



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE



Meio Oeste

**PLANO REGIONAL DA MACRORREGIÃO RESULTANTE DO PROCESSO DE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO**

Aprovado pela Deliberação 445/CIB/2024 de 05 de dezembro de 2024.



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE



Meio Oeste

REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO URUGUAI CATARINENSE: ALTO BELA VISTA • ARABUTÃ • CONCÓRDIA • IPIRA • IPUMIRIM • IRANI ITÁ • LINDÓIA DO SUL • PERITIBA • PIRATUBA • PRESIDENTE CASTELLO BRANCO • SEARA • XAVANTINA

REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE: ARROIO TRINTA CAÇADOR • CALMON • CURITIBANOS • FRAIBURGO • FREI ROGÉRIO • IBIAM IOMERÉ • 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

REGIÃO DE SAÚDE DO 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



População: 635.924



PLANEJAMENTO REGIONAL
INTEGRADO EM SAÚDE DO
ESTADO DE SANTA CATARINA

PRiSC

saude.sc.gov.br

 [saudepublicasc](#)

 [saudepublicasc](#)

 [saude.sc](#)



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNADOR DO ESTADO
JORGINHO DOS SANTOS MELLO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
DIOGO DEMARCHI SILVA

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ESTADO DA SAÚDE
CRISTINA PIRES PAULUCI

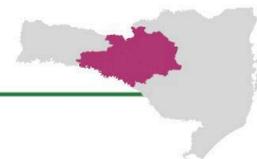
SUPERINTENDENTE DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PLANEJAMENTO
ANDERSON LUIZ KRETZER

DIRETORA DE EM SAÚDE
MARIA LUIZA CABRAL BREDA

GERENTE DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
MANOELA VIEIRA DE BONA SCHLICKMANN

GERENTES REGIONAIS DE SAÚDE
CLAUDETE FATIMA FUSINATO FIORENTIN - JOAÇABA
MARCIA MARIA ZIMMERMANN MAGRO - CONCÓRDIA
RUDIMAR BRAS PERI - VIDEIRA

ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO
ANA CAROLINA CUNHA
ANÁDIA LUIZA GAIO
BRENDA FREIRE
CLAUDETE FATIMA FUSINATO FIORENTIN
DEYSE HAMES
FELIPE EDUARDO DE LIMA RECART
GERIDIANA ALEXANDRE
JULIANA PRAXEDES CAMPAGNONI
LUCAS RAFAEL RIBEIRO DA SILVA



MANOELA VIEIRA DE BONA SCHLICKMANN
MARCIA MARIA ZIMMERMANN MAGRO
MARIA LUIZA CABRAL BREDA
SILVIA ZARDO
VALMIRA SILVEIRA DOS SANTOS

REVISÃO FINAL

ANA CAROLINA CUNHA
JULIANA PRAXEDES CAMPAGNONI

LISTA DE SIGLAS

ASIS	Análise de Situação de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Tripartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGMP	DigiSUS Gestor Módulo Planejamento
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
ESF	Estratégia e Saúde da Família
GPLAN	Gerência de Planejamento em Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
PAR	Plano de Ação das Redes
PNH	Programa Nacional de Humanização
PRI	Planejamento Regional Integrado
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SES-SC	Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TMF	Taxa de Mortalidade Infantil
TMNP	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce
TRS	Terapia Renal Substitutiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO.....	13
2.1 BASES LEGAIS.....	14
2.2 PLANO REGIONAL DE SAÚDE.....	16
3. METODOLOGIA.....	17
3.1 PROCESSO METODOLÓGICO.....	17
4. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE- ASIS.....	19
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS, AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS.....	19
4.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	38
4.2.1 Nascidos Vivos.....	38
4.2.2 Morbidade e Mortalidade.....	42
4.1.3 Óbitos Confirmados de Dengue, e Investigação, Segundo Semana Epidemiológica da Doença.....	72
4.3 MAPA DOS INSTRUMENTOS DE SAÚDE DIGITADOS NO DigiSUS GESTOR – MÓDULO PLANEJAMENTO (DGMP).....	89
4.4 IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA E VAZIOS ASSISTENCIAIS.....	100
4.4.2 Distribuição dos estabelecimentos de Saúde - Dados CNES.....	101
4.4.3 Atenção Primária à Saúde (APS).....	107
4.4.4 Serviços Especializados.....	111
4.4.4.1. Terapia Renal Substitutiva (TRS).....	111
4.4.4.2. Oncologia.....	115
4.4.4.3. Hematologia.....	117
4.4.4.4 Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual.....	117
4.4.4.5 Sobrepeso e Obesidade.....	119
4.4.4.6 Doenças Raras.....	121
4.4.5 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Alta Complexidade.....	122
4.4.6 Número e tipo de Leitos Hospitalares.....	123
4.4.8 Centrais de Regulação.....	141
4.4.9 Número de Ambulâncias e Aeronaves por Tipo.....	143
4.4.10 Hospitais Próprios, Contratualizados e Conveniados.....	144
4.4.11 Redes de Atenção à Saúde - RAS.....	145
4.4.11.1 Rede Alyne.....	145
4.4.11.2 Rede de Atenção Psicossocial.....	150
4.4.11.3 Rede de Urgência e Emergência - RUE.....	154
4.4.12 Assistência Farmacêutica.....	157
4.5. FLUXOS DE ACESSO, PROTOCOLOS, LINHAS DE CUIDADOS NAS REDES DE ATENÇÃO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.....	158
4.5.1.Fluxos e Protocolos de Acessos e Regulação.....	158
4.5.2. Linhas de cuidado.....	162
4.5.3 Fluxos do Tratamento Fora de Domicílio (TFD).....	171
4.6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	174
5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES SANITÁRIAS.....	179

5.2 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES - DOMI.....	186
6. ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PRI.....	188
6.1 HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.....	188
6.2 PROPOSTAS DE NOVAS HABILITAÇÕES.....	195
7. PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	197
7.1 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	197
7.2 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - LEITOS DE UTI PEDIÁTRICO E ADULTO.....	199
7.3 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE ALYNE.....	201
7.4 PRODUÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL.....	208
8. RECURSOS FINANCEIROS PROGRAMADOS.....	222
8.1. EMENDAS PARLAMENTARES.....	222
8.2. AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE TELESSAÚDE SC.....	223
9. DEFINIÇÃO DOS INVESTIMENTOS NECESSÁRIOS.....	227
10. GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	228
10.1 COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS (CEGRAS).....	229
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	230
REFERÊNCIAS.....	231
ANEXOS.....	239
Deliberação 393/CIB/2024 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE).....	239
Documentos e Planos para o Programa SUS Digital.....	239
Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência.....	239
Mapa de Referências Regulação Ambulatorial.....	239
Produção da Atenção Especializada Ambulatorial.....	239
Programa de Valorização Hospitalar - PVH.....	239
Deliberação 445/CIB/2024 - Aprovação Planejamento Regional Integrado (PRI).....	239

APRESENTAÇÃO

O Plano Regional é o produto central do Planejamento Regional Integrado (PRI), uma estratégia de gestão fundamental para a organização e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Santa Catarina. Fundamentado nas normativas e diretrizes estabelecidas pela legislação vigente, que regulam o SUS e a Política Nacional de Planejamento e Gestão do SUS, o Plano Regional visa orientar as ações de saúde nas Macrorregiões de Saúde, estabelecendo parâmetros para a organização, expansão e qualificação dos serviços de saúde oferecidos à população.

Esse instrumento de planejamento desempenha um papel crucial na promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, favorecendo a integração das ações de saúde entre as diferentes esferas de gestão e a articulação entre os entes federados. O Plano Regional não apenas busca atender às necessidades locais específicas de cada Macrorregião, mas também se alinha aos objetivos e metas do SUS, assegurando uma abordagem coordenada e eficaz na distribuição de recursos e na prestação de serviços de saúde.

O documento tem como característica fundamental a natureza dinâmica e flexível, permitindo que seja constantemente revisado e ajustado em resposta às transformações e desafios emergentes no contexto da saúde pública. Em virtude dessa flexibilidade, o planejamento, assim como o plano, não devem ser entendidos como estáticos, mas como um instrumento estratégico que se adapta às mudanças no perfil epidemiológico, nas políticas públicas de saúde e nas demandas da população. Sua capacidade de evolução contínua garante que as ações de saúde se mantenham alinhadas com as necessidades emergentes da população.

Dessa forma, o PRI se configura como uma ferramenta essencial para a organização e coordenação das ações de saúde em Santa Catarina, sendo indispensável para o planejamento, a implementação e a avaliação das políticas públicas de saúde no estado. Sua flexibilidade e dinamismo são fundamentais para garantir que as intervenções sejam sempre pertinentes, eficazes e capazes de responder adequadamente aos desafios da saúde pública.

1. INTRODUÇÃO

O fortalecimento da regionalização no SUS é uma diretriz organizacional presente desde a Constituição Federal de 1988. No entanto, foi apenas com a NOAS SUS em 2001 e 2002 que essa diretriz começou a ser efetivamente colocada em prática. O aprimoramento desse processo ocorreu através das normas estabelecidas pelo Pacto pela Saúde de 2006 e foi intensificado com a publicação das diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde em 2010, além do Decreto 7508/2011.

Recentemente, novas orientações foram introduzidas ao processo de regionalização e ao Planejamento Regional Integrado (PRI) por meio das Resoluções CIT nº 23/2017 e 37/2018, que foram consolidadas na Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021.

O modelo que estrutura a descentralização das atividades e serviços de saúde no Brasil se concretiza através da criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelece mecanismos de governança e orienta a atuação do Estado com base nos interesses coletivos e nas diretrizes do SUS na esfera regional. A agregação de serviços mais complexos em cidades de maior porte traz benefícios em termos de economia de escala e qualidade, com isso, assegura que a população das áreas atendidas tenha acesso aos serviços necessários. (BRASIL. Ministério da Saúde).

O Ministério da Saúde, destaca que o Planejamento Regional Integrado (PRI) faz parte do sistema de planejamento do SUS e está sendo colocado em prática nas Macrorregiões de Saúde. O resultado desse trabalho, que envolve acordos entre as unidades federativas e a colaboração do Ministério da Saúde, é o Plano Regional. Esse plano servirá como fundamento para a criação do Plano Estadual de Saúde, conforme estipulado no § 2º, art. 30, da Lei Complementar 141/2012. O intuito desse processo é promover a equidade regional e auxiliar na realização do planejamento ascendente do SUS.

Conforme a Resolução CIT nº 01 CIT, de 30 março de 2021 (origem CIT nº 37/2018), o PRI é resultado de um esforço colaborativo entre diferentes níveis de governo, incluindo o Ministério da Saúde, os estados e os municípios. Este processo é fundamentado em diretrizes estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite

(CIT), que busca promover a equidade e a eficiência na distribuição dos recursos e serviços de saúde.

Com base no inciso III do art. 2º da Resolução CIT nº 37/2018 a elaboração do Plano Macrorregional de Saúde envolve várias etapas, começando pela análise da situação de saúde na região: identificação das necessidades da população, avaliação da capacidade instalada dos serviços de saúde, identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição dos serviços, identificação dos fluxos de acesso; a organização dos pontos de atenção da RAS, a responsabilidade dos entes federados no espaço regional, e a programação geral de ações e serviços de saúde.

Com base nessas informações, são definidas prioridades sanitárias, e respectivas diretrizes, objetivos, metas e indicadores, visando realizar as ações específicas para atender as demandas regionais. A referida Resolução também determina que a consolidação dos Planos Regionais fará parte integrante do Plano Estadual de Saúde.

Além disso, o PRI visa promover a integração dos serviços de saúde, garantindo que a população tenha acesso contínuo e de qualidade a todos os níveis de atenção, desde a atenção primária até os serviços especializados e hospitalares, promovendo uma gestão mais eficiente e equitativa dos serviços de saúde.

2. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

O Planejamento Regional Integrado (PRI) constitui um dos pilares centrais da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de otimizar a oferta de serviços e assegurar a equidade no acesso à saúde. Esse modelo de planejamento propõe, de forma ascendente e colaborativa, a implementação de estratégias que busquem a redução das desigualdades e a melhoria do acesso aos serviços ofertados, fortalecendo o SUS enquanto um sistema universal, integral e equitativo.

O processo do Planejamento Regional Integrado inicia-se com a definição das Macrorregiões de Saúde e do cronograma de sua implantação, aprovados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e informados à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), considerando as seguintes etapas:

a) Elaboração da análise da situação de saúde:

Identificação das necessidades de saúde

Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais

Identificação dos fluxos de acesso

b) Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;

c) Organização dos pontos de atenção da RAS;

d) Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde;

e) Definição dos investimentos necessários. (Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado)

A implementação do PRI assegura a equidade no acesso à saúde, considerando a diversidade e as especificidades de cada região, por meio do reconhecimento detalhado do território. Para tanto, são formuladas estratégias que visam superar barreiras geográficas, socioeconômicas e culturais, com o intuito de promover um acesso mais amplo e justo aos serviços de saúde.

O PRI promove o fortalecimento da articulação entre os diferentes níveis de gestão (União, Estados e Municípios), buscando garantir pactuações coesas entre os entes federados e assegurar a integridade da assistência, promovendo uma organização mais eficiente e coordenada do sistema de saúde, essencial para a resolução de problemas complexos que exigem ações conjuntas.

Tem como uma de suas diretrizes a superação de resistências e a construção de consensos entre os diferentes atores envolvidos no processo de gestão e

implementação da saúde regionalizada. Esse processo colaborativo visa garantir que todos os envolvidos compartilhem os mesmos objetivos e compromissos com a melhoria da saúde pública.

Para avaliar o alcance dos objetivos, o PRI propõe a implementação de estratégias adequadas e a definição de indicadores regionais específicos, que permitam a compreensão dos problemas a serem superados nos territórios e o monitoramento contínuo das ações implementadas. Esses indicadores são fundamentais para a avaliação do impacto das políticas de saúde na realidade local, permitindo ajustes e melhorias constantes no processo de planejamento.

2.1 BASES LEGAIS

O PRI é um processo de planejamento fundamental para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da regionalização. Sua implementação encontra respaldo em um robusto arcabouço legal, que propõe diretrizes para sua estruturação e operacionalização. Esse conjunto de regulamentações orienta as ações do planejamento regional, com vistas a garantir que o processo seja conduzido de forma eficiente, inclusiva e alinhada aos princípios fundamentais do SUS, como a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde.

Quadro 1 - Leis, Decretos, Portarias e Resoluções Relacionadas ao PRI

Legislação	Conteúdo
Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011.	Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências
Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Regulamenta o § 3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; e revoga dispositivos das Leis n 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993.
PRC nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, arts. 94 a 101	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde.
PRC nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo I.	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Resolução CIT nº 10, de 8 de dezembro de 2016.	Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017.	Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
A Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018.	Dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado – PRI e a organização das macrorregiões de saúde, estabelece que esse processo será coordenado pelos estados, que deverão mobilizar e articular os profissionais de saúde das várias áreas técnicas da secretaria estadual de saúde, dos municípios e da União, a partir das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite.
Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de Março de 2021	Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe de diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado e governança das redes de atenção à saúde

Fonte: CONASS. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. **Planejamento Regional Integrado**
Acessado em Set/2024 disponível
em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>

2.2 PLANO REGIONAL DE SAÚDE

Conforme Resolução nº 01/CIT, de 30 março de 2021, a LC nº 141/2012, dispõe que o Plano Regional é o produto do Planejamento Regional Integrado, e deve expressar: (Origem: Res. CIT 37/2018, art 2º, III)

- a) a identificação da macrorregião de saúde; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, b)
- b) a identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, b)
- c) as prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, c)
- d) as responsabilidades dos entes federados da macrorregião de saúde; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, d)
- e) a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população da macrorregião de saúde; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, e)
- f) a programação geral das ações e serviços de saúde; (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, f)
- g) a identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares. (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 2º, III, g)

A elaboração do Plano Regional da macrorregião de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando entre os demais aspectos a priorização dos macroproblemas em articulação com as diretrizes e objetivos consolidados no Plano Estadual de Saúde-2024-2027 SC.

Destaca-se que os Planos macrorregionais devem ser aprovados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

3. METODOLOGIA

O Planejamento Regional da Macrorregião de Saúde de Santa Catarina é produto de um processo coletivo que contou com a participação das Gerências Regionais de Saúde e técnicos; Gerência de Planejamento (GPLAN); Ministério da Saúde (MS); Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). A construção coletiva impacta a qualidade do diagnóstico e das propostas e potencializa a responsabilidade compartilhada sobre os objetivos e resultados.

O Planejamento Regional Integrado (PRI) teve início em setembro de 2024, sendo um processo do SUS realizado nas Macrorregiões de Saúde, resultando no Plano Regional, que serve de base para o Plano Estadual de Saúde, conforme a Lei Complementar nº 141/2012.

3.1 PROCESSO METODOLÓGICO

O planejamento regional ocorreu em parceria com o projeto fortalece SES por meio de oficinas, sendo a primeira presencial. Nesta ocasião, foram apresentados os ciclos de planejamento do SUS (PES, PAS, RDQA, RAG), em conexão com o PRI e demais instrumentos de planejamento governamental (PPA, LOA, LDO e Plano de Governo). Além disso foram definidos grupos de trabalhos em cada macrorregião de saúde para que fosse pensado na fragilidade, potencialidade, oportunidades e ameaças construindo a matriz swot, em seguida as equipes baseadas nas informações presentes no PES 2024-2025, definiram até os objetivos a serem trabalhados. Os encontros subsequentes ocorreram de forma virtual, totalizando 6 reuniões online. Em cada um desses encontros, foram discutidos os tópicos que formam o sumário, monitorados por meio de uma tabela compartilhada.

Na dispersão, em loco, cada equipe prioriza os objetivos para definição de propostas a serem discutidas por meio de reuniões ampliadas junto à alta gestão. O segundo encontro foi realizado presencialmente, onde os gerentes e técnicos das regionais de saúde realizaram a apresentação preliminar do plano, no qual foram percorridos os macroproblemas e o cenário atual. Como atividade final do ano de 2025 pretende levar as propostas para discussão e validação em CIB.

O Planejamento Regional foi desenvolvido em colaboração com o projeto Fortalece SES, por meio de uma série de oficinas metodológicas, sendo a primeira

de caráter presencial. Durante esse primeiro encontro, foram abordados os ciclos de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o Plano Estadual de Saúde (PES), o Plano de Ações e Serviços de Saúde (PAS), o Relatório de Gestão Anual (RDQA) e o Relatório de Avaliação Geral (RAG), com uma conexão direta ao Planejamento Regional Integrado (PRI) e aos principais instrumentos de planejamento governamental, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei Orçamentária Anual (LOA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e o Plano de Governo.

O processo metodológico envolveu a criação de grupos de trabalho em cada Macrorregião de Saúde, com o intuito de mapear as fragilidades, potencialidades, oportunidades e ameaças específicas de cada região. Para isso, foi construída uma Matriz SWOT, ferramenta estratégica que facilitou a identificação de fatores internos e externos que influenciam o planejamento. A partir das informações contidas no PES 2024-2025, as equipes definiram, de forma colaborativa, os objetivos prioritários a serem trabalhados.

Após a realização do primeiro encontro presencial, os encontros subsequentes ocorreram de forma virtual, totalizando seis reuniões online, nas quais foram discutidos os tópicos que compõem o sumário do plano. Cada reunião foi monitorada por meio de uma tabela compartilhada, garantindo a continuidade das discussões e o acompanhamento do progresso das atividades.

Na fase de dispersão, as equipes, de maneira local, priorizaram os objetivos definidos, com o intuito de elaborar propostas que seriam posteriormente discutidas em reuniões ampliadas com a alta gestão. O segundo encontro presencial ocorreu com a participação dos gerentes e técnicos das regionais de saúde, sendo realizada a apresentação preliminar do plano, que abordou os macroproblemas e o cenário atual de cada região.

Como atividade final do ciclo de planejamento, está prevista a apresentação das propostas para discussão e validação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no ano de 2024, consolidando o processo de planejamento regional e garantindo a integração das diversas instâncias de gestão na construção de soluções para os desafios da saúde pública no Estado.

Este processo metodológico busca assegurar a participação ativa das equipes regionais e a construção de um planejamento integrado e dinâmico, alinhado às demandas locais e às diretrizes do SUS, contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas de saúde em Santa Catarina.

4. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE- ASIS

A Análise de Situação de Saúde (ASIS) 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 (Santa Catarina, 2024).

O Plano Estadual Santa Catarina (2024-2027), informa que, os propósitos da análise situacional consistem em avaliar a condição atual do sistema sob estudo, levando em conta suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, além de realizar uma análise aprofundada das causas e efeitos associados; gerar uma fundamentação embasada em evidências que suportem a implementação de ações, planos e direções estratégicas futuras para atender às demandas de saúde e expectativas da população; identificar componentes da análise que devem ser revisitados regularmente para facilitar o monitoramento e a avaliação das ações e planos executados.

4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS, AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS

A análise dos dados demográficos, ambientais e socioeconômicos é essencial para a análise situacional de Saúde, pois oferece a visão detalhada das necessidades e características da população, são dados fundamentais para formular estratégias de saúde que atendam às particularidades de cada macrorregião, possibilitando a identificação de áreas e contextos prioritários para distribuição eficiente de recursos.

Informações como a distribuição populacional, estrutura etária e saneamento, ajudam a planejar a oferta por 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.

- População Residente: Idade, Gênero, Renda, Raça

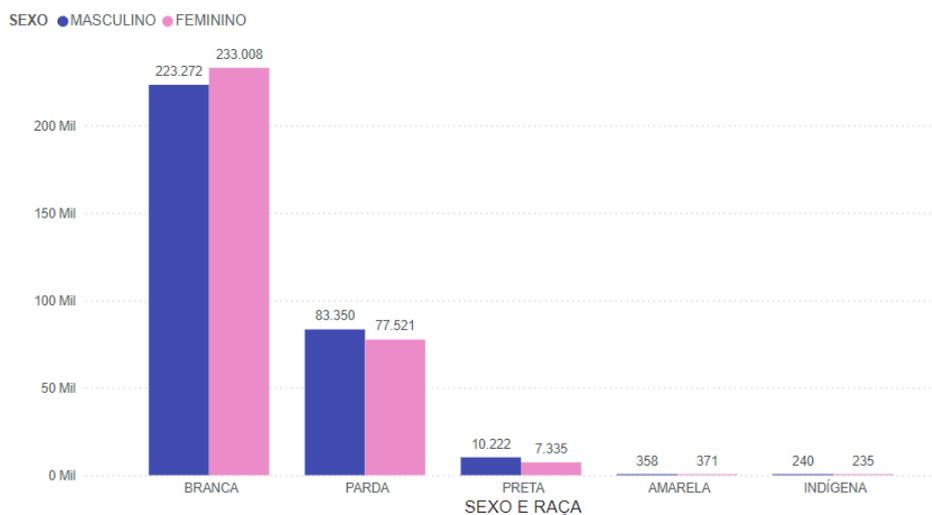
O Estado de Santa Catarina é composto por 8 Macrorregiões de Saúde e suas respectivas 17 Regiões de Saúde, estabelecidas pela Deliberação n°38/2024,

aprovada em 07 de março de 2024 e retificada em 04 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 um forte vínculo em atividades agrícolas e pecuárias.

A influência da imigração europeia na população do Meio Oeste do Estado é evidente na figura 1, que mostra a predominância da raça branca em relação às demais.

Figura 1 - População da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, por sexo e raça
POPULAÇÃO POR RAÇA E SEXO*



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 vem a seguir, com 17.557 habitantes, ou 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 abaixo.

Figura 2 - População da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, por faixa etária e sexo, em 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. Elaborado pela equipe do PRI Macrorregião de Saúde do Meio Oeste.

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 20-29 anos.

A partir dos 30 anos, a distribuição entre os sexos começa a equilibrar-se, permanecendo assim até a faixa de 50-59 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 interessante nas fases finais da vida, refletindo fatores biológicos, sociais e de saúde.

- PIB Per Capita

PIB per capita pode ser definido como sendo 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).

Esse indicador pode ser interpretado, portanto, como a medida da produção dos setores da economia, por habitante. Aponta o nível de riqueza econômica, permitindo a comparação entre diferentes regiões.

A figura a seguir apresenta o PIB per capita para cada município da Macrorregião. Em 2021, o Produto Interno Bruto *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.

Na figura a seguir, 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 PIB *per capita* superior à média do estado. Uma das possíveis causas para esse desempenho é a forte presença de agroindústrias na região.

Figura 3 - Produto Interno Bruto per capita da Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina, ano de 2021.

Alto Uruguai Catarinense		Meio Oeste		Alto Vale do Rio do Peixe	
Município	PIB Per Capita 2021 R\$	Município	PIB Per Capita 2021 R\$	Município	PIB Per Capita 2021 R\$
Alto Bela Vista	41.248,18	Abdon Batista	29.646,51	Arroio Trinta	35.505,67
Arabutã	66.635,06	Água Doce	90.930,69	Caçador	58.773,87
Concórdia	60.241,75	Brunópolis	59.513,45	Calmon	29.378,94
Ipira	24.529,33	Campos Novos	70.809,55	Curitibanos	46.834,52
Iupirimir	60.897,95	Capinzal	46.110,80	Fraiburgo	34.677,27
Irani	26.727,48	Catanduvas	47.796,53	Frei Rogério	53.228,76
Itá	66.440,04	Celso Ramos	24.325,15	Ibiam	38.731,28
Lindóia do Sul	33.533,32	Ervai Velho	41.403,62	Iomerê	76.457,16
Perituba	44.253,39	Herval d'Oeste	27.341,12	Lebon Régis	34.381,16
Piratuba	220.268,82	Ibicaré	46.101,95	Macieira	33.661,59
Presidente Castello Branco	49.750,06	Jaborá	46.508,96	Matos Costa	25.628,34
Seara	66.924,22	Joaçaba	77.597,18	Pinheiro Preto	62.514,45
Xavantina	54.703,92	Lacerdópolis	61.277,74	Ponte Alta do Norte	48.636,59
PIB per capita da região	62.781,04	Luzerna	51.550,66	Rio das Antas	46.469,64
		Monte Carlo	23.468,47	Salto Veloso	55.697,51
		Ouro	34.837,08	Santa Cecília	38.931,54
		Treze Tílias	101.924,63	São Cristóvão do Sul	38.928,81
		Vargem	48.655,31	Tangará	69.474,97
		Vargem Bonita	122.393,10	Timbó Grande	37.894,78
		Zortêa	30.199,01	Videira	63.823,38
		PIB per capita da região	54.119,58	PIB per capita da região	46.481,51
PIB PER CAPITA DA MACRORREGIÃO DO MEIO OESTE DE SANTA CATARINA				54.460,71	

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

- **Setor Econômico**

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 no setor primário, secundário e terciário, refletindo a diversidade de recursos e a cultura local.

No ano de 2021, Santa Catarina registrou um Produto Interno Bruto 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 dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Figura 4 - Produto Interno Bruto da Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina, ano de 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
Arabitã	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
Ipira	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.

- Índice GINI

O índice de GINI é um instrumento utilizado para mensurar o grau de concentração de renda em determinado grupo (IPEA, 2004). Sua interpretação deve ter como base o seguinte parâmetro: quanto mais próximo de 0, menor é a desigualdade de distribuição de renda; quanto mais próximo de 1, maior é a desigualdade de distribuição de renda.

De acordo com dados do DATASUS, em 2010, o índice de GINI em Santa Catarina era de 0,4942, enquanto na Macrorregião do Meio Oeste apresentou um valor de 0,4649, ligeiramente inferior à média do Estado, sugerindo uma distribuição de renda mais igualitária entre a população.

Figura 5 - Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* da Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina, por regiões.

ÍNDICE DE GINI NA REGIÃO DO ALTO URUGUAI CATARINENSE				ÍNDICE DE GINI NA REGIÃO DO MEIO OESTE				ÍNDICE DE GINI NA REGIÃO DO ALTOVALE DO RIO DO PEIXE			
MUNICÍPIO	1991	2000	2010	MUNICÍPIO	1991	2000	2010	MUNICÍPIO	1991	2000	2010
Alto Bela Vista	...	0,4186	0,4735	Abdon Batista	0,4842	0,559	0,4597	Arroio Trinta	0,4709	0,4647	0,463
Ararutã	...	0,5212	0,4713	Água Doce	0,5741	0,5979	0,5432	Caçador	0,5334	0,5429	0,498
Concórdia	0,5723	0,5439	0,4684	Brunópolis	...	0,5535	0,4862	Calmon	...	0,4742	0,4286
Ipira	0,492	0,4643	0,4594	Campos Novos	0,5401	0,5976	0,4593	Curitibanos	0,5472	0,564	0,5154
Ipumirim	0,5542	0,552	0,4185	Capinzal	0,4919	0,4988	0,449	Fraiburgo	0,487	0,5655	0,4972
Irani	0,5534	0,618	0,4233	Catanduvas	0,542	0,5838	0,4683	Frei Rogério	...	0,5245	0,5214
Itá	0,5354	0,5545	0,4531	Celso Ramos	0,6386	0,404	0,4097	Ibiam	...	0,4892	0,4723
Lindóia do Sul	0,5995	0,6526	0,4295	Erval Velho	0,5491	0,4913	0,4675	Iomerê	...	0,4921	0,3376
Perituba	0,5202	0,4514	0,4756	Herval d'Oeste	0,5032	0,5026	0,4215	Lebon Régis	0,4727	0,5615	0,4617
Piratuba	0,554	0,5119	0,4376	Ibicare	0,5234	0,5194	0,4371	Macieira	...	0,7414	0,4036
Pres. Castello Branco	0,4842	0,4851	0,4741	Jaborá	0,5422	0,4953	0,449	Matos Costa	0,566	0,6085	0,4572
Seara	0,5211	0,4969	0,5131	Joaçaba	0,59	0,5752	0,5419	Pinheiro Preto	0,4492	0,4274	0,447
Xavantina	0,6859	0,4622	0,4719	Lacerdópolis	0,4468	0,5174	0,3925	Ponte Alta do Norte	...	0,5847	0,49
MÉDIA DA REGIÃO	0,4671	0,5179	0,4592	Luzerna	...	0,5035	0,4292	Rio das Antas	0,6015	0,4743	0,4422
				Monte Carlo	...	0,5039	0,4588	Salto Veloso	0,4313	0,555	0,5494
				Ouro	0,4922	0,5017	0,4549	Santa Cecília	0,5501	0,5499	0,5336
				Treze Tilias	0,5554	0,5524	0,6299	São Cristóvão do Sul	...	0,4671	0,4458
				Vargem	...	0,5532	0,5064	Tangará	0,6268	0,5556	0,4625
				Vargem Bonita	...	0,4911	0,4384	Timbó Grande	0,6796	0,5391	0,48
				Zortéa	...	0,4244	0,4242	Videira	0,5215	0,5165	0,4776
				MÉDIA DA REGIÃO	0,3737	0,5213	0,4663	MÉDIA DA REGIÃO	0,3469	0,5349	0,4692

Fonte: DATASUS. Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* segundo Município. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginisc.def>. Acesso em 03/10/2024.

Quadro 2: Índice de Gini médio na Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina.

Índice de GINI Médio da Macrorregião do Meio Oeste	1991	2000	2010
	0,3959	0,5247	0,4649

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

Um Índice de Gini de 0,4649 na macrorregião pode refletir um acesso mais equitativo a oportunidades, como educação e emprego, além de políticas públicas eficazes que buscam reduzir a desigualdade, ou seja, um indicativo da eficácia de iniciativas locais voltadas para a redução da pobreza e promoção da igualdade social.

- Taxa de Analfabetismo

Santa Catarina apresentou a menor taxa de analfabetismo do Brasil, conforme dados do Censo Demográfico de 2022. No estado, apenas 2,7% da população com 15 anos ou mais é analfabeta, não sabendo ler nem escrever. Pretos

e pardos representam 18,6% do total da população catarinense, porém são 36,4% do total de analfabetos no Estado Catarinense.

Na Macrorregião do Meio Oeste, o índice de alfabetização alcança 95,53%, o que significa que 4,47% da população permanece analfabeta. Em número absoluto, significa dizer que 28.425 pessoas não sabem ler e nem escrever. Ainda, considerando o percentual representativo de indivíduos pardos e pretos na taxa de analfabetismo do estado, observa-se que, na macrorregião, eles constituem um montante de 10.346 cidadãos não alfabetizados.

Segundo dados do IBGE e apresentados na Figura abaixo, a Região do Alto Uruguai Catarinense revelou uma taxa de alfabetização de 96,36%, seguida da Região do Meio Oeste, com 95,34%, e Alto Vale do Rio do Peixe, com 94,88% da população alfabetizada.

Figura 6 - Taxa de alfabetização na Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina, em 2022.

Alto Uruguai Catarinense		Meio Oeste		Alto Vale do Rio do Peixe	
Município	Taxa de Alfabetização	Município	Taxa de Alfabetização	Município	Taxa de Alfabetização
Alto Bela Vista	97,84%	Abdon Batista	93,45%	Arroio Trinta	96,26%
Arabutã	96,99%	Água Doce	95,88%	Caçador	96,42%
Concórdia	97,07%	Brunópolis	91,72%	Calmon	90,90%
Ipira	97,06%	Campos Novos	95,95%	Curitibanos	94,74%
Ipumirim	95,65%	Capinzal	96,28%	Fraiburgo	95,71%
Irani	94,88%	Catanduvas	96,16%	Frei Rogério	94,10%
Itá	95,47%	Celso Ramos	93,03%	Ibiam	96,61%
Lindóia do Sul	95,53%	Erval Velho	94,94%	Iomerê	98,07%
Peritiba	97,30%	Herval d'Oeste	96,82%	Lebon Régis	91,95%
Piratuba	96,57%	Ibicaré	95,00%	Macieira	94,44%
Presidente Castello Branco	96,94%	Jaborá	95,34%	Matos Costa	92,23%
Seara	96,13%	Joaçaba	97,50%	Pinheiro Preto	97,43%
Xavantina	95,25%	Lacerdópolis	96,69%	Ponte Alta do Norte	92,73%
Taxa média da região	96,36%	Luzerna	98,19%	Rio das Antas	95,76%
		Monte Carlo	91,90%	Salto Veloso	95,58%
		Ouro	96,61%	Santa Cecília	94,18%
		Treze Tílias	97,16%	São Cristóvão do Sul	92,97%
		Vargem	94,22%	Tangará	97,38%
		Vargem Bonita	94,55%	Timbó Grande	92,55%
		Zortéa	95,41%	Videira	97,57%
		Taxa média da região	95,34%	Taxa média da região	94,88%
TAXA MÉDIA DE ALFABETIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DO MEIO OESTE DE SANTA CATARINA					95,53%

Fonte: IBGE, Acesso em 03/10/2024

- Pessoas com 14 Anos ou Mais Ocupadas Por Nível de Instrução

A taxa de ocupação de pessoas com 14 anos ou mais é um importante indicador que ajuda a entender a dinâmica do mercado de trabalho e a condição socioeconômica da população. Em Santa Catarina, essa taxa alcança o índice de 78,2%, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acima da média nacional, que costuma girar em torno de 55% a 60%, dependendo do período e das condições econômicas.

Em Santa Catarina, o número total de pessoas com 14 anos ou mais ocupadas no segundo trimestre de 2024 foi de 6,077 milhões, conforme apontam os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual, divulgados pelo IBGE.

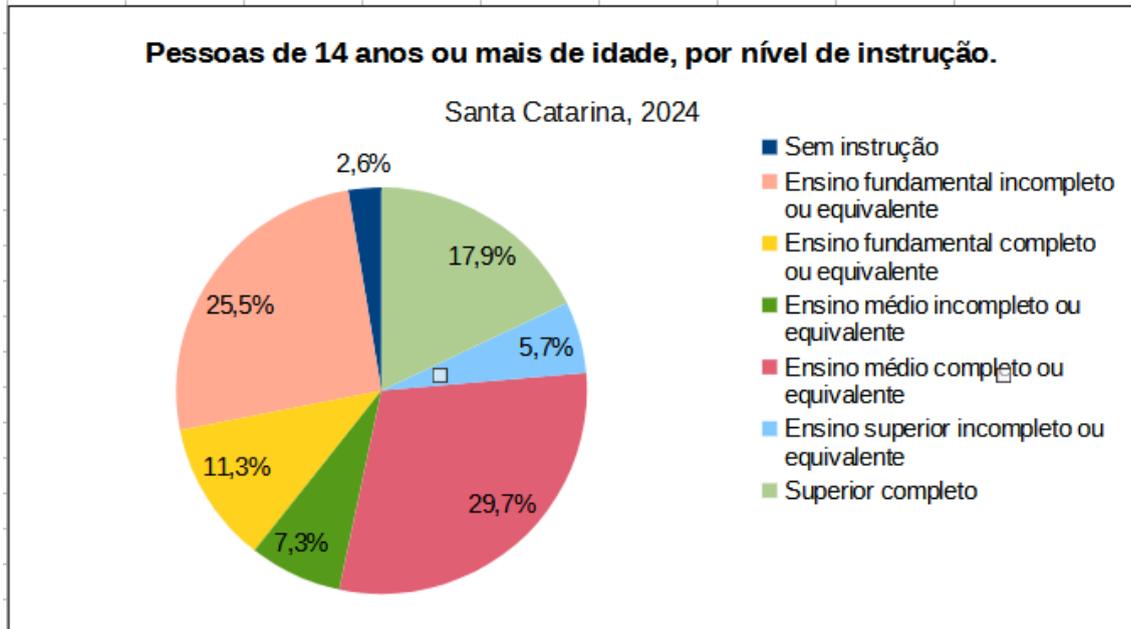
Figura 7 - Pessoas com 14 anos ou mais de idade ocupadas, por nível de instrução, no estado de Santa Catarina, em 2024.

Pessoas de 14 anos ou mais de idade (x 1.000)		
Unidade da Federação	Nível de instrução	2023
Santa Catarina	Sem instrução	158
	Ensino fundamental incompleto ou equivalente	1548
	Ensino fundamental completo ou equivalente	687
	Ensino médio incompleto ou equivalente	442
	Ensino médio completo ou equivalente	1804
	Ensino superior incompleto ou equivalente	348
	Superior completo	1090
	Total	6077

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual - 2º trimestre. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7128> Acesso em: 16/10/2024.

Da taxa de ocupação total, a maior representatividade está entre os seguintes níveis de instrução: ensino fundamental incompleto ou equivalente, com 25,5%; ensino médio completo ou equivalente, 29,7%; e superior completo, com 17,9%. Os demais níveis de instrução representam os 26,9% restantes, conforme IBGE.

Figura 8 - Percentual de pessoas de 14 anos ou mais de idade, por nível de instrução, no estado de Santa Catarina, em 2024.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual - 2º trimestre. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7128> Acesso em: 16/10/2024.

Figura 9 - Pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas por grupamento de atividade no trabalho principal, no Brasil e em Santa Catarina, em 2023.

Brasil e Unidade da Federação	Pessoas de 14 anos ou mais de idade (x 1.000)										
	2023										
	Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	Indústria geral	Construção	Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas	Transporte, armazenagem e correio	Alojamento e alimentação	Informação, comunicação e atividades financeiras, imobiliárias, profissionais e administrativas	Administração pública, defesa, seguridade social, educação, saúde humana e serviços sociais	Outros serviços	Serviços domésticos	Total
Brasil	8146	12904	7431	19034	5503	5567	12614	17928	5418	6104	100690
Santa Catarina	258	955	283	741	204	168	489	564	210	155	4030

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, acumulado de primeiras visitas, exceto 2020-2022, acumulado de quintas visitas, devido à pandemia de Covid-19. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4362>. Acesso em: 17/10/2024.

- **Pessoas Ocupadas Por Grupo de Atividade**

A análise do dado de ocupação por grupo de atividade é fundamental para entender a dinâmica do mercado de trabalho e o comportamento social em diferentes contextos. Ela oferece uma visão abrangente da força de trabalho e das interações sociais, sendo essencial para a formulação de políticas, o planejamento educacional, a análise socioeconômica e o desenvolvimento de estratégias empresariais eficazes.

No Brasil, de acordo com dados do IBGE (2023), o setor com o maior número de ocupações é o comércio e a reparação de veículos automotores e motocicletas, que conta com 19 milhões de trabalhadores. Em segundo lugar, está o grupo da administração pública, defesa, seguridade social, educação, saúde humana e serviços sociais, com 17,9 milhões de ocupados. A indústria geral ocupa a terceira posição, com 12,9 milhões de pessoas atuando.

No contexto estadual, Santa Catarina apresenta um padrão semelhante ao ranking nacional, embora com os grupos de atividades reorganizados. De acordo com os dados da Figura a seguir, o setor da indústria geral ocupa a primeira posição, com 955 mil pessoas empregadas. Em seguida, encontra-se o comércio e a reparação de veículos automotores e motocicletas, que conta com 741 mil trabalhadores. Na terceira posição está a administração pública, defesa, seguridade social, educação, saúde humana e serviços sociais, com 564 mil ocupados.

Na quarta posição, tanto no cenário nacional quanto estadual, encontra-se o setor de informação, comunicação e atividades financeiras, imobiliárias, profissionais e administrativas, evidenciando a relevância desse segmento no contexto geral.

Figura 10 - Pessoas ocupadas por atividades em Santa Catarina.

Indicadores			Estimativas dos trimestres	
			jan-fev-mar/2024	abr-mai-jun/2024
Taxas (%)	Taxa de desocupação		3,8	3,2
	Nível da ocupação		65,5	66,3
	Taxa de participação na força de trabalho		68,1	68,5
Pessoas de 14 anos ou mais de idade (Mil pessoas)	por condição em relação à força de trabalho e condição na ocupação	Total	6.176	6.180
		Na força de trabalho	4.205	4.231
		Ocupada	4.044	4.096
		Desocupada	161	135
		Fora da força de trabalho	1.971	1.949
	ocupadas por posição na ocupação, setor e categoria do emprego no trabalho principal	Empregado	2.841	2.898
		Setor privado (exclusive trabalhador doméstico)	2.321	2.371
		Com carteira	2.025	2.062
		Sem carteira	296	310
		Trabalhador doméstico	161	160
		Com carteira	46	51
		Sem carteira	115	109
		Setor público	359	366
		Com carteira	60	67
		Militar e funcionário público estatutário	247	241
		Sem carteira	52	58
		Empregador	182	191
		Com CNPJ	168	173
		Sem CNPJ	14	18
		Conta própria	983	972
	Com CNPJ	339	335	
	Sem CNPJ	644	637	
	Trabalhador familiar auxiliar	38	35	
	ocupadas por grupamentos de atividade do trabalho principal	Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	261	257
		Indústria geral	956	978
		Construção	281	302
		Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas	731	733
		Transporte, armazenagem e correio	240	226
		Alojamento e alimentação	177	173
		Informação, comunicação e atividades financeiras, imobiliárias, profissionais e administrativas	488	493
Administração pública, defesa, seguridade social, educação, saúde humana e serviços sociais		560	587	
Outros serviços		186	185	
Serviços domésticos		162	161	

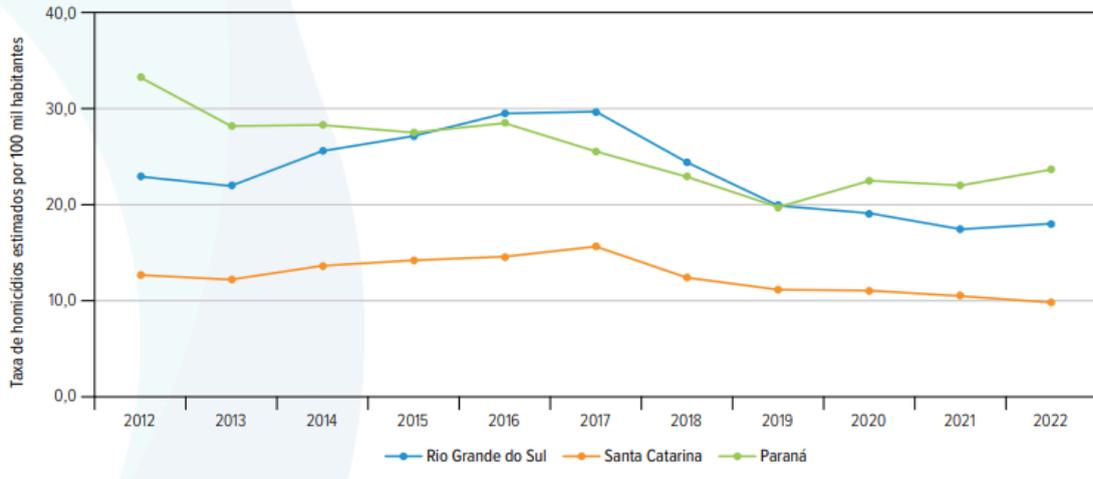
Fonte: IBGE, 2024.

- Número de Homicídios

Os dados revelados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e apresentados no "Atlas da Violência 2024", apontam o estado de Santa Catarina como o mais seguro do Brasil. Os resultados, referentes ao ano de 2022, revelam

que Santa Catarina apresentou uma taxa estimada de 9,7 homicídios por 100 mil habitantes, em contraste com a média nacional, que foi de 24,5 homicídios.

Figura 11 - Região Sul: Taxa de homicídios, estimada por 100 mil habitantes por UF (2012 a 2022).



Fonte: Ipea, 2024. Atlas da Violência dos Municípios. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/286/atlas-2024-municipios>. Acesso em 09/10/2024.

Na Macrorregião do Meio Oeste, o número de homicídios notificados nos anos de 2023 e 2024 totalizam 94. Desses, 12 foram registrados na Região do Alto Uruguai Catarinense, 54 na Região do Alto Vale do Rio do Peixe e 28 na Região do Meio Oeste.

Figura 12 - Número de homicídios na Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina, nos anos de 2023 e 2024.

Óbito por Ano do Óbito segundo Região de Saúde Resid
Causas Externas: Homicídio
Região de Saúde Residência: 4208 Meio Oeste, 4209 Alto Vale Rio do Peixe, 4210 Alto Uruguai Catarinense
Período: 2023-2024

Região de Saúde Resid	2023	2024	Total
TOTAL	64	30	94
4208 Meio Oeste	20	8	28
4209 Alto Vale Rio do Peixe	36	18	54
4210 Alto Uruguai Catarinense	8	4	12

Fonte: <http://tabnet.dive.sc.gov.br/> Acesso em 11/10/2024

- Percentual Médio do Estado Nutricional das Crianças de 0 a 10 anos

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o estado nutricional da criança refere-se à condição geral da saúde em relação à nutrição, refletindo a quantidade e qualidade dos nutrientes que a criança consome. Esse estado pode ser avaliado por

meio de vários indicadores, como peso, altura, circunferência da cintura e composição corporal.

Figura 13 - Percentual médio do Estado Nutricional de crianças de 0 a 5 anos da Macrorregional do Meio Oeste, Santa Catarina e do Brasil segundo dados do SISVAN do ano de 2023.

Estado Nutricional	Alto Uruguai Catarinense	Meio Oeste	Alto Vale do Rio do Peixe	Santa Catarina	Brasil
Magreza acentuada	0.87%	0.99%	1.51%	1.22%	2.47%
Magreza	2.11%	1.99%	2.57%	2.01%	3.05%
Eutrofia	67.52%	66.2%	65.62%	63.82%	62.74%
Risco de Sobrepeso	18.81%	19.95%	18.56%	20.5%	18.06%
Sobrepeso	6.9%	7.13%	7.3%	7.92%	7.86%
Obesidade	3.81%	3.74%	4.44%	4.54%	5.81%
Total pop.	5886	23624	11461	279.542	7.277.114

Fonte: SISVAN, 2024.

Ao analisar o estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos na Macrorregião do Meio Oeste, observa-se uma tendência semelhante aos padrões do Estado de Santa Catarina e do Brasil. No entanto, as regiões do Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe apresentam percentuais de magreza superiores à média estadual, evidenciando a necessidade de maior atenção às questões relacionadas à insegurança alimentar e nutricional nessa faixa etária.

Figura 14 - Percentual médio do Estado Nutricional de crianças de 5 a 10 anos da Macrorregional do Meio Oeste, Santa Catarina e do Brasil segundo dados do SISVAN do ano de 2023.

Estado Nutricional	Alto Uruguai Catarinense	Meio Oeste	Alto Vale do Rio do Peixe	Santa Catarina	Brasil
Magreza acentuada	0.49%	0.92%	1.22%	0.81%	1.81%
Magreza	1.9%	2.41%	1.98%	2.18%	3.37%
Eutrofia	65.83%	67.5%	67.08%	65.16%	65.5%
Sobrepeso	17.12%	15.34%	16.63%	16.91%	14.96%
Obesidade	9.79%	8.67%	8.4%	9.5%	8.82%
Obesidade grave	4.88%	5.15%	4.69%	5.45%	5.54%
Total	4943	6714	9527	223.099	5.943.187

Fonte: SISVAN, 2024.

A Macrorregião de saúde do Meio Oeste também segue os padrões do Estado de Santa Catarina e do Brasil quando analisado o estado nutricional das crianças na faixa etária de 5 a 10 anos. Esses dados reforçam a necessidade de

intervenções focadas no controle do sobrepeso e na promoção de hábitos saudáveis nessa faixa etária.

Para trabalhar com este indicador, são utilizados os dados disponibilizados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), conforme detalhamento a seguir.

- Notificações de Intoxicação Exógena por Agrotóxicos Registradas no SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é o sistema utilizado para notificação e investigação de casos de doenças e agravos constantes na lista de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2017).

As intoxicações exógenas são passíveis de notificação compulsória e podem ser definidas como sendo uma exposição a “substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), que causam ao indivíduo exposto sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis” (BRASIL, 2022).

Em Santa Catarina, no ano de 2022, foram registradas 465 notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), das quais 52,5% das exposições foram confirmadas. Consideram-se confirmadas as exposições quando o paciente apresenta sintomas ou resultados positivos em exames laboratoriais.

De acordo com os dados disponibilizados pelo SINAN para a Macrorregião do Meio Oeste, o total parcial de notificações registradas em 2024 é de 38, distribuídas entre os grupos de agrotóxicos agrícolas, domésticos, raticidas e produtos veterinários.

O quadro abaixo detalha o número de intoxicações exógenas da Macrorregião, sendo a maior parcela em agrotóxico agrícola no quadro abaixo:

Quadro 3 - Número de intoxicações por tipo de agrotóxico.

Tipo de agente	Nº de notificações
Agrotóxico agrícola	12
Agrotóxico doméstico	10
Agrotóxico Saúde Pública	0
Raticida	11
Produto veterinário	5
Total de Notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos registradas no SINAN	38

Fonte: SINAN, 2024.

- Saneamento Básico

A legislação brasileira define o Saneamento Básico como sendo o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos e drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Paralelamente, a Portaria do Ministério da Saúde MS nº 518/2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2015) e a Portaria 888 (BRASIL, 2021) estabelecem que toda a água destinada ao consumo humano deve obedecer ao padrão de potabilidade, devendo sua análise e vigilância ser exercida pelas autoridades de saúde pública.

Em Santa Catarina, apenas 29,1% da população é atendida por alguma forma de esgotamento sanitário, e do total coletado apenas 34,8% é tratado. Santa Catarina tem 89,6% de cobertura no abastecimento de água, considerando a população urbana e rural. Apesar disso, apenas 29,1% da população do estado é atendida por rede de esgoto. E, de todo o esgoto gerado, somente 34,8% é tratado, segundo dados da Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA, 2022).

Na Macrorregião do Meio Oeste, conforme informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN, 2024), o total da população abastecida é de 455.350, representando 71,6% da população residente na macrorregião. Desse montante, 433.844 pessoas recebem água pelo Sistema de Abastecimento de Água (SAA), onde a produção e a distribuição canalizada de água potável é de responsabilidade do poder público, mesmo que administrada em regime de concessão ou permissão (BRASIL, 2005a).

Ainda, 11.003 pessoas são abastecidas pela modalidade de abastecimento coletivo de água, Solução Alternativa Coletiva (SAC), que inclui, entre outras, fonte, poço comunitário, distribuição por veículo transportador, instalações condominiais horizontal e vertical (BRASIL, 2005a).

Os demais cidadãos contemplados com o abastecimento de água na região, totalizando 10.503, têm acesso por meio da Solução Alternativa Individual (SAI), que é definida como toda e qualquer solução alternativa de abastecimento de água que atenda a um único domicílio (BRASIL, 2005b).

Quadro 4 - Abastecimento de água na Macrorregião do Meio Oeste do Estado de Santa Catarina, 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

Em relação às formas de abastecimento de água, a maior parcela da população tem abastecimento de água através de sistemas de abastecimento de água (SAA), passando por tratamentos convencionais. A segunda forma de abastecimento mais utilizada é a Solução Alternativa Individual (SAI), seguida da Solução Alternativa Coletiva (SAC).

- Tipos de Rumores e Eventos Adversos Monitorados Pelo VIGIDESASTRES/SC

O Programa VIGIDESASTRES/SC é uma iniciativa destinada à vigilância em saúde durante desastres naturais. Seu principal objetivo é reduzir os impactos na saúde da população, com foco em áreas suscetíveis a fenômenos como enchentes, deslizamentos de terra e tempestades. Ele desempenha um importante papel no monitoramento de rumores e eventos adversos, garantindo que a população receba informações precisas e suporte adequado durante desastres naturais.

Conforme o monitoramento do programa VIGIDESASTRES/SC, foram registradas 18 ocorrências, de origem natural, na Macrorregião do Meio Oeste, no ano de 2024.

