento Regional Integrado (PRI), tal assimetria de receita fiscal e capacidade instalada reforça a necessidade de consolidação de mecanismos de governança interfederativa bem estruturados, garantindo que as cidades-polo de maior robustez macroeconômica atuem de maneira pactuada e solidária no financiamento e acolhimento das demandas assistenciais de média e alta complexidade regulada de toda a população adstrita ao Meio Oeste catarinense.

Tabela 1: Formas de abastecimento de água e população atendida na Macrorregião do Meio Oeste (2024)

Forma de abastecimento	População atendida (hab.)
Sistema de Abastecimento de água – SAA	433.844
Solução Alternativa Coletiva – SAC	11.003
Solução Alternativa Individual – SAI	10.503
Total	455.350

Fonte: SISAGUA – Ministério da Saúde, 2024

No que tange à infraestrutura de saneamento básico e vigilância da qualidade da água para consumo humano, observa-se que a expressiva maioria da população macrorregional — correspondendo a aproximadamente 95,27% do total adstrito — é atendida por Sistemas de Abastecimento de Água (SAA). Essa modalidade é caracterizada por redes de distribuição formais que passam por processos convencionais de captação, tratamento e desinfecção sob responsabilidade das concessionárias ou serviços municipais.

Sob a ótica da saúde coletiva e do monitoramento de agravos de veiculação hídrica, a expressiva consolidação do modelo SAA mitiga os riscos biológicos na região. Contudo, a persistência de mais de 21,5 mil cidadãos dependentes de soluções alternativas (SAC e SAI) impõe às equipes de Vigilância em Saúde Ambiental (VIGIAGUA) o desafio contínuo de garantir a rotina de coletas e análises laboratoriais nesses pontos, assegurando que os padrões de potabilidade vigentes sejam mantidos mesmo fora da rede pública convencional.

4. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde, sendo fundamental para garantir o acesso universal, integral e

equânime aos cuidados de saúde. Como um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS busca a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a realização de tratamentos primários, com foco na comunidade e na integralidade do cuidado. Seu papel englobando ações de prevenção, monitoramento contínuo e gestão de doenças crônicas.

A APS tem como objetivo a coordenação do cuidado, promovendo a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, e enfatiza a importância das relações contínuas e de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários, com o intuito de desenvolver um vínculo. Dessa forma, ela atua de maneira estratégica na organização do sistema de saúde, sendo um ponto de referência para a população.

A Atenção Primária à Saúde, ordenadora do sistema e a sua capacidade instalada assim como as ações realizadas, são muito importantes para a execução do trabalho em Rede, possui uma característica de relações horizontais entre todos os pontos de atenção, onde constituem elementos fundamentais que são: a população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Santa Catarina entende a Estratégia de Saúde da Família como substitutiva ao modelo de atenção convencional e vem, desde 1994, apoiando a reordenação do modelo.

Apresentamos a seguir as características e a cobertura da Atenção Primária na Macrorregião Meio Oeste.

Tabela 2: Cobertura por Equipe de Saúde da Família – eSF e Equipe de Atenção Primária – eAP (outubro/2022)

Região de Saúde	População Estimada	No de eSF 40h	No de eAP 30h	Estimativa de cobertura eSF e eAP
Meio Oeste	194.381	62	1	94,77%
Alto vale do Rio do Peixe	298.317	75	5	84,49%
Alto Uruguai Catarin.	144.455	42	0	93,81%

Fonte: DAPS/SES, 2022

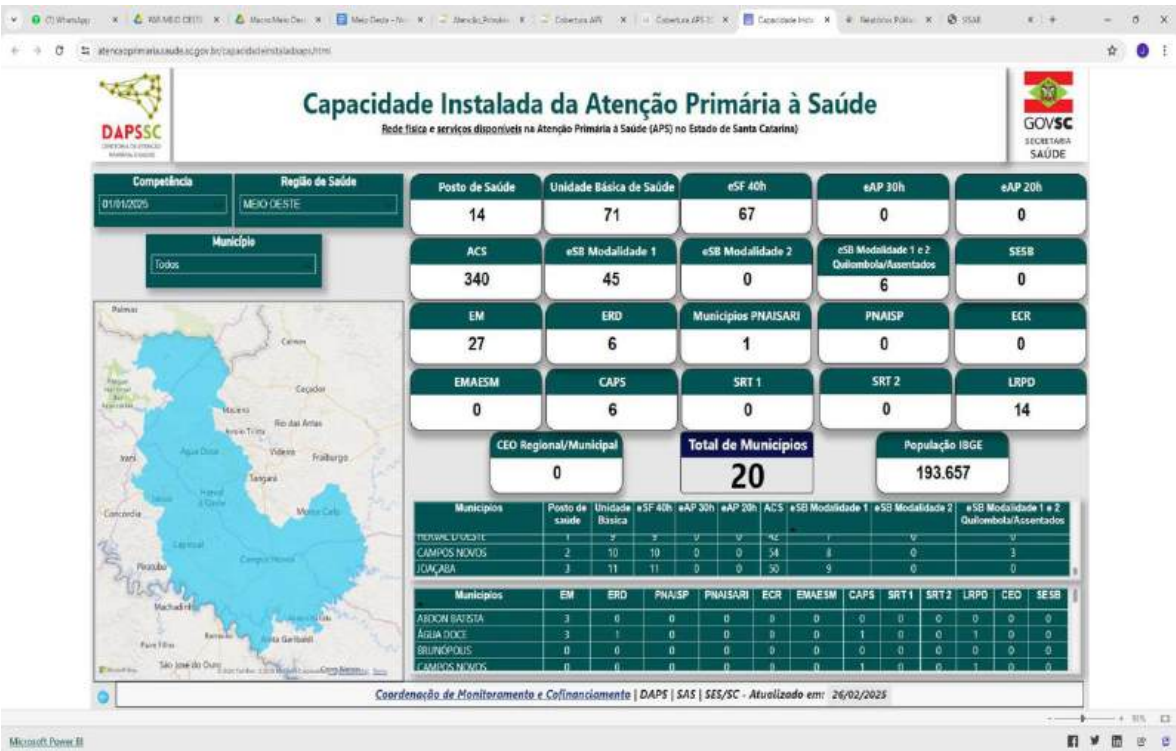
4.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

No ano de 2023, a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP) na Macrorregião de Saúde Meio Oeste atingiu o patamar de 85,71%. A distribuição desse indicador assistencial, desagregada por Regiões de Saúde componentes, apresenta-se configurada conforme os seguintes percentuais:

- **Região de Saúde do Meio Oeste:** 91,37%;
- **Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe:** 84,43%;
- **Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense:** 81,33%.

A análise espacial e quantitativa desses indicadores reflete uma consolidação expressiva da Atenção Primária à Saúde (APS) no território macroregional, embora evidencie assimetrias internas que demandam intervenções estratégicas diferenciadas. A Região de Saúde do Meio Oeste desponta com o maior índice de cobertura (91,37%), aproximando-se da universalização do cuidado básico e consolidando uma rede de forte capilaridade comunitária.

Figura 4: Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde – Região Meio Oeste



Fonte: Power BI, 2024 (Pesquisa realizada em 31/03/2025)

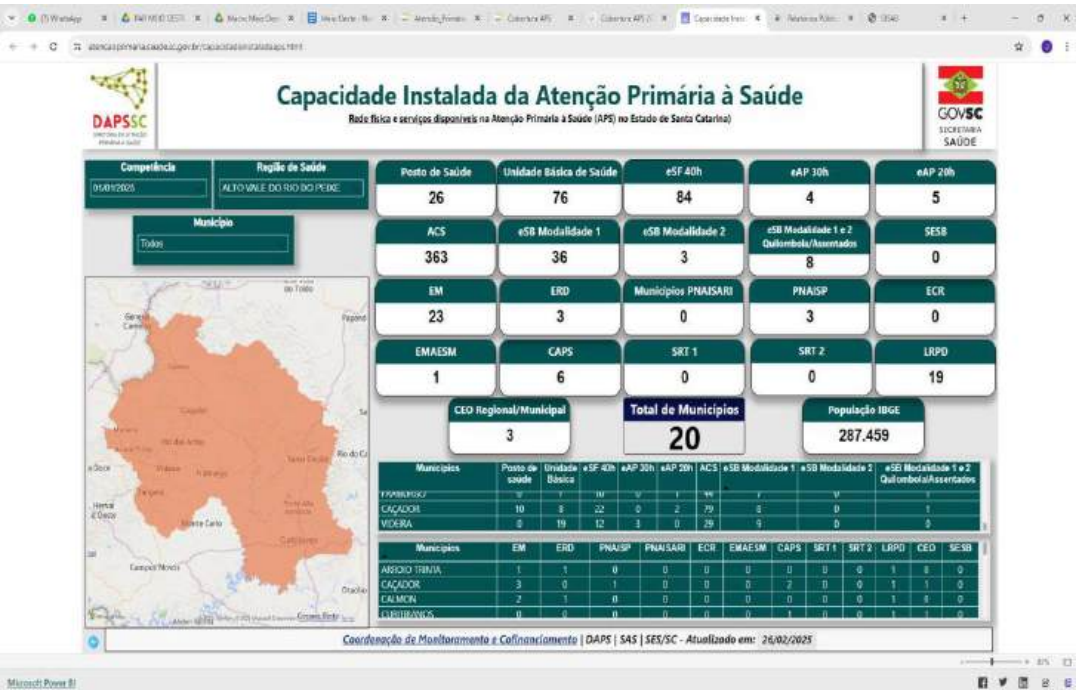
Em contrapartida, as regiões do Alto Vale do Rio do Peixe (84,43%) e do Alto Uruguai Catarinense (81,33%), apesar de sustentarem patamares elevados em termos comparativos nacionais, revelam vazios assistenciais urbanos ou rurais relativos. Essa flutuação entre as regiões de saúde frequentemente decorre de desafios estruturais crônicos, tais como a rotatividade de profissionais generalistas e as dificuldades na fixação de médicos em localidades distantes dos grandes eixos urbanos.

Figura 5: Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde - Alto Uruguai Catarinense



Fonte: Power BI, 2024 (Pesquisa realizada em 31/03/2025)

Figura 6: Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde - Alto Vale do Rio do Peixe



Fonte: Power BI, 2024 (Pesquisa realizada em 31/03/2025)

4.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A Análise da Situação de Saúde requer o conhecimento e a compreensão dos dados epidemiológicos, fundamentais para o diagnóstico das condições de saúde da população e

para a formulação de políticas públicas adequadas. Os dados epidemiológicos fornecem uma visão abrangente sobre a distribuição, os determinantes e as tendências das doenças e agravos à saúde, permitindo identificar as prioridades sanitárias.

A mortalidade materna e infantil permanece como um dos principais desafios de saúde pública, refletindo não apenas a qualidade da atenção à saúde, mas também as condições sociais, econômicas e de acesso da população (OPAS/OMS, 2018; BRASIL, 2024). Esses indicadores são tradicionalmente utilizados como marcadores sensíveis da efetividade das políticas e da capacidade de resposta do sistema de saúde (BRASIL, 2016).

No contexto internacional, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) definem metas específicas para a redução da mortalidade materna e infantil, alinhando os países ao compromisso de eliminar mortes evitáveis (ONU, 2015). No Brasil, ainda que avanços tenham sido registrados nas últimas décadas, a razão de mortalidade materna e a taxa de mortalidade infantil seguem acima dos parâmetros recomendados (BRASIL, 2023).

Nesse contexto, os indicadores de morbimortalidade da população constituem o alicerce técnico da Rede de Atenção às Urgências (RUE), sendo imprescindíveis para o direcionamento de políticas públicas e para a governança dos serviços. Sob essa ótica, as condições cardiovasculares — notadamente o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) — apresentam elevada magnitude na Região Meio-Oeste, que registra as maiores taxas de mortalidade por essas patologias no estado.

Segundo o Manual MSD (2025), o infarto agudo do miocárdio é uma necrose miocárdica resultante de obstrução aguda de uma artéria coronária. O manual ressalta a gravidade do quadro ao pontuar que a doença coronariana é a principal causa de morte em ambos os sexos, sendo responsável por aproximadamente um terço dos óbitos totais. Nota-se que a mortalidade é cerca de cinco vezes maior em homens, entretanto, essa disparidade diminui com o avanço da idade.

A Portaria GM/MS nº 3.438, de 2021, confirma a gravidade da doença cardiovascular ao citar que:

As doenças cardiovasculares, entre as quais se destacam as síndromes coronarianas agudas, incluindo o infarto agudo do miocárdio, são a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no Brasil (BRASIL, 2021).

Já o Acidente Vascular Cerebral (AVC) decorre da alteração do fluxo sanguíneo ao cérebro. Responsável pela morte de células nervosas da região cerebral atingida, o AVC

pode se originar de uma obstrução de vasos sanguíneos, o chamado acidente vascular isquêmico, ou de uma ruptura do vaso, conhecido por acidente vascular hemorrágico. Esse subtipo de AVC é mais grave e tem altos índices de mortalidade (BVS, 2015). Outro fator importante são as sequelas que a doença provoca, não sendo mais uma patologia exclusiva de idosos, mas que afeta pessoas jovens também, mantendo uma taxa de mortalidade elevada.

O AVC é a segunda doença que mais mata os brasileiros e a principal causa de incapacidade no mundo. Pode ocorrer em qualquer idade, inclusive em crianças, mas costuma ser mais frequente em idosos e pessoas com problemas cardiovasculares. A incidência de AVC vem crescendo progressivamente entre os jovens, ocorrendo em 10% dos pacientes com menos de 55 anos, e a Organização Mundial de AVC (*World Stroke Organization*) prevê que uma a cada seis pessoas no mundo terá a doença ao longo de sua vida (SBAVC, [s.d.]).

4.2.1 Morbidade e mortalidade

Os indicadores de morbidade e mortalidade são essenciais para entender o panorama de saúde de uma população. Enquanto os indicadores de morbidade se concentram na frequência de problemas de saúde, como doenças e condições crônicas, os de mortalidade oferecem uma visão sobre as causas e taxas de óbitos. Esses dados ajudam a identificar padrões de saúde pública, como a prevalência de doenças crônicas que exigem monitoramento contínuo, e também apontam para riscos que precisam de intervenção, como acidentes e hábitos prejudiciais, a exemplo do tabagismo.

O registro preciso, por meio dos sistemas de informação, garante que as estatísticas reflitam com precisão as causas de morte e a morbidade, permitindo intervenções mais eficazes na saúde pública.

A morbidade refere-se à incidência de doenças e condições de saúde em uma população. Em Santa Catarina, as principais causas de morbidade incluem doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, que são frequentemente associadas ao estilo de vida e à dieta da população. Além disso, doenças respiratórias e casos de Covid-19 também tiveram um impacto significativo nos últimos anos (BRASIL, 2023).

A mortalidade, por sua vez, refere-se ao número de óbitos em uma população em um determinado período. Santa Catarina, em geral, apresenta taxas de mortalidade relativamente baixas em comparação com outras regiões do Brasil, mas as principais

causas de morte ratificam o perfil epidemiológico, incluindo doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças respiratórias.

4.2.2 Índice de mortalidade geral na Região do Meio Oeste

O índice de mortalidade geral constitui um indicador crucial em saúde pública, proporcionando uma visão abrangente da condição de saúde de uma população. Sua análise repercute na avaliação da saúde coletiva, serve como fundamento para o planejamento de políticas de saúde e pesquisas, e facilita o monitoramento de tendências. Além disso, colabora na identificação de disparidades de saúde entre distintos grupos sociais, orientando assim intervenções específicas.

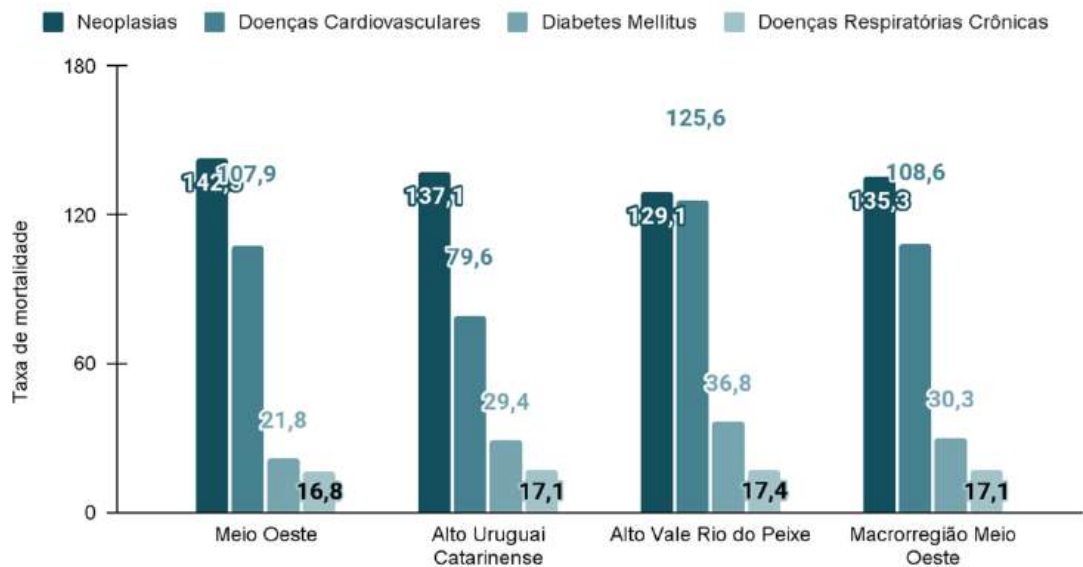
4.2.3 Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por 100 mil habitantes pelas principais causas de DCNT

A taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na faixa etária de 30 a 69 anos constitui um dos indicadores mais sensíveis para avaliar o impacto social e econômico dos agravos à saúde na população em idade produtiva. Esse indicador monitora o impacto do grupo das quatro principais DCNTs: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes *mellitus* e doenças respiratórias crônicas.

No contexto da Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina, a análise desse indicador é estratégica para dimensionar a sobrecarga sobre a Rede de Atenção às Urgências (RUE), uma vez que tais patologias frequentemente evoluem para quadros agudos graves que exigem atendimento imediato e resolutivo.

Assim, compreender a magnitude desse indicador é crucial para subsidiar estratégias que fortaleçam as ações de prevenção primária e o controle dos fatores de risco. Desse modo, busca-se mitigar as complicações agudas dessas patologias antes que elas demandem a estrutura hospitalar de urgência.

Gráfico 1: Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT, por região de saúde



No cenário apresentado na Tabela 2, especificam-se as taxas de mortalidade prematura pelas principais DCNT nas regiões de saúde da Macrorregião do Meio Oeste em 2023. As neoplasias destacaram-se com as mais altas taxas em todas as regiões, atingindo 142,5 na Região do Meio Oeste, 137,1 no Alto Uruguai Catarinense e 129,1 no Alto Vale do Rio do Peixe. Esta última região registrou a maior Taxa de Mortalidade Prematura (TMP) por doenças cardiovasculares (125,6), por diabetes *mellitus* (36,8) e por doenças respiratórias crônicas (17,4).

Tabela 3: Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT por sexo e região de saúde na Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina (2023)

Doenças crônicas	Meio Oeste		Alto Uruguai		Alto Vale do Rio do Peixe		Macrorregião Meio Oeste	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Doenças Cardiovasculares	137,6	78,6	86,1	73,1	157,6	94	133,5	84
Neoplasias	155,5	129,7	167,3	107,2	135,3	123	149,5	121,1
Doenças Respiratórias Crônicas	21,9	11,8	22,1	12,2	15,3	19,3	19,1	15,2
Diabetes Mellitus	25,9	17,7	26,9	21,9	29,3	44,2	30,2	30,4

Fonte: SIM; IBGE (2025). Dados preliminares.

Quando avaliadas as taxas de mortalidade prematura por sexo na Macrorregião do Meio Oeste, percebe-se que o sexo masculino se destacou com as mais altas TMP por neoplasias (149,5), doenças cardiovasculares (133,5) e respiratórias crônicas (19,1),

enquanto a DM apresentou maior taxa entre o sexo feminino (30,4). As maiores TMP por neoplasias entre os homens ocorreram na Região do Alto Uruguai Catarinense (167,3) e, entre as mulheres, na Região do Meio Oeste (129,7). Os homens e as mulheres do Alto Vale do Rio do Peixe apresentaram a maior TMP para doenças cardiovasculares (127,6 e 94,0, respectivamente).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de adoecimento e morte em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) as classifica como doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias, doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes *mellitus* (DM), pois apresentam fatores de risco e proteção em comum em sua história natural, o que facilita o desenvolvimento de políticas de prevenção e controle.

O aumento expressivo dessas doenças está associado ao envelhecimento populacional, mudanças nos hábitos e estilo de vida, além de disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. É considerada morte prematura aquela que ocorre em pessoas entre 30 e 69 anos, visto como um reflexo do valor social da morte, pois atinge uma fase da vida em que o indivíduo ainda é potencialmente produtivo, afetando não apenas a pessoa e seu grupo, mas também a sociedade como um todo.

4.2.4 Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP)

A taxa de internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde é um indicador crucial da efetividade dos cuidados primários na prevenção e manejo de doenças que, se tratadas adequadamente, podem evitar hospitalizações. Condições como asma, infecções respiratórias e diabetes descompensada são exemplos de problemas que poderiam ser controlados nos níveis primários (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; CAMINAL *et al.*, 2004).

Estratégias de promoção da saúde, prevenção e gestão de condições crônicas, além de uma maior integração entre atenção primária e serviços especializados, são essenciais para reduzir essas internações evitáveis (KRINGOS *et al.*, 2013; BINDMAN *et al.*, 2017). Estudos indicam que taxas abaixo de 10% são consideradas satisfatórias (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005), embora possam variar de 0% a 25% dependendo do perfil da população (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). No entanto, é consenso que quanto menor a taxa, melhor o desempenho da atenção primária.

Em 2023, a Macrorregião do Meio Oeste apresentou uma taxa de ICSAP de 91,87, com os seguintes resultados nas suas respectivas regiões de saúde:

a) Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense: 87,02;

- b) Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe: 100,83;
- c) Região de Saúde do Meio Oeste: 87,77.

A macrorregião apresentou um desempenho considerado insatisfatório, principalmente no Alto Vale do Rio do Peixe. O resultado indica uma quantidade elevada de internações que poderiam ser evitadas ou tratadas adequadamente na atenção primária, evidenciando a necessidade de melhorias nos serviços de saúde da macrorregião.

Em uma análise inicial, espera-se que uma maior cobertura das equipes de Saúde da Família e Atenção Primária (eSF/eAP) resulte em uma menor taxa de ICSAP, já que essa cobertura ampliaria o acesso aos serviços de atenção primária. No ano de 2023, a cobertura de eSF/eAP foi de 85,71%, com os resultados demonstrados a seguir, conforme a região de saúde:

- a) Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense: 81,33%;
- b) Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe: 84,43%;
- c) Região de Saúde do Meio Oeste: 91,37%.

Esse resultado indica que grande parte da população tem acesso a esses serviços. No entanto, a taxa de ICSAP é influenciada por outros fatores, como o perfil epidemiológico, a adesão dos pacientes ao tratamento e a qualidade dos cuidados oferecidos. Portanto, apesar da boa cobertura, é importante considerar esses fatores para entender os resultados relacionados às internações evitáveis.

4.2.5 Mortalidade no Meio Oeste de Santa Catarina

Para a consolidação histórica e o acompanhamento temporal dos óbitos na região, a evolução dos dados absolutos e das taxas é detalhada na Tabela 4.

Tabela 4: Mortalidade na Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina (2021 a 2025)

Região de Saúde	2021	2022	2023	2024	2025*
42010 Alto Uruguai Catarinense	1273	1186	1032	1124	709
42009 Alto Vale do Rio do Peixe	2884	2304	2047	2108	1408
42008 Meio Oeste	1732	1443	1417	1364	920
Total	5889	4933	4496	4596	3037

Fonte: SIM (2026). Dados preliminares.

Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM, 2026) revelam uma tendência de declínio na mortalidade da Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina entre 2021 e 2024. Após o pico observado em 2021 (5.889 óbitos), houve uma redução consolidada de 21,9% até 2024. A Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe concentra o maior volume epidemiológico, representando quase metade dos registros da

macrorregião. Ressalta-se que os dados de 2025 são preliminares e indicam uma continuidade na estabilização dos índices após o período pandêmico.

4.2.6 Taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio

Para analisar a magnitude das doenças do aparelho circulatório na região, as taxas específicas de óbito por residências decorrentes de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) estão detalhadas na Tabela 4.

Tabela 5: Taxa de óbito por residência por infarto agudo do miocárdio na Região de Saúde do Meio Oeste (2021 a 2025)

Categoria CID-10	2021	2022	2023	2024	2025*
I21 Infarto agudo do miocárdio	4,39%	5,54%	4,73%	5,94%	4,02%
I22 Infarto do miocárdio recorrente	0,06%	0,00%	0,07%	0,00%	0,00%
I24 Outras doenças isquêmicas agudas do coração	0,06%	0,07%	0,07%	0,07%	0,11%
I25 Doença isquêmica crônica do coração	0,46%	0,69%	0,78%	0,73%	0,43%
Total	4,97%	6,31%	5,65%	6,74%	4,57%

Fonte: SIM (2026). Dados preliminares.

Os dados da Tabela 5 revelam que a Região de Saúde do Meio Oeste apresenta uma mortalidade fortemente concentrada no infarto agudo do miocárdio (CID-10 I21), que atingiu seu ápice em 2024 com 5,94%. Observa-se uma tendência de alta na taxa total de óbitos entre 2021 e 2024, saltando de 4,97% para 6,74%. Embora os dados de 2025 indiquem uma redução para 4,57%, tal índice deve ser analisado com cautela por tratar-se de um dado preliminar.

Em todos os anos analisados, a codificação I21 representa mais de 85% do total de óbitos listados. Isso indica que a letalidade está concentrada em eventos agudos e críticos, exigindo atenção imediata em políticas de urgência e emergência, a exemplo do tempo de resposta assistencial e do acesso qualificado aos serviços de hemodinâmica.

Para fins de comparação epidemiológica dentro da macrorregião, as taxas de óbito decorrentes do mesmo agravo na região limítrofe estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6: Taxa de óbito por residência por infarto agudo do miocárdio na Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe (2021 a 2025)

Categoria CID-10	2021	2022	2023	2024	2025*
I21 Infarto agudo do miocárdio	3,54%	4,30%	4,05%	4,36%	4,19%
I22 Infarto do miocárdio recorrente	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%
I24 Outras doenças isquêmicas agudas do coração	0,00%	0,00%	0,05%	0,00%	0,21%
I25 Doença isquêmica crônica do coração	0,66%	1,09%	1,03%	1,19%	0,92%
Total	4,20 %	5,38 %	5,13 %	5,55 %	5,40 %

Fonte: SIM (2026). Dados preliminares.

Assim como na Região de Saúde do Meio Oeste, na Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe o infarto agudo do miocárdio (IAM) também se configura como uma das maiores causas de óbito desde o início da série histórica em 2021. Os óbitos por doença isquêmica crônica do coração aparecem como a segunda maior causa registrada.

Em relação aos valores totais de óbitos, o ano de 2021 apresentou o menor volume de registros. No entanto, entre os anos de 2022 e 2024, houve um aumento nos números notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM, 2026). Para o ano de 2025, considerando que o painel de monitoramento anual ainda não foi concluído, observa-se, de forma preliminar, a maior proporção percentual de óbitos em relação aos anos anteriores.

Para complementar o panorama epidemiológico da macrorregião, os indicadores da terceira região de saúde encontram-se detalhados na Tabela 7.

Tabela 7: Taxa de óbito por residência por infarto agudo do miocárdio na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (2021 a 2025)

Categoria CID-10	2021	2022	2023	2024	2025*
I21 Infarto agudo do miocárdio	2,67%	3,54%	4,65%	3,74%	2,96%
I25 Doença isquêmica crônica do coração	0,24%	0,51%	0,29%	0,62%	0,71%
Total	2,91 %	4,05 %	4,94 %	4,36 %	3,67 %

Fonte: SIM (2026). Dados preliminares.

Observa-se uma tendência de ascensão acentuada na taxa total de óbitos entre 2021 e 2023, período no qual atingiu o ápice de 4,94%. Esse incremento de aproximadamente 70% sugere um agravamento dos desfechos cardiovasculares na região. O componente principal dessa variação é o infarto agudo do miocárdio (CID-10 I21), que saltou de 2,67% para 4,65%, indicando uma pressão significativa sobre a rede de urgência e emergência cardiológica. A partir de 2024, constata-se uma inflexão na curva, com redução

da taxa total de óbitos, contudo, é essencial destacar que o dado de 2025 é preliminar.

Enquanto o IAM apresenta oscilações mais bruscas, a doença isquêmica crônica do coração (CID-10 I25) demonstra uma tendência de crescimento progressivo. Esse fato pode indicar o envelhecimento populacional ou até mesmo a sobrevivência a eventos agudos prévios, resultando em uma carga maior de pacientes crônicos que evoluem para o óbito tardiamente.

Dentre as três regiões de saúde analisadas, a Região de Saúde do Meio Oeste apresenta a maior taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, com destaque para a elevada letalidade por IAM. Os dados de 2025 indicam uma queda acentuada no Meio Oeste e no Alto Uruguai Catarinense, enquanto a Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe demonstra maior resiliência, tornando-se, momentaneamente, a área com maior taxa de óbito proporcional no último ano registrado.

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de óbito no mundo. A dor torácica é um dos mais frequentes motivos que levam os indivíduos a procurarem atendimento em unidades de pronto-socorro. Uma parcela significativa de pacientes que apresentam dor torácica aguda é diagnosticada com síndrome coronariana aguda (SCA), a qual, por sua vez, pode ser dividida em angina, infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST) ou infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST (IAMSSST).

A dor torácica aguda constitui o principal achado clínico em pacientes com SCA. Como protocolo, a realização do eletrocardiograma (ECG) nos primeiros dez minutos de sua admissão em instituição de saúde é recomendada, pois permite a avaliação do nível de oclusão arterial, especialmente no IAMCSST, no qual a oclusão arterial é, geralmente, total e necessita de reperfusão imediata, como forma de evitar a isquemia miocárdica. O IAM é a principal causa de morte no mundo e, no Brasil, corresponde a aproximadamente 10,2% das internações hospitalares (CARVALHO *et al.*, 2025).

Ainda que o Hospital Maicé de Caçador tenha a habilitação de cardiologia desde agosto de 2022, a região apresentou sua maior taxa de óbitos justamente em 2024, sugerindo que a existência do serviço por si só não reduziu a mortalidade imediata. Pode haver gargalos no tempo de resposta, o que reforça a tese de que o foco deve ser o aprimoramento e a agilidade do fluxo. Já o Hospital São Francisco de Concórdia possui o serviço de cardiologia credenciado desde agosto de 2023, sendo que a taxa de mortalidade em 2024 superou a de 2021, indicando uma possível demanda reprimida ou maior gravidade dos casos. A persistência de elevadas taxas de mortalidade por IAM em uma região que possui o serviço instalado sugere que o paciente está chegando tarde demais ao

serviço de hemodinâmica, reforçando a necessidade de otimizar o tempo porta-balão e as estratégias para redução do tempo de resposta.

4.2.7 Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral

Para complementar a avaliação epidemiológica das linhas de cuidado prioritárias tempo-dependentes, os indicadores epidemiológicos específicos estão descritos por tipo de agravo na Tabela 8.

Tabela 8: Taxa de óbito por residência por tipo de acidente vascular cerebral na Região de Saúde do Meio Oeste (2021 a 2025)

Categoria CID-10	2021	2022	2023	2024	2025*
I60 Hemorragia subaracnoide	0,29%	0,21%	0,56%	0,44%	0,00%
I61 Hemorragia intracerebral	0,81%	0,97%	0,49%	0,37%	1,20%
I62 Outras hemorragias intracranianas não-trauma	0,17%	0,21%	0,28%	0,07%	0,22%
I63 Infarto cerebral	0,06%	0,07%	0,21%	0,15%	0,22%
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico isquêmico	1,67%	2,77%	3,95%	2,64%	2,83%
I67 Outras doenças cerebrovasculares	0,64%	0,90%	0,85%	1,03%	1,30%
I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares	0,92%	1,94%	1,62%	1,69%	0,65%
Total	4,56%	7,07%	7,97%	6,38%	6,41%

Fonte: SIM (2026). Dados preliminares.

Outra patologia em destaque causadora de um grande número de óbitos nesta macrorregião é o acidente vascular cerebral ou encefálico (AVC), que se caracteriza pela instalação do déficit neurológico focal, repentino e não convulsivo determinado por uma lesão cerebral, secundária a um mecanismo vascular e não traumático.

A região do Meio Oeste enfrenta um desafio de especificação da causa do AVC. O alto índice de causas não especificadas (I64) dificulta a criação de políticas públicas direcionadas, como unidades de trombólise para isquêmicos, por exemplo. Além disso, o aumento nas outras doenças cerebrovasculares sugere um envelhecimento populacional ou aumento de condições crônicas mal controladas como hipertensão e diabetes.

Houve um salto expressivo na mortalidade geral entre 2021 (4,56%) e 2023 (7,97%). Após esse pico, a taxa parece ter se estabilizado em um patamar elevado (6,41%), indicando que o impacto das doenças cerebrovasculares na região permanece elevado,

ressalta-se que 2025 ainda não houve a conclusão dos dados, mas baseado na média histórica verifica-se que há um aumento na porcentagem de óbitos bem expressivo.

Tabela 9: Taxa de Óbitos por Residência por tipo de AVC, Região 42009 Alto Vale do Rio do Peixe

Categoria CID-10	2021	2022	2023	2024	2025*
I60 Hemorragia subaracnoide	0,24%	0,26%	0,44%	0,14%	0,78%
I61 Hemorragia intracerebral	1,04%	1,13%	0,88%	0,90%	0,28%
I62 Outras hemorragias intracranianas não-trauma	0,07%	0,17%	0,15%	0,24%	0,00%
I63 Infarto cerebral	0,10%	0,17%	0,15%	0,28%	0,14%
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico isquêmico	1,21%	2,13%	2,54%	2,56%	2,77%
I67 Outras doenças cerebrovasculares	0,90%	1,00%	1,42%	1,28%	1,07%
I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares	1,98%	1,26%	2,10%	1,99%	3,76%
Total	5,55%	6,12%	7,67%	7,40%	8,81%

Fonte: SIM (2026). Dados preliminares.

Esse aumento de 58% em apenas cinco anos configura-se como um indicador epidemiológico robusto. Esse cenário sugere que, embora a medicina avance, a incidência ou a letalidade dessas patologias apresenta-se superior às barreiras impostas pelas políticas de prevenção vigentes. De forma semelhante às demais regiões de saúde, o acidente vascular cerebral não especificado manifesta uma ascensão contínua na Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe.

A análise dos dados preliminares de 2025 reforça a urgência de políticas voltadas ao controle de fatores de risco, a exemplo da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, bem como à melhoria da infraestrutura diagnóstica regional. O aumento na mortalidade por sequelas e por AVCs não especificados aponta para a necessidade de otimizar a linha de cuidado, desde o atendimento de urgência e emergência até o acompanhamento ambulatorial de longo prazo.

Para finalizar a análise do panorama epidemiológico das doenças cerebrovasculares na macrorregião, as taxas da terceira região de saúde estão detalhadas na Tabela 10.

Tabela 10: Taxa de óbito por residência por tipo de acidente vascular cerebral na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (2021 a 2025)

Categoria CID-10	2021	2022	2023	2024	2025*
I60 Hemorragia subaracnoide	0,00%	0,25%	0,10%	0,27%	0,14%
I61 Hemorragia intracerebral	0,71%	0,34%	0,39%	0,98%	0,00%
I62 Outras hemorragias intracranianas não-trauma	0,00%	0,08%	0,10%	0,00%	0,28%
I63 Infarto cerebral	1,96%	2,45%	2,71%	1,87%	3,24%
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico isquêmico	0,55%	0,93%	1,16%	0,27%	0,99%
I67 Outras doenças cerebrovasculares	0,00%	0,34%	0,10%	0,00%	0,14%
I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares	0,55%	1,26%	1,55%	1,96%	3,10%
Total	3,77%	5,65%	6,10%	5,34%	7,90%

Fonte: SIM (2026). Dados preliminares.

O ano de 2024 apresentou uma breve desaceleração na tendência de alta, com 5,34% nos óbitos relacionados, fato explicado pela redução momentânea nos registros de acidente vascular cerebral não especificado e infartos. Contudo, os dados preliminares de 2025 já superam todos os anos anteriores, indicando que, mesmo com notificações ainda em aberto, o impacto dessas patologias atingiu um novo patamar de gravidade. Essas patologias ocupam um espaço cada vez maior nas estatísticas de mortalidade, exigindo reforço em políticas de prevenção de fatores de risco e suporte ao paciente crônico.

De acordo com a Sociedade Brasileira de AVC (SBAVC, [s.d.]), com dados extraídos do Portal da Transparência do Registro Civil do Brasil sobre os atestados de óbitos nacionais, a mortalidade por AVC no país continua ultrapassando o infarto: foram 75.553 óbitos em 2019, 76.382 em 2020, 81.822 em 2021, 87.749 em 2022 e 84.931 em 2023. Esses números assemelham-se aos dados oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais podem variar sutilmente de acordo com a metodologia aplicada nos critérios de busca e agrupamentos de Classificações Internacionais de Doenças (CIDs) considerados.

No ano de 2024, o número total de óbitos por AVC foi de 85.959 casos, seguido de 78.446 mortes por infarto, segundo registros dos cartórios. No mesmo ano, dados do DATASUS/TABNET indicaram 106.501 mortes por AVC no Brasil, englobando infarto cerebral, AVC isquêmico, AVC hemorrágico, hemorragia subaracnóidea e AVC não especificado (CIDs G45-G46 e I60-I69) (BRASIL, 2024).

A análise dos dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM, 2026) permite traçar o perfil epidemiológico da Macrorregião do Meio Oeste, no qual se

observa que a distribuição das causas de óbito apresenta variações geográficas significativas. Nas regiões de saúde do Meio Oeste e do Alto Vale do Rio do Peixe, o indicador de maior prevalência é o acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (CID-10 I64). Em contrapartida, na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, o infarto cerebral (CID-10 I63) figura como a principal causa de mortalidade.

Os elevados índices de óbitos registrados reiteram a necessidade de ampliar o acesso à terapia trombolítica nas unidades de porta. Esta estratégia é crucial para garantir a intervenção precoce até que o paciente seja transferido para as unidades de referência em neurologia e neurocirurgia — representadas pelos hospitais Maicé (Caçador), São Francisco (Concórdia) e/ou Universitário Santa Terezinha (Joaçaba), conforme os fluxos pactuados na macrorregião. A implementação do protocolo de trombólise na ponta visa reduzir sequelas e mortalidade, estabelecendo maior agilidade e resolutividade no fluxo assistencial regional.

4.2.8 Taxa de mortalidade específica por causas externas

Para dimensionar o impacto dos agravos decorrentes de fatores externos, acidentes e violências na região, as taxas específicas estão descritas na Tabela 11.

Tabela 11: Taxa de óbito por causas externas na Região de Saúde do Meio Oeste (2021 a 2025)

Categoria CID-10	2021	2022	2023	2024	2025*
104 Acidentes de transporte	2,66%	2,56%	2,82%	4,18%	1,96%
105 Quedas	0,81%	0,83%	1,76%	1,83%	1,74%
106 Afogamentos e submersões acidentais	0,06%	0,14%	0,28%	0,37%	0,22%
107 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	0,06%	0,00%	0,00%	0,07%	0,00%
108 Envenenamentos intoxicações por ou exposição à substância nociva	0,00%	0,00%	0,07%	0,07%	0,11%
109 Lesões autoprovocadas voluntariamente	1,56%	1,87%	2,40%	1,76%	7,17%
110 Agressões	1,04%	1,66%	1,41%	0,88%	0,76%
111 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	0,52%	0,42%	0,35%	0,22%	0,54%
112 Intervenções legais e operações de guerra	0,06%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
113 Todas as outras causas externas	0,81%	0,97%	0,71%	1,03%	0,00%
Total	7,56%	8,45%	9,81%	10,41%	12,50%

Fonte: SIM (2026). Dados preliminares.

Em 2021, o Brasil registrou 1.832.649 óbitos no SIM. Desse total, 149.322 (8,1%) decorreram de causas externas, ocupando a quarta posição na mortalidade proporcional por causas no país. As vítimas de homicídios representaram 30,5%; os acidentes de transporte, 23,5%; as quedas, 11,3%; e as lesões autoprovocadas voluntariamente (suicídios), 10,4%, conforme os dados nacionais consolidados. Destaca-se, ainda, o registro de 13.843 (9,3%) mortes por causas externas com intenção indeterminada (BRASIL, 2024).