Quadro 05 - Registro de Rumores e eventos adversos monitorados pelo Sistema VIGIDESASTRES/SC na Macrorregião do Meio Oeste do Estado de Santa Catarina, em 2024

Rumores e eventos adversos monitorados pelo VIGIDESASTRES/SC	
Quantidade	Origem
18	Natural

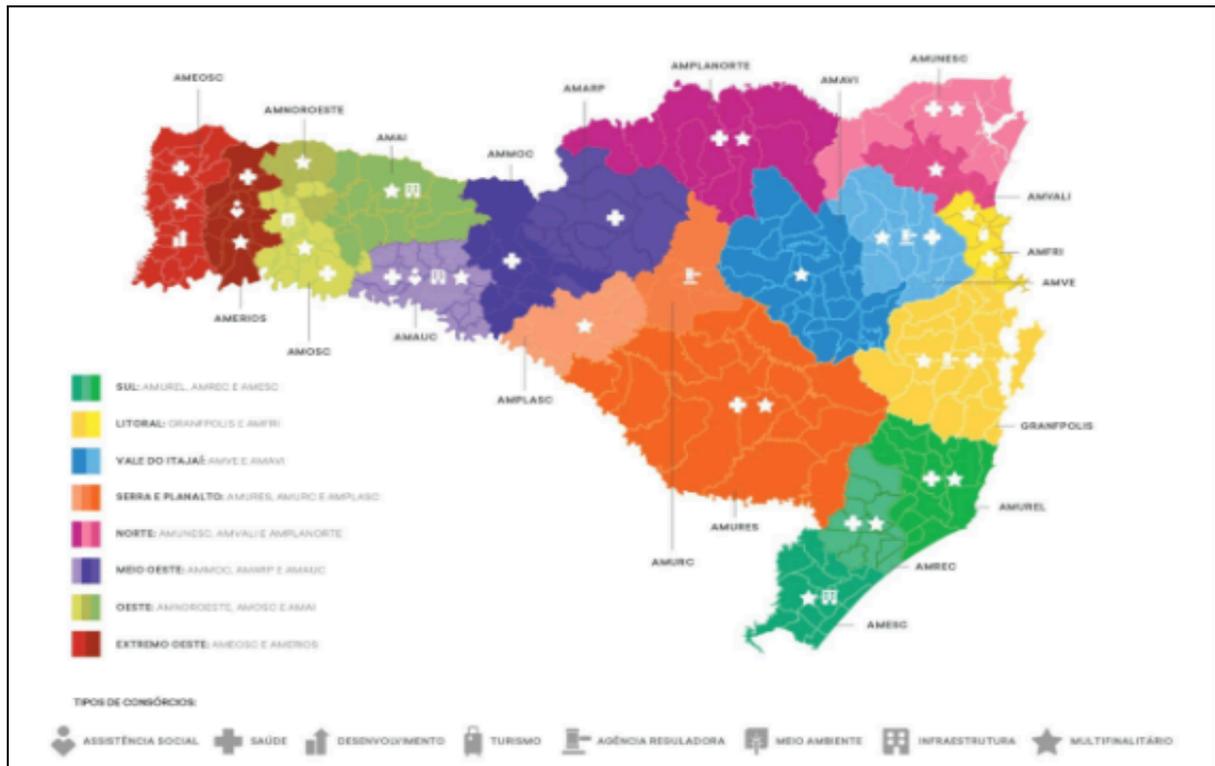
Fonte: VIGIDESASTRES/SC, 2024

- Mapa dos Consórcios de Saúde

Os consórcios de saúde são parcerias entre municípios, estados ou regiões que visam a cooperação na prestação de serviços de saúde. Eles podem ser formados para compartilhar recursos, como hospitais, equipamentos médicos e profissionais de saúde (Lei 8080/1990).

Em Santa Catarina, existem atualmente 21 Associações de Municípios, 60 Consórcios Intermunicipais - dentre eles, 19 são exclusivamente consórcio de saúde (FECAM, 2024).

Figura 15 - Mapa das Associações de Municípios de Santa Catarina, com seus respectivos tipos de consórcios.



Fonte: FECAM, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, as associações municipais pertencentes são (FECAM, 2024):

- (AMAUC) Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense - Alto Bela Vista, Arabutã, Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Jaborá, Lindóia do Sul, Peritiba, Piratuba, Presidente Castelo Branco, Seara e Xavantina.
- (AMMOC) Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense - Água Doce, Capinzal, Catanduvas, Erval Velho, Herval d'Oeste, Ibicaré, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna, Ouro, Treze Tílias e Vargem Bonita.
- (AMARP) Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe - Arroio Trinta, Caçador, Calmon, Fraiburgo, Ibiam, Iomerê, Lebon Régis, Macieira, Matos Costa, Pinheiro Preto, Rio das antas, Salto Veloso, Tangará, Timbó Grande e Videira.
- (AMURC) Associação dos Municípios da Região do Contestado - Curitibanos, Frei Rogério, Ponte Alta do Norte, Santa Cecília e São Cristóvão do Sul.

- (AMPLASC) Associação dos Municípios do Planalto Sul de Santa Catarina - Abdon Batista, Brunópolis, Campos Novos, Celso Ramos, Monte Carlo, Vargem e Zortéa.

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, as determinantes e as tendências das doenças e agravos à saúde, permitindo identificar as prioridades sanitárias.

As informações serão organizadas em dois eixos principais: Nascidos Vivos e Morbidade e Mortalidade. Esses indicadores serão abordados de maneira a oferecer uma visão abrangente da situação de saúde da Macrorregião, permitindo identificar tendências, desafios e oportunidades para a melhoria contínua.

4.2.1 Nascidos Vivos

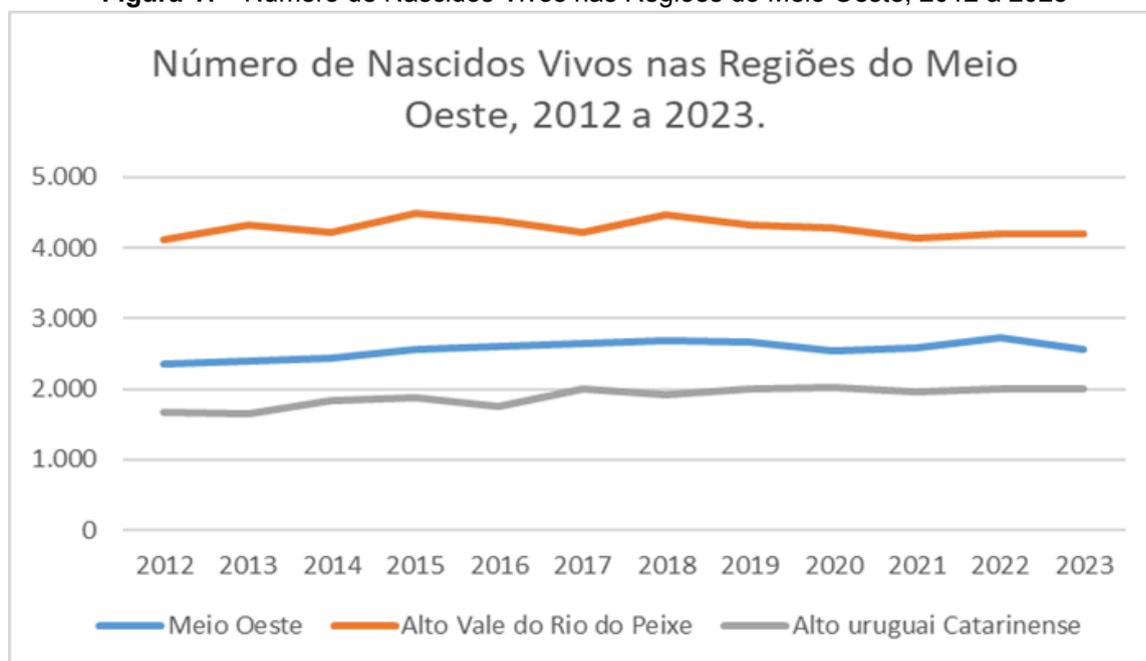
A taxa de nascidos vivos é um importante indicador de saúde pública, refletindo aspectos como o acesso a serviços de saúde materno-infantil e as condições socioeconômicas da população. Historicamente, o estado de Santa Catarina apresenta taxas de natalidade que variam conforme fatores regionais e temporais. A figura 17 mostra que nas regiões de Saúde Meio Oeste o número vem se mantendo.

Figura 16 - Nascidos Vivos por Regiões de Saúde, 2012 a 2023

Número nascidos vivos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Meio Oeste	2.351	2.398	2.443	2.567	2.606	2.647	2.689	2.658	2.550	2.581	2.719	2.567
Alto Vale do Rio do Peixe	4.110	4.327	4.229	4.480	4.390	4.223	4.471	4.318	4.274	4.132	4.199	4.209
Alto Uruguai Catarinense	1.662	1.655	1.826	1.875	1.745	1.999	1.910	2.005	2.019	1.961	2.008	2.004
Santa Catarina	88.772	89.875	93.232	97.223	95.313	98.335	99.609	98.032	97.916	96.499	98.202	96.666

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sinan (acesso em 02/08/2024)

Figura 17 - Número de Nascidos Vivos nas Regiões do Meio Oeste, 2012 a 2023



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sinan (acesso em 02/08/2024)

- Taxas de Natalidade (por 1.000 habitantes)

No ano de 2023 nasceram 96.796 crianças em Santa Catarina, dos quais 8.782 (9,1%) eram residentes da macrorregião do Meio Oeste: 4.210 da região do Alto Vale do Rio do Peixe, 2.568 da região Meio Oeste e 2.004 da região do Alto Uruguai Catarinense.

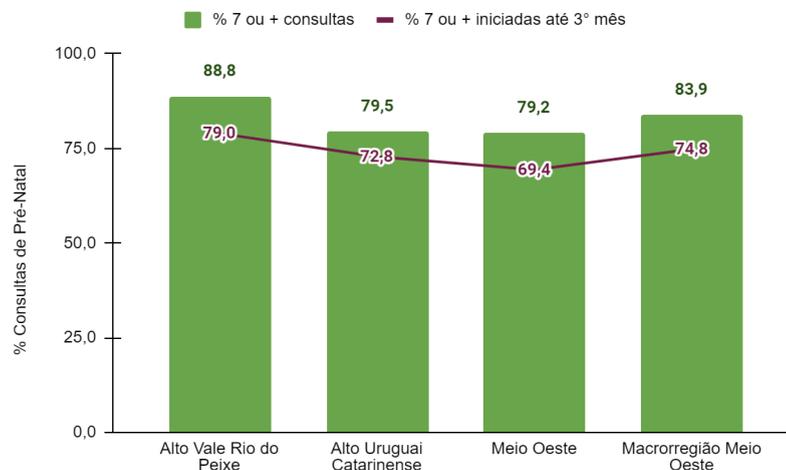
Quanto ao tipo de parto, em 2023, no estado, 57,1% dos partos ocorreram por meio de cesariana. Esse percentual foi de 68,0% na macrorregião Meio Oeste,

neste mesmo ano, sendo que a região do Alto Uruguai Catarinense apresentou 72,2%, Alto Vale Rio do Peixe 67,6% e Meio Oeste 65,4%.

O percentual de mães adolescentes em Santa Catarina em 2023 foi de 8,1%. A macrorregião Meio Oeste apresentou proporção superior ao Estado, com 10,7% dos nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos. Dentre as regiões, esse percentual foi de 12,4% no Alto Vale Rio do Peixe, 10% no Meio Oeste e 8,2% no Alto Uruguai Catarinense.

Ao analisar a proporção de consultas pré-natal realizadas, de acordo com a adequação de acesso (Figura abaixo), é possível perceber que, embora 83,9% das mulheres residentes da macrorregião Meio Oeste tenham realizado sete ou mais consultas, apenas 74,8% iniciaram o acompanhamento pré-natal até o terceiro mês de gestação, conforme estabelecido nas diretrizes da Rede Alyne. Entre as regiões, o Meio Oeste apresentou a menor proporção de 7 ou mais consultas (79,2%), assim como menor percentual com início até o 3º mês de gestação (69,4%).

Figura 18 - Proporção de 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas e iniciadas até o 3º mês de gestação, por região de saúde. Macrorregião Meio Oeste de Santa Catarina, 2023*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Dados preliminares.

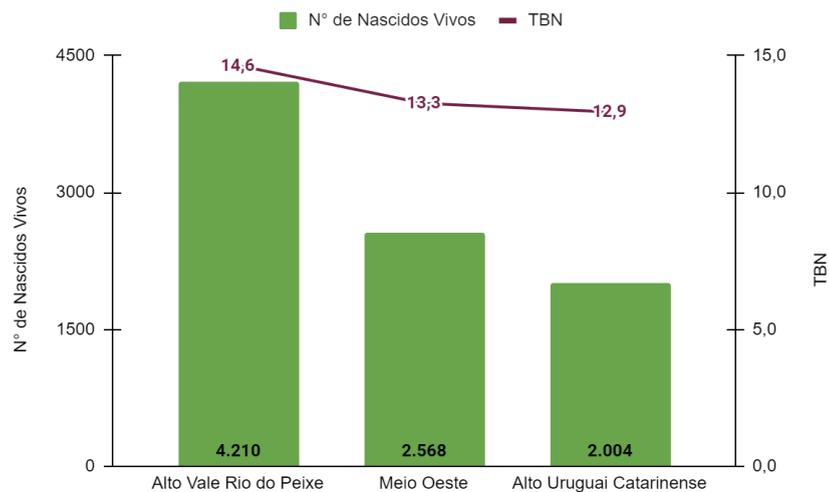
- A Taxa Bruta de Natalidade.

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) é o número de nascidos vivos por mil habitantes, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Tal taxa sofre influência da estrutura da população em relação à idade e sexo. Em geral, as

taxas elevadas estão associadas a baixas condições socioeconômicas e culturais da população.

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN), indicador que expressa o número de nascidos vivos (NV) a cada mil habitantes, foi de 13,8 na macrorregião do Meio Oeste, sendo maior na região do Alto Vale do Rio do Peixe (14,6) (Figura abaixo).

Figura 19 - Taxa bruta de natalidade por região de saúde. Macrorregião Meio Oeste de Santa Catarina, 2023*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (SINASC) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2022. *Dados preliminares.

- **Proporção de Nascidos Vivos por Tipo de Parto**

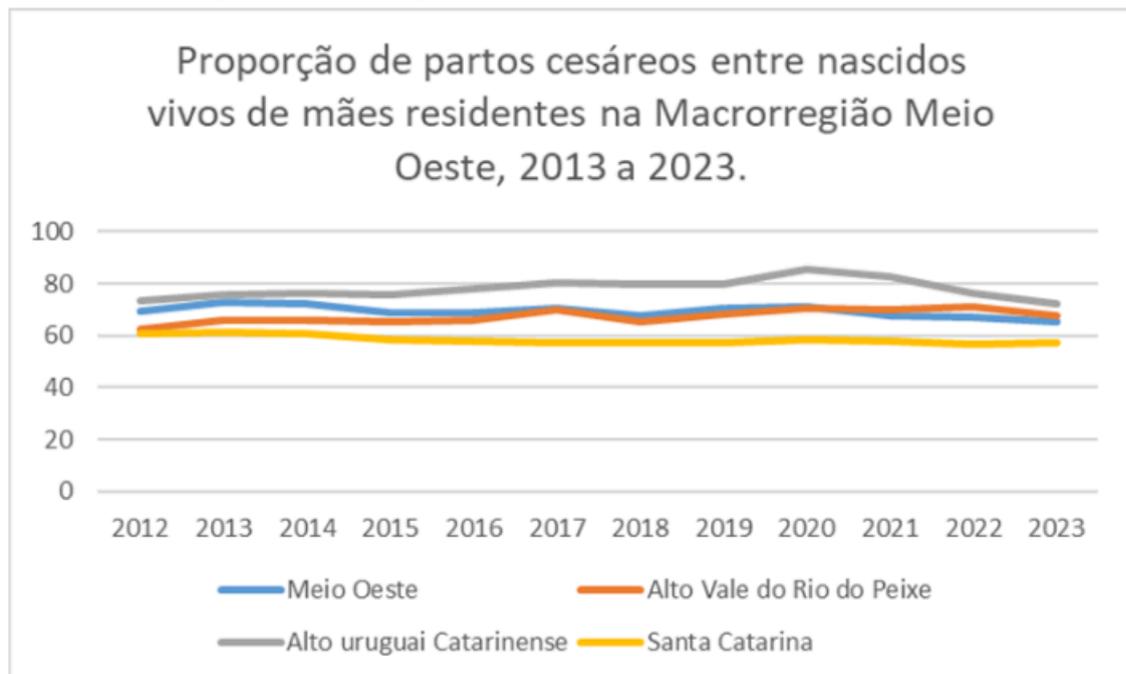
Este indicador demonstra que nesta macrorregião a proporção (Tabela 20) está acima da média do estado que seria mais de 50% dos partos cesarianos, nas três regiões e acima de 60% e Alto Uruguai Catarinense e acima de 70% dos partos, indicando que estamos distante da meta de diminuir o número de partos por meio de parto cesariano, o que pode contribuir para o aumento dos óbitos fetal.

Figura 20 - Proporção de partos cesáreos entre nascidos vivos:

Proporção de partos cesáreos entre nascidos vivos de mães residentes	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Meio Oeste	69,07	72,72	72,41	68,91	68,68	70,72	67,57	70,35	71,33	67,84	66,78	65,23
Alto Vale do Rio do Peixe	62,57	66,02	65,90	65,06	66,05	70,09	65,06	68,34	70,26	70,15	70,8	67,59
Alto uruguaí Catarinense	73,28	75,83	76,01	75,52	78,10	80,04	79,94	79,6	85,53	82,71	75,99	72,15
Santa Catarina	60,74	61,31	60,45	58,26	57,64	57,20	57,36	57,39	58,15	57,86	56,81	57,09

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sinan (acesso em 03/08/2024)

Figura 21 - Proporção de partos cesáreos entre nascidos vivos:



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sinan (acesso em 03/08/2024)

4.2.2 Morbidade e Mortalidade

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, segundo o Ministério da Saúde.

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 incluem doenças do aparelho circulatório, câncer, e doenças respiratórias.

- Notificação de Emergências de Saúde Pública, Surtos e Epidemias

Em 2024 foi registrado um número muito alto de internações por causa respiratória. A superlotação nos postos de saúde, hospitais, setor de emergências e UTI foram por consequência da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Segundo o painel do governo de Santa Catarina, 93,07% dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) no estado foram ocupados, esta procura foi para internações de neonatal, pediátrica e adulto.

Em algumas situações, Santa Catarina contava com 1.328 leitos de UTI ativos, sendo que 1.236 estavam ocupados. Nas regiões Meio Oeste e Serra Catarinense (Joaçaba, Lages e região) 90,48% estavam ocupados.

A dengue também foi um fator importante. Com uma demanda de atendimento altíssima em fevereiro de 2024, o governo já havia decretado emergência epidemiológica pela dengue, sendo que até o momento, o estado tem 124 mortes pela doença e 44 em investigação. São mais de 206.541 casos prováveis, segundo o painel do governo de Santa Catarina.

- Mortalidade Materna

A Mortalidade Materna é definida como “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (DATASUS, 2000).

- Frequência e Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil Nascidos Vivos)

Ocorreram 29 óbitos maternos em Santa Catarina no ano de 2023, o que equivale à razão de mortalidade materna (RMM) de 30,0 óbitos a cada 100.000 NV. Deste total, foi registrado 1 caso (3,4%) na macrorregião Meio Oeste, representando a RMM de 11,4. Este óbito aconteceu na região Alto Vale Rio do Peixe, sendo classificado como causa obstétrica direta. Foi investigado, entretanto não ocorreu em tempo oportuno, isto é, em até 120 dias após sua ocorrência.

- Número e Proporção de Óbitos Maternos por Grupo de Causas

Em Santa Catarina, dados de 2022 trazem a informação de 73,1% dos óbitos decorreu de causas obstétricas diretas e 26,9% por causas obstétricas indiretas. As causas diretas dividem-se infecção puerperal (4,2%), aborto (8,3%), hemorragia (14,6%), hipertensão (25%) e demais causas obstétricas diretas (47,9).

As Mulheres em Idade Férteis (MIF) estão entre os 10 a 49 anos de idade. Em 2022, Santa Catarina tinha 57,6% de mulheres em idade fértil, com um número de óbitos de 2.175, o que equivale a taxa de mortalidade de 102,4 óbitos a cada 100 mil mulheres. Tendo como as principais causas de óbitos: doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias (tumores), causas externas, doenças do aparelho circulatório e demais causas, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças do sistema nervoso e mal definidas.

A proporção de óbitos maternos por tipo, em 2022, foi de:

- Obstétrica Direta 73,1%
- Obstétrica Indireta 26,9%

As causas de óbitos por Obstétrica Direta são as infecções puerperais, abortos, hemorragias, hipertensões, entre outras.

Quadro 6 - Razão de mortalidade materna por Região de Saúde no Estado de Santa Catarina, em 2021 e 2022.

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	2021	2022
Alto Uruguai Catarinense	102,3	49,9
Meio Oeste	77,6	73,6
Alto Vale Rio do Peixe	72,6	23,8

Fonte: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/GADNT/infografico-mortalidade-materna-2023.pdf>

- **Mortalidade Infantil**

A mortalidade infantil é classificada a partir do nascimento vivo e pode ser dividida em componentes neonatal, quando o óbito ocorre até o 27º dia de vida, e pós-neonatal, quando ocorre entre o 28º e o 364º dia de vida. A mortalidade neonatal, por sua vez, pode ser subdividida em neonatal precoce (do nascimento até o 6º dia de vida) e neonatal tardio (do 7º ao 27º dia). Já a mortalidade fetal, diz respeito ao óbito do produto da concepção, antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, ocorrido em gestação com duração igual ou superior a 20 semanas ou com peso fetal igual ou superior a 500g ou estatura fetal igual ou superior a 25cm.

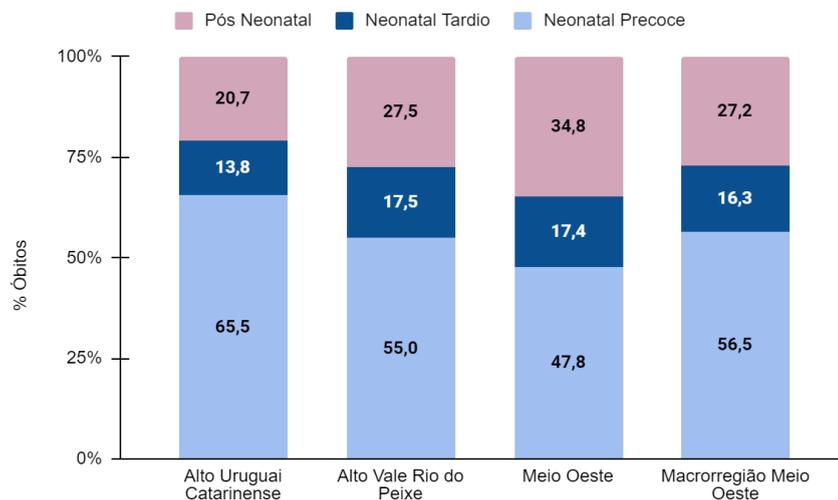
No ano de 2023 foram registrados 92 óbitos infantis em residentes da macrorregião Meio Oeste de Santa Catarina, cuja taxa de mortalidade infantil (TMI) foi de 10,5 óbitos a cada 1.000 NV. A maior frequência de óbitos ocorreu na região Alto Vale Rio do Peixe (40), entretanto, como pode-se observar no Gráfico 10, a maior TMI ocorreu na região Alto Uruguai Catarinense (14,5).

É importante destacar que o componente neonatal é fortemente influenciado pela qualidade da atenção prestada à saúde, especialmente durante o pré-natal, parto e puerpério. Por outro lado, o componente pós-neonatal recebe maior influência dos determinantes socioeconômicos e ambientais. Quando há maior frequência de óbitos nos primeiros seis dias de vida, isso indica a complexidade de atuação sobre as causas das mortes, destacando-se a necessidade de ações de saúde e de serviços de saúde eficazes para garantir uma assistência adequada nessa fase da vida. Investir em melhorias na atenção pré-natal e no momento do nascimento pode ser fundamental para reduzir a mortalidade neonatal precoce e, conseqüentemente, melhorar os indicadores de saúde infantil.

- Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) e Neonatal Precoce (TMNP) (por 1.000 nascimentos)

Do total de óbitos em menores de um ano registrados na macrorregião Meio Oeste em 2023, 56,5% ocorreram no período neonatal precoce, 16,3% no período neonatal tardio e 27,2% no período pós-neonatal. O maior percentual de óbitos no período neonatal precoce ocorreu na região Alto Uruguai Catarinense (65,5%), no período neonatal tardio foi na região Alto Vale do Rio do Peixe (17,5%) e pós-neonatal no Meio Oeste (34,8%), como pode ser observado na Figura abaixo.

Figura 22 - Percentual de óbito infantil por componente, por região de saúde. Macrorregião Norte de Santa Catarina, 2023*.

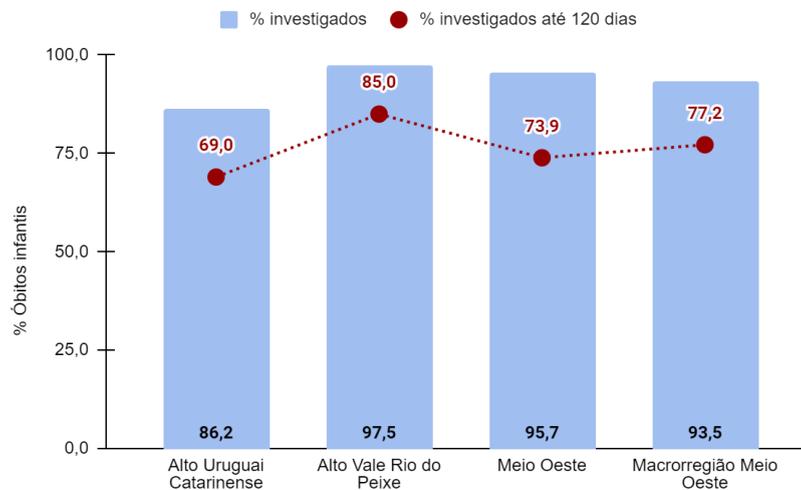


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Dados preliminares.

É importante destacar que o componente neonatal é fortemente influenciado pela qualidade da atenção prestada à saúde, especialmente durante o pré-natal, parto e puerpério. Por outro lado, o componente pós-neonatal recebe maior influência dos determinantes socioeconômicos e ambientais. Quando há maior frequência de óbitos nos primeiros seis dias de vida, isso indica a complexidade de atuação sobre as causas das mortes, destacando-se a necessidade de ações de saúde e de serviços de saúde eficazes para garantir uma assistência adequada nessa fase da vida. Investir em melhorias na atenção pré-natal e no momento do nascimento pode ser fundamental para reduzir a mortalidade neonatal precoce e, conseqüentemente, melhorar os indicadores de saúde infantil.

Cerca de 93,5% dos 92 óbitos infantis da macrorregião Meio Oeste foram investigados, entretanto apenas 77,2% foram investigados em tempo oportuno, isto é, em até 120 dias após sua ocorrência. A menor proporção de investigados ocorreu na região Alto Uruguai Catarinense (86,2%), assim como a menor proporção de óbitos investigados em até 120 dias (69%), como pode ser observado na figura abaixo.

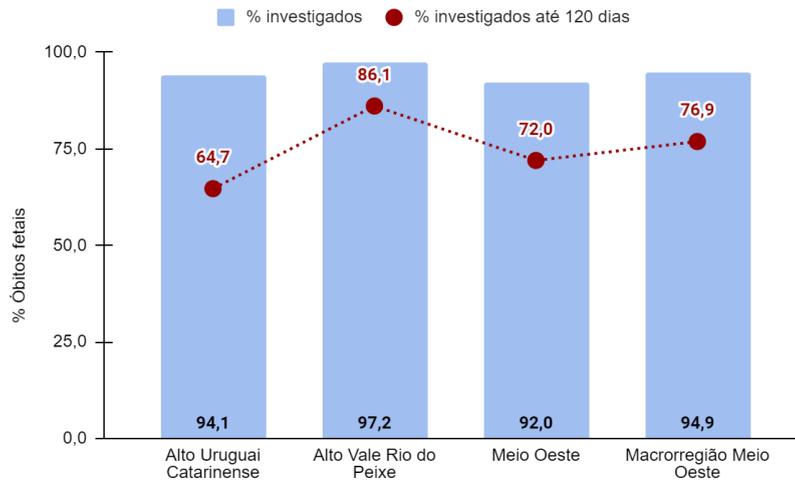
Figura 23 -Proporção de óbitos infantis investigados e investigados em tempo oportuno (até 120 dias), por região de saúde. Macrorregião Norte de Santa Catarina, 2023*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Dados preliminares.

Foram registrados 751 óbitos fetais em Santa Catarina no ano de 2023. Destes, 78 (10,4%) ocorreram na macrorregião Meio Oeste, sendo 36 na região Alto Vale Rio do Peixe, 25 no Meio Oeste e 17 no Alto Uruguai Catarinense. Do total de óbitos fetais da macrorregião, 94,9% foi investigado, entretanto apenas 76,9% foi investigado em tempo oportuno. A região do Alto Uruguai Catarinense se destacou com o menor percentual de investigação em até 120 dias (64,7%) (Figura abaixo).

Figura 24 - Proporção de óbitos fetais investigados e investigados em tempo oportuno (até 120 dias), por região de saúde. Macrorregião Norte de Santa Catarina, 2023*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Dados preliminares.

A Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce refere-se ao número de mortes de neonatos que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida (ou 0 a 6 dias) por 1000 nascidos vivos.

- Taxa de Mortalidade Infantil por Componente

A taxa de mortalidade infantil é composta por três componentes:

1. Mortalidade neonatal precoce: Refere-se ao número de óbitos ocorridos nos primeiros 6 dias de vida, por mil nascidos vivos, em um determinado espaço geográfico, no ano considerado.
2. Mortalidade neonatal tardia: Refere-se ao número de óbitos ocorridos entre 7 e 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, em um determinado espaço geográfico, no ano considerado.
3. Mortalidade pós-neonatal: Refere-se ao número de óbitos ocorridos entre 28 e 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, em um determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A figura a seguir traz os números em relação a esse indicador na Macrorregião Meio Oeste.

Figura 25 - Taxa de mortalidade infantil por componente na Macrorregião Meio Oeste.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Alguns dados de mortalidade são encontrados na plataforma PowerBI sendo que na Região Alto Uruguai Catarinense, o total para menores de 1 ano é de 48 óbitos, mortalidade infantil um percentual por 1000 nascidos vivos é de 11,43%, já para condições sensíveis à atenção primária (CSAP) os óbitos chegaram à 626, tendo um total de 2.184 óbitos.

Para a Região Alto Vale do Rio do Peixe o total de óbitos menores de 1 ano obteve um total de 48 bebês, com uma taxa de mortalidade por 1000 nascidos vivos de 11,43%, e por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) 262 óbitos, totalizando 2.184 óbitos.

Já para Região do Meio Oeste os óbitos totais foram de 1.412, sendo 32 óbitos menores de 1 ano, obtendo uma taxa de 11,77% óbitos infantis por 1000 NV e 353 por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), dados esses do ano de 2022.

Os óbitos por grupo de causas sensíveis à atenção primária incluem doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares, diabetes mellitus, hipertensão, insuficiência cardíaca, infecção no rim e trato urinário, úlcera gastrointestinal, gastrointestinal, gastroenterites infecciosas e complicações, pneumonias bacterianas, epilepsias, infecção da pele e tecido subcutâneo, anemia, asma, deficiências nutricionais e doenças preveníveis por imuniz/condições sensíveis.

Visto que para a Região Alto Uruguai Catarinense a prevalência foi de 67 óbitos devido a Diabetes Mellitus e 72 por doenças pulmonares, a Região Alto Vale do Rio do Peixe destacam -se as doenças pulmonares com 140 óbitos, e também de Diabetes Mellitus com 140 óbitos, e a Região do Meio Oeste com a maior incidência

de CSAP, de doenças cerebrovasculares com 74 óbitos e doenças pulmonares também com 74 óbitos.

- Mortalidade Geral

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.

- Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos de idade) (por 100 mil habitantes) pelas Principais Causas de DCNT

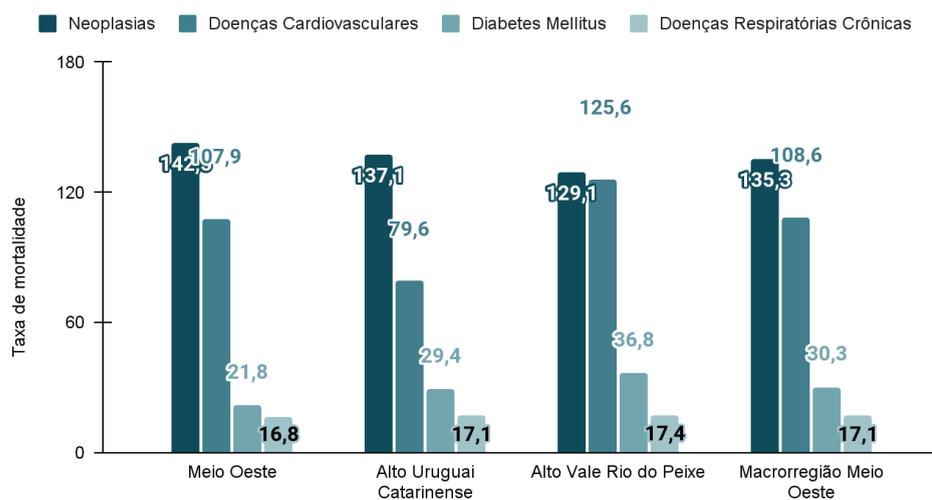
As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de adoecimento e morte em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) as classifica como doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias ou cânceres (CA), doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes mellitus (DM), pois apresentam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

O aumento da carga 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.

No ano de 2023 ocorreram 952 óbitos prematuros decorrentes do conjunto das quatro principais DCNT, na Macrorregião do Meio Oeste, sendo 445 no Alto Vale do Rio do Peixe, 292 na região do Meio Oeste e 215 no Alto Vale do Rio do Peixe. A taxa de mortalidade prematura (TMP) na macrorregião foi de 291,3 óbitos por 100.000 habitantes em 2023.

A figura a seguir especifica a taxa de mortalidade prematura pelas principais DCNT nas regiões de saúde da Macrorregião do Meio Oeste em 2023. As neoplasias se destacaram com as mais altas taxas em todas as regiões, chegando a 142,5 na região do Meio Oeste, 137,1 no Alto Uruguai e 129,1 no Alto Vale do Rio do Peixe, onde ocorreu a mais alta TMP por doenças cardiovasculares (125,6), DM (36,8) e doenças respiratórias crônicas (17,4).

Figura 26 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT, por região de saúde. Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina, 2023*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *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 (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), como demonstra o Quadro a seguir.

Quadro 7 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT por sexo e região de saúde. 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	94,0	133,5	84,0
Neoplasias	155,5	129,7	167,3	107,2	135,3	123,0	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: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

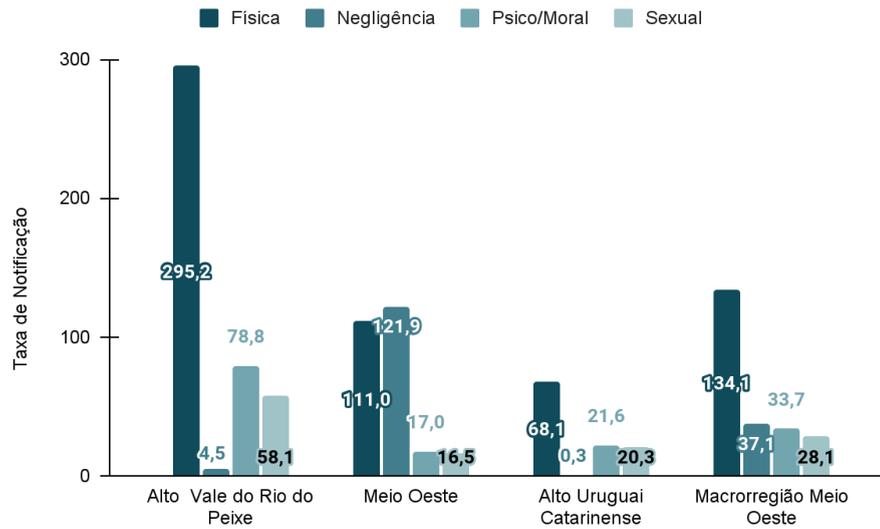
- Taxa de Incidência (por 100 mil habitantes) por Faixa Etária, Segundo Tipo de Violência Interpessoal

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, capaz de deixar marcas profundas. A notificação das violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, resultado de uma luta contínua para expor a violência perpetrada contra esses grupos da população e retirá-la da invisibilidade. A notificação dos casos se refere à primeira etapa para a inclusão da pessoa em situação de violência em linhas de cuidado, visando prover atenção integral e a garantia de direitos.

No ano de 2023, foram registradas 1.754 notificações de violência na macrorregião do Meio Oeste, em Santa Catarina. O maior número de notificações ocorreu na região do Alto Vale do Rio do Peixe (931) e o menor, na região do Meio Oeste (404).

Ao avaliar a taxa de notificação (TN) por tipo de violência, observa-se que na região do Alto Vale do Itajaí a violência física foi o tipo mais notificado em 2023, com uma TN de 111,7 casos a cada 100 mil habitantes, seguida pela violência sexual (48,0). Na região do Médio Vale as posições se inverteram e a violência sexual apareceu como a mais notificada no ano (74,4), seguida pela violência física (57,0). Percebe-se que estes dois tipos de violência apresentaram taxas de notificação aproximadas na macrorregião como um todo, com taxas de 71,2 e 67,5 notificações de violência física e sexual, respectivamente (Figura a seguir).

Figura 28 - Taxa de notificação de violência (por 100 mil hab.) segundo os principais tipos de violência, por região de saúde. Macrorregião Meio Oeste de Santa Catarina, 2023*



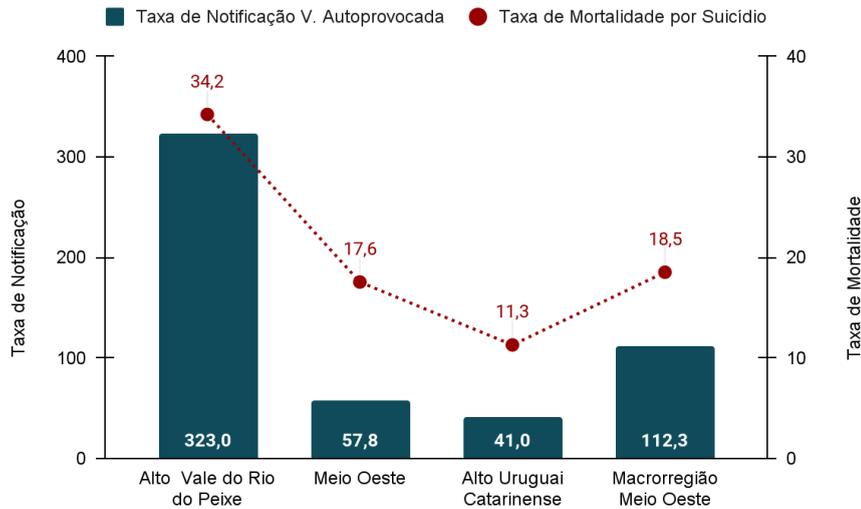
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

Esses dados são fundamentais para embasar políticas e ações específicas de prevenção e combate à violência em suas diversas manifestações, visando garantir a proteção e o bem-estar desses grupos vulneráveis da população. Entretanto, é importante esclarecer que a falta de notificação adequada e completa dos casos de violência constitui um problema adicional. A subnotificação e a incompletude das informações dificultam a compreensão abrangente da extensão do problema, bem como a formulação de estratégias eficazes para enfrentá-lo.

- Número Absoluto de Óbitos (n) e Taxa de Mortalidade Por Suicídio a Cada 100 Mil Habitantes (tx)

Santa Catarina tem se destacado negativamente nos últimos anos com uma das mais altas taxas de mortalidade por suicídio do país. Foram registrados 130 óbitos por suicídio em 2023; esses números corresponderam a taxa de 112,3 casos de lesão autoprovocada notificados a cada cem mil habitantes, e a 18,5 óbitos por suicídio. A região de mais alta TN de violência autoprovocada foi a da Alto Vale do Rio do Peixe, com 323,0 casos notificados para cada cem mil habitantes. A região também se destacou com a maior TM por suicídio da macrorregião do Meio Oeste, com 34,2 óbitos/100.000 habitantes (Figura a seguir).

Figura 28 - Taxa de notificação de lesões autoprovocadas e taxa de mortalidade por suicídio (por 100 mil hab.) por região de saúde. Macrorregião do Meio Oeste, 2023.



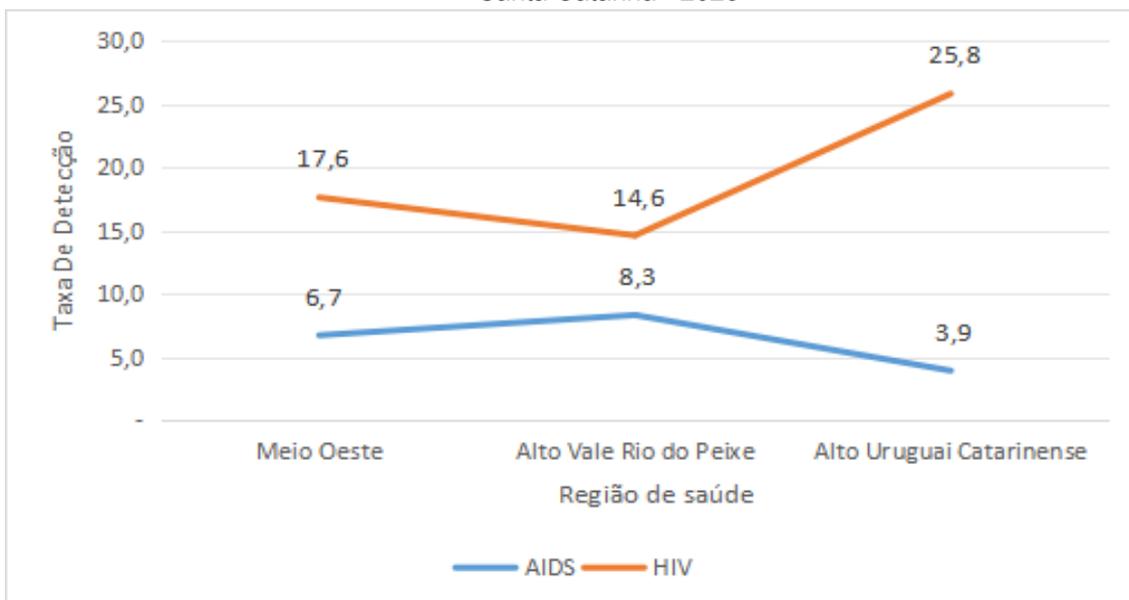
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

É importante ressaltar que os dados numéricos relacionados à notificação de tentativa de suicídio podem ser subestimados. Estima-se que, para cada suicídio consumado, ocorram entre dez e vinte tentativas.

- Taxas de Detecção de Aids, HIV, Aids em Menores de 5 Anos e Coeficiente de Mortalidade (por 100000 habitantes), e Infecção Pelo HIV em Gestantes (por 1000 nascidos vivos)

Com as novas diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, baseado na notificação dos indivíduos HIV+, além da Aids, do estímulo e ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, visando o diagnóstico precoce em fase anterior à imunodeficiência, temos mais casos notificados de infecção pelo HIV do que casos de doença avançada (Aids) na macrorregião. O aumento desta diferença indica melhor atenção às iniciativas de diagnóstico precoce na população.

Figura 29 - Taxa de Aids e HIV(por 100.000 habitantes) segundo macrorregião e região de saúde, Santa Catarina - 2023



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

Quadro 8 - Casos de Aids e HIV(número absoluto e Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

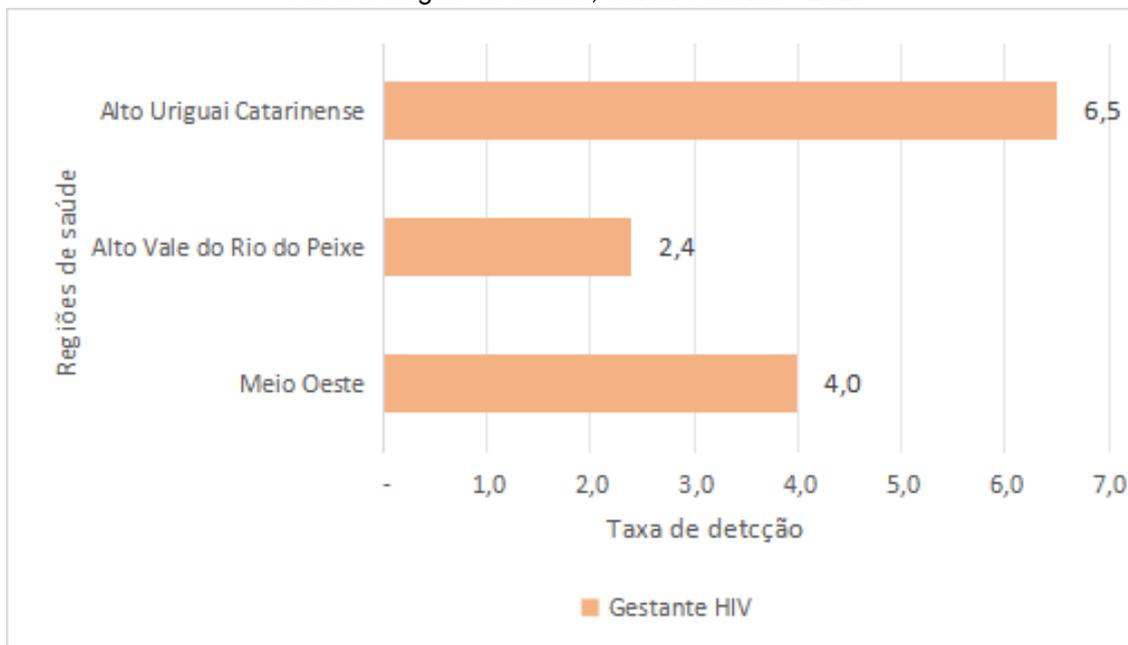
Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	2023	
	nº	tx
AIDS		
Meio Oeste	13	6,7
Alto Vale Rio do Peixe	24	8,3
Alto Uruguai Catarinense	6	3,9
Total	43	6,8
HIV		
Meio Oeste	34	17,6
Alto Vale Rio do Peixe	42	14,6
Alto Uruguai Catarinense	40	25,8
Total	116	18,2

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

Com a melhoria da qualidade de vida e da longevidade das pessoas vivendo com HIV/Aids, a partir do tratamento altamente potente e o alcance da supressão viral, assim como da consequente recuperação imune, com total possibilidade de impedir a transmissão vertical do HIV, mais mulheres podem engravidar com maior segurança. No entanto, o diagnóstico tardio da infecção materna, durante a gestação e no período da amamentação, o abandono do seguimento pré-natal e o

aleitamento cruzado ainda são desafios na redução dos casos de infecção em menores de 5 anos.

Figura 30 - Taxa de Gestante HIV (por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

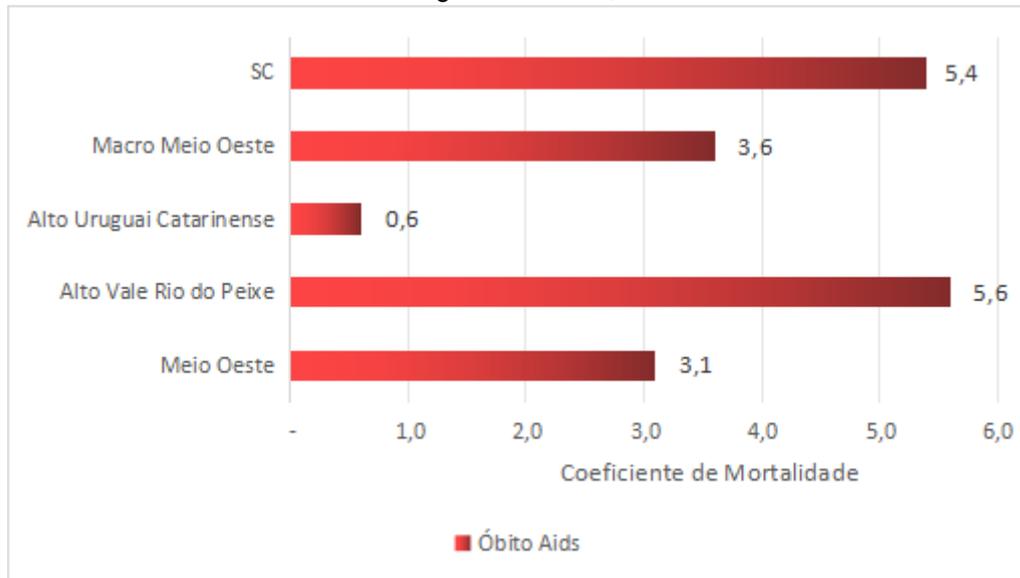
Quadro 9 - Casos de Gestante HIV(número absoluto e Taxa por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	2023	
	nº	tx
Gestante HIV		
Meio Oeste	10	4,0
Alto Vale do Rio do Peixe	10	2,4
Alto Uriguai Catarinense	12	6,5
Total	32	3,7

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

A mortalidade por Aids na macrorregião é, a média, inferior ao coeficiente estadual, porém ainda há necessidade de ações focalizadas para impactar este indicador, especialmente no Alto Vale do Rio do Peixe, que supera a taxa estadual.

Figura 31 - Coeficiente de Mortalidade de Aids (por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SIM. Dado acessado em 19/09/2024

Quadro 10 - Óbito por Aids (número absoluto e Coeficiente de Mortalidade por 100.000 Habitantes) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	2023	
	nº	Tx
Óbito Aids		
Meio Oeste	6	3,1
Alto Vale Rio do Peixe	16	5,6
Alto Uruguai Catarinense	1	0,6
Macrorregião Meio Oeste	23	3,6
Santa Catarina	399	5,4

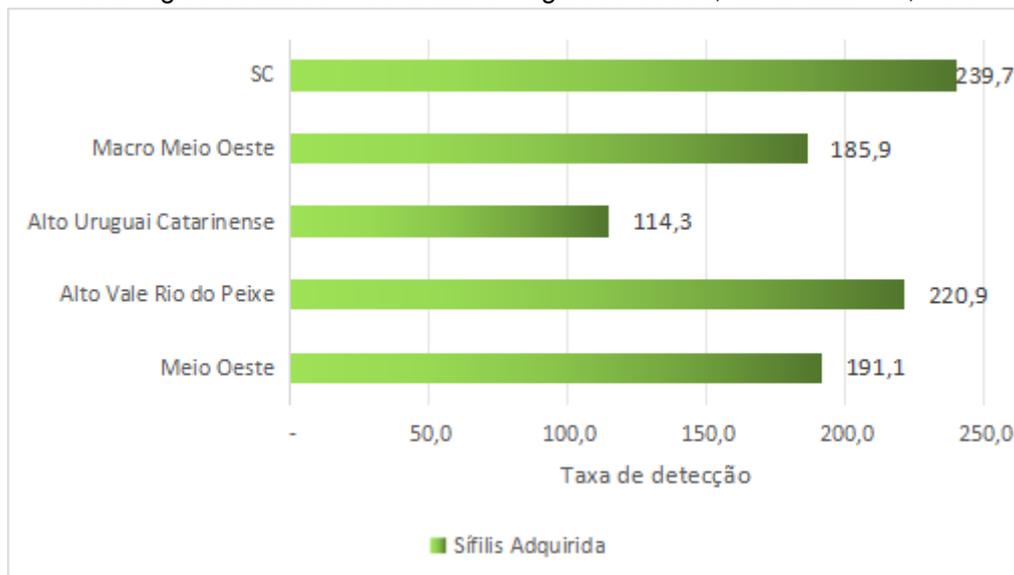
Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SIM. Dado acessado em 19/09/2024

- Taxas de Detecção de Sífilis (por 100.000 habitantes), Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita (por 1.000 nascidos vivos)

A sífilis é um agravo de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como consta: a sífilis congênita desde 1986, através da Portaria nº 542 de 22/12/1986, a sífilis em gestante desde 2005, através da Portaria nº 33 de 14/07/2005 e a sífilis adquirida desde 2010, através da Portaria nº 2.472 de 31/08/2010. Os critérios de definição de caso de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram revistos e reformulados pelo Ministério da Saúde em 2017, e estão disponíveis na Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS.

A figura abaixo apresenta as taxas de detecção de sífilis adquirida na macrorregião de Saúde do Meio Oeste e no Estado, onde observam-se taxas inferiores à média estadual na região, em 2023.

Figura 32 - Taxa de Sífilis Adquirida (Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina, 2023



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

O quadro abaixo apresenta os casos de sífilis adquirida notificados no ano de 2023 em número absoluto e em taxa de detecção nas regiões de saúde Meio Oeste, Alto Vale Rio do Peixe e Alto Uruguai Catarinense e na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste.

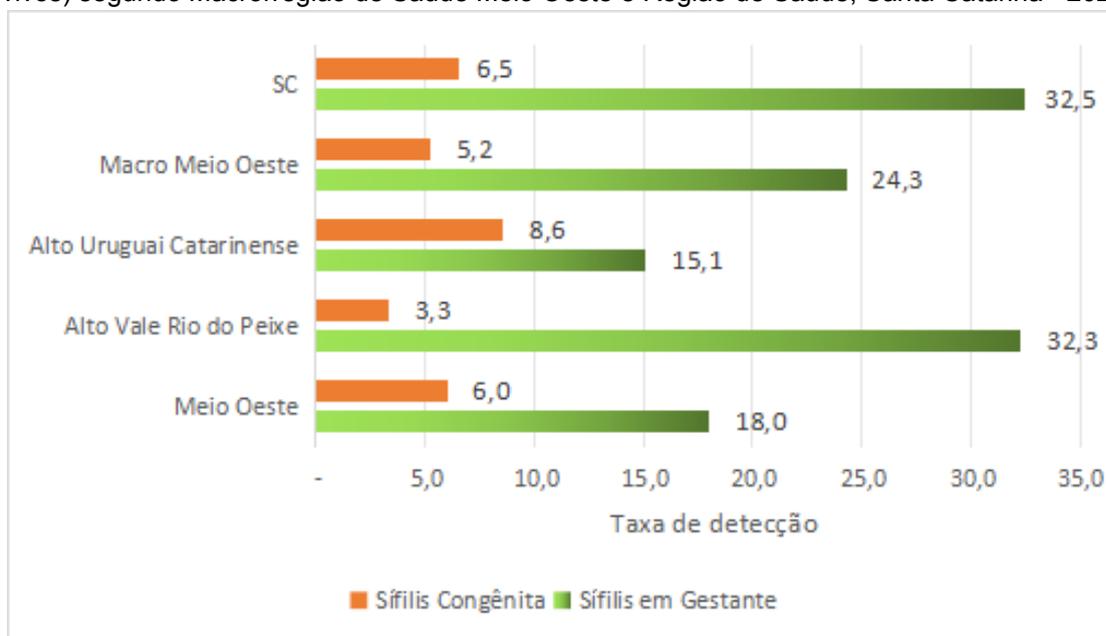
Quadro 11 - Casos de Sífilis Adquirida (número absoluto e Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	2023	
	nº	tx
Sífilis Adquirida		
Meio Oeste	370	191,1
Alto Vale Rio do Peixe	635	220,9
Alto Uruguai Catarinense	177	114,3
Macrorregião do Meio Oeste	1182	185,9
Santa Catarina	17587	239,7

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

A figura a seguir mostra as taxas de sífilis em gestante, sífilis congênita no estado e na macrorregião / região de saúde. Observa-se que, na Macrorregião de saúde do Meio Oeste, as taxas de sífilis congênita apresentaram-se inferiores à média do Estado no ano de 2023, exceto na Região Alto Uruguai Catarinense.

Figura 33 - Taxa de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita em Menor de 1 ano (por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

O quadro 9 apresenta os casos de sífilis em gestante na Macrorregião do Meio Oeste, que apresentou taxas inferiores quando comparadas ao Estado, no ano de 2023.

Quadro 12 - Casos de Sífilis em Gestante (número absoluto e Taxa por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	2023	
	nº	tx
Sífilis em Gestante		
Meio Oeste	45	18,0
Alto Vale Rio do Peixe	136	32,3
Alto Uruguaí Catarinense	28	15,1
Macrorregião do Meio Oeste	209	24,3
Santa Catarina	3188	32,5

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

No quadro abaixo, apresentam-se os casos de Sífilis Congênita em menor de 1 ano na Macro do Meio Oeste e respectivas regiões, onde observam-se taxas inferiores à média estadual, com exceção da Região do Alto Uruguaí Catarinense.

Quadro 13 - Casos de Sífilis Congênita em Menor de 1 ano (número absoluto e Taxa por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	2023	
	nº	tx
Sífilis Congênita		
Meio Oeste	15	6,0
Alto Vale Rio do Peixe	14	3,3
Alto Uruguai Catarinense	16	8,6
Macrorregião do Meio Oeste	45	5,2
Santa Catarina	641	6,5

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

- Mortalidade por Sífilis Congênita em Menor de 1 ano (por 100.000 nascidos vivos)

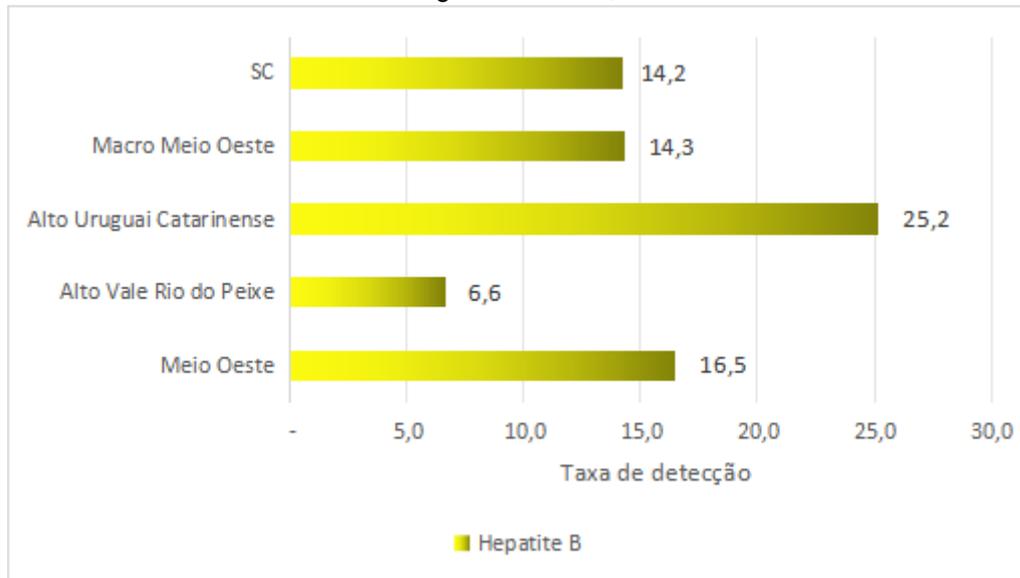
Não foram notificados óbitos por Sífilis Congênita na Macro do Meio Oeste.

- Taxa de Detecção de Hepatite B (por 100.000 habitantes)

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória regular e objeto de eliminação como problema de saúde pública no país, e cerca de 30% dos casos de hepatite B e C encontra-se na região Sul do Brasil, Santa Catarina tem as maiores taxas de infecção pelo HBV e a segunda maior de HCV. A infecção pelo HCV é mais frequente nas áreas litorâneas, enquanto o HBV predomina no interior do estado, principalmente no oeste estadual.

Nesta Macrorregional, a taxa de incidência da infecção pelo HBV é semelhante à média estadual nas regiões Macro Meio Oeste e Meio Oeste, porém a taxa no Alto Vale Rio do Peixe é a metade e o Alto Uruguai Catarinense o dobro do estado.

Figura 34 - Taxa de Hepatite B (Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

Quadro 14 - Casos de Hepatite B (número absoluto e Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

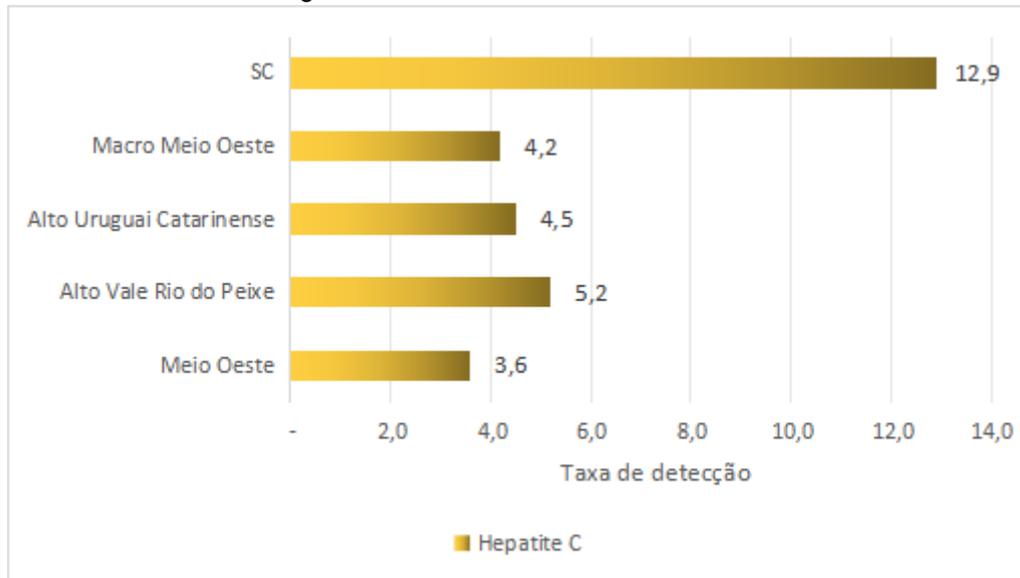
Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	2023	
	nº	tx
Hepatite B		
Meio Oeste	32	16,5
Alto Vale Rio do Peixe	19	6,6
Alto Uruguai Catarinense	39	25,2
Macrorregião do Meio Oeste	91	14,3
Santa Catarina	1045	14,2

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

- Taxa de Detecção de Hepatite C (por 100.000 habitantes)

Na Macrorregional do Meio Oeste de Santa Catarina a taxa de incidência da infecção pelo HCV é cerca de 3 vezes menor do que a média do estado.

Figura 35 - Taxa de Hepatite C (Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo macrorregião / região de saúde e Santa Catarina - 2023



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

Quadro 15 - Casos de Hepatite C (número absoluto e Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	2023	
	nº	tx
Hepatite C		
Meio Oeste	7	3,6
Alto Vale Rio do Peixe	15	5,2
Alto Uruguai Catarinense	7	4,5
Macrorregião do Meio Oeste	27	4,2
Santa Catarina	948	12,9

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

- Número de Casos Novos por Tuberculose de Todas as Formas, com Cura, Abandono e Tratamento Diretamente Observado (TDO)

A tuberculose (TB) é uma doença transmissível, que conta com métodos eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento, sendo curável na maior parte dos casos. No entanto, em 2022, a TB foi a segunda principal causa de morte por um único agente infeccioso no Brasil, superada apenas pela doença do coronavírus SARS-CoV-2 (covid-19) (Brasil, 2024a). Ressalta-se, ainda, que mais de 80 mil pessoas continuam a adoecer por TB todos os anos no país. Mundialmente, em 2022, estima-se que 10,6 milhões de pessoas desenvolveram TB ativa, e que a doença causou 1,3 milhões de óbitos (OMS, 2023). Diante desse cenário, ações urgentes são necessárias para alcançar a meta adotada pelo governo brasileiro de eliminar a doença como problema de saúde pública até 2030, em consonância com

as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) e antecipando a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2035 (OMS, 2022).

Segundo o Boletim Epidemiológico da Tuberculose do ano 2024 da Coordenação Nacional, no ano 2023, foram notificados 80.012 casos novos de tuberculose, o que revela uma incidência de 38,0 casos por 100 mil habitantes.

Em Santa Catarina, no ano 2023, foram notificados 2.226 casos novos da doença, apresentando uma incidência de 30,9 casos por 100 mil habitantes de tuberculose, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Os indicadores de controle da doença como o de cura e abandono expressam a efetividade do tratamento e o alcance das metas pactuadas visa a redução da transmissão para os novos pacientes, diminuindo a ocorrência de novos casos. A principal estratégia para o alcance de níveis de cura considerados satisfatórios pelo MS (76%) e evitar o abandono do tratamento é a adoção do chamado tratamento diretamente observado (TDO), que possibilita a garantia da tomada adequada das medicações, além de melhorar o vínculo do paciente com a equipe de saúde para a discussão de possíveis situações, eventos adversos que possam estimular o abandono do tratamento.

Considerando o número de casos novos de 2023 da Macrorregião do Meio Oeste, para os indicadores de cura, abandono e tratamento diretamente observado (TDO) observamos no Quadro abaixo que as regiões não alcançaram as metas orientadas pelo MS que preconiza a cura de no mínimo 76% dos casos e TDO em 100% dos casos. Com relação ao abandono de tratamento, somente o Alto Vale do Rio Peixe alcançou a meta preconizada de abaixo de 5% dos casos.

Quadro 16 - Cura, abandono de tratamento e Tratamento Diretamente observado, no ano de 2023, na Macrorregião Meio Oeste SC

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	casos	% cura	%abandono	Tratamento Diretamente Observado (TDO)
Meio Oeste	35	62,9	8,6	62,9
Alto Vale Rio do Peixe	30	53,3	0	63,3
Alto Uruguai Catarinense	18	55,6	11,1	22,2

Fonte: SES/DIVE/SINAN/GEDIC. Dado acessado em 19/09/2024

- Proporção de Coinfecção TB/HIV/AIDS

A proporção de Coinfecção TB/HIV reflete a magnitude da doença, além de auxiliar o dimensionamento e planejamento das atividades conjuntas com o

Programa da Aids. O quantitativo dos casos novos de tuberculose que foram testados para o HIV é importante, pois a TB é a primeira causa de morte nas pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA). A descoberta do diagnóstico do HIV diante de um quadro de TB irá proporcionar ao indivíduo acometido o início da terapia antirretroviral (TARV) que levará ao controle do agravo e assim melhora na qualidade e expectativa de vida.

Desde 2015, SC vem apresentando uma testagem satisfatória, acima de 85% ao longo dos anos analisados (2015 a 2024), apresentando queda da coinfeção TB/HIV nesse mesmo período analisado. No ano de 2023 apresentou a menor taxa de coinfeção ao longo do período analisado, 13,2%. (Boletim SC,2024).

Considerando o ano de 2023, na análise do Quadro abaixo, percebemos que a Macrorregião do Meio Oeste alcançou metas acima da preconizada pelo MS de testagem HIV que é 82%, com destaque para a região do Alto Uruguai Catarinense, que atingiu 100% de testagem para HIV. As taxas de coinfeção ficaram abaixo da taxa geral do estado, com destaque para o meio oeste com a proporção de 2,7%.

Quadro 17 - Coinfeção TB/HIV da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, no ano de 2023.

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	Nº de casos TB	% Coinfeção TB/HIV	HIV%Testagem
Meio oeste	37	2,7	83,8
Alto Vale Rio do Peixe	31	9,7	87,1
Alto Uruguai Catarinense	22	9,9	100

Fonte: SES/DIVE/SINAN/GEDIC - Dado acessado em 19/09/2024

- Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Tuberculose do ano 2024 da Coordenação Nacional, no ano de 2022, foram registrados 5.824 óbitos por tuberculose, com uma taxa de mortalidade de 2,7 óbitos por 100 mil habitantes.

A taxa de mortalidade por tuberculose em Santa Catarina, ao longo da série histórica, segundo o Boletim da tuberculose de 2024, informa que tivemos um aumento do óbito por tuberculose no ano 2019 (pré pandemia da Covid-19), com queda nos anos posteriores (2020 e 2021) e novo aumento a partir de 2022, ano que ainda os municípios vêm investigando a causa básica, que pode influenciar no aumento no números de casos e na taxa de mortalidade.

O coeficiente de mortalidade por Tuberculose em Santa Catarina, ao longo da série histórica, segundo o Boletim da tuberculose de 2024 informa que tivemos um

aumento do óbito por tuberculose o ano 2019 (pré pandemia da Covid-19), com queda nos anos posteriores (2020 e 2021) e novo aumento a partir de 2022, ano que ainda os municípios vêm investigando a causa básica, que pode influenciar no aumento no números de casos e na taxa de mortalidade.

Na análise do números de óbitos por tuberculose na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste em 2022, em números absolutos foi de 04 óbitos , segundo informações do SIM, apresentando uma taxa de óbitos por tuberculose de 1 óbito por 100 mil habitantes,e dentre as regiões destacamos o Alto vale do Rio do Peixe com o maior número de óbitos, conforme a Quadro abaixo.

Quadro 18 - Taxa de Mortalidade por tuberculose na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste no ano de 2023.

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	Nº de óbitos	Taxa de Mortalidade	Taxa de mortalidade SC
Meio Oeste	1	1 óbito por Tb/por 100 mil hab.	0,99 óbito por Tb/por 100 mil hab.
Alto Vale Rio do Peixe	2	1 óbito por Tb/por 100 mil hab.	0,99 óbito por Tb/por 100 mil hab.
Alto Uruguai Catarinense	1	1 óbito por Tb/por 100 mil hab.	0,99 óbito por Tb/por 100 mil hab.

Fonte: SES/DIVE/SIM/GEDICD. Dados acessado em 19/09/2024

- Taxa de Detecção de Casos Novos de Hanseníase na População Geral e 102 Menores de 15 anos, por 10.000 habitantes

Em Santa Catarina, no ano de 2023, com o diagnóstico de 146 casos novos de hanseníase, o estado apresentou taxa de detecção de baixa endemicidade (1,92), com 04 casos diagnosticados em menores de 15 anos, a taxa de detecção de 0,28 manteve o parâmetro de baixa endemicidade para essa faixa etária.

Em 2023, observa-se a predominância de indicadores de média e baixa endemicidade nas Regiões de Saúde de Santa Catarina, tanto para a taxa da população geral quanto para os menores de 15 anos.

Destacando-se a Região do Alto Vale do Rio do Peixe, situada na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, com as maiores taxas de detecção do ano, com taxas de média endemicidade para a população geral e para os menores de 15 anos, as outras Regiões apresentaram taxas de média e baixa endemicidade e não diagnosticaram casos em crianças (Quadro a seguir).

Quadro 19 - Taxa de detecção de casos novos de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos, por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, 2023.

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	2023	
	nº	tx
Alto Uruguai Catarinense	3	1,94
Meio Oeste	4	2,07
Alto Vale Rio do Peixe	17	5,91
Total Macro	24	3,77
Menor de 15 anos		
Alto Vale Rio do Peixe	1	1,57
Total Macro	1	0,80

Fonte: SES/DIVE/SINAN/GEDIC. Dado acessado em 19/09/2024

- Proporção de Casos Novos de Hanseníase com Grau de Incapacidade Física 1 e 2 entre os Casos Avaliados no Diagnóstico

Embora os resultados de média e baixa endemicidade sugiram situação de controle da doença, observa-se proporção alta de casos novos notificados com algum grau comprometimento físico ocasionado pela doença, grau 1 e 2 de Incapacidade Física (GIF) no momento do diagnóstico.

No ano de 2023, dos 84,9% dos casos novos avaliados quanto ao grau de incapacidade física em Santa Catarina, 39,5% apresentaram grau 1 e 14,5 % foram notificados com grau 2, o que caracteriza fragilidade em relação ao diagnóstico precoce. A proporção acima de 10% é considerada alta para o indicador do GIF 2, segundo os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

As Regiões de Saúde da Macrorregião Meio Oeste apresentaram indicadores no parâmetro alto para o grau 2, Destacando-se a Região do Alto Uruguai Catarinense com 100% de pacientes diagnosticados com comprometimento físico (grau 1 e 2). A Região do Meio Oeste não apresentou casos com incapacidade grau 2 entre os avaliados, mas 33% dos casos foram classificados com grau 1, conforme apresentado na tabela 2. Esse indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde.

Quadro 20 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 1 e 2 entre os casos avaliados no diagnóstico. Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, 2023.

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	2023	
	% Grau 1	% Grau 2
Alto Uruguai Catarinense	66,7	33,3
Meio Oeste	33,3	0,0
Alto Vale Rio do Peixe	56,3	25,0
Total Macro	54,5	22,7

Fonte: SES/DIVE/SINAN/GEDIC. Dado acessado em 19/09/2024

- Indicadores de Qualidade de Vigilância das Doenças Exantemáticas Febris, Sarampo e Rubéola (imunização, vigilância e laboratório)
 - **Sarampo**

A circulação endêmica do vírus do sarampo foi interrompida no estado no ano 2000. Desde então vem sendo registrados casos esporádicos importados. Nos anos de 2001 a 2013 foram registrados 5 casos, todos relacionados com histórico de viagens internacionais e, a identificação viral dos casos detectou o genótipo D8, circulante no continente europeu.

Após um período de 6 anos sem registro de casos, no mês de fevereiro de 2019 foram registrados 3 casos em tripulantes de navio de Bandeira Malta procedente de Santos que ancorou no litoral catarinense, devido às ações oportunas realizadas pelas equipes estaduais e municipais de vigilância epidemiológica, imunização e Lacen/SC não ocorreram casos secundários. Após 90 dias sem novos registros e, conforme recomendado por protocolos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), o surto foi encerrado. A partir do mês de julho do mesmo ano (semana epidemiológica 29) iniciou-se um novo surto relacionado a indivíduos com histórico de residência e/ou deslocamento para outros estados do país.

O surto no estado perdurou por 37 semanas consecutivas com casos distribuídos geograficamente em 43 municípios. Após o término do surto, a vigilância do sarampo, já consolidada no estado, permanece ativa visando a detecção oportuna de novos casos suspeitos.

Na Macrorregião do Meio Oeste não houve nenhum caso suspeito de sarampo.

Quadro 21 - Casos suspeitos descartados para sarampo, laboratório e homogeneidade, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Meio Oeste Santa Catarina, 2023*

Macrorregião Meio Oeste	Meio Oeste	Alto vale Rio do Peixe	Alto Uruguai Catarinense
Vigilância	0	0	0
Laboratório	0	0	0
Homogeneidade	80%	70%	84,62%

Fonte: SINAN. Dados coletados até a semana epidemiológica 52.*dados sujeitos a alteração.

○ Rubéola

Como resultado das ações integradas de vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial e do Programa Nacional de Imunização (PNI), em abril de 2015, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) declarou a região das Américas livre da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC), no entanto a rubéola continua endêmica em outras regiões do mundo e, os países das Américas, esporadicamente relatam casos importados.

No Brasil os últimos casos autóctones de rubéola ocorreram em 2008. Neste mesmo ano, em Santa Catarina, foram confirmados 90 casos.

O último caso importado no país foi confirmado em 2014 em indivíduo oriundo das Filipinas, a doença não está erradicada no mundo e há o risco permanente de importação. A vigilância da rubéola, no estado de Santa Catarina, se manteve ativa no período de 2023.

Na Macrorregião do Meio não foram notificados casos suspeitos de rubéola.

Quadro 22 - Casos suspeitos descartados para rubéola, resultado laboratorial e homogeneidade, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde do Meio Oeste. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião Meio Oeste	Meio Oeste	Alto vale Rio do Peixe	Alto Uruguai Catarinense
Vigilância	0	0	0
Laboratório	0	0	0
Homogeneidade	80,0%	70,0%	84,62%

Fonte: SINAN NET. Dados coletados até a semana epidemiológica 52.*dados sujeitos a alteração.

- Casos Confirmados, Incidência por 100.000 Habitantes e Letalidade por Tétano Acidental

O Tétano Acidental tem distribuição universal, com apresentação de quadro grave e alta taxa de letalidade. Estudos apontam para uma relação estreita entre as condições de vida e padrões culturais da população, influenciando decisivamente

nos indicadores epidemiológicos da doença, que se mantêm como um grave problema de saúde pública. Com elevado custo social e econômico, a infecção resulta em tratamentos prolongados, que geralmente ocorrem em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A doença pode ser prevenida através da vacinação, que gera imunidade permanente e está disponível em toda a rede pública.

Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste foi confirmado 01 caso de tétano acidental, com uma incidência de 0,34 casos por 100.000 hab, no período analisado não houve registro de óbito.

Quadro 23 - Casos confirmados, incidência e letalidade por tétano acidental, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde do Meio Oeste. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião de Saúde Meio Oeste	Casos	Incidência	Letalidade (%)
Alto Vale do Rio do Peixe	1	0,34	0

Fonte: SINAN. Dados coletados até a semana epidemiológica 52. *dados sujeitos a alteração.

- Indicadores de Qualidade da Vigilância da Coqueluche

No período analisado, observa-se comportamento endêmico da coqueluche no Estado de Santa Catarina, com redução importante no número de casos confirmados. Este cenário pode estar associado a determinantes epidemiológicos entre os quais: a diminuição da ocorrência da doença no país, ausência de surtos, melhora no diagnóstico laboratorial e a implantação da vacina dTpa em gestantes a partir de 2014, fato que pode estar contribuindo para queda no número de casos em menores de 1 ano, sendo este o grupo mais vulnerável para adquirir a doença.

No ano de 2023, não foram confirmados casos de coqueluche na Macrorregião Meio Oeste.

- Indicadores Operacionais de Vigilância da Paralisia Flácida Aguda/Pólio

Desde o ano de 1984, não é mais detectado a circulação do vírus da poliomielite no território nacional e, no ano de 1989 foi concedido às Américas a certificação de continente livre da pólio. A partir deste período, todos os países do continente americano assumiram o compromisso de manter vigilância fortalecida para identificar oportunamente uma possível reintrodução do vírus, além de manter altas e homogêneas coberturas da vacina contra poliomielite. A eficácia desta

estratégia depende principalmente de indicadores de qualidade e cumprimento das metas pactuadas e estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que permitem mensurar a efetividade do sistema de vigilância.

Avaliando os indicadores da vigilância das paralisia Flácida Aguda (PFA) na Macrorregião de Saúde Meio Oeste (Quadro abaixo), observa-se que, a Região de Saúde Meio Oeste e Alto Vale Rio do Peixe atingiram todos os indicadores no ano de 2023. A Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense não notificou casos de PFA no ano analisado, porém atingiram o indicador de notificação semanal.

Quadro 24 - Indicadores operacionais de vigilância da Paralisia Flácida Aguda/Pólio, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde do Meio Oeste. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião Meio Oeste	Meta	Meio Oeste	Alto vale Rio do Peixe	Alto Uruguai Catarinense
Taxa de notificação	2/100.000hab.	100%	100%	0%
Investigação oportuna	80%	100%	100%	0%
Coleta oportuna	80%	100%	100%	0%
Notificação semanal	80%	95%	95%	95%

Fonte: SINAN. Dados coletados até a semana epidemiológica 51. *dados sujeitos a alteração.

- Incidência e Letalidade das Meningites, por Etiologia

No Brasil, a meningite é considerada uma doença endêmica. Deste modo, casos da doença são esperados ao longo de todo o ano, com a ocorrência de surtos e epidemias ocasionais. As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus, são as mais preocupantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos.

Avaliando as meningites em geral na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste observa-se um padrão dentro do esperado para o período analisado, sem ocorrência de surtos. Na Região de Saúde Meio Oeste, observou-se uma incidência de 1,03 casos por 100.000hab nas meningites não especificadas, 2,06 casos por 100.000hab. nas meningites virais e 0,51 casos por 100.000hab. nas meningites causadas por pneumococo. A letalidade foi de 100% nas meningites causadas por pneumococo.

Na Região de Saúde Alto Vale Rio do Peixe, a incidência de meningite por tuberculose e meningite por pneumococo foi de 0,34 casos por 100.000hab nesta

região foi registrado uma letalidade de 100% nas meningites causadas por tuberculose.

Na Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense observou-se uma incidência de 0,64 casos por 100.000hab nas meningites por outras etiologias, e apresentou uma incidência de 1,29 casos por 100.000hab. na meningite meningocócica, meningite não especificada e meningite pneumocócica. A letalidade na região foi de 50% nas meningites causadas por pneumococo. (Quadro abaixo).

Quadro 25 - Incidência e letalidade das meningites por etiologia, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde do Meio Oeste. Santa Catarina, 2023*

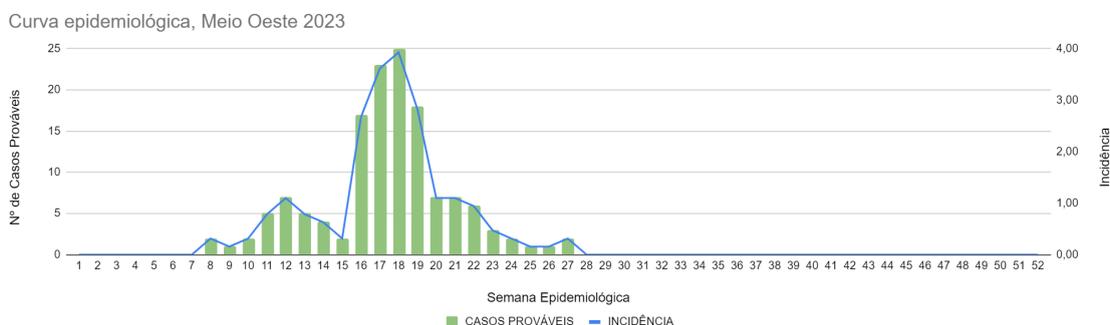
Macrorregião o Meio Oeste	MM		MTBC		MB		MNE		MV		MOE		MP	
	incidência	letalidade												
Meio Oeste	0	0	0	0	0	0	1,03	0	2,06	0	0	0	0,51	100
Alto Vale Rio do Peixe	0	0	0,34	100	1,04	0	0,69	50	0	0	0	0	0,34	0
Alto Uruguai Catarinense	1,29	0	0	0	0	0	1,29	0	1,29	0	0,64	0	1,29	50

Fonte: SINAN. Dados coletados até a semana epidemiológica 52. *dados sujeitos a alteração. DM: Doença meningocócica MTBC: Meningite tuberculosa MB: Meningite outras bactérias MNE: Meningite não especificada MV: Meningite viral MOE: Meningite por outras etiologias MH: Meningite por hemófilo MP: Meningite pneumocócica

- Casos de Dengue por Semana Epidemiológica do Início dos Sintomas

Na Macrorregião do Meio Oeste, foram registrados 140 casos prováveis, o que representa uma incidência acumulada de 22,02 casos por 100 mil habitantes (Figura abaixo; Quadro abaixo). Nesta Macrorregião, a SE 18 apresentou o maior número de casos prováveis de dengue. A Região do Alto Uruguai Catarinense obteve a maior incidência de casos, com registro de 86,53 casos por 100 mil habitantes.

Figura 36 - Casos prováveis e incidência por semana epidemiológica, Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2022.

Quadro 26 - Relação de casos prováveis e incidência acumulada de casos para a Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, 2023.

Região	Casos	Incidência
Macrorregião Meio Oeste	140	22,02
Região Meio Oeste	8	4,12
Região Alto Vale Rio do Peixe	7	2,35
Região Alto Uruguai Catarinense	125	86,53

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2022.

4.1.3 Óbitos Confirmados de Dengue, e Investigação, Segundo Semana Epidemiológica da Doença.

Na Macrorregião Meio Oeste foi confirmado 01 óbito e a letalidade geral foi de 0,71% (Quadro abaixo).

Quadro 27 - Relação de óbitos e letalidade para a Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, 2023.

Região	Óbitos	Letalidade
Macrorregião Meio Oeste	1	0,71
Região Meio Oeste	0	0,00
Região Alto Vale Rio do Peixe	0	0,00
Região Alto Uruguai Catarinense	1	0,80

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

- Número de Coletas Oportunas de Vísceras em PoliPNH

A Macrorregião de Saúde do Meio Oeste notificou apenas 1 epizootia em PNH no ano de 2023 no município de Água Doce, Região de Saúde do Meio Oeste, porém, não houve coleta (0%).

- Número de Notificações de Epizootias de PNH e Casos Confirmados para Febre Amarela

Foi notificada apenas uma epizootia em PNH e não sendo possível realizar a coleta, não foi possível concluir se o animal estava ou não com o vírus amarílico.

- Total de Casos Humanos Suspeitos de Febre Amarela Notificados e Confirmados

Foi notificado apenas um caso humano suspeito de Febre Amarela na Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe no município de Caçador, sendo este descartado para a presença da doença.

- Número de Casos, Óbitos e Letalidade de SRAG por Influenza

A vigilância da influenza é composta pela vigilância universal dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos, além de uma rede formada por Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal (SG).

A vigilância de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos por SRAG e, tem como objetivo identificar o comportamento do vírus e o perfil epidemiológico da síndrome no país. A partir da pandemia de COVID-19, a vigilância de SRAG passou a ter caráter universal, ou seja, todos os casos de SRAG internados/óbitos deverão ser obrigatoriamente notificados.

Ao analisarmos os dados de influenza por Macrorregião de Saúde, registrados no SIVEP-GRIPE em 2023, observamos um total de 637 casos de SRAG por influenza. Destes, 46 casos resultaram em óbito.

A Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, pertencente à Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, registrou 08 casos de influenza com 01 óbito, resultando

em uma letalidade de 12,5%. Na Região de Saúde do Meio Oeste foram registrados 8 casos sem óbitos, já na Região do alto vale do Rio do Peixe foram registrados 10 casos com 1 óbito resultando em uma letalidade de 10% (quadro abaixo).

Quadro 28 - Número de casos, óbitos e letalidade de SRAG por Influenza, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde do Meio Oeste. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião de Saúde de Meio Oeste	ANO		
	2023		
	Casos	Óbitos	Letalidade (%)
Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense	8	1	12,5
Região de Saúde do Meio Oeste	8	0	0
Região do Alto Vale do Rio do Peixe	10	1	10,0

Fonte: SIVEP-Gripe. Dados coletados até a semana epidemiológica 52. *dados sujeitos a alteração.

- Número de Casos Confirmados de COVID-19

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca. Outros sintomas menos comuns e que podem afetar alguns pacientes são: perda de paladar ou olfato, congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, dor de cabeça, dores nos músculos ou juntas, diferentes tipos de erupção cutânea, náusea ou vômito, diarreia, calafrios ou tonturas.

Em 26 de novembro de 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a variante B.1.1.529 da COVID-19 como uma variante de preocupação, nomeada Ômicron. Esta variante é caracterizada por um elevado número de mutações, algumas das quais geram preocupação devido ao seu potencial impacto na transmissibilidade, na eficácia das vacinas e nos tratamentos. Além da Ômicron, outras variantes de preocupação já haviam circulado globalmente, incluindo Alfa, Beta, Gama e Delta.

A análise dos dados do período de 2020 (início da transmissão da doença) até 2023 mostra o maior pico de transmissão entre as primeiras semanas de 2022, com a variante Ômicron, resultando em um rápido aumento na transmissão. Em

fevereiro de 2022, os casos diminuíram rapidamente, com novos picos em abril e novembro devido à sublinhagem BQ.1.1.

Em 2023, os casos estabilizaram em níveis mais baixos que os anos anteriores, porém, ao avaliarmos o número de casos e óbitos registrados no sistema SIVEP-Gripe para COVID-19, observa-se que o vírus ainda circulava com alta incidência nas macrorregiões catarinenses.

Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, a Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe registrou 119 casos e 14 óbitos, resultando em 11,8% de letalidade. Já na Região de Saúde Meio Oeste foram registrados 90 casos de COVID-19 e 11 óbitos, sendo a letalidade de 12,2%.

Na Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense, apesar do menor número de casos (11) e óbitos (02), a letalidade foi de 18,2% (Quadro abaixo).

Quadro 29 - Número de casos, óbitos e letalidade de SRAG por COVID-19, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde do Meio Oeste. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião de Saúde Meio Oeste	Casos	Óbitos	Letalidade (%)
Meio Oeste	90	11	12,2
Alto Vale Rio do Peixe	119	14	11,8
Alto Uruguai Catarinense	11	2	18,2

Fonte: SIVEP-Gripe. Dados coletados até a semana epidemiológica 52. *dados sujeitos a alteração.

- **Número de Acidentes por Animais Peçonhentos**

Na Macrorregião Meio Oeste, com uma população total de 635.924 habitantes, foram registrados 1.969 acidentes envolvendo animais peçonhentos. Desses, 62 casos foram acidentes com serpentes, enquanto 1.312 casos envolveram aranhas, que representam o maior número de registros na macrorregião. Além disso, houve 282 casos de acidentes com escorpiões, 102 casos relacionados a lagartas, 163 acidentes causados por abelhas e 48 acidentes atribuídos a outros tipos de animais peçonhentos.

Na Região de Saúde do Meio Oeste, que possui uma população de 193.657 habitantes, o total de acidentes registrados foi de 557 casos. Desses, 37 casos foram relacionados a serpentes e 328 acidentes envolveram aranhas, o maior número de registros nesta região. Também foram registrados 113 acidentes causados por escorpiões, 19 casos envolvendo lagartas, 43 acidentes com abelhas e 17 casos causados por outros tipos de animais peçonhentos.

Já a Região de Saúde do Alto Vale Rio do Peixe, com uma população de 287.459 habitantes, apresentou um total de 893 acidentes com animais peçonhentos. Destacam-se 649 casos envolvendo aranhas, que representam a maioria dos registros na região. Além disso, houveram 18 acidentes com serpentes, 126 casos com escorpiões, 33 acidentes envolvendo lagartas, 50 casos de acidentes com abelhas e 17 acidentes causados por outros tipos de animais peçonhentos.

Por fim, a Região do Alto Uruguai Catarinense, com uma população de 154.808 habitantes, registrou 519 acidentes com animais peçonhentos. O maior número de casos foi de acidentes com aranhas, totalizando 335 ocorrências. Além disso, foram relatados 7 casos de acidentes com serpentes, 43 com escorpiões, 50 com lagartas, 70 casos envolvendo abelhas e 14 acidentes atribuídos a outros animais peçonhentos.

Esses números mostram a predominância de acidentes com aranhas em todas as Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, sendo a principal causa de acidentes com animais peçonhentos, seguida por acidentes com escorpiões e serpentes.

- Número de Casos, Incidência (por 100.000 hab.) e Letalidade de Leptospirose

A Macrorregião do Meio Oeste, registrou 13 casos com incidência geral em 2 casos por 100 mil hab e letalidade de 7,7%. Nas Regiões do Meio Oeste com 2 casos e a incidência 1,03 casos por 100 mil habitantes e do Alto Vale do Rio do Peixe, 4 casos (1,39 casos por 100 mil hab) foram baixas comparadas com as outras regiões de saúde, não houve óbitos nessas 2 regiões. Já na Região do Alto Uruguai Catarinense com 7 casos, a incidência foi maior, 4,52 casos por 100 mil hab, registrou 1 óbito com a letalidade em 14,3%.

- Número de Casos Suspeitos Notificados de Transmissão Hídrica e Alimentar

As Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) são uma importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo transmitidas pela ingestão de água e/ou alimentos contaminados. Dentre os agentes etiológicos estão

os vírus, parasitas, príons, bactérias e suas toxinas. Também podem ser causadas por toxinas naturais de plantas e fungos e substâncias químicas.

A Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (VE-DTHA) em Santa Catarina é composta pelas seguintes doenças: botulismo, cólera, doença de creutzfeldt-jakob (dcj), febre tifóide, notificação em unidades sentinelas das doenças diarreicas agudas (dda), rotavírus em menores de 5 anos, surtos de dtha/dda.

- Doenças Diarréicas Agudas

No ano de 2023, as unidades sentinelas da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste registraram 27.079 atendimentos de Doenças Diarréicas Agudas (DDA). Desses, a Região de Saúde do Alto Vale do Peixe foi responsável por 44,89% dos atendimentos (Quadro abaixo).

Quadro 30 - Distribuição dos casos de DDA, Macrorregião de Saúde do Meio Oeste - Santa Catarina, 2023.

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	Casos DDA 2023- Unidades Sentinela		
	Alto Uruguai Catarinense	Meio Oeste	Alto Vale do Rio do Peixe
Regiões de Saúde	7008	7913	12158

Fonte: SINAN NET, acessado em 12/09/2024. Dados sujeitos a alterações.

- Surtos de DTHA e notificações individuais SINAN

Os surtos de Doenças Transmitidas por Água e Alimentos (DTHA) são identificados quando duas ou mais pessoas apresentam sinais e sintomas semelhantes após a ingestão de alimentos e/ou água de uma mesma origem, geralmente em um local comum. No caso de doenças de alta gravidade, como botulismo e cólera, a confirmação de um único caso já é suficiente para caracterizar um surto.

A subnotificação ou notificação tardia de DTHA é uma questão que precisa ser constantemente avaliada. Em 2023, as regiões de saúde do Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste e Alto Vale do Peixe registraram um total de 13 notificações de DTHA. Dessas, seis foram relacionadas a surtos de DTHA, três casos suspeitos de Rotavírus, um de Botulismo e três de DCJ. Não foram notificados casos suspeitos de Cólera ou Febre tifóide na macrorregião (Quadro a seguir).

Em relação à investigação de surtos, é necessário intensificar os esforços para sensibilizar e incentivar a notificação e investigação em tempo oportuno. Ações periódicas de educação e sensibilização dos serviços de saúde são essenciais para garantir a implantação de medidas de controle efetivas, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e implementar procedimentos de prevenção e controle.

Botulismo, Cólera ou Febre Tifóide são doenças de alta gravidade, e todo caso suspeito requer uma investigação minuciosa para confirmar o enquadramento na definição de caso, possibilitando a implementação imediata de medidas de controle. Cabe ressaltar que o Estado não possui registro de incidência desses agravos.

A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), por sua vez, é um agravo que, quando notificado, geralmente é encerrado como caso provável, devido à necessidade de uma série de exames para confirmação. Um fator agravante é a ausência de um laboratório na rede capaz de realizar o exame confirmatório por meio de necropsia. Foram notificados um caso suspeito de DCJ na em cada região de saúde da Macrorregião do Meio Oeste (Quadro a seguir).

Por fim, a vigilância de rotavírus é realizada em crianças menores de 5 anos. Essa vigilância é essencial para identificar surtos, acompanhar a circulação do vírus, cenário de vacinação e orientar as ações de controle e prevenção, como a vacinação.

Quadro 31 - Número de casos notificados de DTHA, por agravo, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, 2023.

Macrorregião de Saúde do Meio Oeste	Casos Suspeitos 2023
Alto Uruguai Catarinense	
Botulismo	0
Cólera	0
DCJ	1
Febre Tifóide	0
Rotavírus	3
Surto DTHA	2
Meio Oeste	
Botulismo	1
Cólera	0
DCJ	1
Febre Tifóide	0
Rotavírus	0
Surto DTHA	2
Alto Vale do Rio do Peixe	
Botulismo	0
Cólera	0
DCJ	1

Febre Tifóide	0
Rotavírus	0
Surto DTHA	2
Total	13

Fonte: SINAN NET, acessado em 12/09/2024. Dados sujeitos a alterações.

- **Cenário de vacinação**

A vacina é o único meio para interromper a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis, porém, isso só se torna possível se as coberturas vacinais (CV) alcançarem os valores preconizados e homogêneos para todos os grupos da população (BRASIL, 2013). A CV pode ser entendida como a proporção de indivíduos imunizados (que receberam o esquema completo da vacina em análise) em relação àqueles que compõem o grupo de determinado local e faixa etária. É considerado esquema completo quando a aplicação da vacina ocorre nas idades corretas e com os intervalos preconizados (BRASIL, 2014).

A avaliação e o monitoramento da administração das vacinas é realizado por meio da Vigilância das Coberturas Vacinais (VCV), começando nos estabelecimentos de saúde e gerando dados sobre as doses aplicadas. Essas informações são utilizadas para produzir indicadores que conduzem as ações de vacinação em todo o SUS (BRASIL, 2022). O monitoramento das CV é uma atividade de rotina na esfera de gestão dos diferentes níveis de gestão (TEIXEIRA; ROCHA, 2010).

Nesta análise, apresentamos a cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil destinadas a crianças menores de 1 ano e com 1 ano de idade na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, abrangendo as Regiões correspondentes (Região Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste e Alto Vale do Rio do Peixe) em 2023. As metas de cobertura variam de acordo com o imunobiológico sendo estabelecidas em 95% para as vacinas: Pentavalente, Meningo C, Pólio Inativada, Pneumo 10, Tríplice Viral e Febre Amarela; de 90% para BCG e Rotavírus.

Na Região Alto Uruguai Catarinense, cinco vacinas alcançaram a meta de cobertura vacinal: a BCG (100,90%), Rotavírus (95,06%), Meningo C (98,35%), Tríplice Viral (107,98%) e Hepatite A (96,76%). A região Meio Oeste só não alcançou a cobertura vacinal na vacina da Febre Amarela (90,34%) e o Alto Vale do Rio do Peixe na vacina Meningo C (103,25%) (Quadro a seguir).

Quadro 32 - Cobertura Vacinal em crianças menores de 1 ano e 1 ano, Região Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste e Alto Vale do Rio do Peixe, 2023.

Vacina	Alto Uruguai Catarinense	Meio Oeste	Alto Vale do Rio do Peixe
BCG	100,90%	101,25%	88,57%
Rotavírus	95,06%	97,66%	88,65%
Pentavalente	93,36%	96,85%	86,70%
Pneumo 10	94,56%	99,18%	90,17%
Pólio inativada	93,66%	96,92%	86,82%
Meningo C	98,35%	106,23%	103,25%
Tríplice Viral	107,98%	114,95%	93,99%
Hepatite A	96,76%	98,25%	85,96%
Febre Amarela	86,68%	90,34%	78,19%

Fonte: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html <http://sipni.datasus.gov.br> . Pesquisa realizada em 05/09/2024

Para a Macrorregião Meio Oeste, que comporta as regiões anteriormente citadas, no ano de 2023 as vacinas que alcançaram a meta preconizada foram: BCG (95,09%), Rotavírus (92,75%), Meningo C (103,01%) e Tríplice Viral (103,31%) (Quadro a seguir).

Quadro 33 - Cobertura Vacinal em crianças menores de 1 ano e 1 ano, Macrorregião do Meio Oeste, 2023.

VACINA	2023
BCG	95,09%
Rotavírus	92,75%
Pentavalente	91,19%
Pneumo 10	93,81%
Polio inativada	91,33%
Meningo C	103,01%
Tríplice Viral	103,31%
Hepatite A	92,02%
Febre Amarela	83,68%

Fonte: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html <http://sipni.datasus.gov.br> . Pesquisa realizada em 05/09/2024

- Surtos de DTHA e notificações individuais SINAN

Os surtos de Doenças Transmitidas por Água e Alimentos (DTHA) são identificados quando duas ou mais pessoas apresentam sinais e sintomas

semelhantes após a ingestão de alimentos e/ou água de uma mesma origem, geralmente em um local comum. No caso de doenças de alta gravidade, como botulismo e cólera, a confirmação de um único caso já é suficiente para caracterizar um surto.

A subnotificação ou notificação tardia de DTHA é uma questão que precisa ser constantemente avaliada. Em 2023, as regiões de saúde do Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste e Alto Vale do Peixe registraram um total de 13 notificações de DTHA. Dessas, seis foram relacionadas a surtos de DTHA, três casos suspeitos de Rotavírus, um de Botulismo e três de DCJ. Não foram notificados casos suspeitos de Cólera ou Febre tifóide na macrorregião (Quadro sobre casos suspeitos demonstrado anteriormente)..

Em relação à investigação de surtos, é necessário intensificar os esforços para sensibilizar e incentivar a notificação e investigação em tempo oportuno. Ações periódicas de educação e sensibilização dos serviços de saúde são essenciais para garantir a implantação de medidas de controle efetivas, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e implementar procedimentos de prevenção e controle.

Botulismo, Cólera ou Febre Tifóide são doenças de alta gravidade, e todo caso suspeito requer uma investigação minuciosa para confirmar o enquadramento na definição de caso, possibilitando a implementação imediata de medidas de controle. Cabe ressaltar que o Estado não possui registro de incidência desses agravos.

A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), por sua vez, é um agravo que, quando notificado, geralmente é encerrado como caso provável, devido à necessidade de uma série de exames para confirmação. Um fator agravante é a ausência de um laboratório na rede capaz de realizar o exame confirmatório por meio de necropsia.

Por fim, a vigilância de rotavírus é realizada em crianças menores de 5 anos. Essa vigilância é essencial para identificar surtos, acompanhar a circulação do vírus e orientar as ações de controle e prevenção, como a vacinação.

- Cenário de vacinação

A vacina é o único meio para interromper a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis, porém, isso só se torna possível se as coberturas

vacinais (CV) alcançarem os valores preconizados e homogêneos para todos os grupos da população (BRASIL, 2013). A CV pode ser entendida como a proporção de indivíduos imunizados (que receberam o esquema completo da vacina em análise) em relação àqueles que compõem o grupo de determinado local e faixa etária. É considerado esquema completo quando a aplicação da vacina ocorre nas idades corretas e com os intervalos preconizados (BRASIL, 2014).

A avaliação e o monitoramento da administração das vacinas é realizado por meio da Vigilância das Coberturas Vacinais (VCV), começando nos estabelecimentos de saúde e gerando dados sobre as doses aplicadas. Essas informações são utilizadas para produzir indicadores que conduzem as ações de vacinação em todo o SUS (BRASIL, 2022). O monitoramento das CV é uma atividade de rotina na esfera de gestão dos diferentes níveis de gestão (TEIXEIRA; ROCHA, 2010).

Nesta análise, apresentamos a cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil destinadas a crianças menores de 1 ano e com 1 ano de idade na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, abrangendo as Regiões correspondentes (Região Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste e Alto Vale do Rio do Peixe) em 2023. As metas de cobertura variam de acordo com o imunobiológico sendo estabelecidas em 95% para as vacinas: Pentavalente, Meningo C, Pólio Inativada, Pneumo 10, Tríplice Viral e Febre Amarela; de 90% para BCG e Rotavírus.

- Situação das coberturas vacinais em crianças menores de 1 ano e 1 ano, por região de saúde em 2023.

Na Região Alto Uruguai Catarinense, cinco vacinas alcançaram a meta de cobertura vacinal: a BCG (100,90%), Rotavírus (95,06%), Meningo C (98,35%), Tríplice Viral (107,98%) e Hepatite A (96,76%). A região Meio Oeste só não alcançou a cobertura vacinal na vacina da Febre Amarela (90,34%) e o Alto Vale do Rio do Peixe na vacina Meningo C (103,25%) (Quadro a seguir).

Quadro 34 - Cobertura Vacinal em crianças menores de 1 ano e 1 ano, Região Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste e Alto Vale do Rio do Peixe, 2023.

Vacina	Alto Uruguai Catarinense	Meio Oeste	Alto Vale do Rio do Peixe
BCG	100,90%	101,25%	88,57%
Rotavírus	95,06%	97,66%	88,65%
Pentavalente	93,36%	96,85%	86,70%
Pneumo 10	94,56%	99,18%	90,17%
Pólio inativada	93,66%	96,92%	86,82%
Meningo C	98,35%	106,23%	103,25%
Tríplice Viral	107,98%	114,95%	93,99%
Hepatite A	96,76%	98,25%	85,96%
Febre Amarela	86,68%	90,34%	78,19%

Fonte: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html <http://sipni.datasus.gov.br> . Pesquisa realizada em 05/09/2024

Para a Macrorregião Meio Oeste, que comporta as regiões anteriormente citadas, no ano de 2023 as vacinas que alcançaram a meta preconizada foram: BCG (95,09%), Rotavírus (92,75%), Meningo C (103,01%) e Tríplice Viral (103,31%) (Quadro acima).

- 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, o Meio Oeste apresentou uma taxa de ICSAP de 91,87, com os seguintes resultados nas suas respectivas regiões de saúde:

- Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense: 87,02;
- Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe: 100,83;
- Região de Saúde do Meio Oeste: 87,77.

A macrorregião de saúde 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%, confirmados com os resultados a seguir, conforme a região de saúde:

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

Ao analisar a cobertura de saúde bucal estimada na Atenção Básica, por Macrorregião de Saúde, verifica-se que a cobertura está em 51,07%. Sendo que a Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense apresenta a menor proporção com 39,71%. Tornando necessário a ampliação de equipes de saúde bucal para melhor atendimento da população. Acrescenta-se que nessa Macrorregião existem 3 Centros de Especialidades Odontológicas, servindo de referência para 26 municípios e verifica-se que a Região de Saúde do Meio Oeste apresenta um vazio assistencial na saúde bucal ambulatorial especializada.

- Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (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, poderiam 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.

Esses dados são fundamentais para direcionar políticas públicas e ações de melhoria, visando à redução de internações por causas sensíveis à APS, por meio do fortalecimento da prevenção e do acompanhamento contínuo da população em relação às condições crônicas e cuidados preventivos.

- Taxa de Mortalidade (por 100 mil hab.) por Acidente de Transporte Terrestre

Os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) correspondem às lesões causadas pelo trânsito de veículos e pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), eles apresentam uma carga alta de morbimortalidade em todo o mundo. Os meios de transporte motorizados são responsáveis por um total de 15 milhões de mortes e 79,6 milhões de anos de vida saudável perdidos anualmente, conforme publicação recente do Banco Mundial e do Instituto de Métrica em Saúde e Avaliação dos Estados Unidos (BRASIL, 2017).

Esse dado revela a relevância dos acidentes de trânsito como uma das principais causas de morte e reforça a necessidade de políticas públicas voltadas à prevenção de acidentes, à melhoria da segurança viária e ao fortalecimento das ações de educação no trânsito. A alta taxa de mortalidade também sugere a importância de investimentos em infraestrutura de transporte e em campanhas de conscientização para reduzir o número de vítimas.

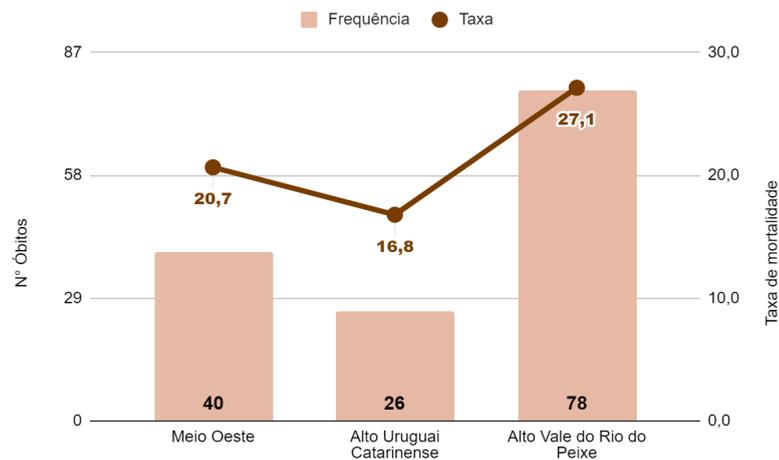
Essas informações oferecem subsídios para gestores e profissionais de saúde atuarem de maneira mais estratégica na redução dos acidentes e na

mitigação das suas consequências, buscando aprimorar a qualidade de vida da população e a segurança nas vias públicas.

Os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), em SC, representam uma das principais causas externas de internações hospitalares e óbitos. Esse cenário acarreta altos custos para a gestão em saúde e para a sociedade como um todo. Diversos fatores estão associados à ocorrência de lesões e mortes no trânsito, como as condições das vias, o aumento da frota de veículos, especialmente motocicletas, o consumo de álcool associado à direção veicular, a não utilização de equipamentos de segurança (como cintos de segurança, capacetes e dispositivos de retenção para crianças), o uso do celular pelo condutor, a alta velocidade e o desrespeito à legislação vigente.

Em 2023, foram registrados 144 óbitos por ATT de residentes da Macrorregião do Meio Oeste de Santa Catarina, sendo a maior taxa de mortalidade de 27,1 óbitos a cada 100 mil habitantes, registrada na região de saúde do Alto Vale do Rio do Peixe; as taxas de 20,7 e 16,8 ocorreram nas regiões do Meio Oeste e Alto Uruguai Catarinense, respectivamente (Figura abaixo).

Figura 37 - Frequência de óbitos e taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre (por 100 mil hab.), por região de saúde. Macrorregião Meio Oeste de Santa Catarina, 2023*.



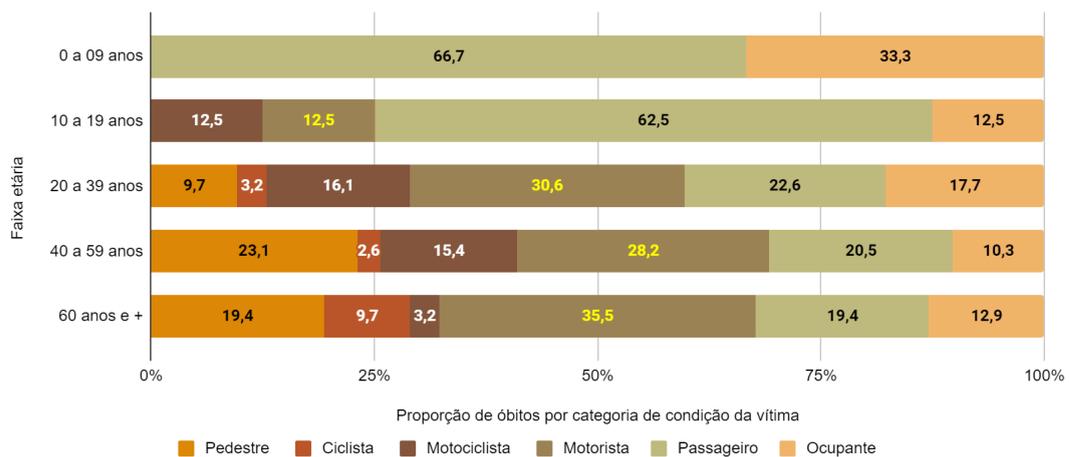
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

O total de óbitos em 2023 por ATT nas regiões Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe foram respectivamente 40, 26 e 78. Na região Meio Oeste as maiores frequências ocorreram em Campos Novos (11 óbitos) e também em Água Doce e Catanduvas (6 óbitos em cada município). Enquanto na

região do Alto Uruguai Catarinense as maiores frequências ocorreram em Concórdia (20 óbitos), Itá (02 óbitos) e Seara (02 óbitos). Já na região do Alto Vale do Rio do Peixe, ocorreram em Videira (15 óbitos) e Curitibanos (14 óbitos).