Considerando a relevância dessas informações para o direcionamento de ações no setor de saúde e o diagnóstico regional, a Tabela 10 detalhou o quantitativo epidemiológico na Região de Saúde do Meio Oeste. Os indicadores demonstraram que os acidentes de transporte figuram como a principal causa em número de registros na referida região, seguidos pelas lesões autoprovocadas voluntariamente e pelas quedas. Ressalta-se que o ano de 2025, de forma preliminar, apresenta a maior proporção percentual de óbitos em relação à série histórica descrita.

Para dar continuidade à análise comparativa e identificar o comportamento dos agravos por causas externas no território macroestrutural, as taxas da segunda região de saúde estão apresentadas na Tabela 12.

Tabela 12: Taxa de óbito por causas externas na Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe (2021 a 2025)

Categoria CID-10	2021	2022	2023	2024	2025*
104 Acidentes de transporte	3,29%	3,21%	3,81%	3,23%	3,91%
105 Quedas	0,94%	1,48%	1,86%	1,52%	1,21%
106 Afogamentos e submersões acidentais	0,28%	0,35%	0,39%	0,90%	0,50%
107 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	0,10%	0,13%	0,00%	0,05%	0,07%
108 Envenenamentos intoxicações por ou exposição à substância nociva	0,03%	0,00%	0,10%	0,00%	0,07%
109 Lesões autoprovocadas voluntariamente	1,60%	1,39%	2,59%	2,32%	2,13%
110 Agressões	1,14%	1,43%	1,81%	1,61%	1,85%
111 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	1,01%	1,04%	1,37%	0,52%	0,78%
112 Intervenções legais e operações de guerra	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,07%
113 Todas as outras causas externas	0,52%	0,95%	0,78%	0,90%	0,00%
Total	8,91%	10,03%	12,70%	11,05%	10,58%

Fonte: SIM (2026). Dados preliminares.

De forma geral, as causas externas de morbidade e mortalidade descritas demonstram uma oscilação no total de ocorrências, com um pico registrado no ano de 2023 (12,70%) e uma tendência de estabilização nos períodos subsequentes. Os acidentes de transporte configuram-se, consistentemente, como a principal causa em todos os anos avaliados. Esses agravos mantêm uma média superior a 3%, atingindo o maior valor na projeção para o ano de 2025 (3,91%), índice que deve ser interpretado com cautela. Por se tratar de dados preliminares, esses números permanecem sujeitos a alterações conforme novas notificações forem processadas pelo sistema de informação.

Em resumo, o cenário epidemiológico indica que a segurança viária, o cuidado com a saúde mental e o enfrentamento às violências interpessoais constituem os principais desafios de saúde pública dentro desse conjunto de dados.

Para complementar o diagnóstico situacional e finalizar a análise das causas externas na macrorregião, os indicadores da terceira área territorial estão detalhados na Tabela 13.

Tabela 13: Taxa de óbito por causas externas na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (2021 a 2025)

Categoria CID-10	2021	2022	2023	2024	2025*
104 Acidentes de transporte	2,59%	2,11%	2,52%	3,29%	2,26%
105 Quedas	1,73%	1,94%	2,23%	3,02%	1,83%
106 Afogamentos e submersões acidentais	0,31%	0,17%	0,39%	0,09%	0,42%
107 Exposição à fumaça, ao fogo e as chamas	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%	0,00%
108 Envenenamentos intoxicações por ou exposição à substância nociva	0,00%	0,00%	0,00%	0,18%	0,14%
109 Lesões autoprovocadas voluntariamente	2,04%	2,53%	3,39%	3,11%	2,54%
110 Agressões	0,86%	0,67%	0,78%	0,71%	0,42%
111 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	0,39%	0,08%	0,10%	0,36%	0,56%
112 Intervenções legais e operações de guerra	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,14%
113 Todas as outras causas externas	0,39%	1,01%	0,97%	1,07%	0,00%
Total	8,33%	8,52%	10,37%	11,92%	8,32%

Fonte: SIM (2026). Dados preliminares.

O impacto das causas externas manifestava uma crescente significativa, saltando de 8,33% em 2021 para um pico de 11,92% em 2024. Os dados preliminares de 2025 sugerem

uma redução para 8,32%, contudo, por se tratar de um período com notificações em aberto, esse indicador permanece sujeito a acréscimos. Os acidentes de transporte mantêm-se como a principal causa de óbito. O incremento observado em 2024 é notável, representando o maior índice da série histórica para essa categoria.

As lesões autoprovocadas voluntariamente acendem um alerta crítico. Houve um crescimento constante entre 2021 e 2023, mantendo-se em patamares elevados desde então e superando, inclusive, os acidentes de transporte. De forma semelhante às demais regiões de saúde, o perfil epidemiológico indica uma preocupação progressiva com a saúde mental e com as seguranças viária e doméstica, as quais concentram a maior parte das ocorrências.

Com base nos dados fornecidos para as três regiões de saúde (Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe e Alto Uruguai Catarinense) entre 2021 e 2025, observa-se: um crescimento constante de mortalidade total por causas externas no Meio Oeste; índices mais elevados em acidentes e agressões no Alto Vale do Rio do Peixe; e, após um pico em 2024, a Região do Alto Uruguai Catarinense apresenta a melhor tendência de redução para 2025.

Epidemiologicamente as regiões, apesar de geograficamente próximas, possuem dinâmicas distintas: o Meio Oeste enfrenta um cenário crítico na saúde mental; o Alto Vale, um panorama complexo de violência e trânsito; e o Alto Uruguai, uma vulnerabilidade associada a quedas e acidentes domésticos ou de trabalho. O aumento progressivo nas taxas totais, especialmente no Meio Oeste, indica que as causas externas estão exercendo um peso cada vez maior na carga de mortalidade dessas regiões.

O ano de 2025 configura-se como um marco temporal no qual a natureza dos óbitos apresentou alteração expressiva: o predomínio histórico de causas acidentais passou a sofrer a superação por causas intencionais, especialmente na Região do Meio Oeste. Esse panorama exige uma resposta imediata da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio do fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) — com a ampliação do horário de atendimento e o reforço das equipes multidisciplinares —, do treinamento de sentinelas para capacitar profissionais da Atenção Básica, professores e líderes comunitários na identificação precoce de ideação suicida, além da integração da rede para a qualificação do acolhimento ao usuário.

4.3 NÚMEROS DE LEITOS HOSPITALARES (SUS) POR HABITANTE

Para avaliar a capacidade instalada e a infraestrutura de assistência à saúde disponível na macrorregião, a oferta de leitos operacionalizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante está detalhada na Tabela 14.

Tabela 14: Número de leitos hospitalares (SUS) por 1.000 habitantes (2025)

Região do Meio Oeste	População	Leitos	Total
Meio Oeste	201.464	484	2,40
Alto Uruguai Catarinense	204.712	396	1,93
Alto Vale do Rio do Peixe	297.625	790	2,65
Total	703.801	1670	2,37

Fonte: CNES; IBGE (2026). Dados preliminares.

Conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2025, a Macrorregião de Saúde do Meio Oeste possuía aproximadamente 703.801 habitantes. Ao analisar os dados da Tabela 13, observa-se uma disparidade importante na oferta de leitos na macrorregião. Embora a média geral esteja em um patamar aceitável para os padrões nacionais, destaca-se a Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, que apresenta o cenário mais crítico, com apenas 1,93 leito por 1.000 habitantes. Esta é a única região abaixo da marca de dois leitos por mil habitantes, o que pode indicar uma dependência do deslocamento de pacientes para as regiões vizinhas.

O índice global de 2,37 leitos por 1.000 habitantes está alinhado com os parâmetros do Ministério da Saúde, o qual historicamente sugere uma meta de 2,5 a 3 leitos para a assistência hospitalar completa, indicando que a macrorregião, de forma geral, está próxima do equilíbrio, embora demonstre uma distribuição interna desigual.

Embora a ocupação global da região apresente margem operacional, identifica-se um represamento crônico de pacientes em leitos de alta complexidade que já superaram a fase aguda do tratamento e poderiam estar inseridos em leitos de retaguarda clínica ou em Unidades de Cuidados Prolongados (UCP). Contudo, a superlotação e as barreiras geográficas ou sociais desses leitos específicos impedem a desospitalização segura e a reabilitação precoce. A habilitação de novos leitos visa otimizar o giro de leitos agudos, reduzindo o custo por paciente e garantindo que os leitos de maior suporte tecnológico sejam utilizados exclusivamente para casos críticos, sanando gargalos que distorcem os indicadores locais. Essa estratégia visa garantir que o vazio assistencial geográfico seja mitigado, permitindo que a continuidade do tratamento ocorra no território do paciente, fator determinante para a redução do tempo de internação e para a eficácia do tratamento clínico.

4.3.1 Taxa de ocupação dos leitos

Para avaliar a eficiência na utilização da infraestrutura disponível e o fluxo de internações, os indicadores de ocupação da macrorregião estão consolidados na Tabela 15.

Tabela 15: Taxa de ocupação hospitalar na Região de Saúde do Meio Oeste (julho de 2024 a junho de 2025)

Período	Total de Pacientes dia, no Período	Total de Leitos dia, no mesmo período, ou seja, 30 dias.	Taxa de Ocupação
Jul/24	21877	37913	57,70%
Ago/24	24122	40486	59,58%
Set/24	23922	40050	59,73%
Out/24	23969	41602	57,62%
Nov/24	20700	40230	51,45%
Dez/24	13463	41664	32,31%
Jan/25	23990	41447	57,88%
Fev/25	22072	37408	59,00%
Mar/25	23941	41416	57,81%
Abr/25	23738	40560	58,53%
Mai/25	24121	42377	56,92%
Jun/25	15603	41340	37,74%
Total	261518	486493	53,76%

Fonte: CNES; SISREG (2026). Dados preliminares.

O Ministério da Saúde recomenda que a taxa de ocupação operacional ideal fique entre 75% e 85%, uma taxa de ocupação hospitalar de 53,76% é geralmente interpretada como um indicador de ociosidade ou baixa utilização dos recursos. Embora possa parecer positivo por não haver sobrecarga, esse índice está abaixo dos parâmetros considerados ideais para a eficiência do sistema, impactando significativamente a gestão, pois sugere subutilização, esses leitos poderiam ser direcionados para especialidades que possuem fila de espera. Ou ainda, problema de fluxo, às vezes a taxa é baixa porque o hospital não consegue admitir novos pacientes por falta de pessoal ou insumos, e não por falta de demanda na região. Ou até mesmo erros no faturamento dos hospitais que podem levar a glosas, não registrando corretamente a entrada e saída do paciente.

4.3.2 – Média de permanência hospitalar

O Tempo Médio de Permanência Hospitalar constitui importante indicador para avaliação da eficiência na utilização dos recursos hospitalares, sendo amplamente utilizado na análise da gestão assistencial e da capacidade de otimização dos leitos disponíveis.

Nesse contexto, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) configura-se como uma instância colegiada vinculada diretamente à Direção Hospitalar e validada por esta. A partir da análise das principais patologias que demandam internação hospitalar, torna-se possível estruturar uma tipologia de leitos intra-hospitalares mais adequada ao perfil de demanda assistencial, superando o modelo tradicional de distribuição de leitos exclusivamente por especialidades.

Esse modelo de gestão de leitos contribui para uma melhor organização do fluxo de internações, possibilitando maior racionalidade na utilização da capacidade instalada, com consequente otimização da ocupação dos leitos, redução do tempo médio de permanência hospitalar e mitigação de situações de superlotação.

Adicionalmente, espera-se que essa estratégia favoreça a articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), permitindo a pactuação e utilização de leitos de retaguarda, quando necessário, bem como o monitoramento sistemático de indicadores como tempo médio de permanência e taxa de ocupação, inclusive nesses leitos (Ministério da Saúde, 2002, p. 33).

Em suma, a gestão da média de permanência hospitalar, mediada pela atuação do NIR, consolida-se como ferramenta central para a eficiência interna e a integração com a RAS. Como passos futuros para o fortalecimento dessa estratégia, recomenda-se a automação do monitoramento de dados em tempo real e a capacitação contínua das equipes assistenciais quanto aos fluxos de regulação. Adicionalmente, o desenvolvimento de protocolos de desospitalização segura e a ampliação das barreiras de contratualização de novos leitos de retaguarda serão fundamentais. Essas ações garantirão a sustentabilidade do modelo, otimizando o giro de leitos e assegurando um atendimento ágil e contínuo às demandas da população.

A análise da Média de Permanência Hospitalar na Região Meio Oeste, no período compreendido entre julho de 2024 e junho de 2025, constitui um diagnóstico fundamental para compreender o comportamento da assistência à saúde e a dinâmica de ocupação de leitos na localidade. O mapeamento desse indicador regional permite identificar gargalos operacionais, avaliar a resolutividade dos serviços locais e compreender como as patologias prevalentes impactam o tempo de internação dos usuários. Diante disso, este panorama

retrospectivo serve como subsídio estratégico para o planejamento em saúde, fornecendo dados concretos para a reorganização dos fluxos assistenciais e para o fortalecimento das pactuações regulatórias na região.

Tabela 16: Média de Permanência Hospitalar da Região Meio Oeste, julho 2024 a junho 2025

Hospital SC (CNES)	Frequência	Permanência	Média de Permanência
2300184 Hospital São Roque De Luzerna	642	9841	15,33
2301830 Hospital Maicé	6666	23170	3,48
2302101 Hospital Hélio Anjos Ortiz	6424	30999	4,83
2302500 Hospital Salvatoriano Divino Salvador	5409	19352	3,58
2302543 Hospital Santa Juliana	429	651	1,52
2302748 Hospital E M. Santa Cecília	1272	13382	10,52
2302780 Hospital Beneficente São Roque	571	821	1,44
2303892 Hospital São Francisco	6962	26290	3,78
2304155 Hospital São Roque De Seara	1554	5016	3,23
2379767 Fundação Hospitalar Dr José Athanázio	5172	12535	2,42
2380129 Hospital São Lucas Imas	1252	2646	2,11
2380188 Hospital Nossa Senhora Da Paz	155	383	2,47
2380331 Hospital Nª Senhora Das Dores	2190	6441	2,94
2557843 Hospital Salvatoriano S. Maria	630	2303	3,66
2560771 Hospital U Santa Terezinha	14439	46436	3,22
2666138 Hospital São Lucas	329	877	2,67
2689863 Associação Beneficente Hospitalar São Camilo Peritiba	436	743	1,7
2691493 Hospital Oswaldo Cruz	768	738	0,96
2691507 Hospital Piratuba Ipira	294	1046	3,56
2691566 Hospital São Pedro	906	5082	5,61
2691833 Hospital Municipal Sº Antônio	133	659	4,95
2691876 Hospital Izolde Hubner Dalmora	909	18675	20,54
3039250 Hospital São Miguel - IMAS	1918	4305	2,24
6249604 Hospital São Camilo	288	1035	3,59
7274351 Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva - AFSC	2906	8052	2,77
TOTAL	62654	241478	4,52

Fonte: DATASUS, 2026

Entre as 25 unidades hospitalares, a grande disparidade operacional observa-se no Hospital São Roque de Luzerna, que possui uma média de permanência de 15,33 dias, assim como no Hospital Izolde Hubner Dalmora, com 20,54 dias. Ambos possuem unidades de cuidados prolongados e leitos para tratamento de saúde mental, justificando o aumento da média de permanência dos pacientes.

O Manual Técnico Operacional do Sistema (BRASIL, 2017) define os critérios para essa modalidade de atendimento:

O paciente sob Cuidados Prolongados caracteriza-se por: Paciente convalescente: Aquele submetido a procedimento clínico/cirúrgico, que se encontre em recuperação e necessite de acompanhamento médico, de outros cuidados de assistência e de reabilitação físico funcional por período prolongado. • Paciente portador de múltiplos agravos à saúde: Aquele que necessita de cuidados médico-assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação. • Paciente crônico: Aquele portador de patologia de evolução lenta, ou portador de sequelas da patologia básica que gerou a internação e que necessita de cuidados médicos assistenciais permanentes, com vistas à reabilitação físico funcional. [...] • Pacientes sob cuidados permanentes: Aquele que teve esgotadas todas as condições de terapia específica e que necessita de assistência médica ou cuidados permanentes. (BRASIL, 2017, p. 53).

O documento complementa informando que o tratamento de pacientes sob cuidados prolongados na AIH-1 é de, no máximo, 45 dias. Caso haja necessidade de permanência do paciente, a AIH deve ser encerrada no último dia do mês e solicitada a AIH-5 com o mesmo número da AIH-1. A abertura da AIH-5 ocorre sempre no primeiro dia do mês e permite até 31 diárias, devendo ser emitidas quantas AIH-5 forem necessárias até a alta, óbito ou transferência do paciente (BRASIL, 2017).

Por outro lado, o Hospital Maternidade Santa Cecília possui uma média de permanência de 10,52 dias. O Hospital São Pedro, com 5,61 dias, e o Hospital Hélio Anjos Ortiz, com 4,83 dias, são instituições habilitadas com leitos para tratamento de saúde mental. Considera-se, portanto, que o aumento na média de permanência decorre do perfil dos pacientes sob este cuidado, que tendem a permanecer internados por períodos maiores, conforme a necessidade clínica.

De acordo com as diretrizes vigentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017):

O hospital-dia em saúde mental atua como um recurso intermediário, oferecendo cuidados intensivos multiprofissionais por até 5 dias na

semana, com carga horária diária de 8 horas. O procedimento é registrado em AIH-1, permitindo um máximo de 31 diárias, com limite de 45 dias corridos e sem emissão de AIH-5. Caso necessário, nova AIH pode ser emitida (BRASIL, 2017).

Observando os dados, a Média de Permanência Hospitalar da Região Meio Oeste entre julho de 2024 e junho de 2025 mantém-se dentro da média preconizada de 4,52 dias, mesmo com a presença de hospitais com unidades de cuidados prolongados e saúde mental.

Segundo Scárdua (2021), citando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2013), o tempo médio de permanência nos hospitais brasileiros varia, situando-se geralmente entre 3 e 5 dias, com uma média nacional de 4,5 dias.

5. DIMENSIONAMENTO DAS DEMANDAS DE URGÊNCIA SUS

A Macrorregião do Meio Oeste é composta por 25 Unidades Hospitalares, sendo que destas, somente 4 unidades possuem habilitação Ministerial em Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência das demais, algumas possuem atendimento de porta 24 h/dia, entretanto custeada por outro ente, outras não prestam atendimento de urgência e emergência. Algumas Instituições que possuem atendimento de urgência e emergência e trabalham com Acolhimento com Classificação de Risco, contudo, cada hospital opta por um Protocolo de sua preferência.

O Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR), a Deliberação nº 120/CIB/2025, de 27 de março de 2025, estabelece, em seu Art. 1º, o PCACR como instrumento a ser adotado no Estado de Santa Catarina, com a finalidade de instrumentalizar o profissional classificador na avaliação e estratificação dos pacientes conforme o grau de sofrimento, gravidade do agravo à saúde e potencial de risco, contribuindo para a qualificação e humanização do atendimento nas emergências hospitalares e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

A identificação do risco ocorrerá por meio da classificação do risco por tipo de prioridade e a sua cor correspondente, sendo especificada como prioridade máxima, alta, média, baixa e mínima, permitindo um atendimento rápido e seguro conforme demonstrado no quadro abaixo:

Figura 7: Classificação de risco – PCACR

PRIORIDADE	NOME	COR
1	PRIORIDADE MÁXIMA	VERMELHO
2	PRIORIDADE ALTA	LARANJA
3	PRIORIDADE MÉDIA	AMARELO
4	PRIORIDADE BAIXA	VERDE
5	PRIORIDADE MÍNIMA	AZUL

Fonte: <https://cieges.saude.sc.gov.br/index.html>

O Protocolo Manchester, trata-se de um sistema implantado inicialmente no Manchester Royal Infirmary na cidade de Manchester, em 1997, e desde então adotado como protocolo padrão em vários hospitais do Reino Unido. Desde o ano de 2000 um número significativo de instituições de saúde de várias realidades geográficas e populacionais vem implantando o Sistema de Classificação de Risco de Manchester, após licenciamento e autorização dos autores. São eles: Áustria, Brasil, Alemanha, México, Noruega, Portugal, Espanha, Suíça, Bélgica, Holanda, Itália, dentre outros países.

De acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco o Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 55 fluxogramas (sendo 53 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente. Cada fluxograma contém discriminadores que orientarão a coleta e análise de informações para a definição da prioridade clínica do paciente. A fim de garantir a uniformidade de compreensão e aplicação dos conceitos, todos os discriminadores encontram-se previamente definidos. O paciente é classificado em uma das cinco prioridades identificadas por número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial conforme quadro abaixo:

Figura 8: Classificação de Risco conforme Protocolo de Manchester

	Prioridade	COR	TEMPO
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Fonte: <https://www.gbcr.org.br/wp-content/uploads/2021/03/DIRETRIZES.pdf>

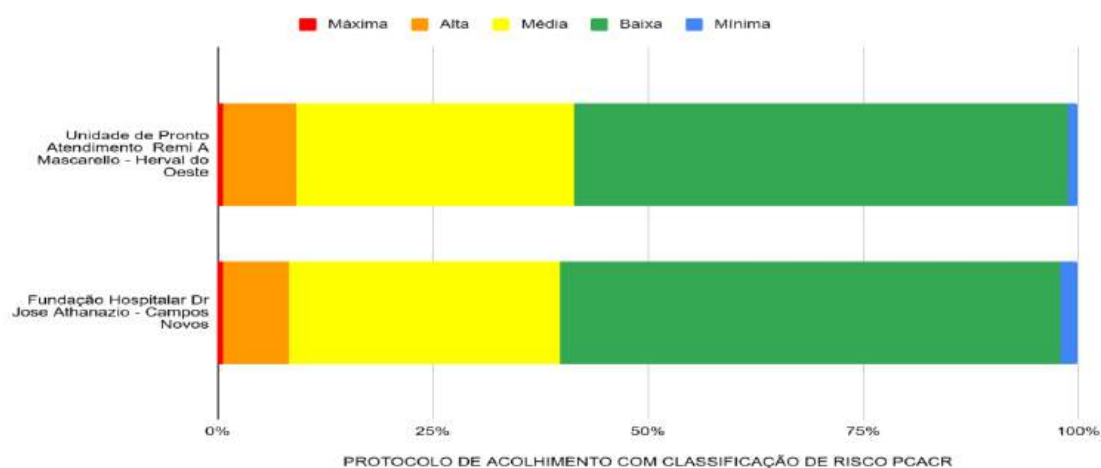
Conforme dados do Centro de Informações Estratégicas para a Gestão do SUS (CIEGES, 2026), a Classificação de Risco surgiu para garantir a equidade nas emergências frente a superlotação, ou seja, é a mudança de paradigma do atendimento por ordem de chegada, ressignificando o processo de triagem/exclusão para o baseado em evidências científicas, de forma que quanto maior o grau de sofrimento, agravo à saúde e potencial de risco, mais breve será o paciente atendido pelo médico, estratificando o risco em cinco níveis distintos e que têm sido referidos por cores para facilitar a visualização dos atendimentos.

Os protocolos, que sustentam a classificação de risco do paciente, são definidos por parâmetros subjetivos e objetivos, tempos e fluxos que devem ser periodicamente revisados e atualizados pela instituição de saúde. O protocolo surge como um norteador, mas não é o único responsável pelo sucesso da classificação de risco, pois a sua implementação depende de capacitação prévia, profissionais qualificados e uma rede assistencial estruturada e organizada, capaz de assegurar a continuidade da assistência em outros serviços de saúde, quando necessária.

Dentro deste componente, elencamos os Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento da Macrorregião Meio Oeste que possuem Portas de Entrada e possuem o protocolo de acolhimento com classificação de risco. Assim, listamos as Unidades com o número total dos procedimentos de acolhimento com classificação de risco estratificado por cores (conforme protocolo de acolhimento e estratificação de risco - ACCR utilizado) realizados nas Portas de Entrada Hospitalar e UPAs pleiteadas e o percentual de

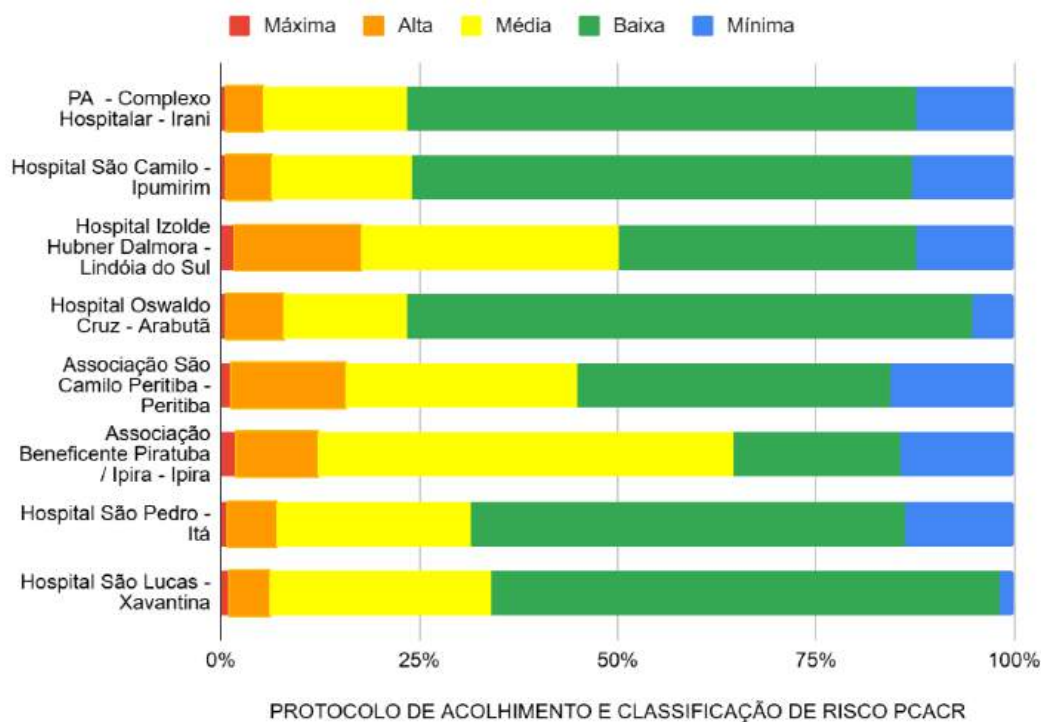
atendimentos de urgência oriundos de outros municípios, no período de 01 (um) ano da macrorregião Meio Oeste.

Gráfico 2: Região Meio Oeste – (PCACR) 2025.



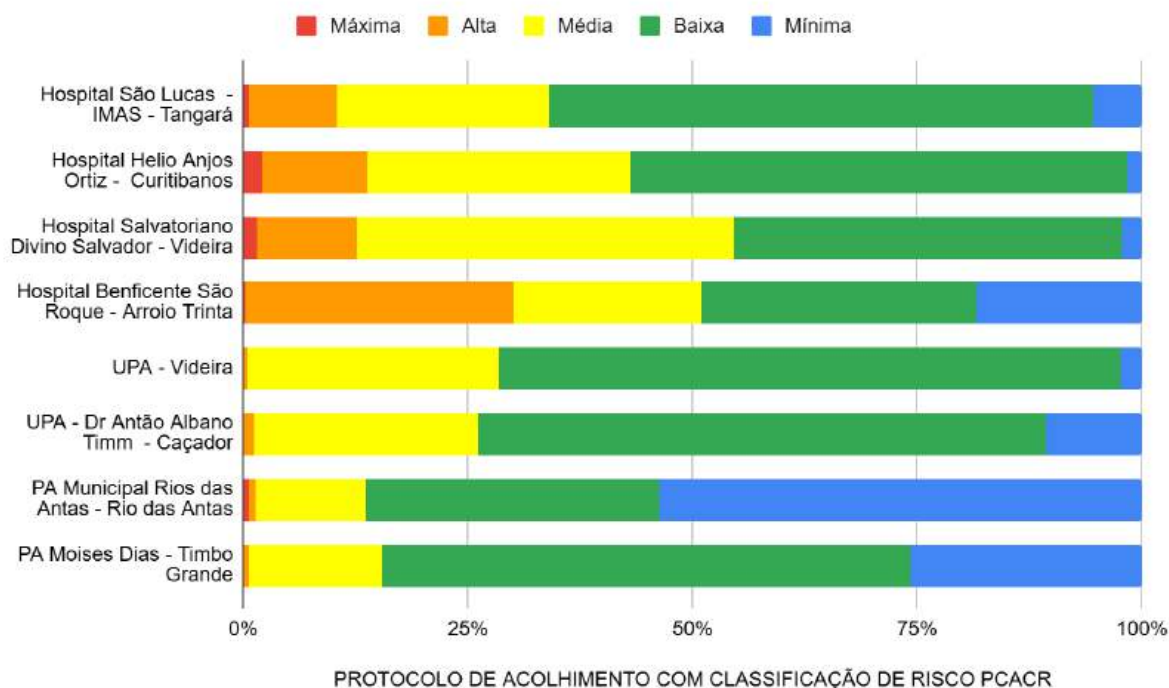
Fonte: CIEGES/SC (2026)

Gráfico 3: Região Alto Uruguai Catarinense – (PCACR) 2025.



Fonte: CIEGES/SC (2026)

Gráfico 4: Região Alto Vale do Rio do Peixe – (PCACR) 2025.

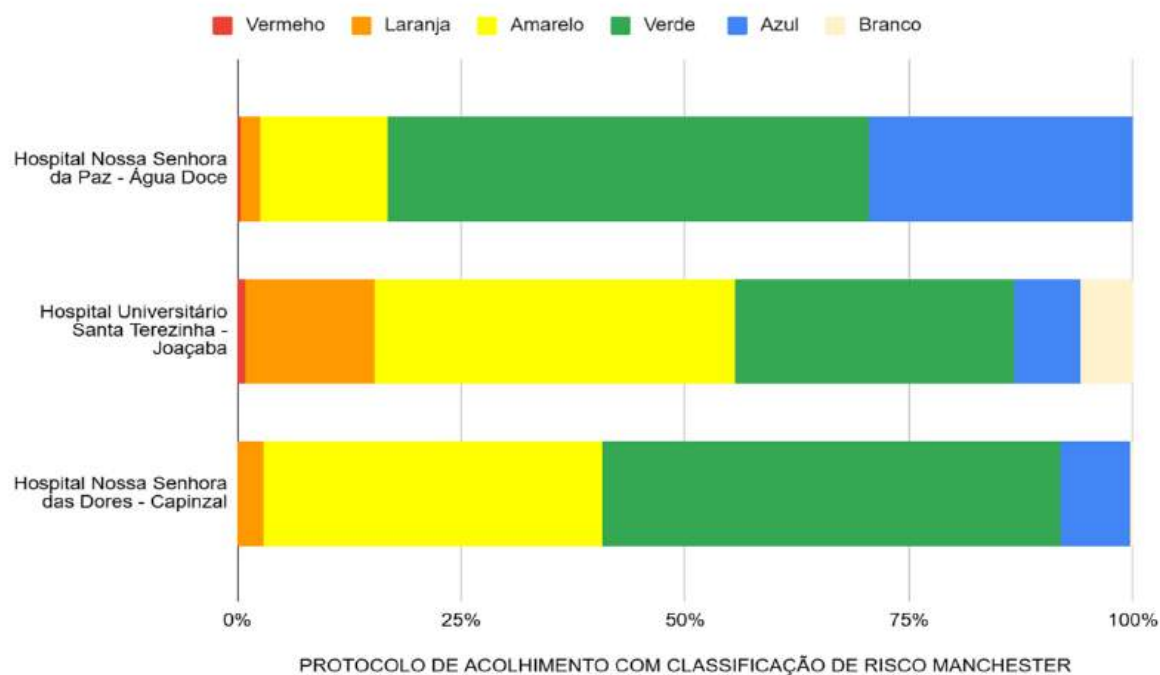


Fonte: CIEGES/SC (2026)

O sistema estabelece cinco níveis de classificação, representados por cores, que indicam o tempo máximo recomendado para atendimento: vermelho (atendimento imediato), laranja (até 10 minutos), amarelo (até 60 minutos), verde (até 120 minutos) e azul (até 240 minutos). No contexto da organização dos serviços de urgência, sua utilização contribui para qualificar o acolhimento com classificação de risco, organizar o fluxo assistencial, reduzir o tempo de espera para casos graves e otimizar a utilização dos recursos disponíveis, estando alinhado às diretrizes da Rede de Atenção às Urgências (RUE) e da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009; MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014).

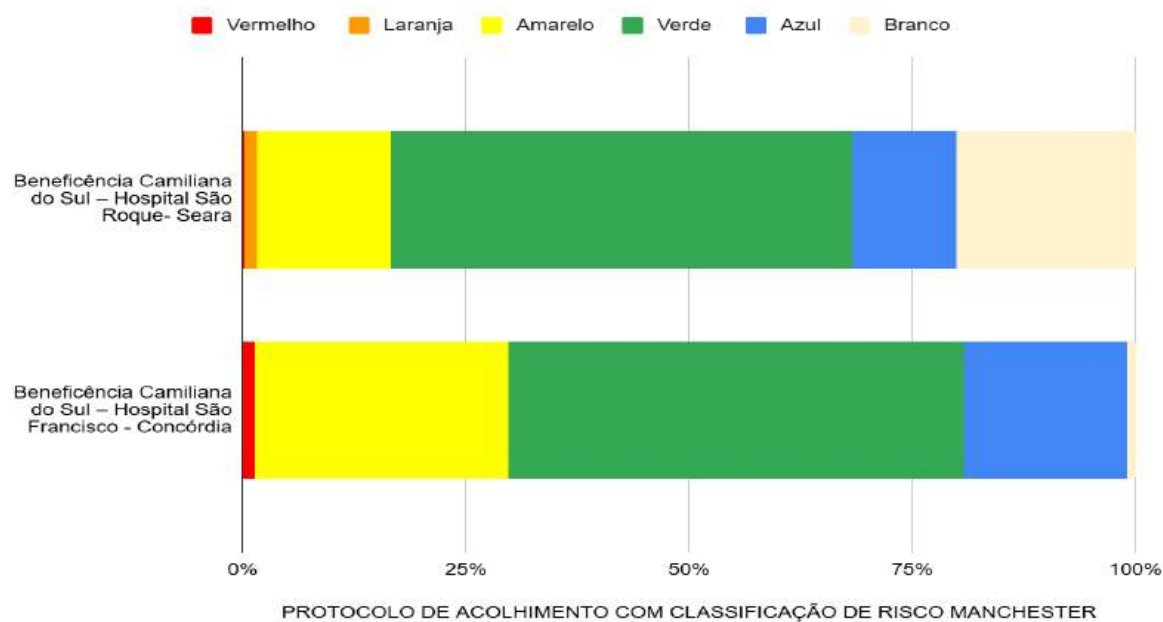
Segue abaixo os gráficos com os atendimentos de acolhimento e classificação de risco estratificado por cores, das Unidades Hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento, pleiteados, da Região Macro Meio Oeste, referente ao ano de 2025, extraído dos prestadores de serviços com porta aberta de atenção às urgências e emergências que utilizam o Protocolo Manchester como classificador.

Gráfico 5: Região Meio Oeste – Protocolo Manchester 2025



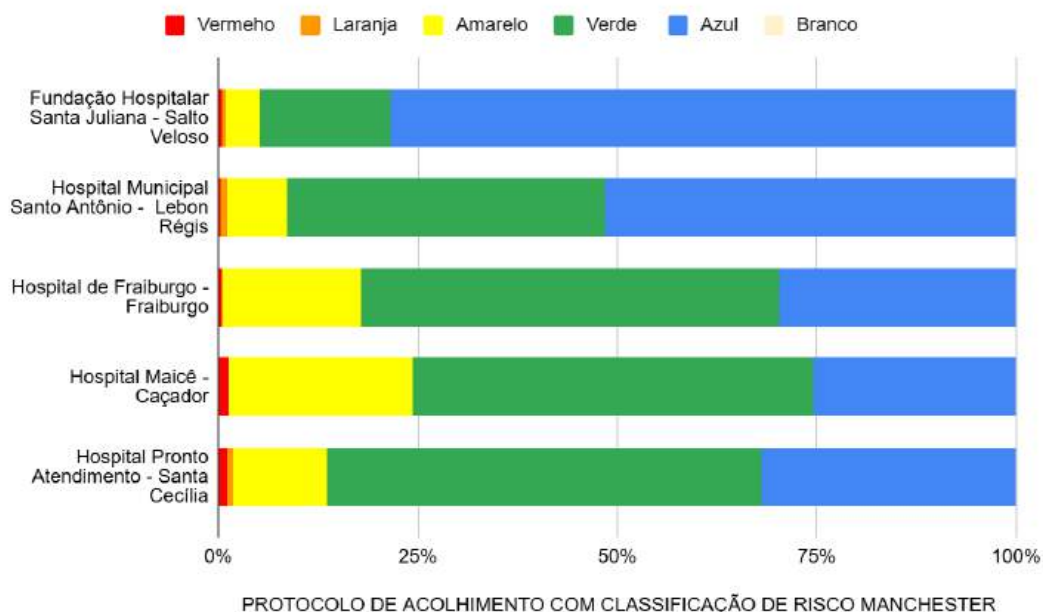
Fonte: Prestadores

Gráfico 6: Região Alto Uruguai Catarinense – Protocolo Manchester 2025



Fonte: Prestadores

Gráfico 7: Região Alto Vale do Rio do Peixe – Protocolo Manchester2025



Fonte: Prestadores

5.1 - OFERTA DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA SUS

Identificar a capacidade instalada de estabelecimentos de saúde é fundamental para diversas áreas da gestão e operação do sistema de saúde. Primeiramente, essa identificação possibilita um planejamento mais eficaz de recursos, permitindo a alocação adequada de profissionais, insumos e equipamentos, garantindo que as unidades estejam preparadas para atender à demanda da população.

Além disso, conhecer a capacidade instalada ajuda na gestão de demandas, facilitando a previsão do fluxo de pacientes e evitando situações de superlotação, o que pode comprometer a qualidade do atendimento. Com uma visão clara da capacidade, os gestores podem otimizar a distribuição de serviços e horários de atendimento, melhorando a experiência dos usuários.

A qualidade do atendimento é outro aspecto beneficiado por essa identificação. Com dados precisos sobre a capacidade de atendimento, é possível implementar estratégias que garantam um serviço mais eficiente e humanizado, resultando em maior satisfação dos pacientes.

A avaliação de desempenho das unidades de saúde também é facilitada, pois permite a análise de indicadores como tempo de espera, taxa de ocupação e resultados de

saúde. Com essas informações, é viável identificar áreas que necessitam de melhorias e implementar ações corretivas.

Ademais, essa identificação fornece subsídios essenciais para o desenvolvimento de políticas de saúde. Com um entendimento claro das capacidades e limitações das unidades, é possível formular estratégias que atendam às necessidades da população de maneira mais eficaz.

Em situações de crise, como pandemias e desastres naturais, conhecer a capacidade instalada é vital para garantir a resiliência do sistema. Isso permite uma resposta rápida e adequada, mobilizando recursos onde são mais necessários.

Por fim, essa identificação também é crucial para a busca de recursos adicionais e melhorias na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a apresentação de propostas embasadas para captação de investimentos e aprimoramento dos serviços oferecidos à população.

A identificação dos vazios assistenciais na oferta de serviços e possíveis duplicidades nos atendimentos é fundamental para direcionar a aplicação dos recursos destinados ao investimento e a manutenções provenientes da União, estados e municípios, assim como das emendas parlamentares. Essa identificação abrange a compreensão dos problemas e das demandas de saúde da população na área geográfica; a avaliação da infraestrutura disponível na macrorregião de saúde relacionada à rede própria do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos serviços conveniados ou contratados; o mapeamento dos vazios assistenciais; além do perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico da região.

5.2 DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

A seguir, apresenta-se a distribuição dos estabelecimentos de saúde na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, evidenciando a presença e a quantidade dos diferentes tipos de serviços existentes no território. Essa análise permite identificar a organização e a capacidade instalada da rede assistencial, contribuindo para a compreensão da oferta de serviços e para o planejamento das ações de saúde na região.

5.2.1 – SAMU

A Macrorregião conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), composto por Unidades de Suporte Básico de Vida (USB) e Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA), distribuídas no território para garantir a cobertura assistencial e o atendimento pré-hospitalar às urgências e emergências. A distribuição dessas unidades na região está apresentada a seguir:

Quadro 1: Capacidade instalada das Unidades de Suporte Básico (USB) do SAMU na Macrorregião Meio Oeste

MEIO OESTE:	MUNICÍPIO	NOMENCLATURA	PORTARIA DE HABILITAÇÃO	PORTARIA DE QUALIFICAÇÃO VIGENTE
	Joaçaba	USB 01	Portaria nº 1977 de 25/08/2006	Portaria nº 7147 de 11/06/2025
	Concórdia	USB 03	Portaria nº 1977 de 25/08/2006	Portaria nº 6782 de 24/03/2025
	Campos Novos	USB 04	Portaria nº 1977 de 25/08/2006	Portaria nº 4894 de 22/07/2024
	Iomerê	USB 05	Portaria nº 1977 de 25/08/2006	Portaria nº 8631 de 04/11/2025
	Jaborá	USB 06	Portaria nº 4019 de 17/02/2010	Portaria nº 4894 de 22/07/2024
	Videira	USB 08	Portaria nº 2364 de 08/10/2011	Portaria nº 7147 de 11/06/2025
	Fraiburgo	USB 09	Portaria nº 300 de 25/02/2011	Portaria nº 4894 de 22/07/2024
	Seara	USB 11	Portaria nº 239 de 19/02/2013	Portaria nº 6782 de 24/03/2025
	Vargem	USB 13	Portaria nº 5785 de 27/11/2024	Qualificação aprovada - Proposta SAIPS nº 207889 - Aguarda DOU
	Catanduvas	USB 14	SAIPS nº 213630 Aprovada/aguardan do Publicação DOU	-

Fonte: SES/2026.