Na Figura abaixo tem-se a distribuição dos óbitos decorrentes dos ATT na macrorregião Meio Oeste do Estado, de acordo com a faixa etária e com a categoria de condição da vítima no ano de 2023. Os maiores percentuais em cada faixa etária foram: 0 a 9 anos - passageiro (66,7%); 10 a 19 anos - passageiro (62,5%); 20 a 39 anos - motorista (30,6%) e passageiro (22,6%); 40 a 59 anos - motorista (28,2%) e passageiro (20,5); 60 anos e mais - motorista (35,5%) e pedestre e passageiro (19,4% cada modalidade).

Figura 38 - Proporção de óbito por acidente de transporte terrestre por faixa etária e categoria de condição da vítima. Macrorregião Meio Oeste de Santa Catarina, 2023*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Dados preliminares.

Na Região de Saúde do Meio Oeste, os dados obtidos mostram que as mortes relacionadas aos ATT predominaram no público masculino, ocupando 80,0% das mortes (32). As principais causas de morte por ATT para os indivíduos do sexo masculino foram os acidentes com motoristas totalizando 16 óbitos; seguidos dos pedestres e passageiros com 04 óbitos em cada modalidade de transporte. Enquanto para o sexo feminino, foram 04 óbitos de passageiras de veículos, seguidos por acidentes envolvendo motoristas com 02 óbitos e também ciclista e pedestre, resultando em 01 óbito em cada modalidade de transporte.

Na Região do Alto Uruguai Catarinense, as mortes relacionadas aos ATT também foram predominantes entre o público masculino com 76,9% das mortes (20). As principais causas de morte por ATT para os indivíduos do sexo masculino

foram os acidentes com motoristas e passageiros de veículos totalizando 05 óbitos em cada modalidade de transporte; seguidos dos 04 óbitos de pedestres. Para o sexo feminino, a principal causa de mortes foi entre as passageiras (03 óbitos), seguidos por acidentes com motoristas (02 óbitos) e motociclistas (01 óbitos).

Na Região do Alto Vale do Rio do Peixe, as mortes relacionadas aos ATT predominaram no público masculino, com 85,9% das mortes (67). Destacaram-se os motoristas traumatizados em colisão com 16 óbitos. Seguido por passageiro e ocupante de veículos com 14 óbitos em cada modalidade de transporte.

- Doenças Ocupacionais

As doenças ocupacionais representam um importante desafio de saúde pública e têm implicações significativas tanto para os trabalhadores quanto para a economia do estado. Essas doenças são resultantes da exposição a fatores de risco no ambiente de trabalho e podem afetar diversos setores, incluindo a indústria, a agricultura e os serviços.

No ano de 2023, o Estado de Santa Catarina registrou 40.539 casos de agravos relacionados ao trabalho, dos quais 2.167 ocorreram na Macrorregião do Meio Oeste, conforme dados das figuras abaixo.

Figura 39 - No Estado de Santa Catarina:

NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NO ESTADO DE SANTA CATARINA, POR REGIÃO, REFERENTE AO ANO DE 2023										
17 Regiões Not	Acid. Mat. Bio.	Acid. Grave	Câncer Trab.	Derm. Ocupac.	Intox. Exog.	LER/DORT	PAIR	Pneumoc.	Tr.Mental	Total
Extremo Oeste	55	2411	0	4	275	1	0	0	0	2746
Oeste	245	4738	0	3	435	22	1	0	2	5446
Xanxere	110	1568	0	0	282	0	0	0	0	1960
Alto Vale do Itajaí	188	823	52	1	485	12	0	0	0	1561
Foz do Rio Itajaí	331	499	0	0	740	0	0	0	3	1573
Meio Vale do Itajaí	431	1922	0	2	976	4	0	0	3	3338
Grande Florianópolis	846	2758	1	0	1782	3	0	1	13	5404
Meio Oeste	100	204	0	0	224	4	0	0	0	532
Alto Vale Rio do Peixe	172	357	0	0	446	1	0	0	0	976
Alto Uruguai Catarinense	36	451	0	0	172	0	0	0	0	659
Nordeste	357	1164	44	11	983	77	21	5	45	2707
Planalto Norte	156	325	0	0	328	0	0	0	0	809
Serra Catarinense	199	2006	0	0	356	0	0	0	2	2563
Extremo Sul	115	799	0	0	385	0	0	0	0	1299
Carbonífera	358	4782	0	1	1053	1	0	0	0	6195
Laguna	206	237	0	0	540	0	0	0	0	983
Vale do Itapocu	128	1262	0	0	397	1	0	0	0	1788
Total	4033	26306	97	22	9859	126	22	6	68	40539

Fonte: SINAN, 2023.

Figura 40 - Na Macrorregião do Meio Oeste:

NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO, NA MACRORREGIÃO DO MEIO OESTE, REFERENTE AO ANO DE 2023										
17 Regiões Not	Acid. Mat. Bjo.	Acid. Grave	Câncer Trab.	Derm. Ocupac.	Intox. Exóg.	LER/DORT	PAIR	Pneumoc.	T. Mental	Total
Meio Oeste	100	204	0	0	224	4	0	0	0	532
Alto Vale Rio do Peixe	172	357	0	0	446	1	0	0	0	976
Alto Uruguai Catarinense	36	451	0	0	172	0	0	0	0	659
Total	308	1012	0	0	842	5	0	0	0	2167

Fonte: SINAN, 2023.

A prevenção e o controle dessas doenças exigem uma abordagem multidisciplinar, envolvendo trabalhadores, empregadores, sindicatos e órgãos governamentais. A redução dessas doenças não só melhora a qualidade de vida dos trabalhadores, mas também resulta em maior produtividade e redução de custos para as empresas e o sistema de saúde.

4.3 MAPA DOS INSTRUMENTOS DE SAÚDE DIGITADOS NO DigiSUS GESTOR – MÓDULO PLANEJAMENTO (DGMP)

Os instrumentos de gestão do SUS são: Plano de Saúde (PS), Programações Anuais de Saúde (PAS), Relatório de Gestão (RAG), Relatórios dos Quadrimestres Anteriores (RDQA).

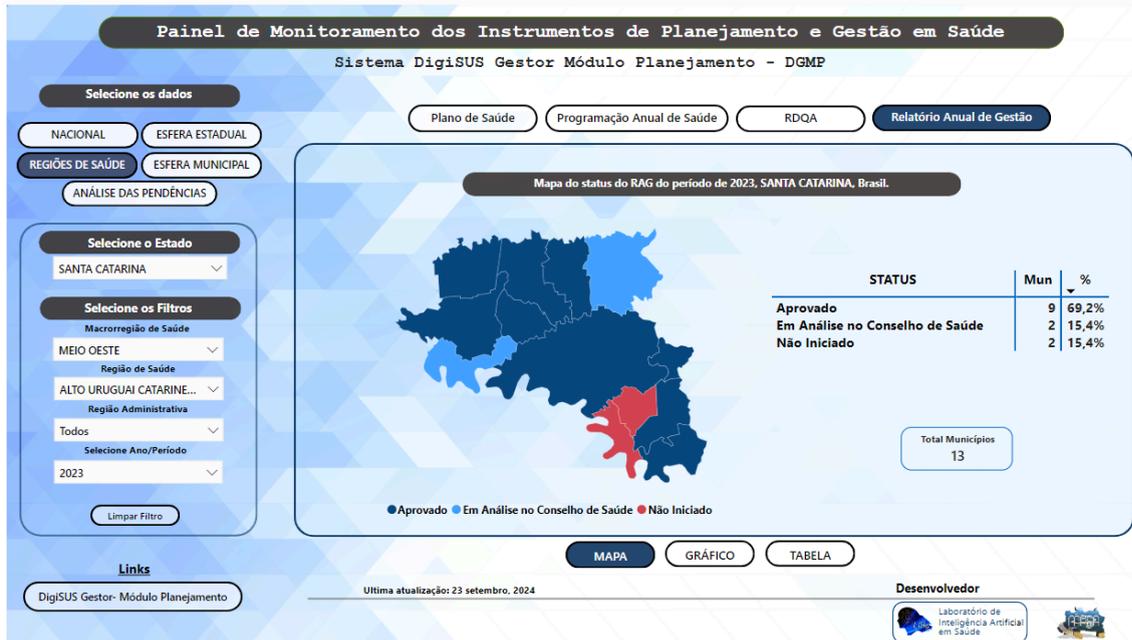
Esses instrumentos são documentos oficiais e obrigatórios para as três esferas de gestão do SUS, e interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento e gestão.

A fim de aperfeiçoar a gestão e trazer transparência das políticas de saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu um sistema de informação digital, o DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Através dele é possível que os entes federados consigam fazer os registros e o monitoramento de dados relacionados aos instrumentos de gestão do SUS.

A seguir ilustra-se o status do registro dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde do SUS no DigiSUS em cada região de saúde e a macrorregião de saúde correspondente.

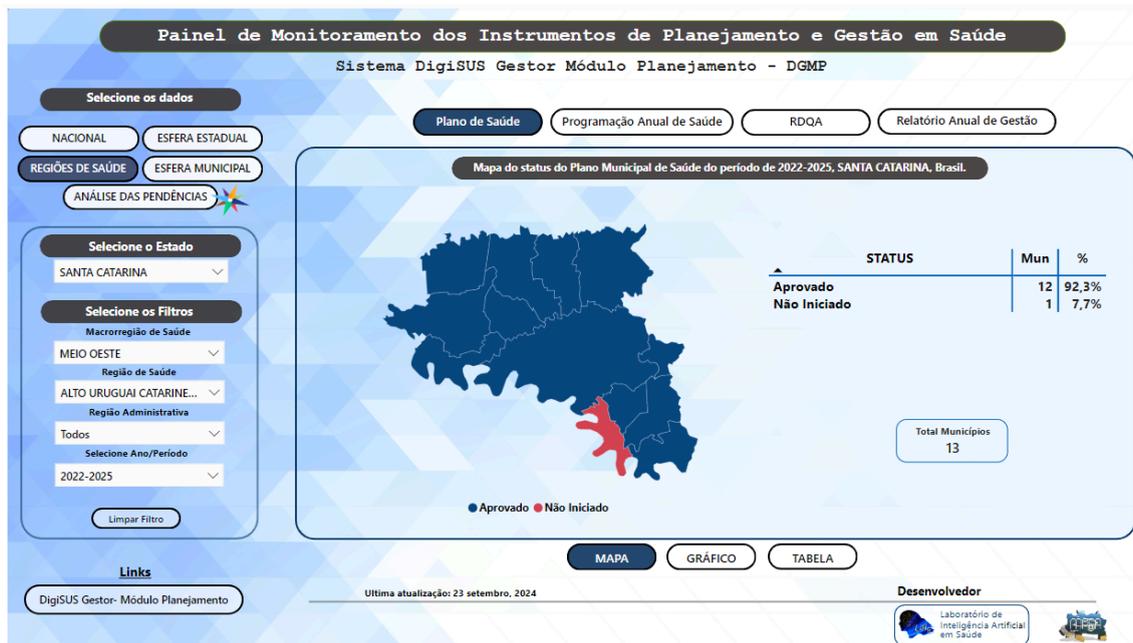
Abaixo seguem informações da Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense.

Figura 41 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Relatório Anual de Gestão da Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense, 2023.



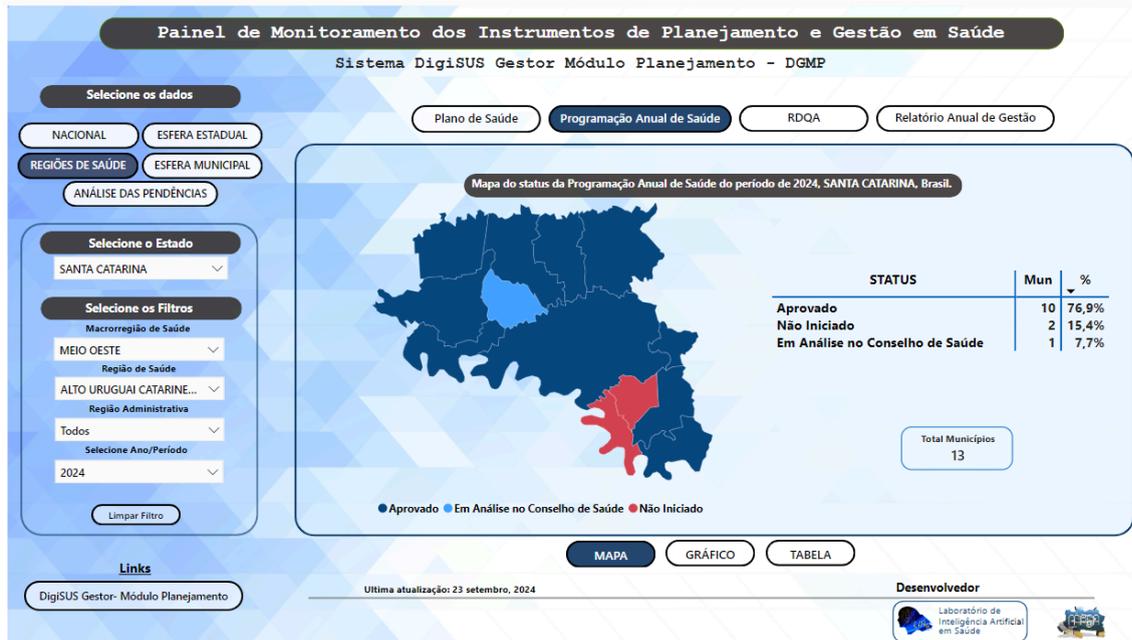
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 42 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Plano de Saúde da Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense, 2022-2025.



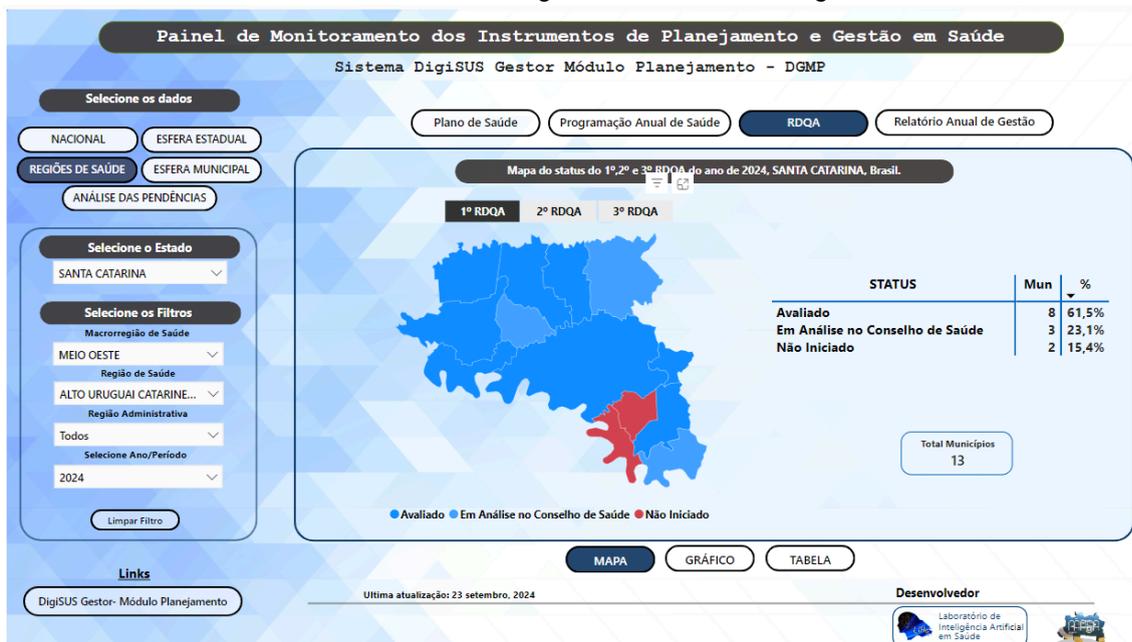
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 43 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde da Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense, 2024.



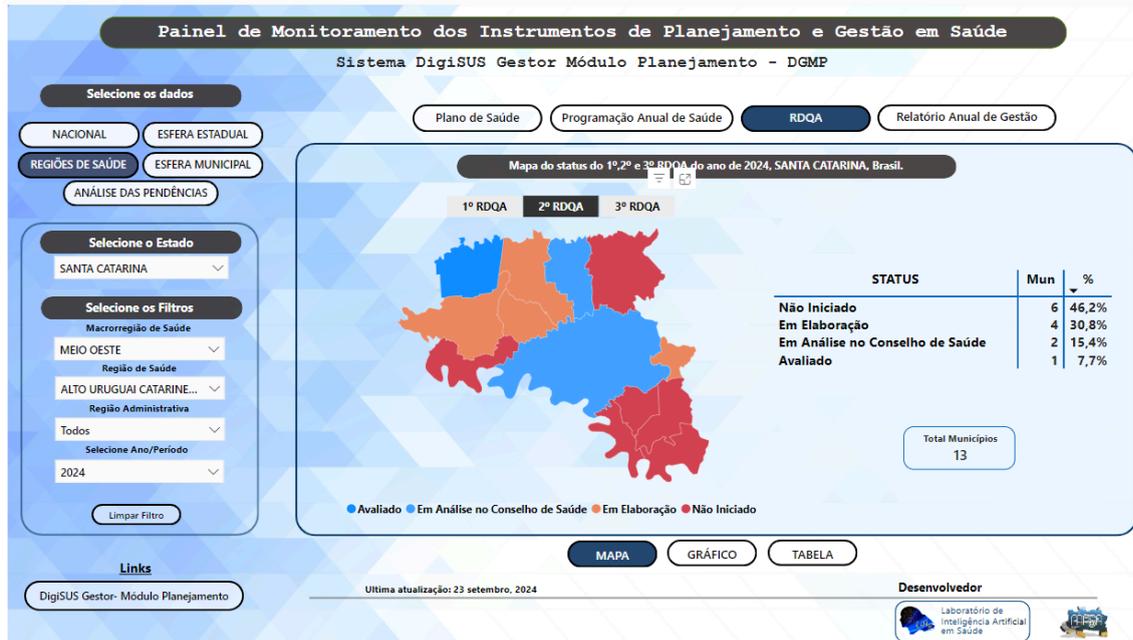
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 44 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense, 2024.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

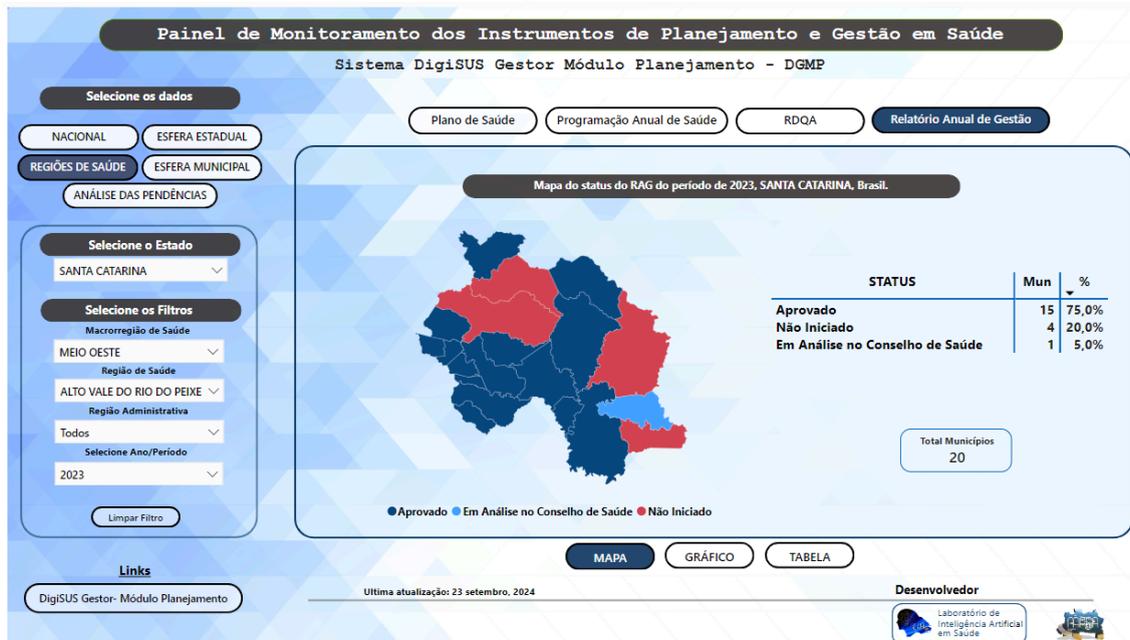
Figura 45 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense, 2024.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasauade.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

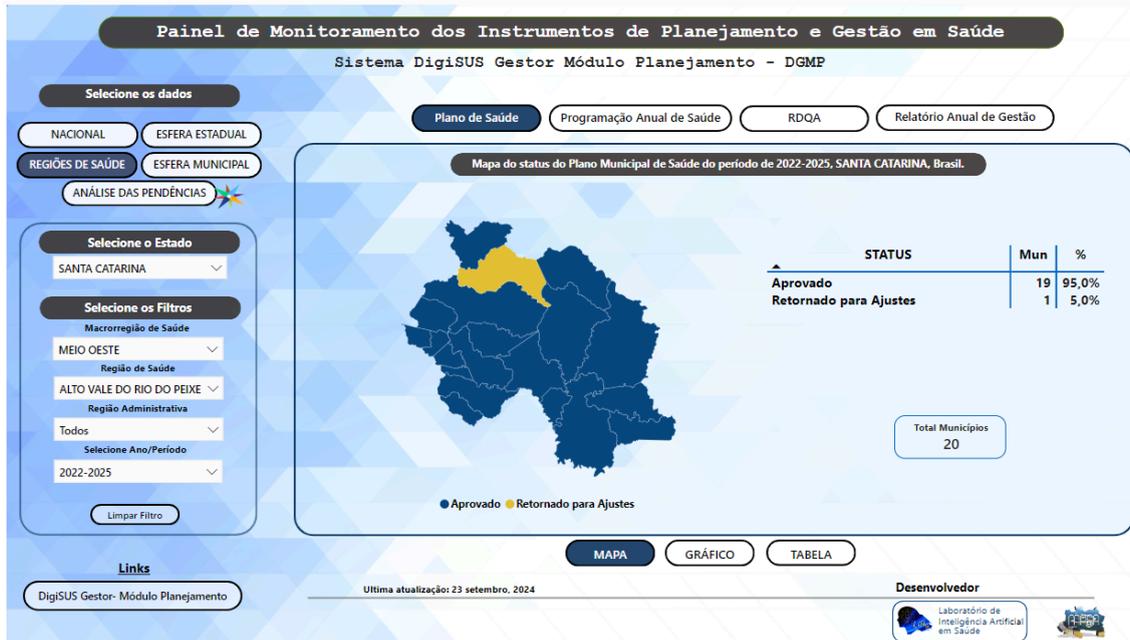
- Abaixo seguem informações da Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe.

Figura 46 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Relatório Anual de Gestão da Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe, 2023.



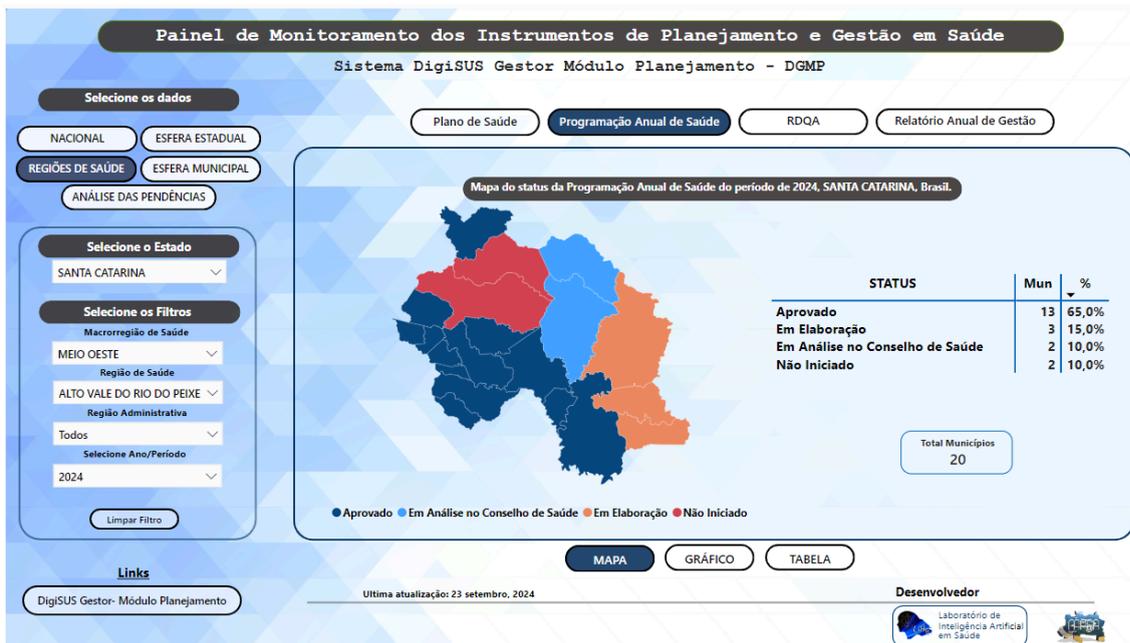
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasauade.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 47- Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Plano de Saúde da Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe, 2022-2025.



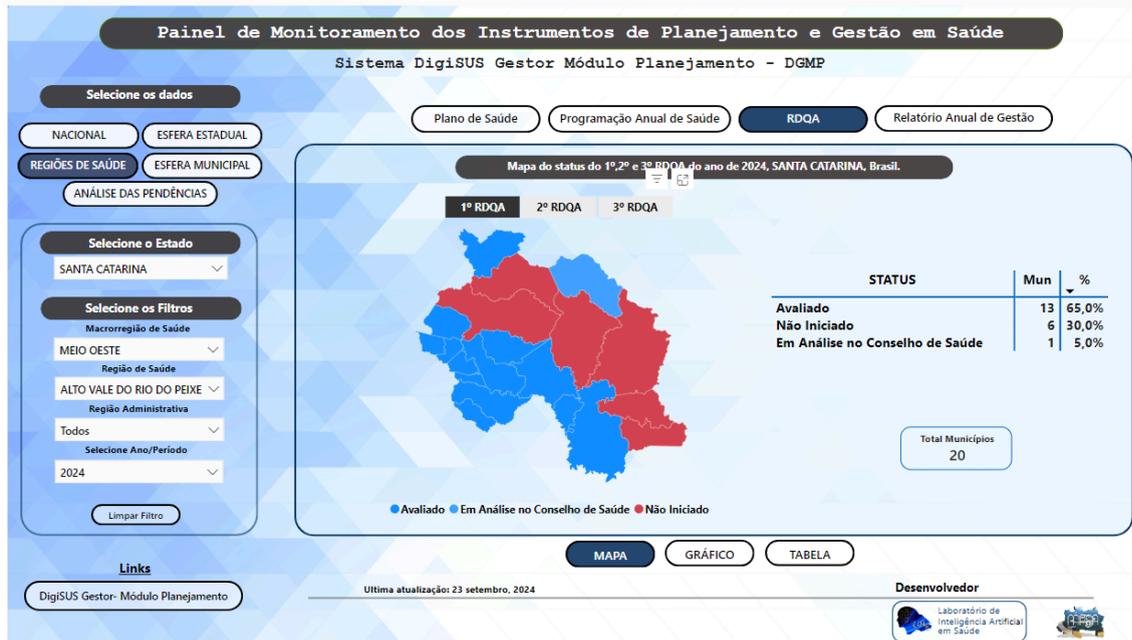
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 48 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde da Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe, 2024.



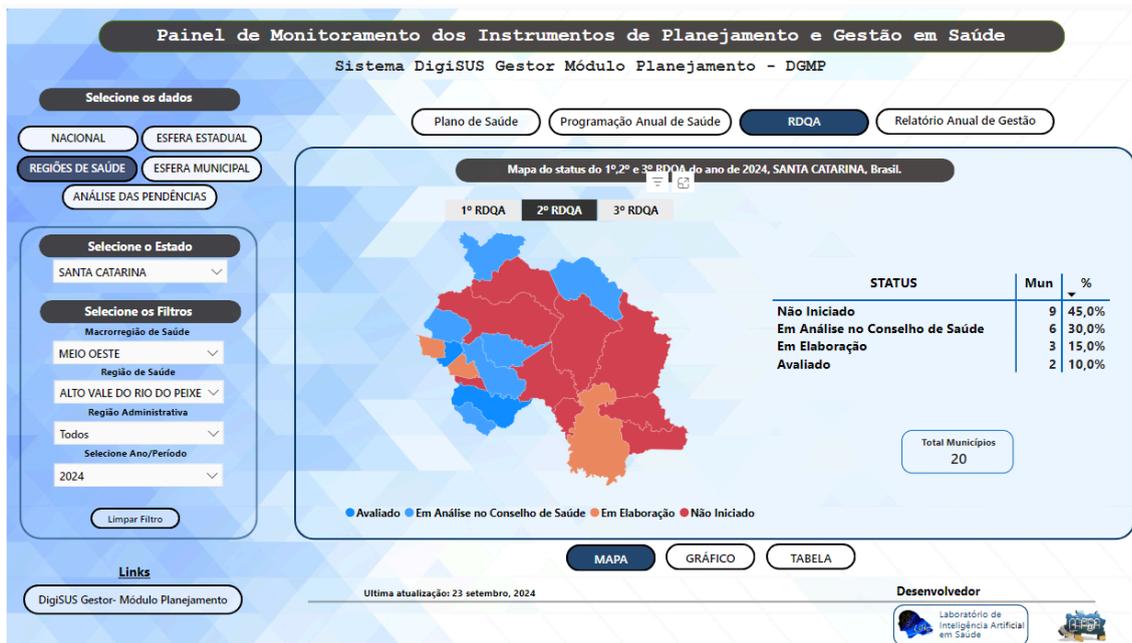
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 49 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe, 2024.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

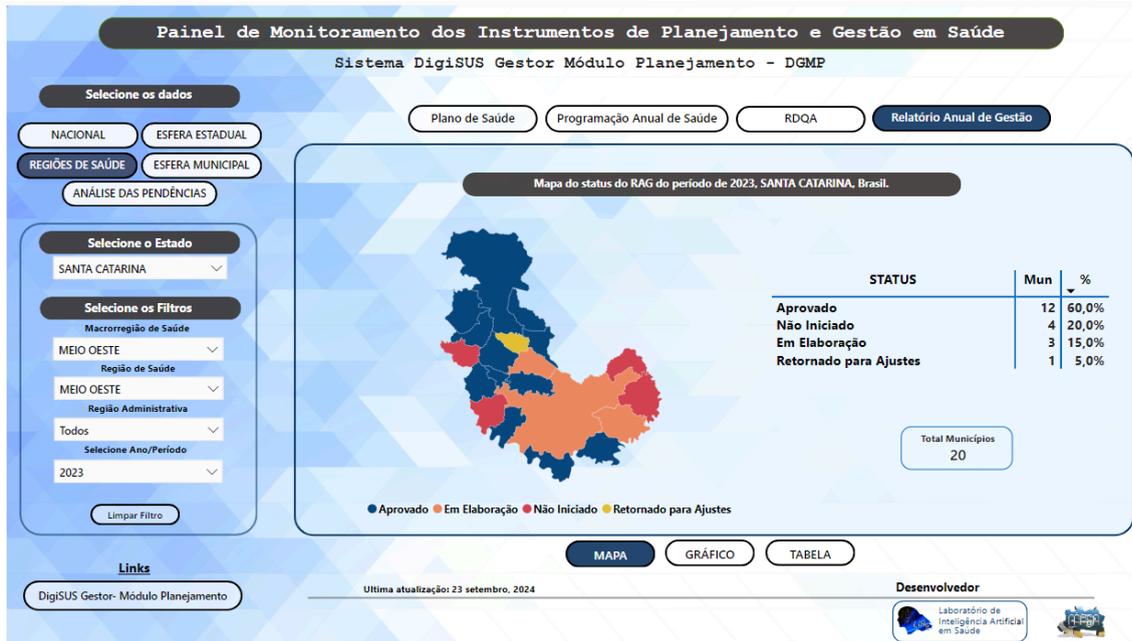
Figura 50 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe, 2024.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

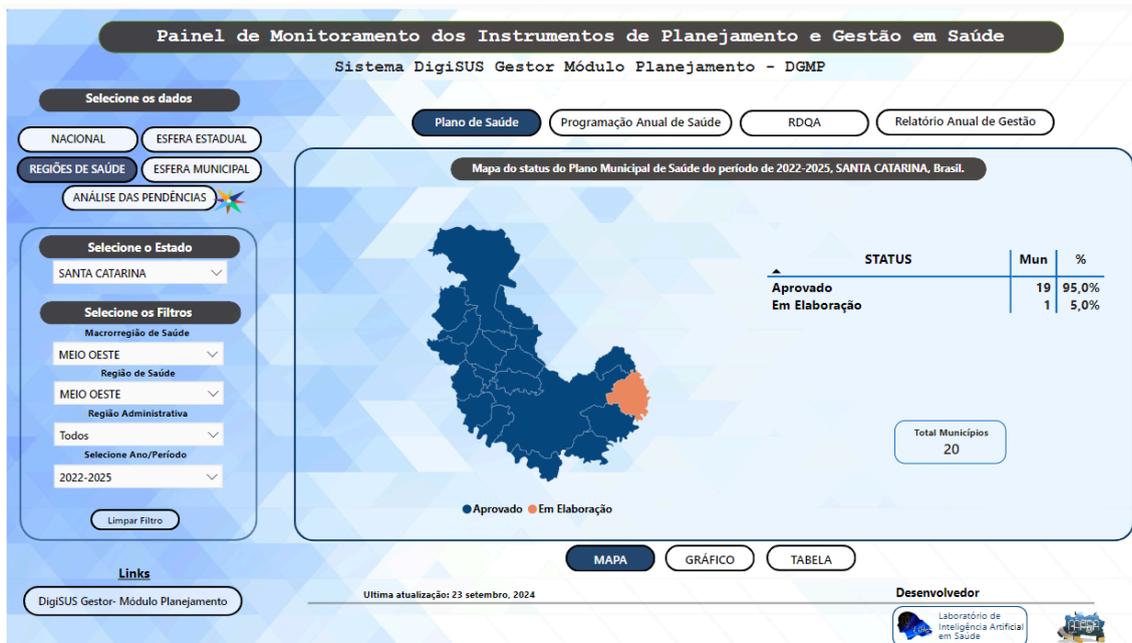
- Abaixo seguem informações da Região de Saúde Meio Oeste.

Figura 51 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Relatório Anual de Gestão da Região de Saúde Meio Oeste, 2023.



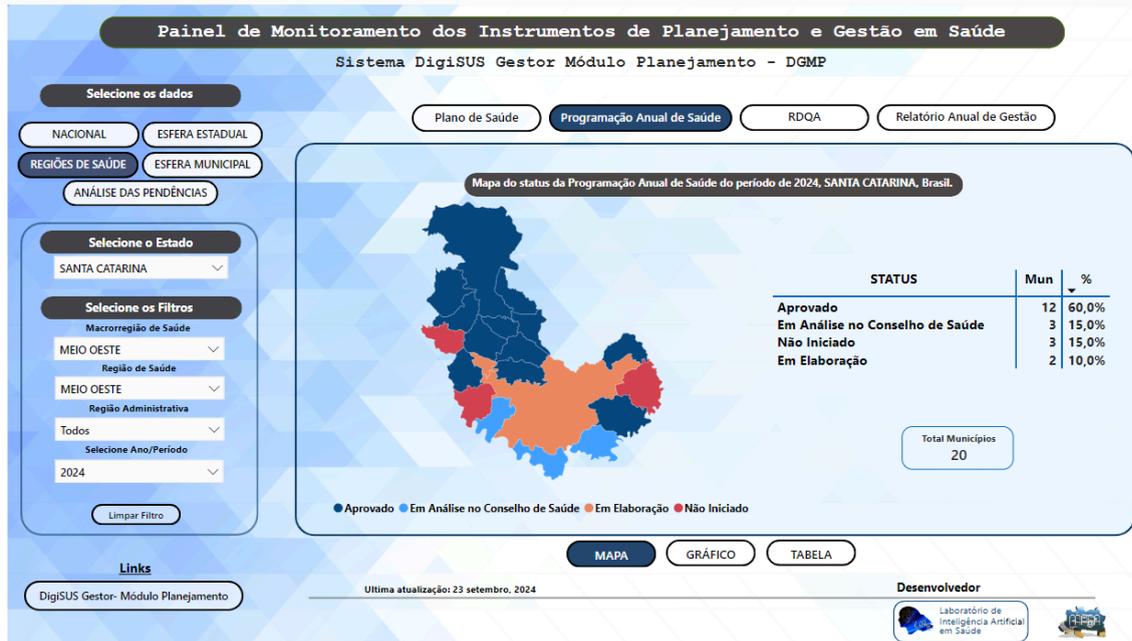
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasauade.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 52 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Plano de Saúde da Região de Saúde Meio Oeste, 2022-2025.



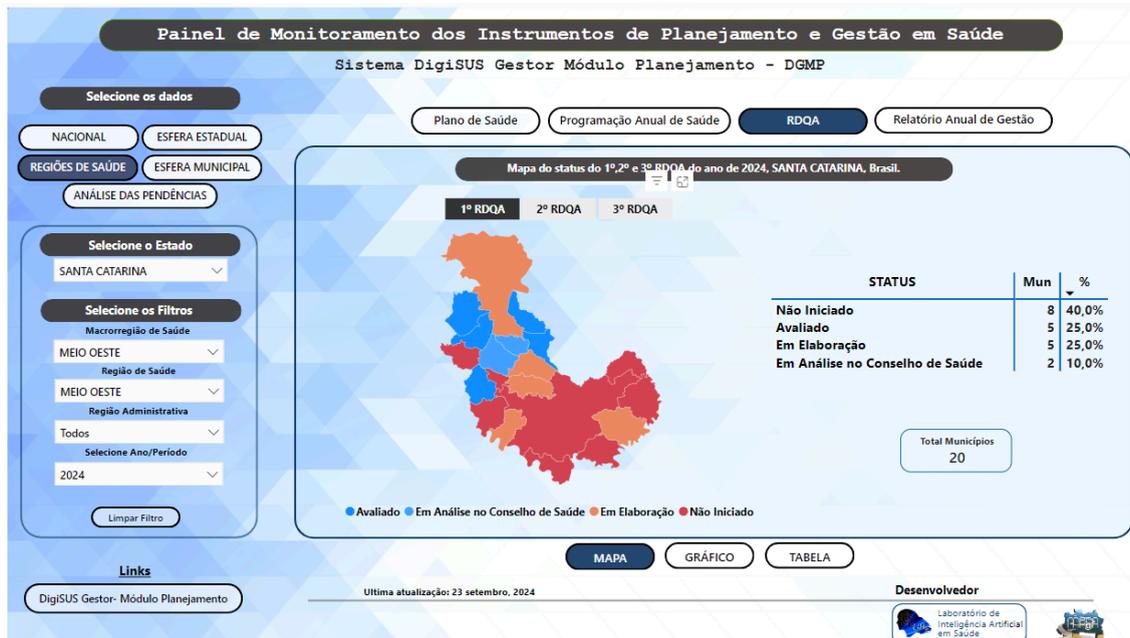
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasauade.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 53 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde da Região de Saúde Meio Oeste, 2024.



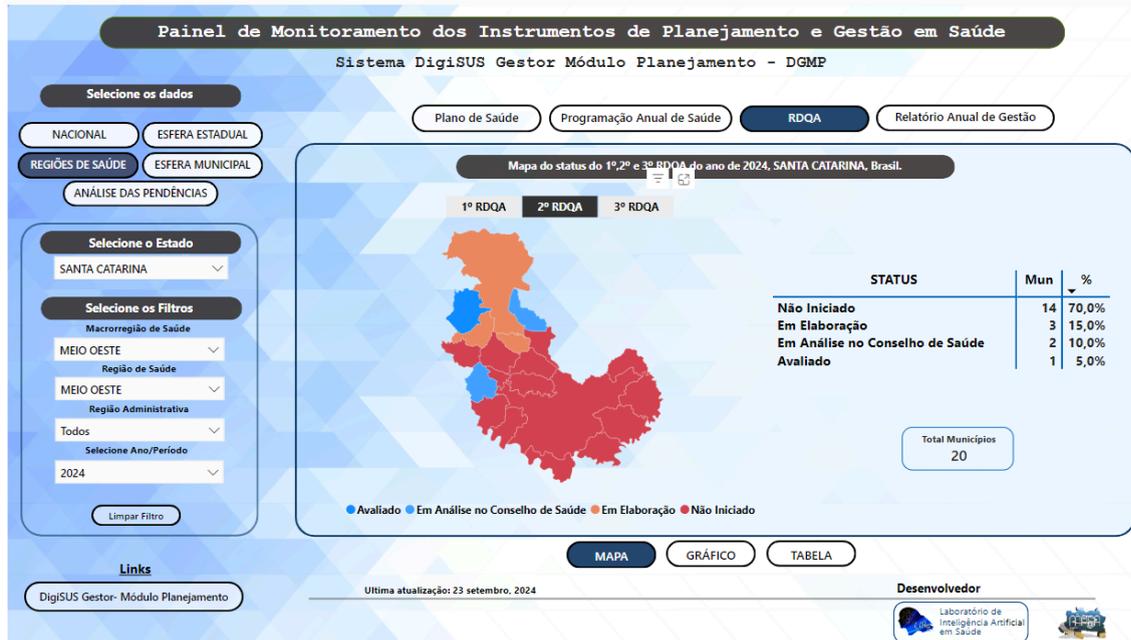
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 54 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região de Saúde Meio Oeste, 2024.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

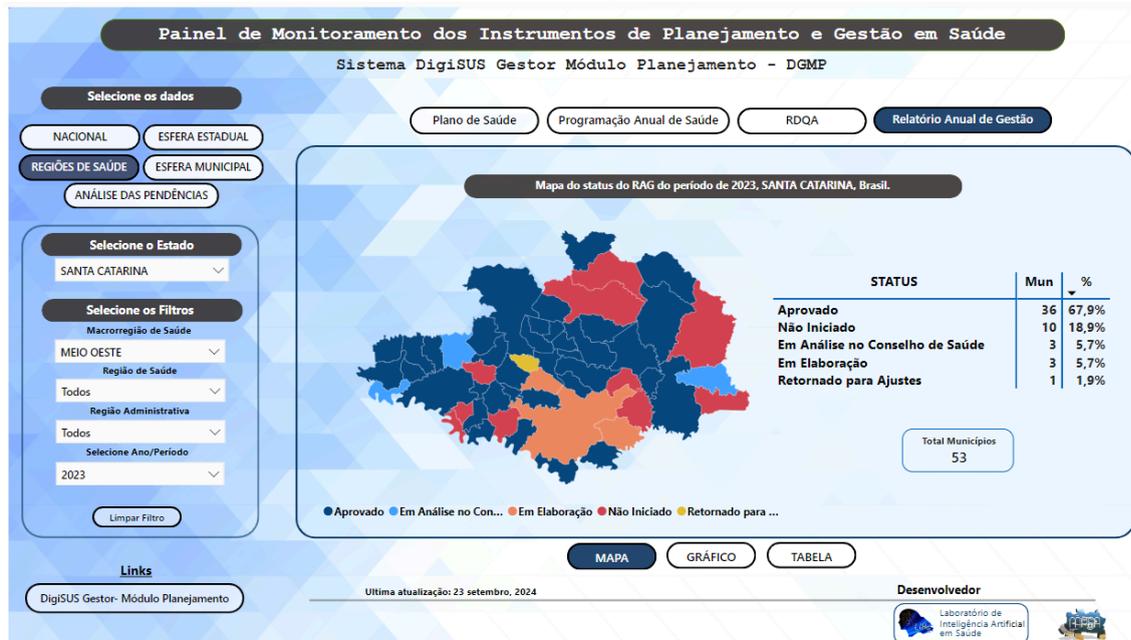
Figura 55 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região de Saúde Meio Oeste, 2024.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

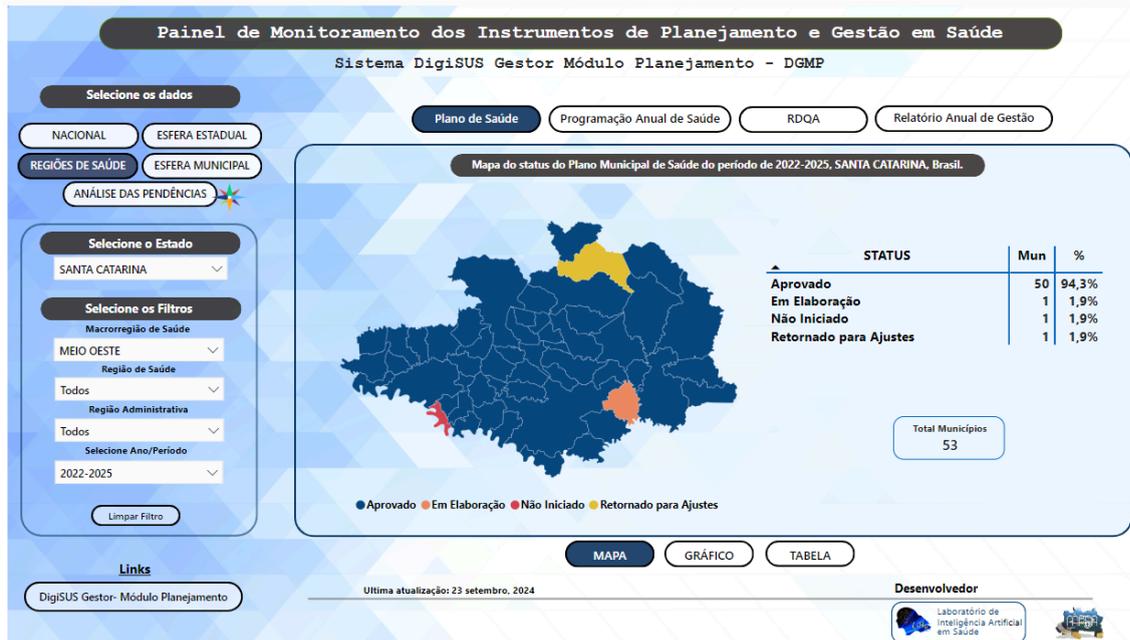
- Abaixo seguem informações da Macrorregião de Saúde Meio Oeste.

Figura 56 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Relatório Anual de Gestão da Macrorregião de Saúde Meio Oeste, 2023.



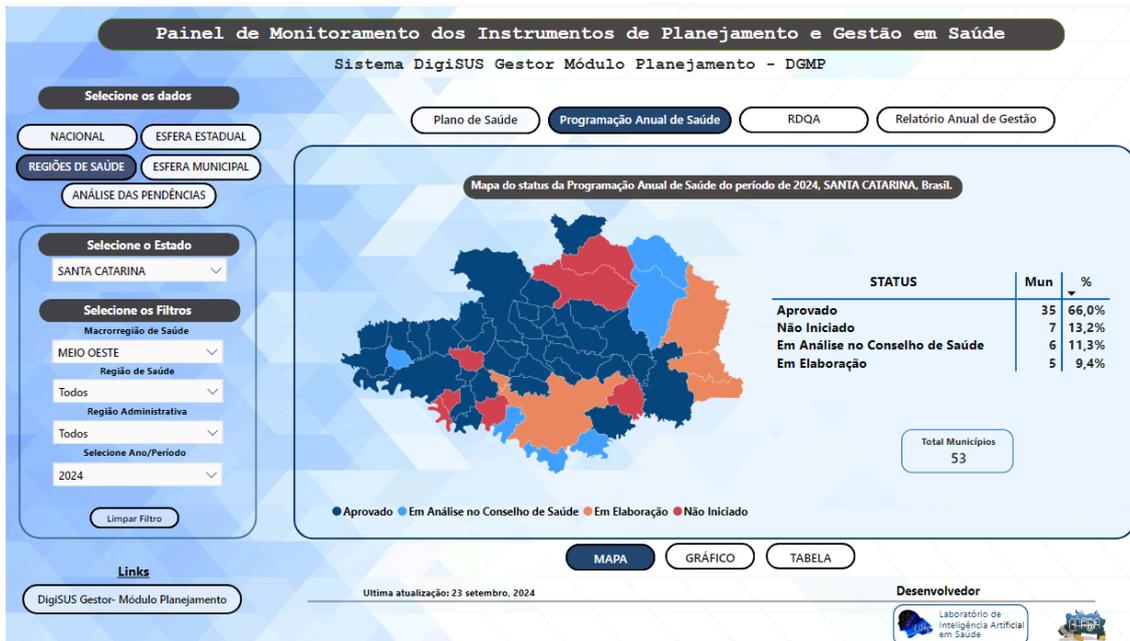
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 57 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Plano de Saúde da Macrorregião de Saúde Meio Oeste, 2022-2025.



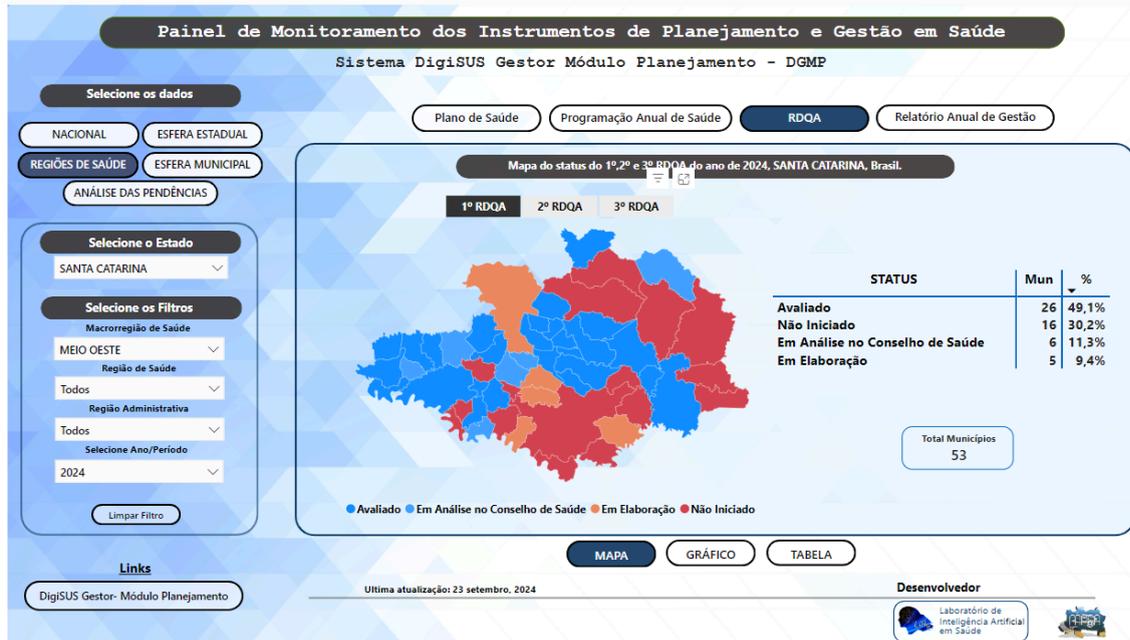
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 58 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde da Macrorregião de Saúde Meio Oeste, 2024.



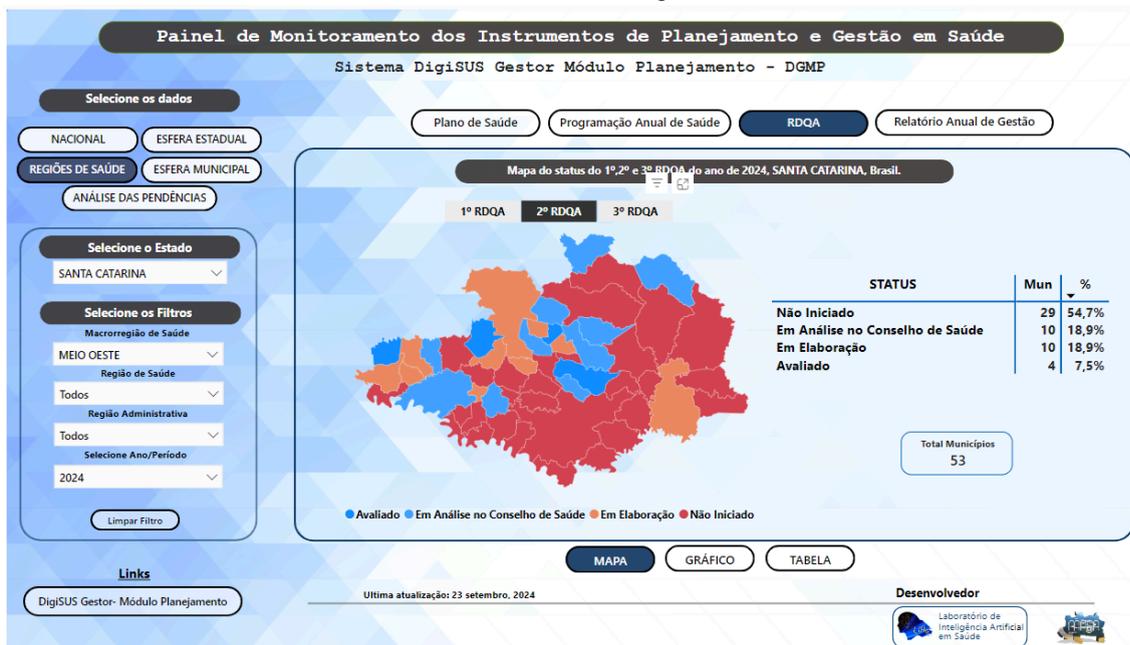
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 59 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior da Macrorregião de Saúde Meio Oeste, 2024.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Figura 60 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior da Macrorregião de Saúde Meio Oeste, 2024.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

Conforme a legislação vigente, Lei 8080/1990 e Lei Complementar 141/2012, os instrumentos de planejamento do SUS está condicionada a cumprimento de prazos:

Quadro 35 - Prazos dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS

Instrumento	Prazo para elaboração e publicação
Plano de Saúde (PMS, PES, PNS)	1º ano de gestão
Programação Anual de Saúde (PAS)	Antes da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do exercício correspondente
Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)	Fevereiro Maio Setembro
Relatório Anual de Gestão (RAG)	30 de março

Fonte: Elaboração GPLAN, 2024.

Por vezes, tais instrumentos foram elaborados e apenas não foram inseridos no DGMP, podendo ser localizados pela gestão em outros sistemas, junto ao Conselho de Saúde ou à Secretaria de Saúde, entre outras possibilidades.

No entanto, o sistema DGMP deve ser, obrigatoriamente, utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios para registro de informações e dos instrumentos referentes ao ano de 2018 em diante (NOTA INFORMATIVA Nº 7/2021-CGFIP/DGIP/SE/MS).

4.4 IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA E VAZIOS ASSISTENCIAIS

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 à manutenção 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.