Quadro 2: Capacidade instalada das Unidades de Suporte Básico (USB) do SAMU na Macrorregião Meio Oeste

MEIO OESTE	Município	Nomenclatura	Portaria de Habilitação	Portaria de Qualificação Vigente
	Joaçaba	USA 01	Port. 1977/2006	Pt. nº 10.097/25, de 31/12/25
	Concórdia	USA	SAIPS 219335	Aprovada/aguardand o Publicação DOU
	Curitibanos	USA 02	Port. 1977/2006	Pt. nº 10.097/25, de 31/12/25
	Caçador	USA 03	Port. 1027/2013	Pt. nº 10.097/25, de 31/12/25
	Videira	USA 04	Port. 3910/2024	-

Fonte: SES/2026.

Quadro 3: Capacidade instalada de Serviço Aeromédico na Macrorregião de Saúde Meio Oeste.

Macrorregião	Município	CNES	Nomenclatura	Nº de Unidades	Portaria
Meio Oeste	Joaçaba	4771435	USA Aeromédico SAMU	01	PT. nº 10586, de 01/04/26

Fonte: SES/2026.

Este serviço estratégico atua com aeronave de asa fixa (Arcanjo 04) baseada no

Aeroporto Santa Terezinha, consolidando-se como referência fundamental para o atendimento de urgência e emergência e transporte inter-hospitalar de pacientes críticos em toda a região Oeste catarinense.

Quadro 4: Capacidade instalada da Central de Regulação das Urgências (CRU) na Macrorregião Meio Oeste.

Macrorregião	Município	CNES	Nomenclatura	Nº de Unidades
Meio Oeste	Joaçaba	6945783	Central de Regulação das Urgências - CRU	1

Fonte: SES/2026.

Esta central gerencia, de forma regionalizada, os fluxos de 54 municípios, atendendo aos chamados da população para garantir a regulação das urgências, o suporte médico na regulação pré-hospitalar e a organização de transferências inter-hospitalares, garantindo a qualificação das unidades móveis SAMU na macrorregião.

5.2.2 - Unidade De Pronto Atendimento

A macrorregião apresenta unidades que são habilitadas pelo Ministério da Saúde como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e acrescentamos as demais unidades de pronto atendimento municipal pertencentes à macrorregião Meio Oeste.

Quadro 5: Capacidade instalada das Unidades de Pronto Atendimento

Município	Po rte	Opção De Custeio	Unidades Habilitadas		Portaria Habilitação	Portaria De Qualificação	Valor Anual De Qualificação No Teto Mac
			Custeio (Mensal)	Custeio (Anual)			
Herval d'Oeste	I	III	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00	Portaria nº 2.657, de 4/12/2014	Portaria nº 2.099, de 30/11/2023	R\$ 840.000,00
Caçador	I	III	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00	Portaria nº 307, de 25/02/2019	-	-
Videira	I	III	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00	Portaria nº 307, de 25/02/2019	-	-
Treze Tílias	PRONTO ATENDIMENTO - 24h						
Rio das Antas	PRONTO ATENDIMENTO - 24h						
Timbó Grande	PRONTO ATENDIMENTO - 24h						
Santa Cecília	PRONTO ATENDIMENTO - 24h						

Fonte: SES, 2026

5.2.3 - Porta De Entrada Hospitalar De Urgência (PEHU)

A macrorregião é composta por hospitais próprios, municipais, contratualizados e conveniados ao Estado. Essas estruturas desempenham um papel fundamental no atendimento às necessidades da população, sendo essencial para o planejamento e a integração dos serviços de saúde, e suporte às urgências e emergências na região.

O quadro a seguir detalha a capacidade instalada dessas unidades, com ênfase na disponibilidade de leitos de observação, salas de urgência, equipes multiprofissionais e o perfil assistencial de cada PEHU. Esta caracterização é fundamental para dimensionar a capacidade de resposta regional frente a demanda espontânea e referenciada, permitindo a identificação de vazios assistenciais e a otimização dos fluxos de atendimento na Rede de Atenção às Urgências.

Quadro 6: Capacidade instalada das Porta de Entrada Hospitalar de Urgência.

Região De Saúde	Município	CNES	Hospital	Tipo De Gestão	Classificação (Geral, Tipo I, Tipo II)	Portaria Nº	Valor Custeio Mensal	Valor Custeio Anual
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	Estadual	Tipo II	PT n° 1256/2013 e PT n° 3357/2016	R\$ 300.000,00	R\$ 3.600.000,00
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	Municipal	Tipo II	PT n° 1256/2013 e PT n° 821/2016	R\$ 300.000,00	R\$ 3.600.000,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Hélio Anjos Ortiz	Estadual	Geral	PT n° 821/2016	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	Estadual	Tipo I	PT n° 821/2016	R\$ 200.000,00	R\$ 2.400.000,00

Fonte: SES, 2026

5.2.4 - Leitos De Retaguarda Clínica

Os leitos de retaguarda clínica podem ser implantados nos hospitais estratégicos ou em hospitais de menos adensamento tecnológico que deem suporte aos prontos-socorros e às unidades de pronto atendimento, devendo, como pressuposto, ser exclusivos para a retaguarda às urgências e estar disponíveis nas centrais de regulação.

Quadro 7: Capacidade instalada dos Leitos de Retaguarda Clínica

Região De Saúde	Município	CNES	Hospital	Tipo De Gestão	Nº Leitos Novos	Nº Leitos Qualificados	Total De Leitos	Custeio Anual	Portaria Nº
Meio Oeste	Campos Novos	2379767	Hospitalar Dr. José Athanázio	Estadual	10	5	15	R\$ 1.241.000,00	Pt 3717/2019
Meio Oeste	Capinzal	2380331	Hospital Nossa Senhora Das Dores	Estadual	12	12	24	R\$ 1.861.500,00	Pt 3062/2017
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Fraiburgo	7274351	Associação Fraiburguense De Saúde Coletiva - AFSC	Municipal	15	15	30	R\$ 2.326.875,00	Pt 2157/2016
Alto Uruguai Catarinense	Seara	2304155	Hospital São Roque De Seara	Municipal	7	7	14	R\$ 1.085.875,00	Pt 4041/2017
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Videira	2302500	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Estadual	19	19	38	R\$ 2.947.375,00	Pt 2988/2017

Fonte: SES, 2026

5.2.5 - Leitos De Cuidados Prolongados

Os leitos de cuidados prolongados podem ser organizados nas seguintes modalidades:

I – Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou

II – Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

No âmbito da Macrorregião do Meio Oeste, observa-se que, atualmente, a oferta dessa modalidade assistencial está estruturada exclusivamente por meio de Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) inseridas em estabelecimentos hospitalares, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 8: Capacidade instalada dos Leitos de Cuidados Prolongados.

Região De Saúde	Município	CNES	Hospital	Tipo De Gestão	Nº Leitos Aprovados	Custeio (Anual)	Situação Atual
Meio Oeste	Luzerna	2300184	Hospital São Roque de Luzerna	Estadual	15	R\$ 1.070.362,50	PT nº 847/2018 PT nº 848/2018
Alto Uruguai Catarinense	Lindóia do Sul	2691876	Hospital Izolde Hubner Dalmora	Estadual	30	R\$ 2.140.725,00	PT nº 587/2014 PT nº 1757/2014 PT nº 2607/2019

Fonte: SES, 2026

5.2.6 - Leitos De Unidade Terapia Intensiva – Adulto (UTI-a)

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são serviços hospitalares voltados ao atendimento de pacientes críticos, graves ou com alto risco clínico e cirúrgico. Essas estruturas oferecem cuidados intensivos ininterruptos e monitorização contínua nas 24 horas do dia, contando com assistência médica, de enfermagem e fisioterapêutica especializada.

A análise da capacidade instalada da UTI Adulto reflete o potencial de absorção de pacientes de alta complexidade em toda a macrorregião. O mapeamento desses recursos — que inclui o número absoluto de leitos ativos, a infraestrutura tecnológica avançada e a distribuição geográfica das unidades — é indispensável para identificar gargalos assistenciais, otimizar o tempo de resposta e garantir o suporte assistencial imediato às vagas reguladas.

Diante disso, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências estrutura a habilitação e a qualificação dos leitos de UTI Adulto e UTI Pediátrica na região, conforme detalhado nos quadros a seguir.

Quadro 9: Capacidade instalada de leitos de UTI – Adulto.

Município	Hospital	Tipo De Leito	Leitos Habilitados		Leitos Qualifica Dos		Subtotal		Portarias
			Nº	Cus Teio (Anual)	Nº	Custeio (Anual)	Total	Custeio Total	
Caçador	Hospital Maice	UTI Tipo II	20	R\$ 3.942.000,00	14	R\$ 1.477.566,72	20	R\$ 5.419.566,72	PT nº 2047/2014 (5 leitos) - PT nº 4101/2017 (9 leitos) - PT nº 2191/2017 - PT nº SAS 2191
Concórdia	Hospital São Francisco	UTI Tipo II	7	R\$ 1.379.700,00	5	R\$ 527.702,40	7	R\$ 1.907.402,40	PT nº 821/2016 - PT nº 2187/2005
Curitibanos	Hospital Hélio Anjos Ortiz	UTI Tipo II	8	R\$ 1.576.800,00	6	R\$ 633.242,88	8	R\$ 2.210.042,88	PT nº 821/2016 (6 LEITOS) - PT nº 2187/2005
Joaçaba	Hospital Universitário Santa Terezinha	UTI Tipo II	20	R\$ 3.942.000,00	18	R\$ 1.899.728,64	20	R\$ 5.841.728,64	PT nº 821/2016(8 leitos) e PT nº 1080/2023 (10 leitos) - PT nº 3209/2022
Videira	Hospital Salvadoriano Divino Salvador	UTI Tipo II	18	R\$ 3.547.800,00	16	R\$ 1.688.647,68	18	R\$ 5.236.447,68	PT nº 821/2016 (6 leitos) - PT nº 4.144/2017 (10 leitos) - PT nº 3055/2017
Campos Novos	Hospital Dr. José Athanázio	UTI Tipo II	10	R\$ 1.971.000,00	10	R\$ 1.055.404,80	10	R\$ 3.026.404,80	PT nº 1964/2023 - PT nº 4243/2022
Joaçaba	Hospital São Miguel - IMAS	UTI Tipo II	20	R\$ 3.942.000,00	0	0	20	R\$ 3.942.000,00	PT N° 6972/2025

Fonte: SES, 2026

Quadro 10: Capacidade instalada de leitos de UTI - Pediátrica.

Município	Hospital	Tipo De Leito	Leitos Habilitados		Leitos Qualificados		Subtotal		Portarias
			Nº	Custeio (Anual)	Nº	Custeio (Anual)	Nº Total	Custeio Total	
Concórdia	Hospital São Francisco	UTI Tipo II	6	R\$ 1.182.600,00	5	R\$ 527.702,40	6	R\$ 1.710.302,40	PT nº 821/2016 PT nº 172/2004
Curitibanos	Hospital Hélio Anjos Ortiz	UTI Tipo II	3	R\$ 591.300,00	2	R\$ 211.080,96	3	R\$ 802.380,96	PT nº 821/2016 PT nº 3036/2008

Fonte: SES, 2026

5.2.7 - Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Quadro 11: Capacidade instalada da Atenção Domiciliar.

Macrorregião	Município	Emad I	Emad 2	Emap	Custeio (Mensal)	Custeio (Anual)	Documento
Meio Oeste	Videira	1	-	1	R\$ 72.800,00	R\$ 873.600,00	PT Nº 3174, de 16/11/2021 PT Nº 3188, de 17/11/2021

Fonte: SES, 2026

5.2.8 - Estabelecimentos Assistenciais De Saúde – Alta Complexidade

Os pontos de atenção à saúde que compõem a atenção hospitalar são os hospitais gerais e especializados.

O Estado de Santa Catarina possui, desde 2007, Unidades de Assistência de Alta Complexidade a pessoas com sobrepeso e obesidade.

Cada unidade hospitalar habilitada manterá ambulatório especializado para avaliação do usuário encaminhado pela APS e/ou componente ambulatorial especializado. Caso haja indicação cirúrgica, o usuário passa a ficar vinculado ao estabelecimento hospitalar de referência. Para a estrutura das unidades hospitalares habilitadas para a realização do tratamento cirúrgico da obesidade, a estrutura física, materiais e equipamentos devem seguir o disposto na Portaria de Consolidação nº 3, 28 de setembro de 2017.

A alta complexidade hospitalar é caracterizada por procedimentos de maior densidade tecnológica e custos elevados, que demandam equipes especializadas, infraestrutura avançada e suporte intensivo. Na macrorregião há unidades hospitalares com habilitações em serviços de alta complexidade, que estão detalhadas a seguir.

Quadro 12: Hospitais que possuem o serviço de Alta Complexidade

Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Especialidades
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	Onco/Orto/Neuro
Alto vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	Neuro/Cardio/Orto
Alto vale do Rio do Peixe	Videira	2302500	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Ortopedia
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	Neuro/Orto
Meio Oeste	Joaçaba	3039250	Hospital São Miguel -IMAS	Ortopedia

Fonte: DAES/SES, 2024

5.3 - NÚMEROS E TIPO DE LEITOS HOSPITALARES

Os quadros a seguir detalham o quantitativo de leitos existentes conforme o tipo e porte da unidade.

Quadro 13: Quantitativo de leito por tipo e por estabelecimento de saúde – Alto Uruguai Catarinense

Tipo De Leitos	Hospital São Francisco	Hospital São Roque De Seara	Hospital São Lucas	Associação Beneficente Hospitalar São Camilo Peritiba	Hospital Oswaldo Cruz	Hospital Piratuba Ipira	Hospital São Pedro	Hospital Izolde Hubner Dalmora
Município	Concórdia	Seara	Xavantina	Peritiba	Arabutã	Ipira	Itá	Lindóia do Sul
Cirúrgico (por especialidade)								
Cirurgia geral	6	7	17	11	9	4	6	-
Buco maxilo	1	-	-	-	-	-	-	-
Gastro.	1	-	-	-	-	-	-	-
Ginecologia	2	2	-	-	-	-	-	-
Nefrologia.	1	-	-	-	-	-	-	-
Neurocirurgia	1	-	-	-	-	-	-	-
Ortopedia Traum.	8	-	-	-	-	-	-	-
Oftalmologia	1	-	-	-	-	-	-	-
Otorrino.	1	-	-	-	-	-	-	-
Endocrinologia	1	-	-	-	-	-	-	-
Oncologia	0	-	-	-	-	-	-	-

Tipo De Leitos	Hospital São Francisco	Hospital São Roque De Seara	Hospital São Lucas	Associação Beneficente Hospitalar São Camilo Peritiba	Hospital Oswaldo Cruz	Hospital Piratuba Ipira	Hospital São Pedro	Hospital Izolde Hubner Dalmora
Município	Concórdia	Seara	Xavantina	Peritiba	Arabutã	Ipira	Itá	Lindóia do Sul
Cirúrgico (por especialidade)								
Cirurgia geral	6	7	17	11	9	4	6	-
Plástica	1	-	-	-	-	-	-	-
Torácica	1	-	-	-	-	-	-	-
Clínico (por especialidade)								
Oncologia	1	-	-	-	-	-	-	-
Neurologia	3	-	-	-	-	-	-	-
Cardiologia	5	-	-	-	-	-	-	-
Clínica geral	22	25	17	10	10	15	5	7
Nefrologia	7	-	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	8	-	-	-	-	-	-	-
Neonatologia	1	-	-	-	-	-	-	-
Hematologia	3	-	-	-	-	-	-	-
Saúde mental	-	-	-	-	-	-	-	8
Dermatologia	1	-	-	-	-	-	-	-
Outras especialidades								
Crônicos	-	-	-	-	-	-	-	30
Psiquiatria	-	1	1	1	-	1	10	22
Psiquiatria	1	-	-	-	-	-	-	-
Obstétrico								
Obst. Clínica	8	1	-	-	-	1	1	1
Obst. Cirúrgica	4	2	-	-	-	1	1	-
Pediátrico								
Ped. clínica	10	1	2	4	-	2	2	1
Ped. cirúrgica	2	-	-	-	-	-	-	-
Complementar								
Unidade Isolamento	6	1	1	1	1	2	1	1
UTI Adulto Tipo II	7	-	-	-	-	-	-	-
UTI Neonatal Tipo II	6	-	-	-	-	-	-	-
UTI Pediátrica Tipo II	6	-	-	-	-	-	-	-
Pneumo Sanitária	1	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: CNES, 2025

Quadro 14: Quantitativo de leito por tipo e por estabelecimento de saúde – Meio Oeste

Tipo De Leitos	Hospital São Roque De Luzerna	Fundação Hospitalar Dr José Athanázio	Hospital Nossa Senhora Da Paz	Hospital Nossa Senhora Das Dores	Hospital Universitário Santa Terezinha	Hospital São Miguel - IMAS
Município	Luzerna	Campos Novos	Água Doce	Capinzal	Joaçaba	Joaçaba
Cirúrgico (por especialidade)						
Cirurgia geral	4	11	-	6	10	23
Ginecologia	-	-	-	-	2	-
Neurocirurgia	-	-	-	-	6	-
Ortopedia Traum.	-	4	-	1	8	8
Otorrino.	-	-	-	-	1	-
Oncologia	-	-	-	-	15	-
Clínico (por especialidade)						
Oncologia	-	-	-	-	25	-
Neurologia	-	-	-	-	19	-
Cardiologia	-	-	-	-	3	-
Clínica geral	9	26	24	38	24	18
Pneumologia	-	-	-	-	1	-
Neonatologia	-	2	-	-	-	-
Hematologia	-	-	-	-	1	-
Outras especialidades						
Crônicos	15	-	-	-	-	-
Psiquiatria	30	1	-	-	-	-
Obstétrico						
Obst. Clínica	-	3	-	4	9	-
Obst. Cirúrgica	-	5	-	6	8	-
Pediátrico						
Ped. clínica	-	3	4	-	10	2
Ped. cirúrgica	-	-	-	-	03	-
Complementar						
SUORTE VENTILATÓRIO PULMONAR	-	-	-	-	5	-
UNIDADE ISOLAMENTO	-	2	-	-	-	-
UTI Adulto Tipo II	-	10	-	-	20	20
UTI Neonatal Tipo II	-	-	-	-	-	-
Hospital Dia	-	1	-	-	5	-

Fonte: CNES, 2025

Quadro 15: Quantitativo de leito por tipo e por estabelecimento de saúde - Alto Vale Rio do Peixe

Tipo De Leitos	Hospital Maice	Hospital Helio Anjos Ortiz	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Hospital Santa Juliana	Hospital e Maternidade Santa Cecília	Hospital Beneficente São Roque	IMAS	Hospital Salvatoriano Santa Maria	AFSC
Município	Caçador	Curitibanos	Videira	Salto Veloso	Santa Cecília	Arroio Trinta	Tangará	Videira	Fraiburgo
Cirúrgico (por especialidade)									
Cirurgia geral	10	13	12	-	2	-	15	7	4
Buco maxilo facial	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiologia	6	-	-	-	-	-	-	-	-
Ginecologia	3	1	-	-	16	-	-	-	-
Nefrourologia	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Neurocirurgia	7	-	-	-	-	-	-	-	-
Ortopedia Traum.	6	1	8	-	-	-	-	-	-
Oftalmologia	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Clínico (por especialidade)									
Oncologia	-	-	-	-	-	-	-	5	-
Neurologia	5	1	5	-	-	-	-	-	-
Cardiologia	3	1	-	-	-	-	-	-	-
Clínica geral	10	20	48	10	13	16	19	5	30
Nefrourologia	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Neonatologia	1	-	-	-	1	-	-	-	-
Infectologia	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras especialidades									
Crônicos	1	1	-	-	0	-	-	-	-
Psiquiatria	2	20	-	-	30	-	-	-	1
Obstétrico									
Obst. Clínica	2	12	-	-	1	2	-	-	3
Obst. Cirúrgica	12	10	5	-	-	-	-	-	6
Pediátrico									
Ped. clínica	1	8	5	3	1	2	4	1	2
Ped. cirúrgica	6	-	-	-	-	-	-	-	-
Complementar									
Suporte Ventilatório Pulmonar	-	-	-	-	-	-	10	-	-
Unidade Isolamento	1	4	-	-	1	-	-	-	-
UTI Adulto Tipo II	20	8	18	-	-	-	-	-	-
UTI Neonatal	-	7	-	-	-	-	-	-	-

Tipo De Leitos	Hospital Maice	Hospital Helio Anjos Ortiz	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Hospital Santa Juliana	Hospital e Maternidade Santa Cecília	Hospital Beneficente São Roque	IMAS	Hospital Salvatoriano Santa Maria	AFSC
Município	Caçador	Curitibanos	Videira	Salto Veloso	Santa Cecília	Arroio Trinta	Tangará	Videira	Fraiburgo
Cirúrgico (por especialidade)									
Cirurgia geral	10	13	12	-	2	-	15	7	4
Tipo II									
UTI Pediátrica Tipo II	-	3	-	-	-	-	-	-	-
UCINCA	-	3	-	-	-	-	-	-	-
UCINCO	-	6	-		-	-	-	-	-
Hospital Dia									
Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico	8	-	-	-	-	-	-	7	8
Saúde Mental	1	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: CNES, 2025

5.4 - LINHAS DE CUIDADO

As Linhas de Cuidado (LC) consistem em diretrizes e padronizações técnicas que estruturam a oferta de serviços no sistema de saúde. Elas funcionam como eixos orientadores para garantir a integralidade da assistência e têm como principais objetivos:

- Definir os fluxos assistenciais:** Estabelecer trajetórias claras para condições de saúde específicas dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- Oferecer suporte institucional:** Auxiliar as Secretarias Municipais de Saúde na qualificação, consolidação e implantação dessas diretrizes locais.
- Capacitar gestores e profissionais:** Promover a formação contínua com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), assegurando a correta aplicação dos protocolos.
- Fortalecer a Rede de Atenção:** Integrar ações, projetos e programas vigentes, consolidando a APS como a principal ordenadora do cuidado.
- Articular parcerias intersetoriais:** Estabelecer vínculos com outros setores públicos para potencializar a viabilidade e o alcance das linhas de cuidado no território.

5.4.1 - Fluxo de Acesso às Linhas de Cuidado da Rede de Urgência e Emergência (RUE)

Dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a macrorregional Meio Oeste possui uma rede protocolada específica: a Rede de Urgência e Emergência (RUE). A implantação da RUE na macrorregião Meio Oeste aconteceu em meados de junho de 2013 com a

organização dos pontos de atenção existentes para esta finalidade e com a ampliação e a qualificação de novos serviços. Esta rede tem como pressuposto fundamental a garantia de que nas três regiões de saúde de abrangência da RUE, a população tenha acesso aos componentes da Rede (Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, Porta de Entrada, Salas de Estabilização, SAMU, Atenção Domiciliar e os leitos de UTI Adulto e Pediátrico, Retaguarda Clínica, AVC e Cuidados Prolongados) na menor distância e tempo possíveis. Referente a Linha de Cuidado da RUE, alguns serviços são estabelecidos na região que são: Saúde Mental, Traumatologia, Oncologia, Neurologia, Hematologia e Cardiologia, porém algumas unidades buscaram inserir a formalização no Plano Regional de Regulação de Urgência e Emergência de 2024 na busca de ampliar o serviço, para fazerem parte da Rede.

O fluxo de acesso às linhas de cuidado da RUE é um componente essencial para garantir a eficiência e a qualidade no atendimento às situações de urgência e emergência dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). A RUE é uma rede integrada de serviços que visa prestar atendimento rápido, resolutivo e adequado a pacientes em condições de risco iminente à vida, ou com necessidade de cuidados imediatos. O fluxo de acesso dentro da rede tem como objetivo garantir que os pacientes sejam direcionados para os serviços de saúde mais apropriados, de maneira ágil e coordenada, minimizando os riscos e otimizando os recursos disponíveis.

As linhas de cuidado estabelecidas são: traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular.

Os componentes da linha de cuidado incluem: Urgência e Emergência, Hospitais Gerais, Hospitais Especializados e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

6. PROPOSTA DE PLEITOS NA REVISÃO DO PAR DE 2026

O presente Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina vem pleitear os seguintes componentes:

6.1 - COMPONENTE PRÉ – HOSPITALAR:

6.1.1 - UPA 24h:

O quadro abaixo contempla os pleitos do aditivo do PAR 2024 que **ainda está sob análise** no Ministério da Saúde, bem como apresenta as **novas propostas** para a macrorregião de saúde.

Quadro 16: Custeio UPA 24 horas – Habilitação

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO	PORTE	OPÇÃO DE CUSTEIO	TIPO (NOVA/AMPLIADA)
Vale do Rio do Peixe	Timbó Grande	230272 1	PRONTO ATENDIMENTO MOISÉS DIAS	I	III	Ampliada

O Município de Timbó Grande/SC apresenta as seguintes justificativas técnicas, epidemiológicas e geográficas para a adequação, implantação e subsequente habilitação de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em seu território. Atualmente, a municipalidade dispõe de um serviço de Pronto Atendimento (PA) que passa por reestruturação progressiva, visando à conformidade com os critérios normativos do Ministério da Saúde. Esta unidade já opera em regime de plantão ininterrupto, consolidando-se como a referência local exclusiva para o manejo de agravos agudos.

Embora o município possua uma população estimada de 8.314 habitantes, o Pronto Atendimento Municipal registra uma média expressiva de aproximadamente 4.000 atendimentos mensais. Essa pressão assistencial demonstra uma taxa de utilização sabidamente superior à média demográfica esperada, motivada tanto pela demanda flutuante quanto pela dispersão populacional decorrente de sua extensa área rural.

Soma-se a isso o isolamento geográfico do município em relação aos polos de alta complexidade. A referência hospitalar terciária da macrorregião localiza-se no município de Caçador/SC, cujo tempo de deslocamento por via terrestre atinge cerca de 2 horas e 30 minutos. Esse hiato temporal compromete criticamente o tempo-resposta em patologias tempo-dependentes (como o Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral), elevando o risco de desfechos desfavoráveis e óbitos evitáveis.

Diante do processo em andamento para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a qualificação desta estrutura torna-se imperativa. A futura UPA atuará como um componente fixo estratégico e resolutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), oferecendo a retaguarda clínica e a estabilização hemodinâmica necessárias para viabilizar as transferências seguras por meio do componente móvel.



OFÍCIO Nº 07/2026 – SMS

Timbó Grande/SC, 06 de Abril de 2026.

À
Coordenação-Geral de Urgência e Emergência
Ministério da Saúde

Assunto: Justificativa para Implantação e Habilitação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

Prezados,

O Município de Timbó Grande, Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, vem, respeitosamente, apresentar **justificativa para a adequação, implantação e futura habilitação de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA)** neste município.

Atualmente, o município já dispõe de um serviço de **Pronto Atendimento**, o qual vem sendo gradativamente estruturado e adequado conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para futura habilitação como UPA. Ressaltamos que a unidade já realiza atendimentos contínuos à população, sendo referência local para os casos de urgência e emergência.

O Município de Timbó Grande possui uma população estimada de **8.314 habitantes**, contudo, registra uma média mensal de aproximadamente **4.000 atendimentos** no Pronto Atendimento Municipal, evidenciando uma alta demanda pelos serviços de urgência e emergência, inclusive com atendimentos de usuários provenientes da extensa área rural.

Destaca-se ainda que o município está localizado em região geograficamente distante dos centros de referência. A principal porta de entrada hospitalar para atendimentos de maior complexidade situa-se no município de Caçador/SC, a aproximadamente **2 horas e 30 minutos de deslocamento**, o que compromete significativamente o tempo-resposta em situações críticas, colocando em risco a vida dos pacientes.

Além disso, o município encontra-se em fase de **implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**, o que reforça a necessidade de estruturação de uma rede de urgência e emergência mais resolutiva e integrada, sendo a implantação de uma UPA fundamental para dar suporte adequado a este serviço.

Considerando:

- A alta demanda por atendimentos de urgência e emergência;
- A distância significativa até a unidade de referência hospitalar;
- As características geográficas e a extensa área rural do município;
- A necessidade de redução do tempo-resposta em atendimentos críticos;
- E o processo em andamento de adequação da estrutura existente aos critérios do Ministério da Saúde;

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Daiane Barreto da Luz

Secretária Municipal de Saúde
Município de Timbó Grande/SC

 Documento assinado digitalmente
DAIANE BARRETO DA LUZ
Data: 06/04/2020 11:46:58-0300
verifique em <https://validar.br.gov.br>

Quadro 17: Custeio UPA 24 horas – Qualificação

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO	PORTE	OPÇÃO DE CUSTEIO	TIPO (NOVA/AMPLIADA)
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	9417036	UPA 24H	I	III	Nova
	Videira	9649735	UPA 24H	I	III	Nova

A Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, do município de Caçador está habilitada pela Portaria Nº 307, de 25 de Fevereiro de 2019, e solicita qualificação no PAR RUE de 2026, sendo ponto de referência para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sediado no próprio município de Caçador/SC, o que favorece a agilidade no atendimento às ocorrências, reduz o tempo de resposta e possibilita maior eficiência na prestação dos serviços à população local.

O município possui cobertura da Atenção Básica à Saúde superior a 50% da população residente, garantindo integração com a Rede de Atenção à Saúde e suporte adequado aos fluxos assistenciais da UPA 24h. Está inserida na grade de referência e contrarreferência instituída nas Centrais de Regulação. A macrorregião conta com uma regulação de leitos de urgências sediada no município de Joaçaba e a Porta de entrada de referência da UPA de Caçador é o Hospital Maicé, habilitado porta de entrada tipo II através da Portaria nº 1256/2023 e Portaria nº 3357/2016.

A unidade opera em conformidade com o Protocolo Catarinense de Acolhimento e Classificação de Risco, tendo atendido no ano de 2025 o total de 73394 pacientes classificados: imediato (96), muito urgente (3437), urgente (17716), pouco urgente (44543), não urgente (7602).



Of.Gab. Saúde nº 033/2026

Caçador, 17 de Março de 2026.

À

Regional de Saúde de Videira

Assunto: Encaminhamento de informações para qualificação da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h de Caçador.

O Município de Caçador, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, vem respeitosamente encaminhar as informações e comprovações necessárias para fins de qualificação da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h deste município, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Para fins de instrução do processo, informamos e declaramos que: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é sediado no município de Caçador/SC, o que favorece a agilidade no atendimento às ocorrências, reduz o tempo de resposta e possibilita maior eficiência na prestação dos serviços à população local.

Educação permanente: Atualmente, a UPA 24h de Caçador encontra-se em processo de estruturação das atividades de educação permanente em saúde. A Secretaria Municipal de Saúde está promovendo adequações para implementação regular dessas atividades, tanto por iniciativa própria quanto por meio de cooperação com instituições parceiras, visando à qualificação contínua das equipes e à melhoria da assistência prestada à população.

1. **Cobertura da Atenção Básica:** O município possui cobertura da Atenção Básica à Saúde superior a 50% da população residente, garantindo integração com a Rede de Atenção à Saúde e suporte adequado aos fluxos assistenciais da UPA 24h.
2. **Relatório de visita técnica:** Foi realizado em 03/07/2025 relatório padronizado de visita técnica à unidade, o qual aponta as seguintes observações:
 - Identificada a necessidade de adequação da padronização visual interna e externa da Unidade de Pronto Atendimento, conforme estabelecido na legislação vigente; Cronograma: segundo semestre de 2026.
 - Efetivo funcionamento da grade de referência e contrarreferência instituída nas Centrais de Regulação. A macrorregião conta com uma regulação de leitos de urgências sediada no



**PREFEITURA DE
CAÇADOR**

Cuidar do presente, transformar o futuro!

**SECRETARIA
DE SAÚDE**

município de Joaçaba e a Porta de entrada de referência UPA de Caçador é o Hospital Maicé, habilitado porta de entrada tipo II através da Portaria nº 1256/2023 e Portaria nº 3357/2016.

- Utilização do Protocolo Catarinense de Acolhimento e Classificação de Risco;

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
IMEDIATO	96
MUITO URGENTE	3437
URGENTE	17716
POUCO URGENTE	44543
NÃO URGENTE	7602
TOTAL DE ATENDIMENTOS 2025	73394

- Necessidade de implantação e formalização de protocolos de atendimento clínico e de procedimentos administrativos; Cronograma: prazo para implantação primeiro semestre de 2027.
 - Encaminhamento dos relatórios de Agravos de Notificação Compulsória, conforme normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.
3. **Conformidade sanitária:** A unidade encontra-se em processo de regularização quanto à emissão do Alvará Sanitário junto aos órgãos competentes. Cronograma: prazo para regularização primeiro semestre de 2027.
 4. **Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências:** A UPA 24h de Caçador está inserida no Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências com solicitação de qualificação na Revisão do PAR de 2026.
 5. **Pactuação da rede de referência:** Está devidamente pactuada a grade de referência e contrarreferência entre a UPA 24h e os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde, com fluxos assistenciais estabelecidos para encaminhamento e continuidade do cuidado.
 6. **Ampliação da unidade:** No momento, não há projeto de ampliação em execução ou formalizado para a unidade.



**PREFEITURA DE
CAÇADOR**

Cuidar do presente, transformar o futuro!

**SECRETARIA
DE SAÚDE**

7. **Registro de produção:** A produção assistencial da UPA 24h é registrada mensalmente no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), conforme orientações do Ministério da Saúde.
8. **Habilitação da UPA – Caçador: Portaria Nº 307, de 25 de Fevereiro de 2019.**

Diante do exposto, encaminhamos as informações para conhecimento e análise dessa Regional de Saúde, colocando-nos à disposição para prestar esclarecimentos adicionais ou encaminhar documentação complementar que se fizer necessária para a qualificação da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h de Caçador.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente



ALEXANDRE BRAGGIO

Data: 17/03/2026 17:05:51-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

ALEXANDRE BRAGGIO

Secretário Municipal de Saúde

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Videira, registrada sob o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nº 9649735, constitui-se como um dos principais pontos de atenção à saúde na região da AMARP. O município de Videira conta com uma rede estruturada para atender a população de forma ágil, humanizada e eficiente. Nesse contexto, destacam-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF), atuando de maneira integrada, com a UPA como importante porta de entrada para os serviços de saúde. A criação da UPA surgiu da necessidade de ampliar os serviços de urgência e emergência na região, inserida no processo de expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de oferecer atendimento intermediário entre a atenção básica e os serviços hospitalares, reduzindo a sobrecarga de hospitais e proporcionando maior agilidade no atendimento à população.

A unidade iniciou seu planejamento em 2013, sendo incluída nos planos regionais de saúde. Sua construção foi viabilizada por meio de parceria entre o Governo Federal e a Prefeitura de Videira, com investimento superior a três milhões de reais. A estrutura funciona ininterruptamente, 24 horas por dia, com capacidade para atendimentos de urgência, exames e observação de pacientes.

A UPA – Videira possui protocolos clínicos padronizados, seguindo o Protocolo Catarinense de Acolhimento e Classificação de Risco, garantindo priorização de casos graves e eficiência no fluxo de atendimento. Quando necessário, o SAMU atua no atendimento pré-hospitalar, oferecendo suporte rápido e qualificado, transportando

pacientes conforme a complexidade do caso. A unidade opera em sistema de referência e contra-referência, utilizando o SISREG, permitindo transferência de pacientes para serviços especializados, internações em unidades de longa permanência ou leitos psiquiátricos, ou referências em alta complexidade, como casos de IAM para cardiologia (Hospital Maice). Na macro-região, a Regulação de Urgência e Emergência está sediada na cidade de Joaçaba, coordenando casos graves e suporte à rede hospitalar. As Estratégias de Saúde da Família (ESF) complementam o cuidado, garantindo seguimento, prevenção e promoção da saúde após atendimento na UPA.

Em 2019, a UPA foi oficialmente habilitada pelo Ministério da Saúde, assegurando repasse de recursos federais e consolidando sua inserção na rede pública.

Em 2026, a UPA – Videira instituiu comissões obrigatórias determinadas pelo Ministério da Saúde, incluindo a Comissão de Controle de Infecção nos Serviços de Saúde, a Comissão de Educação Permanente e a Comissão de Humanização, promovendo segurança, capacitação contínua da equipe e atenção centrada no paciente. Atualmente, a unidade está com um projeto de reforma, buscando melhorias estruturais e ampliação de serviços, reafirmando sua relevância como porta de entrada para urgência e emergência e como elo fundamental na integração entre UPA, SAMU e ESF.

Produção Ambulatorial –SIA/SUS 2025 / UPA – Videira

Nos procedimentos, a média mensal de acolhimento e classificação de risco variou de 5.252 a 6.334 atendimentos; atendimento médico em UPA 24 horas, de 2.468 a 2.976 atendimentos; e atendimento de urgência com observação de até 24 horas, de 2.770 a 3.478 atendimentos. No SAMU, o serviço de atenção pré-hospitalar móvel realizado pela equipe de suporte básico de vida terrestre (USB) registrou de 97 a 146 atendimentos mensais direcionados para as portas de entrada da UE. Na área de enfermagem, destacaram-se os seguintes procedimentos e quantidades sendo uma média mensal de valor mínimo e máximo em produção aprovada nos meses de 2025: administração de medicamentos na atenção especializada, entre 5.427 e 6.813, aferição de pressão arterial de 4.873 a 5.847, coleta de material para exame laboratorial de 119 a 750, curativos simples, de 165 a 580, glicemia capilar de 186 a 346, cateterismo vesical de alívio de 1 a 87, retirada de pontos de cirurgias básicas de 13 a 52, inalação/nebulização de 17 a 32, cateterismo vesical de demora de 2 a 17; curativos especiais, de 16 a 35 e sondagem gástrica de 0 a 2.

Na radiologia, os exames de RX registraram de 216 a 330 pacientes atendidos, totalizando de 340 a 487 exames realizados e de 624 a 985 incidências radiológicas. Já nos procedimentos médicos, destacaram-se eletrocardiogramas (144 a 226), excisão de lesão

e/ou sutura de ferimentos (18 a 49), retirada de corpo estranho subcutâneo (0 a 7), remoção de cerúmen de conduto auditivo externo (0 a 3), exérese de tumor de pele / cisto sebáceo / lipoma (0), cirurgia de unha (cantoplastia) (0 a 1) e incisão e drenagem de abscesso (0 a 9).

Entre os testes rápidos, foram realizados testes para detecção de HIV, HBV, sífilis e HCV, cada um com 5 a 36 testes por mês. Testes de SARS-COVID variaram de 0 a 5, e testes de gravidez de 13 a 27. Esses dados evidenciam o volume e a diversidade de atendimentos realizados pela UPA de Videira, reforçando sua capacidade de atendimento resolutivo e humanizado, em articulação com a regulação regional de urgência e emergência da macro-região. Diante do exposto, solicitamos a qualificação da UPA de Videira, considerando sua relevância para a rede de atenção à saúde regional e o compromisso de cumprir todos os protocolos e comissões determinadas pelo Ministério da Saúde.



OFÍCIO N.º 063/2026 UPA

Assunto: Solicitação de Qualificação da UPA Videira

À
Rede de Urgência e Emergência ,

À
SRª EMANUELLA SORATTO DA SILVA
Gerente de atendimento
Pré hospitalar fixo
SES/ SUE/GEAPF

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Videira, localizada na Rua Antônio Ferlin

, nº 550, bairro São Cristóvão, CEP 89562-082, no município de Videira, Santa Catarina, e registrada sob o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNS) nº 9649735, constitui-se como um dos principais pontos de atenção à saúde na região da AMARP.

O município de Videira conta com uma rede estruturada para atender a população de forma ágil, humanizada e eficiente. Nesse contexto, destacam-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF), atuando de maneira integrada, com a UPA como importante porta de entrada para os serviços de saúde.

A criação da UPA surgiu da necessidade de ampliar os serviços de urgência e emergência na região, inserida no processo de expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de oferecer atendimento intermediário entre a atenção básica e os serviços hospitalares, reduzindo a sobrecarga de hospitais e proporcionando maior agilidade no atendimento à população.

A unidade iniciou seu planejamento em 2013, sendo incluída nos planos regionais de saúde. Sua construção foi viabilizada por meio de parceria entre o Governo Federal e a Prefeitura de Videira, com investimento superior a três milhões de reais. A estrutura funciona ininterruptamente, 24 horas por dia, com capacidade para atendimentos de urgência, exames e observação de pacientes.



A inauguração ocorreu em 27 de dezembro de 2016, marcando um importante avanço na rede de saúde do município. Desde então, a unidade passou pelas etapas necessárias até o pleno funcionamento, ofertando atendimentos clínicos de urgência e serviços essenciais à população.

A UPA possui protocolos clínicos padronizados, seguindo o Protocolo Catarinense de Acolhimento e Classificação de Risco, garantindo priorização de casos graves e eficiência no fluxo de atendimento. Quando necessário, o SAMU atua no atendimento pré-hospitalar, oferecendo suporte rápido e qualificado, transportando pacientes conforme a complexidade do caso.

A unidade opera em sistema de referência e contra-referência, utilizando o SISREG, permitindo transferência de pacientes para serviços especializados, internações em unidades de longa permanência ou leitos psiquiátricos, ou referências em alta complexidade, como casos de IAM para cardiologia. Na macro-região, a Regulação de Urgência e Emergência está sediada na cidade de Joaçaba, coordenando casos graves e suporte à rede hospitalar.

As Estratégias de Saúde da Família (ESF) complementam o cuidado, garantindo seguimento, prevenção e promoção da saúde após atendimento na UPA.

Em 2019, a UPA foi oficialmente habilitada pelo Ministério da Saúde, assegurando repasse de recursos federais e consolidando sua inserção na rede pública.

Em 2026, a UPA instituiu comissões obrigatórias determinadas pelo Ministério da Saúde, incluindo a Comissão de Controle de Infecção nos Serviços de Saúde, a Comissão de Educação Permanente e a Comissão de Humanização, promovendo segurança, capacitação contínua da equipe e atenção centrada no paciente. Atualmente, a unidade está com projeto de reforma, buscando melhorias estruturais e ampliação de serviços, reafirmando sua relevância como porta de entrada para urgência e emergência e como elo fundamental na integração entre UPA, SAMU e ESF.

Produção Ambulatorial – SIA/SUS 2025

Na área de enfermagem, destacaram-se os seguintes procedimentos e quantidades sendo uma média mensal: administração de medicamentos na atenção especializada, entre 5.427 e 6.813 procedimentos; inalação/nebulização, de 17 a 32 procedimentos; retirada de pontos de cirurgias básicas, de 13 a 52; glicemia capilar, de 186 a 346; aferição de pressão arterial, de 4.873 a 5.847; coleta de material para exame laboratorial, de 119 a 750; cateterismo vesical de alívio, de 1 a 87; cateterismo vesical de demora, de 2 a 17; sondagem gástrica, de 0 a 2; curativos simples, de 165 a 580; e curativos especiais, de 16 a 35.

Na radiologia, os exames de RX registraram de 216 a 330 pacientes atendidos, totalizando de 340 a 487 exames realizados e de 624 a 985 incidências radiológicas.

Nos procedimentos médicos, destacaram-se eletrocardiogramas (144 a 226), excisão de lesão e/ou sutura de ferimentos (18 a 49), retirada de corpo estranho subcutâneo (0 a 7), remoção de cerúmen de conduto



VIDEIRA
 PREFEITURA

auditivo externo (0 a 3), exérese de tumor de pele / cisto sebáceo / lipoma (0), cirurgia de unha (cantoplastia) (0 a 1) e incisão e drenagem de abscesso (0 a 9).

Entre os testes rápidos, foram realizados testes para detecção de HIV, HBV, sífilis e HCV, cada um com 5 a 36 testes por mês. Testes de SARS-COVID variaram de 0 a 5, e testes de gravidez de 13 a 27.

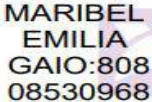
Nos procedimentos UPA, a média mensal de acolhimento e classificação de risco variou de 5.252 a 6.334 atendimentos; atendimento médico em UPA 24 horas, de 2.468 a 2.976 atendimentos; e atendimento de urgência com observação até 24 horas, de 2.770 a 3.478 atendimentos.

No SAMU, o serviço de atenção pré-hospitalar móvel realizado pela equipe de suporte básico de vida terrestre (USB) registrou de 97 a 146 atendimentos mensais.

Esses dados evidenciam o volume e a diversidade de atendimentos realizados pela UPA de Videira, reforçando sua capacidade de atendimento resolutivo e humanizado, em articulação com a regulação regional de urgência e emergência da macro-região.

Diante do exposto, solicitamos a qualificação da UPA de Videira, considerando sua relevância para a rede de atenção à saúde regional e o compromisso de cumprir todos os protocolos e comissões determinadas pelo Ministério da Saúde.

Atenciosamente,



MARIBEL EMILIA GAIO:808 08530968
 Maribel Emilia Gaio
 Secretária Municipal de Saúde
 Prefeitura de Municipal de Videira

Quadro 18: Custeio UPA 24 horas – Alteração de Porte/Opção de Custeio

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO	PORTE / OPÇÃO ATUAL	NOVO PORTE/ NOVA OPÇÃO	PORTARIA DE HABILITAÇÃO ATUAL
Meio Oeste	Herval D'Oeste	7584717	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO REMI A MASCARELLO	Porte I / Opção de custeio III	Porte II / Opção de custeio IV	PT nº 2.657 de 4/12/2014 (HAB) PT nº 2.099, de 30/11/2023 (QUAL)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Remi Alécio Mascarello, localizada no município de Herval d'Oeste, Santa Catarina, Habilitada pela Portaria nº 2.657, de 4 de dezembro de 2014 e qualificada pela Portaria nº 2.099, de 30 de novembro de 2023, atualmente Porte I, Opção de Custeio III é referência regional de urgência e emergência, sendo a principal porta de entrada para uma população de mais de 100 mil habitantes, abrangendo 11 municípios da região de Joaçaba/Herval d'Oeste.

Devido à sua localização estratégica, a unidade não atende apenas o município sede, mas absorve um volume significativo de pacientes graves que, de outra forma, sobrecarregariam os hospitais de referência regional, funcionando como unidade de retaguarda fundamental para a Rede de Atenção às Urgências e Emergência (RUE).

A solicitação de alteração para Porte II, Opção de Custeio IV, fundamenta-se na necessidade de adequação do financiamento federal à capacidade operacional real e à demanda epidemiológica atual, conforme descrito:

•**Aumento de Demanda e Complexidade:** A unidade tem registrado um aumento constante no número de casos graves, exigindo recursos humanos e tecnológicos superiores aos previstos para o Porte I.

•**Sustentabilidade Financeira e Aporte Municipal:** O município de Herval d'Oeste tem aportado recursos próprios significativos para financiar a contratação de um terceiro médico em dias de alta demanda, garantindo a qualidade e a continuidade do atendimento, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção às Urgências. O Porte I atual é insuficiente para cobrir os custos operacionais (RH e materiais) diante do volume de pacientes.

•**Surtos Sazonais e Capacidade de Resposta:** O financiamento atual não comporta a alta demanda gerada por sazonalidade de doenças, com destaque para o aumento de casos de dengue na região, exigindo uma estrutura física e financeira mais robusta para evitar o colapso do atendimento.

•**Necessidade de Ampliação Física:** A estrutura atual apresenta superlotação, não comportando o número adequado de leitos de observação e poltronas para a demanda atual. A alteração para o Porte II permitirá a reestruturação e a ampliação física necessária para procedimentos seguros.

•**Fortalecimento da Equipe Multiprofissional:** A mudança para a Opção IV permitirá a contratação de mais médicos, enfermeiros e técnicos, além de qualificar os serviços de apoio, como exames laboratoriais e de imagem, agilizando a resolutividade.

A alteração de Porte I/Opção III para Porte II/Opção IV é imprescindível para garantir a sustentabilidade financeira da UPA, melhorando a infraestrutura, permitindo a contratação de profissionais qualificados e garantindo um atendimento mais ágil, seguro e eficiente para a população de Herval d'Oeste e região.



**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE HERVAL D' OESTE**

Herval d Oeste, 20 de março de 2026.

À

**Regional de Saúde de Joaçaba
Rede de Urgência e Emergência**

Assunto: Solicitação de alteração de porte de UPA e encaminhamentos para aprovação na CIB

Prezados,

Vimos, por meio deste, solicitar a esta Regional de Saúde a alteração do porte da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) deste município, conforme documentação técnica já elaborada e encaminhada em anexo.

Solicitamos, ainda, o apoio desta Regional para que sejam realizados os devidos cadastros e atualizações nos sistemas oficiais pertinentes, bem como o encaminhamento do pleito para as instâncias competentes, com vistas à análise, aprovação e emissão de Resolução na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), considerando a aprovação em CIR em anexo.

Destacamos que o município já possui proposta cadastrada no SAIPS sob o nº 221730, encontrando-se atualmente na fase de aguardo da Resolução CIB que aprove a alteração do porte da UPA e seu respectivo custeio de Porte I para porte II e de custeio III para custeio IV. Tal aprovação é imprescindível para a continuidade do processo, possibilitando a finalização e posterior envio ao Ministério da Saúde.

Reforçamos a importância da celeridade nos encaminhamentos, considerando a relevância da adequação do porte da UPA para melhor atendimento da demanda regional e qualificação dos serviços prestados à população.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
gov.br **EDUARDO JANIR DE SOUZA**
Data: 20/03/2026 10:56:53-0300
Verifique em <https://validar.id.gov.br>

**Eduardo Janir de Souza
Responsável Técnico UPA Remi A Mascarello
Herval d'Oeste – SC**



ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE HERVAL D' OESTE

OFÍCIO Nº 70/2026 – SMS/HO

Herval d Oeste, 18 de março de 2026.

A

Coordenação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/SC

Estado de Santa Catarina

Assunto: Solicitação de aprovação de alteração de porte e custeio de UPA

A Secretaria Municipal de Saúde de Herval d'Oeste/SC vem, por meio deste, solicitar a apreciação e deliberação dessa Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SC) quanto à alteração de porte e de custeio da Unidade de Pronto Atendimento – UPA Remi Alécio Mascarello, CNES nº 7584717.

A presente solicitação refere-se à alteração do Porte I para Porte II e do custeio da opção III para a opção IV, considerando a ampliação da capacidade instalada da unidade, o aumento expressivo da demanda por atendimentos de urgência e emergência e a necessidade de adequação da estrutura assistencial à realidade epidemiológica e assistencial do município e da região.

Ressalta-se que a proposta foi previamente discutida e aprovada na Comissão Intergestores Regional (CIR), conforme documentação anexa, demonstrando a pactuação regional e o reconhecimento da relevância da medida para o fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A adequação do porte e do custeio possibilitará a qualificação dos serviços ofertados, com ampliação da resolutividade, melhoria dos fluxos assistenciais, fortalecimento da regulação e maior integração com os demais pontos de atenção da rede, contribuindo diretamente para a redução da sobrecarga hospitalar e para a garantia de acesso oportuno e qualificado à população.

Diante do exposto, solicitamos a essa CIB/SC a emissão de Resolução aprovando a alteração do Porte I para Porte II e do custeio da opção III para opção IV da UPA Remi Alécio Mascarello- 7584717, a fim de viabilizar a continuidade dos trâmites junto ao Ministério da Saúde.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

João Alcides Marqueze
Secretário Municipal de Saúde
Herval d'Oeste – SC

JOAO
ALCIDES
MARQUEZE:
7253087194
9

Assinado de forma
digital por JOAO
ALCIDES
MARQUEZE:72530
871949
Dados: 2026.03.18
15:45:05 -03'00'



ESTADO DE SANTA CATARINA
COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL - CIR MEIO OESTE

Joaçaba, 17 de março de 2026

Resolução CIR MO/SC nº 05/2026 de 17 de março de 2026

**Dispõe sobre aprovação de
mudança de porte da UPA
sediada em Herval d Oeste.**

A Comissão Intergestores Regional do Meio Oeste, no uso de suas atribuições legais, em sua segunda reunião ordinária, resolve:

Considerando a Portaria de consolidação GM/MS nº 03 de 28 de setembro de 2017, anexo III: art.10, do art. 70 ao art. 93 e anexos 10 ao 12 do anexo III;

Considerando a Portaria de consolidação GM/MS nº 06 de 28 de setembro de 2017: do art. 885 ao 909, anexos LXV, LXVI, LXVII, LXVIII;

Considerando a Nota Instrutiva da SES SC de 2024;

Art 1º Aprovar, o pedido de alteração de porte da UPA Remi Alecio Mascarello (CNES 7584717) de Herval d Oeste SC de I para II.

Art 2º Esta resolução de CIR entrará em vigor a partir desta data e desde que assinada.

Documento assinado digitalmente
gov.br LUIS FERNANDO DAHMER PERUCHINI
Data: 18/03/2026 10:26:01 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Luis Fernando Dahmer Peruchini
Gestor do FMS de Água Doce
Coordenador da CIR MO

Fone: (49) 9 98085194

E-mail: cirmeiooeste02@gmail.com

O quadro abaixo contempla os pleitos do aditivo do PAR 2024 que **ainda está sob análise** no Ministério da Saúde, bem como apresenta as **novas propostas** para a macrorregião de saúde.

5.1.2 - SAMU 192:

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio das Unidades de Suporte Básico (USB) e das Unidades de Suporte Avançado (USA), constitui componente essencial da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), atuando na assistência pré-hospitalar móvel e garantindo resposta rápida e qualificada às situações de urgência e emergência. A atuação integrada dessas unidades contribui para a redução da morbimortalidade, para a adequada regulação do acesso aos serviços de saúde e para a organização do fluxo assistencial na rede, assegurando maior resolutividade e eficiência no atendimento às demandas urgentes da população.

No âmbito da reorganização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, registram-se os declínios apresentados pelos municípios envolvidos, relacionados às solicitações de custeio para implantação de unidades do SAMU nos processos de Planejamento Regional (PAR) de 2018 e 2024, conforme demonstrado no quadro a seguir.

Quadro 19: Custeio SAMU – Declínio de solicitações do PAR 2018 e 2024

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	DESCRIÇÃO (USA - USB - Motolância)
Alto Vale do Rio do Peixe	Tangará	01 - USB (solicitada no PAR 2024)
Meio Oeste	Capinzal	01 - USB (solicitada no PAR 2018)
Alto Uruguai Catarinense	Itá	01 - USB (solicitada no PAR 2024)

A **desabilitação** formal da implantação da Unidade de Suporte Básico (USB) do SAMU para o Município de Tangará está oficialmente respaldada pelos dois atos administrativos, no âmbito Estadual Deliberação 021/CIB/2023 da Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina (CIB/SC) validou formalmente a desabilitação da USB de Tangará e no âmbito Federal a Portaria GM/MS nº 1.283, de 12 de Setembro de 2023, emitida pelo Ministério da Saúde, consolidou o cancelamento do pleito no Plano de Ação Regional (PAR). Com isso, o status do plano de expansão do SAMU para a localidade foi encerrado e atualizado nos sistemas de monitoramento do Ministério da Saúde.



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 021/CIB/2023

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 269ª ordinária da CIB de 22 de março de 2023.

APROVA

1. A desabilitação do Serviço da Unidade de Suporte Básico – USB do SAMU 192 do Município de Tangará/SC.
2. Esta solicitação de desabilitação foi solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde de Tangará, submetida a CIR correspondente e a Superintendência de Urgência e Emergência da SES..

Florianópolis, 22 de março de 2023.

CARMEN ZANOTTO
Coordenadora CIB/SES
Secretária de Estado da Saúde

Assinado de forma digital por DAISSON JOSE TREVISOL:8243 JOSE TREVISOL:82438366915 Data: 2023.03.29 20:27:33 -03'00'
DAISSON JOSE TREVISOL
Coordenador CIB/COSEMS
Presidente do COSEMS



Assinaturas do documento



Código para verificação: **P94Q8A9C**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



DAISSON JOSE TREVISOL (CPF: 824.XXX.669-XX) em 29/03/2023 às 20:27:33
Emitido por: "AC LINK RFB v2", emitido em 04/05/2022 - 10:32:18 e válido até 04/05/2023 - 10:32:18.
(Assinatura ICP-Brasil)



CARMEN EMÍLIA BONFÁ ZANOTTO (CPF: 514.XXX.459-XX) em 17/04/2023 às 14:23:59
Emitido por: "SGP-e", emitido em 01/04/2021 - 13:53:43 e válido até 01/04/2121 - 13:53:43.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAwNjQ2NjhfnjUzNjlfMjAyM19QOTRROEE5Qw==> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00064668/2023** e o código **P94Q8A9C** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.

l.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo e informe o processo SES 00064668/2023 e o código P94Q8A9C.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 13/09/2023 | Edição: 175 | Seção: 1 | Página: 196

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra

PORTARIA GM/MS Nº 1.283, DE 12 DE SETEMBRO DE 2023

Desabilita, cancela a qualificação da Unidade de Suporte Básico (USB), vinculada à Central de Regulação das Urgências (CRU) Joaçaba Meio-Oeste (SC), destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e estabelece a dedução de recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), do Estado de Santa Catarina e Município de Tangará.

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e:

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.058, de 30 de agosto de 2011, que habilita o Município de Tangará (SC) a receber o quantitativo referente às Unidades de Suporte Básico destinado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da Central de Regulação Médica Regional Joaçaba (SC);

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.141, de 26 de setembro de 2013, que qualifica a Central de Regulação das Urgências e Unidades de Suporte Básico e Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional de Joaçaba (SC) a receber incentivo de custeio redefinido;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.837, de 31 de outubro de 2019, que suspende o repasse de recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de habilitação e qualificação da Unidade de Suporte Básico (USB), destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) do Município de Tangará (SC), pertencente à Central de Regulação de Urgências de Joaçaba (Meio-Oeste);

Considerando o Título II - Do componente do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) - da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 288, de 12 de março de 2018, que redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNE); e

Considerando o Parecer Técnico nº 461/2023-CGURG/DAHU/SAES/MS, constante do NUP-SEI 25000.460208/2017-61, resolve:

Art. 1º Fica desabilitada e cancelada a qualificação da Unidade de Suporte Básico (USB), pertencente à Central de Regulação das Urgências (CRU) Joaçaba (Meio-Oeste), destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), do Município de Tangará (SC), conforme Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Fica estabelecida a dedução de recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, no montante anual de R\$ 263.028,00 (duzentos e sessenta e três mil e vinte e oito reais), incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), do Estado de Santa Catarina e Município de Tangará, conforme Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. Fica cessado o efeito financeiro da Portaria GM/MS nº 2.837, de 31 de outubro de 2019, que suspende o repasse de recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de habilitação e qualificação da Unidade de Suporte Básico (USB), destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) do Município de Tangará (SC), pertencente à Central de Regulação de Urgências de Joaçaba (Meio-Oeste).

Art. 3º O recurso orçamentário, objeto desta Portaria, deixará de onerar o Programa de Trabalho 10.302.5018.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade - Plano Orçamentário 0001.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

NÍSIA TRINDADE LIMA

ANEXO

UF	IBGE	MUNICÍPIO	CNES	GESTÃO	DESCRIÇÃO	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DO INCENTIVO DE HABILITAÇÃO	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DO INCENTIVO DE QUALIFICAÇÃO	PORTARIA DE HABILITAÇÃO EM CUSTEIO	PORT. QUAI EM C
SC	421790	TANGARÁ	6979653	MUNICIPAL	USB	82.50 - UNIDADE MÓVEL DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR USB SAMU 192	82.51 - CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS SAMU 192 E UNIDADES MÓVEIS QUALIFICADAS	GM/MS Nº 2.058, DE 30 DE AGOSTO DE 2011	GM/2.141 SETE 2013
TOTAL									

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

O Município de Capinzal - SC manifesta formalmente a sua **desistência** quanto à solicitação de habilitação da Unidade Básica de Saúde (UBS) cadastrada no Plano de Ações Articuladas (PAR) no ciclo de 2024. Adicionalmente, apresenta-se a devida fundamentação técnica que motivou a alteração do planejamento físico-territorial da rede de atenção primária deste município.

A decisão de declinar do pleito baseia-se no princípio da eficiência administrativa e na mudança de prioridade epidemiológica e logística local, a aquisição de Unidade Móvel de Saúde (Ambulância UTI Móvel). O município logrou êxito na incorporação de uma moderna estrutura veicular de suporte avançado. A aquisição desse equipamento permite o deslocamento rápido, o atendimento descentralizado de urgências e o suporte direto às áreas que seriam potencialmente cobertas pela UBS solicitada, garantindo resposta ágil sem a rigidez geográfica de uma edificação fixa.



PREFEITURA DE
CAPINZAL
Nossa gente, nosso orgulho

Secretaria da
Saúde

OFÍCIO Nº 021/2026/FMS

Capinzal/SC, 15 de abril de 2026.

À

Secretaria Regional de Saúde de Joaçaba

Assunto: Manifestação de desinteresse na implantação/manutenção de base do SAMU

Prezados(as),

Cumprimentando-os cordialmente, vimos por meio deste informar que o Município de Capinzal, Santa Catarina, após análise administrativa, técnica e financeira, não possui interesse, neste momento, na implantação/manutenção de uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em seu território.

Destacamos que o município recentemente realizou a aquisição de uma ambulância do tipo UTI móvel, a qual se encontra devidamente equipada para o atendimento de urgência e emergência, contribuindo de forma significativa para a organização e fortalecimento dos serviços de saúde locais.

A decisão foi tomada considerando as atuais prioridades da gestão municipal, bem como a estrutura já disponível para atendimento à população, buscando garantir a melhor alocação dos recursos públicos e a continuidade dos serviços de saúde de forma eficiente.

Ressaltamos que o município permanece à disposição para futuras tratativas e não descarta a possibilidade de reavaliar a adesão ao serviço em momento oportuno, conforme as necessidades locais e as condições administrativas.

Sem mais para o momento, renovamos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

RAFAEL
DALAVEQUIA
93749090068

Assinado de forma digital
por RAFAEL
DALAVEQUIA
Dados: 2026.04.15 16:41:11

RAFAEL DALAVEQUIA
Secretário Municipal da Saúde

Rua Carmelo Zocolli, 200, Centro CEP: 89665-000
Fone: (49) 3555-8787

Conforme formalizado por meio do Ofício Informativo nº 029/2026, o município de ITÁ **declina** do pleito devido à plena suficiência da estrutura de urgência e emergência já

existente no território, tornando a nova implantação redundante. A cobertura atual conta com um hospital local com funcionamento 24 horas, uma unidade ativa e ininterrupta do Corpo de Bombeiros Militar e ambulância municipal disponível em regime de permanência. Esse arranjo institucional é tecnicamente considerado suficiente para absorver a totalidade da demanda local de resgate e suporte básico.

Ofício Informativo nº 029 /2026

Itá/SC dia 31 de Março de 2026

Prefeitura Municipal de Itá /SC

Assunto: Declínio USB-SAMU

Prezado(a) Senhor(a) responsável,

Venho Informar que o Município de Itá, declinou da Unidade de Suporte Básico (USB), do SAMU, em virtude de possuir atendimento hospitalar 24 horas, possuir posto do corpo de bombeiros 24 horas e possuir Ambulância do município disponível 24 horas.

Agradeço a atenção.

Atenciosamente,

VOLNEI CARLOS
POZZEBON:899
03250991

Assinado de forma digital
por VOLNEI CARLOS
POZZEBON:89903250991
Dados: 2026.03.31 09:44:30
-03'00'

Volnei Carlos Pozzebon
Secretário Municipal de Saúde

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nesse contexto, apresentam-se, a seguir, os novos pleitos encaminhados pelos municípios da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, referentes à implantação e ao custeio de unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A sistematização dessas solicitações tem por objetivo evidenciar as demandas regionais relacionadas à ampliação e ao fortalecimento da assistência pré-hospitalar móvel, contribuindo para o

aprimoramento da organização e da capacidade de resposta da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) na macrorregião.

Quadro 20: – Custeio SAMU 192 – Habilitação

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	DESCRIÇÃO (USA - USB - Motolância)
Meio Oeste	Campos Novos	01 - USA
	Água Doce	01 – USB (SAIPS 213208)
	Ibicaré	01 – USB (SAIPS 213189)
Alto Uruguai Catarinense	Ipumirim	01 - USB
	Ipira	01 - USB
	Presidente Castello Branco	01- USB
	Concórdia	01 – USA - SAIPS 220782 em análise
Alto Vale do Rio do Peixe	Ponte Alta do Norte	01 - USB
	Timbó Grande	01 – USB (SAIPS 214132)
	Santa Cecília	01 - USB

Conforme dados da Central de Regulação de Urgências (CRU) de Joaçaba, responsável pela regulação das ocorrências na Região de Saúde do Meio Oeste em 2025 registrou o total de 38.215 chamadas recebidas pelo número 192. No mesmo período, foram contabilizados 5.032 despachos de viaturas de Unidades de Suporte Avançado (USA) e 9.048 despachos de viaturas de Unidades de Suporte Básico (USB), evidenciando o volume de atendimentos realizados no âmbito da assistência pré-hospitalar móvel na região.

O Município de Campos Novos solicita a implantação de uma ambulância para Atendimento de Suporte Avançado de Saúde SAMU 192, pela necessidade de intervenção em situações de urgência, caracterizado pela busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica. Este tipo de atendimento evita o agravamento da condição da vítima, minimizando o sofrimento, prevenindo sequelas ou mesmo evitando o óbito, por meio de atendimento e/ou transporte adequado. Sendo necessário o apoio devido ao alto custo desse tipo de serviço (implantação e manutenção), que não poderia ser adquirido sem onerar excessivamente os recursos da Secretaria. A necessidade da mesma se justifica também pelas seguintes razões: 1- Prestar o atendimento à vítima no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos e enfermeiros conforme a gravidade do caso, evitando assim, a chegada instável do paciente em ambiente hospitalar. 2- Aumento exponencial das demandas de atendimento de pacientes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) na região de Campos Novos, totalizando 997 atendimentos encaminhados para Unidade Hospitalar, realizados pelas Unidades de Suporte Básico de Saúde (USB) em 2024.

Avalia-se também o crescimento da população do município de Campos Novos, que hoje ruma aos 40.000 mil habitantes, somado às populações dos municípios que fazem limite geográfico (Ibiam; Monte Carlo; Celso Ramos; Anita Garibaldi; Vargem; Brunópolis; Abdon Batista; Capinzal; Zortéa; Lacerdópolis; Erval Velho; Ouro) totaliza cerca de 89.678 habitantes que contam atualmente com o Atendimento de Suporte Avançado disponibilizado pela Central de Regulação de Urgência (CRU) de Joaçaba, podendo assim, devido a distância, aumentar o tempo resposta e chegada para os atendimentos, diminuindo assim a sobrevida do paciente aumentando as chances de piora do quadro e óbito.



Ofício SMS nº 013/2025

Campos Novos, 31 de janeiro 2025.

Ao Exmo. Senhor Jorginho Mello – Governador do Estado de Santa Catarina,
Assunto: **Solicitação de Ambulância para suprir as demandas da Secretaria**

Prezado Senhor Governador,

Com nossos cordiais saudações e afetuosos cumprimentos, servimo-nos do presente para solicitarmos encarecidamente a Vossa Excelência ajuda para a implantação do Serviço de Atendimento de Suporte Avançado de Saúde na base já existente do SAMU 192 Campos Novos. Essa intermediação para o que aqui é solicitado se deve principalmente devido a necessidade de intervenção em situações de urgência, caracterizado pela busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica. Este tipo de atendimento evita o agravamento da condição da vítima, minimizando o sofrimento, prevenindo sequelas ou mesmo evitando o óbito, por meio de atendimento e/ou transporte adequado. Sendo necessário o apoio devido alto custo desse tipo de serviço (implantação e manutenção), que não poderia ser adquirido sem onerar excessivamente os recursos da Secretaria. A necessidade da mesma se justifica também pelas seguintes razões:

- 1- Prestar o atendimento à vítima no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos e enfermeiros conforme a gravidade do caso, evitando assim, a chegada instável do paciente em ambiente hospitalar.
- 2- Aumento exponencial das demandas de atendimento de pacientes no Serviço de Atendimento Móvel da Urgência (SAMU-192) na região de Campos Novos, totalizando 997 atendimentos encaminhados para Unidade Hospitalar, realizados pelas Unidades de Suporte Básico de Saúde (USB)

em 2024, contando com equipe composta por motorista e técnico de enfermagem.

- 3- Presença de Hospital de Médio Porte (Fundação Hospitalar Dr. José Athanázio) com 10 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) realizando cerca de 28 transferências por mês e 338 transferências anual, que atende os municípios de Abdom Batista; Brunópolis; Campos Novos; Celso Ramos; Ibiam; Monte Carlo; Vargem; Zortea; A UTI apresenta cerca de 80% de sua lotação, evidenciando a gravidade dos pacientes, assim como a necessidade de maior suporte técnico frente aos cuidados pré hospitalares e transferências quando necessário.
- 4- A implantação do Serviço de Atendimento Móvel da Urgência (SAMU-192) feito pela Ambulância do Tipo D – Unidade de Suporte Avançado contendo equipe composta por motorista, médico e enfermeiro, na Região de Campos Novos, SC, tem como proposta a cobertura de cerca de doze (12) municípios, tendo como Campos Novos a base descentralizada de atendimento de urgências. O crescimento da população do município de Campos Novos, que hoje rumo aos 40.000 mil habitantes, somado as populações dos municípios que fazem limite geográfico (Ibiam; Monte Carlo; Celso Ramos; Anita Garibaldi; Vargem; Brunópolis; Abdom Baatista; Capinzal; Zortea; Lacerdópolis; Erval Velho; Ouro) totaliza cerca de 89.678 habitantes que contam atualmente com o Atendimento de Suporte Avançado disponibilizado pela Central de Regulação de Urgência (CRU) de Joaçaba, podendo assim, devido a distância, aumentar o tempo resposta e chegada para os atendimentos, diminuindo assim a sobrevida do paciente aumentando as chances de piora do quadro e óbito.
- 5- O SAMU-192 como um componente móvel da Rede de Atenção às Urgências, tem como objetivo estender a sua cobertura de atendimento nos municípios e nas regiões de todo Território Nacional, pela necessidade de qualificação da atenção à Rede de Urgência e Emergência, estimulando assim o ganho de resolutividade. Tendo como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido o agravo à sua saúde, que possa levar a sofrimento ou até mesmo a morte e assim garantir o atendimento e o transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado



ao SUS. Melhorando assim os indicadores de saúde e o acesso ao atendimento médico em situações de urgência e emergência.

No mais, aproveitamos a oportunidade para parabenizá-lo pelo excelente trabalho que a sua gestão vem realizando junto à população catarinense, e desde já somos gratos pela atenção a nós sempre demandada.

Ao ensejo, enviamos votos de elevada estima e distinta consideração.

Respeitosamente,

Karla Fabiane
Bertelli:03229177940

Assinado de forma digital por:
Karla Fabiane
Bertelli:03229177940
Dados: 2025.02.13 15:55:17 -03'00'

Karla Fabiane Bertelli
Secretária Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde de Campos Novos-SC

Água Doce faz parte da área de cobertura do SAMU de Joaçaba e o tempo resposta do mesmo até a sede do Município pode facilmente ultrapassar 40 minutos. Este tempo, no entanto, diz respeito aos atendimentos na área central. O município possui uma extensão territorial de mais de 1.300 quilômetros quadrados, enquanto a área urbana é de apenas 2.2 quilômetros quadrados. Temos em nosso município assentamentos e comunidades que ficam a mais de 50 quilômetros da sede, com estradas de terra que causam ainda mais lentidão na resposta das equipes móveis de urgência. O município possui, como é do conhecimento de vossa senhoria, um pronto atendimento porta aberta no Hospital Nossa Senhora da Paz, o qual faz parte do programa de valorização dos hospitais e onde o município aporta R\$120.000,00 por mês para garantir o atendimento 24 horas. Este hospital poderia ser a primeira opção de deslocamento do paciente para estabilização e posteriormente fazer a remoção para o Hospital Universitário Santa Terezinha em Joaçaba. Como proposta, podemos servir de base para o município de Treze Tílias, diminuindo o tempo de espera do município vizinho. O município de Água Doce já possui uma Unidade de Suporte Básico, com a organização da equipe de profissionais, onde

possui inclusão no Sistema de Apoio a Implantação de Política em Saúde – SAIPS, através do número 213208 com situação aprovada.



Ofício Nº 031/GSMS/2025

Água Doce/SC, 11 de abril de 2025

Ilmo Sr.

DIOGO DEMARCHI SILVA

Secretário de Estado da Saúde
Florianópolis - SC

Prezado Senhor

Vimos por meio do presente ofício, respeitosamente, solicitar a Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina a implantação por ampliação de frota de 01 USB/SAMU para o Município de Água Doce.

Água Doce faz parte da área de cobertura do SAMU de Joaçaba e o tempo de resposta do mesmo até a sede do Município pode facilmente ultrapassar 40 minutos. Este tempo no entanto diz respeito aos atendimentos em área central. O Município possui uma extensão territorial de mais de 1.300 quilômetros quadrados, enquanto a área urbana é de apenas 2.2 quilômetros quadrados. Temos em nosso município assentamentos e comunidades que ficam a mais de 50 quilômetros da sede, com estradas de terra que causam ainda mais lentidão na resposta das equipes móveis de urgência.

O município possui, como é do conhecimento de vossa senhoria, um pronto atendimento porta aberta no Hospital Nossa Senhora da Paz, o qual faz parte do programa de valorização dos hospitais e onde o município aporta R\$ 120.000,00 por mês para garantir o atendimento 24 horas. Este hospital poderia ser a primeira opção de deslocamento do paciente para estabilização e posteriormente fazer a remoção para o Hospital Universitário Santa Terezinha em Joaçaba. Como proposta, podemos servir de base para o município de Treze Tílias, diminuindo o tempo de espera do município vizinho.

Nos meses em que estamos a frente da gestão municipal já tivemos incidentes que agravaram e outros em que os pacientes (adulto, neonatal e idoso) vieram a óbito pela demora na resposta. Relato caso onde a ambulância do município levou o paciente, vítima de agressão por arma branca, até o encontro da ambulância do SAMU, onde na altura do município de Luzerna, foi realizada a "baldiação" do paciente.

Ofício Nº 031/GSMS/2025

A incorporação desta USB ampliaria a oferta de serviço e aceleraria a resposta na atenção a agravos à saúde que requerem atenção com urgência. A ambulância padrão SAMU do Tipo USB, terá sua sede em Água Doce/SC e dará cobertura a sua própria expansão territorial (1.314,137 km²). A unidade será incorporada a área de abrangência no qual a CRU – Joaçaba poderá fazer o acionamento desta unidade para apoiar nas demandas originadas através do 192 em casos de média e alta gravidade, ficando ainda a nossa unidade hospitalar a disposição da RUE.

Sendo o que havia para o momento, reiteramos, votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

 Documento assinado digitalmente
LUIS FERNANDO DAHMER PERUCHINI
Data: 11/04/2025 10:27:42 -0300
Verifique em <https://validar.rs.gov.br>

Luis Fernando Dahmer Peruchini
Secretário Municipal de Saúde
Gestor do Fundo Municipal de Saúde

O município de Ibicaré já possui uma Unidade de Suporte Básico, onde já está providenciando a equipe de profissionais para atuar no serviço, já possui inclusão no Sistema de Apoio a Implantação de Política em Saúde – SAIPS, através do número 213189, com Parecer aprovado. Tal solicitação faz-se diante da situação que o município não dispõe de pronto atendimento e hospital em seu território e considerando que o objetivo do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) é chegar rapidamente às vítimas de agravos à saúde, evitando sofrimento, sequelas ou óbito e que os impactos esperados são a redução da morbimortalidade e promoção da melhor qualidade de vida da Comunidade. Dessa forma está sendo incluída no PAR para habilitação do serviço.



Município de Ibicaré
Secretaria Municipal de Saúde



Ofício nº 024/2025

Ibicaré (SC), 18 de março de 2025.

Ilmo Sr.
DIOGO DEMARCHI SILVA
Secretário de Estado da Saúde
Florianópolis – SC

Prezado Senhor

A Secretaria Municipal de Saúde vem mui respeitosamente por meio deste solicitar a implantação por ampliação de frota de 01 USB/SAMU para o município de Ibicaré com a finalidade de reduzir o tempo resposta aos atendimentos do APH-Móvel no território do município, haja vista que a cobertura do SAMU é feita pelo município de Joaçaba com um tempo de 30 minutos para chegar até o centro da cidade, demorando até 60 – 80 minutos para chegar a área rural do município.

Tal solicitação faz-se diante da situação que o município não dispõe de pronto atendimento e hospital em seu território e considerando que o objetivo do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) é chegar rapidamente às vítimas de agravos à saúde, evitando sofrimento, sequelas ou óbito e que os impactos esperados são a redução da morbimortalidade e promoção da melhor qualidade de vida da Comunidade.

Outro fator importante a ser considerado é que a Unidade do SAMU atende a 20 municípios e o advento deste importante equipamento ao Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, a ambulância padrão SAMU do Tipo USB, terá sua sede em Ibicaré/SC e dará cobertura a sua própria expansão territorial (155,789 km²) e a Região que será a área de abrangência no qual a CRU – Joaçaba poderá acionar esta Unidade Móvel de Urgência para apoiar nas demandas originadas através do 192 em casos de média e alta gravidade,

Sem mais para o momento, reiteramos, votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
EUGENIA BUCCO
Data: 24/03/2025 10:41:42-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

EUGENIA BUCCO

Secretaria Municipal de Saúde

ROBERTO
SERGIO
BESEN:0074625
3907
Assinado de forma digital por ROBERTO SERGIO BESEN:00746253907
Dados: 2025.03.24 13:25:28 -03'00'

ROBERTO SERGIO BESEN

Prefeito

Considerando o declínio do pleito do Município de Itá e a necessidade de reorganização da rede assistencial na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, justifica-se o atendimento à demanda do território por meio da implantação de 01 Unidade de Suporte Básico (USB) no município de Ipumirim, conforme solicitação formalizada por meio do Ofício nº 12/2026. O município possui população de 7.816 habitantes e apresenta localização

geográfica estratégica para ampliação da cobertura assistencial aos municípios vizinhos de Arabutã (4.378 habitantes) e Lindóia do Sul (4.549 habitantes), totalizando população estimada de aproximadamente 16.743 habitantes, conforme dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022.

A região caracteriza-se por território predominantemente rural, com comunidades dispersas e elevada dependência do atendimento pré-hospitalar móvel, situando-se parcialmente em áreas de sombra operacional do SAMU. Nesse contexto, a implantação da USB em Ipumirim contribuirá para ampliar a cobertura assistencial, reduzir o tempo resposta às ocorrências de urgência e emergência e fortalecer a articulação com os serviços que compõem a RUE, qualificando o atendimento à população dos municípios abrangidos.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPUMIRIM
Rua Bento Gonçalves nº 445 - Ipumirim / SC

Ipumirim-SC, 29 de outubro de 2025

Ofício nº 159/2025/SMS

Exmo Senhor,
DIONÍSIO CÉSAR MEDEIROS
Diretor APH Móvel-SES/SC

Assunto: SAMU UBS.

Prezado Senhor,

Vimos através deste, solicitar liberação de implantação do SAMU no Município de Ipumirim-SC, com uma Ambulância que tenha motorista socorrista e técnico de enfermagem, bem como ajuda de custo mensal para manutenção dessa equipe.

Sendo o que tínhamos para o momento, renovamos os votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

VALDIR ZANELLA
Prefeito Municipal

VALDIR ZANELLA
PREFEITO MUNICIPAL

RODRIGO BARON
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Destaca-se também o pleito para implantação de 01 Unidade de Suporte Básico de Vida do SAMU (USB) no município de Ipira, conforme solicitação formalizada por meio do Ofício nº 12/2026, com o objetivo de ampliar a cobertura da assistência pré-hospitalar móvel e reduzir o tempo-resposta às ocorrências de urgência e emergência. A proposta fundamenta-se no fato de que o município se encontra em área de sombra do serviço, sendo que a implantação da unidade também beneficiará os municípios de Piratuba e Peritiba, abrangendo população estimada de 13.339 habitantes, conforme dados do Censo do IBGE de 2022. Destaca-se ainda que o Município de Piratuba constitui importante destino turístico regional, especialmente em razão do turismo termal, registrando aumento significativo da população flutuante durante períodos de alta temporada, o que eleva a demanda por serviços de saúde e atendimento às urgências.



Ofício nº 12/2026.

Ipira (SC) 27 de março de 2026.

**Superintendência de Urgência e Emergência – RUE.
Estado de Santa Catarina.**

Assunto: Solicitação de Implantação do SAMU USB.

Prezados,

Por meio deste ofício, solicitamos a implantação de 01 unidade de suporte básico de vida do SAMU (USB), no município de Ipira, por ampliação de frota, para que as demandas de urgência e emergência no ambiente do pré-hospitalar seja atendido e com o objetivo de diminuição do tempo-resposta. Considerando que Ipira está localizada em uma região de sombra do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, solicitando assim, o apoio do Estado nesta implantação e fornecendo aos munícipes e visitantes um serviço de APH-Móvel de excelência que é prestado pelo SAMU Catarinense.