A coleta dessas informações será integradora na fase de elaboração da análise situacional da saúde, em conformidade com a Resolução CIT nº 37/2018.

4.4.2 Distribuição dos estabelecimentos de Saúde - Dados CNES

A seguir são demonstrados a distribuição dos estabelecimentos de saúde na macrorregião do Meio Oeste, destacando a presença e a quantidade de diferentes tipos de estabelecimentos. São apresentados as Unidades de Pronto Atendimento

(UPAs), hospitais de pequeno, médio e grande porte, além de unidades de pronto atendimento municipal. Essa estrutura desempenha 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.

Quadro 36 - Estabelecimentos de saúde. Santa Catarina, 2024.

Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Gestão	Tipo Estabelecimento	Porte
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	Municipal	Hospital Geral	Médio
Alto Uruguai Catarinense	Lindóia Do Sul	2691876	Hospital Izolde Hubner Dalmora	Estadual	Hospital Geral	Médio
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	Estadual	Hospital Geral	Médio
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	Estadual	Hospital Geral	Médio
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Fraiburgo	7274351	Associação Fraiburguense De Saúde Coletiva Afsc	Estadual	Hospital Geral	Médio
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Santa Cecília	2302748	Hospital E Maternidade Santa Cecília	Estadual	Hospital Geral	Médio
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Videira	2302500	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Estadual	Hospital Geral	Médio
Meio Oeste	Água Doce	2380188	Hospital Nossa Senhora Da Paz	Estadual	Hospital Geral	Médio
Meio Oeste	Campos Novos	2379767	Fundação Hospitalar Dr Jose Athanasio	Estadual	Hospital Geral	Médio
Meio Oeste	Capinzal	2380331	Hospital Nossa Senhora Das Dores	Estadual	Hospital Geral	Médio
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitario Santa Terezinha	Estadual	Hospital Geral	Médio
Meio Oeste	Luzerna	2300184	Hospital Sao Roque De Luzerna	Estadual	Hospital Geral	Médio
Meio Oeste	Joaçaba	3039250	Hospital São Miguel-Imas	Estadual	Hospital Geral	Médio
Alto Uruguai Catarinense	Seara	2304155	Hospital São Roque Seara	Municipal	Hospital Geral	Pequeno

Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Gestão	Tipo Estabelecimento	Porte
Meio Oeste	Catanduvas	2691450	Hopital Municipal Nossa Senhora Do Perpetuo Socorro	Municipal	Hospital Geral	Pequeno
Vale Do Rio Do Peixe	Tangará	2380129	Hospital São Lucas Ltda	Dupla	Hospital Geral	Pequeno
Alto Uruguai Catarinense	Arabutã	2691493	Hospital Osvaldo Cruz	Estadual	-	Pequeno
Alto Uruguai Catarinense	Ipira	2691507	Hospital Piratuba Ipira	Estadual	-	Pequeno
Alto Uruguai Catarinense	Ipumirim	6249604	Hospital Sao Camilo	Estadual	-	Pequeno
Alto Uruguai Catarinense	Itá	2691566	Hospital Sao Pedro	Estadual	-	Pequeno
Alto Uruguai Catarinense	Peritiba	2689863	Associacao Beneficente Hospitalar Peritiba	Estadual	-	Pequeno
Alto Uruguai Catarinense	Xavantina	2666138	Hospital Sao Lucas	Estadual	-	Pequeno
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Arroio Trinta	2302780	Hospital Beneficente Sao Roque	Estadual	-	Pequeno
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Lebon Régis	2691833	Hospital E Maternidade Santo Antonio	Estadual	-	Pequeno
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Salto Veloso	2302543	Hospital Santa Juliana	Estadual	-	Pequeno
Meio Oeste	Videira	2557843	Hospital Salvatoriano Santa Maria	Estadual	-	Pequeno
Meio Oeste	Monte Carlo	2380242	Hospital Nossa Senhora Da Salete Pa	Municipal	-	Pequeno
Vale Do Rio Do Peixe	Caçador	9417036	Upa 24 Horas	-	Upa 24 Horas	-
Meio Oeste	Herval D'oeste	7584717	Unidade De Pronto	-	Upa Remi A	-

Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Gestão	Tipo Estabelecimento	Porte
			Atendimento Remi A Mascarello		Mascarello	
Vale Do Rio Do Peixe	Videira	9649735	Unidade De Pronto Atendimento Upa Videira	-	Upa Videira	-
Alto Uruguai Catarinense	Irani	7317727	Pronto Atendimento 24 Horas	-	Pronto Atendimento (Pa)	-
Vale Do Rio Do Peixe	Rio Das Antas	2859866	Pronto Atendimento Municipal De Rio Das Antas	-	Pronto Atendimento (Pa)	-
Vale Do Rio Do Peixe	Timbó Grande	2302721	Pronto Atendimento Moises Dias	-	Pronto Atendimento (Pa)	-
Meio Oeste	Treze Tílias	127167	Pronto Atendimento Municipal De Treze Tílias	-	Pronto Atendimento (Pa)	-
Vale Do Rio Do Peixe	Santa Cecília	2302764	Hospital De Pronto Atendimento	-	Pronto Atendimento (Pa)	-

Fonte: CNES, 2024

Quadro 37 - Polos de Academia da Saúde

Municípios com Estabelecimentos de Polo de Academia da Saúde
Abdon Batista
Água Doce
Brunópolis
Campos Novos
Capinzal
Catanduvas
Celso Ramos
Eral Velho
Jaborá
Joaçaba
Monte Carlo
Treze Tílias
Arabutã
Concórdia
Ipira
Ipumirim
Irani
Xavantina
Ibiam
Lebon Régis
Macieira
Matos Costa
Ponte Alta do Norte
Santa Cecília
Tangará
Videira

Fonte: CNES, 2024

Quadro 38 - Municípios com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

Municípios com Práticas Integrativas em Saúde (PICS)
MUNICÍPIO
Abdon Batista
Água Doce
Brunópolis
Campos Novos
Jaborá
Joaçaba
Lacerdópolis
Luzerna

Municípios com Práticas Integrativas em Saúde (PICS)
Monte Carlo
Ouro
Treze Tílias
Vargem
Vargem Bonita
Irani
Lindóia do Sul
Piratuba
Presidente Castello Branco
Seara
Arroio Trinta
Caçador
Fraiburgo
Ibiam
Iomerê
Macieira
Matos Costa
Pinheiro Preto
Ponte Alta do Norte
Rio das Antas
Salto Veloso
Timbó Grande
Videira

Fonte: CNES 09/2024

- Número de serviços Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): 01 (Hospital Hélio Anjos Ortiz/ Fundação Hospitalar Curitibanos).

- Número de Bancos de Leite Humano: 02 (Hospital São Francisco e Hospital Hélio Anjos Ortiz).

4.4.3 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 características 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.

Quadro 36 - Estimativa de cobertura por Equipe de Saúde da Família - eSF e Equipe de Atenção Primária - eAP, no mês de outubro/2022, por população estimada, por Região de Saúde, no Estado de Santa Catarina.

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

- Estratégia Saúde da Família (ESF)

No ano de 2023, a cobertura das equipes de Saúde da Família e Atenção Primária (eSF/eAP) eSF/eAP foi de 85,71%, confirmados com os resultados a seguir, conforme a região de saúde:

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

Figura 61 - Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde - Região Meio Oeste

Posto de Saúde	Unidade Básica de Saúde	eSF 40h	eAP 30h	eAP 20h
169	838	764	7	0
ACS	eSB Modalidade 1	eSB Modalidade 2	eSB Modalidade 1 e 2 Quilombola/Assentados	SESB
3.603	494	0	63	0
EM	ERD	Municípios PNAISARI	PNAISP	ECR
444	75	12	11	43
EMAESM	CAPS	SRT 1	SRT 2	LRPD
0	48	0	0	156
CEO Regional/Municipal	Total de Municípios		População IBGE	
0	20		193.657	

Legenda: PNAISP: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; PNAISARI: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei; LRPD: Laboratórios Regionais de Prótese Dentária; SRT: Serviço Residencial Terapêutico; SESB: Serviço de Especialidades em Saúde Bucal. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; eSF: equipe de Saúde da Família; eAP: equipe de Atenção Primária; EM: Equipe Multiprofissional; eSB: equipe de Saúde Bucal; ACS: Agente Comunitário de Saúde; eCR: equipe de Consultório na Rua; ERD: Equipe de Reabilitação Domiciliar; EMAESM: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

Fonte: Power BI, 2023 (Pesquisa realizada em 02/12/2024)

Figura 62 - Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde - Alto Vale do Rio do Peixe

Posto de Saúde	Unidade Básica de Saúde	eSF 40h	eAP 30h	eAP 20h
340	833	924	49	37
ACS	eSB Modalidade 1	eSB Modalidade 2	eSB Modalidade 1 e 2 Quilombola/Assentados	SESB
3.394	365	46	67	0
EM	ERD	Municípios PNAISARI	PNAISP	ECR
247	35	0	25	36
EMAESM	CAPS	SRT 1	SRT 2	LRPD
12	60	0	0	192
CEO Regional/Municipal	Total de Municípios		População IBGE	
36	20		287.459	

Legenda: PNAISP: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; PNAISARI: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei; LRPD: Laboratórios Regionais de Prótese Dentária; SRT: Serviço Residencial Terapêutico; SESB: Serviço de Especialidades em Saúde Bucal. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; eSF: equipe de Saúde da Família; eAP: equipe de Atenção Primária; EM: Equipe Multiprofissional; eSB: equipe de Saúde Bucal; ACS: Agente Comunitário de Saúde; eCR: equipe de Consultório na Rua; ERD: Equipe de Reabilitação Domiciliar; EMAESM: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

Fonte: Power BI, 2023 (Pesquisa realizada em 02/12/2024)

Figura 63 - Capacidade Instalada da Atenção Primária à Saúde - Alto Uruguai Catarinense

Posto de Saúde	Unidade Básica de Saúde	eSF 40h	eAP 30h	eAP 20h
299	495	505	7	73
ACS	eSB Modalidade 1	eSB Modalidade 2	eSB Modalidade 1 e 2 Quilombola/Assentados	SESB
2.137	252	0	0	0
EM	ERD	Municípios PNAISARI	PNAISP	ECR
325	8	9	2	23
EMAESM	CAPS	SRT 1	SRT 2	LRPD
0	24	0	0	132
CEO Regional/Municipal	Total de Municípios		População IBGE	
12	13		154.808	

Legenda: PNAISP: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; PNAISARI: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei; LRPD: Laboratórios Regionais de Prótese Dentária; SRT: Serviço Residencial Terapêutico; SESB: Serviço de Especialidades em Saúde Bucal. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; eSF: equipe de Saúde da Família; eAP: equipe de Atenção Primária; EM: Equipe Multiprofissional; eSB: equipe de Saúde Bucal; ACS: Agente Comunitário de Saúde; eCR: equipe de Consultório na Rua; ERD: Equipe de Reabilitação Domiciliar; EMAESM: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

Fonte: Power BI, 2023 (Pesquisa realizada em 02/12/2024)

- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)

Na Macro do Meio Oeste os municípios de Concórdia, Campos Novos, Joaçaba, São Cristóvão do Sul, Videira e Caçador tem unidades prisionais instaladas em seus territórios, todos têm adesão à política, no entanto, os municípios de Concórdia, Campos Novos e Joaçaba não possuem equipes de Atenção Primária Prisional credenciadas.

- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)

Na Macro do Meio Oeste o município de Caçador, Joaçaba e Curitibanos tem unidades socioeducativas nos seus territórios, porém caçador e Curitibanos não têm a PNAISARI implantada.

4.4.4 Serviços Especializados

A atenção especializada no SUS é organizada em dois níveis, que incluem a atenção secundária e terciária, abrangendo serviços de média e alta complexidade em diversas especialidades médicas (BRASIL, 2022).

4.4.4.1. Terapia Renal Substitutiva (TRS)

A Terapia Renal Substitutiva (TRS) é essencial para pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em estágio avançado, oferecendo modalidades como hemodiálise e diálise peritoneal. Essas intervenções visam substituir a função renal perdida, garantindo a sobrevivência e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. No contexto do SUS, a organização e financiamento desses serviços seguem diretrizes específicas, incluindo incrementos estaduais para o atendimento pré-dialítico e realização de procedimentos relacionados, como confecção de fístulas arteriovenosas (SES, 2021).

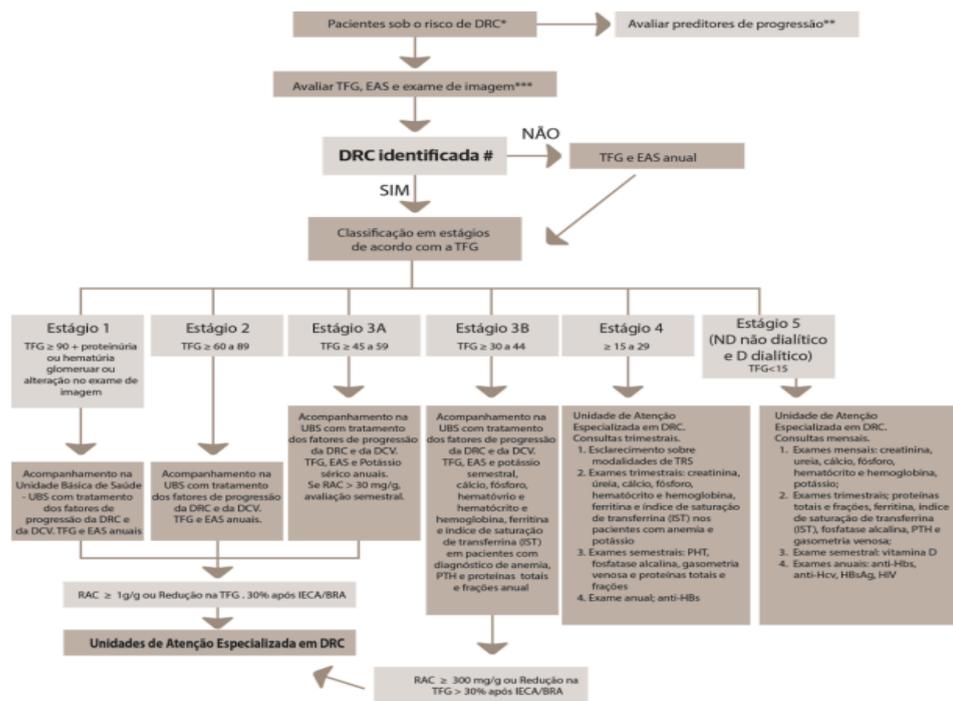
No Brasil, o número de pessoas que sofrem de doenças renais cresce a cada dia. Existem diferentes níveis de gravidade da doença, até situações em que os rins estão totalmente paralisados. Doenças como a diabetes e a hipertensão arterial, se não tratadas de maneira correta, podem levar à falência total do funcionamento renal, caracterizando, em conjunto com as glomerulonefrites, as principais causas das doenças renais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por executar ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos cidadãos brasileiros. A execução pode ser feita diretamente pelo gestor público ou por entidade contratada, desde que de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

A linha de cuidado das pessoas com Doença Renal Crônica em SC, foi aprovada por meio da deliberação 190/CIB/2021. Atualmente temos 33 unidades habilitadas no estado, em três tipos de atendimento especializado conforme o código de habilitação: 1504 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise, 1505 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Diálise Peritoneal, 1506 – Unidade Especializada em DRC.

A seguir segue o Fluxo do paciente com DRC de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado da Pessoa com DRC no âmbito do SUS:

Figura 64 - Fluxograma 1 - Fluxo do paciente com Doença Renal Crônica (DRC):



Fonte: BRASIL, 2014.

- **Estimativa populacional conforme estratificação para o atendimento ambulatorial**

A estimativa populacional citada refere-se ao cálculo de novas pessoas em estratificação 4 e 5 DRC na região, de acordo com a Portaria GM/MS no 1.631/2015, que traz a referência populacional e pode ser utilizada como parâmetro.

Quadro 39 - Parâmetros para cálculo de casos de DRC de acordo com o estágio da doença.

Estratos	Descrição simplificada	Parâmetro
Estágio 1	Fase de lesão com função renal normal	9,6 % da população de 20 anos e mais
Estágio 2	Fase de insuficiência renal funcional ou leve	0,9 % da população de 20 anos e mais
Estágio 3	Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada	1,5 % da população de 20 anos e mais
Estágio 4	Fase de insuficiência renal clínica ou severa	0,1 % da população de 20 anos e mais
Estágio 5	Fase terminal de insuficiência renal crônica	Quadro a seguir

Fonte: Portaria GM/MS no 1.631/2015.

Quadro 40 - Parâmetros para cálculo de casos de DRC de acordo com o estágio da doença.

Categoria	Parâmetro
Incidência anual estimada de pacientes novos em Diálise	0,014 % da população com 20 anos e mais
Prevalência estimada de pacientes em Diálise	0,075 % da população com 20 anos e mais
Óbitos Estimados	0,013 % da população com 20 anos e mais

Fonte: Portaria GM/MS no 1.631/2015.

Quadro 41 - Estratificação da População segundo os parâmetros da Portaria GM/MS no 1.631/2015.

Região de Saúde (CIR)	Pop (20 anos+)	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4	Estágio Incidência	Estágio 5 Prevalência	Estágio 5 Óbitos
Meio Oeste	144.234	13.846	1.298	2.164	144	20	108	19
Alto Vale do Riodo Peixe	211.975	20.350	1.908	3.180	212	30	159	28
Alto Uruguai Catarinense	110.652	10.623	996	1.660	111	15	83	14
TOTAL	466.832	44.819	4.202	7.004	467	65	350	61

Fonte: Estimativa Populacional 2020, IBGE

A Região Meio Oeste possui uma unidade especializada em DRC. HEMOSER CLÍNICA DE HEMODIALISE LTDA (CNES: 0061271) localizada no município de Luzerna. Todos os estabelecimentos devem estar habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) no código 15.06 - Atenção Ambulatorial Especializada em DRC e atendendo conforme os critérios definidos na portaria.

- **Diálise Peritoneal**

A diálise peritoneal pode diminuir substancialmente a necessidade de vagas para hemodiálise e proporcionar ao paciente muito mais comodidade com o tratamento sendo executado na sua residência, sem a necessidade de grandes deslocamentos diversas vezes na semana. Hoje o Estado possui 29 serviços habilitados nesta competência, com aproximadamente 270 pacientes das modalidades Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Contínua (DPAC).

Quadro 42- Serviços habilitados em Diálise Peritoneal na Região de Saúde e Macrorregião de Saúde:

Estabelecimento	Município	Região de saúde	Macrorregião
4058976 - Clínica Hemodiálise de Curitibanos Ltda	Curitibanos	Alto Vale do Rio do	Meio Oeste e Serra Catarinense
2692864 - Clínica Hemodiálise de Videira Ltda	Videira	Alto Vale do Rio do	Meio Oeste e Serra Catarinense
2303892 - Hospital São Francisco	Concórdia	Alto Uruguai Catarinense	Meio Oeste e Serra Catarinense

Fonte: CNES, 2024.

4.4.4.2. Oncologia

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019 o câncer é a primeira ou segunda causa principal de morte antes dos 70 anos em 112 dos 183 países (2). No Brasil, o câncer é considerado a segunda principal causa de morte desde 2003. No ano de 2020, com a pandemia da Covid-19, o câncer foi considerado a terceira causa de morte no país (229.300) ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório (357.741) e doenças infecciosas e parasitárias (267.287). Considerando a linha de cuidado proposta pelas novas portarias e incorporando os elementos da rede de atenção, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina apresenta a atualização do Plano de Ação Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Câncer já aprovado na CIB e no Ministério da Saúde em 2016. A rede está organizada nos seguintes componentes:

- Atenção Primária à Saúde;
- Atenção Especializada Ambulatorial, Hospitalar;

- Sistemas de Apoio, Logísticos, Regulação e Governança.

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos, que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. Como a principal porta de entrada do paciente ao sistema, tem o papel de fazer uma integração entre ações programáticas, realizando uma assistência primária integral e contínua, ampliando o acesso com qualidade e integração ao sistema.

Em 10 de fevereiro de 2023 a Deliberação 007/CIB/2023 foi Padronizado e protocolado o acesso ao Serviço de Oncologia no Estado de Santa Catarina, visando o cumprimento da Portaria SAES/MS nº 1.399 de 17 de dezembro de 2019 e da Lei Federal nº 12.732 de 22 de novembro de 2012.

Neste contexto, tratando de pacientes oncológicos que necessitam de cirurgia foi definido como Linha de Cuidado a Atenção Integral ao Paciente Oncológico, que possua biópsia positiva e/ou alta suspeição de neoplasia maligna com sinais e sintomas sugestivos de câncer em que o encaminhamento para os serviços capazes de realizar exames para o diagnóstico de maneira ágil tem o potencial de abreviar o tempo até o tratamento inicial e, portanto, melhores resultados desse tratamento. Elementos do exame físico, da história clínica e de exames laboratoriais ou de imagem podem caracterizar suspeita de neoplasia maligna. Com esse conjunto de dados pode-se definir critérios para a regulação do acesso para a continuidade da Linha de Cuidado dos pacientes, conforme Protocolo de Acesso em Oncologia da SES. - Definição de Cirurgia tempo-sensível: aquela em que um atraso acima de uma a seis semanas para a realização de uma avaliação, mesmo que esta indique mudanças significativas no manejo, pode afetar negativamente os resultados ou o prognóstico do paciente. Define que a porta de entrada destes pacientes é o Serviço de Referência em Alta Complexidade em Oncologia, mediante acesso regulado, sendo que, quando o médico especialista deste serviço indicar exames e/ou procedimentos complementares a confirmação diagnóstica, estadiamento e tratamento, estes devem ser ofertados pelo Serviço de Referência em Alta Complexidade em Oncologia. Os exames para diagnósticos de câncer devem ser realizados no prazo máximo de 30 dias, conforme Protocolo de Acesso Ambulatorial e todos os Serviços de Referência em Alta Complexidade em Oncologia devem

garantir o início do tratamento em no máximo 60 dias, a contar da confirmação diagnóstica.

4.4.4.3. Hematologia

O HEMOSC criado em 1987, através do Decreto Lei Estadual nº 272, tem o objetivo básico de prestar atendimento hemoterápico de qualidade a população da região, bem como dar assistência aos portadores de doenças hematológicas. Atualmente, o HEMOSC de Florianópolis coordena a Hemorrede Pública do Estado de SC, composta por seis Hemocentros Regionais, sendo eles localizados em Lages, Joaçaba, Chapecó, Criciúma, Joinville e Blumenau. No município de Joaçaba o Hospital Universitário Santa Terezinha possui o serviço habilitado, com disponibilidade de dois leitos clínicos SUS, abrangendo toda a região meio oeste catarinense.

O atendimento especializado em Hematologia para a Macrorregião tem como referência o Hospital Universitário e o Hospital Governador Celso Ramos, ambos em Florianópolis.

4.4.4.4 Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual

A Atenção Primária à Saúde constitui-se como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, onde se incluem os cuidados essenciais de promoção, proteção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de problemas relevantes. Os princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, integralidade e humanização norteiam o acompanhamento ofertado às pessoas em situação de violência sexual.

Neste contexto o Código 165 - Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, trata da classificação e dos serviços de referências dentro do estado de Santa Catarina que são: Classificação 001 - Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Classificação 006 - Atenção a Interrupção de Gravidez nos casos Previstos em Lei, Classificação 007 - Atenção Ambulatório à Pessoa em Situação de Violência Sexual Classificação 008 - Coleta de Vestígios de Violência Sexual.

Quadro 43: Serviço especializado: Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual - Código 165: Atenção às pessoas em situação de violência sexual

Região de Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde	Código/ Classificação
Região de Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde	Código/ Classificação
Meio Oeste	Joaçaba	Hospital Universitário Santa Terezinha	165 - 001

Fonte: CNES, 09/2022

Legenda: Classificação 001 - Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual

Quadro 44: Serviço especializado: Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual - Classificação 006: Atenção a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei

Estabelecimento de Saúde/Serviço Especializado	Referência macrorregião PDR/SC-2018	Região de saúde
Estabelecimento de Saúde/Serviço Especializado	Referência macrorregião PDR/SC-2018	Região de Saúde
Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago R. Profa. Maria Flora Pausewang - Trindade, Florianópolis - SC (48) 3721 8285 (48) 3721 9140 uasm.huufsc@ebserh.gov.br	Macrorregião da Grande Florianópolis (exceto o município de São José), Meio Oeste e Grande Oeste	Grande Florianópolis (exceto o município de São José), Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Alto Uruguai Catarinense, Extremo Oeste, Oeste e Xanxerê.

Fonte: CNES - 09/2022.

A macrorregião do meio oeste não possui serviço de referência o que torna necessário o deslocamento até Florianópolis no Hospital Universitário. A deliberação 331/CIB/2018 aprova a Linha de Cuidado de Atenção as pessoa em situação de violência sexual. A deliberação 160/CIB/2022-Retificada em 01/08/2024 aprova a repactuação de referência.

Linha de cuidado que define as referências para a interrupção de gravidez em Santa Catarina.

Quadro 45 - Referências para a interrupção de gravidez em Santa Catarina

Serviço Especializado	Endereço e contato	Referência macrorregião e região de Saúde conforme PDR/SC-2018.	Região de saúde
Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago	R. Profa. Maria Flora Pausewang - Trindade, Florianópolis - SC (48) 3721 8285 (48) 3721 9140 uasm.huufsc@ebserh.gov.br	Macrorregião da Grande Florianópolis, Meio Oeste e Grande Oeste (exceto o município de São José)	Grande Florianópolis (exceto o município de São José), Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Alto Uruguai Catarinense. Extremo oeste Oeste Xanxerê
Hospital Regional de	R. Adolfo Donato da	Município de São	Município de São José

Serviço Especializado	Endereço e contato	Referência macrorregião e região de Saúde conforme PDR/SC-2018.	Região de saúde
São José Dr. Homero Miranda Gomes	Silva, 126 - Praia Comprida, São José - SC (48) 3721 9700 (48) 3721 9023 hrsjs@saude.sc.gov.br	José e Macrorregião Sul	Extremo Sul Catarinense, Carbonífera, Laguna.
Hospital Santo Antônio	R. Itajaí, 545 - Vorstadt, Blumenau-SC (47) 3231 4000 (47) 3231 4001 saude@blumenau.sc.gov.br	Macrorregião do Vale do Itajaí e Macrorregião da Foz do Rio Itajaí	Médio Vale do Itajaí, Alto Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí. Serra Catarinense
Maternidade Darcy Vargas	R. Miguel Couto, 44 - Anita Garibaldi, Joinville - SC (47) 3461 5700 mdv@saude.sc.gov.br getecmdv@saude.sc.gov.br	Macrorregião Norte e Nordeste	Norte, Nordeste, Vale do Itapocu.

Fonte: CNES, 2022

4.4.4.5 Sobrepeso e Obesidade

São responsabilidades da Atenção Especializada de Média Complexidade o acompanhamento à pessoa com sobrepeso e obesidade considerando os níveis 4 e 5 de estratificação, as comorbidades associadas (ex: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias) e o acompanhamento ambulatorial pré/pós-cirurgia bariátrica e cirurgia plástica reparadora. O acesso das pessoas a exames e consultas especializadas necessitam de organização da Programação Pactuada Integrada (PPI) e da execução do Programa Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

São pontos de atenção à Saúde a nível da Atenção Especializada de Média Complexidade: a) Ambulatórios de Especialidades, b) Serviços de Reabilitação, c) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, d) Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), e) Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Figura 65 - Relação de hospitais que possuem habilitação em Unidade de Alta Complexidade à pessoa com sobrepeso e obesidade em Santa Catarina.

Região de Saúde	Município	Hospital
Grande Florianópolis	Florianópolis	Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago (Portaria/SAS n.º 424 e 425/19/03/2013)
	São José	Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes (HRHMG) (Portaria/SAS n.º 424 e 25/19/03/2013)
Serra Catarinense	Lages	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos (Portaria/SAS n.º 492/2007)
Nordeste	Joinville	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Portaria/SAS n.º 424 e 425/19/03/2013)
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santo Antônio (Portaria/SAS n.º 424 e 425/19/03/2013)
Médio Vale do Itajaí	Brusque	Hospital Azambuja (Portaria 3445/GM/MS de 8/12/2021)

Fonte: elaboração própria.

- **Atenção Especializada de Alta Complexidade Atenção Hospitalar**

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 seis Unidades de Assistência de Alta Complexidade a pessoas com sobrepeso e obesidade, conforme listado na figura 77. 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 n.º 3, 28 de setembro de 2017.

Figura 66 - Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave e população de referência.

Unidade	Cod. habilitação	Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Mun.	Pop 2022
Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos (Lages) Pop. Referência 643.982	0202	Meio Oeste	Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense	15	154.591
			Região de Saúde do Meio Oeste	20	192.714
		Serra Catarinense	Região de Saúde da Serra Catarinense	18	296.677
Hospital Santo Antônio (Blumenau) Pop. Referência 956.895	0203	Vale do Itajaí	Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí (Exceto 03 municípios Guabiruba, Brusque e Botuverá)	11	646.687
			Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí	28	310.208
Hospital Azambuja (Brusque) Pop. Referência 1.026.183	0203	Foz do Itajaí	Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí	11	854.561
		Vale do Itajaí	Região de Saúde do Vale do Itajaí (Somente 03 municípios Guabiruba, Brusque e Botuverá)	03	171.622
Hospital São Vicente de Paulo (Mafra) Pop. Referência 656.916	0203	Planalto Norte	Região de Saúde do Planalto Norte	13	368.363
		Meio Oeste	Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe	20	288.553
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville) Pop. Referência 1.124.507	0203	Nordeste	Região de Saúde do Nordeste	06	780.162
			Região de Saúde do Vale do Itapocu	07	344.345
Hospital Universitário (Florianópolis) Pop. Referência 1.138.983	0202	Grande Florianópolis	Região de Saúde da Grande Florianópolis (Exceto Município de São José)	22	1.138.983
Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes (São José) Pop. Referência 1.138.746	0202	Grande Florianópolis	Região de Saúde do Grande Florianópolis (Somente Município de São José)	01	287.409
			Região Saúde de Xanxerê	21	205.250
		Grande Oeste	Região de Saúde do Extremo oeste	30	241.975
			Região de Saúde do Oeste	27	404.112
Hospital Dom Joaquim (Sombrio) Pop. Referência 1.075.922	0203	Sul	Região de Saúde Carbonífera	12	468.723
			Região de Saúde de Laguna	18	386.545
			Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense	15	220.654
Total				295	7.762.134

Fonte: IBGE/CNES, 2022.

4.4.4.6 Doenças Raras

O estado de Santa Catarina possui linha de cuidado dedicada às pessoas portadoras de doenças raras, estabelecida pela Deliberação 121/CIB/2022.

Deliberação CIB Nº 172/2018, de 19 de julho de 2018: Aprova a habilitação do *Hospital Infantil Joana de Gusmão* como Serviço de Referência em Doenças Raras em Santa Catarina.

Deliberação CIB Nº 171/2018, de 19 de julho de 2018: Aprova a habilitação do *Hospital Universitário Polydoro Ernani de Santiago (HU/UFSC)* como Serviço de Referência em Doenças Raras.

Deliberação CIB Nº 138/2020: Apresenta a proposta de habilitação do *Hospital Regional do Oeste*.

O Hospital São Francisco de Concórdia oferece serviços de aplicação do medicamento nusinersena e acompanhamento de pacientes diagnosticados com Atrofia Muscular Espinhal Tipo I.

Deliberação CIB Nº 121/2022: Pactua as competências de cada ponto da rede, além de definir os fluxos e procedimentos realizados pelos serviços.

Há ainda a Linha de Cuidado de Atenção à Saúde da Pessoa com Epidermólise Bolhosa, estabelecida pela Deliberação 721/CIB/2023. São unidades de referência para atendimento infantil o Hospital Infantil Joana de Gusmão e para adultos o Hospital Santa Tereza e o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

Há ainda a Linha de Cuidado de Atenção à Saúde da Pessoa com Epidermólise Bolhosa, estabelecida pela Deliberação 721/CIB/2023. São unidades de referência para atendimento infantil o Hospital Infantil Joana de Gusmão e para adultos o Hospital Santa Tereza e o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

4.4.5 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Alta Complexidade

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 46 - 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/Cardio/Orto
Meio Oeste	Joaçaba	3039250	Hospital são Miguel -IMAS	Orto/Bariatrica

Fonte: DAES/SES, 2024

No painel do Centro de Informações Estratégicas para a Gestão do SUS de Santa Catarina- Cieges SC por meio do link <https://cieges.saude.sc.gov.br/> , no item atenção especializada, grade de referência, é possível acessar a Grade de Referência da alta complexidade das diversas especialidades que compõem as unidades nas oito macrorregiões do Estado.

Importante destacar que o fortalecimento das unidades de alta complexidade em Santa Catarina tem sido essencial para alcançar recordes históricos na saúde estadual. Em outubro de 2024, foram realizadas 16.021 cirurgias eletivas com internação, um aumento de 76% em relação ao mesmo período de 2022, quando ocorreram 9.100 procedimentos. Esses avanços foram possíveis graças a iniciativas como a ampliação de leitos de UTI e enfermaria, habilitações estaduais em cardiologia e ortopedia para diversos hospitais, e o lançamento da Tabela Catarinense, que permite remuneração até 12 vezes superior à tabela SUS.

De janeiro a outubro de 2024, o Sistema de Regulação (Sisreg) registrou 131.940 cirurgias eletivas com internação, mostrando o impacto direto dessas políticas na redução das filas. Além disso, a valorização dos hospitais por meio de programas estaduais e a descentralização dos procedimentos têm levado os serviços mais próximos aos cidadãos, ampliando o acesso e melhorando a infraestrutura hospitalar. No item relacionado aos Anexos poderá ser verificado na íntegra o Programa de Valorização Hospitalar do estado de Santa Catarina.

Essas ações exemplificam o papel estratégico das unidades de alta complexidade na promoção de uma saúde pública mais eficiente e resolutiva.

4.4.6 Número e tipo de Leitos Hospitalares

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

Quadro 47 - Quantitativo de leito por tipo e por estabelecimento de saúde - Alto Uruguai Catarinense

Região Alto Uruguai Catarinense	HOSPITAL DE OLHOS DE CONCORDIA LTDA	HOSPITAL SAO FRANCISCO	HOSPITAL SAO ROQUE DE SEARA	HOSPITAL SAO LUCAS	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITALAR SAO CAMILO PERITIBA	HOSPITAL OSWALDO CRUZ	HOSPITAL PIRATUBA IPIRA	HOSPITAL SAO PEDRO	HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA	HOSPITAL SAO CAMILO
Município	Concórdia	Concórdia	Seara	Xavantina	Peritiba	Arabutã	Ipira	Itá	Lindoia do Sul	Ipumirim
Tipo de Leitos	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
Cirúrgico (por especialidade)										
Cirurgia geral	0	6	7	17	11	9	4	6	-	-
Buco maxilo facial	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastro.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Ginecologia	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Nefrourologia.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurocirurgia	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Ortopedia Traum.	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Oftalmologia	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Otorrino.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Endocrinologia	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Oncologia	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Plástica	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Queimado adulto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Região Alto Uruguai Catarinense	HOSPITAL DE OLHOS DE CONCORDIA LTDA	HOSPITAL SAO FRANCISCO	HOSPITAL SAO ROQUE DE SEARA	HOSPITAL SAO LUCAS	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITALAR SAO CAMILO PERITIBA	HOSPITAL OSWALDO CRUZ	HOSPITAL PIRATUBA IPIRA	HOSPITAL SAO PEDRO	HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA	HOSPITAL SAO CAMILO
Município	Concórdia	Concórdia	Seara	Xavantina	Peritiba	Arabutã	Ipira	Itá	Lindoia do Sul	Ipumirim
Torácica	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínicos (por especialidade)										
Oncologia	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurologia	0	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiologia	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica geral	29	22	25	-	10	10	15	5	7	14
Nefrourologia.	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	8	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Neonatologia	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infectologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hematologia	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Queimado adulto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde mental	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-
Outras especialidades										
Crônicos	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-
Psiquiatria	-	-	1	1	1	-	1	10	22	1
Obstétrico										
Obst. Clínica	-	8	2	-	-	-	1	1	1	-

Região Alto Uruguai Catarinense	HOSPITAL DE OLHOS DE CONCORDIA LTDA	HOSPITAL SAO FRANCISCO	HOSPITAL SAO ROQUE DE SEARA	HOSPITAL SAO LUCAS	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITALAR SAO CAMILO PERITIBA	HOSPITAL OSWALDO CRUZ	HOSPITAL PIRATUBA IPIRA	HOSPITAL SAO PEDRO	HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA	HOSPITAL SAO CAMILO
Município	Concórdia	Concórdia	Seara	Xavantina	Peritiba	Arabutã	Ipira	Itá	Lindoia do Sul	Ipumirim
Obst. Cirúrgica	-	5	1	-	-	-	1	1	-	-
Pediátrico										
Ped. clínica	-	10	1	2	4	-	2	2	1	1
Ped. cirúrgica	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Complementar										
SUPORE VENTILATÓRIO PULMONAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UNIDADE ISOLAMENTO	-	6	1	1	1	1	2	1	1	1
UTI Adulto Tipo I	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI Adulto Tipo II	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI Neonatal Tipo II	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI Pediátrica Tipo II	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-
UCINCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UCINCO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital Dia	1				-	-	-	-	-	-

Fonte: CNES,2024

Quadro 48 - Quantitativo de leito por tipo e por estabelecimento de saúde - Meio Oeste

Região Meio Oeste	HOSPITAL SAO ROQUE DE LUZERNA	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DR JOSE ATHANAZIO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PAZ	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA
Município	Luzerna	Campos Novos	Água Doce	Capinzal	Joaçaba
Tipo de Leitos	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
Cirúrgico (por especialidade)					
Cirurgia geral	-	11	-	7	10
Buco maxilo facial	-	-	-	-	-
Cardiologia	-	-	-	-	-
Gastro.	-	-	-	-	-
Ginecologia	-	-	-	-	2
Nefrourologia.	-	-	-	-	-
Neurocirurgia	-	-	-	-	6
Ortopedia Traum.	-	4	-	-	8
Oftalmologia	-	-	-	-	-
Otorrino.	-	-	-	-	1
Endocrinologia	-	-	-	-	-
Oncologia	-	-	-	-	15
Plástica	-	-	-	-	-
Queimado adulto	-	-	-	-	-
Torácica	-	-	-	-	-
Clínicos (por especialidade)					
Oncologia	-	-	-	-	25
Neurologia	-	-	-	-	4
Cardiologia	-	-	-	-	3
Clínica geral	14	26	24	38	37
Nefrourologia.	-	-	-	-	-
Pneumologia	-	-	-	-	1
Neonatologia	-	2	-	-	3
Infectologia	-	-	-	-	-
Hematologia	-	-	-	-	2
Queimado adulto	-	-	-	-	-
Saúde mental	-	-	-	-	-
Outras especialidades					
Crônicos	-	-	-	-	-
Psiquiatria	1	1	-	-	-
Obstétrico					
Obst. Clínica	-	-	-	4	8

Região Meio Oeste	HOSPITAL SAO ROQUE DE LUZERNA	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DR JOSE ATHANAZIO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PAZ	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA
Município	Luzerna	Campos Novos	Água Doce	Capinzal	Joaçaba
Tipo de Leitos	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
Obst. Cirúrgica	-	-	-	6	8
Pediátrico					
Ped. clínica	4	3	4	-	1
Ped. cirúrgica	-	-	-	-	13
Complementar					
SUPOORTE VENTILATÓRIO PULMONAR	-	-	-	-	5
UNIDADE ISOLAMENTO	1	-	-	-	-
UTI Adulto Tipo I	-	-	-	-	-
UTI Adulto Tipo II	-	-	-	-	20
UTI Neonatal Tipo II	-	-	-	-	-
UTI Pediátrica Tipo II	-	-	-	-	-
UCINCA	-	-	-	-	-
UCINCO	-	-	-	-	-
Hospital Dia	-	-	-	-	-

Fonte: CNES, 2024

Quadro 49 - Quantitativo de leito por tipo e por estabelecimento de saúde - Alto Vale do R.do Peixe

Macrorregião Alto Vale do R. do Peixe	HOSPITAL MAICE	HOSPITAL HELIO ANJOS ORTIZ	HOSPITAL SALVATORIANO DIVINO SALVADOR	HOSPITAL SANTA JULIANA	HOSPITAL E MATERNIDA DE SANTA CECILIA	HOSPITAL BENEFICENTE SAO ROQUE	INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO ASSIST	HOSPITAL SALVATORIANO SANTA MARIA	AFSC
Município	Caçador	Curitibanos	Videira	Salto Veloso	Santa Cecília	Arroio Trinta	Tangará	Videira	Fraiburgo
Tipo de Leitos	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
Cirúrgico (por especialidade)									
Cirurgia geral	9	20	12	-	2	-	14	14	4
Buco maxilo facial	3	13	-	-	-	-	-	-	-
Cardiologia	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastro.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ginecologia	3	-	-	-	16	-	-	-	-
Nefrourologia.	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Neurocirurgia	7	-	-	-	-	-	-	-	-
Ortopedia Traum.	8	1	8	-	-	-	-	-	-
Oftalmologia	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Otorrino.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endocrinologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oncologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plástica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Queimado adulto	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Macrorregião Alto Vale do R. do Peixe	HOSPITAL MAICE	HOSPITAL HELIO ANJOS ORTIZ	HOSPITAL SALVATORI ANO DIVINO SALVADOR	HOSPITAL SANTA JULIANA	HOSPITAL E MATERNIDA DE SANTA CECILIA	HOSPITAL BENEFICEN TE SAO ROQUE	INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOL VIMENTO DE ENSINO ASSIST	HOSPITAL SALVATORI ANO SANTA MARIA	AFSC
Município	Caçador	Curitibanos	Videira	Salto Velooso	Santa Cecília	Arroio Trinta	Tangará	Videira	Fraiburgo
Tipo de Leitos	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
Torácica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínicos (por especialidade)									
Oncologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurologia	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Cardiologia	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Clínica geral	5	20	53	10	13	16	11	5	30
Nefrourologia.	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Neonatologia	1	-	-	-	1	-	-	-	-
Infectologia	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Hematologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Queimado adulto	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde mental	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras especialidades									
Crônicos	1	1	-	-	0	-	-	-	-
Psiquiatria	1	20	-	-	30	-	-	-	1
Obstétrico									

Macrorregião Alto Vale do R. do Peixe	HOSPITAL MAICE	HOSPITAL HELIO ANJOS ORTIZ	HOSPITAL SALVATORI ANO DIVINO SALVADOR	HOSPITAL SANTA JULIANA	HOSPITAL E MATERNIDA DE SANTA CECILIA	HOSPITAL BENEFICEN TE SAO ROQUE	INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOL VIMENTO DE ENSINO ASSIST	HOSPITAL SALVATORI ANO SANTA MARIA	AFSC
Município	Caçador	Curitibanos	Videira	Salto Velooso	Santa Cecília	Arroio Trinta	Tangará	Videira	Fraiburgo
Tipo de Leitos	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
Obst. Clínica	2	12	-	-	1	2	-	-	3
Obst. Cirúrgica	11	10	5	-	-	-	3	-	6
Pediátrico									
Ped. clínica	1	8	5	3	1	2	2	1	2
Ped. cirúrgica	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Complementar									
Suporte Ventilatório Pulmonar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unidade Isolamento	1	5	-	-	1	-	-	-	-
UTI Adulto Tipo I	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI Adulto Tipo II	20	8	18	-	-	-	-	-	-
UTI Neonatal Tipo II	-	7	-	-	-	-	-	-	-
UTI Pediátrica Tipo II	-	3	-	-	-	-	-	-	-
UCINCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Macrorregião Alto Vale do R. do Peixe	HOSPITAL MAICE	HOSPITAL HELIO ANJOS ORTIZ	HOSPITAL SALVATORI ANO DIVINO SALVADOR	HOSPITAL SANTA JULIANA	HOSPITAL E MATERNIDA DE SANTA CECILIA	HOSPITAL BENEFICEN TE SAO ROQUE	INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOL VIMENTO DE ENSINO ASSIST	HOSPITAL SALVATORI ANO SANTA MARIA	AFSC
Município	Caçador	Curitibanos	Videira	Salto Veloso	Santa Cecília	Arroio Trinta	Tangará	Videira	Fraiburgo
Tipo de Leitos	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
		3							
UCINCO	-	6	-		-	-	-	-	-
Hospital Dia									
Cirurgico/Diagn ostico/Terapeuti co	5	-	-	-	-	-	-	-	8
Saúde Mental	1	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: CNES, 2024

Quadro 50 - Instalações de UPAS e PAs na macrorregião.

Macrorregião Meio Oeste				Leitos			
Município	Região	Hospital	CNES	Cirúrgico	Clínico	Obstétrico	Pediátrico
Caçador	Alto Vale do Rio do Peixe	UPA 24H	9417036	-	SIM	-	-
Herval d'Oeste	Região Meio Oeste	UPA 24H Remi A Mascarelo	7584717	-	SIM	-	-
Videira	Alto Vale do Rio do Peixe	UPA 24H de Videira	9649735	-	SIM	-	-
Irani	Alto Uruguai Catarinense	PA 24H	7317727	-	SIM	-	-
Monte Carlo	Região Meio Oeste	PA Nossa Senhora da Salete	2380242	-	SIM	-	-
Rio das Antas	Alto Vale do Rio do Peixe	PA Rio das Antas	2859866	-	SIM	-	-
Santa Cecília	Alto Vale do Rio do Peixe	Hosp. Pronto Atendimento	2302764	-	SIM	-	SIM
Timbó Grande	Alto Vale do Rio do Peixe	PA Moises Dias	2302721	-	SIM	-	-
Treze Tílias	Alto Vale do Rio do Peixe	PA Munic Treze Tílias	0127167	-	SIM	-	SIM

Fonte: CNES, 2023

4.4.7 Número de Equipamentos Por Região de Saúde

A análise do número de equipamentos hospitalares por região de saúde é um indicador essencial para compreender a distribuição e a infraestrutura dos serviços de saúde em diferentes territórios. Esses equipamentos são fundamentais para a realização de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos de diversos níveis de complexidade, refletindo diretamente a capacidade de atendimento e a qualidade dos serviços prestados à população.

Este item visa apresentar um panorama geral do número de equipamentos disponíveis na Macrorregião da Serra Catarinense.

Quadro 51 - Nº de Equipamentos - Macrorregião de Saúde Meio Oeste

Região de Saúde Meio Oeste			Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense			Região de Saúde Vale do Rio do Peixe		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
Gama Câmara	28	29	Gama Câmara	16	16	Gama Câmara	20	20
Mamógrafo com Comando Simples	5	2	Mamógrafo com Comando Simples	3	2	Mamógrafo com Comando Simples	8	6
Mamógrafo com Estereotaxia	2	1	Mamógrafo com Estereotaxia	1	1	Mamógrafo com Estereotaxia	2	2
Raio X até 100 mA	11	10	Raio X até 100 mA	13	7	Raio X até 100 mA	15	10
Raio X de 100 a 500 mA	19	12	Raio X de 100 a 500 mA	7	7	Raio X de 100 a 500 mA	20	11
Raio X mais de 500mA	8	5	Raio X mais de 500mA	11	7	Raio X mais de 500mA	10	7
Raio X Dentário	61	19	Raio X Dentário	100	13	Raio X Dentário	65	16
Raio X para Densitometria Óssea	2	1	Raio X para Densitometria Óssea	3	3	Raio X com Fluoroscopia	1	2
Raio X para Hemodinâmica	1	0	Raio X para Hemodinâmica	1	0	Raio X para Densitometria Óssea	4	2
Tomógrafo Computadorizado	10	5	Tomógrafo Computadorizado	7	5	Raio X para Hemodinâmica	1	0
Ressonância Magnética	6	5	Ressonância Magnética	2	2	Tomógrafo Computadorizado	13	8
Ultrassom Doppler Colorido	24	14	Ultrassom Doppler Colorido	24	10	Ressonância Magnética	5	3
Ultrassom Ecógrafo	12	7	Ultrassom Ecógrafo	4	1	Ultrassom Doppler Colorido	30	15
Ultrassom Convencional	32	18	Ultrassom Convencional	17	14	Ultrassom Ecógrafo	21	10

Região de Saúde Meio Oeste			Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense			Região de Saúde Vale do Rio do Peixe		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
Processadora de filme exclusiva para mamografia	3	3	Processadora de filme exclusiva para mamografia	3	3	Ultrassom Convencional	31	19
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	116	21	Mamografo computadorizado	1	1	Processadora de filme exclusiva para mamografia	8	7
Grupo Gerador	9	7	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	38	6	Mamografo computadorizado	2	2
Usina de Oxigênio	2	1	Grupo Gerador	8	8	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	27	7
Endoscópio das Vias Respiratórias	6	5	Usina de Oxigênio	1	1	Grupo Gerador	18	12
Endoscópio das Vias Urinárias	1	1	Endoscópio das Vias Respiratórias	4	4	Usina de Oxigênio	8	4
Endoscópio Digestivo	10	5	Endoscópio das Vias Urinárias	5	3	Endoscópio das Vias Respiratórias	5	3
Equipamentos para Optometria	1	0	Endoscópio Digestivo	11	5	Endoscópio das Vias Urinárias	4	3
Laparoscópio/Vídeo	12	4	Equipamentos para Optometria	13	5	Endoscópio Digestivo	18	11
Microcópio Cirúrgico	3	2	Laparoscópio/Vídeo	7	1	Equipamentos para Optometria	8	2
Cadeira Oftalmológica	3	1	Microcópio Cirúrgico	8	5	Laparoscópio/Vídeo	11	5
Coluna Otalmológica	2	1	Cadeira Oftalmológica	7	5	Microcópio Cirúrgico	8	3
Refrator	5	0	Coluna Otalmológica	6	5	Cadeira	5	1

Região de Saúde Meio Oeste			Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense			Região de Saúde Vale do Rio do Peixe		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
						Oftalmológica		
Lensômetro	3	0	Refrator	7	5	Coluna Otalmológica	5	1
Projetor ou Tabela de Optotipos	0	1	Lensômetro	8	6	Refrator	8	4
Retinoscópio	5	0	Projetor ou Tabela de Optotipos	7	5	Lensômetro	4	1
Oftalmoscópio	13	4	Retinoscópio	7	4	Projetor ou Tabela de Optotipos	5	1
Ceratômetro	1	1	Oftalmoscópio	9	6	Retinoscópio	2	0
Tonômetro de Aplanção	4	1	Ceratômetro	5	5	Oftalmoscópio	7	4
Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	1	1	Tonômetro de Aplanção	5	4	Ceratômetro	4	1
Campímetro	1	1	Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	6	5	Tonômetro de Aplanção	4	1
Eletrocardiógrafo	90	56	Campímetro	3	2	Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	5	1
Eletroencefalógrafo	13	6	Eletrocardiógrafo	58	29	Campímetro	4	2
Bomba/Balão Intra-Aórtico	1	0	Eletroencefalógrafo	2	2	Eletrocardiógrafo	80	54
Bomba de Infusão	307	8	Bomba de Infusão	247	11	Eletroencefalógrafo	9	5
Berço Aquecido	21	5	Berço Aquecido	19	9	Bomba de Infusão	514	12
Desfibrilador	69	16	Desfibrilador	41	20	Berço Aquecido	36	13
Equipamento de Fototerapia	15	4	Equipamento de Fototerapia	26	6	Bilirrubinômetro	1	1

Região de Saúde Meio Oeste			Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense			Região de Saúde Vale do Rio do Peixe		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
Incubadora	15	5	Incubadora	36	5	Desfibrilador	70	23
Marcapasso Temporário	11	5	Marcapasso Temporário	6	2	Equipamento de Fototerapia	21	7
Monitor de ECG	104	13	Monitor de ECG	114	16	Incubadora	36	10
Monitor de Pressão Invasivo	68	4	Monitor de Pressão Invasivo	36	2	Marcapasso Temporário	6	4
Monitor de Pressão Não-Invasivo	91	16	Monitor de Pressão Não-Invasivo	192	35	Monitor de ECG	167	17
Reanimador Pulmonar/AMBU	191	22	Reanimador Pulmonar/AMBU	170	39	Monitor de Pressão Invasivo	94	6
Respirador/Ventilador	111	14	Respirador/Ventilador	68	12	Monitor de Pressão Não-Invasivo	174	16
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	18	4	Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	27	7	Reanimador Pulmonar/AMBU	238	32
Aparelho de Eletroestimulação	38	7	Aparelho de Eletroestimulação	47	10	Respirador/Ventilador	124	17
Equipamentos de Aférese	41	13	Equipamentos de Aférese	1	0	Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	48	7
Equipamento de Circulação Extracorpórea	1	1	Equipamento para Hemodiálise	24	1	Aparelho de Eletroestimulação	58	9
Equipamento para Hemodiálise	30	3	Forno de Bier	5	3	Bomba de Infusão de Hemoderivados	10	2
Forno de Bier	3	0	Equipo Odontológico Completo	260	62	Equipamentos de Aférese	2	0

Região de Saúde Meio Oeste			Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense			Região de Saúde Vale do Rio do Peixe		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
Equipo Odontológico Completo	187	88	Compressor Odontológico	122	29	Equipamento de Circulação Extracorpórea	1	1
Compressor Odontológico	55	21	Fotopolimerizador	161	27	Equipamento para Hemodiálise	34	5
Fotopolimerizador	54	19	Caneta de Alta Rotação	223	26	Forno de Bier	17	4
Caneta de Alta Rotação	61	19	Caneta de Baixa Rotação	192	28	Equipo Odontológico Completo	265	102
Caneta de Baixa Rotação	49	15	Amalgamador	68	27	Compressor Odontológico	75	26
Amalgamador	29	16	Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	104	24	Fotopolimerizador	88	20
Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	34	10	Emissões Otoacusticas Evocadas Transientes	4	1	Caneta de Alta Rotação	129	21
Emissões Otoacusticas Evocadas Transientes	2	1	Audiometro de um Canal	2	1	Caneta de Baixa Rotação	103	19
Emissões Otoacusticas Evocadas por Prod. de Dist	2	0	Audiometro de dois Canal	1	1	Amalgamador	40	15
Pot Evocado Aud Tronco Encéf. Curta,Media e Long	2	0	Imitanciometro	1	1	Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	70	12
Audiometro de um Canal	8	4	Cabine Acustica	3	2	Emissões Otoacusticas Evocadas	1	1

Região de Saúde Meio Oeste			Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense			Região de Saúde Vale do Rio do Peixe		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
						Transientes		
Audiometro de dois Canal	8	4	HI-PRO	1	1	Emissões Otoacusticas Evocadas por Prod. de Dist	1	1
Imitanciometro	4	2				Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encef Autom	2	2
Imitanciometro Multifrequencial	5	4				Audiometro de um Canal	5	1
Cabine Acustica	11	6				Audiometro de dois Canal	3	1
HI-PRO	3	3				Imitanciometro	0	1
						Cabine Acustica	4	3
						Sistema DE Campo Livre	1	1
						Sistema Completo de reforço Visual (VRA)	0	1
						Ganho de Inserção	0	1
						HI-PRO	0	1
Total	2174	602	Total	2639	621	Total	2943	681

Fonte: Tabwin Datasus Acesso em 24/10/2024
Tabelas CNES - mês referência 10/2024

4.4.8 Centrais de Regulação

As Centrais de Regulação são fundamentais para o funcionamento eficiente e organizado do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando um papel estratégico na gestão dos fluxos de pacientes e na otimização dos serviços.