O município de Ipira é uma cidade desta localizada no meio oeste de Santa Catarina atualmente com 4.578 habitantes, segundo dados do IBGE de 2022. A presença do SAMU USB é fundamental para garantir um atendimento rápido e eficaz em situações de emergência, contribuindo para a segurança e saúde da população.

A solicitação apresentada é muito importante para a população do nosso município, por isso, desde já agradecemos a compreensão e aguardamos parecer favorável a nosso pedido.

Atenciosamente;

**MARCELO
BALDISSERA:08807372983**

Assinado de forma digital por
MARCELO BALDISSERA:08807372983
Dados: 2026.03.31 10:19:31 -03'00'

**Marcelo Baldissera
Prefeito Municipal de Ipira.**

DANIELA STOCKMANN:03250036937

Assinado de forma digital por DANIELA STOCKMANN:03250036937
Dados: 2026.03.31 10:19:31 -03'00'

**Daniela Stockmann
Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social de Ipira.**



49 3558.0423
ipira@ipira.sc.gov.br

Rua 15 de Agosto, 342 – Centro - CEP 89669-000 - Ipira/SC

Ainda, justifica-se o pleito para implantação de 01 Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Presidente Castello Branco, considerando sua posição geográfica na região do Alto Uruguai Catarinense e sua formação territorial predominantemente rural, com população distribuída em comunidades no interior. Essas características podem dificultar o acesso oportuno aos serviços de urgência e emergência.

Ressalta-se também que o município depende da base regional localizada em Jaborá, com tempo médio de deslocamento aproximado de 55 minutos até o serviço de referência, o que pode impactar o tempo resposta às ocorrências e reforça a necessidade de ampliação da cobertura da assistência pré-hospitalar móvel, fortalecendo a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.



ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE PRESIDENTE CASTELLO BRANCO

OFÍCIO Nº 07/2026
Presidente Castello Branco/SC, 17 de abril de 2026.

À Nádja Gaio
Gerencia Regional de Saúde de Concórdia

O Município de Presidente Castello Branco/SC vem, por meio deste, manifestar formalmente seu interesse na implantação de uma Base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU em nosso território municipal, considerando a necessidade de ampliação e qualificação do atendimento de urgência e emergência à população local e regional.

Atualmente, a principal referência hospitalar do município é o Hospital São Francisco, localizado no Município de Concórdia/SC, a aproximadamente 40 km de Presidente Castello Branco. No entanto, a Base do SAMU responsável pelo atendimento de nossa região encontra-se instalada no Município de Jaborá/SC, tendo como referência o Hospital Santa Terezinha, em Joaçaba/SC, distante cerca de 55 km.

Diante desse cenário, verifica-se que as distâncias atualmente percorridas impactam diretamente no tempo-resposta às ocorrências, fator essencial em situações de urgência e emergência, nas quais a agilidade no atendimento pode ser determinante para a preservação da vida e redução de sequelas.

Assim, a implantação de uma Base do SAMU em Presidente Castello Branco mostra-se necessária e estratégica, possibilitando maior celeridade no atendimento, melhor cobertura regional, redução no tempo de deslocamento das equipes e fortalecimento da rede de atenção às urgências.

Ressaltamos que o Município coloca-se à disposição para dialogar, colaborar tecnicamente e buscar as condições necessárias para viabilização desta importante demanda, em benefício de toda a população.

Sendo o que se apresenta para o momento, renovamos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


Jones Cléo Gemi
Secretário Municipal de Saúde

Rua Alberto Ernesto Lang, 29 - Centro - Fone: (49) 3457.1122 / 3457.1145 / 3457.1136
CNPJ: 82.777.244/0001-40 - prefeitura@castellobranco.sc.gov.br



No que se refere ao pleito de implantação de Unidade de Suporte Avançado (USA) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) para o município de

Concórdia, constante no PAR da Rede de Urgência e Emergência (RUE) de 2024, informa-se que a unidade encontra-se implantada e em funcionamento, decorrente da aprovação da proposta SAIPS nº 219335, relativa à ampliação da frota de Unidades Móveis de Urgência. Ademais, registra-se que a proposta SAIPS nº 220782, referente à habilitação da USA para fins de custeio federal, encontra-se em análise pelo Ministério da Saúde, nos termos da normativa vigente, aguardando manifestação conclusiva quanto à sua aprovação.

A região de saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, apresenta solicitação de habilitação de unidade SAMU 192, para os municípios de Ponte Alta do Norte e Timbó Grande, conforme justificativas que seguem.

O município de Ponte Alta do Norte conta com serviços de Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, no que se refere ao atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar móvel, o município não dispõe de uma base própria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Atualmente, a referência de atendimento do SAMU para o município é a base localizada no município de Curitiba, situada a aproximadamente 40 km de distância. Essa distância ocasiona aumento significativo no tempo resposta às ocorrências de urgência e emergência, especialmente em situações críticas como acidentes, paradas cardiorrespiratórias, traumas graves, entre outras condições que são tempo sensível.

Dessa forma, a implantação de uma Unidade de Suporte Básico (USB) do SAMU em Ponte Alta do Norte torna-se fundamental para fortalecer a rede de atenção à saúde, garantindo maior agilidade no atendimento pré-hospitalar, reduzindo o tempo resposta às ocorrências e proporcionando atendimento resolutivo e qualificado à população. A presença do SAMU no município contribuirá diretamente para a redução de agravamentos clínicos, sequelas e óbitos evitáveis, assegurando assistência adequada e o encaminhamento oportuno dos pacientes para os serviços de referência.

A implantação do SAMU em Ponte Alta do Norte representa um importante avanço na ampliação e qualificação dos serviços de saúde ofertados à população da região, promovendo maior segurança, eficiência e resolutividade no atendimento às urgências e emergências, sendo medida indispensável para a preservação e salvamento de vidas.



Prefeitura Municipal de Ponte Alta do Norte
Secretaria Municipal saúde

OF/SMS nº 0024/2026

Ponte Alta do Norte SC, 10 de março de 2026

A
Regional de Saúde de Videira
Estado de Santa Catarina
nesta.

**Assunto: Implantação do SAMU – Unidade de Suporte Básico (USB) no
Município de Ponte Alta do Norte – SC**

O Município de Ponte Alta do Norte – SC conta com serviços de Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, no que se refere ao atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar móvel, o município não dispõe de uma base própria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Atualmente, a referência de atendimento do SAMU para o município é a base localizada no município de Curitiba – SC, situada a aproximadamente 40 km de distância. Essa distância ocasiona aumento significativo no tempo de resposta às ocorrências de urgência e emergência, especialmente em situações críticas como acidentes, paradas cardiorrespiratórias, traumas graves, entre outras condições que exigem atendimento imediato.

Dessa forma, a implantação de uma Unidade de Suporte Básico (USB) do SAMU em Ponte Alta do Norte torna-se fundamental para fortalecer a rede de atenção à saúde, garantindo maior agilidade no atendimento pré-hospitalar, reduzindo o tempo de resposta às ocorrências e proporcionando atendimento rápido e qualificado à **população da região**, diante do exposto, solicitamos a deliberação e inclusão no PAR.

A presença do SAMU no município contribuirá diretamente para a redução de agravamentos clínicos, sequelas e óbitos evitáveis, assegurando

PONTE ALTA DO NORTE - ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria Municipal de saúde
Av: Arnécido da Silva Calomeno Ponte Alta do Norte- CEP: 89535-000



Prefeitura Municipal de Ponte Alta do Norte
Secretaria Municipal saúde

assistência adequada e o encaminhamento oportuno dos pacientes para os serviços de referência da rede regional de saúde.

Assim, a implantação do SAMU em Ponte Alta do Norte representa um importante avanço na ampliação e qualificação dos serviços de saúde ofertados à população da região, promovendo maior segurança, eficiência e resolutividade no atendimento às urgências e emergências, sendo medida indispensável para a preservação e salvamento de vidas.

Sendo o que se apresenta para o momento, no aguardo de seu pronunciamento reiteramos protestos de estima e apreço.

Atenciosamente,

RUBENS BERNARDO
SCHMIDT:56957513
904

Assinado de forma digital por
RUBENS BERNARDO
SCHMIDT:56957513904
Dados: 2026.03.10 08:24:27
+03'00'

Rubens Bernardo Schmidt
Secretário Municipal de Saúde

O município de Timbó Grande, possui características geográficas e territoriais que dificultam significativamente o acesso rápido aos serviços de urgência e emergência. Trata-se de um município com extensa área rural, grandes distâncias entre as comunidades e infraestrutura viária limitada, fatores que impactam diretamente no tempo resposta em situações que envolvem risco à vida. Atualmente, a população depende do deslocamento para municípios que possuem maior estrutura hospitalar.

A porta de entrada para atendimentos de maior complexidade encontra-se, em média, a aproximadamente 2 horas e 30 minutos de distância, o que representa um tempo elevado para pacientes que necessitam de atendimento imediato. Além disso, quando acionado, o tempo de resposta do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para chegar até o município pode ultrapassar 5 horas, considerando a distância das bases mais próximas e as condições de deslocamento das equipes. Esse cenário compromete significativamente a assistência adequada em casos graves, como acidentes, infartos, acidentes vasculares cerebrais (AVC), traumas e outras emergências que exigem atendimento rápido e especializado.

Diante desse contexto, evidencia-se a necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências no município. A implantação de uma Base da Unidade de Suporte Básico (USB) do SAMU em Timbó Grande contribuirá diretamente para a redução do tempo de resposta nas ocorrências, possibilitando atendimento pré-hospitalar mais ágil, qualificado e resolutivo.

A presente solicitação fundamenta-se, portanto, na necessidade de reduzir o tempo de resposta em situações de emergência, assegurar assistência adequada e preservar vidas, especialmente considerando a vulnerabilidade territorial e social da população atendida. A solicitação já está inclusa no Sistema de Apoio a Implantação de Política em Saúde - SAIPS , através do número 214132, com parecer aprovado.



Estado de Santa Catarina
Município de Timbó Grande
Secretaria de Saúde e Vigilância Sanitária
Capital Catarinense Cabocla do Contestado

JUSTIFICATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DE BASE DO SAMU – UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB) Município de Timbó Grande – SC

O Município de Timbó Grande, localizado no Estado de Santa Catarina, possui características geográficas e territoriais que dificultam significativamente o acesso rápido aos serviços de urgência e emergência. Trata-se de um município com extensa área rural, grandes distâncias entre as comunidades e infraestrutura viária limitada, fatores que impactam diretamente no tempo de resposta em situações que envolvem risco à vida. Atualmente, a população depende do deslocamento para municípios que possuem maior estrutura hospitalar. A porta de entrada para atendimentos de maior complexidade encontra-se, em média, a aproximadamente 2 horas e 30 minutos de distância, o que representa um tempo elevado para pacientes que necessitam de atendimento imediato. Além disso, quando acionado, o tempo de resposta do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para chegar até o município pode ultrapassar 5 horas, considerando a distância das bases mais próximas e as condições de deslocamento das equipes. Esse cenário compromete significativamente a assistência adequada em casos graves, como acidentes, infartos, acidentes vasculares cerebrais (AVC), traumas e outras emergências que exigem atendimento rápido e especializado. Diante desse contexto, evidencia-se a necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências no município. A implantação de uma Base da Unidade de Suporte Básico (USB) do SAMU em Timbó Grande contribuirá diretamente para a redução do tempo de resposta nas ocorrências, possibilitando atendimento pré-hospitalar mais ágil, qualificado e resolutivo. A presente solicitação fundamenta-se, portanto, na necessidade de reduzir o tempo de resposta em situações de emergência, assegurar assistência adequada e preservar vidas, especialmente considerando a vulnerabilidade territorial e social da população atendida.

Claudete Aparecida Hoffmann

Claudete Aparecida Hoffmann
Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE TIMBÓ GRANDE

Rua José Arcelino de Souza, 300
Boa vista | Fone: 49 3252.1746
cep 545-000 - TIMBÓ GRANDE - SC



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 170/CIB/2025

Aprova uma Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre - USB do SAMU 192 para o Município de Timbó Grande/SC, para a realização do pré-hospitalar na macrorregião do Meio Oeste Catarinense.

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 291ª reunião ordinária de 05 de junho de 2025.

Considerando a solicitação de ampliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 na macrorregião do meio oeste catarinense, com a implantação de 01(uma) unidade de suporte básico de vida, sediada na cidade de Timbó Grande/SC, apresentado pelo ofício nº 018/2025 da Prefeitura deste município, datado em 23/05/2025;

Considerando que o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço de saúde, instituído pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em parceria com o COSEMS, por meio das Secretarias Municipais de Saúde, conforme Deliberação 010/CIB/2004;

Considerando a Deliberação 049/CIB/2021 – Ratificada em 16/11/2022, que estabelece o fluxo de implantação e ampliação de frota do SAMU em Santa Catarina;

APROVA

Art. 1º Uma Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre - USB do SAMU 192 para o Município de Timbó Grande/SC, para a realização do pré-hospitalar na macrorregião do Meio Oeste Catarinense.

Art. 2º A Superintendência de Urgência e Emergência, por meio da Diretoria do APH-Móvel/SES é de parecer favorável quanto a implantação da USB citada.

Florianópolis, 06 de junho de 2025.

SINARA
REGINA LANDT
SIMIONI:03059
883955

Assinado de forma
digital por SINARA
REGINA LANDT
SIMIONI:0305983955
Data: 2025.06.06
14:02:35 -03'00'

DIOGO DEMARCHI SILVA
Secretário de Estado da Saúde
Coordenador CIB/SES

SINARA REGINA LANDT SIMIONI
Presidente do COSEMS
Coordenadora CIB/COSEMS



Assinaturas do documento



Código para verificação: **K0Y3J920**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



SINARA REGINA LANDT SIMIONI (CPF: 030.XXX.839-XX) em 06/06/2025 às 14:02:35

Emitido por: "AC LINK RFB v2", emitido em 12/07/2024 - 16:28:02 e válido até 12/07/2025 - 16:28:02.

(Assinatura ICP-Brasil)



DIOGO DEMARCHI SILVA (CPF: 010.XXX.009-XX) em 06/06/2025 às 18:08:10

Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/08/2023 - 13:06:44 e válido até 02/08/2123 - 13:06:44.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAxMTk3NTdfMTIwNzIxXzlwMjVfSzBZM0o5Mk8=> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00119757/2025** e o código **K0Y3J920** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.

O município de Santa Cecília, também localizado na região alto Vale do Rio do Peixe, solicita a disponibilização de uma ambulância de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/USB) para atender às necessidades da população. Destaca-se que a implantação de uma ambulância de Suporte Básico do SAMU neste município proporcionará benefícios expressivos à coletividade, dentre os quais se destacam: Redução do tempo resposta em ocorrências de urgência e emergência, qualificação do atendimento pré-hospitalar, ampliação das chances de sobrevida em casos graves e maior cobertura assistencial em todo o território municipal.



**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE SANTA CECÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

OFÍCIO Nº 018/2026

Santa Cecília, 06 de abril de 2026

Ao
Exmo. Sr. Diego Demarchi Silva
Secretário da Saúde de Santa Catarina

Assunto: Solicitação de ambulância de Suporte Básico (SAMU/USB)

Excelentíssimo Senhor,

O Município de Santa Cecília, por meio desta Prefeitura, vem, respeitosamente, solicitar, a disponibilização de uma ambulância de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/USB) para atender às necessidades de nossa população.

Destaca-se que a implantação de uma ambulância de Suporte Básico do SAMU neste município proporcionará benefícios expressivos à coletividade, dentre os quais se destacam:

- Redução do tempo-resposta em ocorrências de urgência e emergência;
- Qualificação do atendimento pré-hospitalar;
- Ampliação das chances de sobrevivência em casos graves;
- Maior cobertura assistencial em todo o território municipal.

Diante do exposto e considerando a importância de garantir o acesso à saúde e o bem-estar da população de Santa Cecília, reiteramos nosso pedido pela disponibilização de uma ambulância de Suporte Básico do SAMU para o município.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer informações adicionais e para colaborar com os procedimentos necessários à concretização desta solicitação.

Atenciosamente,

CARLOS ENRIQUE
GARCIA
LANGER 831244700
87
Carlos E. G. Langer
Prefeito Municipal

Eliezer Gomes
Secretário Municipal de Saúde
**ELIEZER
RODRIGUES
GOMES:820488
78920**

Assinado digitalmente por ELIEZER
RODRIGUES GOMES:82048878920
NO: C=BR, CN=ELIEZER RODRIGUES
GOMES:82048878920, O=ICP-Brasil,
OU=AC-SingapuraID Múltipla
Bastão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2026.04.06 15:23:27-0300'
Post PDF Reader Versão: 2025.3.0

CNPJ: 11.416.993/0001-01 – Av. XV de Novembro, 755
Centro – 89540-000 – Santa Cecília - SC
E-mail: saude@santacecilia.sc.gov.br

Quadro 21: Custeio SAMU – Qualificação

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	DESCRIÇÃO (USA - USB - Motolância)
Meio Oeste	Vargem	01 USB - Proposta SAIPS nº 207889 APROVADA. Aguardando Publicação em DOU

A solicitação de qualificação da Unidade Móvel Terrestre de Suporte Básico de Vida – USB 13 do SAMU 192 de Vargem na Região Meio Oeste, justifica-se pela necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências na região, garantindo maior eficiência, qualidade e segurança no atendimento à população.

A qualificação da unidade permitirá a ampliação do custeio, possibilitando a manutenção adequada dos serviços, atualização de insumos, capacitação continuada das equipes e melhores condições operacionais. Tais melhorias refletem diretamente na redução do tempo-resposta, no aumento da resolutividade dos atendimentos pré-hospitalares e na diminuição de agravos e óbitos evitáveis.

Considerando a crescente demanda por atendimentos na região, a qualificação da USB 13, torna-se medida essencial para assegurar a continuidade e o aprimoramento dos serviços prestados. Dessa forma, a presente solicitação visa fortalecer a rede, promovendo maior equidade no acesso e melhoria dos indicadores de saúde da população dos municípios atendidos.

Ofício SMS 155/2026

À Coordenação Geral de Urgência
 Ministério da Saúde

Assunto: Solicitação de Qualificação de Unidade Móvel do SAMU 192 – Vargem/SC

Senhor(a) Coordenador(a),

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do município de Vargem/SC, habilitado conforme a Portaria GM/MS nº 5.785, de 27 de novembro de 2024, vem, respeitosamente, por meio deste Ofício, referente à Proposta SAIPS nº 207889, solicitar a qualificação da Unidade Móvel Terrestre de Suporte Básico de Vida – USB 13.

A referida unidade possui as seguintes identificações:

- CNES nº 4700023
- Placa: RYY4H74
- Chassi: 8AC907643RE231823
- RENAVAM: 01389475805

Destaca-se que a unidade está subordinada à Central de Regulação de Urgência (CRU) de Joaçaba/SC.

A solicitação fundamenta-se no disposto na Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, especialmente em seu Art. 926, que assegura às unidades do componente SAMU 192, já habilitadas, o direito à qualificação, com a correspondente atualização dos valores de custeio.

Informamos, ainda, que a proposta de qualificação de 01 (uma) Unidade de Suporte Básico (USB), CNES nº 4700023, vinculada à CRU Joaçaba (Meio-Oeste/SC), foi aprovada no sistema SAIPS em 17/01/2025, conforme NUP: 25000.142534/2013-66.

Diante do exposto, solicitamos a análise e o deferimento do pleito, com manifestação favorável dessa Coordenação Geral de Urgência à qualificação da referida unidade.

49 3549.0301
Rua Vitorino Chiochetta, 147 - centro - 89638-000 - Vargem - SE

6.2 - COMPONENTE HOSPITALAR

6.2.1 - Sala De Estabilização

O quadro abaixo contempla os pleitos do aditivo do PAR 2024 que **ainda está sob análise** no Ministério da Saúde, bem como apresenta as **novas propostas** para a macrorregião de saúde.

No âmbito da organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a Sala de Estabilização (SE) configura-se como importante dispositivo assistencial destinado ao atendimento inicial e à estabilização de pacientes em estado crítico ou grave, garantindo suporte qualificado até o encaminhamento para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de estrutura que funciona de forma ininterrupta (24 horas por dia), com equipe interdisciplinar compatível com suas atividades, observando protocolos clínicos e fluxos assistenciais estabelecidos, assegurando atendimento oportuno e seguro aos usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

As Salas de Estabilização podem ser implantadas em serviços de saúde localizados em territórios com limitações de acesso à assistência de maior complexidade, sendo preferencialmente instaladas em hospitais de pequeno porte, com até 50 leitos e situados fora da área de abrangência de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas. Também podem ser implantadas em Unidades Básicas de Saúde ou Unidades Mistas, desde que garantidas as condições necessárias para seu funcionamento integral.

Nesse contexto, as Salas de Estabilização atuam como serviço de apoio ao atendimento, transporte e transferência de pacientes graves, especialmente em regiões caracterizadas por grande extensão territorial, áreas rurais ou localidades com isolamento geográfico, contribuindo para a qualificação da resposta assistencial às urgências e emergências e para a organização dos fluxos dentro da rede regional de atenção à saúde.

Importa destacar que, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.997/2023, a Sala de Estabilização foi restabelecida como componente financiável da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando seu papel estratégico na ampliação do acesso, na qualificação da assistência aos pacientes críticos e no fortalecimento da organização regional da rede de urgências.

Quadro 22: Inclusão de novas Salas de Estabilização incluídas no PAR de 2026

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	TIPO DE GESTÃO	CUSTEIO (ANUAL)
Alto Vale do Rio do Peixe	Arroio Trinta	2302780	Hospital Beneficente São Roque	Dupla	R\$ 600.000.00
	Lebon Régis	2691833	Hospital Santo Antônio	Estadual	R\$ 600.000.00
	Salto Veloso	2302543	Fundação Hospitalar Santa Juliana	Estadual	R\$ 600.000.00
	Tangará	2380129	Hospital São Lucas - IMAS	Estadual	R\$ 600.000.00
Meio Oeste	Água Doce	2380188	Hospital Nossa Senhora da Paz	Estadual	R\$ 600.000.00
Alto Uruguai Catarinense	Arabutã	2691493	Hospital Oswaldo Cruz	Estadual	R\$ 600.000.00
	Ipira	2691507	Hospital Piratuba/Ipira	Dupla	R\$ 600.000.00
	Ipumirim	6249604	Hospital São Camilo	Dupla	R\$ 600.000.00
	Itá	2691566	Hospital São Pedro Itá	Dupla	R\$ 600.000.00
	Peritiba	2689863	Associação Beneficente Hospitalar São Camilo Peritiba	Dupla	R\$ 600.000.00
	Xavantina	2666138	Hospital São Lucas	Dupla	R\$ 600.000.00

Na Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe evidencia-se a necessidade de habilitar nos componentes hospitalares localizados nos municípios de Arroio Trinta, Lebon Régis, Salto Veloso e Tangará.

O Hospital Beneficente São Roque, localizado no município de Arroio Trinta, município de grande extensão territorial, com característica rural, abrange uma população de 6.070 habitantes na Região onde está localizado, fica a uma distância aproximada de 30,8 km da Porta de Entrada de referência, no Hospital Salvatoriano Divino Salvador, do município de Videira. A CRU, localizada no município de Joaçaba, é a responsável pela regulação do SAMU para o município de Arroio Trinta. Atualmente o hospital conta com uma Sala de Estabilização com 2 leitos, cuja instalação, equipamentos e recursos humanos seguem os critérios exigidos na Portaria de Consolidação nº 3 e 6 de 28/09/2017, Portaria GM/MS nº 1997 de 24/11/2023 e Nota Técnica nº 21/2024 – CGURG/DAHU/SAES/MS. No ano de 2024, o hospital realizou atendimento, estabilização e transferência para o hospital de referência, de 174 pacientes (muito urgente e emergente), no período de abril a dezembro e no ano de 2025 período de janeiro a dezembro 280 atendimentos (muito urgente e emergente), estabilização e transferência para o hospital de referência. O processo de Habilitação está cadastrado no SAIPS sob o nº 206225.

O Hospital Municipal Lebon Régis, localizado no município de Lebon Régis, cuja extensão territorial é ampla, possui característica rural e abrange uma população de 14.752 habitantes. Possui uma distância aproximada de 41 km até a Porta de Entrada, localizada no Hospital Maicé do município de Caçador, o qual possui habilitação ministerial para Porta de Entrada Tipo II, além das altas complexidades em Traumato-ortopedia, Cardiovascular e Neurocirurgia. A CRU, localizada no município de Joaçaba, é a responsável pela regulação do SAMU para o município de Lebon Régis. Atualmente o hospital possui uma sala de estabilização com 2 leitos, com instalação, equipamentos e recursos humanos de acordo com a Portaria de Consolidação nº 3 e 6 de 28/09/2017, Portaria GM/MS nº 1997 de 24/11/2023 e Nota Técnica nº 21/2024 - CGURG/DAHU/SAES/MS. É fundamental ressaltar que o hospital está localizado próximo da rodovia federal BR 116, na qual ocorrem acidentes frequentemente, e os atendimentos são direcionados ao Pronto Atendimento pelo serviço móvel de resgate. O hospital realizou atendimento, estabilização e transferência para o hospital de referência, de 22 pacientes no ano de 2024 e 2013 pacientes no ano de 2025. A Habilitação está em andamento no SAIPS sob o nº206167.

O Hospital Fundação Hospitalar Santa Juliana, localizado no município de Salto Veloso, município com considerável extensão territorial, com característica rural, que abrange uma população de 14.580 habitantes. É localizado a uma distância aproximada de 49,4 km da primeira Porta de Entrada, do Hospital Santa Terezinha no município de Joaçaba, o qual possui habilitação ministerial para Porta de Entrada Tipo I, além das altas complexidades em Neurologia/Neurocirurgia e oncologia. Atualmente o hospital possui uma sala de estabilização com 2 leitos, cujos critérios exigidos na Portaria de Consolidação nº 3 e 6 de 28/09/2017, Portaria GM/MS nº 1997 de 24/11/2023 e Nota Técnica nº 21/2024 - CGURG/DAHU/SAES/MS, são seguidos. No período de janeiro a dezembro de 2024, o hospital realizou atendimento, estabilização e transferência para o hospital de referência, de 54 pacientes e no ano de 2025 61 pacientes. O Processo de Habilitação está em andamento no SAIPS sob o nº 206021.

O Hospital São Lucas - IMAS, localizado no município de Tangará, também com grande extensão territorial e característica rural, abrange uma população de 14.200 habitantes. Fica a uma distância aproximada de 39,1 km da Porta de Entrada, localizada no Hospital Santa Terezinha, do município de Joaçaba, o qual possui a habilitação ministerial para Porta de Entrada Tipo I e as altas complexidades em Neurologia/Neurocirurgia e oncologia. O hospital conta com uma sala de estabilização com 2 leitos, cuja instalação, equipamentos e recursos humanos estão de acordo com os critérios exigidos na Portaria de Consolidação nº 3 e 6 de 28/09/2017, Portaria GM/MS nº 1997 de 24/11/2023 e Nota

Técnica nº 21/2024 -CGURG/DAHU/SAES/MS. No período de janeiro a dezembro de 2024, o hospital realizou, estabilização e transferência para o hospital de referência, de 82 pacientes e no ano de 2025 realizou atendimento de 89 pacientes para estabilização e transferência para o hospital de referência. O Processo de Habilitação está em andamento no SAIPS sob o nº 206163.

Na Região Meio Oeste, o Hospital Nossa Senhora da Paz, localizado no município de Água Doce, cuja extensão territorial é de 1.319,137 km², segundo dados do IBGE (2024), possui além da emergência 24h/dia custeada pelo município sede, todos os equipamentos necessários para a habilitação do serviço. Por ser um município extenso, localiza-se a mais de 25 quilômetros do hospital de referência, localizado em Joaçaba, além do município de Água Doce ser cortado por duas rodovias estaduais e prestar atendimento a uma população de 6.508 habitantes. Considerando que a Macrorregião possui somente 4 hospitais habilitados em Porta de Entrada Hospitalar, é fundamental a habilitação das Salas de Estabilização nos municípios considerados de Pequeno Porte. O Processo de Habilitação está em andamento no SAIPS sob o nº 208388.

Na organização da Rede de Urgências e Emergências (RUE) da Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, os municípios de Arabutã, Ipira, Ipumirim, Itá, Peritiba e Xavantina possuem como referência regional para atendimento hospitalar de maior complexidade o Hospital São Francisco, localizado no município de Concórdia/SC. Considerando as características geográficas e populacionais da região, associadas às distâncias intermunicipais e ao tempo de deslocamento até o serviço de referência, evidencia-se a necessidade de implantação e habilitação de Salas de Estabilização nos hospitais de pequeno porte desses municípios, medida já contemplada no Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Urgências e Emergências (RUE) de 2024.

Nesse contexto, propostas de habilitação para essas estruturas assistenciais foram protocoladas no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) em 2024. As solicitações correspondem às seguintes instituições da Região do Alto Uruguai Catarinense e, atualmente, aguardam análise do Ministério da Saúde:

- Associação de Assistência Hospitalar Osvaldo Cruz (SAIPS nº 206888)
- Associação Beneficente Piratuba/Ipira (SAIPS nº 203629)
- BCS Hospital São Camilo de Ipumirim/SC (SAIPS nº 206159)
- BCS – Hospital São Pedro (SAIPS nº 206038)
- Associação Beneficente Hospitalar São Camilo Peritiba (SAIPS nº 206182)
- Associação Comunitária Hospital São Lucas (SAIPS nº 206166)

6.2.2 - Portas De Entrada Hospitalares De Urgência

As portas de entrada hospitalares de urgência são componentes essenciais da Rede de Atenção às Urgências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco, estabilização e encaminhamento dos usuários em situações agudas. Organizadas com base em protocolos assistenciais e na priorização por gravidade, desempenham papel central na ordenação do cuidado e na regulação dos fluxos assistenciais, contribuindo para a integralidade e a resolutividade da atenção, conforme diretrizes estabelecidas nas Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6/2017 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a; 2017b).

O quadro abaixo contempla os pleitos do aditivo do PAR 2024 que ainda está sob análise no Ministério da Saúde, bem como apresenta as novas propostas para a macrorregião de saúde.

Quadro 23: Inclusão de novas Portas de Entradas Hospitalares incluídas no PAR de 2026

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	TIPO DE GESTÃO	CLASSIFICAÇÃO (Geral, Tipo I, Tipo II)	CUSTEIO (ANUAL)
Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	2302500	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Estadual	Tipo I	R\$ 2.400.00,00
Meio Oeste	Campos Novos	2379767	Fundação Hospitalar Dr. José Athanázio	Estadual	Geral	R\$ 1.200.00,00

O Hospital Salvatoriano Divino Salvador (Videira/SC) é referência regional (Alto Vale do Rio do Peixe), atende 76% SUS e tem demanda alta, passando de 60 mil habitantes. A habilitação/manutenção do tipo I com este custeio é compatível com o perfil de urgência/emergência.

A Fundação Hospitalar Dr. José Athanázio está estrategicamente instalada no entroncamento rodoferroviário do Meio Oeste Catarinense, às margens da Rodovia BR-282, principal eixo de escoamento e tráfego interestadual da região. O trecho rodoviário que circunda o município apresenta elevados índices de sinistralidade, com registro contínuo de colisões frontais, capotamentos e traumas graves que demandam estabilização imediata. Considerando que o desenho da Rede de Atenção às Urgências deve priorizar o tempo-resposta e a sobrevivência do usuário do SUS, o hospital reitera a necessidade da homologação deste pleito por critério de relevância estratégica em área de rodovia federal.

Quadro 24: Alteração de tipologia da PEHU incluídas no PAR de 2024

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	TIPO DE GESTÃO	ATUAL	ALTERAÇÃO	CUSTEIO DO PLEITO (ANUAL)
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	Estadual	Tipo I	Tipo II	R\$ 3.600.00,00

O Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST) consolida-se como a principal referência microrregional de média e alta complexidade para a Região de Saúde do Meio Oeste catarinense. O presente pleito justifica-se pelo descompasso atual entre a tipologia habilitada (Tipo I) e a real complexidade e volume dos atendimentos de urgência e emergência absorvidos ininterruptamente pela instituição. Atualmente, o HUST cumpre rigorosamente os requisitos para a classificação como PEHU Tipo II, destacando-se:

- Alta Complexidade Assistencial:** A instituição já é formalmente habilitada pelo Ministério da Saúde em Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia e Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, referências indispensáveis para o suporte à vida na rede regional de urgências.
- Linha de Cuidado do AVC:** O hospital encontra-se em estágio avançado de estruturação interna para habilitação da Linha de Cuidado do AVC junto ao Ministério da Saúde, o que exige infraestrutura crítica de suporte imediato compatível com o Tipo II.
- Capacidade Instalada e SADT 24h:** O estabelecimento dispõe de porte hospitalar superior a 100 leitos, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto ativa, Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco implantado e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) operando 24 horas por dia.

Diante do exposto, e visando a garantia do acesso resolutivo e seguro aos usuários do SUS, solicita-se a aprovação desta alteração no Plano de Ação Regional (PAR), com posterior envio para homologação do Ministério da Saúde.

6.2.3 - Leitos De Retaguarda Clínica

O quadro abaixo contempla os pleitos do aditivo do PAR 2024 que **ainda está sob análise** no Ministério da Saúde, bem como apresenta as **novas propostas** para a macrorregião de saúde.

Os leitos de retaguarda clínica constituem componente essencial da Rede de Atenção às Urgências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destinados à internação de usuários com quadros clínicos agudos ou agudizados que necessitam de cuidado hospitalar de menor complexidade após estabilização inicial. Têm como finalidade garantir a continuidade do cuidado e ampliar a capacidade de resposta da rede, contribuindo para a descompressão das portas de entrada hospitalares e dos serviços de maior complexidade. Inseridos na lógica de organização regionalizada e hierarquizada do SUS, esses leitos favorecem a regulação dos fluxos assistenciais e a utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, em consonância com as diretrizes estabelecidas nas Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 2017, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

O Quadro 25 apresenta os pleitos de leitos de Retaguarda Clínica constantes no aditivo do PAR 2024 que tiveram declínio pela instituição proponente.

Quadro 25: Detalhamento da solicitação declinada no PAR 2024

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS NOVOS	CUSTEIO (ANUAL)	CUSTEIO (ANUAL)	TOTAL DO CUSTEIO (ANUAL)
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	10	R\$ 930.750,00	-	R\$ 930.750,00

O Hospital Maicé **declinou** a solicitação de habilitação dos 10 leitos de retaguarda clínica no Plano de Ação Regional (PAR) de 2024 devido a uma mudança estratégica de planejamento institucional e à readequação física de sua estrutura, priorizando investimentos de maior complexidade e impacto regional.

	OFÍCIO	
	Origem: Direção	
	Destino: GERSA – Videira	
	Nº do ofício: 089/2026	Página: 01
Associação Franco Brasileira - CNPJ: 33.543.356/0020-93		

Caçador, 13 de março de 2026.

Ilmas Sras.
Viviam Fiabane Rissardi e Raquelita Cantarelli
Gerência Regional de Saúde de Videira/ECA
Videira/SC-CEP 89.562-390

ASSUNTO: Declina sobre os leitos de Retaguarda Clínica para o Hospital Maice

Prezadas Senhoras,

Associação Franco Brasileira Hospital Maice, pessoa jurídica de direito privado, filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 33.543.356/0020-93, estabelecida na Rua Bolívia, 54, Bairro Reunidas, cidade de Caçador, SC, CEP 89504-533, representada, neste ato, por sua Diretoria, respeitosamente apresenta os considerandos e solicita:

CONSIDERANDO que o Hospital Maice é um hospital privado, filantrópico, com 132 leitos (CNES), habilitado em 03 (três) Altas Complexidades: Neurocirurgia, Traumatologia e Ortopedia e Cardiovascular. Habilitado, também como Porta Aberta tipo II, com 20 (vinte) leitos de UTI adulto, habilitados;

CONSIDERANDO que o Hospital Maice por ser Porta de Entrada tipo II, tendo um grande volume de atendimentos, focados, principalmente, nas Altas Complexidades que demandam, posteriormente, o serviço de UTI;

CONSIDERANDO que, o Hospital Maice, possui 20 (vinte) leitos de UTI Adulto tipo II, habilitados;

CONSIDERANDO que o hospital, devido às Altas Complexidades, tem uma demanda grande de leitos cirúrgicos advindos da Porta e Eletivos;

DECLINA DA SOLICITAÇÃO DE LEITOS DE RETAGUARDA CLINICA QUE ESTAVAM INSERIDOS NO PAR DE 2024, PARA OS PRÓXIMOS 02 (DOIS) ANOS

Sendo o que se apresentava para o momento, nos colocamos à disposição para outras informações pertinentes ao assunto,
 Atenciosamente,

Assinado de forma digital por
 ELIZABETH DE FATIMA
 LIMA:54214300904
 Elizabeth de Fatima Lima
 Diretora Geral

Documento assinado digitalmente
 gov.br
 SERGIO JOSE SCHMITZ JUNIOR
 Data: 16/03/2026 10:34:53 -0300
 Verifique em <https://validar.jt.gov.br>

Sergio José Schmitz Júnior
 Administrador

Rua Bolívia, 54 – B. Reunidas / CEP: 89504-533/ Tel:(49) 35612811 - Caçador – SC
www.hospitalmaice.com.br – Diretor Técnico: Dr Daniel Rossano Correa/CRM 16338

O quadro abaixo apresenta a inclusão de leitos de retaguarda clínica na região Meio Oeste, onde, 15 leitos para o Hospital Universitário Santa Terezinha e 10 leitos para o Hospital São Miguel – IMAS.

Quadro 26: Inclusão de Leitos de Retaguarda Clínica incluídos no PAR de 2026

Região De Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Nº Leitos Novos	Custeio (Anual)	Nº Leitos Qualificados	Custeio (Anual)	Total Do Custeio (Anual)
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	15 (Aprovado aguardand o Portaria)	R\$ 1.396.125,00	-	-	R\$ 1.396.125,00
	Joaçaba	3039250	Hospital São Miguel IMAS	10	R\$ 930.750,00	10	R\$ 620.500,00	R\$ 1.551.250,00

No âmbito da assistência em retaguarda clínica na Região de Saúde do Meio Oeste, a rede assistencial dispõe atualmente de duas unidades operacionais ativas: o Hospital Dr. José Athanázio (Campos Novos), com 15 leitos habilitados, e o Hospital Nossa Senhora das Dores (Capinzal), com 24 leitos.

O monitoramento do fluxo de internações via Sistema de Regulação (SISREG), no período de 1º de janeiro a 16 de abril de 2026, identificou uma demanda de 144 solicitações de transferência reguladas. Desse total, o Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST) concentrou a maior pressão assistencial, sendo a origem de 123 solicitações — das quais 07 evoluíram com agravamento clínico e demandaram permanência na própria unidade de alta complexidade. As 21 solicitações remanescentes foram geradas pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Remi A. Mascarello, no município de Herval d'Oeste. Quanto à absorção dos fluxos regulados, o Hospital Dr. José Athanázio acolheu 28 pacientes, enquanto o Hospital Nossa Senhora das Dores absorveu 117 transferências.

Diante do cenário epidemiológico e regulatório, o Plano de Ação Regional (PAR) de 2026 prevê o incremento de 25 novos leitos e a qualificação de 10 leitos existentes na região, conforme detalhado no Quadro 25. O pleito de ampliação do Hospital Universitário Santa Terezinha (15 novos leitos) possui parecer de mérito favorável emitido pelo Ministério da Saúde, registrado sob o Número Único de Protocolo (NUP) 25000.167501/2024-81, e aguarda publicação de Portaria específica para o repasse do custeio anual de R\$ 1.396.125,00.

Simultaneamente, o Hospital São Miguel – IMAS formalizou o pleito de inserção na rede por meio do Ofício nº 024/2026/HSMJ-IMAS. A solicitação prevê 10 novos leitos e a qualificação de 10 leitos preexistentes, totalizando R\$ 1.551.250,00 anuais. A proposta fundamenta-se na necessidade de descentralização assistencial, visto que a concentração histórica de pacientes oriundos do polo de Joaçaba e de áreas rurais adjacentes —

caracterizadas por vulnerabilidade social — impõe severas restrições de deslocamento e barreiras de acesso para o acompanhamento familiar em municípios distantes.



Ofício 024/2026/HSMJ-IMAS



Joaçaba/SC, 16 de abril de 2026.

AO
PLANO DE AÇÃO REGIONAL - PAR

Cumprimentando-a cordialmente, o INSTITUTO MARIA SCHMIT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO pessoa jurídica de direito privado registrado no CNPJ nº 28.700.530/0001-61, na qualidade de atual mantenedor e gestor do Unidade - filial Hospital São Miguel - IMAS - CNPJ 28.700.530/0036-91, CNES 3039250, situado na Av. Santa Terezinha, nº 275, Centro, na cidade de Joaçaba/SC, CEP 89600-000, aqui representado por sua Diretora Assistencial, Sra. Fabiane da Silva Filisbino, vem, respeitosamente, expor e requerer o que segue:

A instituição atua na região de Joaçaba, caracterizada como cidade polo para atendimento em saúde no Meio-Oeste de Santa Catarina;

Não possui porta aberta para atendimentos de urgência e emergência, sendo a ocupação de seus leitos destinada, predominantemente, à realização de cirurgias eletivas;

A maior parte dos pacientes que demandam leitos de retaguarda é oriunda da região de Joaçaba, o que dificulta o acesso de familiares em casos de transferência para outras localidades;

Observa-se, ainda, que parcela significativa dos pacientes provém da zona rural, em condição de vulnerabilidade social e com limitações de deslocamento para municípios mais distantes;

O hospital dispõe de leitos de UTI devidamente equipados;

Conta com equipe técnica especializada para atendimento aos pacientes internados nas unidades de internação, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico.