São responsáveis por coordenar o acesso, garantindo que as demandas sejam encaminhadas de forma adequada, eficiente e transparente.

No contexto de Santa Catarina, existem diversas modalidades de centrais de regulação, que atuam de maneira integrada para assegurar a equidade no acesso. Dentre essas, destacam-se:

- Central Estadual de Regulação Ambulatorial

01 Central Estadual de Regulação Ambulatorial - CERA (Porte V com população superior a 6.000.000 habitantes): regulando o acesso às unidades sob gestão estadual, por meio do Sistema Nacional de Regulação do Ministério da Saúde (MS). A disponibilização do acesso aos serviços destes prestadores aos 295 Municípios do estado é estabelecida em consonância com as cotas da Programação Pactuada Integrada - PPI da Assistência Ambulatorial e dos Termos de Garantia de Acesso de Alta Complexidade. No entanto, a partir da Deliberação nº 139/CIB/22, foi aprovada a ação de ampliação do acesso à oferta de consultas especializadas dos serviços próprios e contratualizados, junto à gestão estadual, para todos os municípios da Região de Saúde dos prestadores ou Macrorregião, nos casos em que seja identificada oferta de serviços ociosa, com objetivo de atender as demandas reprimidas.

Praticamente todos os Municípios do Estado também possuem Central de Regulação Municipal Ambulatorial regulando às Unidades sob sua gestão, no entanto, há dificuldade em estratificar o número de Centrais Municipais ativas, pois não há obrigatoriedade quanto à utilização do Sistema de Regulação do Ministério da Saúde para gerenciamento da fila, no âmbito ambulatorial, e a maioria utiliza sistema próprio/privado de regulação.

No entanto, é importante destacar que todos os Municípios possuem perfil solicitante do Sistema Nacional de Regulação do MS para acesso à CERA.

- Número de Ambulâncias/Veículos do TFD Interestadual

O serviço de TFD Estadual da GERAM/SUR para atendimento dos pacientes que necessitam tratamento fora do Estado, possui a seguinte frota:

- 08 ambulâncias ECHO 2021/2022;
- 01 veículo SPIN 2013/2014;
- 04 SUV Duster 2022/2023.
- 01 aeronave asa fixa, com serviço aeromédico

- Centrais de Regulação de Cirurgias Eletivas

O Estado de Santa Catarina conta com oito Centrais de Regulação de Cirurgias Eletivas distribuídas pelas 8 Macrorregiões do Estado, sendo elas: Foz, Grande Florianópolis, Grande Oeste, Meio Oeste, Norte e Nordeste, Serra, Sul e Vale. Sendo que no Meio oeste a Central de Regulação Médica está localizada no Município de Joaçaba.

- Centrais de Regulação de Internações Hospitalares - CRIHMR

O Estado de Santa Catarina possui oito Centrais de Regulação de Internações Hospitalares Macrorregionais: Grande Oeste, Meio Oeste, Serra Catarinense, Norte, Nordeste, Vale, Foz, Sul e Grande Florianópolis.

Com a publicação da Lei Estadual nº 16.158/13, instituindo as Centrais de Regulação de Internações Hospitalares Macrorregionais (CRIH/MR), sob gestão estadual, os trabalhos para implantação foram fortalecidos na Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR), em parceria com as Gerências Regionais de Saúde (GERSAS), seguindo o modelo descentralizado e regionalizado das políticas públicas no Estado e o apoio manifestado pelas mesmas.

No cumprimento destes principais objetivos, as CRIH/MR, atuantes em tempo integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia e nos 07 (sete) dias da semana, estão subordinadas tecnicamente a CERIH e hierarquicamente a SUR, regulam o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados, sobretudo os leitos

qualificados das Redes de Atenção à Saúde, como leitos das portas de entrada, das UTIs, de retaguarda, de cuidados prolongados, da saúde mental e materno-fetais.

4.4.9 Número de Ambulâncias e Aeronaves por Tipo

A região conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com suas Unidades de Suporte Básico de Vida (USB) e Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA), além de Unidades de Transporte Inter-Hospitalar e o serviço aeromédico, distribuídos conforme demonstram os quadros a seguir.

Quadro 52 - Unidades de Suporte Avançado (USA)

MACRO MEIO OESTE	MUNICÍPIO	NOMENCLATURA	PORTARIA DE HABILITAÇÃO	PORTARIA DE QUALIFICAÇÃO VIGENTE
	Joaçaba	CRU	Port. 1977/2006	Port. 1547/2023
	Caçador	USA 3	Port. 1027/2013	Port. 1547/2023
	Curitibanos	USA 2	Port. 1977/2006	Port. 3152/2024
	Joaçaba	USA 1	Port. 1977/2006	Port. 3152/2024
	Videira	USA 4	Port. 3910/2024	Port. 3910/2024
	Concórdia	USA	*	*

(*) Unidade do município de Concórdia: Está em fase de reforma predial.

Quadro 53 - Aeromédico (Asa Fixa)

MACRO MEIO OESTE	MUNICÍPIO	NOMENCLATURA	PORTARIA DE HABILITAÇÃO	PORTARIA DE QUALIFICAÇÃO VIGENTE
	Joaçaba	SAMU SC Arcanjo 04	*	*

(*) Unidade Arcanjo 04: Em fase de solicitação da Habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Quadro 54 - Unidades de Suporte Básico (USB)

MACRO MEIO OESTE	MUNICÍPIO	NOMENCLATURA	PORTARIA DE HABILITAÇÃO	PORTARIA DE QUALIFICAÇÃO VIGENTE
	Joaçaba	USB 01	Port. 1977/2006	Port. 120/2023
	Concórdia	USB 03	Port. 1977/2006	Port. 120/2023
	Campos Novos	USB 04	Port. 1977/2006	Port. 4894/2024
	Iomerê	USB 05	Port. 1977/2006	Port. 1547/2023
	Jaborá	USB 06	Port. 4019/2010	Port. 4894/2024
	Videira	USB 08	Port. 2364/2011	Port. 120/2023
	Fraiburgo	USB 09	Port. 300/2011	Port. 4894/2024
	Seara	USB 11	Port. 239/2013	Port. 120/2023

	Vargem	USB 13	Habilitação no MS (SAIPS)	*
	Catanduvas	USB	Aprovada proposta no PAR	**

(*) Unidade do município de Vargem: Está em processo de no Ministério da Saúde.

(**) Unidade do município de Catanduvas: Aprovada no Parecer Técnico nº 778/2024-CGURG/DAHU/SAES/MS

4.4.10 Hospitais Próprios, Contratualizados e Conveniados

Na Macrorregião temos hospitais contratualizados para prestação de serviços de assistência à saúde para atendimento ambulatorial (urgência/emergência, diagnóstico e tratamento) e para internações hospitalares aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Quadro 55 - Hospitais Contratualizados

Hospitais Contratualizados	
HOSPITAL	MUNICÍPIO
Hospital Nossa Senhora da Paz	Água Doce
Hospital Oswaldo Cruz	Arabutã
Hospital Beneficente São Roque	Arroio Trinta
Hospital Maice	Caçador
Hospitalar Dr. José Athanázio	Campos Novos
Hospital Nossa Senhora das Dores	Capinzal
Hospital Municipal Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	Catanduvas
Hospital São Francisco	Concórdia
Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos
Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva	Fraiburgo
Hospital Piratuba/Ipira	Ipira
Hospital São Camilo	Ipumirim
Complexo Hospitalar Diamantina	Irani
Hospital São Pedro Itá	Itá
Hospital Universitário Santa Terezinha	Joaçaba
Hospital São Miguel -IMAS	Joaçaba
Hospital Municipal Santo Antonio	Lebon Régis
Hospital Izolde Hubner Dalmora	Lindóia do Sul
Hospital São Roque de Luzerna	Luzerna
Hospital e Maternidade Santa Cecília	Santa Cecília
Fundação Hospitalar Santa Juliana	Salto Veloso
Hospital São Roque de Seara	Seara
Hospital São Lucas - IMAS	Tangará
Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Videira
Hospital Salvatoriano Santa Maria	Videira

Hospitais Contratualizados	
Hospital São Lucas	Xavantina
Total	26

Fonte: SES, 2024.

Na macrorregião Meio Oeste, não há hospitais próprios da SES.

4.4.11 Redes de Atenção à Saúde - RAS

As Redes de Atenção à Saúde são estruturas organizadas que integram ações e serviços de saúde com diferentes níveis de complexidade tecnológica. Essas redes são conectadas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de assegurar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

São Redes temáticas de atenção à saúde: Rede de Atenção Materno Infantil/ Rede Alyne, Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, Rede de Atenção às Urgências e Emergências- RUE, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

4.4.11.1 Rede Alyne

A Rede Alyne é estabelecida pela Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, intitulada “Rede Cegonha”. A nova portaria tem como objetivo estabelecer as diretrizes e normativas relacionadas ao fortalecimento da Rede Temática, focada na promoção de cuidados à saúde das mulheres, especialmente em contextos de violência, e na oferta de serviços de saúde especializados.

O novo programa busca diminuir a mortalidade materna, aumentar o cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças.

A evolução da legislação pode ser observada pelo Quadro 54.

Quadro 56 - Portarias Rede Alyne

Portarias	Título
Portaria nº 1.459/2011	Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha
Portaria nº 650/2011	Plano de Ação Regional (PAR) e municipal da Rede Cegonha
Portaria nº 930/2012	Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 1.020/2013	Casa de Gestante Bebê e Puérpera
Portaria nº 11/2015	Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.
Portaria de Consolidação nº 3/2017	Portaria consolidada que trata das Redes de Atenção à Saúde
Portaria de Consolidação nº 6/2017	Portaria consolidada que trata do Financiamento à Saúde
Portaria nº 5.349/2024	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da Rede Alyne.
Portaria nº 5.350/2024	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne.

Fonte: SES, 2024.

- Capacidade Instalada da Rede:

Quadro 57: Rede Alyne Meio Oeste

Serviços	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos Existentes	Leitos SUS	Leitos na PVH	Referência
Atenção Hospitalar de Referência a Gestação de Alto Risco tipo II (GAR II)	Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz		20	-	
	Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital Sao Francisco		não habilitado	-	Deliberação CIB 500/2014
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO)	Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	6	6	6	
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA)	Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	5	3	3	
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Tipo II) - UTIN II	Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital Sao Francisco	8	6	6	
	Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	7	7	7	
	Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	10	0	10	
Leito Obstétrico	Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital Sao Francisco	18	13		
		Ita	2691566	Hospital São Pedro	2	2		
		Ipira	2691507	Hospital Piratuba Ipira	2	2		
		Lindóia Do Sul	2691876	Hospital Izolde Hubner Dalmora	1	1		
		Irani	2557975	Complexo Hospitalar Diamantina	2	1		
		Seara	2304155	Hospital Sao Roque De Seara	6	3		
	Meio Oeste	Joacaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	18	16		
	Meio Oeste	Monte Carlo	2380242	Unidade Mista De Saude Nossa Senhora De Salete	3	3		
		Capinzal	2380331	Hospital Nossa Senhora Das Dores	12	10		
		Campos Novos	2379767	Fundacao Hospitalar Dr Jose Athanazio	16	8		

Serviços	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos Existentes	Leitos SUS	Leitos na PVH	Referência
	Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	2302500	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	5	5		
		Lebon Régis	2691833	Hospital Municipal Santo Antonio	2	2		
		Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	28	22		
		Fraiburgo	7274351	Associação Fraiburguense De Saúde Coletiva AFSC	11	9		
		Tangará	2380129	Hospital São Lucas Imas	4	3		
		Cacador	2301830	Hospital Maice	18	13		
		Santa Cecília	2302748	Hospital E Maternidade Santa Cecília	2	1		
		Videira	2557843	Hospital Salvatoriano Santa Maria	1	0		
		Arroio Trinta	2302780	Hospital Beneficente São Roque	2	2		
Casa De Gestante, Bebê E Puérpera - CGBP	Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	-	-	-	
Centro De Parto Normal - CPN	Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	-	-	-	
Serviço de Atenção ao Pre-Natal, Parto e Nascimento - Centro de Parto Normal	Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital Sao Francisco	-	-	-	
	Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	-	-	-	
	Alto Vale do Rio do Peixe	Tangará	2380129	Hospital São Lucas Imas	-	-	-	
Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco	-	-	-	-	-	-		
Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança A-Seg	-	-	-	-	-	-		

Fonte: CNES, 2024

- Triagem Neonatal

Em conformidade aos dados obtidos através do site da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, cadastrados mediante relatório mensal do laboratório Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE), durante o mês de agosto de corrente ano, obtivemos as seguintes referências sobre a Triagem Neonatal:

Quadro 58 - Números da triagem neonatal da Macrorregião de Saúde do Meio Oeste. Santa Catarina, 2024.

Total de coletas realizadas	693
Total de bebês	612
Total de coletas inadequadas	23
Tempo de transporte de amostra	4
Total de pontos de coleta	70

Fonte: <https://atencaoprimaria.saude.sc.gov.br/testedopezinhosc.html>

A triagem neonatal é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas, genéticas, enzimáticas, endocrinológicas e infecciosas, sintomáticas e assintomáticas, no período neonatal a tempo de interferir no curso da doença, permitindo, dessa forma, a instituição do tratamento precoce específico e a diminuição ou eliminação das sequelas associadas a cada doença.

O exame é gratuito no Sistema Único de Saúde (SUS) e também obrigatório, feito a partir do 3º ao 5º dia de vida do bebê, através da coleta de sangue (do calcanhar do bebê ou periférico – em casos necessários) que permite identificar doenças graves, evitando sérios danos à saúde, inclusive retardo mental grave e irreversível, bem como a morte.

Em Santa Catarina, atualmente o teste tria 7 doenças, dentre elas, Deficiência de Biotinidase, Fenilcetonúria, Fibrose Cística, Hemoglobinopatias, Hiperplasia Adrenal Congênita, Hipotireoidismo Congênito e Toxoplasmose, sendo realizadas as análises pela Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE) desde agosto de 2016.

Vale lembrar que o Programa Nacional de Triagem Neonatal, foi instituída o âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria GM/MS nº 822/2001 e ampliada, pela Lei nº 14.154 de 26 de maio de 2021, que dispõe sobre a ampliação das doenças em 5 etapas, no qual, o estado de Santa Catarina encontra-se na finalização da primeira etapa. Além disso, temos a Lei nº 8.069, de 13 de julho de

1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que aperfeiçoa o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho, a qual amplia o número de doenças triadas. Ressalta-se que no estado, todos os 295 municípios aderiram a triagem neonatal.

Analisando os dados obtidos, viu-se que apesar de todos os municípios do estado aderirem ao PNTN e possuírem vários pontos de coleta, ainda existe um agravante em relação a qualidade das amostras recebidas pelo laboratório. Percebe-se que as amostras inadequadas, podem levar a resultados falsos positivos ou negativos, bem como comprometer o diagnóstico e atraso no início do tratamento.

É nítida a necessidade de realização de treinamento contínuo, sobre a importância da triagem neonatal, as técnicas de coleta, manejo das amostras, envio em tempo oportuno, bem como, a implementação de protocolos claros e acessíveis aos profissionais, permitindo a garantia de que todos que realizam este exame, sigam os mesmos procedimentos, reduzindo erros no processo. Além disso, sensibilizar os profissionais sobre as consequências de falhas na triagem, como atrasos no tratamento e impactos na saúde da criança. A triagem neonatal, quando bem conduzida, é uma ferramenta poderosa para garantir um início de vida saudável e promover a saúde pública.

4.4.11.2 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desempenha um papel crucial na promoção da saúde mental e no suporte ao bem-estar emocional da população, integrando serviços e iniciativas com o objetivo de oferecer um cuidado contínuo e integral. Essa rede articula recursos comunitários, serviços especializados e estratégias de cuidado em saúde mental, alinhando-se às políticas públicas de saúde para atender às demandas psicossociais e contribuir para a inclusão social e a autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2011)

A seguir, realizamos uma análise da capacidade instalada dos serviços especializados em saúde mental no estado de Santa Catarina, bem como dos vazios assistenciais que existem nesse contexto. Nosso objetivo é identificar oportunidades para a ampliação da rede de atendimento, de modo a garantir que as necessidades

de atenção à saúde mental dos cidadãos catarinenses sejam efetivamente atendidas. Essa avaliação visa promover uma compreensão mais abrangente dos desafios enfrentados e das estratégias necessárias para o fortalecimento da assistência à saúde mental na região.

Quadro 59 - Capacidade instalada dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Macrorregião do Meio Oeste, nas modalidades CAPS I, II, III, AD, IJ e AD III.

Região de Saúde	Município	Tipo de Caps
Meio Oeste	Água Doce	CAPS I - Microrregional
Meio Oeste	Catanduvras	Atendido por Água Doce
Meio Oeste	Treze Tílias	Atendido por Água Doce
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	CAPS II
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	CAPS AD
Meio Oeste	Campos Novos	CAPS I
Meio Oeste	Capinzal	CAPS I
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	CAPS II
Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	CAPS I
Alto Vale do Rio do Peixe	Fraiburgo	CAPS I
Meio Oeste	Herval d'Oeste	CAPS I
Alto Uruguai Catarinense	Ipumirim	CAPS I - Microrregional
Alto Uruguai Catarinense	Lindóia do Sul	Atendido por Ipumirim
Meio Oeste	Joaçaba	CAPS I
Meio Oeste	Ouro	CAPS I - Microrregional
Meio Oeste	Jaborá	Atendido por Ouro
Meio Oeste	Lacerdópolis	Atendido por Ouro
Meio Oeste	Zortéa	Atendido por Ouro
Alto Vale do Rio do Peixe	Santa Cecília	CAPS I - Microrregional
Alto Vale do Rio do Peixe	Ponte Alta do Norte	Atendido por Santa Cecília
Alto Vale do Rio do Peixe	São Cristóvão do Sul	Atendido por Santa Cecília
Alto Uruguai Catarinense	Seara	CAPS I
Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	CAPS I

Fonte: Power BI Diretoria de Atenção Primária à Saúde, SES/SC, 2024.

A macrorregião do Meio Oeste abrange as regiões de saúde do Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe. Além dos municípios indicados na tabela, são atendidos pelos CAPS I microrregionais: Lindóia do Sul (Ipumirim), São Cristóvão do Sul e Ponte Alta do Norte (Santa Cecília), Vargem Bonita, Ibicaré, Catanduvras e Treze Tílias (Água Doce) e Jaborá, Lacerdópolis e Zortéa (Ouro).

Analisando esses critérios, identifica-se a possibilidade de expansão desses serviços. Além disso, é essencial promover pactuações entre os municípios com baixa densidade populacional para a implantação de CAPS microrregionais. Essa abordagem colaborativa pode ser crucial para a otimização dos recursos e a efetividade dos serviços de saúde mental na região.

São proposições de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), constantes no Plano de Ação Regional (PAR), na região do Meio Oeste: implantação e habilitação de dois CAPS I microrregional, nos municípios de Erval Velho e Luzerna, Brunópolis (sede), Monte Carlo e Vargem; inclusão, no CAPS I microrregional de Água Doce, os municípios de Vargem Bonita e Ibicaré, além de CAPS AD, nos municípios de Campos Novos, Capinzal e Joaçaba.

Para a região do Alto Vale do Rio do Peixe, constam as proposições: Dois CAPS I microrregionais para atendimento da população de Tangará, Iomerê, Pinheiro Preto e Ibaim; Salto Veloso, Macieira e Arroio Trinta; CAPS AD no município de Videira e Fraiburgo; dois CAPSij em Caçador e Videira/Fraiburgo.

Para o Alto Uruguai Catarinense, foram propostos: três CAPS I microrregionais, para atender Piratuba, Peritiba, Alto Bela Vista e Ipira; Xavantina, Arvoredo e Paial; Irani e Presidente Castelo Branco. O município de Concórdia teve qualificação para CAPS II recentemente.

De acordo com o PAR, as sugestões para CAPS I microrregionais se devem à proximidade e facilidade de transporte entre os municípios.

Como proposta para ampliar a desinstitucionalização, os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) incluem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e as Unidades de Acolhimento (UA). As Unidades de Acolhimento (UA) são serviços residenciais de caráter transitório (com um tempo de permanência determinado) que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, tem como objetivo oferecer acolhimento e cuidados contínuos de saúde à pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A macrorregião do Meio Oeste catarinense não possui Residenciais Terapêuticos e Unidades de Acolhimento para acompanhamento de usuários com sofrimento intenso e necessidades decorrentes de transtornos mentais e do uso prejudicial de álcool e outras drogas, até o momento. No Plano de Ação Regional (PAR), é sugerida a implementação de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), em cada uma das três regiões, além de um Residencial de Caráter Transitório adulto

e um infantojuvenil. Campos Novos é o único aderente ao Programa de Volta para Casa (PVC), sendo que havia sido sugerida a implementação de vinte e um serviços nessa macrorregião.

A seguir, é apresentado um panorama dos leitos disponíveis em hospitais gerais, com o objetivo de avaliar a capacidade de atendimento à demanda na macrorregião. Essa análise é crucial para identificar lacunas no atendimento e possibilitar estratégias que garantam o suporte necessário para os usuários em situações de crise ou que necessitam de acompanhamento especializado em saúde mental.

A seguir, é apresentado um panorama dos leitos disponíveis em hospitais gerais, com o objetivo de avaliar a capacidade de atendimento à demanda na macrorregião. Essa análise é crucial para identificar lacunas no atendimento e possibilitar estratégias que garantam o suporte necessário para os usuários em situações de crise ou que necessitam de acompanhamento especializado em saúde mental.

Quadro 60 - Leitos de saúde mental

Município	Estabelecimento	Leito 87 MS	PVH Adulto	PVH Infantil	Total Regulação SC
Lindóia do Sul	Hospital Izolde Hubner Dalmora	8	7	15	30
Itá	Hospital São Pedro	não habilitado	10	0	10
Luzerna	Hospital São Roque	não habilitado	30	0	30
Curitibanos	Hospital Helio Anjos Ortiz	não habilitado	20	0	20
Santa Cecília	Hospital Maternidade Santa Cecília	não habilitado	30	0	30

Fonte: SES/SC

A macrorregião possui cento e vinte leitos de saúde mental, dos quais quinze são leitos voltados para a população infantojuvenil. Oito leitos são habilitados pelo Ministério da Saúde e os demais, pelo Programa de Valorização dos Hospitais (PVH), isto é, são mantidos com recursos estaduais.

No último PAR, foi sugerido a implantação e solicitação de recursos para trinta leitos de saúde mental, no Hospital Dr. José Athanásio, no município de Campos Novos (região Meio Oeste); a implantação e solicitação de recursos para cinquenta leitos psiquiátricos no Hospital Hélio Ortiz (vinte leitos) e no Hospital e Maternidade

Santa Cecília (trinta leitos), custeados pelo PVH; trinta leitos em Curitibaanos (Hospital Hélio Ortiz) e trinta leitos em Santa Cecília (Hospital e Maternidade Santa Cecília), no Alto Vale do Rio do Peixe; e, por fim, a implantação e solicitação de recursos de dezessete leitos de saúde mental no Hospital São Francisco, de Concórdia, na região Alto Uruguai Catarinense.

A macrorregional é formada por 53 municípios, com apenas 15 CAPS instalados. Analisando cada região, foi constatado que a Região Meio Oeste possui seis CAPS: dois CAPS Microrregionais, localizados no município de Água Doce, que abrange os municípios de Vargem Bonita, Ibicaré, Catanduvas e Treze Tílias, outro localizado no município de Ouro que abrange os municípios de Jaborá, Lacerdópolis e Zortéa, sendo que os demais são CAPS I e estão localizados nos municípios de Campos Novos, Capinzal, Herval D'Oeste e Joaçaba. O número de atendimentos em 2024, de janeiro a setembro, foi 28.802, entre os sexos masculino e feminino, nas variadas patologias, totalizando 3.200 atendimentos por mês. Em 2023, foram 35.307 atendimentos, sendo 2.942 atendimentos por mês. Esses números mostram um aumento médio de 260 pacientes/mês. Para os demais 7 municípios que não possuem CAPS, o atendimento ao paciente é feito pelas E-multi e a APS.

Já a Região Alto Vale Rio do Peixe possui três CAPS I, um CAPS I Microrregional, um CAPS II e um CAPS AD, totalizando seis CAPS instalados, que registraram 43.162 atendimentos, de janeiro a setembro de 2024, e em 2023 tiveram 67.985 atendimentos. Há uma redução média a cerca de 15,4% dos atendimentos, comparado ao ano de 2023, porém os dados levantados de 2024 são parciais.

4.4.11.3 Rede de Urgência e Emergência - RUE

O componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência (RUE) desempenha um papel estratégico no sistema de saúde, sendo essencial tanto para a prestação de cuidados imediatos quanto para o planejamento em saúde. A integração efetiva desse componente impacta diretamente a qualidade do atendimento, o uso racional de recursos e a capacidade de resposta às demandas da população.

Quadro 61 - Componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência. Santa Catarina, 2024

Rede de Urgência e Emergência (RUE) Componente Hospitalar							
Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Componente habilitado (porta)	Componente habilitado	Leitos Habilitados MS	Leitos qualificados MS
						Quantidade	Quantidade
Meio Oeste	Campos Novos	2379767	Hospitalar Dr. José Athanzio	-	UTI Adulto Tipo II	10	10
Meio Oeste	Capinzal	2380331	Hospital Nossa Senhora das Dores	-	-	12	12
Meio Oeste	Fraiburgo	7274351	Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva - AFSC	-	-	15	15
Meio Oeste	Seara	2304155	Hospital São Roque de Seara	-	-	7	7
Meio Oeste	Caçador	2301830	Hospital Maice	Porta de Entrada Tipo II	UTI Adulto Tipo II	20	
Meio Oeste	Lindóia do Sul	2691876	Hospital Izolde Hibner Dalmora	-	-	30 leitos cuidados prolongados	-
Meio Oeste	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	Porta de Entrada Tipo II	UTI Adulto Tipo I	6 leitos UTI Ped.	5 leitos UTI Pediátrica
					UTI Pediátrica Tipo II		
Meio Oeste	Curitibanos	2302101	Hospital Hélio Anjos Ortiz	Porta de Entrada Tipo Geral	UTI Adulto Tipo II	8 leitos UTI Adulto	6 leitos UTI Adulto
					UTI Pediátrica Tipo II		
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	Porta de Entrada Tipo I	UTI Adulto Tipo II	20	18
Meio Oeste	Videira	2302500	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	-	UTI Adulto Tipo II	18	16
Meio Oeste	Luzerna	2300184	Hospital São Roque de Luzerna	-	-	15 leitos cuidados prolongados	-

Rede de Urgência e Emergência (RUE) Componente Hospitalar							
Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Componente habilitado (porta)	Componente habilitado	Leitos Habilitados MS	Leitos qualificados MS
						Quantidade	Quantidade
Meio Oeste	Lindoia do Sul	2691876	Hospital Izolde Hibner Dalmora	-	-	30	-

Fonte: SES/SC, 2024

4.4.12 Assistência Farmacêutica

O planejamento regional integrado da assistência farmacêutica é um processo estratégico que busca organizar e articular os serviços farmacêuticos de maneira coordenada em uma macrorregião, visando melhorar o acesso de medicamentos pela população, bem como contribuir na concretização do planejamento ascendente do SUS.

Os principais objetivos do planejamento regional integrado da assistência farmacêutica no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina incluem: promover acesso equitativo regional a medicamentos essenciais; otimizar recursos financeiros e humanos, evitando desperdícios e garantindo eficiência; promover o uso racional de medicamentos, prevenindo o uso inadequado ou excessivo e fortalecer a integração entre os serviços de saúde, garantindo continuidade do cuidado.

O planejamento é peça fundamental para o ciclo de gestão e, no tocante à assistência farmacêutica, deve ser estimulado a fim de que os gestores pensem sua realidade e passem a intervir para a sua transformação. Assim, ao se pretender organizar e estruturar a assistência farmacêutica, é preciso planejar para garantir que os recursos empregados sejam direcionados para o alcance do objetivo previamente definido. No caso da assistência farmacêutica, é necessário refletir sobre a oferta de medicamentos à população como questão primordial para assegurar a efetividade das intervenções em saúde com o uso de medicamentos.

A Assistência Farmacêutica é um dos elementos fundamentais dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), voltada para garantir o acesso, a qualidade, a segurança e o uso racional dos medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as diversas doenças contempladas nos protocolos e diretrizes publicados pelo Ministério da Saúde.

Neste contexto, a relação regional de medicamentos essenciais (REREME) deve ser uma lista que contenha medicamentos considerados prioritários para atender às necessidades de saúde de uma região. Essa lista precisa ser elaborada com base em critérios técnicos, epidemiológicos, socioeconômicos e logísticos, com o objetivo de garantir o acesso aos medicamentos mais importantes para tratar as principais condições de saúde da população local, complementada pela Relação

Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que estabelece diretrizes mais amplas.

Entre os benefícios da disponibilização de uma REREME podem ser citados: promoção de maior eficiência no uso de recursos públicos, facilitação da programação e da aquisição de medicamentos, redução das desigualdades regionais no acesso a tratamentos e estimulação do uso racional de medicamentos, além de racionalizar o uso do recurso público facilitando a compra compartilhada.

Os critérios para a inclusão de medicamentos na REREME devem levar em conta a necessidade de atender condições de saúde prioritárias da região, a disponibilidade de alternativas terapêuticas equivalentes, os custos compatíveis com o orçamento público regional, assim como a capacidade de armazenamento e distribuição dos medicamentos.

4.5. FLUXOS DE ACESSO, PROTOCOLOS, LINHAS DE CUIDADOS NAS REDES DE ATENÇÃO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

A identificação dos fluxos de acesso à assistência permite oferecer um atendimento mais seguro e adaptado às necessidades dos cidadãos. Segundo a Portaria nº 1.559 de agosto de 2008, a regulação do acesso à assistência, ou regulação assistencial, abrange a organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso aos serviços no SUS. Essa regulação é gerida por gestores públicos e envolve um complexo regulador e suas unidades operacionais, incluindo a regulação médica, que utiliza protocolos, classificação de risco e outros critérios para assegurar o acesso.

4.5.1. Fluxos e Protocolos de Acessos e Regulação

Os fluxos e protocolos de acesso e regulação são elementos fundamentais para a organização e eficiência dos serviços de saúde, garantindo que os pacientes recebam o cuidado necessário de forma ágil, adequada e integrada. A implementação eficaz desses processos assegura que a atenção à saúde seja prestada com base em critérios clínicos e administrativos claros, respeitando as prioridades de cada caso e promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde.

- Fluxos de Acesso da Regulação Ambulatorial

Os fluxos de acesso da regulação ambulatorial são padronizados em todo o Estado de Santa Catarina, por meio da Deliberação nº 42/CIB/2018 para acesso às consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, incluindo a oncologia e as APACs.

A Deliberação padronizou o entendimento sobre a porta de entrada do cidadão, e estabeleceu o consenso de que, para ter acesso aos procedimentos especializados, obrigatoriamente o paciente deverá entrar pela Atenção Básica.

No que tange a regulação de alta complexidade é importante destacar que, objetivando agilizar o atendimento integral do paciente, após a primeira consulta regulada, necessitando de exames complementares, interconsultas, retornos e/ou avaliação com outras especialidades que compreendem o TCGA da oncologia, da neurologia, da ortopedia e da cardiovascular, os agendamentos são realizados internamente pelos prestadores de serviço.

Todos os fluxos estão disponíveis na página da SES, www.saude.sc.gov.br, no menu Profissionais de Saúde, sub menu Regulação, item Deliberações (<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/deliberacoes-portarias>).



Quanto aos Protocolos de Acesso e de Regulação Ambulatoriais são construídos com base nos protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e, na ausência destes, os protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou na forma de medicina baseada em evidências.

Os Protocolos são compostos por duas partes, uma voltada para a Assistência, com orientações de como o profissional assistente deverá encaminhar o paciente para a especialidade e a outra, voltada para os médicos reguladores, que indica ao profissional como classificar o risco referente aos casos encaminhados

pela Assistência, sendo ambas as partes complementares e em constante processo de revisão.

Atualmente a SES/SC tem mais de 150 Protocolos de Acesso e de Regulação aprovados em conformidade com a Deliberação nº 68/CIB/2022, disponíveis na página da SES, www.saude.sc.gov.br, no menu Profissionais de Saúde, sub menu Regulação, item Protocolos de Acesso e Classificação de Risco

<p>Protocolos de Acesso e Classificação de Risco: (https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/protocolos-e-diretrizes-terapeuticas/3507-protocolos-de-acesso-e-classificacao-de-risco).</p>	
--	---

- Fluxo de Regulação Hospitalar de Cirurgias Eletivas

O acesso às cirurgias eletivas que precisam de internação hospitalar se dá após passar em consulta ambulatorial regulada, o médico assistente emite o Laudo de Autorização de Internação Hospitalar indicando o procedimento cirúrgico que será realizado. Este laudo vai para a Secretaria Municipal de Saúde inserir o paciente na fila de espera através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

Por meio do sistema Agenda Cirúrgica cada Central de Regulação de Internação Hospitalar consegue acompanhar a fila de espera. Dessa forma, as Centrais de Regulação alocam os pacientes por prioridade, ordem cronológica, subgrupo e especialidade no planejamento cirúrgico das Unidades Executantes.

A Unidade Executante irá realizar o pré-operatório do paciente e agendar a cirurgia com data de previsão. Já a Secretaria Municipal de Saúde, por sua vez, irá agendar o transporte se for necessário para deslocamento do paciente.

Após a realização do procedimento e confirmação no sistema Agenda Cirúrgica a Central de Regulação irá autorizar a solicitação no Sistema Nacional de Regulação-SISREG.

O fluxo de cirurgias eletivas está descrito na Deliberação 66/CIB/2018, disponível no site www.saude.sc.gov.br, no menu Profissionais de Saúde, sub menu Regulação (<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/deliberacoes-portarias>)



A fila de espera das cirurgias eletivas pode ser acompanhada pelo site www.saude.sc.gov.br é possível visualizar o ícone “Listas de Espera SUS”, localizado no rodapé da página inicial (home), ou ainda, é possível acessar diretamente pelo link: <https://listadeespera.saude.sc.gov.br/#/home>. Em Lista de Espera o usuário encontrará o procedimento que está aguardando. Ao clicar em cima do procedimento, abre os detalhes da espera.

“Listas de Espera SUS”

<https://listadeespera.saude.sc.gov.br/#/home>



Deliberações vigentes em 2024: 66/CIB/2018, 104/CIB/2022, 007/CIB/2023, 008/CIB/2023, 009/CIB/2023, 744/CIB/2023, 745/CIB/2023, 264/CIB/2024, 270/CIB/2024.

- Fluxo de Regulação de Internação Hospitalar

Em SC, a SES, através da SUR deram início a regulação hospitalar, a partir da Portaria SES/SC nº 835, de 10 de agosto de 2009, que implantou a Central Estadual de Regulação de Leitos de Terapia Intensiva (Adulto, Pediátrico e Neonatal).

Têm sob sua responsabilidade a administração e execução da regulação das demandas dos leitos de UTI (adulto, neonatal e pediátrico) no âmbito estadual. Estes procedimentos obedecem a um fluxo, desencadeado pelas demandas das oito CRIH/MR, responsáveis pelo mapeamento do leito, procedimento, inicialmente na sua macrorregião.

Todos os fluxos estão disponíveis na página da SES, www.saude.sc.gov.br, no menu Profissionais de Saúde, submenu Regulação, que pode ser acessado em:

<p>Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares:</p> <p>https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/central-estadual-de-regulacao-d-e-internacoes-hospitalares.</p>	
---	---

4.5.2. Linhas de cuidado

As Linhas de Cuidado são compostas por padronizações técnicas que detalham a organização da oferta de serviços de saúde no sistema. Seus principais objetivos incluem:

- Definir os fluxos assistenciais para condições de saúde específicas dentro da Rede de Atenção à Saúde.
- Oferecer suporte institucional às Secretarias de Saúde dos Municípios na qualificação e consolidação das ações de implantação.
- Promover a capacitação de gestores e profissionais de saúde da atenção primária para a implementação das linhas de cuidado nos municípios.
- Fortalecer ações, projetos e programas relacionados às linhas de cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde, com ênfase na Atenção Primária.
- Estabelecer parcerias com outros setores públicos para estimular e promover a implantação das linhas de cuidado nos municípios.

Estão priorizadas nesta macrorregião as linhas de cuidado materno infantil e RAPS pelo Planifica-SUS e Linhas de Condições Crônicas (HAS/ DM/ Sobrepeso e Obesidade) e Atenção Integral à Pessoa Idosa.

As Linhas de Condições Crônicas e Pessoa Idosa já tiveram aprovação em Comissão Intergestores Regional, formação de grupo condutor, encontros com apoio técnico da APS e GANT/DIVE trabalhando a análise situacional do território.

DELIBERAÇÃO 017/CIB/2020 - Reorganizar o fluxo de acesso dos usuários do SUS na urgência e emergência cardiológica, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, regulados pela Central de Regulação de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

DELIBERAÇÃO 261/CIB/2021 A reorganização do fluxo de acesso dos usuários do SUS na urgência e emergência neurológica, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, regulados pela Central de Regulação de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Quadro 62 - Linhas de Cuidado e Deliberações, 2024. Santa Catarina, 2024.

LINHA DE CUIDADO	DELIBERAÇÃO
Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual	DELIBERAÇÃO 331/CIB/2018 Atualização DELIBERAÇÃO 160 CIB/2022
Linha de cuidado Materno Infantil	DELIBERAÇÃO 286/CIB/18
Linha de cuidado à pessoa com Sobrepeso e Obesidade	Em atualização com previsão de lançamento para 2023.02
Linha de cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus	DELIBERAÇÃO 330/CIB/2018 retificada 23/09/2023
Linha de cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica	Deliberação 330/CIB/2018 Retificada 23/09/2023
Linha de cuidado para atenção à saúde da pessoa Idosa	DELIBERAÇÃO 307/CIB/2018
Linha de cuidado para atenção à Saúde Bucal	DELIBERAÇÃO 285/CIB/18

Fonte: DAPS/SES, 2024

Quadro 63. Deliberações CIB referentes aos fluxos e acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Santa Catarina, 2024.

Deliberação	Ato pautado
Deliberação 02/CIB/24	Programação orçamentária anual para o pagamento do Cofinanciamento estadual das: eSF, eSB, PNAISP, CAPS, LRPD, CEO e PROCIS
Deliberação 039/CIB/24	Aprova o Cofinanciamento estadual para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) Tipo II
Deliberação 099/CIB/21	Aprova o fluxo de acesso às internações hospitalares em saúde mental e em psiquiatria

Fonte: DAPS/SES, 2024

Legenda: eSF-Equipe da estratégia Saúde da Família, eSB-Equipe de Saúde Bucal, PNAISP-Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, CAPS-Centro de Atenção Psicossocial, LRDP-Laboratório Regional de Prótese Dentária, CEO-Centro de Especialidades Odontológicas, PROCIS-Programa Catarinense de Inclusão Social Descentralizado.

- Fluxo de acesso à Linha de Cuidado da Doença Renal Crônica (DRC)

O Estado de Santa Catarina possui uma rede de atenção ambulatorial especializada de referência, com 20 serviços de diálise habilitados para atendimento das pessoas com DRC, conforme quadro a seguir:

Quadro 64 - Unidades habilitadas para o atendimento ambulatorial especializado em DRC.

Região de Saúde	Municípios	Estabelecimentos	1506 Unidade de Atenção Especializada em DRC nos estágios 4 e 5 (Pré-Dialítico)
Meio Oeste	Luzerna	0061271HEMOSE RLuzerna	1

Fonte: GEARS/SPS/SES, 2021.

Em relação ao Fluxo de Atendimentos na Linha de Cuidado da Pessoa com DRC na Atenção Ambulatorial Especializada, na Macrorregião do Meio Oeste, há unidades que compõem este fluxo, visualizadas nos quadros a seguir.

Quadro 65 - Fluxo de Atendimentos na Linha de Cuidado da Pessoa com DRC na Atenção Ambulatorial Especializada.

Estimativa Anual de incidência		
	Estágio 4	Estágio 5
0061271Hemoser Luzerna Luzerna	144	20
4058976 Clínica Hemodiálise de Curitibanos Ltda	212	30
2692864 Clínica Hemodiálise de Videira Ltda		
2303892 Hospital São Francisco	111	15

Fonte: GEARS/SPS/SES, 2021.

Quadro 66 - Referência por Unidade que Aceitou Fazer parte da Linha de Cuidado a Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos Estágios 3, 4 e 5 (mesmo não habilitada).

CNES	Estabelecimento	Município	Macrorregião	Estágio 4	Estágio 5
61271	Hemoser Luzema	Luzema	Meio Oeste	144	20
4058976	Clínica Hemodialise de Curitiba LTDA	Curitiba	Alto Vale do Rio do Peixe	106	15
2692864	Clínica Hemodiálise de Videira LTDA	Videira	Alto Vale do Rio do Peixe	106	15
2303892	Hospital São Francisco	Concordia	Alto Uruguai Catarinense	111	15

Fonte: GEARS/SPS/SES, 2021.

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

A macrorregional Meio Oeste, dentro da RAS possui uma Rede protocolada que é a 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.

A linha de cuidados Materno Infantil também é trabalhada na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste a partir de Abril de 2024 por meio do Projeto ProadiSus - PlanificaSus.

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). A macrorregional Meio Oeste, dentro da RAS possui uma Rede protocolada que é a 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.

A linha de cuidados Materno Infantil também é trabalhada na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste a partir de Abril de 2024 por meio do Projeto ProadiSus - PlanificaSus.

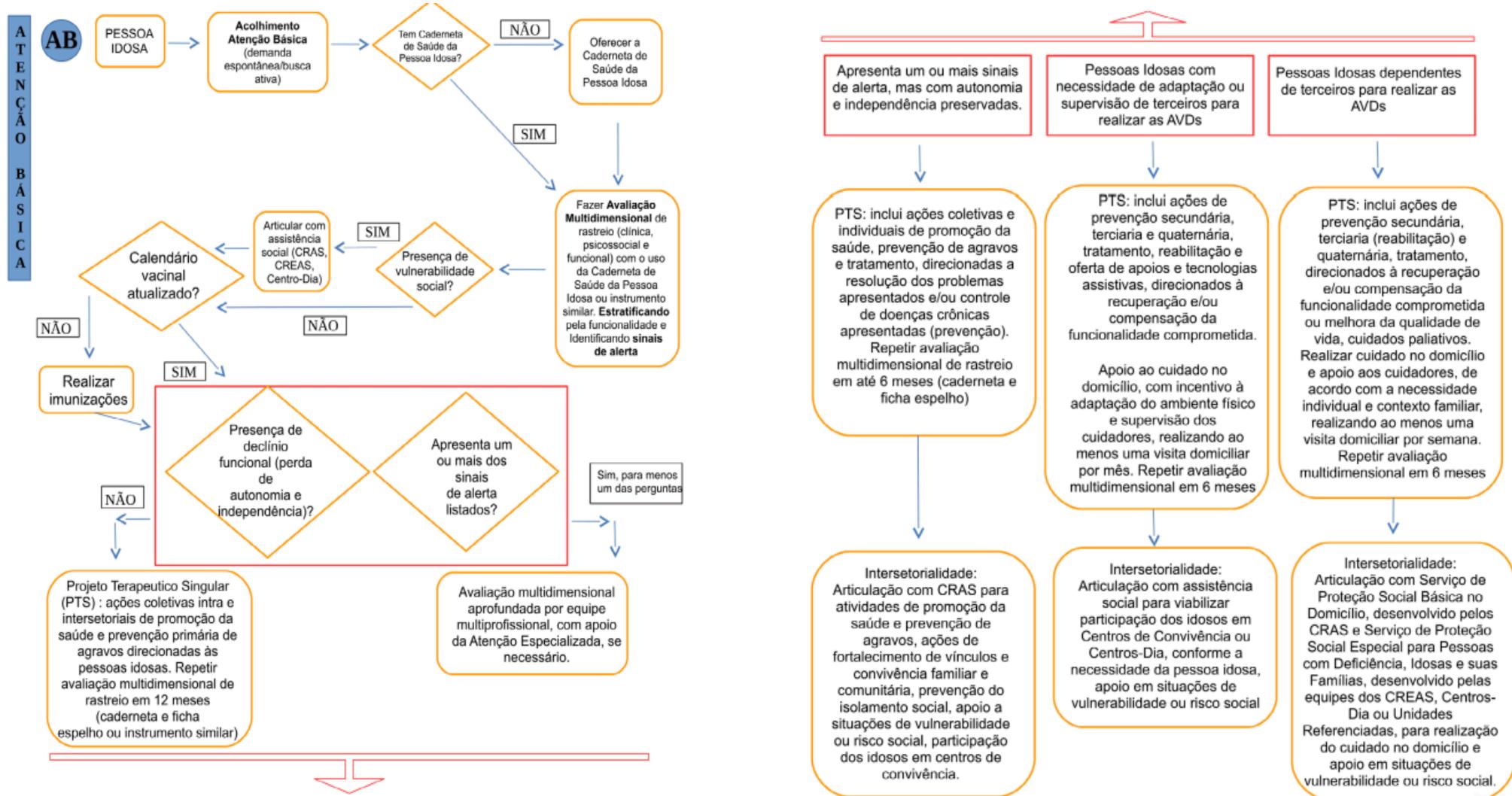
- Fluxo de acesso à Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC)

DELIBERAÇÃO 261/CIB/2021 - A reorganização do fluxo de acesso dos usuários do SUS na urgência e emergência neurológica, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, regulados pela Central de Regulação de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

- Fluxo de acesso à Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa

O fluxo de acesso à Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa é um processo estruturado para garantir que os idosos recebam o atendimento integral e contínuo de saúde de acordo com suas necessidades específicas. Dada a complexidade das condições de saúde dessa população, que frequentemente envolve múltiplas doenças crônicas, comorbidades e questões relacionadas ao envelhecimento, é essencial que haja uma organização eficiente e integrada entre os serviços de atenção básica, especializada e hospitalar. Este fluxo visa assegurar que os idosos sejam encaminhados de forma adequada e oportuna para os diferentes níveis de cuidado.

Figura 67 - Fluxograma de acesso da Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa

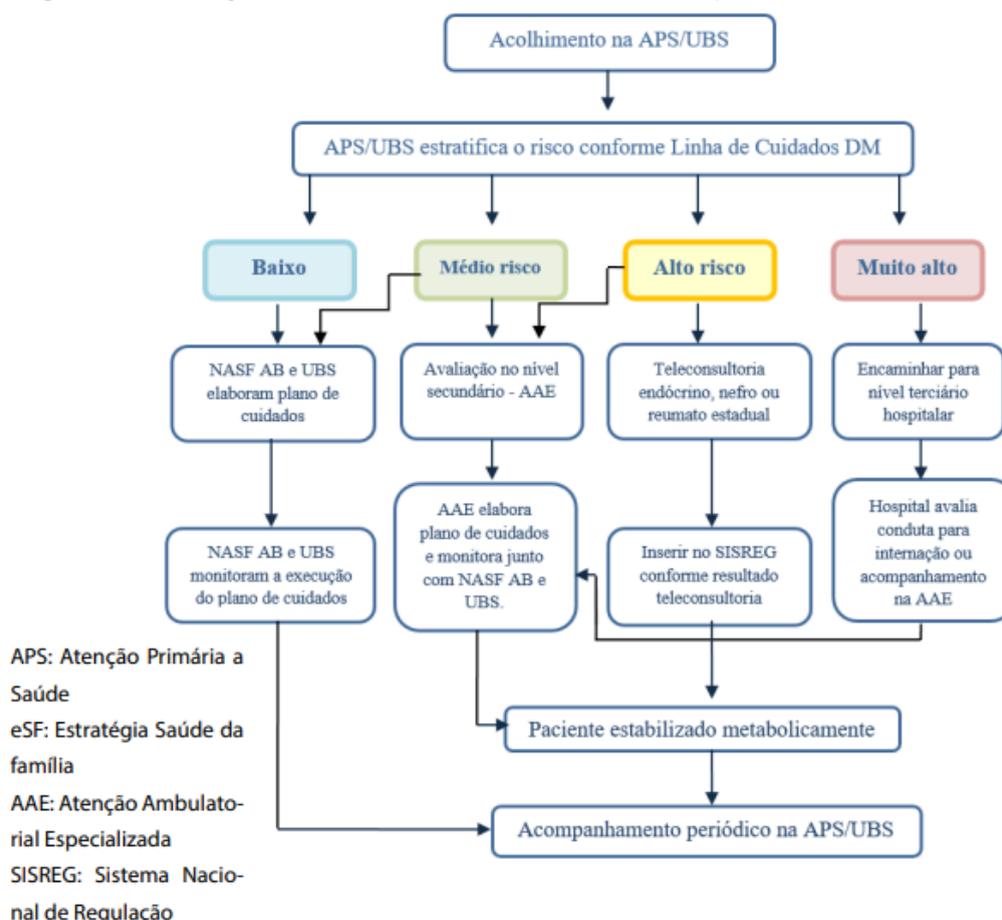


Fonte: SES, 2024.

- Fluxo de acesso à Linha de Cuidado à pessoas com Diabetes Mellitus

O fluxo de acesso à Linha de Cuidado para pessoas com Diabetes Mellitus é essencial para garantir o atendimento contínuo e eficaz aos indivíduos diagnosticados com essa condição crônica, que exige manejo adequado para o controle glicêmico e prevenção de complicações. Esse fluxo envolve uma rede integrada de serviços de saúde, desde a atenção primária até o atendimento especializado, com o objetivo de monitorar, tratar e orientar os pacientes sobre o autocuidado, a adesão ao tratamento e a promoção de hábitos saudáveis. A estruturação desse fluxo é fundamental para assegurar que as pessoas com diabetes recebam cuidados de forma coordenada e oportuna, prevenindo complicações promovendo o controle eficaz da doença e melhorando a qualidade de vida do paciente.

Figura 68 - Fluxograma de acesso da Linha de Cuidado à pessoas com Diabetes Mellitus



Fonte: SES, 2024.

- Deliberações CIB referente aos fluxos e protocolos de acesso das linhas de cuidado

A Deliberação 121/CIB/2024 aprova o Termo de Adesão do Estado de Santa Catarina ao projeto “A organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde”, intitulado PlanificaSUS, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) – Triênio 2024 a 2026 e a adesão das Regiões de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, Alto Vale do Rio do Peixe, Meio Oeste, Serra Catarinense e Foz do Rio Itajaí. Aprova a continuidade a implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde, proposta pelo CONASS, nas Macrorregião de Saúde (Foz do Rio Itajaí e Serra Catarinense), que participaram do PlanificaSUS na Fase I (2018-2020) e Fase II (2021-2023), com expansão no triênio 2024-2026 com o desenvolvimento do piloto em Saúde Mental na APS como objetivo apoiar a gestão estadual e municipal na organização da linha de cuidado de saúde mental na APS a partir da metodologia da Planificação de Atenção à Saúde (PAS).

A Diretoria de Atenção Primária à Saúde - DAPS/SC possui as seguintes linhas de cuidado aprovadas na CIB/SC disponíveis no site da SES.

Quadro 67 - Deliberações CIB referentes aos fluxos e acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial

LINHA DE CUIDADO	DELIBERAÇÃO
Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual	Deliberação 331/CIB/2018 Atualização Deliberação 160/CIB/2022
Linha de cuidado Materno Infantil	Deliberação 286/CIB/18
Linha de cuidado à pessoa com Sobrepeso e Obesidade	Deliberação 136/CIB/2024
Linha de cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus	Deliberação 330/CIB/2018 Retificada 23/09/2023
Linha de cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica	Deliberação 330/CIB/2018 Retificada 23/09/2023
Linha de cuidado para atenção à saúde da pessoa Idosa	Deliberação 307/CIB/2018
Linha de cuidado para atenção à Saúde Bucal	Deliberação 285/CIB/18

Fonte: SES, 2024.

A Linha de cuidado saúde mental está em revisão e a Linha de cuidado integral à pessoa com dor crônica está em construção.

Quadro 68 - Deliberações CIB referentes aos fluxos e acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial

Deliberação 02/CIB/24	Programação orçamentária anual para o pagamento do Cofinanciamento estadual das: eSF, eSB, PNAISP, CAPS, LRPD, CEO e PROCIS
Deliberação 039/CIB/24	Aprova o Cofinanciamento estadual para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) Tipo II
Deliberação 099/CIB/21	Aprova o fluxo de acesso às internações hospitalares em saúde mental e em psiquiatria

Fonte: SES, 2024.

Legenda: eSF-Equipe da estratégia Saúde da Família; eSB-Equipe de Saúde Bucal; PNAISP-Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional CAPS-Centro de Atenção Psicossocial; LRDP-Laboratório Regional de Prótese Dentária; CEO-Centro de Especialidades Odontológicas PROCIS-Programa Catarinense de Inclusão Social Descentralizado.

<p>Todas as Linhas de cuidado estão disponíveis na página da SES:</p> <p>https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps</p>	
--	--

4.5.3 Fluxos do Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

A Portaria MS nº 55/1999 dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Deliberação nº 136/CIB/2020, aprova o Manual de Normatização do TFD do Estado de Santa Catarina, contemplando toda a documentação necessária, as atribuições e os fluxos do serviço.

O benefício consiste em disponibilizar o deslocamento e ajuda de custo para pacientes (e acompanhante, se necessário) atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS que necessitem de assistência ambulatorial e hospitalar cujo procedimento seja de média ou alta complexidade. O TFD só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do próprio município/região e/ou Estado; e quando houver garantia de atendimento pelo SUS no município de referência, com horário e data definidos previamente.

De acordo com o Manual, a responsabilidade pelas despesas de TFD Intraestaduais é atribuída às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e de TFD Interestaduais é atribuída à Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC).

O Manual também está disponível na página da SES, www.saude.sc.gov.br, no menu Profissionais de Saúde, sub menu Regulação, item TFD:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/tfd-tratamento-fora-de-domicilio>.