Diante do exposto, e em conformidade com a Instrução Normativa do Estado de Santa Catarina que estabelece os critérios para habilitação de leitos de retaguarda clínica, bem como com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017, o Hospital São Miguel – IMAS,



localizado no município de Joaçaba/SC, manifesta seu interesse e se propõe à habilitação de 20 (vinte) leitos destinados à internação de pacientes clínicos de retaguarda.

Atenciosamente,

Fabiane da Silva Filisbino

FABIANE DA SILVA FILISBINO
Diretora Assistencial

INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, ASSISTÊNCIA
SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO – IMAS

6.2.4 - Leitos De UTI Adulto

O quadro abaixo contempla os pleitos do aditivo do PAR 2024 que **ainda está sob análise** no Ministério da Saúde, bem como apresenta as **novas propostas** para a macrorregião de saúde.

Os leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto são essenciais na organização da Rede de Urgências e Emergências (RUE), pois garantem assistência especializada a pacientes em estado grave ou com risco iminente de morte, que necessitam de monitoramento contínuo e suporte avançado à vida. No contexto da rede, esses leitos asseguram a continuidade do cuidado após o atendimento inicial nos serviços de urgência, contribuindo para a redução da mortalidade, para a melhoria dos desfechos clínicos e para a adequada organização dos fluxos assistenciais. Dessa forma, a disponibilidade adequada de leitos de UTI é fundamental para fortalecer a capacidade de resposta da rede e garantir atendimento oportuno e qualificado à população.

Nesse contexto, considerando a necessidade de ampliação da capacidade assistencial para atendimento de pacientes críticos na região, apresentam-se a seguir os declínios de pleitos do PAR de 2024 e, na sequência, os novos pleitos relacionados à habilitação e qualificação de leitos de UTI Adulto nos serviços hospitalares da Rede de Urgências e Emergências.

Quadro 27: Declínio de solicitações de habilitação de Leitos de UTI Adulto - PAR de 2024

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS NOVOS	DESCRIÇÃO (Tipo II ou Tipo III)	CUSTEIO (ANUAL)
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	09	II	R\$ 1.773.900,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Santa Cecília	2302748	Hospital Rene Emilio Martinez Mujica	10	II	R\$ 1.971.000,00

O **declínio** da habilitação dos 09 (nove) novos leitos de UTI Adulto Tipo II do Hospital Maicé (CNES 2301830) no PAR 2024 justifica-se pelo fato de a instituição encontrar-se em processo de reforma e readequação de sua infraestrutura física, o que resultou no bloqueio temporário dos referidos leitos. Conforme os critérios regulatórios do Ministério da Saúde, a habilitação e o consequente custeio anual (R\$ 1.773.900,00) exigem a imediata disponibilidade operacional da estrutura assistencial. Dessa forma, a proposta foi suspensa temporariamente até a conclusão das obras e a emissão do laudo de liberação da Vigilância Sanitária.

	OFÍCIO	
	Origem: Direção	
	Destino: GERSA – Videira	
	Nº do ofício: 088/2026	Página: 01
Associação Franco Brasileira - CNPJ: 33.543.356/0020-93		

Caçador, 13 de março de 2026.

Ilmas Sras.
Viviam Fiabane Rissardi e Raquelita Cantarelli
Gerência Regional de Saúde de Videira/ECA
Videira/SC-CEP 89.562-390

ASSUNTO: declina de solicitação de habilitação de 09 (nove) leitos de UTI TIPO II.

Prezadas Senhoras,

Associação Franco Brasileira Hospital Maice, pessoa jurídica de direito privado, filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 33.543.356/0020-93, estabelecida na Rua Bolívia, 54, Bairro Reunidas, cidade de Caçador, SC, CEP 89504-533, representada, neste ato, por sua Diretoria, respeitosamente apresenta os considerando e solicita:

CONSIDERANDO que o Hospital Maice é um hospital privado, filantrópico, com 132 leitos (CNES), habilitado em 03 (três) Altas Complexidades: Neurocirurgia, Traumatologia Ortopedia e Cardiovascular. Habilitado, também como Porta Aberta tipo II, com 20 (vinte) leitos de UTI adulto;

CONSIDERANDO que o Hospital Maice, no PAR da Macro Região Meio Oeste, solicitou ampliação de leitos de UTI TIPO II;

CONSIDERANDO que o Hospital Maice, no momento se encontra, ainda, em processo de reforma e adequação de sua estrutura interna, com possibilidade a ampliação da estrutura a longo prazo:

DECLINA DA SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE LEITO DE UTI TIPO II, PARA OS PRÓXIMOS DOIS ANOS.

Sendo o que se apresentava para o momento, nos colocamos à disposição para outras informações pertinentes ao assunto,

Atenciosamente,

Assinatura de forma digital por:
ELIZABETH DE FATIMA
LIMA:54214300904
LIMA:54214300904
Data: 2026.03.16 11:26:56 -0300
Elizabeth de Fatima Lima
Diretora Geral

gov.br
Documento assinado digitalmente
SERGIO JOSE SCHMITZ JUNIOR
Data: 16/03/2026 10:41:51 -0300
Verifique em: https://validar.br.gov.br

Sergio José Schmitz Júnior
Administrador

O **declínio** da habilitação de 10 (dez) leitos de UTI Adulto Tipo II para o Hospital Rene Emilio Martinez Mujica (CNES 2302748), em Santa Cecília, foi formalizado pela própria instituição por meio do Ofício Nº 51/2026. O documento manifesta a inviabilidade do pleito devido à ausência de estrutura física, técnica e operacional mínima necessária para a implantação e sustentabilidade do serviço de terapia intensiva na unidade.



Hospital Dr. Rene Emilio Martinez Mujica

Rua Maria Olívia da Conceição, 60
E-mail: hospitalhremm@gmail.com
Telefone: (49) 3244-2111
89540-000 Santa Cecília/SC

Santa Cecília/SC, 18 de março de 2025

Ofício nº. 51/2026

Excelentíssimo Senhor

DIOGO DEMARCHI SILVA

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Florianópolis - SC

Digníssimo Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente o Hospital Rene Emilio Martinez Mujica, CNPJ 85.997.872/0001-29, vem através de o presente declarar que referente a Rede e Urgência e Emergência onde consta no plano a abertura de leitos de UTI adulto, o hospital esta declinando do referido pedido.

JUSTIFICATIVA:

O Hospital não possui estrutura predial ajustável as demandas técnicas exigidas para o setor de UTI.

Não possui profissionais especializados residindo no município o que dificulta a contratação deste s profissionais que já atuam em centros médicos de maior porte.

Sendo o que se apresenta para o momento, renovamos na oportunidade protesto de elevada estima e real apreço.

Atenciosamente,


LEO FERNANDO DE MEDEIROS
Presidente

Quadro 28: Inclusão de habilitação de Leitos de UTI Adulto - PAR de 2026

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS NOVOS	DESCRIÇÃO (Tipo II ou Tipo III)	CUSTEIO (ANUAL)
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	08	II	R\$ 1.576.800,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	10	II	R\$ 1.971.000,00
	Fraiburgo	7274351	Associação Fraiburguense De Saúde Coletiva AFSC	10	II	R\$ 1.971.000,00

O Hospital São Francisco, situado no município de Concórdia/SC e referência assistencial para a Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, apresentou, no âmbito do PAR 2024 da Rede de Urgência e Emergência (RUE), pleito para habilitação e qualificação de 01 (um) leito de UTI Adulto Tipo II, com a finalidade de promover ampliação pontual da capacidade instalada e qualificar a atenção aos pacientes críticos oriundos da rede regional.

Contudo, a partir da análise da demanda assistencial, dos fluxos de regulação e da necessidade de ampliação da capacidade instalada para o atendimento de casos de maior gravidade, verificou-se que a solicitação inicial mostrou-se insuficiente frente as necessidades atuais da rede. Nesse contexto, em 2026, o hospital passou a pleitear a habilitação e qualificação de 08 (oito) novos leitos de UTI Adulto Tipo II, com o objetivo de adequar a oferta de cuidados intensivos à realidade epidemiológica e assistencial da região, conforme Ofício nº 80/2026. Dessa forma, houve declínio da solicitação apresentada no PAR de 2024, que previa a implantação e qualificação de apenas 01 (um) leito.

O Hospital São Francisco é classificado como Hospital Tipo II em urgência e emergência e possui habilitações em Atenção Especializada em Doença Renal Crônica com Hemodiálise (1504), Diálise Peritoneal (1505) e DRC nos Estágios 4 e 5 – pré-dialítico (1506), Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia (1601) e em Traumato-Ortopedia (2501), além de pleitear habilitações em Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular (0801) e Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista (0803), proposta SAIPS nº 204206.

Considerando que o hospital já dispõe de leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal habilitados e atua como referência regional para atendimentos de média e alta complexidade, recebendo pacientes regulados de diversos municípios, a ampliação do quantitativo de leitos de terapia intensiva mostra-se necessária para qualificar o atendimento aos pacientes críticos, reduzir o tempo de espera por vagas reguladas e fortalecer a capacidade de resposta da rede macrorregional de saúde.

Ofício nº 80/2026-SM

Concórdia, 04 de maio de 2026.

Gerencia Regional de Saúde – Concórdia
Equipe de Controle e Avaliação

Ref.: Indicações relatadas no PAR 2026 Meio Oeste.

Prezados Senhores,

Considerando que nosso Hospital, de natureza filantrópica, está situado na cidade de Concórdia, constituindo-se no único Hospital Geral credenciado ao SUS no Município, sendo o maior estabelecimento dessa natureza da região da AMAUC;

Considerando que atendemos 81.646 habitantes no Município, é referência para a Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense - AMAUC, composta por 14 municípios;

Considerando que este Hospital busca constantemente o aperfeiçoamento dos serviços hospitalares, com qualificação dos profissionais, avanços em tecnologia de ponta, aprimoramento dos processos da segurança dos pacientes;

Considerando que este Hospital faz parte do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências – PAR com porta de entrada para atendimentos de urgência e emergência;

Considerando que este Hospital é habilitado nos seguintes serviços:

- Alta Complexidade em UTI Adulto – Tipo II;
- Alta Complexidade em UTI Infantil – Tipo II;
- Alta Complexidade em UTI Neonatal – Tipo II;
- Atendimento de Urgência e Emergência – Tipo II;
- Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia;
- Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Neurocirurgia;
- Terapia Renal Substitutiva (Serviço de Hemodiálise);

- Busca ativa e captação de múltiplos órgãos e tecidos;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional – Enteral e Parenteral;
- Programa do Ministério da Saúde – Rede de Atenção às Urgências, atendendo as regiões do Meio Oeste Catarinense;
- Programa do Ministério da Saúde – Rede Alynex;
- Alta Complexidade Cardiologia – Habilitação Estadual.

Considerando que este Hospital busca desde 2009 habilitação junto ao Estado de Santa Catarina o credenciamento como UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia;

Considerando que atualmente contamos com 10(dez) leitos de UTI Adulto – Tipo II existentes, destes, 7(sete) leitos disponibilizados para SUS;

Considerando os serviços acima citados, assim como a taxa de ocupação de 88,19% dos leitos de UTI Adulto – Tipo II e a taxa de ocupação de pacientes dia de 62,60% para atendimentos SUS no ano de 2025, notou-se a necessidade da ampliação para mais 8(oito) leitos de UTI Adulto - Tipo II, totalizando 15(quinze) leitos UTI Adulto - Tipo II para atendimento aos pacientes do SUS;

Considerando que contamos com estrutura física concluída para as devidas instalações destes leitos;

Vimos respeitosamente por meio deste solicitar a inclusão dos pleitos de habilitação e qualificação de 8(oito) novos leitos de UTI Adulto Tipo II para este Hospital, com o objetivo de alinhar a capacidade instalada à realidade epidemiológica e às demandas assistenciais locais.

Assim, registra-se o declínio da solicitação anteriormente apresentada ao PAR 2024, a qual previa a implantação e qualificação de apenas 1(um) leito, em razão de sua insuficiência frente às necessidades identificadas atualmente.

Sendo o que se apresentava para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar votos de estima consideração.

Atenciosamente,

GABRIEL
SCALCON:0207
9668005

Assinado de forma digital
por GABRIEL
SCALCON:02079668005
Data: 2025.05.04 13:19:43
+03'00'

CLAUDETE
AGUIAR
FRANTZ:047
39977974

Assinado de forma
digital por CLAUDETE
AGUIAR
FRANTZ:04739977974
Data: 2025.05.04
13:18:00

BENEFICÊNCIA CAMILIANA DO SUL – HOSPITAL SÃO FRANCISCO

O Hospital Hélio Anjos Ortiz possui Porta de Entrada Geral Habilitada, onde recepciona diferentes e complexas condições de saúde, agudas ou crônicas agudizadas e com comprometimento traumato-ortopédico, seja de natureza clínica ou cirúrgica, também é Habilitado em Gestação de Alto Risco. No ano de 2025 realizou atendimento de pacientes oriundos de municípios da região: Curitibaanos, São Cristóvão do Sul, Frei Rogério, Monte

Carlo, São José do Cerrito, Campos Novos, Lages, Caçador e Fraiburgo para atender a demanda existente solicita habilitação de 10 leitos de UTI Adulto Tipo II, conforme Ofício-FHC/HHAO Nº 049/2026.



Fundação Hospitalar de Curitiba
Hospital Hélio Anjos Ortiz

Utilidade Pública Lei nº 2.756 - 25 - 10 - 93

OFICIO-FHC/HHAO Nº 049/2026

Curitibanos, 18 de março de 2026.

Prezado Senhor,

Conforme reunião realizada, estamos encaminhando a proposta para a construção do PAR.

Informamos abaixo, quais as modalidades de recursos da funcional programática que interessam a Fundação Hospitalar de Curitiba para habilitação ministerial.

Somos Porta de Entrada Hospitalar de Urgência, onde a complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24h às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas, sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatologia entre outras, além de sermos referência em Geração Alto Risco.

Curitibanos faz parte da região do Alto Vale do Rio do Peixe, onde no ano de 2025 realizamos atendimentos a diversos municípios em nossa emergência:

Curitibanos, São Cristóvão do Sul, Ponte Alta do Norte, Frei Rogério, Monte Carlo, São José do Cerrito, Santa Cecília, Campos Novos, Lages, Caçador, Fraiburgo.

Mediante a abrangência de atendimentos temos o entendimento da necessidade de:

- **10 Leitos de UTI Adulto Tipo II.**

Sendo o que tínhamos para o momento, nos colocamos a disposição.

Atenciosamente.

MARCELO A. PASOLINI

Superintendente

Ao Senhor
Rudimar Braz Peri
Gerente
GERSA - Videira - SC

Rua Altino Gonçalves de Farias, 1832 - Fone (49) 3245-4600 - Fax (49) 3245-4600
89520-000 - Curitibanos - Santa Catarina

O Hospital Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva - AFSC, diante do Ofício Nº 011/2026, evidencia a necessidade de habilitar 10 leitos de UTI Adulto Tipo II, devido a crescente demanda de atendimentos, tendo como base o ano de 2025 foram realizados atendimentos de pacientes oriundos de 214 municípios, destacando-se pela quantidade os municípios de Caçador (2101), Curitiba (1112), Lebon Régis (507), Monte Carlo (522), Rio das Antas (190), Santa Cecília (300), Tangará (352), e Videira (2018). No mesmo período, a taxa de ocupação hospitalar total foi de 54,55%. Nos últimos 06 meses a taxa de ocupação hospitalar total foi de 56,81%.

A infraestrutura atual é insuficiente para atender a crescente demanda, a ausência de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), impossibilita a realização de procedimentos de alta complexidade e resulta em significativa dependência de transferência de pacientes para outros serviços de referência. No ano de 2025, foram registradas 292 transferências, das quais 122 ocorreram especificamente por necessidade de suporte intensivo.

Esse cenário evidencia a limitação da capacidade resolutiva da unidade hospitalar, impactando diretamente na continuidade e na integralidade do cuidado, além de expor os pacientes a riscos adicionais decorrentes do deslocamento e da demora no acesso ao tratamento adequado.

Diante do exposto, a habilitação torna-se essencial para a continuidade da assistência, garantindo, ininterruptamente, o suporte avançado de vida e monitorização intensiva a pacientes críticos, alinhando a unidade aos requisitos técnicos exigidos.



ASSOCIAÇÃO FRAIBURGUENSE DE SAÚDE COLETIVA
CNPJ: 17.757.127/0001-52
CNS: 7274351

Ofício nº 011/2026

Fraiburgo (SC), 17 de março de 2026.

Ao Gerente Regional de Saúde
Rudimar Braz Peri

VIDEIRA – SC.

Prezado,

A ASSOCIAÇÃO FRAIBURGUENSE DE SAÚDE COLETIVA – AFSC, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 17.757.127/0001-52, com sede na Avenida João Marques Vieira, n. 975, bairro Centro, Fraiburgo/SC, vem por meio deste solicitar habilitação de dez leitos de unidade de terapia intensiva adulto (UTI-A) tipo II, no Plano de Ação Regional (PAR) 2026/2028.

No ano de 2025, pacientes de 214 municípios foram atendidos, destacando-se: Caçador (2101 atendimentos), Curitiba (1112), Lebon Régis (507), Monte Carlo (522), Rio das Antas (190), Santa Cecília (300), Tangará (352) e Videira (2018). A infraestrutura atual é insuficiente para atender à crescente demanda. No mesmo período, a taxa de ocupação hospitalar total foi de 54,55%. Nos últimos 6 meses, a taxa de ocupação hospitalar total foi de 56,81%. A ausência de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) impossibilita a realização de procedimentos de alta complexidade e resultou em significativa dependência de transferência de pacientes para outros serviços de referência. No ano de 2025, foram registradas 292 transferências, das quais 122 ocorreram especificamente por necessidade de suporte intensivo. Esse cenário evidencia a limitação da capacidade resolutiva da unidade hospitalar, impactando diretamente na continuidade e na integralidade do cuidado, além de expor os pacientes a riscos adicionais decorrentes do deslocamento e da demora no acesso ao tratamento adequado.

Dessa forma, a habilitação dos referidos leitos no Plano de Ação Regional (PAR) 2026/2028 mostra-se essencial para garantir acesso oportuno, integral e resolutivo aos usuários, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e para a organização da rede de atenção na região do Meio-Oeste Catarinense.

Av. João Marques Vieira, 975 – Centro - Fraiburgo – Santa Catarina
Telefone: (49) 3246-0979 | www.hospitalfraiburgo.com.br



ASSOCIAÇÃO FRAIBURGUENSE DE SAÚDE COLETIVA
CNPJ: 17.757.127/0001-52
CNES: 7274351

Sem mais, ficamos à disposição.

Respeitosamente,


Oziel Ribeiro
AFSC - Hospital Fraiburgo
Presidente
Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva – AFSC
OZIEL RIBEIRO
Presidente

A qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste no atendimento a requisitos técnicos, assistenciais e operacionais que asseguram a prestação de cuidado intensivo com qualidade, segurança e resolutividade, não se restringindo à disponibilidade física do leito. Tal processo abrange a conformidade com parâmetros normativos relativos à composição de equipe multiprofissional especializada, à adequação da infraestrutura e do parque tecnológico, à garantia de suporte diagnóstico e terapêutico contínuo, bem como à implementação de protocolos clínico assistenciais e ao monitoramento sistemático de indicadores de desempenho.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a qualificação dos leitos de UTI está alinhada às diretrizes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e às normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, contribuindo para a melhoria dos desfechos clínicos, a racionalização do uso de recursos e o fortalecimento da capacidade assistencial da rede (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).

No que se refere à qualificação de leitos de UTI Adulto Tipo II no PAR 2026, o Quadro 27 apresenta o detalhamento dos pleitos submetidos.

Quadro 29: Inclusão de qualificação de Leitos de UTI Adulto - PAR de 2026

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS PARA QUALIFICAR	DESCRIÇÃO (Tipo II ou Tipo III)	CUSTEIO (ANUAL)
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	02	II	R\$ 191.430,09
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	08 (Novos)	II	R\$ 949.864,32
Meio Oeste	Joaçaba	3039250	Hospital São Miguel	14	II	R\$ 1.477.566,72
Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	10	II	R\$ 1.055.404,80
	Fraiburgo	7274351	Associação Fraiburguense De Saúde Coletiva AFSC	10	II	R\$ 1.055.404,80

A justificativa técnica e sanitária para a inclusão da qualificação de mais 02 (dois) leitos de UTI Adulto Tipo II no Hospital Maicé, conforme formalizado pelo Ofício nº 092/2026, fundamenta-se no papel estratégico da instituição como referência filantrópica macrorregional em alta complexidade nas linhas de Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia e Cardiovascular.

Sendo um hospital de "Porta Aberta Tipo II", a unidade absorve um expressivo volume de urgências e emergências de perfil crítico que demandam retaguarda intensiva imediata no pós-operatório e na estabilização de traumas graves. A ampliação do incentivo de leitos qualificados de 14 para 16 unidades visa corrigir o descompasso financeiro da instituição, garantindo o aporte anual de R\$ 191.430,09 ao teto MAC para cobrir os rigorosos custos operacionais, tecnológicos e de recursos humanos exigidos pela RDC nº 07/2010 da ANVISA, assegurando assim a sustentabilidade assistencial e a continuidade dos serviços de alta densidade tecnológica na Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe.

	OFÍCIO	
	Origem: Direção	
	Destino: GERSA – Videira	
	Nº do ofício: 092/2026	Página: 01
Associação Franco Brasileira - CNPJ: 33.543.356/0020-93		

Caçador, 13 de março de 2026.

Ilmas Sras.
Viviam Fiabane Rissardi e Raquelita Cantarelli
Gerência Regional de Saúde de Videira/ECA
Videira/SC-CEP 89.562-390

ASSUNTO: RATIFICA A SOLICITAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO 02 (DOIS) DE LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II

Prezadas Senhoras,

Associação Franco Brasileira Hospital Maice, pessoa jurídica de direito privado, filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 33.543.356/0020-93, estabelecida na Rua Bolívia, 54, Bairro Reunidas, cidade de Caçador, SC, CEP 89504-533, representada, neste ato, por sua Diretoria, respeitosamente apresenta os considerandos e solicita:

CONSIDERANDO que o Hospital Maice é um hospital privado, filantrópico, com 132 leitos (CNES), habilitado em 03 (três) Altas Complexidades: Neurocirurgia, Traumatologia Ortopedia e Cardiovascular. Habilitado, também como Porta Aberta tipo II, com 20 (vinte) leitos de UTI adulto;

CONSIDERANDO que o Hospital Maice por ser Porta de Entrada tipo II, tendo um grande volume de atendimentos, focados, principalmente, nas Altas Complexidades que demandam, posteriormente, o serviço de UTI;

CONSIDERANDO que, o Hospital Maice, possui 20 (vinte) leitos de UTI Adulto tipo II, habilitados e destes, 14 (catorze) leitos Qualificados:

RATIFICA A SOLICITAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO DE 02 (DOIS) LEITOS DE UTI TIPO II, CONFORME JÁ INSERIDO NO PAR DE 2024.

Sendo o que se apresentava para o momento, nos colocamos à disposição para outras informações pertinentes ao assunto,

Atenciosamente,

ELIZABETH DE
FATIMA
LIMA-54214300904
Elizabeth de Fatima Lima
Diretora Geral

Documento assinado digitalmente
gov.br
SERGIO JOSE SCHMITZ JUNIOR
Data: 16/03/2026 10:39:48-0300
Verifique em <https://validar.jl.gov.br>

Sergio José Schmitz Júnior
Administrador

Rua Bolívia, 54 – B. Reunidas / CEP: 89504-533/ Tel:(49) 35612811 - Caçador – SC
www.hospitalmaice.com.br – Diretor Técnico: Dr Daniel Rossano Correa/CRM 16338

Quanto ao pleito de habilitação e qualificação de 08 (oito) novos leitos de UTI Adulto Tipo II do Hospital São Francisco, formalizado por meio do Ofício nº 80/2026, este se fundamenta na recente ampliação da capacidade instalada da instituição. Os leitos foram estruturados em conformidade com os requisitos técnicos, assistenciais e normativos

vigentes para unidades de terapia intensiva. Trata-se de leitos novos, já implantados, com padrão assistencial compatível com os critérios de qualificação, dispondo de equipe multiprofissional especializada, parque tecnológico adequado e inserção nos fluxos da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Assim, pleiteia-se a habilitação e qualificação de 100% desses leitos, considerando que foram concebidos e organizados, desde sua origem, para operar como leitos de UTI Adulto Tipo II plenamente aptos ao atendimento de pacientes críticos, contribuindo para a ampliação do acesso, a qualificação do cuidado e o aumento da resolutividade da rede regional, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).



Ofício nº 80/2026-SM

Concórdia, 04 de maio de 2026.

Gerencia Regional de Saúde – Concórdia
Equipe de Controle e Avaliação

Ref.: Indicações relatadas no PAR 2026 Meio Oeste.

Prezados Senhores,

Considerando que nosso Hospital, de natureza filantrópica, está situado na cidade de Concórdia, constituindo-se no único Hospital Geral credenciado ao SUS no Município, sendo o maior estabelecimento dessa natureza da região da AMAUC;

Considerando que atendemos 81.646 habitantes no Município, é referência para a Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense – AMAUC, composta por 14 municípios;

Considerando que este Hospital busca constantemente o aperfeiçoamento dos serviços hospitalares, com qualificação dos profissionais, avanços em tecnologia de ponta, aprimoramento dos processos da segurança dos pacientes;

Considerando que este Hospital faz parte do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências – PAR com porta de entrada para atendimentos de urgência e emergência;

Considerando que este Hospital é habilitado nos seguintes serviços:

- Alta Complexidade em UTI Adulto – Tipo II;
- Alta Complexidade em UTI Infantil – Tipo II;
- Alta Complexidade em UTI Neonatal – Tipo II;
- Atendimento de Urgência e Emergência – Tipo II;
- Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia;
- Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Neurocirurgia;
- Terapia Renal Substitutiva (Serviço de Hemodiálise);

► BCS Hospital São Francisco
Rua Marechal Deodoro, 915 – Centro
89700-001 Concórdia SC
Tel / Fax 49 3441-4500
hospital@hospitalsofrancisco.com
CNPJ 83.506.030/0002-82

- Busca ativa e captação de múltiplos órgãos e tecidos;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional – Enteral e Parenteral;
- Programa do Ministério da Saúde – Rede de Atenção às Urgências, atendendo as regiões do Meio Oeste Catarinense;
- Programa do Ministério da Saúde – Rede Alyne;
- Alta Complexidade Cardiologia – Habilitação Estadual.

Considerando que este Hospital busca desde 2009 habilitação junto ao Estado de Santa Catarina o credenciamento como UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia;

Considerando que atualmente contamos com 10(dez) leitos de UTI Adulto – Tipo II existentes, destes, 7(sete) leitos disponibilizados para SUS;

Considerando os serviços acima citados, assim como a taxa de ocupação de 88,19% dos leitos de UTI Adulto – Tipo II e a taxa de ocupação de pacientes dia de 62,60% para atendimentos SUS no ano de 2025, notou-se a necessidade da ampliação para mais 8(oito) leitos de UTI Adulto - Tipo II, totalizando 15(quinze) leitos UTI Adulto - Tipo II para atendimento aos pacientes do SUS;

Considerando que contamos com estrutura física concluída para as devidas instalações destes leitos;

Vimos respeitosamente por meio deste solicitar a inclusão dos pleitos de habilitação e qualificação de 8(oito) novos leitos de UTI Adulto Tipo II para este Hospital, com o objetivo de alinhar a capacidade instalada à realidade epidemiológica e às demandas assistenciais locais.

Assim, registra-se o declínio da solicitação anteriormente apresentada ao PAR 2024, a qual previa a implantação e qualificação de apenas 1(um) leito, em razão de sua insuficiência frente às necessidades identificadas atualmente.

Sendo o que se apresentava para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar votos de estima consideração.

Atenciosamente,

GABRIEL
SCALCON:0207
9668005

Assinado de forma digital
por GABRIEL
SCALCON:02079668005
Data: 2025.05.04 13:19:43
0310'

CLAUDETE
AGUIAR
FRANTZ:047
39977974

Assinado de forma
digital por CLAUDETE
AGUIAR
FRANTZ:04739977974
Data: 2025.05.04
13:41:18.08:00'

BENEFICÊNCIA CAMILIANA DO SUL – HOSPITAL SÃO FRANCISCO

O Hospital São Miguel - IMAS de Joaçaba, por meio do Ofício 037/2026/HSMJ-IMAS, justifica a solicitação pela necessidade de expandir e fortalecer a rede de atenção à saúde. O objetivo é atender à crescente demanda regional por leitos críticos, garantindo aos

usuários do SUS um acesso oportuno, integral e resolutivo, especialmente na média e alta complexidade.



Ofício 037/2026/HSMJ-IMAS



Joaçaba/SC, 16 de abril de 2026.

À
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO
OUVIDORIA

Cumprimentando-a cordialmente, o INSTITUTO MARIA SCHMIT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO pessoa jurídica de direito privado registrado no CNPJ nº 28.700.530/0001-61, na qualidade de atual mantenedor e gestor do Unidade - filial Hospital São Miguel - IMAS - CNPJ 28.700.530/0036-91, CNES 3039250, situado na Av. Santa Terezinha, nº 275, Centro, na cidade de Joaçaba/SC, CEP 89600-000, aqui representado por sua Diretora Assistencial, Sra. Fabiane da Silva Filisbino, vem, respeitosamente, solicitar a qualificação de 14 (quatorze) leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

A presente solicitação fundamenta-se na necessidade de ampliação e fortalecimento da rede de atenção à saúde, especialmente no que se refere à assistência de média e alta complexidade, visando atender à crescente demanda regional por leitos críticos, garantindo acesso oportuno, integral e resolutivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Destaca-se que os referidos leitos encontram-se devidamente estruturados e aptos ao funcionamento, atendendo aos requisitos técnicos, assistenciais e de recursos humanos exigidos pela legislação vigente.

A instituição informa que dispõe de equipe multiprofissional habilitada, composta por médicos intensivistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros profissionais, garantindo assistência contínua e qualificada, conforme preconizado nas normativas.

Ressalta-se ainda que a qualificação dos referidos leitos é de extrema relevância para a região, contribuindo diretamente para a redução de filas de espera por internação em UTI, diminuição da mortalidade e melhoria dos indicadores de saúde.



Diante do exposto, solicitamos a análise e deferimento do presente pleito, com a consequente habilitação e qualificação dos 14 leitos de UTI, bem como a inclusão no financiamento federal correspondente.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Fabiane da Silva Filisbino

FABIANE DA SILVA FILISBINO
Diretora Assistencial

**INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, ASSISTÊNCIA
SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO – IMAS**

A solicitação de qualificação de 10 (dez) leitos de UTI Adulto Tipo II para o Hospital Hélio Anjos Ortiz justifica-se pela sua condição estratégica de referência macrorregional de urgência e emergência, evidenciada pelo expressivo fluxo de pacientes graves oriundos de municípios vizinhos. Atualmente, a absorção dessa demanda espontânea e referenciada sobrecarrega a infraestrutura física e financeira da instituição, que custeia procedimentos de alta complexidade sem o devido aporte federal correlato.

A formalização e o consequente cofinanciamento desses leitos pelo Ministério da Saúde são indispensáveis para garantir a sustentabilidade operacional da unidade, assegurar a conformidade técnica com os padrões de segurança assistencial e consolidar a rede de atenção à saúde na região, descentralizando o acesso ao cuidado intensivo com equidade e eficiência.



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE CURITIBANOS
HOSPITAL HÉLIO ANJOS ORTIZ

Utilidade Pública Lei nº 2.756 25-10-93 – Fone: 049-3245-4600

Ofício FHC/HHAO nº 079/2026

Curitibanos, 22 de abril de 2026

Prezado Senhor,

Conforme reunião realizada, estamos encaminhando a proposta para a construção do PAR.

Informamos abaixo, que modalidades de recursos da funcional programática que interessam a Fundação Hospitalar de Curitiba para habilitação ministerial.

Somos Porta de Entrada Hospitalar de Urgência, onde a complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24h às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas, sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatologia entre outras, além de sermos referência em Gestação Alto Risco.

Curitibanos faz parte da região do Alto Vale do Rio do Peixe, onde no ano de 2025 realizamos atendimentos a diversos municípios em nossa emergência:

Curitibanos, São Cristóvão do Sul, Ponte Alta do Norte, Frei Rogerio, Monte Carlo, São José do Cerrito, Santa Cecília, Campos Novos, Lages, Caçador, Fraiburgo.

Mediante a abrangência de atendimentos temos o entendimento da necessidade de:

- **10 Leitos de UTI Adulto Tipo II para qualificação**

Sendo o que tínhamos para o momento, nos colocamos a disposição.

Atenciosamente,


Marcelo Antonio Pasolini
Superintendente

Ao
Ilmo. Sr.
Rudimar Braz Peri
Gerente Regional de Saúde de Videira
Videira - SC

A qualificação dos 10 leitos de UTI Adulto pleiteada pela Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva justifica-se pela urgente necessidade de superação do vazio assistencial na região de saúde do Alto Vale do Rio do Peixe (AMARP), onde o crescimento populacional e a alta sazonalidade de doenças respiratórias têm sobrecarregado as salas de emergência e gerado longas filas na Central de Regulação Estadual.



ASSOCIAÇÃO FRAIBURGUENSE DE SAÚDE COLETIVA
CNPJ: 17.757.127/0001-52
CNES: 7274351

Ofício nº 018/2026

Fraiburgo (SC), 28 de abril de 2026.

Ao Gerente Regional de Saúde
Rudimar Braz Peri

VIDEIRA – SC.

Prezado,

A ASSOCIAÇÃO FRAIBURGUENSE DE SAÚDE COLETIVA – AFSC, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 17.757.127/0001-52, com sede na Avenida João Marques Vieira, n. 975, bairro Centro, Fraiburgo/SC, vem por meio deste solicitar qualificação de dez leitos de unidade de terapia intensiva adulto (UTI-A) tipo II, no Plano de Ação Regional (PAR) 2026/2028.

No ano de 2025, pacientes de 214 municípios foram atendidos, destacando-se: Caçador (2101 atendimentos), Curitiba (1112), Lebon Régis (507), Monte Carlo (522), Rio das Antas (190), Santa Cecília (300), Tangará (352) e Videira (2018). A infraestrutura atual é insuficiente para atender à crescente demanda. No mesmo período, a taxa de ocupação hospitalar total foi de 54,55%. Nos últimos 6 meses, a taxa de ocupação hospitalar total foi de 56,81%. A ausência de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) impossibilita a realização de procedimentos de alta complexidade e resultou em significativa dependência de transferência de pacientes para outros serviços de referência. No ano de 2025, foram registradas 292 transferências, das quais 122 ocorreram especificamente por necessidade de suporte intensivo. Esse cenário evidencia a limitação da capacidade resolutive da unidade hospitalar, impactando diretamente na continuidade e na integralidade do cuidado, além de expor os pacientes a riscos adicionais decorrentes do deslocamento e da demora no acesso ao tratamento adequado.

Dessa forma, a qualificação dos referidos leitos no Plano de Ação Regional (PAR) 2026/2028 mostra-se essencial para garantir acesso oportuno, integral e resolutivo aos usuários, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e para a organização da rede de atenção na região do Meio-Oeste Catarinense.

Sem mais, ficamos à disposição.

Respeitosamente,


Oziel Ribeiro
AFSC - Hospital Fraiburgo
Presidente
Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva – AFSC
OZIEL RIBEIRO
Presidente

Av. João Marques Vieira, 975 – Centro - Fraiburgo – Santa Catarina
Telefone: (49) 3246-0979 | www.hospitalfraiburgo.com.br

6.2.5 - Leitos De UTI Pediátrica

Os leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica constituem componente estratégico da Rede de Atenção às Urgências (RUE), destinados ao cuidado de crianças em estado grave ou potencialmente grave que demandam monitoramento contínuo, suporte avançado de vida e assistência multiprofissional especializada. Esses leitos integram a rede hospitalar de alta complexidade e são fundamentais para a redução da morbimortalidade infantil, assegurando a integralidade e a resolutividade da atenção (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

O quadro a seguir contempla os pleitos constantes do aditivo do PAR 2024 ainda em análise pelo Ministério da Saúde, bem como apresenta as novas propostas destinadas à macrorregião de saúde.

Quadro 30: Inclusão de habilitação de Leitos de UTI Pediátricos - PAR de 2024 e 2026

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS NOVOS	DESCRIÇÃO (Tipo II ou Tipo III)	CUSTEIO (ANUAL)
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	10	II	R\$ 1.971.000,00
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	2	II	R\$ 394.200,00

O HUST é referência para a região meio-oeste de Santa Catarina. O aumento sazonal de doenças respiratórias pediátricas e o risco de morte em casos graves demandaram a ativação imediata de leitos, justificando sua função de urgência/emergência. A habilitação federal é crucial para garantir a sustentabilidade financeira do serviço, que hoje é custeado provisoriamente pelo Estado. Solicitamos a habilitação de 10 leitos de UTI Pediátrica Tipo II, para fins de incorporação ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado de Santa Catarina, garantindo a continuidade do atendimento à população pediátrica da região, conforme previsto na portaria de habilitação padrão do Ministério da Saúde.

Referente ao pleito de habilitação de 02 (dois) leitos de UTI Pediátrica Tipo II do Hospital São Francisco, inserido no PAR de 2024, informa-se que a Proposta nº 219131 foi aprovada no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) em 12 de novembro de 2025, encontrando-se, até o presente momento, aguardando a publicação da respectiva Portaria pelo Ministério da Saúde.

Quadro 31: Inclusão de qualificação de Leitos de UTI Pediátricos - PAR de 2024 e 2026

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS QUALIFICADOS	DESCRIÇÃO (Tipo II ou Tipo III)	CUSTEIO (ANUAL)
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	10	II	R\$ 1.055.404,80
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	2	II	R\$ 211.080,96

Da mesma forma, no que se refere à solicitação de qualificação constante no Quadro 28, o Hospital Universitário Santa Terezinha, de Joaçaba, e o Hospital São Francisco, de Concórdia, já possuem pleito inserido no PAR 2024, encontrando-se, até o momento, em análise pelo Ministério da Saúde.

O quadro a seguir apresenta o declínio das solicitações de leitos de UTI Pediátricas incluídas no PAR de 2024, evidenciando os pleitos que não tiveram continuidade no processo de habilitação.

Quadro 32: Declínio de solicitações de habilitação de Leitos de UTI Pediátricos - PAR de 2024

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS NOVOS	DESCRIÇÃO (Tipo II ou Tipo III)	CUSTEIO (ANUAL)
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice			

O declínio do Hospital Maicé em relação aos leitos de UTI pediátrica é uma medida estritamente temporária estimada para os próximos 2 anos, adotada para preservar a segurança dos pacientes enquanto a instituição resolve o impasse da escassez regional de médicos intensivistas pediátricos e avança na execução física.

Com isso, o hospital evita a abertura irresponsável de vagas de alta complexidade sem a devida equipe técnica e infraestrutura necessárias, prevendo reavaliar a implantação das UTIs neonatal e pediátrica assim que o novo bloco tecnológico estiver concluído e estruturado.

	OFÍCIO	
	Origem: Direção	
	Destino: GERSA – Videira	
	Nº do ofício: 090/2026	Página: 01
Associação Franco Brasileira - CNPJ: 33.543.356/0020-93		

Caçador, 13 de março de 2026.

Ilmas Sras.
Viviam Fiabane Rissardi e Raquelita Cantarelli
Gerência Regional de Saúde de Videira/ECA
Videira/SC-CEP 89.562-390

ASSUNTO: Declina de solicitação de habilitação de leitos de UTI PEDIÁTRICA.

Prezadas Senhoras,

Associação Franco Brasileira Hospital Maice, pessoa jurídica de direito privado, filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 33.543.356/0020-93, estabelecida na Rua Bolívia, 54, Bairro Reunidas, cidade de Caçador, SC, CEP 89504-533, representada, neste ato, por sua Diretoria, respeitosamente apresenta os considerando e solicita:

CONSIDERANDO que o Hospital Maice é um hospital privado, filantrópico, com 132 leitos (CNES), habilitado em 03 (três) Altas Complexidades: Neurocirurgia, Traumatologia Ortopedia e Cardiovascular. Habilitado, também como Porta Aberta tipo II, com 20 (vinte) leitos de UTI adulto;

CONSIDERANDO que o Hospital Maice, no PAR da Macro Região Meio Oeste, solicitou ampliação de leitos de UTI Pediátrica;

CONSIDERANDO que o Hospital Maice, no momento se encontra, ainda, em processo de reforma e adequação de sua estrutura interna, com possibilidade a ampliação da estrutura a longo prazo:

DECLINA DA SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UTI PEDIÁTRICA, PARA OS PRÓXIMOS DOIS ANOS.

Sendo o que se apresentava para o momento, nos colocamos à disposição para outras informações pertinentes ao assunto,

Atenciosamente,

ELIZABETH DE FATIMA
LIMA:54214300904
Elizabeth de Fatima Lima
Diretora Geral

Assinado de forma digital por
ELIZABETH DE FATIMA
LIMA:54214300904
Dados: 2026.03.16 11:29:36 -03'00'

Documento assinado digitalmente
gov.br
SERGIO JOSE SCHMITZ JUNIOR
Data: 16/03/2026 10:35:38-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Sergio José Schmitz Júnior
Administrador

6.2.6 - Leitos De Cuidados Prolongados

Os Leitos de Cuidados Prolongados são destinados à assistência hospitalar de pacientes que necessitam de atenção continuada por período prolongado, geralmente após a fase aguda da doença, quando ainda demandam cuidados clínicos, de reabilitação e acompanhamento multiprofissional. Esses leitos têm como objetivo promover a recuperação funcional, a reabilitação e a reintegração do paciente ao convívio familiar e social, além de

contribuir para a desospitalização de leitos de maior complexidade, especialmente aqueles voltados à atenção às urgências e emergências (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, os leitos de cuidados prolongados integram a estratégia de organização da Rede de Atenção às Urgências e da Rede de Atenção à Saúde, sendo voltados principalmente para pacientes com condições clínicas estabilizadas, mas que ainda necessitam de cuidados assistenciais contínuos e suporte multiprofissional para continuidade do tratamento e reabilitação (BRASIL, 2012).

O quadro abaixo contempla os pleitos do aditivo do PAR 2024 que ainda está sob análise no Ministério da Saúde, bem como apresenta as novas propostas para a macrorregião de saúde.

Quadro 33: Inclusão de Leitos de Cuidados Prolongados incluídos no PAR de 2026

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS NOVOS	CUSTEIO (ANUAL)
Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	2302500	Hospital Salvatoriano Santa Maria	15	R\$ 1.070.362,50
Alto Uruguai Catarinense	Lindóia do Sul	2691876	Hospital Dra. Izolde Hubner Dalmora	15	R\$ 1.070.362,50
Meio Oeste	Capinzal	2380331	Hospital Nossa Senhora Das Dores	15	R\$ 1.070.362,50
Alto Vale do Rio do Peixe	Santa Cecília	2302748	Hospital E Maternidade Santa Cecília	15	R\$ 1.070.362,50
Meio Oeste	Luzerna	2300184	Hospital Sao Roque De Luzerna	10	R\$ 1.070.362,50

A implantação dos leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) no Hospital Salvatoriano Santa Maria, CNES 2557843, com a oferta de 15 leitos e Hospital Rene Emilio Martinez Mujica CNES 2302748, com oferta de 15 leitos, visa atender pacientes que necessitam de acompanhamento assistencial contínuo após a fase aguda da doença, mas que ainda demandam cuidados multiprofissionais e acompanhamento hospitalar.

A disponibilização desses leitos contribuirá para melhorar o fluxo assistencial da rede de atenção à saúde, possibilitando a desospitalização de pacientes que ocupam leitos de maior complexidade, além de promover maior rotatividade e eficiência no uso dos leitos hospitalares.

Destaca-se, ainda, que a implantação da UCP fortalecerá a rede regional de atenção à saúde, oferecendo suporte adequado para pacientes em processo de reabilitação e recuperação prolongada, atendendo à demanda dos municípios da região do Alto Vale do Rio do Peixe, onde há vazio assistencial e os pacientes são encaminhados a outras regiões dificultando o acompanhamento dos familiares pela distância e ocasionando a quebra de vínculo e a qualidade do cuidado pós alta hospitalar.

Videira/SC, 13 de março de 2026.

Ofício n.º 004/HSSM/2026

**À REGIONAL DE SAÚDE
À REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA – RAU**

O **HOSPITAL SALVATORIANO SANTA MARIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 86.552.809/0013-85 e CNES nº 2557843, com sede na rua Osvaldo Cruz, 73, Centro, em Videira/SC, CEP 89560-142, telefone (49) 3566-0062, mantido pelo Instituto de Ensino e Assistência Social, entidade filantrópica e sem fins lucrativos, vem, neste ato representada por seu Diretor Geovani Bedin, para expor e solicitar o que segue.

Solicitamos a inclusão de 15 (quinze) leitos de UCP – Unidade de Cuidados Prolongados no PAR – Plano de Atenção Regional, referentes ao Hospital Salvatoriano Santa Maria (Hospital Salvador).

A implantação dos leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) visa atender pacientes que necessitam de acompanhamento assistencial contínuo após a fase aguda da doença, mas que ainda demandam cuidados multiprofissionais e acompanhamento hospitalar.

A disponibilização desses leitos contribuirá para melhorar o fluxo assistencial da rede de atenção à saúde, possibilitando a desospitalização de pacientes que ocupam leitos de maior complexidade, além de promover maior rotatividade e eficiência no uso dos leitos hospitalares.

Destaca-se, ainda, que a implantação da UCP fortalecerá a rede regional de atenção à saúde, oferecendo suporte adequado para pacientes em processo de reabilitação e recuperação prolongada, atendendo à demanda dos municípios da região.

Desde já, agradecemos pela atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente:
 **GEOVANI BEDIN**
Data: 13/03/2026 15:17:49-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

HOSPITAL SALVATORIANO SANTA MARIA

Geovani Bedin
Diretor administrativo

Rua Osvaldo Cruz, 73, Centro
Videira - SC CEP: 89560-000

O Hospital Dra. Izolde Hubner Dalmora, de Lindóia do Sul, através do Ofício nº 886/2026, ratifica o pleito anteriormente formalizado no PAR/2024, referente à habilitação de 15 (quinze) novos leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP), no contexto do processo de ampliação de sua capacidade instalada. Destaca-se que a unidade já possui experiência assistencial consolidada em UCP, contando com equipe multiprofissional qualificada e infraestrutura compatível com as exigências para esta modalidade de atenção,

o que permitirá, após a conclusão das obras de ampliação, a imediata operacionalização dos leitos propostos.

Assim, a habilitação pleiteada alinha-se ao planejamento regional da Rede de Urgências e Emergências (RUE), com vistas à ampliação da oferta de cuidados prolongados, ao fortalecimento da continuidade assistencial, à promoção da desospitalização de pacientes crônicos e ao incremento da resolutividade da Rede de Atenção à Saúde.



OF. 0886/26

RUE - REDE URGENCIA EMERGENCIA
REGIAO MEIO OESTE

Assunto – IMPLANTAÇÃO DE LEITOS DE UCP

Vimos por meio desta ,encaminhar e ratificar nosso pleito feito no PAR/ 2024 cujo objeto é a habilitação de novos leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (15 LEITOS) esclarecer que :

- Nossa unidade esta ampliando nossa estrutura física para habilitar os novos leitos , obra prevista para finalizar em julho /2026 , leitos este aprovados em deliberação de CIB 0008/2025
- Nosso projeto de ampliação foi aprovado na Vigilância Sanitária para adequações em nossa estrutura (processo SES 00015851/2025)
- Nossos leitos desenhado no PAR/2024 já foi aberto o processo na SES 241874/2024 e também processo iniciado no SAIPS sob numero 207960

- Queremos salientar ainda que , nossa Unidade já é especializada em UCP com equipe e sala multiúso preparada para esta especialidade , tao logo terminar ampliação dos novos leitos (julho 2026) em nossa estrutura estaremos dando continuidade a habilitação dos novos leitos .

Sem mais atenciosamente

LINDOIA DO SUL 30/03/2025

JOERCIO
DALMORA:4394
4248015

Assinado de forma digital
por JOERCIO
DALMORA:43944248015
Dados: 2026.03.30 16:41:58
-03'00'

HOSPITAL DRA IZOLDE DALMORA

A solicitação para a implantação de 15 leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) no Hospital Nossa Senhora das Dores justifica-se pela necessidade premente de otimizar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) da região, oferecendo uma resposta eficaz ao gargalo assistencial causado por pacientes de perfil crônico ou em reabilitação que prolongam sua permanência em leitos de alta complexidade.



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES

Rua Dr. Wilson Bordin, 48 - CEP 89665-000 - Capinzal / SC
CNPJ: 33.789.850/0007-65 - CNES:2380331 - Inscrição Estadual: Isento Fone:
(49) 3555-1111 (49) 3555-1090 (49) 3555-2686 (49) 3555-5421
E-mail: hnsfaturamento@gmail.com site: www.hnsdd.com.br Diretor
Técnico: Paulo Roberto Barboza de Albuquerque CRM/SC 3188

Ofício nº 16/2026

Capinzal, 17 de março de 2026

Sra. Nelci Fátima Trento Bortolini
GERENTE REGIONAL DE SAÚDE - JOAÇABA

Prezada Gerente Regional de Saúde, cumprimentando-a cordialmente, o Hospital Nossa Senhora das Dores vem por meio desse, ofertar à Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Meio Oeste, 15 leitos de Unidades de Cuidados Prolongados – UCP.

Conforme Artigo 20 da Portaria GM/MS 2809/2012, o parâmetro para o cálculo da necessidade de leitos de UCP é de 5,62% da necessidade total de leitos hospitalares gerais. Considerando o total de 637.153 mil habitantes da região, o dimensionamento ideal seria de 90 leitos de UCP, atualmente a região dispõe de apenas 45 leitos habilitados, apresentando um déficit de 45 leitos.

Também é de conhecimento de todos, que os hospitais de maior porte que são referência para as urgências da região, estão com sérias dificuldades para encaminhar pacientes que necessitam desse tipo de leito, devido ao déficit de leitos. Essa dificuldade acarreta tempos de permanência maiores nos hospitais de referência, prejudicando o giro de leitos e a admissão de novos pacientes.

Sendo assim, solicitamos a inclusão dessa habilitação no Plano de Ação Regional - PAR, para que providenciemos as adequações físicas necessárias na unidade.

Sem mais, agradecemos a atenção.

ADELAIDE
FRIGO:808868
09720

Adeilaide Frigo
Diretora Administrativa

Assinado de forma
digital por ADELAIDE
FRIGO:80886809720
Dados: 2026.03.17
12:09:43 -03'00'

A solicitação para a implantação de leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) no Hospital Rene Emilio Martinez Mujica, formalizada por meio do Ofício Nº 52/2026, justifica-se pela viabilidade técnica imediata e pela otimização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), justifica-se pela viabilidade técnica imediata e pela otimização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). O hospital dispõe de estrutura predial plenamente ajustável às exigências normativas da Portaria GM/MS nº 2.809/2012, contando com setores atualmente sem demanda que serão reconvertidos para a assistência especializada. Na prática, a abertura destes leitos garante a eficiência do teto MAC, acelera a desospitalização segura no SUS e eleva o giro de leitos de alta complexidade nos hospitais de referência regional.



Hospital Dr. Rene Emilio Martinez Mujica

Rua Maria Odila de Conceição, 60
Email: hospitalhdtremm@gmail.com
Telefone: (49) 3244-2111
89540-000 Santa Cecilia/SC

Santa Cecilia/SC, 18 de março de 2025

Ofício nº. 52/2026

Excelentíssimo Senhor
DIOGO DEMARCHI SILVA
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Florianópolis - SC

Digníssimo Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente o Hospital Rene Emilio Martinez Mujica, CNPJ 85.997.872/0001-29, vem através de o presente declarar que referente a Rede e Urgência e Emergência onde consta no plano a abertura de UCP UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS, o hospital está reafirmando o interesse de abertura deste novo serviço. O qual fazemos a oferta de até 20 leitos de UCP.

JUSTIFICATIVA:

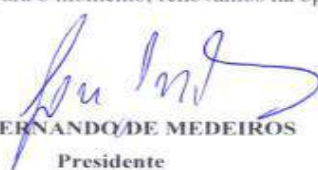
O Hospital possui estrutura predial ajustável as demandas técnicas exigidas para o setor de UCP.

Sendo que com o fechamento do setor de maternidade nos últimos anos e com o fechamento do antigo setor de pediatria ocorrido já de longa data estes dois setores estão sem demanda.

Sendo que estas duas enfermarias estão sem pacientes internados o qual com a abertura da UCP, este setor será reativado. Ajudando assim a fluir o fluxo de demanda da fila de espera da macro região por leitos especializados em cuidados prolongados.

Sendo o que se apresenta para o momento, renovamos na oportunidade protesto de elevada estima e real apreço.

Atenciosamente,


LEO FERNANDO DE MEDEIROS

Presidente

A solicitação de ampliação de leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) pelo Hospital São Roque, de Luzerna (Ofício nº 25/2026), justifica-se pela consolidação de sua vocação assistencial regional, visando expandir a capacidade instalada dos 15 leitos já existentes para atender ao crescimento contínuo da demanda.



Hospital São Roque

Sociedade Beneficente

CNPJ: 75.444.471/0001-98

Ofício Nº 25/2026

Luzerna, 07 de Abril de 2026.

A/C Sra. Nelci Trento Bortolini

Gerente Regional de Saúde – Joaçaba / SC

Assunto: Solicitação de ampliação de leitos de UCP

Cumprimentando-a cordialmente, vimos por meio deste, conforme já exposto em reunião prévia, registrar formalmente o interesse do Hospital São Roque Sociedade Beneficente na ampliação de 10 (dez) leitos de UCP (Unidade de Cuidados Prolongados) em nossa instituição.

Ressaltamos que o Hospital São Roque é uma entidade filantrópica que atua como importante parceira do Estado de Santa Catarina, contribuindo ativamente para o fortalecimento da rede pública de saúde, sempre alinhado às diretrizes e políticas públicas estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

A presente solicitação fundamenta-se em fatores relevantes, dentre os quais destacamos:

- O aumento significativo da demanda por leitos de cuidados prolongados, decorrente do envelhecimento populacional e da maior incidência de pacientes com condições crônicas que necessitam de acompanhamento contínuo;
- A insuficiência atual de leitos especializados na região, o que tem gerado dificuldades no fluxo assistencial e, conseqüentemente, sobrecarga em outros níveis de atenção;
- A ampla área de abrangência atendida por nossa instituição, que ultrapassa 200 mil habitantes, além do atendimento frequente de pacientes oriundos de outras macrorregiões do Estado;
- A necessidade de garantir maior resolutividade, continuidade do cuidado e humanização no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destacamos ainda que a ampliação proposta trará impactos positivos diretos na organização da rede de atenção à saúde, contribuindo para a desospitalização de pacientes de média e alta complexidade, melhoria na rotatividade de leitos hospitalares e otimização dos recursos disponíveis.

Informamos que o Hospital possui equipe técnica qualificada e experiência na prestação de serviços que viabilizam a ampliação pretendida, estando apto a atender às exigências normativas vigentes para habilitação dos novos leitos.



Hospital São Roque

Sociedade Beneficente

CNPJ: 75.444.471/0001-98

No que se refere ao projeto de estruturação para a ampliação dos leitos, informamos que, até o presente momento, não há uma data específica definida para sua conclusão. Assim que houver definição e avanço nas etapas do projeto, esta instituição compromete-se a manter a Gerência Regional devidamente informada.

Diante do exposto, colocamo-nos à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais, bem como para colaborar tecnicamente com os encaminhamentos necessários para viabilização desta ampliação.

Sem mais para o momento, reiteramos nossos votos de estima e consideração.

Documento assinado digitalmente
gov.br RAFAEL MOISES MANFREDI
Data: 06/04/2025 13:28:53-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Rafael Moises Manfredi
Administrador Geral

Documento assinado digitalmente
gov.br SERGIO MARTENDAL
Data: 06/04/2025 17:02:18-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Sergio Martendal
Presidente

Quadro 34: Declínio de solicitação de Leitos de Cuidados Prolongados - PAR 2018

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS NOVOS	DESCRIÇÃO (Tipo II ou Tipo III)	CUSTEIO (ANUAL)
Alto Vale do Rio do Peixe	Lebon Régis	2691833	Hospital Municipal Santo Antônio	15		

O Hospital Municipal Santo Antônio manifesta desinteresse na implantação de leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) devido a limitações estruturais e operacionais identificadas em análise técnica e administrativa. A instituição enfrenta restrições na adequação física de seus espaços e na disponibilidade de recursos humanos essenciais para o serviço. Diante desse cenário, a decisão visa assegurar a qualidade do atendimento, a segurança assistencial e o cumprimento das normativas sanitárias vigentes na estrutura atual.

Ofício 005/2026

Lebon Régis, 16 de março de 2026.

Ao

Setor de Controle e Avaliação

9ª Gerência Regional de Saúde – GERSA

Videira – SC

Assunto: Comunicação sobre não implantação de leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP)

Prezados,

O Hospital Municipal Santo Antônio, do Município de Lebon Régis – SC, por meio do presente, vem respeitosamente informar que, no momento, não será possível realizar a implantação dos leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP), conforme havia sido pactuado ou previsto no último Plano de Ação Regional da Rede de Atenção à Saúde.

Após análise técnica e administrativa da atual capacidade instalada da instituição, constatou-se que o hospital enfrenta limitações estruturais e operacionais, especialmente no que se refere à adequação física de espaços e à disponibilidade de recursos humanos, fatores indispensáveis para a adequada implantação e funcionamento desse tipo de serviço.

Dessa forma, considerando as condições atuais da unidade hospitalar e visando garantir a segurança assistencial, a qualidade do atendimento prestado e o cumprimento das normativas sanitárias vigentes, informa-se que a implantação dos referidos leitos não será realizada neste momento.

Ressaltamos que o Hospital permanece à disposição para dialogar com a Secretaria de Estado da Saúde e com esta Gerência Regional, visando avaliar alternativas futuras e possíveis readequações no planejamento regional, quando
Rua Valdir Ortigari, 74
Nova Era – Lebon Régis/SC – CEP: 89515-000
Telefone: (49) 3247-0144
hospitalsantoantonio@lebonregis.sc.gov.br

houver condições estruturais e de pessoal que permitam a implantação segura do serviço.

Sem mais para o momento, renovamos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

JULIANA MARA CAMPOS
DA ROCHA
KOJIKOSKI:02173713965

Assinado de forma digital por
JULIANA MARA CAMPOS DA
ROCHA KOJIKOSKI:02173713965
Dados: 2026.03.17 17:19:24
+03'00'

Juliana Mara Campos da Rocha Kojikoski

Diretora Geral

Hospital Municipal Santo Antônio

6.2.7 - Leitos De Unidade De AVC

Os leitos de Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) constituem componente essencial da linha de cuidado às pessoas acometidas por acidente vascular cerebral, sendo estruturados para ofertar assistência especializada, contínua e multiprofissional, com foco na rápida intervenção, monitoramento clínico e reabilitação precoce. A organização desses leitos está associada à redução da mortalidade e das incapacidades decorrentes do AVC, uma vez que possibilita a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências e o manejo adequado nas fases aguda e subaguda da doença (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

O quadro a seguir reúne os pleitos constantes do aditivo do PAR 2024 que permanecem em análise pelo Ministério da Saúde, bem como apresenta as novas propostas destinadas à macrorregião de saúde, com vistas ao aprimoramento da organização e da capacidade assistencial da rede.

Quadro 35: Inclusão de Leitos de AVC incluídos no PAR de 2026

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	AVC (Tipo I - Tipo II - Tipo III)	DESCRIÇÃO DOS LEITOS (agudo - integral)	CUSTEIO (ANUAL)
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	05 leitos agudos. 10 leitos integrais. Código 1617	III (Integral)	R\$ 1.628.812,50
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	05 leitos agudos. Código 1616	II (Agudo)	R\$ 574.875,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Macié	05 leitos agudos. Código 1616	II (Agudo)	R\$ 574.875,00
	Videira	2302500	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	05 leitos agudos. Código 1616	II (Agudo)	R\$ 574.875,00
Meio Oeste	Campos Novos	2379767	Fundação Hospitalar Dr José Athanázio	Centro de Atendimento ao AVC. Código 1615	I (trombolítico)	-
Alto Vale do Rio do Peixe	Fraiburgo	7274351	Associação Fraiburguense De Saúde Coletiva AFSC	Centro de Atendimento ao AVC. Código 1615	I (trombolítico)	-
Meio Oeste	Joaçaba	3039250	Hospital São Miguel - IMAS	10 leitos integrais. Código 1617	III (Integral)	R\$ 1.085.875,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hélio Anjos Ortiz	Centro de Atendimento ao AVC. Código 1615	I (trombolítico)	-

A justificativa para a habilitação de 05 leitos agudos e 10 leitos integrais de AVC (Código 1617 III - Centro de Atendimento Tipo III) no Hospital Universitário Santa Terezinha (CNES 2560771), em Joaçaba, fundamenta-se na urgente necessidade de descentralização e expansão da assistência de alta complexidade neurológica na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste Catarinense. Como principal referência hospitalar macrorregional para urgências, o HUST estruturará essa linha de cuidados especializada para garantir atendimento imediato e diminuir o tempo porta-agulha em episódios isquêmicos e hemorrágicos, reduzindo sequelas e taxas de mortalidade. O aporte financeiro anual solicitado garantirá a sustentabilidade técnica da unidade de cuidado integral, beneficiando diretamente uma população de mais de 630 mil habitantes que hoje depende de transferências de longa distância em situações de emergência tempo-dependente.



Hospital Universitário Santa Terezinha

OF. Nº 84/HUST-DG/2026

Joaçaba/SC, 27 de abril de 2026

À
Gerência Regional de Saúde
Rede de Urgência e Emergência – RUE
Coordenação Estadual de Saúde / SES-SC

Assunto: Solicitação de inclusão de leitos AVC no PAR 2026.

Ilustríssimo(a) Senhor(a),

O Hospital Universitário Santa Terezinha - HUST vem solicitar a **inclusão de leitos de AVC no PAR 2026.**

A solicitação de inclusão de **15 leitos para atendimento de Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo 05 leitos agudos e 10 leitos integrais**, no Plano de Ação Regional (PAR) 2026, fundamenta-se na necessidade de qualificação e ampliação da assistência a pacientes com doenças cerebrovasculares, condição de elevada morbimortalidade e que exige resposta assistencial rápida, estruturada e integrada.

O HUST já possui **estrutura física, equipe multiprofissional qualificada e capacidade instalada compatível com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para habilitação de leitos de AVC**, incluindo suporte diagnóstico, terapêutico e de reabilitação. Ademais, o hospital atua de forma contínua no atendimento de urgência e emergência, garantindo assistência ininterrupta à população, inclusive em períodos de alta demanda regional.

Diante do exposto, considerando a relevância epidemiológica do AVC, a capacidade instalada do HUST e sua função estratégica na rede regional, **justifica-se plenamente a inclusão dos leitos no PAR 2026**, com vistas à consolidação de um cuidado integral, resolutivo e alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Atenciosamente,

LINDAMIR DO CARMO SECCHI
GADLER:55227694915

Assinado de forma digital por LINDAMIR DO
CARMO SECCHI GADLER:55227694915
Data: 2026.04.27 14:35:41 -03'00'

Lindamir Secchi Gadler
Diretora Geral

1

Avenida Barão do Rio Branco, 600 - CNPJ 84.592.369/0009-88 - Telefone (49) 3551-9500 - hust.org.br - CEP 89600-000 - Joaçaba - SC

O Hospital São Francisco de Concórdia, por meio do Ofício nº 79/2025, ratifica o pleito constante do PAR de 2024, referente à implantação de 05 (cinco) leitos de Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) Agudos Tipo II, código 1616, destacando que, embora a solicitação ainda não tenha sido protocolada no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), o interesse institucional permanece, considerando que a instituição já realiza o referido serviço, com previsão de formalização oportuna para fins de análise pelo Ministério da Saúde.



Ofício Nº 79/2025

Concórdia, 31 de março de 2026.

Gerencia Regional de Saúde – Concórdia
Equipe de Controle e Avaliação

Ref.: Gerência de Habilitações e Redes de Atenção / Coordenação de Rede de Urgência e Emergência

Prezados Senhores,

Considerando que nosso Hospital, de natureza filantrópica, está situado na cidade de Concórdia, constituindo-se no único Hospital Geral credenciado ao SUS no Município, sendo o maior estabelecimento dessa natureza da região da AMAUC;

Considerando que atendemos 81.646 habitantes no Município, é referência para a Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense - AMAUC, composta por 14 municípios;

Considerando que este Hospital busca constantemente o aperfeiçoamento dos serviços hospitalares, com qualificação dos profissionais, avanços em tecnologia de ponta, aprimoramento dos processos da segurança dos pacientes;

Considerando que este Hospital faz parte do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências – PAR com porta de entrada para atendimentos de urgência e emergência;

Considerando que este Hospital é habilitado nos seguintes serviços:

- Alta Complexidade em UTI Adulto – Tipo II;
- Alta Complexidade em UTI Infantil – Tipo II;
- Alta Complexidade em UTI Neonatal – Tipo II;
- Atendimento de Urgência e Emergência – Tipo II;
- Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia;
- Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Neurocirurgia;
- Terapia Renal Substitutiva (Serviço de Hemodiálise);
- Busca ativa e captação de múltiplos órgãos e tecidos;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional – Enteral e Parenteral;
- Programa do Ministério da Saúde – Rede de Atenção às Urgências, atendendo as regiões do Meio Oeste Catarinense;
- Programa do Ministério da Saúde – Rede Alyné;
- Alta Complexidade Cardiologia – Habilitação Estadual.

Considerando que este Hospital busca desde 2009 habilitação junto ao Estado de Santa Catarina o credenciamento como UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia;



Considerando que, atualmente o referido serviço já vem sendo realizado por este Hospital e conta no “Plano de ação Regional da Rede de Atenção às Urgências”.

Vimos respeitosamente por meio deste solicitar a habilitação “Centro de atendimento de Urgências aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC)” para o Tipo II “Unidades de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo)”, para 5(cinco) leitos, assim como a inclusão dos mesmos no Plano de Ação Regional da Rede de Urgências e Emergência – RUE.

Sendo o que se apresentava para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar votos de estima consideração.

Atenciosamente,


Gabriel Scalcon
CRA/SC 33693
Diretor de Operações


Claudete Aguiar Frantz
Diretora Administrativa
CRA/SC 19626

BENEFICÊNCIA CAMILIANA DO SUL – HOSPITAL SÃO FRANCISCO

A solicitação para a habilitação de 05 leitos agudos de AVC (Código 1616 - Centro de Atendimento Tipo II) no Hospital Maicé (CNES 2301830), localizado em Caçador, cumpre as metas de regionalização do Plano de Ação Regional (PAR 2024) na Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe. Integrando este pleito de forma articulada com o Hospital Salvatoriano Divino Salvador (Videira), o Hospital Maicé aguarda a análise e o deferimento do Ministério da Saúde para a liberação do incentivo de custeio fixado. Esse recurso viabilizará o suporte financeiro indispensável para manter a retaguarda especializada na sub-região, reduzindo vazios assistenciais e estruturando o pronto atendimento de urgência neurológica no hospital geral de forma integrada à rede local de urgências.

Através do Ofício nº 041/2026, a Fundação Hospitalar Dr. José Athanázio (CNES 2379767), localizada em Campos Novos - SC, requisita ao Ministério da Saúde a liberação e habilitação do Centro de Atendimento ao AVC Tipo I (Código 1615 – Trombolítico) com atuação direta na porta de entrada hospitalar. A proposta fundamenta-se no fato de que a liberação do atendimento de porta permitirá maior agilidade no acolhimento, na classificação de risco e no início imediato dos protocolos assistenciais tempo-dependentes, o que contribui significativamente para melhores desfechos clínicos, redução de sequelas graves e otimização do fluxo assistencial na rede regional de saúde. A estruturação deste serviço na instituição preencherá um vazio assistencial crítico na região, assegurando a administração

célere da terapia trombolítica dentro da janela terapêutica e consolidando a linha de cuidado de urgência neurológica pactuada.



MUNICÍPIO DE
CAMPOS NOVOS
Rua Nereu Ramos, 379
Centro - 89620.000 - SC
(49) 3090-2900

OFÍCIO Nº 041/2026

Campos Novos, 23 de Abril de 2026.

À

Regional de Saúde de Joaçaba

Assunto: **Solicitação de liberação de atendimento de porta de emergência para pacientes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

Prezados,

Por meio deste, vimos solicitar a liberação formal para atendimento de pacientes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) diretamente na porta de emergência desta unidade hospitalar.

A presente solicitação fundamenta-se na necessidade de garantir assistência imediata e adequada aos pacientes com sinais sugestivos de AVC, considerando tratar-se de uma condição tempo-dependente, na qual o diagnóstico e a intervenção precoce são determinantes para a redução de sequelas permanentes, mortalidade e impactos ao sistema de saúde.

Ressaltamos que o atraso no atendimento pode inviabilizar terapias específicas, como a trombólise, cuja eficácia está diretamente relacionada ao

tempo de início dos sintomas, tornando essencial o acesso imediato ao serviço de emergência.

A liberação do atendimento de porta permitirá maior agilidade no acolhimento, classificação de risco e início dos protocolos assistenciais, contribuindo significativamente para melhores desfechos clínicos e para a organização do fluxo assistencial na rede regional de saúde.

Diante do exposto, solicitamos a análise e deferimento desta demanda, a fim de assegurar atendimento oportuno e qualificado aos pacientes, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente a universalidade, integralidade e equidade do acesso à saúde.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente

SUSANA
ZEN:7738467
9915

Assinado de forma
digital por SUSANA
ZEN:77384679915
Dados: 2026.04.24
13:39:44 -03'00'

Susana Zen

Diretora Geral

Fundação Hospitalar Dr. José Athanasio

A solicitação de habilitação do Centro de Atendimento ao AVC Tipo I (Código 1615 - Faturamento do Trombolítico) para a Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva - AFSC (CNES 7274351), em Fraiburgo - SC, justifica-se pela consolidação de sua capacidade instalada e resolutividade assistencial demonstrada na prática. Sabendo que a resposta assistencial imediata é crucial ("tempo é cérebro") para salvar vidas e reduzir sequelas neurológicas graves, o credenciamento do serviço fortalecerá as diretrizes de regionalização e hierarquização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). A habilitação regularizará o faturamento do procedimento na tabela SUS e aperfeiçoará os

fluxos de regulação local, assegurando que o paciente seja acolhido, diagnosticado e tratado com a devida expertise técnica dentro da janela terapêutica preconizada



ASSOCIAÇÃO FRAIBURGUENSE DE SAÚDE COLETIVA
CNPJ: 17.757.127/0001-52
CNES: 7274351

Ofício nº 015/2026

Fraiburgo (SC), 24 de março de 2026.

Ao Gerente Regional de Saúde
Rudimar Braz Peri

VIDEIRA – SC.

Prezado,

A **ASSOCIAÇÃO FRAIBURGUENSE DE SAÚDE COLETIVA – AFSC**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 17.757.127/0001-52, com sede na Avenida João Marques Vieira, n. 975, bairro Centro, Fraiburgo/SC, vem, por meio deste, solicitar a habilitação de estabelecimento hospitalar como Centro de Atendimento de Urgência Tipo I para atendimento aos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC).

No ano de 2025, foram atendidos cinco pacientes que deram entrada na unidade hospitalar com diagnóstico de AVC, os quais receberam tratamento com uso de Alteplase considerando que o atendimento imediato do paciente com AVC é crucial (“tempo cérebro”) para salvar vidas e reduzir sequelas grave; portanto, a rapidez no atendimento é a diferença entre a recuperação funcional e a dependência ou morte do paciente.

A habilitação proposta contribuirá para a regionalização e a hierarquização da assistência em saúde, otimizando os fluxos de atendimento e garantindo que os pacientes sejam encaminhados de forma adequada para unidades com capacidade instalada e expertise técnica.

Considerando a elevada demanda assistencial, o impacto epidemiológico do AVC e a necessidade de qualificação da rede de urgência e emergência, justifica-se a habilitação do referido estabelecimento hospitalar como Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, fortalecendo a capacidade de resposta do sistema de saúde e promovendo cuidado oportuno, eficiente e humanizado à população.

Av. João Marques Vieira, 975 – Centro - Fraiburgo – Santa Catarina
Telefone: (49) 3246-0979 | www.hospitalfraiburgo.com.br


Oziel Ribeiro
AFSC - Hospital Fraiburgo
Presidente



ASSOCIAÇÃO FRAIBURGUENSE DE SAÚDE COLETIVA
CNPJ: 17.757.127/0001-52
CNES: 7274351

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Respeitosamente,


Oziel Ribeiro
AFSC - Hospital Fraiburgo
Presidente
Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva – AFSC
OZIEL RIBEIRO
Presidente

Diante do Ofício nº 041/2026, solicita-se a habilitação de 10 leitos integrais de AVC (Código 1617 III - Integral) para o Hospital São Miguel - IMAS, em Joaçaba - SC. A solicitação justifica-se pelo fato de a instituição dispor de equipe técnica altamente especializada, infraestrutura adequada e parque tecnológico necessário para assegurar um atendimento qualificado, seguro e de alta resolutividade aos pacientes internados.

Embora a instituição não possua porta de emergência aberta (demanda espontânea), sua estrutura atuará de forma estratégica como retaguarda referenciada de alta complexidade para a regulação médica regional. Dessa forma, a habilitação desses 10 leitos integrados otimizará o giro de leitos e a continuidade do cuidado intensivo neurológico/vascular, atendendo com eficiência tanto a microrregião de Joaçaba quanto toda a área de abrangência da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste Catarinense.

Ofício 041/2026/HSMJ-IMAS

Joaçaba/SC, 23 de abril de 2026.

AO
PLANO DE AÇÃO REGIONAL - PAR

Cumprimentando-a cordialmente, o INSTITUTO MARIA SCHMIT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO pessoa jurídica de direito privado registrado no CNPJ nº 28.700.530/0001-61, na qualidade de atual mantenedor e gestor do Unidade - filial Hospital São Miguel - IMAS - CNPJ 28.700.530/0036-91, CNES 3039250, situado na Av. Santa Terezinha, nº 275, Centro, na cidade de Joaçaba/SC, CEP 89600-000, aqui representado por sua Diretora Assistencial, Sra. Fabiane da Silva Filisbino, vem, respeitosamente, requerer o que segue:

A inclusão do Hospital no Plano de Atenção as Redes - PAR para a habilitação de 10 leitos destinados ao atendimento de Acidente Vascular Cerebral – AVC. Justifica-se pelo fato de a instituição dispor de equipe técnica especializada, bem como de infraestrutura adequada e equipamentos necessários para assegurar atendimento qualificado e seguro aos pacientes internados, tanto da região de Joaçaba quanto de toda a área de abrangência da macrorregional de saúde.

Atenciosamente,

Fabiane da Silva Filisbino
FABIANE DA SILVA FILISBINO
Diretora Assistencial

**INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, ASSISTÊNCIA
SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO – IMAS**

O Hospital Hélio Anjos Ortiz Habilitado Porta de Entrada Hospitalar de Urgência (Geral), referência regional em Gestação de Alto Risco, com alta demanda na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência, atende os municípios de: Curitibaanos, São Cristóvão do Sul, Ponte Alta do Norte, Frei Rogério, Monte Carlo, São José do Cerrito, Santa Cecília, Campos Novos, Lages, Caçador e Fraiburgo. Os pacientes diagnosticados com AVC são referenciados para unidade hospitalar com habilitação em neurologia/neurocirurgia, o que aumenta o tempo resposta da patologia, podendo ocasionar prejuízos ao paciente. A

habilitação para utilização do trombolítico garantirá atendimento eficaz com redução nos danos causados ao paciente e com significativa redução de custos à saúde pública com atendimento conservador e contínuo devido a sequelas e longos períodos de internamento.



Fundação Hospitalar de Curitiba
Hospital Hélio Anjos Ortiz

Utilidade Pública Lei nº 2.756 - 25 - 10 - 93

Ofício FHC/HHAO Nº 057/2026

Curitiba, 25 de março de 2026.

Prezada Senhora;

Conforme reunião realizada, estamos encaminhando a proposta para a construção do PAR.

Informamos abaixo, que temos interesse na modalidade de recursos da funcional programática que interessam a Fundação Hospitalar de Curitiba para habilitação ministerial.

Somos Porta de Entrada Hospitalar de Urgência, onde a complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24h às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas, sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatologia, AVC entre outras, além de sermos referência em Gestação Alto Risco.

Curitiba faz parte da região do Alto Vale do Rio do Peixe, onde no ano de 2025 realizamos atendimentos a diversos municípios em nossa emergência:

Curitiba, São Cristóvão do Sul, Ponte Alta do Norte, Frei Rogerio, Monte Carlo, São José do Cerrito, Santa Cecilia, Campos Novos, Lages, Caçador, Fraiburgo.

Hoje vemos a necessidade de nossos pacientes diagnosticados com AVC na porta de entrada iniciarem a utilização do Trombolítico quando se indicar necessário.

Mediante a abrangência de atendimentos temos o entendimento da necessidade de:

Porta de Entrada Hospitalar de Urgência (PEHU) - Hospital Geral:

Para inclusão de Unidade de AVC em Centro de Atendimento da Urgência tipo I (código 1615) faturamento do Trombolítico, na emergência.

Sendo o que tínhamos para o momento, nos colocamos a disposição.

Atenciosamente.


Marcelo Antonio Pasolini
Superintendente

À Senhora
Geridiana Varal Alexandre
Rede de Urgência e Emergência
Joaçaba- SC

Rua Altino Gonçalves de Farias, 1832 - Fone (49) 3245-4600 - Fax (49) 3245-4600
89520-000 - Curitiba - Santa Catarina

6.2.8 - Leitos De Unidade Coronariana:

O quadro abaixo contempla os pleitos do aditivo do PAR 2024 que **ainda está sob análise** no Ministério da Saúde, bem como apresenta as **novas propostas** para a macrorregião de saúde.

No âmbito do planejamento da Rede de Urgências e Emergências (RUE), a disponibilização de leitos de Unidade Coronariana (UCO) configura-se como componente estratégico para a qualificação da linha de cuidado às síndromes coronarianas agudas e demais condições cardiovasculares de alta complexidade. Esses leitos são destinados ao monitoramento contínuo e ao manejo especializado de pacientes críticos, contribuindo para a redução da morbimortalidade, a ampliação da resolutividade assistencial e a otimização do fluxo hospitalar. Nesse contexto, a implantação e/ou habilitação de leitos de UCO fortalece a capacidade de resposta da rede, assegurando atenção oportuna, integral e articulada aos usuários acometidos por agravos cardiovasculares no território (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

O quadro abaixo contempla o pleito do aditivo ao PAR 2024 que foi objeto de declínio, no âmbito da macrorregião de saúde.

Quadro 36: Declínio de Leitos de Unidade Coronariana (UCO) - PAR de 2024

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS NOVOS	CUSTEIO (ANUAL)
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Macié	09	

Por meio do Ofício nº 087/2026, o Hospital Maicé (CNES 2301830), localizado em Caçador - SC, na Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, formaliza o declínio do pleito referente à habilitação de 09 (nove) leitos de UTI/UCO, os quais constavam originalmente cadastrados no Plano de Ação Regional de 2024 (PAR 2024). A descontinuidade da solicitação justifica-se em razão da realização de obras de reforma, ampliação e adequação de sua estrutura física hospitalar. Com isso, a instituição retira temporariamente o pedido do fluxo de análise do Ministério da Saúde para assegurar o cumprimento integral dos requisitos técnicos pós-obra, resultando na suspensão do custeio anual inicialmente previsto para esta linha de cuidado na programação do PAR.

	OFÍCIO	
	Origem: Direção	
	Destino: GERSA – Videira	
	Nº do ofício: 087/2026	Página: 01
Associação Franco Brasileira - CNPJ: 33.543.356/0020-93		

Caçador, 13 de março de 2026.

Ilmas Sras.

Viviam Fiabane Rissardi e Raquelita Cantarelli
Gerência Regional de Saúde de Videira/ECA
Videira/SC-CEP 89.562-390

ASSUNTO: Declina de solicitação de habilitação de 09 (nove) leitos de UTI/UCO/Coronariana.

Prezadas Senhoras,

Associação Franco Brasileira Hospital Maice, pessoa jurídica de direito privado, filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 33.543.356/0020-93, estabelecida na Rua Bolívia, 54, Bairro Reunidas, cidade de Caçador, SC, CEP 89504-533, representada, neste ato, por sua Diretoria, respeitosamente apresenta os considerando e solicita:

CONSIDERANDO que o Hospital Maice é um hospital privado, filantrópico, com 132 leitos (CNES), habilitado em 03 (três) Altas Complexidades: Neurocirurgia, Traumatologia Ortopedia e Cardiovascular. Habilitado, também como Porta Aberta tipo II, com 20 (vinte) leitos de UTI adulto;

CONSIDERANDO que o Hospital Maice, no PAR da Macro Região Meio Oeste, solicitou ampliação de leitos de UTI/UCO;

CONSIDERANDO que o Hospital Maice, no momento se encontra, ainda, em processo de reforma e adequação de sua estrutura interna, com possibilidade a ampliação da estrutura a longo prazo:

DECLINA DA SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE LEITO DE UTI/UCO/CORONARIANA, PARA OS PROXIMOS DOIS ANOS.