- Fluxos TFD

Na **Região Alto Vale do Rio do Peixe** o usuário tem alta cobertura de APS, tendo a APS como a principal porta de entrada do SUS. A gestão municipal junto com as suas Equipes de Atenção Primária à Saúde se organizam baseados na realidade local, a depender da população adscrita, vulnerabilidade social, estrutura a disposição e ferramentas, oferecendo Promoção, Prevenção e Recuperação à saúde da demanda espontânea e demanda agendada ou aos Grupos de atenção à saúde, tais como exemplo: gestantes, doentes crônicos e/ou reabilitação. O acolhimento se dá pela organizam baseados nas premissas básicas do SUS, tais como seus princípios e diretrizes: universalidade, equidade e integralidade; e regionalização, hierarquização, cuidado centrado na pessoa, territorialização, resolutividade, ordenação da rede, população adscrita, longitudinalidade do cuidado e participação da comunidade.

O processo de trabalho depende de diversos fatores que determinam a particularidade de cada unidade, variando do acesso avançado aos usuários ao atendimento agendado e ao atendimento em horário estendido, onde a Estratégia Saúde da Família, principal eixo da APS, é responsável pelo acolhimento dos usuários e suas necessidades, incluindo as urgências em saúde. A situação de emergência, no âmbito da Atenção à Saúde, pode ser compreendida como a ocorrência imprevista, que proporciona agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte. Nessa perspectiva, o usuário apresenta necessidades relacionadas a aspectos como saúde imediata e tempo em que deve ocorrer a realização do

atendimento (hora de ouro), considerados essenciais para seus processos de cura, reabilitação e monitoramento do estado de saúde. No entanto, apenas a realização do atendimento é insuficiente para contribuição da melhora do paciente durante a hora de ouro. Essa assistência necessita ser bem orientada e operacionalizada, garantindo a evolução satisfatória do paciente. Nesta perspectiva as UBS realizam o acolhimento e primeiro atendimento com os materiais e medicamentos disponíveis e referenciam o usuário/paciente para a porta de entrada de urgência mais próxima, quando necessário solicitam auxílio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

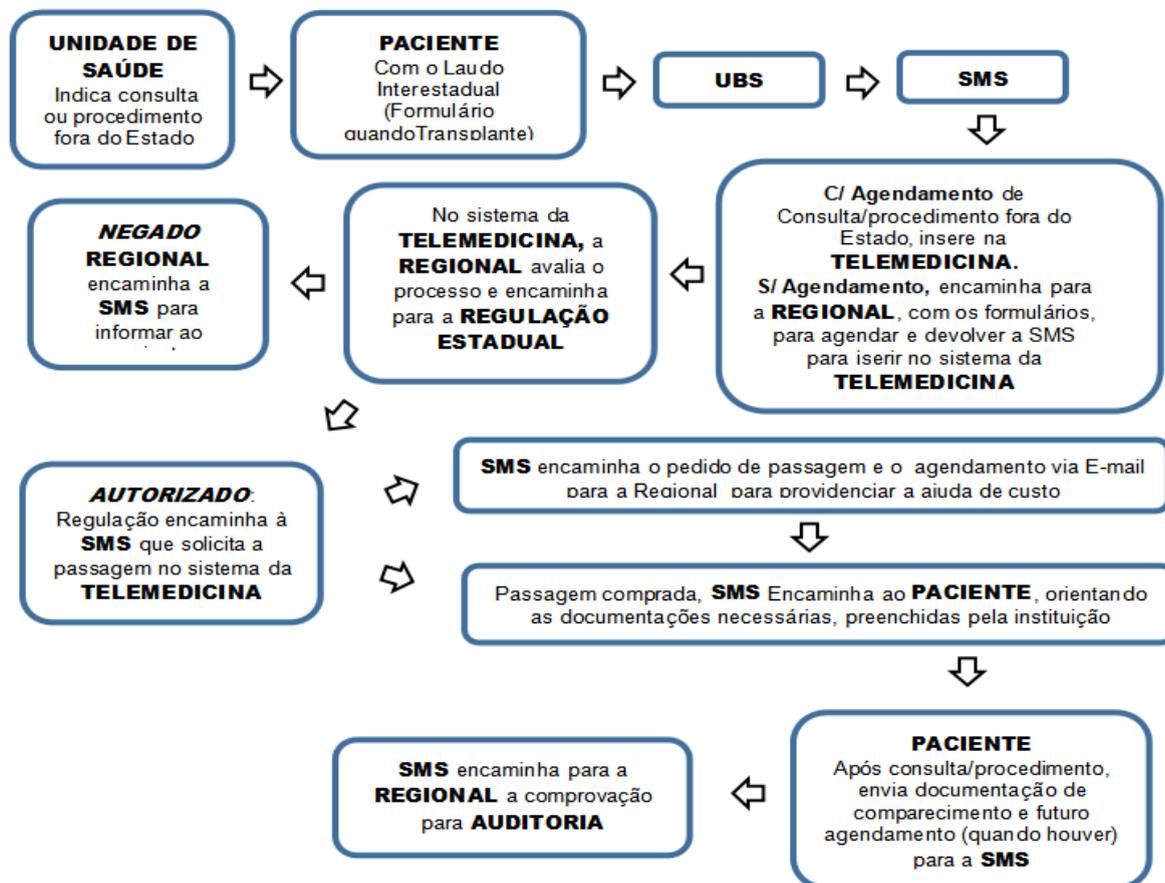
Na **Região Alto Uruguai Catarinense** as Unidades Básicas de Saúde da região possui um acesso a população de forma mista, composto por agendamento e demanda espontânea. A grande maioria dos municípios, aproximadamente 70% dos atendimentos são realizados por demanda espontânea, enquanto 30% ocorrem mediante agendamento. Além disso, também são realizados atendimentos vinculados a programas específicos. Em relação ao acolhimento, este processo é realizado pela recepção e pelas equipes de enfermagem, que recebem, ouvem e tratam os usuários de forma humanizada, onde na maioria das Unidades Básicas de Saúde dos municípios da Região da AMAUC, os primeiros atendimentos de Urgência e Emergência são atendidos, todas as unidades possuem salas e equipamentos preconizados.

Na **Região Meio Oeste** o usuário tem acesso às UBS através de agendamento e demanda espontânea na maioria dos casos, sendo que cada unidade avalia a sua necessidade, onde algumas somente atendem por demanda espontânea.

O acolhimento é realizado através da recepção e após avaliação na triagem, verifica os sinais vitais e identifica a demanda, dessa forma cada indivíduo tem suas particularidades, caso não seja urgente, o atendimento é agendado, entretanto alguns municípios atendem todos que chegam até a unidade, caso necessite é realizado também encaminhamento para equipes e-multi ou para outro profissional fora do domicílio de referência.

Figura 69 - Fluxograma TFD

**TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD INTERESTADUAL
FLUXOGRAMA**



Fonte: DELIBERAÇÃO 136/CIB/2020 - RETIFICADA EM 07/12/23

4.6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Neste capítulo será apresentado o quadro dos Macroproblemas, que são resultado dos problemas consolidados oriundos das discussões em CIR, dos problemas levantados pelas áreas técnicas SES e das Conferências de Saúde.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. As condições de saúde referem-se às circunstâncias que afetam a saúde das pessoas, variando em persistência e necessitando de respostas sociais que podem ser reativas ou proativas, além de serem eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas pelos sistemas de atenção à saúde (CONASS 2011).

Os Macroproblemas foram Extraídos do Plano Estadual de Saúde- SC 2024-2027 - Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, divididos em 4 perspectivas: sociedade, processo, gestão e financeiro.

Neste capítulo será apresentado o quadro dos Macroproblemas, que são resultado dos problemas consolidados oriundos das discussões em CIR, dos problemas levantados pelas áreas técnicas SES e das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.

Quadro 69 - Macroproblemas Plano Estadual de Saúde- SC 2024-2027

PERSPECTIVAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	MACROPROBLEMAS SC
SOCIEDADE	1. Implementar as políticas de saúde, com especial atenção às populações em situação de vulnerabilidade	1.1. Propiciar o acesso a ações e serviços de saúde, em tempo oportuno, considerando as pessoas em situação de vulnerabilidade.	Iniquidades regionais, sociais e culturais no acesso à saúde
	2. Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população	2.1. Reduzir a taxa de morbimortalidade por causas externas no estado	Elevada morbimortalidade por causas externas
		2.2. Reduzir a incidência e morbimortalidade por arboviroses conforme o perfil epidemiológico do Estado	Aumento de incidência e morbimortalidade por arboviroses
		2.3. Reduzir a incidência e morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT	Aumento de incidência e morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis - dcnt
		2.4. Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis	Aumento de incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis
		2.5. Ampliar a cobertura vacinal	Diminuição da cobertura vacinal
3. Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério	3.1. Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil	Aumento da taxa de mortalidade materno infantil	
PROCESSO	4. Garantir a atenção integral, qualificada e humanizada às pessoas com deficiências e neuro divergentes	4.1. Desenvolver ações para atendimento às pessoas com deficiência e neuro divergentes	Despreparo e oferta insuficiente dos serviços de saúde para o atendimento às pessoas neuro divergentes e com deficiência
	5. Promover a regionalização como forma de concretizar os princípios da equidade, integralidade e universalidade	5.1. Implementar o processo de planejamento regional com base na situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada	Fragilidade no processo de regionalização
	6. Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS	6.1. Aprimorar a Regulação do Acesso à Assistência	Fragilidade na regulação de acesso aos serviços de saúde
		6.2. Qualificar a assistência hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes	Baixa qualidade na assistência em saúde
		6.3. Promover ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes e condicionantes que impactam na saúde	Insuficiência de ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes sociais que impactam na saúde

PERSPECTIVAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	MACROPROBLEMAS SC		
		6.4. Fortalecer e ampliar a Atenção Especializada em Saúde	Baixa qualidade na assistência em saúde		
		6.5. Reorganizar os processos de trabalho e articulações intersetoriais das ações de vigilância em saúde de acordo com os determinantes sociais	xxx (análise da situação d e saúde)		
		6.6. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e implantar as linhas de cuidado	Fragilidade na ras		
		6.7. Qualificar a demanda existente na lista de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas	Fragilidade na regulação de acesso aos serviços de saúde		
		6.8. Ampliar as ações de prevenção e promoção da saúde	Ações insuficientes de prevenção e promoção da saúde		
		6.9. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial	Política de saúde mental insuficiente		
		6.10. Aprimorar a Assistência Farmacêutica no território	Fragilidade na execução da assistência farmacêutica no território catarinense		
		6.11. Fortalecer a referência e contrarreferência dos serviços de saúde	Ausência de sistema de referência e contrarreferência		
		6.12. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado	Fragilidade da aps nas ações de promoção, de prevenção e de coordenadora do cuidado		
		GESTÃO	7. Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras	7.1. Elaborar e implementar uma política de tecnologia da informação e comunicação para a SES	Inexistência de uma política/plano diretor de tecnologia da informação e comunicação para a ses
				7.2. Fortalecer e ampliar as ações de Educação Permanente em Saúde	Educação permanente em saúde fragilizada
				7.3. Aprimorar a gestão de pessoas, com revisão do Plano de Cargos e Salários, privilegiando a contratação via concurso público	Falhas no processo de gestão de pessoas

PERSPECTIVAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	MACROPROBLEMAS SC	
		7.4. Aprimorar os processos de trabalho e fluxos internos com implantação da gestão de qualidade na SES	Deficiência na gestão de processos e fluxos internos	
		7.5. Articular as áreas de planejamento, gestão e licitação de forma a acelerar e qualificar os processos	Desarticulação das áreas técnicas com planejamento, gestão de licitação e compras	
		7.6. Promover a reestruturação física das unidades administrativas e estabelecimentos de saúde da SES	Estrutura física inadequada para a demanda	
	8. Fomentar a política de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade como meio de atender as demandas sociais	8.1. Fortalecer a comunicação estratégica acessível e transversal para difusão das políticas, ações e informações em saúde	Fragilidade na política de comunicação	
		8.2. Reduzir a judicialização em saúde	Alto índice de judicialização	
	9. Fomentar a transparência e o controle para alocação e utilização adequada dos recursos em saúde ofertados aos cidadãos	9.1. Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria	xxx (conferência estadual de saúde)	
	10. Fortalecer os espaços do controle social e da governança colegiada compartilhada	10.1. Garantir o modelo de gestão participativa e compartilhada fortalecendo as instâncias de controle	xxx (conferência estadual de saúde)	
	11. Fortalecer o planejamento estratégico, participativo e ascendente em saúde	11.1. Avançar na cultura de planejamento e monitoramento em saúde	xxx (análise da situação de saúde)	
	FINANCEIRO	12. Fomentar o financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde	12.1. Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros conforme o planejamento estratégico	Gestão deficiente na captação, planejamento, alocação e destinação orçamentária para o financiamento das políticas públicas de saúde
			12.2. Implementar estratégias para captação de recursos	Insuficiência de recursos

Fonte: PES 2024-2027

5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES SANITÁRIAS

A definição de prioridades sanitárias refere-se ao processo de identificar e classificar as questões de saúde pública que exigem atenção e intervenção imediata ou estratégica. Esse processo envolve a avaliação de problemas sanitários com base em critérios. O objetivo é alocar recursos de forma eficiente e eficaz para resolver os problemas de saúde mais críticos de cada território e melhorar a qualidade de vida da população.

As prioridades sanitárias são definidas por meio da Análise da Situação de Saúde, com vistas a compreender as diferenças e as desigualdades regionais, incluindo nesta análise a identificação de doenças endêmicas, surtos epidêmicos, carências em infraestrutura, saneamento básico, capacidade instalada de cada território, entre outros aspectos.

Esse processo é fundamental para o planejamento e gestão de políticas públicas de saúde.

Em convergência ao levantamento de informações, a definição das prioridades sanitárias para o Plano Regional da Macrorregião, pauta-se também no Plano Estadual de Saúde 2024-2027, considerando suas diretrizes e objetivos estratégicos, os cenários apresentados por cada Macrorregião e como mecanismo de priorização utiliza a metodologia da Matriz RUF-V (adaptada), para definir os macroproblemas que serão priorizados neste primeiro ciclo de monitoramento, por meio de indicadores clássicos e metas pré estabelecidas.

5.1. MACROPROBLEMAS PRIORIZADOS

Com base na análise situacional da saúde em seus diversos aspectos, é necessário identificar e definir as prioridades sanitárias regionais que integrarão o Plano Regional da Macrorregião. Essas prioridades devem ser traduzidas posteriormente em diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução.

- Macroproblemas Priorizados

Quadro 70: Apresentação dos Macroproblemas elencados pela Macrorregional

MACRORREGIÃO MEIO OESTE			
PERSPECTIVAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	MACROPROBLEMAS
SOCIEDADE	2. Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população	2.2. Reduzir a incidência e morbimortalidade por arboviroses conforme o perfil epidemiológico do Estado	Aumento de incidência e morbimortalidade por arboviroses
SOCIEDADE	3. Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério	3.1. Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil	Aumento da taxa de mortalidade materno infantil
PROCESSO	6. Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS	6.6. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e implantar as linhas de cuidado	Fragilidade na ras
PROCESSO		6.9. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial	Política de saúde mental insuficiente
PROCESSO		6.12. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado	Fragilidade da aps nas ações de promoção, de prevenção e de coordenadora do cuidado

Fonte: GERSA, 2024.

Seguem os cenários e propostas de cada macroproblema priorizado pela Macrorregião Meio Oeste:

MACROPROBLEMA: AUMENTO DA TAXA DE MORTALIDADE MATERNO INFANTIL

- **Cenário**

A mortalidade infantil na macrorregião Meio Oeste de Santa Catarina apresenta índices preocupantes. Em 2023, foram registrados 92 óbitos infantis, resultando em uma taxa de mortalidade infantil (TMI) de 10,5 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV). A maior parte dos óbitos ocorreu na região Alto Vale Rio do Peixe, com 40 óbitos, mas a maior TMI foi observada na região Alto Uruguai Catarinense (14,5). No início de 2024, já foram registrados 78 óbitos infantis, refletindo a persistência do problema. Além disso, a mortalidade materna também apresentou um aumento preocupante. Em 2023, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 11,4 óbitos por 100.000 NV, mas em 2024, já se registrou uma RMM de 56,03, um aumento significativo em relação aos anos anteriores, quando os índices eram de 56,02 (2022) e 80,7 (2021). Estes dados indicam um cenário crítico na assistência à saúde materno-infantil, com necessidades urgentes de revisão e fortalecimento de políticas e práticas de cuidado.

- **Propostas**

Para enfrentar o aumento das taxas de mortalidade materno-infantil, é essencial implementar ações de monitoramento e planejamento, como o Projeto ProadiSus - PlanificaSus, para promover melhorias nos cuidados de saúde materno-infantil. Deve-se estimular a implantação de Comitês de Investigação de Óbitos nos municípios e nas Gerências Regionais de Saúde, com a emissão de relatórios de alerta para melhor identificação das causas e fatores contribuintes. O levantamento sistemático de indicadores de saúde deve ser incentivado, visando planejar e implementar ações focadas na redução da mortalidade. Para ampliar o acesso à saúde e garantir um acompanhamento adequado, a ampliação das Equipes de Saúde da Família é fundamental, com foco na inclusão de gestantes e crianças em suas respectivas comunidades. A utilização de protocolos clínicos e de enfermagem também deve ser fomentada, para garantir um atendimento

sistematizado e de qualidade no pré-natal, puerpério e puericultura. Além disso, a educação permanente multiprofissional é crucial para a capacitação contínua das equipes de saúde, com especial atenção ao cuidado das gestantes e crianças. Por fim, é necessário fortalecer o atendimento hospitalar às gestantes, especialmente nos ambulatórios da Rede Alyne, para garantir a qualidade do cuidado durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

MACROPROBLEMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INSUFICIENTE

- **Cenário**

A Política de Saúde Mental na Macrorregião Meio Oeste de Santa Catarina ainda é insuficiente para atender à demanda crescente. A região é composta por 53 municípios, dos quais apenas 15 possuem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os municípios que não têm esse serviço são assistidos pelos CAPS microrregionais, ou, quando não há cobertura, pela Atenção Primária à Saúde (APS), equipe E-multi e outras unidades de Atenção Especializada. A demanda por atendimentos de saúde mental é expressiva: em 2023, foram realizados 130.598 atendimentos, com uma média mensal de 10.883 atendimentos, e em 2024, até setembro, já haviam sido realizados 93.049 atendimentos. A carência de serviços especializados e a crescente demanda indicam a necessidade urgente de ampliar a infraestrutura de saúde mental e integrar melhor as ações de atenção primária e especializada.

- **Propostas**

Para melhorar a cobertura e a qualidade da assistência em saúde mental, é fundamental incentivar os municípios da Macrorregião a aderirem ao Projeto ProadiSus - Saúde Mental, promovendo a qualificação dos serviços de saúde mental. A capacitação dos profissionais das equipes E-multi e APS, especialmente nos municípios que ainda não possuem CAPS, é essencial para melhorar o atendimento e a gestão dos casos. A expansão do Planifica SUS pode contribuir para integrar os serviços e ampliar a cobertura da Atenção Primária à Saúde, tornando-a mais eficaz no atendimento à saúde mental. Além disso, é importante fortalecer as instituições hospitalares com leitos habilitados para atendimento psiquiátrico e estimular a habilitação de novos leitos especializados de forma responsável. Deve-se também efetivar a utilização de protocolos para o

encaminhamento adequado de pacientes para internações psiquiátricas, garantindo que os processos de encaminhamento e internação sejam realizados de forma eficiente e segura. A educação permanente multiprofissional na Atenção Primária e nos CAPS é uma estratégia crucial para qualificar a assistência e promover a atualização das equipes. Por fim, é necessário fortalecer as portas de entrada nos hospitais gerais, garantindo atendimento adequado aos pacientes psiquiátricos, com foco na integração entre as redes de saúde mental e os serviços de saúde hospitalares.

MACROPROBLEMA AUMENTO DE INCIDÊNCIA E MORBIMORTALIDADE POR ARBOVIROSES

- **Cenário**

O aumento significativo da incidência de arboviroses, especialmente dengue, é alarmante na região. Em 2023, a taxa de incidência foi de 110,08 casos a cada 100.000 habitantes, com um óbito registrado. Contudo, em 2024, a taxa disparou para 697,10 casos, com o registro de 4 óbitos entre janeiro e setembro, evidenciando um crescimento expressivo no número de casos de dengue e outras arboviroses. A elevação da taxa de incidência e a mortalidade crescente são reflexos de um controle insuficiente, exacerbado pela alta proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, e pela falta de ações sistemáticas para mitigar o problema.

- **Propostas**

Para conter o avanço das arboviroses, é essencial manter uma equipe mínima de agentes de combate a endemias e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para a execução de ações básicas de promoção à saúde e prevenção. Além disso, a gestão adequada dos resíduos sólidos nos municípios deve ser intensificada para eliminar criadouros de mosquitos, um fator crítico na proliferação do vetor. A capacitação das portas de entrada de urgência e emergência é imprescindível para garantir a classificação oportuna de casos graves de dengue e outras arboviroses, possibilitando intervenções rápidas. Deve-se também fomentar ações municipais e regionais voltadas ao controle de vetores, como a aplicação de larvicidas e o controle químico do mosquito. Por fim, é fundamental integrar ações escolares com o Programa Saúde na Escola, visando educar e sensibilizar a

população infantojuvenil sobre a importância da prevenção das arboviroses, estimulando a adoção de medidas de controle em suas comunidades.

MACROPROBLEMA FRAGILIDADE DA APS NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO, DE PREVENÇÃO E DE COORDENADORA DO CUIDADO

- **Cenário**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um pilar essencial para a organização do sistema de saúde, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e coordenação do cuidado. Na Macrorregião Meio Oeste, a cobertura da APS é de 89,80%, um índice que, apesar de relativamente alto, ainda indica que uma parte significativa da população não tem acesso pleno aos cuidados primários. A fragilidade da APS se reflete em diversos aspectos, como a falta de cobertura em saúde bucal, a não sistematização das práticas de enfermagem e a qualificação insuficiente da assistência médica. Além disso, a limitação na utilização de protocolos clínicos e a dificuldade no gerenciamento de serviços de baixa complexidade, como o teleatendimento, impactam negativamente a efetividade da APS em resolver problemas de saúde de forma precoce e eficaz.

- **Propostas**

Para enfrentar esses desafios, é necessário ampliar a cobertura da APS, garantindo que todos os municípios da macrorregião tenham acesso aos serviços de saúde essenciais. A expansão da cobertura de saúde bucal deve ser priorizada, integrando a atenção odontológica ao cuidado primário. A utilização dos protocolos de enfermagem deve ser incentivada para sistematizar as práticas de cuidado e melhorar a resolutividade nas unidades de saúde. A qualificação da assistência médica na APS é fundamental, com foco em práticas baseadas em evidências e no uso adequado de tecnologias de saúde. A educação permanente para os profissionais de saúde deve ser promovida, garantindo que eles estejam atualizados sobre as melhores práticas de cuidado e prevenção. Além disso, a otimização de ferramentas de baixa complexidade, como o teleatendimento, deve ser estimulada para aumentar a acessibilidade e a resolutividade dos serviços prestados pela APS.

MACROPROBLEMA FRAGILIDADE NA RAS

- **Cenário**

A Macrorregião do Meio Oeste apresenta uma estrutura fragilizada no que se refere à implementação e regulamentação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Atualmente, apenas a Rede de Atenção à Urgência e Emergência está implantada, regulamentada e ativa. Embora existam profissionais atuando nas Atenções Primárias à Saúde (APS) e nas Redes Materno-Infantis, essas redes não estão devidamente regulamentadas, o que compromete a organização e a continuidade do cuidado. A falta de regulamentação e estruturação de outras redes essenciais para o atendimento integral e contínuo de pacientes dificulta a integração entre os diferentes níveis de atenção e o acesso adequado aos serviços.

- **Propostas**

Para fortalecer a RAS na macrorregião, é necessário fortalecer a Rede de Atenção à Urgência e Emergência, garantindo que seus processos e fluxos de atendimento estejam bem estruturados e regulamentados. As redes existentes devem ser devidamente regulamentadas para garantir a articulação entre os diversos pontos de atendimento, como APS e hospitais. Além disso, é essencial implantar Linhas de Cuidado, com protocolos claros para o acompanhamento de pacientes em diversas condições clínicas. A estruturação de pontos de telessaúde e o aumento da oferta de serviços de teleconsultoria e telediagnóstico são fundamentais para ampliar o acesso a especialidades e diagnósticos em tempo oportuno. A implantação de teleconsultorias permitirá também a capacitação contínua dos profissionais de saúde e o suporte remoto às equipes de saúde nas regiões mais distantes, promovendo um atendimento mais resolutivo e ágil.

5.2 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES - DOMI

O Período de monitoramento para todos os indicadores será quadrimestral e os gestores dos indicadores serão os Gerentes das Regionais de Saúde pertencentes à Macrorregião.

PERSPECTIVA SOCIEDADE

DIRETRIZ: 2. Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população

OBJETIVO ESTRATÉGICO: 2.2. Reduzir a incidência e morbimortalidade por arboviroses conforme o perfil epidemiológico do Estado

MACROPROBLEMA: Aumento de incidência e morbimortalidade por arboviroses

Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista
				2025	2026
Taxa de Letalidade por dengue	X	X	X	X	X

PERSPECTIVA SOCIEDADE

DIRETRIZ: 3. Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério

OBJETIVO ESTRATÉGICO: 3.1. Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil

MACROPROBLEMA: Aumento da taxa de mortalidade materno infantil

Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista
				2025	2026
Taxa de Mortalidade Infantil	X	X	X	X	X

PERSPECTIVA PROCESSO

DIRETRIZ: 6. Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS

OBJETIVO ESTRATÉGICO: 6.6. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e implantar as linhas de cuidado

MACROPROBLEMA: Fragilidade na RAS					
Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista
				2025	2026
Número de hospitais do Estado que realizam aplicação de Nusinersena para paciente infantil com Atrofia Muscular Espinhal (AME)	x	x	x	x	x
OBJETIVO ESTRATÉGICO: 6.9. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial					
MACROPROBLEMA: Política de saúde mental insuficiente					
Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista
				2025	2026
Número de atendimentos em saúde mental, por equipe de Saúde da Família (eSF) e de equipes de Atenção Primária (eAP) na APS, registrados no e-SUS/ SISAB	x	x	x	x	x
OBJETIVO ESTRATÉGICO: 6.12. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado					
MACROPROBLEMA: Fragilidade da APS nas ações de promoção, de prevenção e de coordenadora do cuidado					
Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista
				2025	2026
Percentual de cobertura potencial da Atenção Primária à Saúde (APS)	x	x	x	x	x

6. ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PRI

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) requer a definição dos limites geográficos e da população da região de saúde, além do estabelecimento das ações e serviços a serem oferecidos. Porter e Teisberg (2007) expõem que as Redes de Atenção à Saúde são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos, que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária.

6.1 HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nos quadros abaixo apresentamos as habilitações das unidades hospitalares de cada Macrorregião, de acordo com CNES (2024).

Quadro 71 - Habilitações do Hospital De Olhos De Concórdia Ltda (CNES: 0610062)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 72 - Hospital Sao Roque De Luzerna (CNES: 2300184)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
901	Cuidados prolongados - enfermidades cardiovasculares
902	Cuidados prolongados - enfermidades pneumologicas
903	Cuidados prolongados - enfermidades neurológicas
904	Cuidados prolongados - enfermidades osteomuscular e do tecido conjuntivo
905	Enfermidades oncologicas
906	Cuidados prolongados - enfermidades decorrentes da aids
907	Cuidados prolongados - enfermidades devido a causas externas
908	Unidade de internação em cuidados prolongados (UCP)

Fonte: CNES, 2024

Quadro 73 - Hospital Frei Rogerio (CNES: 2300435)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 74 - Hospital Faustino Riscarolli (CNES: 2300478)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia

Fonte: CNES, 2024

Quadro 75 - Hospital Santa Clara (CNES: 2300486)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 76 - Hospital De Caridade Coração De Jesus (CNES: 2300516)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
908	Unidade De Internação Em Cuidados Prolongados (UCP)
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 77 - Hospital Sao Jose De Urubici (CNES: 2300885)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
901	Cuidados prolongados - enfermidades cardiovasculares
902	Cuidados prolongados - enfermidades pneumologicas
903	Cuidados prolongados - enfermidades neurológicas
904	Cuidados prolongados - enfermidades osteomuscular e do tecido conjuntivo
905	Enfermidades oncologicas
907	Cuidados prolongados - enfermidades devido a causas externas
908	Unidade de internação em cuidados prolongados (UCP)
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 78 - Hospital Maice (CNES: 2301830)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
801	Unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular*
803	Cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista
805	Cirurgia vascular
1601	Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia*.
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional*
2304	Enteral e parenteral
2501	Unidade de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia*
2601	UTI II Adulto
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 79 - Hospital Helio Anjos Ortiz (CNES: 2302101)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1404	hospital amigo da criança
1414	Atenção hospitalar de referência a gestação de alto risco tipo ii (gar ii)
1415	Casa da gestante, bebe e puérpera
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional*
2304	Enteral e parenteral
2601	UTI II Adulto
2603	UTI II pediátrica
2610	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo II - UTIN II
2802	Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (UCINCO)
2803	Unidade de cuidados intermediários neonatal canguru (UCINCA)
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 80 - Hospital Salvatoriano Divino Salvador (CNES: 2302500)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional*
2303	Enteral
2501	Unidade de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia*
2601	UTI II Adulto
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 81 - Hospital Santa Juliana (CNES: 2302543)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
	Sem habilitação

Fonte: CNES, 2024.

Quadro 82 - Hospital e Maternidade Santa Cecília (CNES: 2302748)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024.

Quadro 83 - Hospital Beneficente São Roque (CNES: 2302780)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
	Sem habilitação

Fonte: CNES, 2024

Quadro 84 - Hospital São Francisco (CNES: 2303892)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1504	Atenção especializada em DRC com hemodiálise
1505	Atenção especializada em DRC com diálise peritoneal
1506	Atenção especializada em DRC nos estágios 4 e 5 (pré-dialítico)
1601	Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia*.
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional*
2304	Enteral e parenteral
2501	Unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia*
2601	UTI II Adulto
2603	UTI II pediátrica
2610	Unidade de Terapia Intensiva neonatal Tipo II - UTIn II
2696	UTI I Adulto
2702	Hospital tipo II em urgência
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas
3202	Laboratório de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo I

Fonte: CNES, 2024

Quadro 85 - Hospital Sao Roque De Seara (CNES: 2304155)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
907	Cuidados prolongados - enfermidades devido a causas externas
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 86 - Hospital São Lucas Imas (CNES: 2380129)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 87 - Hospital Nossa Senhora Da Paz (CNES: 2380188)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
Sem habilitação	

Fonte: CNES, 2024

Quadro 88 - Hospital Nossa Senhora Das Dores (CNES: 2380331)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia

Fonte: CNES, 2024

Quadro 89 - Hospital Nossa Senhora Dos Prazeres (CNES: 2504316)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
801	Unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular*
803	Cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista
1601	Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia*.
1617	Centro de atendimento de urgência tipo III aos pacientes com AVC
2301	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional*
2304	Enteral e parenteral
2501	Unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia*
2601	UTI II Adulto
2702	Hospital Tipo II em Urgência
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 90 - Hospital E Maternidade Tereza Ramos (CNES: 2504332)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
202	Unid.de assist. de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave
905	Enfermidades oncológicas
1101	Serviço hospitalar para tratamento aids
1203	Hospital dia - aids
1404	Hospital amigo da criança
1414	Atenção hospitalar de referencia a gestação de alto risco tipo II (GAR II)
1415	Casa da gestante, bebe e puerpera
1706	UNACON
1707	UNACON com serviço de radioterapia
1723	Reconstrução mamária pós-mastectomia total
1901	Laqueadura

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1902	Vasectomia
2301	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional*
2304	Enteral e parenteral
2601	UTI II Adulto
2610	Unidade de terapia intensiva neonatal tipo II - UTIn II
2802	Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (ucinco)
2803	Unidade de cuidados intermediários neonatal canguru (ucinca)
2901	Videocirurgias
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 91 - Hospital Salvatoriano Santa Maria (CNES: 2557843)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1902	Vasectomia
2420	Retirada de órgãos e tecidos
2901	Videocirurgias
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 92 - Hospital Universitário Santa Terezinha (CNES: 2560771)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
905	Enfermidades oncologicas
1410	Unidade de centro de parto normal intra-hospitalar Tipo I 3 ppp (cpni i 3 ppp)
1601	Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia*.
1707	Unacon com servico de radioterapia
1718	Oncologia cirúrgica hospital porte b
1723	Reconstrução mamária pos-mastectomia total
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional*
2304	Enteral e parenteral
2407	Transplante de cornea/esclera
2420	Retirada de órgãos e tecidos
2601	UTI II Adulto
2702	Hospital tipo II em Urgencia
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 93 - Hospital Seara Do Bem Materno E Infantil (CNES: 2662914)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
636	Serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
1601	Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia*.
2301	Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional*
2304	Enteral e parenteral
2501	Unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia*
2603	Uti ii pediátrica
2610	Unidade de terapia intensiva neonatal tipo ii - utin ii
2701	Hospital Tipo I em urgência
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 94 - Hospital Sao Lucas (CNES: 2666138)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia

Fonte: CNES, 2024

Quadro 95 - Associação Beneficente Hospitalar São Camilo Peritiba (CNES: 2689863)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia

Fonte: CNES, 2024

Quadro 96 - Hospital Nossa Senhora Do Patrocínio (CNES: 2691477)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 97 - Hospital Oswaldo Cruz (CNES: 2691493)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1902	Vasectomia

Fonte: CNES, 2024

Quadro 98 - Hospital Piratuba Ipira (CNES: 2691507)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
Sem habilitação	

Fonte: CNES, 2024

Quadro 99 - Hospital São Pedro (CNES: 2691566)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 100 - Hospital Izolde Hubner Dalmora (CNES: 2691876)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
636	Serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
903	Cuidados prolongados - enfermidades neurológicas
905	Enfermidades oncologicas
907	Cuidados prolongados - enfermidades devido a causas externas
908	Unidade de Internação em Cuidados Prolongados(UCP)

Fonte: CNES, 2024

Quadro 101 - Hospital São Camilo (CNES: 6249604)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
Sem habilitação	

Fonte: CNES, 2024

Quadro 102 - AFSC (CNES: 7274351)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1202	Procedimentos cirurgicos, diagnosticos ou terapeuticos -Hospital Dia
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2902	Programa Nacional de Redução de filas de cirurgias eletivas

Fonte: CNES, 2024

6.2 PROPOSTAS DE NOVAS HABILITAÇÕES

A criação de novas habilitações no Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial para acompanhar as transformações demográficas, epidemiológicas e sociais do Brasil. Essas habilitações buscam atender demandas emergentes,

fortalecer a regionalização, promover a equidade no acesso e qualificar a prestação de serviços de saúde.

Em 2025, durante a realização das oficinas de planejamento, essa temática será amplamente discutida atendendo aos elementos essenciais definidos nas legislações referentes ao PRI.

7. PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é uma das etapas do Planejamento Regional Integrado (PRI), que visa garantir a articulação eficiente dos serviços de saúde entre as diferentes esferas de gestão e níveis de atenção. Este processo envolve a negociação e pactuação entre gestores para estabelecer os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem implementados nos territórios.

A Programação Geral também tem um papel fundamental na organização da rede de serviços de saúde, considerando a distribuição de serviços nos diferentes níveis de atenção, como a atenção básica, média e alta complexidade. Além disso, visa otimizar a integração e continuidade do cuidado entre as diversas unidades de saúde.

Nas revisões e na contínua ampliação da atuação do Planejamento Regional Integrado a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde definirá junto aos gestores o que será implementado e como será implementado, estabelecendo uma coordenação entre os entes federados e garantindo o uso eficaz dos recursos disponíveis, assegurando que as ações de saúde sejam adequadamente distribuídas e coordenadas, considerando as necessidades de cada território.

7.1 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Quadro 103 - Parametrização leitos de saúde mental

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Leitos Habilitados MS	Parâmetro Portaria	Leitos Adulto PVH	Leitos Infantil PVH
Alto Uruguai Catarinense	154.808	8	7	17	15
Meio Oeste	193.657	0	8	30	0
Alto Vale do Rio do Peixe	287.459	0	12	50	0
Total	635.924	8	28	97	15

Fonte: SES, 2024.

*Parâmetro: 1 (um) leito para cada 23 mil habitantes (Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017).

Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, há 08 leitos, habilitados pelo Ministério da Saúde, para atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

A Portaria de Consolidação nº 3, de 28/09/2017, estabelece como parâmetro para a distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, 01 leito para cada 23 mil habitantes. Sendo assim, o número de leitos, segundo parâmetro estabelecido, é de 28 (vinte e oito) para esta Macrorregião de Saúde. É possível verificar que o número de leitos habilitados pelo Ministério da Saúde está abaixo do parâmetro definido.

Contudo, é importante destacar que o estado de Santa Catarina aprovou, por meio da Deliberação 745/CIB/2023, a criação e a implementação do Programa de Valorização dos Hospitais - PVH. O qual, dentre outros, estabelece critérios para repasse de recursos financeiros como incentivo estadual para leitos de saúde mental. Este incentivo objetiva o aumento dos leitos em saúde mental em hospitais, considerando a garantia de equipe multidisciplinar e estruturada adequada para atendimento. Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, há 112 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa, sendo 97 leitos adulto e 15 infantil. Acredita-se que estes 112 leitos são leitos potenciais para habilitação no Ministério da Saúde.

Considerando os 08 leitos habilitados pelo Ministério da Saúde e os 112 leitos que compõem a PVH, a Macrorregião de Saúde do Meio Oeste conta com 120 leitos para atendimento em saúde mental.

7.2 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - LEITOS DE UTI PEDIÁTRICO E ADULTO

Quadro 104 - Leitos de UTI SUS e PVH Adulto

Macrorregião	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos PVH
Meio oeste	Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	8	7
	Meio Oeste	Campos Novos	2379767	Hospitalar Dr. José Athanazio	10	10
		Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	20	20
			3039250	Hospital São Miguel	0	20
	Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	20	28
		Videira	2302500	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	18	18
		Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	8	8

Fonte: CNES, 2024; DAES/SES, 2024

Quadro 105 - Parametrização Leitos de UTI Adulto

Macrorregião	Região de Saúde	População Acima de 15 Anos	Leitos SUS Habilitados	Média do Parâmetro	Leitos PVH
Meio oeste	Alto Uruguai Catarinense	126445	8	25	7
	Meio Oeste	157588	30	32	50
	Alto Vale do Rio do Peixe	228516	46	46	54
TOTAL		512549	84	103	111

Fonte: CONASS, 2021, acessado em Novembro de 2024.

Disponível em:

https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/10/024-A-SE_Incorporac%CC%A7a%CC%83o-de-leitos-de-UTI.pdf

Atualmente, a Macrorregião de saúde Meio Oeste dispõe de 84 leitos de UTI adulto tipo I e tipo II habilitados. Para complementar o custeio dos leitos, além do recurso regular de habilitação, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) realiza um aporte adicional por meio do Programa de Valorização Hospitalar (PVH). Além dos 84 leitos habilitados, 111 leitos recebem esse custeio adicional pelo PVH, sendo que desses, estão locados 01 leito no Hospital São Francisco, 20 leitos no Hospital São Miguel e 08 leitos no Hospital Maicé não sendo habilitados recebendo somente pelo Programa de Valorização Hospitalar, os demais leitos alocados nos Hospitais

Hospitalar Dr. José Athanazio, Hospital Universitário Santa Terezinha, Hospital Salvatoriano Divino Salvador, Hospital Helio Anjos Ortiz.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parâmetro recomendado para leitos de UTI é de 1 a 3 para cada 10.000 habitantes (CONASS, 2021). Conforme a população acima de 15 anos no quadro 71, para a obtenção deste dado foi realizada uma pesquisa nos sites do IBGE e do DataSUS referente ao Censo de 2022, com base na população total de indivíduos, usando-se o cálculo de subtração por faixa etária (população total menos a população de 0 a 14 anos), foi possível a partir dessas informações determinar a população adulta acima de 15 anos.

Considerando a média desse parâmetro, com base na população adulta estima-se a necessidade de 103 leitos de UTI adulto para atender à macrorregião de Saúde, é possível verificar que o número de leitos, habilitados pelo Ministério da Saúde, está abaixo do parâmetro definido.

É importante destacar que, para esta Macrorregião de Saúde constam 20 leitos de UTI no Hospital São Miguel com proposta de habilitação de Nº 206105 aprovada no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde-SAIPS.

Quadro 106 - Leitos de UTI SUS e PVH Pediátrico

Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos de UTI SUS PVH
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892	Hospital São Francisco	6	10
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hospital Universitário Santa Terezinha	0	10
Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio Anjos Ortiz	3	3

Fonte: CNES, 2024; DAES/SES, 2024

Quadro 107 - Parametrização Leitos de UTI Pediátrico

Macrorregião	Região de Saúde	População 1 até 14 anos	Leitos SUS Habilitados	Média do Parâmetro	Leitos PVH
Meio Oeste	Alto Uruguai Catarinense	26.355	6	5	10
	Meio Oeste	33.350	0	7	10
	Alto Vale do Rio do Peixe	54.744	3	11	3
TOTAL		114.449	9	23	23

Fonte: CONASS, 2021, acessado em Novembro de 2024.

Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/10/024-A-SE_Incorporac%CC%A7a%CC%83o-de-leitos-de-UTI.pdf

Atualmente, a Macrorregião de Saúde Meio Oeste dispõe de 09 leitos de UTI pediátrica tipo II habilitados. Para complementar o custeio dos leitos, além do recurso regular de habilitação, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) realiza um aporte adicional por meio do Programa de Valorização Hospitalar (PVH). Além, dos 09 leitos habilitados, 23 leitos recebem pelo PVH, sendo que, 04 leitos no hospital São Francisco e 10 leitos no hospital Universitário Santa Terezinha recebem somente da política de valorização Hospitalar, os demais estão alocados no Hospital São Francisco e Hospital Hélio Anjos Ortiz.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parâmetro recomendado para leitos de UTI é de 1 a 3 para cada 10.000 habitantes (CONASS, 2021). Conforme a população citada anteriormente, para a obtenção deste dado foi realizada uma pesquisa nos sites do IBGE e do DataSUS referente ao Censo de 2022, com base na população de indivíduos com 15 anos ou mais e de nascidos vivos, usado o cálculo de subtração de grupos (população acima de 15 anos menos nascidos vivos), foi possível a partir dessas informações determinar a população pediátrica, abrangendo crianças de 1 a 14 anos. Considerando a média desse parâmetro, com base na população pediátrica estima-se a necessidade de 23 leitos de UTI pediátrica para atender à macrorregião de saúde, é possível verificar que o número de leitos, habilitados pelo Ministério da Saúde, está abaixo do parâmetro definido.

7.3 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE ALYNE

- Leitos Obstétricos:

Quadro 108 - Parametrização Leitos Obstétricos

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Alto Uruguai Catarinense	154.808	0	2.004	2.104	22	25
Meio Oeste	193.657	0	2.567	2.695	37	32
Alto Vale do Rio do Peixe	287.459	1	4.209	4.419	57	52
Total	635.924	1	8.780	9.219	116	109

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste existem 153 leitos obstétricos, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, destes, 116 são habilitados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria nº 1631/2015 estabelece como um método de cálculo para parâmetro leitos obstétricos, sendo: $\{Gestantes\ Estimadas \times 2,5 \text{ dias (média de permanência)} / [365 \text{ dias} \times 0,70 \text{ (taxa ocupação 70\%)}]\} \times 1,21$ (ajuste para outros procedimentos obstétricos). Desta forma, o número de leitos, segundo parâmetro estabelecido, é de 109 para esta Macrorregião de Saúde. É possível verificar que o número de leitos habilitados está abaixo do parâmetro definido.

Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, em buscar a habilitação dos leitos já existentes.

- Leito leitos de referência para gestação de alto risco Tipo II (Gar II):

Quadro 109: Parametrização leitos obstétricos de referência para gestação de Alto Risco

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Alto Uruguai Catarinense	154.808	0	2.004	2.104	0	7
Meio Oeste	193.657	0	2.567	2.695	0	11
Alto Vale do Rio do Peixe	287.459	1	4.209	4.419	20	17
Total	635.924	1	8.780	9.219	20	35

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste existem 20 leitos de referência para gestação de alto risco, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, habilitados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria 5350/2024 estabelece como parâmetro de número de leitos de referência para gestação de alto risco, por macrorregião de saúde, um percentual correspondente a 30% (trinta por cento) de todos os leitos obstétricos SUS. Sendo assim, o número de leitos, segundo parâmetro estabelecido, é de 35, para esta Macrorregião de Saúde. É possível verificar que o número de leitos habilitados está abaixo do parâmetro definido.

Importante destacar que existem 02 unidades hospitalares, nesta Macrorregião de Saúde, que são referência na atenção hospitalar à gestação de alto

risco, por meio da Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite 500/CIB/2014, sendo uma já habilitadas pelo Ministério da Saúde.

Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, de buscar a habilitação, junto ao Ministério da Saúde, da unidade hospitalar que já é referência estadual e/ou identificar novos estabelecimentos com potencial de habilitação.

- Leitos UTI Neo:

Quadro 110 - Parametrização leitos UTI Neonatal.

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Alto Uruguai Catarinense	154.808	0	2.004	2.104	6	4
Meio Oeste	193.657	0	2.567	2.695	0	5
Alto Vale do Rio do Peixe	287.459	1	4.209	4.419	7	8
Total	635.924	1	8.780	9.219	13	18

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste existem 25 leitos de UTI neonatal, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, e 13 são habilitados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria nº 930/2012 estabelece como parâmetro 2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos. Sendo assim, o número de leitos, segundo parâmetro estabelecido, é de 18 para esta Macrorregião de Saúde. É possível verificar que o número de leitos habilitados é inferior ao parâmetro definido.

Contudo, é importante destacar que o estado de Santa Catarina aprovou, por meio da Deliberação 745/CIB/2023, a criação e a implementação do Programa de Valorização dos Hospitais - PVH. O qual, dentre outros, estabelece critérios para repasse de recursos financeiros como incentivo estadual para leitos de UTI neonatal. Este incentivo visa maior sustentabilidade para manutenção e maior indução para a criação de leitos de UTI neo no território catarinense. Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, há 23 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa. Refletindo em um aumento no número de leitos para a Macrorregião.

- Leitos UCINCo:

Quadro 111 - Parametrização leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo.

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Alto Uruguai Catarinense	154.808	0	2.004	2.104	0	4
Meio Oeste	193.657	0	2.567	2.695	0	5
Alto Vale do Rio do Peixe	287.459	1	4.209	4.419	6	8
Total	635.924	1	8.780	9.219	6	18

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste existem 10 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, destes, 06 são habilitados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria nº 930/2012 estabelece como parâmetro 02 leitos para cada 1.000 nascidos vivos. Sendo assim, o número de leitos, segundo parâmetro estabelecido, é de 18 para esta Macrorregião de Saúde. É possível verificar que o número de leitos habilitados está abaixo do parâmetro definido.

Importante destacar que o estado de Santa Catarina aprovou, por meio da Deliberação 745/CIB/2023, a criação e a implementação do Programa de Valorização dos Hospitais - PVH. O qual, dentre outros, estabelece critérios para repasse de recursos financeiros como incentivo estadual para leitos UCINCo. Este incentivo visa maior sustentabilidade para manutenção e maior indução para a criação de leitos no território catarinense. Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, há 06 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa. Estes 06 leitos já são habilitados pelo Ministério da Saúde.

Ha o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, em buscar a habilitação dos leitos já existentes e/ou identificar novos estabelecimentos com potencial de habilitação para leitos UCINCo.

- Leitos UCINCa:

Quadro 112 - Parametrização leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Alto Uruguai Catarinense	154.808	0	2.004	2.104	0	2
Meio Oeste	193.657	0	2.567	2.695	0	3
Alto Vale do Rio do Peixe	287.459	1	4.209	4.419	3	4
Total	635.924	1	8.780	9.219	3	9

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste existem 05 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, destes, 03 são habilitados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria nº 930/2012 estabelece como parâmetro 01 leito para cada 1.000 nascidos vivos. Sendo assim, o número de leitos, segundo parâmetro estabelecido, é de 09 para esta Macrorregião de Saúde. É possível verificar que o número de leitos habilitados está abaixo do parâmetro definido.

Importante destacar que o estado de Santa Catarina aprovou, por meio da Deliberação 745/CIB/2023, a criação e a implementação do Programa de Valorização dos Hospitais - PVH. O qual, dentre outros, estabelece critérios para repasse de recursos financeiros como incentivo estadual para leitos UCINCa. Este incentivo visa maior sustentabilidade para manutenção e maior indução para a criação de leitos no território catarinense. Na Macrorregião de Saúde do Meio Oeste, há 03 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa. Estes 03 leitos já estão habilitados pelo Ministério da Saúde.

Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, de buscar a habilitação dos leitos já existentes e/ou identificar novos estabelecimentos com potencial de habilitação para leitos UCINCa.

- Casa da Gestante, bebê e puérpera:

Quadro 113 - Parametrização Casa da gestante, bebê e puérpera.

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Casa Habilitada	Parâmetro
Alto Uruguai Catarinense	154.808	0	2.004	2.104	0	0
Meio Oeste	193.657	0	2.567	2.695	0	0
Alto Vale do Rio do Peixe	287.459	1	4.209	4.419	1	1
Total	635.924	1	8.780	9.219	1	1

Fonte: SES, 2024.

*01 casa para cada habilitação de Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco no CNES

Nesta macro há 01 casa de gestante, bebê e puérpera habilitada pelo Ministério da Saúde, em Curitiba, no Hospital Helio Anjos Ortiz. Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, em identificar novos estabelecimentos com potencial de habilitação, nas demais regiões de Saúde que compõem a Macro.

- Centro de parto normal:

Quadro 114 - Parametrização Centro de Parto Normal.

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Centro de Parto Normal Habilitados	Parâmetro
Alto Uruguai Catarinense	154.808	0	2.004	2.104	0	1
Meio Oeste	193.657	0	2.567	2.695	1	1
Alto Vale do Rio do Peixe	287.459	1	4.209	4.419	0	1
Total	635.924	1	8.780	9.219	1	3

Fonte: SES, 2024.

*01 CPN de 100 a 350 mil de hab., 2 CPN de 350 mil a 1 milhão de hab., 3 CPN de 1 a 2 milhões de hab., 4 CPN de 2 a 6 milhões de hab (Portaria 650/2011,).

Há 01 estabelecimento com habilitação Unidade De Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar Tipo I 3 PPP (CPNI I 3 PPP) (código 1410), em Joaçaba, no Hospital Universitário Santa Terezinha. E há 03 estabelecimentos com Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento - Centro De Parto Normal. Sendo 01 em Concórdia,

no Hospital São Francisco; 01 em Curitibanos, no Hospital Helio Anjos Ortiz e 01 em Tangará, no Hospital São Lucas IMAS.

- Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco:

Quadro 115 - Parametrização Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Amb. de Gestação e Puerpério de Alto Risco	Parâmetro
Alto Uruguai Catarinense	154.808	0	2.004	2.104	0	0
Meio Oeste	193.657	0	2.567	2.695	0	1
Alto Vale do Rio do Peixe	287.459	1	4.209	4.419	0	1
Total	635.924	1	8.780	9.219	0	2

Fonte: SES, 2024.

*01 ambulatório para cada 5 mil nascidos vivos e capacidade anual de 1.500 gestantes de alto risco (Portaria 5.350/24).

Não há estabelecimentos, nesta Macro, habilitados para ambulatório de gestação de alto risco. Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, em identificar novos estabelecimentos com potencial de habilitação.

- ⇒ Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança - A-SEG:

Quadro 116 - Parametrização Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança.

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	A-SEG habilitado	Parâmetro
Alto Uruguai Catarinense	154.808	0	2.004	2.104	0	0
Meio Oeste	193.657	0	2.567	2.695	0	1
Alto Vale do Rio do Peixe	287.459	1	4.209	4.419	0	1
Total	635.924	1	8.780	9.219	0	2

Fonte: SES, 2024.

*01 serviço para cada 5.000 (cinco mil) nascidos vivos e com capacidade instalada para um atendimento anual de, pelo menos, 1.360 (mil trezentos e sessenta) crianças no primeiro e segundo anos de vida (Portaria 5.350/24).

Não há estabelecimentos, nesta Macro, habilitados para ambulatório de seguimento do recém-nascido e da criança. Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, em identificar novos estabelecimentos com potencial de habilitação.

A ampliação das ofertas na Macrorregião, conforme proposto pela Rede Alyne, contribuirá diretamente para a descentralização do cuidado obstétrico, facilitando o acesso das mulheres a serviços de qualidade em suas próprias regiões, e fortalecendo a rede de atenção à saúde.

7.4 PRODUÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

A produção da Atenção Especializada Ambulatorial no SUS é crucial para atender demandas que vão além da atenção primária, oferecendo suporte diagnóstico e terapêutico para condições de maior complexidade. Essa atenção é organizada por meio de estratégias como consórcios intermunicipais e serviços regionalizados, que buscam ampliar a oferta e o acesso de maneira equitativa, principalmente em regiões com menor densidade populacional. Além disso, a integração entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada é fundamental para garantir um cuidado contínuo e centrado no paciente, evitando a fragmentação dos serviços e promovendo maior eficiência na rede de atenção à saúde.

Conforme Mendes (2011), a regionalização e a integração em microssistemas clínicos que articulem atenção primária e especializada são estratégias fundamentais para a qualificação dos serviços, reduzindo barreiras de acesso e otimizando os recursos disponíveis. Este modelo tem sido implementado com sucesso em estados como o Ceará e a Bahia, que utilizam policlínicas regionais e consórcios para organizar a oferta de serviços especializados, facilitando o acesso principalmente para municípios menores.

7.5 PRODUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

- **Arboviroses**

A tabela representa o número de internações hospitalares por município de residência, com base nos dados DATASUS (TabWin), referentes ao ano de 2023, no estado de Santa Catarina. Detalhamento realizado por Classificação Internacional de

Doenças (CID), relacionados ao grupo “Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais” (A90 - A99), descritos na primeira coluna e sua distribuição pelas regiões de saúde.