Sendo o que se apresentava para o momento, nos colocamos à disposição para outras informações pertinentes ao assunto,

Atenciosamente,

ELIZABETH DE FATIMA
 LIMA:54214300904
 Elizabeth de Fatima Lima
 Diretora Geral

Assinado de forma digital por
 ELIZABETH DE FATIMA
 LIMA:54214300904
 Dados: 2026.03.16 11:31:08 -03'00'

Documento assinado digitalmente
 **SERGIO JOSE SCHMITZ JUNIOR**
 Data: 16/03/2026 18:33:16 -0300
 Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Sergio José Schmitz Júnior
 Administrador

6.3 - ATENÇÃO DOMICILIAR

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) possui cobertura municipal e atende usuários com condições crônico-degenerativas agudizadas, em cuidados paliativos e com limitações funcionais, priorizando idosos dependentes de acompanhamento contínuo. Atua de forma articulada à Atenção Primária à Saúde, com apoio às Equipes de Saúde da Família, contribuindo para a qualificação da assistência, ampliação da resolutividade e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016).

6.3.1 - Programa Melhor Em Casa

O Programa Melhor em Casa configura-se como estratégia fundamental para a qualificação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a ampliação do acesso, a humanização do cuidado e a racionalização do uso de leitos hospitalares, viabilizando a desospitalização segura de pacientes com necessidade de cuidados contínuos, por meio de equipes multiprofissionais que asseguram a continuidade da assistência no domicílio (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016).

Nesse contexto, sua implementação e expansão no território fortalecem a articulação entre os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências (RUE), reduzem internações desnecessárias e reinternações, e promovem maior resolutividade e eficiência na gestão do cuidado, em consonância com os princípios da integralidade e da regionalização da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016).

O quadro a seguir apresenta os declínios das solicitações de Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa, incluídas no PAR de 2024, no âmbito da macrorregião de saúde.

Quadro 37: Declínio de solicitações de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa - PAR 2024

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	DESCRIÇÃO (Emad I - Emad II - Emap - Emap R)	CUSTEIO (ANUAL)
Alto Vale do Rio do Peixe	Fraiburgo	6758630	EMAD II	R\$ 530.400,00
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	4577590	EMAD I	R\$ 780.000,00

O município de Fraiburgo, integrante da Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, manifesta formalmente o declínio da proposta de habilitação da EMAD II, sob o código identificador 6758630. A decisão decorre de uma readequação do planejamento estratégico e orçamentário da gestão local

Ofício nº 169/2026

Fraiburgo – SC, 27 de abril de 2026.

À

Equipe de Controle e Avaliação

GERSA / Videira

Vimos por meio deste informar que o município de Fraiburgo-SC não tem mais interesse em habilitar o Serviço de EMAD Tipo 2 conforme havia solicitado anteriormente, sendo assim solicitamos a retirada da referida solicitação junto a PAR estadual.

Sendo o que se apresenta para o momento, coloco-me a disposição.

Atenciosamente,

NILCE
PINZ:59647
280904

Assinado de forma
digital por NILCE
PINZ:59647280904
Dados: 2026.04.27
10:12:14 -03'00'

NILCE PINZ
Secretária Municipal de Saúde
Fraiburgo - SC

Rua: Vito Pisetta, 77, Vila Salete – Fraiburgo-SC
e-mail: saude@fraiburgo.sc.gov.br
49-32564000

O município de Concórdia, pertencente à Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, formaliza o declínio do pleito referente à implantação de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) Tipo I, previamente incluído no PAR de 2024, conforme justificativa apresentada a seguir.



MUNICÍPIO DE CONCÓRDIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Concórdia, SC, 23 de março de 2026.

A Senhora
MARCIA ZIMMERMAN MAGRO
Gerente Regional de Saúde de Concórdia
Agência Regional de Saúde
Concórdia, SC

Assunto: Solicitação de declínio do pleito de habilitação de EMAD Tipo I - Processo SES 00153203/2024

Prezada,

Cumprimentando cordialmente, vimos por meio deste nos manifestar acerca do Processo SES 00153203/2024, referente ao pleito de habilitação de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD Tipo I para o município de Concórdia.

Conforme já encaminhado anteriormente por meio do Ofício nº 358/2024, datado de 07 de outubro de 2024, o Município apresentou solicitação para apreciação do Projeto de Atenção Domiciliar, nos termos da Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, tendo o pleito sido aprovado nas instâncias da CIR AUC e da CIB, com o devido encaminhamento à Secretaria de Estado da Saúde, acompanhado da documentação pertinente, incluindo Projeto, Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da Macrorregião Meio-Oeste, Deliberação da CIR e Resolução do Conselho Municipal de Saúde.

Esclarecemos que todo o processo foi conduzido com o objetivo de atender às regras vigentes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC), visando à ampliação e qualificação da assistência ofertada no âmbito municipal.

Entretanto, após reavaliação técnica e administrativa mais aprofundada por parte da atual gestão, com análise mais detalhada da organização da rede municipal de saúde, da estrutura existente, da capacidade operacional instalada e do modelo assistencial já desenvolvido no município para atendimento domiciliar, concluiu-se, neste momento, pela não viabilidade da implantação da EMAD Tipo I, nos moldes inicialmente pleiteados.

Ressaltamos que o município já dispõe de fluxos, equipes e estratégias próprias que vêm garantindo atendimento domiciliar em nível municipal, de forma compatível com a realidade local e com a organização interna dos serviços. Nesse contexto, entendeu-se mais adequado, neste momento, manter e qualificar os arranjos assistenciais já existentes, ao invés de prosseguir com a implantação da nova equipe nos termos da proposta anteriormente apresentada.

Informamos, ainda, que o pleito em questão já foi protocolado junto ao Ministério da Saúde, por meio do sistema competente, encontrando-se atualmente em fase de análise. Registramos também que a retirada desta proposta do PAR 2026 foi solicitada durante a 1ª Oficina

Rua Marechal Deodoro, 1280. Edifício Golden Office, Térreo, Centro, Concórdia, SC
CEP 89700-055. Contato: (49) 3030 0719. adm_semus@concordia.sc.gov.br

Assinado por 1 pessoa: Rodinei Zanella
Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://concordia1doc.com.br/verificacao/2608f-bcdd-7ec1-f470>



de Elaboração do PAR/2026, realizada em Joaçaba, no dia 19 de março de 2026. Assim, ao formalizarmos o presente declínio, objetivamos também dar ciência às instâncias envolvidas, a fim de evitar o prosseguimento da tramitação relativa à habilitação anteriormente solicitada.

Diante do exposto, solicitamos o declínio do pleito relacionado à habilitação da EMAD Tipo I, objeto do Processo SES 00153203/2024, para que sejam adotadas as providências cabíveis quanto ao seu encerramento ou arquivamento, se assim entender essa Secretaria.

Reiteramos nosso respeito institucional e agradecemos o apoio e a atenção dispensados durante a tramitação da proposta, permanecendo à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

[assinado digitalmente]
RODINEI ZANELLA
Secretario Municipal de Saúde



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 268F-BCDD-7EC1-E470

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✓ Rodinei Zanella (CPF 834.XXX.XXX-06) em 23/03/2026 11:21:18 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: AC SingularID Multipla << AC SingularID << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Esta versão de verificação foi gerada em 23/03/2026 às 11:22 e assinada digitalmente pela 1Doc para garantir sua autenticidade e inviolabilidade com o documento que foi assinado pelas partes através da plataforma 1Doc, que poderá ser conferido por meio do seguinte link:

<https://concordia.1doc.com.br/verificacao/268F-BCDD-7EC1-E470>

No âmbito do fortalecimento e da descentralização da assistência à saúde, o planejamento regionalizado para o ciclo vigente priorizou a expansão da rede de cuidados continuados. Alinhado a essa estratégia, o Quadro 35 apresenta os novos pleitos de habilitação para o programa Atenção Domiciliar – Melhor em Casa, os quais foram tecnicamente validados e formalmente incluídos no Plano de Ação Regional (PAR) de 2026 para a ampliação da cobertura assistencial nos municípios integrados.

Quadro 38: Inclusões de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa - incluídos no PAR de 2026

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	DESCRIÇÃO (Emad I - Emad II - Emap - Emap R)	CUSTEIO (ANUAL)
Meio Oeste	Vargem	6390161	EMAP-R	R\$ 93.600,00
Meio Oeste	Campos Novos	6384889	EMAD II	R\$ 530.400,00
Meio Oeste	Capinzal	64314229	EMAD II	R\$ 530.400,00

A solicitação de implantação do serviço de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa para o município de Vargem encontra-se devidamente respaldada pela Informação nº 9/2026/SES/GEHAR, evidenciando que o pleito já possui proposta técnica formalizada e devidamente aprovada no Sistema de Apoio à Implantação de Políticas em Saúde (SAIPS) sob o Nº 220486. No momento atual, o processo cumpre o rito regulamentar institucional e aguarda a emissão de análise e parecer final por parte do Ministério da Saúde para fins de homologação e repasse orçamentário.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
GERÊNCIA DE HABILITAÇÕES E REDES DE ATENÇÃO

Informação Nº 9/2026/SES/GEHAR

Florianópolis, 29 de janeiro de 2026.

Referência: PSES 23266/2026 – Equipe
Multidisciplinar de Apoio - Reabilitação

Considerando o processo supracitado referente a habilitação da Equipe Multidisciplinar de Apoio – Reabilitação (EMAP-R), norteado pela Portaria GM/MS nº 3005 de 02 de janeiro de 2024, que atualiza as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PmeC), informo que o rito de habilitação segue o descrito a seguir:

"Art 560. A proposta de habilitação de EMAD, EMAP ou EMAP-R deverá contemplar os seguintes requisitos:

(...)

III-A- Pactuação em CIB ou CIR, discutida dentro da concepção de Planejamento Regional Integrado, seguida de solicitação por parte do gestor de saúde estadual ou distrital, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) ou qualquer outro sistema que esteja vigente à época, e de homologação da (s) equipe (s) por parte do Ministério da Saúde;"

Assim, conforme documentação anexa ao processo, a proposta encontra-se aprovada na plataforma SAIPS, aguardando a publicação de portaria de homologação, dispensando nesse momento o parecer técnico, anteriormente sugerido devido às dúvidas outrora encaminhadas via

Red. SES/GEHAR/JMCZ
Rua Esteves Júnior, 160 – 5º andar. Centro – Florianópolis / SC - 88.015-130
Telefone: (48) 3664-8919
E-mail: geharsad@saude.sc.gov.br



MUNICÍPIO DE CAMPOS NOVOS

RUA EXPEDICIONÁRIO JOÃO BATISTA DE ALMEIDA - 323
CENTRO - 89620-000 - SANTA CATARINA
(49) 3541-6200 / @prefeituracn

CNPJ: 82.939.232/0001-74

OFÍCIO Nº 063/2026

Campos Novos, 22 de abril de 2026.

À

Regional de Saúde de Joaçaba

Assunto: Manifestação de Interesse na Implantação de SAD

Prezados,

A Secretaria Municipal de Saúde de Campos Novos vem, por meio deste, manifestar formalmente o interesse na implantação de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município.

Considerando a importância do SAD como estratégia fundamental para a desospitalização, continuidade do cuidado e assistência humanizada aos pacientes, entendemos que sua implementação contribuirá significativamente para a qualificação da Rede de Atenção à Saúde.

O município de Campos Novos possui demanda crescente por atendimentos domiciliares, sobretudo para pacientes com condições crônicas, acamados e em cuidados paliativos, o que reforça a necessidade de implantação do referido serviço.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Carla Cristiane Antunes Barbosa Lemos
Secretária Municipal de Saúde

Stefani Luana Ventura

Coordenadora da Atenção Primária

O município de Campos Novos, conforme ofício nº 063/2026, solicita o Serviço de Atenção Domiciliar, com finalidade de desospitalização dando continuidade aos cuidados e assistência humanizada aos pacientes.

Conforme Ofício nº 029/2026/FMS, o município de Capinzal solicita a implantação do serviço no município devido à necessidade de ampliação da assistência à saúde no município, especialmente para pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas agudizadas, pacientes em cuidados paliativos e indivíduos com incapacidade funcional, provisória ou permanente.



OFÍCIO Nº 029/2026/FMS

Capinzal/SC, 23 de abril de 2026

À

Sra. Gerediana

Plano de Ação Regional – PAR 2026

Prezada,

O Município de Capinzal, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, vem respeitosamente solicitar a inclusão do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), no âmbito do Programa Melhor em Casa, no Plano de Ação Regional (PAR) 2026.

A presente solicitação justifica-se pela necessidade de ampliação da assistência à saúde no município, especialmente para pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, pacientes em cuidados paliativos e indivíduos com incapacidade funcional, provisória ou permanente. Destaca-se ainda a crescente demanda de idosos com dificuldades especiais, que necessitam de atendimento domiciliar contínuo.

Diante do exposto, solicitamos a inclusão do referido serviço no PAR 2026, visando garantir a ampliação do acesso e a qualificação da atenção à saúde no município.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

RAFAEL
DALAVEQUIA: DALAVEQUIA5174800068
93749090068-40100
Assinado de forma digital
por RAFAEL
DALAVEQUIA: DALAVEQUIA5174800068
Data: 2025.04.23 08:25:44

RAFAEL DALAVEQUIA
Secretário da Saúde

Rua Carmelo Zocoli, 200, Centro CEP: 89665-000
Fone: (49) 3555-8787

7 - REGIMENTO INTERNO DO GRUPO CONDUTOR

REGIMENTO INTERNO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – RUE MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO MEIO OESTE (GRUPO CONDUTOR)

CAPÍTULO I – DA DENOMINAÇÃO

Art. 1º – O Grupo Condutor é um órgão representativo das instituições que compõem e se articulam com a Rede de Atenção às Urgências da Macrorregião, de caráter propositivo e consultivo.

Art. 2º – O Grupo Condutor da RUE da Macrorregião de Saúde Meio Oeste reger-se-á por este instrumento, que deverá ser legitimado na CIR do Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe.

CAPÍTULO II – OBJETIVOS

Art. 3º – Ao Grupo Condutor entende-se os seguintes objetivos: a. Representar o espaço formal de discussão das ações necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências Macrorregional e Estadual, em suas instâncias de representação institucional, constituindo espaço de discussão técnica em apoio às Comissões Intergestores Regional;

b. Permitir que os atores envolvidos diretamente na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis dentro da Macrorregião;

c. Constituir-se em uma instância participativa das Regiões de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, além dos órgãos reguladores, prestadores de assistência direta e indireta, dedicada aos debates, elaboração de proposições e pactuações sobre as políticas de organização e a operação da Rede de Atenção às Urgências da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste de Santa Catarina;

d. Cumprir por meio das CIRs (Comissão Intergestores Regionais) da Macrorregião e CIB (Comissão Intergestores Bipartite) as normas do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos de Saúde, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem e/ou outras instâncias normativas da área de urgências;

e. Ser órgão de assessoria para o tema de urgências junto às CIRs da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, participando da elaboração de projetos e pareceres por demanda dos Conselhos de Saúde ou pelos gestores do SUS;

f. Assessorar a implementação da Rede de Atenção às Urgências nos municípios da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste.

CAPÍTULO III – DA CONSTITUIÇÃO

Art. 4º – O Grupo Condutor da RUE da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste está organizado de modo a fomentar a implantação, implementação e o monitoramento dos componentes que compõe a Rede de Atenção às Urgências, visando atender as políticas públicas de Saúde da macrorregião;

Art. 5º – O Grupo Condutor da RUE da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste será composto por membros titular e suplente dos órgãos e das entidades a seguir, definidos em Reunião ordinária do Grupo Condutor: a. Coordenador;

b. Vice Coordenador;

c. Secretário;

d. Vice-Secretário;

e. Gerente da Regional de Saúde de Concórdia;

f. Gerente da Regional de Saúde de Videira;

g. 1 (um) Coordenador Regional do SAMU da Unidade de Suporte Avançado (USA);

h. 1 (um) Suplente SAMU (USA);

i. 1 (um) representante da VISA da Macrorregião;

j. 3 (três) representantes da Atenção Primária da Macrorregião;

k. 1 (um) representante da Macrorregião da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço;

l. 1 (um) representante da Central de Regulação de Internação Hospitalar da Macrorregião;

m. 1 (um) representante das Equipes de Controle, Avaliação e Auditoria da Macrorregião;

n. 1 (um) representante da Unidade de Suporte Básico do SAMU;

o. 1 (um) representante da UPA da Macrorregião;

p. 1 (um) representante da Atenção Primária definido pela CIR, preferencialmente dos municípios que possuem SAD (programa melhor em casa);

q. 1 (um) membro da CIR de cada Região de Saúde;

r. 1 (um) apoiador do COSEMS;

s. 2 (dois) representantes designados pela CIR (técnicos municipais que atuam em serviços da RUE ou representantes de hospitais sob gestão própria);

t. 1 (um) representante de cada modalidade de serviço componente da RUE, cuja gestão seja feita por instituição privada, não podendo exceder mais de 1 (um) representante de um mesmo estabelecimento. 2 § 1º – Os representantes da gestão devem ser técnicos com conhecimentos e atuação nos respectivos pontos de atenção os quais representam, com objetivo de melhor subsidiar as decisões, estando pautadas na técnica, conhecimentos dos serviços e realidades locais.

Art. 6º – A gestão das atividades do Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste competirá ao Coordenador, Vice Coordenador e Secretários os quais serão definidos por indicação dos demais membros, sendo sua posse registrada formalmente em ata.

§ 1º – O mandato é por prazo indeterminado e possíveis substituições acontecerão em comum acordo em reunião do Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste.

§ 2º – A participação no Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerado.

Art. 7º – Poderá ser apreciada a inclusão de novos membros a qualquer momento, conforme demanda do grupo e discutido o assunto em reunião.

CAPÍTULO IV – DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º – O Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste reunir-se-á mensalmente em reunião ordinária, com pauta definida com antecedência de pelo menos, 7 (sete) dias, sempre às 14:00 horas na quarta quarta-feira de cada mês.

Art. 9º – Serão lavradas as atas resumidas de todas as reuniões da comissão, constando a relação dos presentes, justificativas dos ausentes, registros das decisões e encaminhamentos.

Art. 10º – As reuniões do Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste ocorrerão, em primeira chamada, com a presença de 50% mais um (cinquenta por cento, mais um) de seus membros e, em segunda chamada, (15 minutos após o horário de início)

com qualquer quórum. § 1º Na ausência do coordenador, o vice-coordenador coordenará a reunião.

Art. 11º – As decisões poderão ser tomadas por maioria simples, respeitadas as condições anteriores.

Art. 12º – Reuniões extraordinárias do Grupo Condutor, poderão ser convocadas pelo Coordenador Macrorregional de Saúde do Meio Oeste, ou por qualquer um de seus membros, desde que apoiados por, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos demais representantes.

Art. 13º – A ausência dos membros às reuniões do Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste deverá ser justificada com 7 (sete) dias de antecedência da data da mesma, por escrito, à Secretária do grupo Condutor.

Art. 14º – O não comparecimento do membro titular ou suplente a duas (2) reuniões seguidas ou três (3) alternadas do Grupo Condutor sem justificativa prévia, conforme artigo 13º, sujeitará ao membro a exoneração de sua participação no Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste. §1 Fica a critério dos membros do Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste a escolha ou não de membro substituto ao exonerado, decisão essa que acontecerá na reunião em que se registrar a exoneração do membro.

§2 Cabe à Secretaria do Grupo Condutor do Meio Oeste notificar ao membro faltante, sua exoneração.

CAPÍTULO V – DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS

Art. 15º – O titular deverá comparecer assiduamente às reuniões e, no impedimento, seu suplente.

Art. 16º – Subsidiar o Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste sobre a proposta de atendimento de sua instituição, suas disposições e dificuldades.

Art. 17º – Estimular a proatividade e corresponsabilidade dos atores na implementação da Rede.

Art. 18º – Informar com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, mudanças na sua instituição que possam alterar os compromissos assumidos com a Rede de Atenção às Urgências.

Art. 19º – Compartilhar conhecimento e informações (individuais/institucionais) para embasamento do processo de discussão.

Art. 20º – Manter a sua instituição informada, divulgando as deliberações e fazendo valer no seu âmbito as deliberações do Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste.

Art. 21º – Representar o Grupo Condutor junto à sua instituição, divulgando a RUE e o próprio Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste e participar em atos, por delegação do Grupo.

Art. 22º – Avaliar o atendimento às emergências das diversas instituições, considerando a vocação e peculiaridades de cada serviço, de acordo com sua hierarquização e territorialização dos serviços, requisitando garantias das instituições em relação às áreas técnicas de sua responsabilidade.

Art. 23º – Apresentar, discutir, e recomendar as instituições habilitadas na RUE, o conhecimento das normativas que regem a mesma, no seu âmbito de responsabilidade, em consonância com as diretrizes nacionais.

Art. 24º – Atuar junto aos órgãos públicos e entidades filantrópicas, no sentido de buscar a participação e contribuição para implementação do Sistema.

Art. 25º – Propor o desenvolvimento de pesquisas e campanhas de esclarecimento e promoção da saúde e prevenção.

Art. 26º – Mediar às relações estabelecidas entre os componentes da Rede.

Art. 27º – Realizar o monitoramento dos componentes habilitados na Rede de Atenção às Urgências, conforme normativas do MS e orientações da Coordenação Geral de Urgência deste.

Art. 28º – Realizar o relatório do monitoramento, no prazo estabelecido, conforme orientações do Ministério da Saúde e RUE;

Art. 29º – Realizar a implementação e revisão da grade de referência e contra referência, conforme a construção das Redes de Atenção à Saúde.

Art. 30º – Construir critérios de monitoramento (agregando indicadores de qualidade e resultado), realizando avaliação continuada, e análise das metas a serem atingidas pelas unidades habilitadas na RUE.

Art. 31º – Avaliar e propor conforme necessidades alterações no Plano de Ação da RUE, e encaminhar para a Coordenação Estadual de urgência e emergência emitir parecer sobre a avaliação da compatibilidade das propostas (planos) na organização da RUE.

Art. 32º – Apoiar o desenvolvimento dos recursos humanos para as urgências, por meio das atividades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), com as diretrizes traçadas pelo Núcleo de Educação em Urgências (NEU-SC) do Estado de Santa Catarina. 5

Art. 33º – Colaborar para o desenvolvimento de ações estratégicas para o desenvolvimento da RUE, priorizando as doenças e agravos de maior relevância no Estado.

Art. 34º – Participar da implementação das linhas de cuidado prioritárias (AVC, IAM e TRAUMA) de forma integrada com outras áreas afins.

CAPÍTULO VI – DA SECRETARIA EXECUTIVA

1. Da Composição:

- a. Será composto por quatro (04) membros, o coordenador(a), o vice-coordenador(a), o secretário(a) e o vice-secretário(a);
- b. A Coordenação do Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste será escolhida por seus pares, sendo o Coordenador e Vice Coordenador representantes da SES e município, ou vice-versa; c. A duração do mandato será por prazo indeterminado, e possíveis substituições acontecerão em comum acordo em reunião do Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste; d. Os membros da Secretaria Executiva poderão ser substituídos, por decisão do Grupo Condutor, respeitando o artigo 12º . Toda substituição na composição da Secretaria Executiva será discutida com o Grupo Condutor da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste e acordada com o mesmo; e. O Serviço de apoio administrativo/tramitação de processos será de responsabilidade da Gerência Regional de Saúde de Joaçaba.

2. Das Atribuições da Secretaria-Executiva:

- a. Operacionalizar as decisões do Grupo Condutor da Região de Saúde do Meio Oeste; b. Instrumentalizar o Grupo Condutor da Região de Saúde do Meio Oeste para o planejamento das ações da Rede de Atenção às Urgências;
- c. Representa regularmente o Grupo Condutor da Região de Saúde do Meio Oeste junto aos Conselhos de Saúde e outras instâncias de interesse ao objeto do Grupo;

- d. Discutir, divulgar e apoiar a aplicação das normatizações;
- e. Enviar mensalmente a memória das atividades do Grupo Condutor da Região de Saúde do Meio Oeste para os seus membros, para a Coordenação Estadual da RUE, assim como elaborar e divulgar ao grupo as atas das reuniões;
- f. Informar às instituições que compõem o Grupo Condutor da Região de Saúde do Meio Oeste sobre as decisões tomadas em suas reuniões.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35º – Tendo em vista a execução e agilidade do trabalho, considerando as pautas a serem trabalhadas, poderão ser criados subgrupos com os membros participantes, de acordo com o tema a ser tratado.

Art. 36º – O Regimento Interno poderá ser modificado em reunião ordinária ou extraordinária, desde que convocada especificamente para este fim e com aprovação de 50% + 1 (cinquenta por cento, mais um) dos membros do Grupo Condutor do Meio Oeste da Rede de Atenção às Urgências, com a devida apreciação da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência – RUE;

Art. 37º – O Regimento Interno entra em vigor a partir da sua legitimação junto às Comissões Intergestores Regional;

Art. 38º – Quaisquer modificações do Regimento Interno deverão ser legitimadas pelas Comissões Intergestores Regional.

ANEXO

REPRESENTANTE DO GRUPO CONDUTOR DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO MEIO OESTE

DESCRIÇÃO	NOME COMPLETO	E-MAIL
01 – COORDENADOR	Nelci Fátima Trento Bortolini	regjoacaba@saude.sc.gov.br
01 – VICE-COORDENADOR	Karla Vanessa Simas	karla.simas@joacaba.sc.gov.br
01 – SECRETÁRIA	Geridiana Alexandre	gerienf@hotmail.com.br
01 – VICE-SECRETÁRIA	Ivanice Angela Peccinl	saude@lindoiadosul.sc.gov.br

GERENTE DA REGIONAL DE SAÚDE DE CONCÓRDIA	Márcia Maria Zimmermann Magro	magromz@saude.sc.gov.br
GERENTE DA REGIONAL DE SAÚDE DE VIDEIRA	Rudimar Braz Peri	regvideira@saude.sc.gov.br
01 – COORDENADOR REGIONAL SAMU (USA)	Alana Araldi	alana.araldi@fahece.org.br
01 – REPRESENTANTE VISA DA SES	Katia Regina Valentini	joacaba.visa@saude.sc.gov.br
01 - REPRESENTANTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REGIÃO DO MEIO OESTE	Luana Bilibio	apsjoacaba@saude.sc.gov.br
01 – REPRESENTANTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI CATARINENSE	André de Paris da Silva	andre.semus@concordia.sc.gov
01 – REPRESENTANTE DA DO PEIXE	Kátia Keler Engel	katiaengel33@gmail.com
01 – REPRESENTANTE MACRORREGIÃO DA COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO – SERVIÇO	Luana Turra	luana.turra@unoesc.edu.br
01 – REPRESENTANTE DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DA MACRORREGIÃO	Delir Vieceleli Melo	crimeiooestemacro@saude.sc
01 – REPRESENTANTE DAS EQUIPES DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA MACRORREGIÃO	Marilde Bispo Antunes de Oliveira	oliveiramba@saude.sc.gov.br
01 – REPRESENTANTE DO SAMU (USB)	Makeli Luvison Borges	<u>makelisamu192@gmail.com</u>
01 – REPRESENTANTE DA (UPA) DA REGIÃO	Tiago Zanatta	tiagozanatta14@gmail.com
01 – REPRESENTANTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DEFINIDO PELA CIR – PREFERENCIALMENTE	Michele Réus Elias	atencaobasica@videira.sc.gov.br

DOS MUNICÍPIOS QUE POSSUEM SAD (MELHOR EM CASA)		
01 - MEMBRO DA CIR DA REGIÃO DE SAÚDE DO MEIO OESTE	Luis Fernando Dahmer Peruchini	direcao.saude@aguadoce.sc.gov.br
01 - MEMBRO DA CIR DA REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO URUGUAI CATARINENSE	Luciane Cullimann	lucianevitor11@gmail.comr
01 - MEMBRO DA CIR DA REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE	Lhana Karina da Silva	saudeadm@tangara.sc.gov.br
01 - APOIADOR DO COSEMS DA REGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE	Alessandra Daros Nunes	aledarosnunes@gmail.com
01 - APOIADOR DO COSEMS DA REGIÃO DE SAÚDE ALTO URUGUAI CATARINENSE	Jacqueline Zolet	jacqueline@unochapeco.edu.br
01 - APOIADOR DO COSEMS DA REGIÃO DE SAÚDE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE	Jocevania Pesenti	jocivaniacosemssc@gmail .com
REPRESENTANTES DESIGNADOS PELA CIR – PODENDO SER TÉCNICOS MUNICIPAIS QUE ATUAM EM SERVIÇOS RUE OU REPRESENTANTES DE HOSPITAIS SOB GESTÃO PRÓPRIA	Thiago Bastos de Barros	tiago.bastos@fraiburgo.sc.gov.br
REPRESENTANTES DESIGNADOS PELA CIR – PODENDO SER TÉCNICOS MUNICIPAIS QUE ATUAM EM SERVIÇOS RUE OU REPRESENTANTES DE HOSPITAIS SOB GESTÃO PRÓPRIA	Silvana Claudia Giacomelli de Oliveira	silvana.oliveira@fraiburgo.sc.gov.br
01 - REPRESENTANTE	Marisa Lang	gerencia.hospitalar@hust.org.br

DE CADA MODALIDADE DE SERVIÇO CUJA GESTÃO SEJA FEITA POR INSTITUIÇÃO PRIVADA (PORTA ABERTA)		
01 - REPRESENTANTE DE CADA MODALIDADE DE SERVIÇO CUJA GESTÃO SEJA FEITA POR INSTITUIÇÃO PRIVADA (UTI ADULTO)	Elizabeth de Fátima Lima	direcao@hospitalmaice.com.br
01 - REPRESENTANTE DE CADA MODALIDADE DE SERVIÇO CUJA GESTÃO SEJA FEITA POR INSTITUIÇÃO PRIVADA (RETAGUARDA CLÍNICA)	Adelaide Frigo	ad.frigo@yahoo.com.br
01 - REPRESENTANTE DE CADA MODALIDADE DE SERVIÇO CUJA GESTÃO SEJA FEITA POR INSTITUIÇÃO PRIVADA (HOSPITAL GERAL)	Geovani Bedin	geovani.bedin@redesalvatoria.org.br
01 - REPRESENTANTE DE CADA MODALIDADE DE SERVIÇO CUJA GESTÃO SEJA FEITA POR INSTITUIÇÃO PRIVADA (UCP)	Joércio Dalmora	hospital@lindoiadosul.com.br
01 - REPRESENTANTE DE CADA MODALIDADE DE SERVIÇO CUJA GESTÃO SEJA FEITA POR INSTITUIÇÃO PRIVADA (SAÚDE MENTAL)	Marco Tulio Sabei	administracao@hrsaooroque.com.br

8 – RESOLUÇÕES CIR



ESTADO DE SANTA CATARINA COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL - CIR MEIO OESTE

Joaçaba, 15 de maio de 2026.

Resolução CIR MO/SC nº 013/2026 de 15 de maio de 2026.

Aprova o Plano de Ação Regional da Rede de Urgências e Emergências da macrorregião Meio Oeste de SC.

A Comissão Intergestores Regional Meio Oeste (CIR MO), no uso de suas atribuições legais e regimentais, em sua 4ª Reunião ordinária realizada em 15 de maio de 2026.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Urgências e Emergências (RUE) da macrorregião Meio Oeste de SC, proposto para 2026 a 2028. Em anexo a esta resolução encontra-se o PAR da RUE a que nos referimos.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Documento assinado digitalmente:
gov.br LUIS FERNANDO DAHMER PERUCHINI
Data: 20/05/2026 16:27:28 -0300
Verifique em <https://validar.ufsc.gov.br>

Luis Fernando Dahmer Peruchini
Gestor do FMS de Água Doce
Coordenador da CIR MO

Fone: (49) 9 98085194
E-mail: cirmeioeste02@gmail.com

RESOLUÇÃO CIR Nº 010 DE 22 DE MAIO DE 2026

**DISPÕE SOBRE A APROVAÇÃO DO
PLANO DE AÇÃO REGIONAL (PAR)
DA REDE DE URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS (RUE) DA
MACRORREGIÃO MEIO OESTE DE
SC.**

A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO ALTO URUGUAI CATARINENSE –
MACRORREGIÃO MEIO-OESTE, no uso de suas atribuições:

Resolve **APROVAR AD REFERENDUM:**

Art. 1º O Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Urgências e Emergências (RUE) da
macrorregião Meio Oeste de SC, proposto para 2026 a 2028. Em anexo a esta resolução
encontra-se o PAR da RUE a que nos referimos.

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

Concórdia - SC, 22 de maio de 2026.

Documento assinado digitalmente
 **LUCIANE CULIMANN**
Data: 25/05/2026 13:47:58-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

LUCIANE CULIMANN

Coordenadora

Comissão Intergestores Regional do Alto Uruguai Catarinense – CIR AUC

Secretária de Saúde do Município de Seara



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

Resolução CIR/SC nº 27/2026 de 26 de maio de 2026.

Dispõe sobre aprovação do Plano de Ação Regional da Rede de Urgências e Emergências da macrorregião Meio Oeste de SC.

A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE, no uso de suas atribuições legais, *em sua 05ª Reunião ordinária de 2026 realizada no município de Videira, no dia 26 de maio de 2026.*

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Urgências e Emergências (RUE) da macrorregião Meio Oeste de SC, proposto para 2026 a 2028. Em anexo a esta resolução encontra-se o PAR da RUE a que nos referimos.

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

Tangará, 26 de maio de 2026.


Documento assinado digitalmente
LHANA KARINA DA SILVA
Data: 26/05/2026 16:29:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


LHANA KARINA DA SILVA
Coordenadora da CIR Alto Vale do Rio do Peixe

9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o processo contínuo de consolidação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que visa ao aprimoramento das normativas vigentes e à ampliação de seu escopo assistencial, o presente aditivo do Plano de Ação Regional reafirma seu papel estratégico na organização da atenção às urgências e emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde. A proposta apresentada busca fortalecer a articulação entre os serviços, definir fluxos assistenciais resolutivos e referências adequadas, constituindo-se como instrumento essencial para a promoção da universalidade do acesso, da equidade na alocação de recursos e da integralidade da atenção prestada à população.

Parte-se do pressuposto de que o atendimento aos usuários em situações agudas deve ser assegurado por todas as portas de entrada do SUS, respeitando-se a hierarquização e a regionalização da rede, com responsabilização compartilhada entre os pontos de atenção. Nesse sentido, a organização dos fluxos assistenciais, aliada a um sistema de regulação eficiente, possibilita tanto a resolução oportuna das demandas nos serviços de menor complexidade quanto o encaminhamento seguro e qualificado para os serviços de maior densidade tecnológica, conforme a necessidade clínica apresentada.

A revisão e consolidação do aditivo do Plano de Ação Regional estabelecem desafios e diretrizes a serem assumidos pelos diversos componentes da RUE, reforçando a importância da integração das redes de atenção, do fortalecimento institucional dos serviços de saúde e do desenvolvimento regional sustentável. Destaca-se, nesse processo, o papel fundamental das instituições de saúde como pontos essenciais da rede e a atuação estratégica dos Grupos Condutores como instâncias de governança, pactuação e monitoramento das ações previstas.

Ressalta-se que os avanços na implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências dependem do compromisso, da participação ativa e do envolvimento contínuo dos gestores das três esferas de governo, bem como de seus representantes técnicos, na construção de soluções compartilhadas. Somente por meio da cooperação interfederativa, da qualificação permanente da gestão e do cuidado, e do monitoramento sistemático dos resultados, será possível consolidar uma RUE efetiva, qualificada, estruturada e capaz de responder de forma oportuna e resolutiva às necessidades de saúde da população em todas as macrorregiões do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Base de dados demográficos e socioeconômicos**. Rio de Janeiro: IBGE, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 14 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortes por causas externas: qualificação dos registros inespecíficos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Painéis de monitoramento (SVS)**. DATASUS, [ano]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/paineis-de-monitoramento-svs/>. Acesso em: 20 abril 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 32, 12 nov. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012**. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011**. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e institui protocolos na Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 14 dez. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.438, de 7 de dezembro de 2021**. Institui ações estratégicas no âmbito da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) [...]. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 dez. 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/servico-de-atendimento-movel/manejo-inicial/>. Acesso em: 14 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre a organização da atenção às pessoas com acidente vascular cerebral (AVC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 13 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 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 (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 8 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Informativa nº 01/2019-CGUE/DAHU/SAS/MS**: Diretrizes para elaboração do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PAR/RUE). Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**: Indicadores de morbidade e mortalidade em Santa Catarina. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Hospitalar**: manual técnico operacional do sistema. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. **Acidente vascular cerebral (AVC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/avc-acidente-vascular-cerebral/>. Acesso em: 14 abril 2026.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage**: Manchester Triage Group. 2. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2014.

MIRANDA, M. **Acidente vascular cerebral**. São Paulo: SBAVC, [s.d.]. Disponível em: <https://avc.org.br/pacientes/acidente-vascular-cerebral/>. Acesso em: 14 abril 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Centro de Informações Estratégicas para a Gestão do SUS de Santa Catarina (CIEGES SC)**. Florianópolis, [ano]. Disponível em: <https://cieges.saude.sc.gov.br/>. Acesso em: 20 maio 2026.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB nº 184**. Dispõe sobre a nomeação dos integrantes do Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Estado de Santa Catarina. Florianópolis: CIB, [s.d.].

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 120/CIB/2025**. Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR). Relatores: Diogo Demarchi Silva; Sinara Regina Landt Simioni. Florianópolis: CIB, 2025.

SCÁRDUA, S. M. F. **Análise do indicador tempo médio de permanência e sua contribuição para um melhor desempenho assistencial em hospitais do Sistema Único de Saúde**. 2021. Monografia (Especialização em Economia da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2021.

SCIELO BRASIL. **Análise do desfecho de pacientes com infarto agudo do miocárdio submetidos à intervenção coronariana percutânea**. [S. l.: s. n.], [s.d.]. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.99727pt>. Acesso em: 14 maio 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE AVC (SBAVC). **Números do AVC**. São Paulo: SBAVC, [s.d.]. Disponível em: <https://avc.org.br/numeros-do-avc/>. Acesso em: 14 abril 2026.

SWEIS, R. N.; JIVAN, A. **Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)**. Manual MSD Versão para Profissionais de Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/doen%C3%A7as-cardiovasculares/doen%C3%A7a-coronariana/infarto-agudo-do-mioc%C3%A1rdio-iam>. Acesso em: 14 abril 2026.



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 389/CIB/2026

Aprova os aditivos dos Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PAR) da RUE, da Macrorregião de Saúde do Planalto Norte / Nordeste; Grande Oeste; Meio Oeste; Foz do Rio Itajaí; Vale do Itajaí; Serra Catarinense; e Sul.

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 382ª reunião ordinária do dia 11 de junho de 2026.

Considerando que o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PAR) da RUE é um documento formal representativo dos pactos assistenciais que aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação desta rede temática nas regiões de saúde;

Considerando que o documento já teve sua aprovação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), contemplando 16 (dezesesseis) regiões de saúde do Estado de Santa Catarina;

APROVA

Art. 1º Os aditivos dos Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PAR) da RUE, da Macrorregião de Saúde do Planalto Norte / Nordeste; Grande Oeste; Meio Oeste; Foz do Rio Itajaí; Vale do Itajaí; Serra Catarinense; e Sul.

Florianópolis, 11 de junho de 2026.

Assinado digitalmente
DIOGO DEMARCHI SILVA
Coordenador CIB/SES
Secretário de Estado da Saúde

Assinado digitalmente
SINARA REGINA LANDT SIMIONI
Coordenadora CIB/COSEMS
Presidente do COSEMS

SINARA
REGINA
LANDT
SIMIONI:03059
883955

Assinado de forma
digital por SINARA
REGINA LANDT
SIMIONI:030598839
55
Dados: 2026.06.12
17:35:32 -03'00'



Assinaturas do documento



Código para verificação: **Y188VL6U**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



SINARA REGINA LANDT SIMIONI (CPF: 030.XXX.839-XX) em 12/06/2026 às 17:35:32

Emitido por: "AC SAFEWEB RFB v5", emitido em 11/07/2025 - 10:05:14 e válido até 11/07/2026 - 10:05:14.

(Assinatura ICP-Brasil)



DIOGO DEMARCHI SILVA (CPF: 010.XXX.009-XX) em 15/06/2026 às 09:43:29

Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/08/2023 - 13:06:44 e válido até 02/08/2123 - 13:06:44.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAxMzc5ODVfMTM5MDk3XzlwMjZfWTE4OFZMNIU=> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00137985/2026** e o código **Y188VL6U** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.