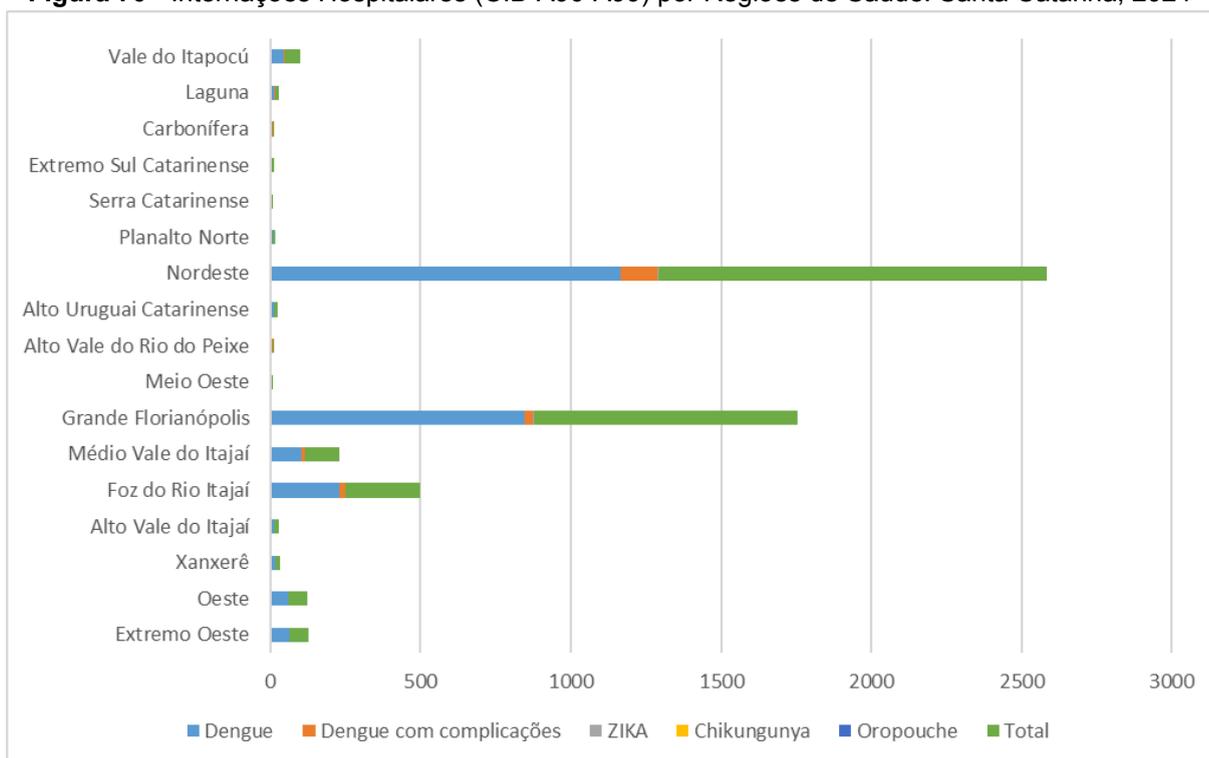
Tabela 1 - Internações Hospitalares (CID A90-A99) por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2024

Regiões de Saúde	Dengue	Dengue com complicações	ZIKA	Chikungunya	Oropouche	Total
Extremo Oeste	63	0	0	0	0	63
Oeste	61	1	0	0	0	62
Xanxerê	17	0	0	0	0	17
Alto Vale do Itajaí	11	3	0	0	0	14
Foz do Rio Itajaí	232	18	0	0	0	250
Médio Vale do Itajaí	103	12	1	0	0	116
Grande Florianópolis	847	27	3	0	0	877
Meio Oeste	3	1	0	0	0	4
Alto Vale do Rio do Peixe	5	2	0	0	0	7
Alto Uruguai Catarinense	12	0	0	0	0	12
Nordeste	1166	123	2	0	1	1292
Planalto Norte	8	1	0	0	0	9
Serra Catarinense	4	0	1	0	0	5
Extremo Sul Catarinense	6	0	0	0	0	6
Carbonífera	6	1	0	0	0	7
Laguna	11	4	0	0	0	15
Vale do Itapocú	46	3	0	0	0	49
Total	2601	196	7	0	1	2805

Fonte: DATASUS, 2023.

A análise dos dados, complementada pela Figura seguir, demonstra a maior incidência de internações relacionadas às arboviroses com maior concentração em algumas regiões de saúde, sendo a região Nordeste a mais acometida, seguindo respectivamente pelas regiões de saúde da Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí.

Figura 70 - Internações Hospitalares (CID A90-A99) por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2024



Fonte: DATASUS, 2023.

- **Diabetes Mellitus (DM)**

A tabela abaixo foi elaborada com base nos dados do DATASUS (TabWin) e detalha o número de internações hospitalares por município de residência no ano de 2023, em Santa Catarina. Os dados foram coletados por grupos de Classificação Internacional de Doenças (CID), para Diabetes Mellitus (DM), ao qual é composto pelos CID E10 a E14, descritos na primeira linha, respectivamente, e sua distribuição pelas regiões de saúde do estado.

Tabela 2 - Internações Hospitalares (CID E10 a E14) por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2024.

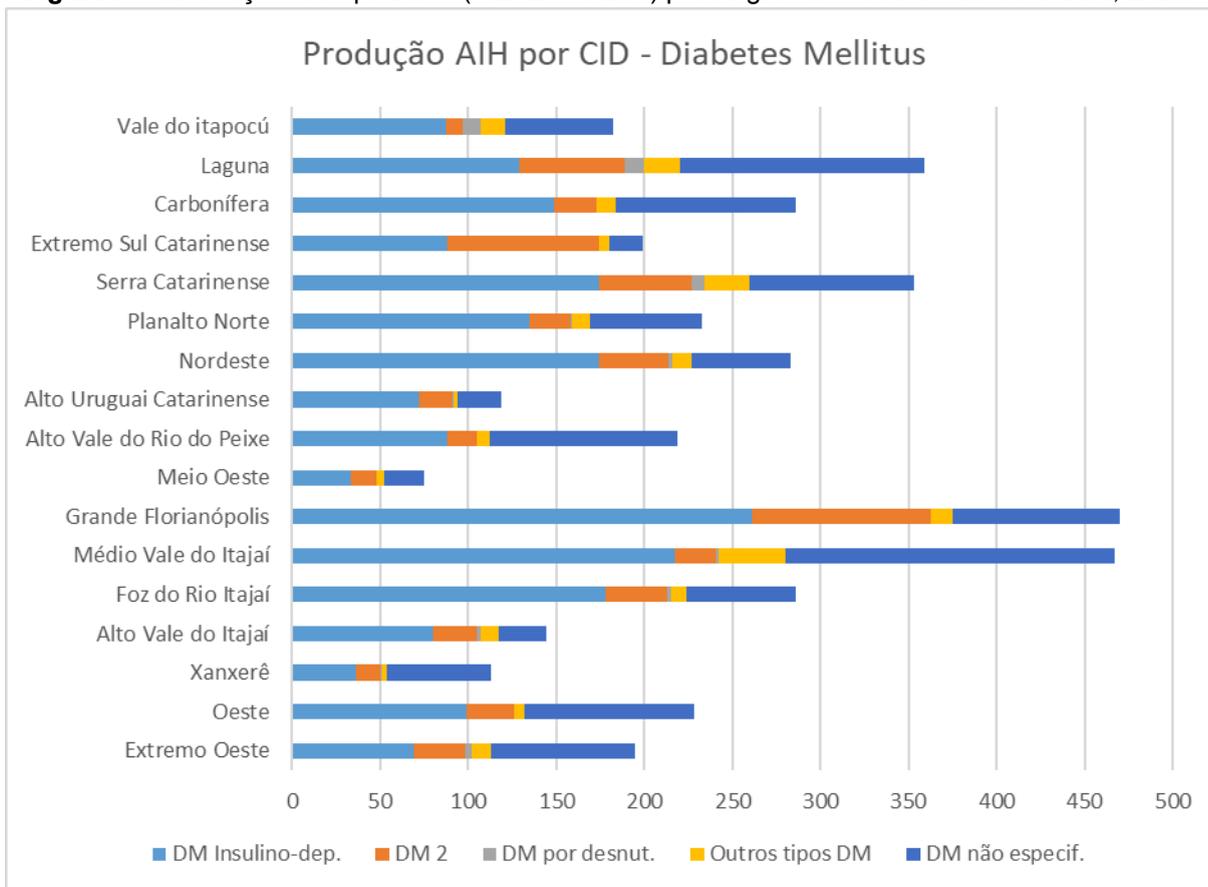
Regiões de Saúde	DM insulino-dep.	DM	DM relac. desnutrição.	Outros tipos DM	DM não especificado	Soma
Extremo Oeste	69	29	4	11	82	195
Oeste	99	27	0	6	96	228
Xanxerê	36	14	1	3	59	113
Alto Vale do Itajaí	80	25	2	10	27	144
Foz R. Itajaí	178	35	2	9	62	286
Médio Vale do Itajaí	217	24	1	38	187	467

Regiões de Saúde	DM insulino-dep.	DM	DM relac. desnutrição.	Outros tipos DM	DM não especificado	Soma
Grande Flps	261	102	0	12	95	470
Meio Oeste	33	15	0	4	23	75
Alto Vale do Rio do Peixe	88	17	0	7	107	219
Alto Urug. Catarinense	72	19	1	2	25	119
Nordeste	174	40	2	11	56	283
Planalto Norte	135	23	1	10	64	233
Serra Catarinense	174	53	7	26	93	353
Extremo Sul Catarinense	88	86	0	6	19	199
Carbonífera	149	24	0	11	102	286
Laguna	129	60	11	20	139	359
Vale do Itapocú	87	10	10	14	61	182
Total	2069	603	42	200	1297	4211

Fonte: DATASUS, 2023.

A análise dos dados, complementada pelo gráfico X, demonstra maior incidência das internações relacionadas a “Diabetes mellitus insulino-dependente”, seguidos de “Diabetes mellitus não especificado” (E14) e “Diabetes mellitus não-insulino-dependente” (E11).

Figura 71- Internações Hospitalares (CID E10 a E14) por Região de Saúde. Santa Catarina, 2024.



Fonte: DATASUS, 2023.

● **Doenças Cardiovasculares**

A tabela a seguir detalha o quantitativo de internações hospitalares em Santa Catarina no ano de 2023. Os dados, obtidos do banco de dados DATASUS através da ferramenta TabWin, se referem a pacientes residentes em cada município do estado. As internações foram classificadas de acordo com os grupos de doenças cardiovasculares (CID I00-I99) e distribuídas e agrupadas nas respectivas macrorregiões de saúde.

Tabela 3 - Internações Hospitalares (CID I00-I99) por Macrorregiões. Santa Catarina, 2024.

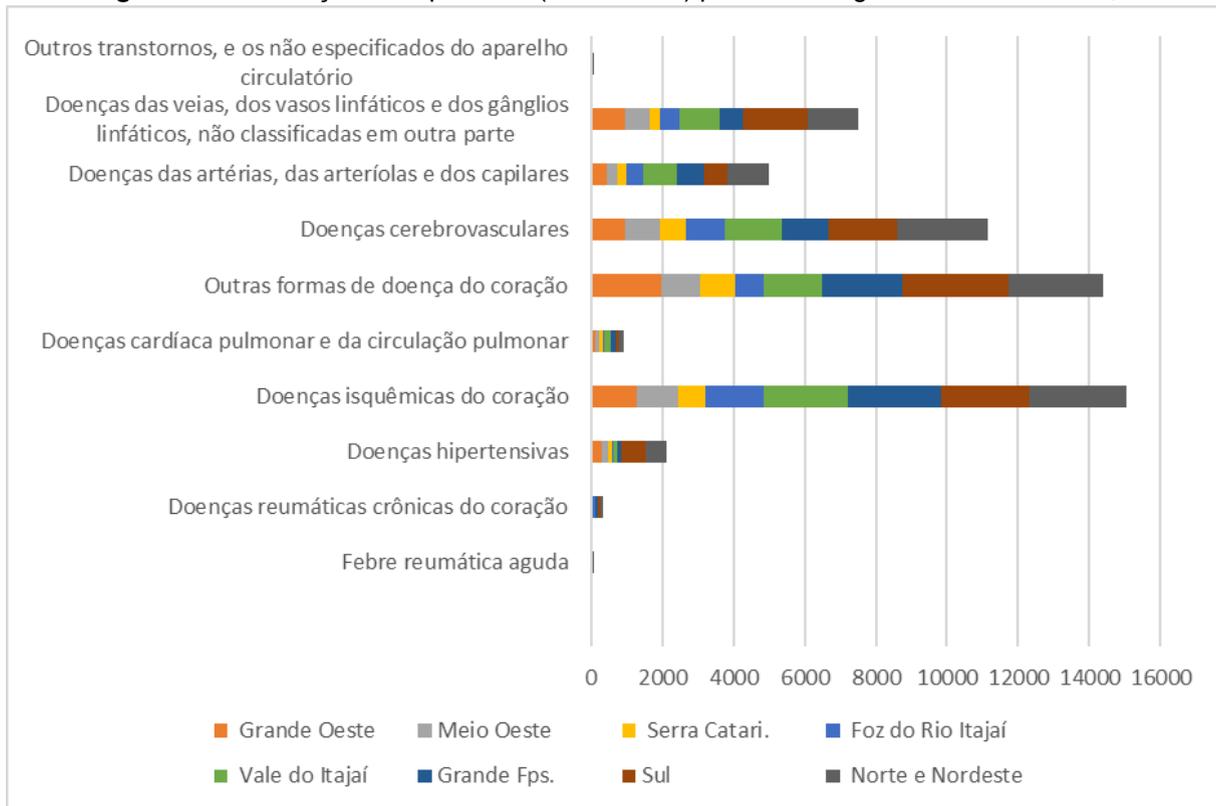
Doenças Cardiovasculares Por CID (I00-I99)	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flps	Sul	Norte e Nord.
Febre reumática aguda	4	2	3	3	8	36	3	16
Doenças reumáticas crônicas do coração	18	21	26	50	23	71	48	90
Doenças hipertensivas	320	168	98	43	110	115	692	588

Doenças Cardiovasculares Por CID (I00-I99)	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flps	Sul	Norte e Nord.
Doenças isquêmicas do coração	1282	1171	772	1640	2369	2599	2478	2715
Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	126	121	88	57	154	142	82	151
Outras formas de doença do coração	1975	1091	975	828	1632	2244	2974	2680
Doenças cerebrovasculares	959	992	703	1092	1614	1310	1921	2553
Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	431	298	250	498	922	787	656	1164
Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	960	676	306	557	1099	664	1837	1406
Outros transtornos, e os não especificados do aparelho circulatório	3	3	1	8	4	10	5	11
Total	6078	4543	3222	4776	1935	7978	10696	11374

Fonte: DATASUS, 2023

A análise dos dados, complementada pela Figura 83, demonstra predominância das internações relacionadas ao Grupo “Doenças isquêmicas do coração” (I20-I25), destacando-se em seguida as internações por “Outras formas de doença no coração” (I30-I52) e “Doenças cerebrovasculares” (I60-I69).

Figura 72 - Internações Hospitalares (CID I00-I99) por Macrorregiões. Santa Catarina, 2024.



Fonte: DATASUS, 2023.

- **Gestacionais**

A tabela a seguir, apresenta o número de internações hospitalares por município de residência, com base nos dados DATASUS (TabWin), referentes ao ano de 2023, em Santa Catarina. Os dados foram coletados por grupos de Classificação Internacional de Doenças (CID), relacionados a Gravidez, Parto e Puerpério, CID (O00-O99), descritos na primeira coluna e sua distribuição pelas macrorregiões de saúde.

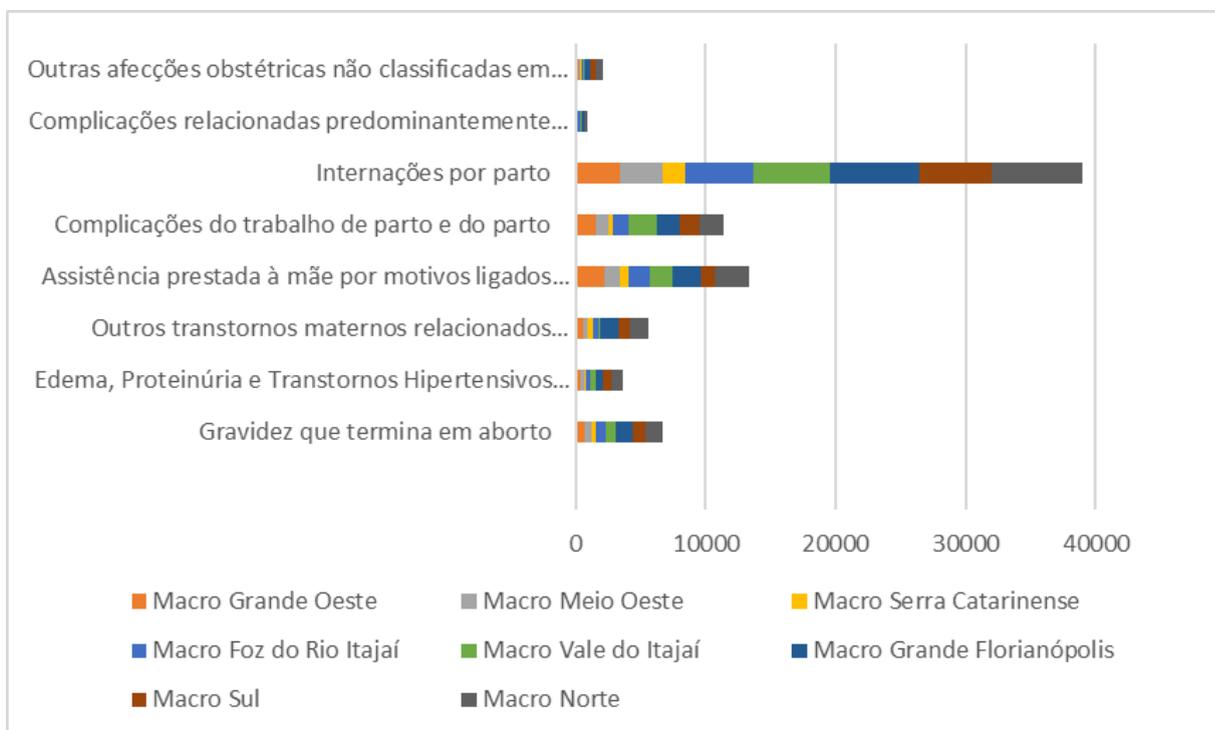
Tabela 4. Internações Hospitalares (CID O00-O99) por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2024.

Diagnósticos Gestacionais (Grupos CID)	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flps.	Sul	Norte e Nord.
Gravidez que termina em aborto	695	512	362	704	822	1336	903	1361
Edema, Proteinúria e Transtornos Hipertensivos na Gravidez	390	237	194	261	496	523	654	912
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	557	341	416	443	63	1440	942	1411
Assist. prest. à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas no parto	2175	1277	634	1656	1664	2212	1055	2672
Complicações do trabalho de parto e do parto	1522	1058	230	1242	2156	1755	1530	1847
Internações por parto	3418	3297	1730	5248	5833	6846	5575	6980
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	56	65	36	144	106	214	91	185
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	210	103	96	122	183	416	383	557
TOTAL	9023	6890	3698	9820	11894	14742	11133	15925

Fonte: DATASUS, 2023.

A análise dos dados, complementada pelo Tabela 4, demonstra predominância das internações por parto (O80-O84), destacando-se em seguida as internações por “Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto” (O30-O48) e “Complicações do trabalho de parto e do parto” (O60-O75).

Figura 73 - Relação de Internações Hospitalares por Diagnósticos Gestacionais. Santa Catarina, 2024.



Fonte: DATASUS, 2023

- **Neoplasias Malignas**

A tabela abaixo apresenta o número de internações hospitalares por neoplasias malignas (CID C00-C97) por município de residência, com base nos dados DATASUS (TabWin) no ano de 2023, em Santa Catarina. Os dados foram coletados por grupos de Classificação Internacional de Doenças (CID), descritas por grupos de CID na primeira coluna e sua distribuição pelas macrorregiões de saúde.

Tabela 5 - Relação de Internações Hospitalares por Neoplasias Malignas. Santa Catarina, 2023

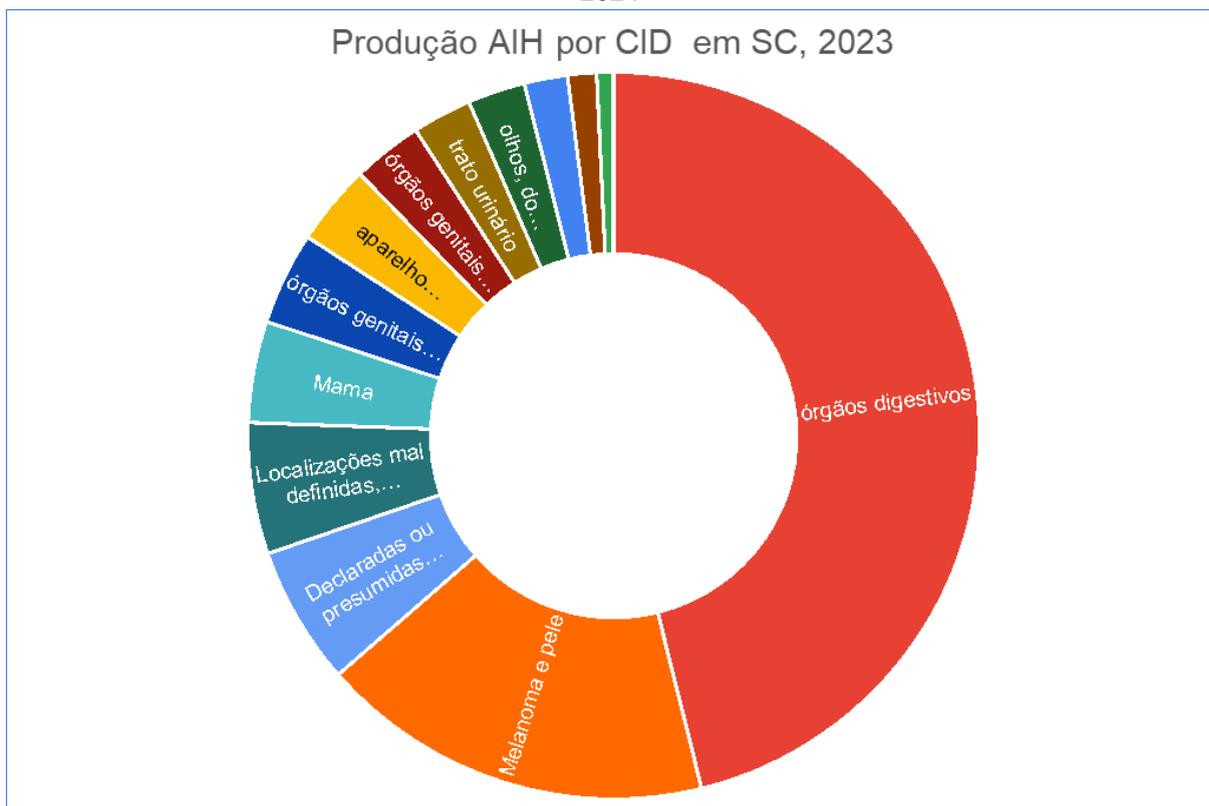
Neoplasias Malignas	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flps	Sul	Norte e Nord.
Lábio, cavidade oral e faringe	121	177	93	153	168	186	226	272
Órgãos digestivos	2918	1659	531	1457	1614	1304	1329	1573
Aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	227	184	226	194	324	491	396	478
Ossos e das cartilagens articulares	45	31	20	62	124	129	91	137

Neoplasias Malignas	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Fips	Sul	Norte e Nord.
Melanoma e pele	1103	603	264	320	1327	426	453	1234
Mama	285	287	236	455	751	739	586	638
Órgãos genitais femininos	261	249	147	297	557	453	266	492
Órgãos genitais masculinos	196	133	92	135	218	209	195	278
Trato urinário	166	122	84	208	229	225	273	384
Olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	161	115	87	134	245	410	171	301
Tireóide e de outras glândulas endócrinas	81	62	22	81	89	138	201	95
Localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	369	251	123	290	314	333	370	393
Declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	390	278	200	259	822	887	475	780
Localizações múltiplas independentes (primárias)	2	4	2	2	4	3	3	35
TOTAL	6325	4155	2127	4047	6786	5933	5035	7090

Fonte: DATASUS, 2023.

A análise dos dados, complementada pelo gráfico, demonstra predominância das internações relacionadas à neoplasias localizadas em órgãos digestivos (C15-C26), seguidas de “Melanoma e outras(os) neoplasias malignas da pele” (C43-C44), “Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos” (C30-C39), “Neoplasias malignas da mama” (C50), Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos” (C60-C63) também estão expressadas com destaque para internações hospitalares.

Figura 74 - Internações Hospitalares (CID C00 a C97) por proporção geométrica. Santa Catarina, 2024



Fonte: DATASUS, 2023

- **Doenças Respiratórias**

A tabela abaixo representa o quantitativo de internações hospitalares por município de residência, segundo dados do DATASUS (TabWin), referentes ao ano de 2023, em Santa Catarina. Os dados foram coletados por grupos de Classificação Internacional de Doenças (CID), inseridos no capítulo que compreende as Doenças respiratórias (J00-J99).

Tabela 6 - Internações Hospitalares (CID J00-J99) por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2024.

Região de Saúde	Outras doenças vias superiores	Doenças crônicas inferiores	Pulm. agentes externos	Interstí. resp.	Afecções necróticas inferiores	Doenças pleurais	Outras doenças resp.	Total
Extremo Oeste	302	671	19	23	5	120	141	1281
Oeste	506	459	4	32	23	150	116	1290
Xanxerê	64	320	1	24	4	80	74	567

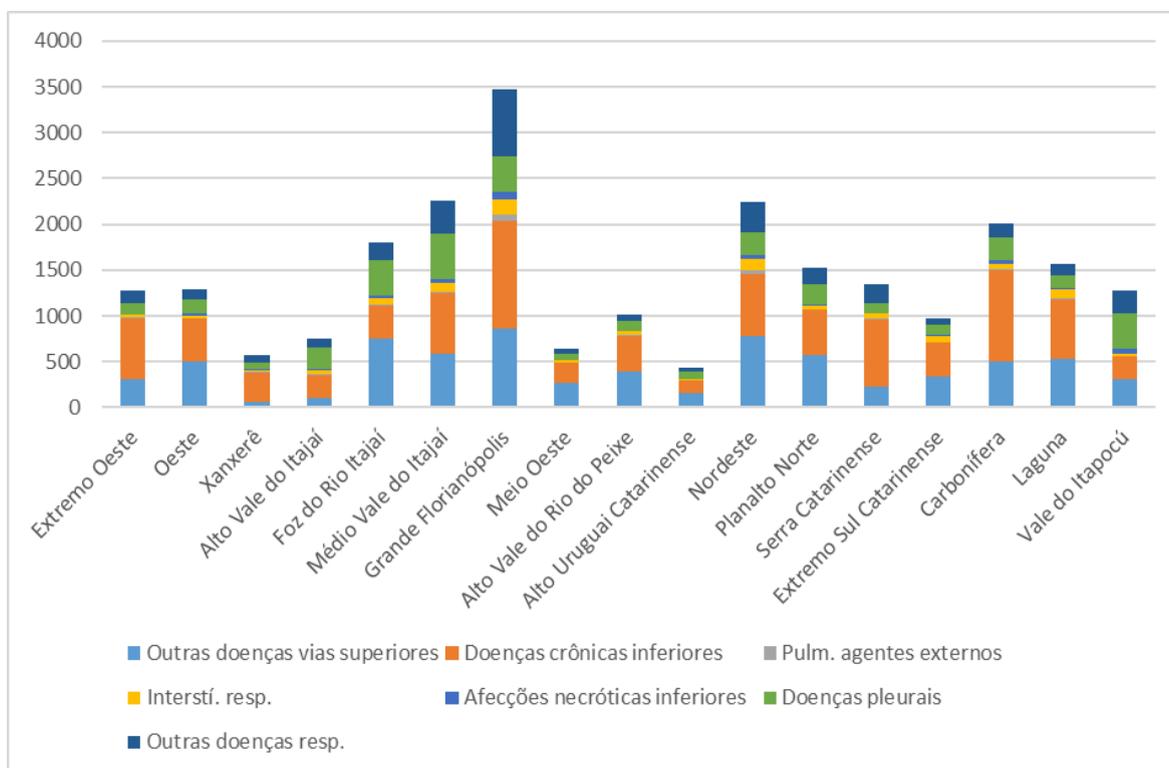
Região de Saúde	Outras doenças vias superiores	Doenças crônicas inferiores	Pulm. agentes externos	Interstí. resp.	Afecções necróticas inferiores	Doenças pleurais	Outras doenças resp.	Total
Alto Vale do Itajaí	96	260	14	36	12	236	90	744
Foz do Rio Itajaí	744	366	14	67	34	381	192	1798
Médio Vale do Itajaí	590	661	17	92	41	494	363	2258
Grande Florianópolis	855	1182	65	162	90	383	734	3471
Meio Oeste	267	223	5	19	8	61	55	638
Alto Vale do Rio do Peixe	396	389	3	42	6	102	76	1014
Alto Uruguai Catarinense	155	139	5	14	1	72	50	436
Nordeste	777	679	36	126	43	252	335	2248
Planalto Norte	578	484	11	36	16	220	182	1527
Serra Catarinense	228	734	13	52	6	102	206	1341
Extremo Sul Catarinense	341	366	4	68	12	107	79	977
Carbonífera	507	993	6	60	36	252	150	2004
Laguna	523	659	6	98	13	149	112	1560
Vale do Itapocú	311	248	4	20	51	396	243	1273
Total	7240	8833	227	971	401	3557	3198	24427

Fonte: DATASUS, 2023.

As regiões de Grande Florianópolis, Médio Vale do Itajaí e Nordeste concentram o maior número de internações por doenças respiratórias, sendo as

doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40-J47) e outras doenças das vias aéreas superiores (J30-J39) as principais causas de internação nessas regiões.

Figura 75 - Internações Hospitalares (CID J00-J99) por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2024.



Fonte: DATASUS, 2023.

● Transtornos Mentais e Comportamentais

A tabela a seguir contém dados de internações hospitalares por município de residência, obtidos na base de dados DATASUS (TabWin), referentes ao ano de 2023, em Santa Catarina. Os dados foram coletados por grupos de Classificação Internacional de Doenças (CID), Capítulo V, “Transtornos mentais e comportamentais”, (CID F00-F99). Na primeira coluna listados por grupos e sua distribuição pelas macrorregiões de saúde.

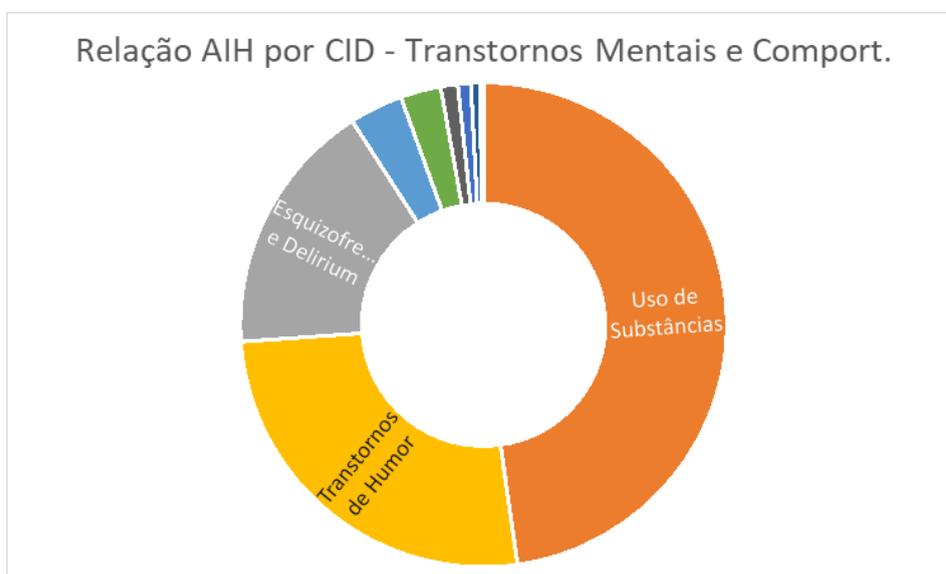
A análise dos dados, corroborada pela tabela a seguir, revela que as internações por transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias (F10-F19) são as mais frequentes, seguidas por transtornos do humor (F30-F39) e esquizofrenia (F20-F29).

Tabela 7 - Internações Hospitalares (CID F00-F99) por Macrorregiões. Santa Catarina, 2024.

Transt. Mentais Por CID	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Fips	Sul	Norte e Nord.
Transtornos Orgânicos	94	70	92	27	287	222	133	179
Uso de Substâncias	1262	895	455	157	804	1319	822	388
Esquizofrenia e Delirium	450	316	189	240	736	1455	719	530
Transtornos de Humor	690	608	276	204	2193	1085	1101	823
Ansiedade e Estresse	23	27	25	5	77	35	37	65
Comport. Associados a Fatores Físicos	0	1	1	1	11	2	5	5
Transt. de Personalidade	71	29	10	25	35	103	60	41
Deficiência Intelectual	16	19	4	9	27	155	31	48
Transt. do Desenv.	2	5	4	7	16	25	15	34
Transtornos da Infância e Adolescência	30	20	11	32	76	29	106	38
Não Especificados	4	0	2	0	4	1	5	1
TOTAL	2642	1990	1069	707	4266	4431	3034	2152

Fonte: DATASUS, 2023

Figura 76 - Internações Hospitalares (CID F00-F99) por Macrorregiões. Santa Catarina, 2024.



Fonte: DATASUS, 2023

8. RECURSOS FINANCEIROS PROGRAMADOS

8.1. EMENDAS PARLAMENTARES

- Publicação da Cartilha de Propostas para Área da Saúde de SC



A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) propõe, nesta Cartilha, os elementos importantes no processo de celebração e execução de Propostas para Área da Saúde, buscando ser um instrumento de consulta elucidativo para que este processo se concretize com sucesso. Objetiva orientar, devidamente, os investimentos relevantes para qualificar a capacidade instalada da rede de saúde de SC, considerando aqueles recebidos via parlamentares estaduais ou federais, assim como, os recursos discricionários executados pela SES/SC. Outro escopo importante deste documento é o de esclarecer e de apresentar às

entidades aptas a receber recursos e ter as suas indicações formalizadas, os fluxos existentes para a formalização de suas propostas e as possibilidades na proposição de melhorias para a rede de saúde do Estado. (Cartilha de Propostas para Área da Saúde de SC, 2024. Pg. 38)Disponível em: [Cartilha de Propostas - SES SC](#)

- Cadastro de Propostas dos Estabelecimento Assistenciais de Saúde

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - SES com o intuito de fortalecer a rede de saúde do Estado e de garantir a melhoria contínua dos serviços oferecidos à população e aumentar a qualificação dessa rede, propõe em 2024 a elaboração de um Portfólio de Propostas a serem apresentadas ao legislativo.

Esta ação visa colaborar com o planejamento dos investimentos a serem realizados pelo Governo do Estado e os parlamentares federais e estaduais (emendas parlamentares) em 2025 com o intuito de captar recursos para a

qualificação e promover a expansão dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) das 8 Macrorregiões de Saúde de SC.

Os critérios para deferimento das propostas cadastradas para 2025 são: Atender ao Sistema Único de Saúde (SUS); Os itens solicitados deverão ser de INVESTIMENTOS e estar atrelados às necessidades apontadas no Plano Estadual de Saúde; Os equipamentos solicitados devem ficar vinculados aos serviços existentes ou novo serviço, desde que atrelados às diretrizes do SUS; Os equipamentos solicitados deverão estar de acordo com as normas técnicas dos órgãos reguladores do SUS; A obra solicitada deverá estar atrelada à necessidade de ampliações da rede de saúde e, validada pelos gestores municipais e estadual.

Cadastro das Propostas dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

ATÉ 30 DE NOVEMBRO

PARCERIAS PARA O FUTURO

GOVERNO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DA SAÚDE

Fonte: Banner acessível em www.saude.sc.gov.br

- Portfólio de Propostas: Parcerias para o Futuro

O Portfólio “Parcerias Para o Futuro” disponibilizará as informações das propostas aprovadas pela SES, conforme critérios estabelecidos, para serem apreciadas com a finalidade de colaborar com o planejamento dos investimentos a serem realizados pelo Governo do Estado e pelos parlamentares federais e estaduais (emendas parlamentares) em 2025 com o intuito de captar recursos para a qualificação e promover a expansão dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) das 8 Macrorregiões de Saúde de SC.

O material está em fase de elaboração.

8.2. AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE TELESSAÚDE SC

O Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 3.232, datada de 1º de março de 2024 e publicada no DOU em 4 de março de 2024, estabeleceu o Programa SUS Digital, na forma do Anexo CVIII da Portaria de Consolidação

GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, visando promover a transformação digital no Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS Digital tem como objetivo aumentar o acesso da população aos serviços e ações de saúde, priorizando a integralidade e a eficácia do atendimento médico. A abordagem digital no SUS abrange uma variedade de aspectos, que vão desde a atenção à saúde até a gestão em todos os níveis do sistema, incluindo atividades de planejamento, monitoramento, avaliação, pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde

Os objetivos específicos do Programa SUS Digital são:

- Promover o uso adequado, ético e crítico das tecnologias digitais no contexto do SUS;
- Apoiar a criação de soluções digitais colaborativas e abertas que melhorem a oferta de serviços, a gestão do cuidado pelos profissionais de saúde e a qualidade da atenção à saúde;
- Estimular a formação e a educação contínua em saúde digital;
- Aumentar a conscientização e o engajamento dos envolvidos no SUS sobre o uso de tecnologias digitais e a proteção de dados, promovendo letramento digital e cultura de saúde digital;
- Elevar a maturidade digital no SUS;
- Fortalecer a participação social e o envolvimento dos cidadãos na criação de soluções inovadoras para a saúde;
- Reforçar o ecossistema de saúde digital no SUS;
- Contribuir para um ambiente colaborativo que melhore a gestão do SUS por meio da transformação digital.

O Programa envolve áreas como telessaúde, teleassistência, telediagnóstico, teleeducação, inovação, monitoramento e avaliação de dados, sistemas de informação, plataformas e desenvolvimento de aplicativos.

Em Santa Catarina 100% dos municípios aderiram ao Programa, assim como a Secretaria de Estado da Saúde. A Deliberação CIB 252/2024 de julho de 2024 aprova os resultados do Diagnóstico Situacional do Programa SUS Digital, e a definição dos valores da segunda parcela do incentivo financeiro para elaboração dos planos de transformação em saúde digital - PA SAÚDE DIGITAL de Santa Catarina.

- Resultado do Levantamento da Primeira Fase do Programa Sus Digital

A Portaria GM/MS nº 3.233, datada de 1º de março de 2024 e publicada no DOU em 4 de março de 2024, regulamenta a etapa 1 do Programa SUS Digital, que trata do planejamento. Essa etapa é voltada para a elaboração dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital (PA Saúde Digital) pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios que decidirem aderir ao programa, conforme as diretrizes estabelecidas na mesma Portaria.

Os PA Saúde Digital devem estar embasados nas ações delineadas pelo Programa SUS Digital, categorizadas nos eixos definidos na Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024, alinhados com o Diagnóstico Situacional dos Territórios, Avaliação do nível de maturidade digital com base na aplicação do Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD), alinhados com os instrumentos de planejamento das respectivas macrorregiões de saúde.

Quanto à elaboração dos PA Saúde Digital que visa a ampliação de oferta de Telessaúde em SC, foram estruturados com 2 objetivos principais:

- Ampliar o acesso ao Serviço de Telessaúde no Estado de Santa Catarina, e;
- Implantar a Rede Catarinense de Dados em Saúde (RCDS) e as ferramentas de consulta dos dados em Saúde.

Em 07 de novembro de 2024 a Deliberação CIB 422/2024 aprova a solicitação, da SES/SC, de encaminhamento de proposta, via Plano de Ação Estadual, ao Ministério da Saúde, para solicitação de recurso federal por meio do Programa SUS Digital, para a Ampliação do acesso ao Serviço de Telessaúde no Estado de Santa Catarina no valor de 218.058.897,20 (duzentos e dezoito milhões, cinquenta e oito mil, oitocentos e noventa e sete reais e vinte centavos), e a Implantação da Rede Catarinense de Dados em Saúde (RCDS) e as Ferramentas de Consulta dos Dados em Saúde, no valor de R\$ 27.186.100,00 (Vinte e sete milhões, cento e oitenta e seis mil e cem reais).

O valor refere-se à estruturação e disponibilização dos serviços elencados nos objetivos dos PA's, por 2 (dois) anos a contar da data do recebimento do recurso, de execução do programa, pelo Ministério da Saúde via Programa SUS Digital.

As ações que compõem a proposta, conforme deliberação CIB 422/2024 são:

- I. Ampliar o serviço de Teleconsultoria e Telediagnóstico no Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT) para as 08 Macrorregiões de Saúde.
 - II. Ampliar a oferta de telediagnóstico via Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT) para as 08 Macrorregiões de Saúde por meio da aquisição de 20 (vinte unidades) Retinógrafos digitais portáteis e 03 (três unidades) Pletismógrafo.
 - III. Ofertar o serviço de teleconsulta nas especialidades clínicas, conforme demanda, pactuadas (neurologia, neurologia pediátrica, reumatologia, endocrinologia, psiquiatria, gastroenterologia, pneumologia, alergia e imunologia, genética, reabilitação-autismo e hepatologia) para as 08 Macrorregiões de Saúde.
 - IV. Estruturar pontos de Telessaúde nas 08 Macrorregiões de Saúde, obedecendo o critério estabelecido:
 - a) (um) ponto de telessaúde em municípios com até 10.000 (dez mil) habitantes;
 - b) (dois) pontos de telessaúde em municípios de 10.001 (dez mil e um) a 30.000 (trinta mil) habitantes;
 - c) (quatro) pontos de telessaúde em municípios de 30.001 (trinta mil e um) a 100.000 (cem mil) habitantes, e;
 - d) (seis) pontos de telessaúde em municípios com mais de 100.000 (cem mil e um) habitantes.
 - VI. Ofertar Educação em Saúde aos trabalhadores do SUS para o uso das tecnologias digitais e tratamento adequado de dados, com a previsão de:
 - VII. Custeio para contratação de docentes e custos de elaboração de capacitações, e;
 - VIII. Investimento para aquisição de equipamentos para produção de cursos.
 - IX. Implantar a Rede Catarinense de Dados em Saúde (RCDS) e as Ferramentas de Consulta dos Dados em Saúde respeitando as seguintes etapas:
 - a) Ações Estruturantes;
 - b) Estabelecimento da RCDS;
 - c) Aquisição de Licenças e Software;
 - d) Treinamentos, e;
 - e) Comunicação.
- (Deliberação CIB 422/2024, pg. 1 e 2)

O Programa SUS Digital, ao integrar soluções tecnológicas inovadoras, também fortalece o processo de regionalização, tornando a distribuição e o acesso aos serviços mais eficazes e adaptados às realidades locais. A infraestrutura para sistemas digitais e conectividade permite que as diferentes regiões do estado se conectem de maneira eficiente, compartilhando dados e recursos, o que otimiza a gestão da saúde e garante um atendimento à áreas vulneráveis geograficamente.

A ampliação de serviços como a Telemedicina, Telessaúde, Telediagnóstico, amplia as possibilidades de atendimento à população. A regionalização, nesse contexto, é potencializada pela tecnologia, promovendo um sistema de saúde equitativo e eficiente de acordo com cada território.

9. DEFINIÇÃO DOS INVESTIMENTOS NECESSÁRIOS

A Portaria de Consolidação CIT nº 1 de 2021, estabelece diretrizes para a organização, funcionamento e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a regulamentação dos investimentos necessários para fortalecer as redes de atenção à saúde. Em 2025 serão desenvolvidas oficinas nas macrorregiões de saúde como ferramenta estratégica para auxiliar na execução e articulação entre os gestores para que atendam às prioridades definidas por essa portaria.

10. GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A governança das redes de atenção à saúde refere-se ao conjunto de processos, práticas e estruturas que orientam a organização, o funcionamento e a integração dos diversos serviços que compõem essas redes, com foco na oferta de uma atenção contínua, integral e equitativa à população. Trata-se de uma abordagem que promove a articulação horizontal entre os pontos de atenção à saúde, superando modelos hierárquicos tradicionais e priorizando uma gestão cooperativa e poliárquica (CONASS, 2016).

- Comitê executivo de governança da RAS: No contexto de governança do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a forte interdependência entre as esferas governamentais no planejamento e execução de políticas públicas, assim como na organização e gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nesse cenário, as estratégias e instrumentos de coordenação intergovernamental têm papel essencial no fortalecimento da regionalização. As relações entre os níveis de governo apresentam características de autoridade compartilhada ou superposta, o que implica uma equivalência no poder institucional e uma dinâmica baseada na negociação. As instâncias responsáveis por exercer a governança intergovernamental no SUS incluem as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regionais (CIR) (CONASS, 2020).

No âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), além da governança intergovernamental, torna-se fundamental adotar uma abordagem de governança com caráter pluri-institucional. Essa prática busca viabilizar a implementação das decisões deliberadas nas comissões intergestores e promover uma interação mais coordenada entre os diferentes atores envolvidos. O objetivo é gerar benefícios cooperativos e alcançar melhores resultados em termos de saúde pública e eficiência econômica. Para operacionalizar essa estratégia, foi instituído o Comitê Executivo de Governança da RAS, por meio da Resolução CIT nº 23/2017 e deverá ser composto por gestores das três esferas de governo, prestadores de serviços e representantes do Controle Social (CONASS, 2020).

10.1 COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS (CEGRAS)

Segue a proposta das atribuições do CEGRAS:

- a. Realizar o acompanhamento contínuo do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em todos os pontos de atenção que a compõem;
- b. Monitorar o cumprimento dos objetivos e metas da RAS, considerando os prazos estabelecidos (curto, médio e longo);
- c. Avaliar regularmente os indicadores definidos no painel de bordo da RAS, com foco na macrorregião;
- d. Propor novos arranjos, fluxos de trabalho e melhorias na organização da RAS para aumentar sua eficiência;
- e. Sugerir capacitações e ações de Educação Permanente voltadas às equipes de saúde envolvidas na RAS;
- f. Indicar medidas que fortaleçam a integração entre as políticas interinstitucionais, favorecendo articulações estratégicas;
- g. Encaminhar as recomendações elaboradas para apreciação e validação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Estadual.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Regional da Macrorregião de Saúde, produto do Planejamento Regional Integrado (PRI), visa a organização e oferta de serviços de saúde de maneira estratégica e integrada, alinhando os gestores para otimizar recursos e garantir um atendimento equitativo e resolutivo. O plano regional, baseado na identificação das necessidades locais e na definição de prioridades, busca organizar os serviços em diferentes níveis de complexidade, promovendo a integração entre os pontos de atenção e redes de cuidados, com foco na regionalização dos serviços de saúde, adaptando-os às realidades específicas de cada território.

Alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o PRI fortalece a descentralização e a equidade, permitindo que os serviços sejam prestados de forma mais próxima das necessidades da população e em conformidade com os preceitos de universalidade, integralidade e igualdade no acesso à saúde. A regionalização dentro do SUS garante que os serviços atendam de forma contínua e coordenada, respeitando as especificidades de cada Macrorregião.

É importante destacar que o Planejamento Regional Integrado é uma ação constante e dinâmica, que precisa ser revisto e repensado regularmente para se adaptar às mudanças nas necessidades da população, as variáveis econômicas, políticas e sociais. O acompanhamento dos Planos, a avaliação das estratégias implementadas e o monitoramento dos resultados são fundamentais para garantir que as ações previstas estejam atendendo efetivamente às demandas locais e para ajustar o planejamento de forma contínua. A flexibilidade no processo de planejamento permite que o sistema de saúde responda de maneira ágil e eficaz às mudanças e desafios do contexto regional.

O Plano Regional das Macrorregiões de Saúde, resultante do processo de contínuo e ascendente de Planejamento, é uma ferramenta estratégica crucial para o aprimoramento da saúde pública e para que as Macrorregiões de saúde possam avançar na construção de um modelo de atendimento que respeite as especificidades e demandas do seus territórios.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Manual Prático de Apoio a Elaboração de Planos Municipais de Saúde**. Salvador, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude->

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regionalização**. disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 26 mar. 2018. Seção 1, p. 135.

BRASIL. Estado de Santa Catarina. Assembleia Legislativa. **Lei nº 272, de 4 de julho de 1949**. Autoriza abertura de crédito especial. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, 4 jul. 1949.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-in-terfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2010/dezembro/2-b-documento-de-di-retrizes-para-organiza-o-das-redes-de-aten-o-sa-de-do-sus.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 27 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 27 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021**. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 30 mar. 2021. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 22 mar. 2018. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 17 ago. 2017. Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Capítulo I - Das Redes de Atenção à Saúde (art. 2º ao art. 3º); Capítulo II - Das Redes de Serviço de Saúde (art. 4º); Capítulo III - Das Redes de Pesquisa em Saúde (art. 5º); Capítulo IV - Das Disposições Finais (art. 6º ao art. 7º). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 2024. Seção 1, p. 42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 maio 2014. Seção 1, p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2008. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 ago. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 18 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986**. Para efeitos de aplicação da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial nº 608, de 28 de outubro de 1979, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS e a Sífilis Congênita. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 18 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001**. Institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jun. 2001. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS**. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em

gestantes e sífilis congênita. Brasília, 17 out. 2017. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_impri. Acesso em: 18/12/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 7/2021-CGFIP/DGIP/SE/MS**. Sobre procedimentos aplicáveis diante da ausência de instrumentos de planejamento em saúde. Brasília, 2021. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/1GZcMXwwjifP7aejXNAR9BVMrkHfHjGaXmZ4jhb2.pdf>. Acesso em: 18/12/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Arts. 94 a 101: diretrizes de planejamento no SUS. Arts. 435 ao 441: Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital. Diário Oficial da União, Brasília, 1 mar. 2024. Seção 1, p. 35.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2020**. Aprova as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 24 jun. 2020, Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005**. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Diário Oficial

da União, Brasília, DF, 14 jul. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 18 dez. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jan. 2012. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.154, de 26 de maio de 2021**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 maio 2021. Seção 1, p. 56.

BRASIL. **Portaria nº 1.559 de agosto de 2008**. Dispõe sobre Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da saúde. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 30 mar. 2021. Seção 1, p. 56.

CONASS. **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS**. Planejamento Regional Integrado Acessado em Set/2024 disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>

CONASS. **Ofício Conjunto CONASS CONASEMS nº 024, Brasília, 28 de outubro de 2021**. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/10/024-A-SE_Incorporac%CC%A7a%CC%83o-de-leitos-de-UTI.pdf. Acesso em: 3 dez. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Direito à Saúde (diversos autores)**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-99-2021-publicada-a-resolucao-cit-n-1-que-consolida-as-resolucoes-da-comissao-intergestores-tripartite-cit-do-sus/>. Acesso em: 3 dez. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **CONASS Debate: Governança das Redes de Atenção à Saúde**. 6. ed. Brasília: CONASS, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Guia de apoio à gestão estadual do SUS**: Planejamento Regional Integrado. Brasília:

CONASS, 2020. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>. Acesso em: 26 nov. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 121/CIB/2022**. Aprova as Diretrizes para a Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Raras na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina. Florianópolis, 06 out. 2022.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 38/CIB/2024** – Retificada em 04 de junho de 2024. Aprova a definição das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina para o processo de Planejamento Regional Integrado e configura as 17 Regiões de Saúde do Estado. Florianópolis, 04 jun. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 721/CIB/2023** – Retificada em 04-04-2024. Aprova a Linha de Cuidado de Atenção à Saúde da Pessoa com Epidermólise Bolhosa na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina. Florianópolis, 04 abr. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 042/CIB/2018** – Retificada em 04 jun. 2024. Aprova os fluxogramas de regulação ambulatorial e os fluxos de autorização das APACs no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 06 jun. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 68/CIB/2022**. Aprova os Protocolos de Acesso e Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 26 de maio 2022.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 008/CIB/2023** – Retificada em 29 mar. 2023 e 14 jun. 2023. Aprova a revisão do Plano da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, com reorganização de fluxos e serviços. Florianópolis, 14 jun. 2023.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 009/CIB/2023** – Retificada em 29 mar. 2023 e 14 jun. 2023. Aprova a revisão do Plano da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular em Santa Catarina, com reorganização de fluxos e serviços. Florianópolis, 14 jun. 2023.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 756/CIB/2023**. Aprova a habilitação estadual para a realização do procedimento de tromboectomia mecânica para acidente vascular cerebral isquêmico agudo dentro do Plano da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Neurologia em Santa Catarina. Florianópolis, 7 dez. 2023. [file:///C:/Users/freib/Downloads/delibera%C3%87%C3%83o%20cib%20756-07-12-2023%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/freib/Downloads/delibera%C3%87%C3%83o%20cib%20756-07-12-2023%20(1).pdf). Acesso em: [data de acesso].

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 745/CIB/2023**. Aprova a criação e a implementação do Programa de Valorização dos Hospitais para o ano de 2024. Florianópolis, 7 dez. 2023.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 331/CIB/2018**. Aprova a Linha de Cuidado de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Florianópolis, 21 dez. 2018.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 160/CIB/2022**. Aprova a repactuação de referências descritas na Deliberação 160/2022, atualizando a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual. Retificada em 01 de agosto de 2024. Florianópolis, 01 ago. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 286/CIB/18**. Aprova a Linha de Cuidado Materno Infantil em Santa Catarina. Florianópolis, 28 nov. 2018.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 330/CIB/2018**. Aprova as Linhas de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Florianópolis, 21 dez. 2018. Retificada em 03 ago. 2023.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 307/CIB/2018**. Aprova a Linha de Cuidado de Saúde do Idoso em Santa Catarina. Florianópolis, 28 nov. 2018.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 285/CIB/2018**. Aprova a Linha de Cuidado de Saúde Bucal em Santa Catarina. Florianópolis, 28 nov. 2018.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 023/CIB/2023**. Aprova a ampliação do acesso à reconstrução mamária para mulheres com diagnóstico de câncer de mama, no Hospital Santo Antônio de Blumenau. Florianópolis, 22 mar. 2023.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 002/CIB/2024**. Aprova a programação orçamentária anual para o pagamento do Cofinanciamento Estadual de diversas equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, 08 fev. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 136/CIB/2024**. Aprova a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e estabelece diretrizes para a organização da assistência ao paciente com obesidade grave. Florianópolis, 09 maio 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 121/CIB/2024**. Aprova o Termo de Adesão do Estado de Santa Catarina ao projeto "A organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde", intitulado PlanificaSUS, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) – Triênio 2024 a 2026. Florianópolis, 09 maio 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 252/CIB/2024**. Aprova os resultados do Diagnóstico Situacional do Programa SUS Digital e a definição dos valores da segunda parcela do incentivo financeiro para elaboração dos planos de transformação em saúde digital - PA Saúde Digital de Santa Catarina. Florianópolis, 04 jul. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 422/CIB/2024**. Aprova a solicitação, da SES/SC, de encaminhamento de proposta, via Plano de Ação Estadual, ao Ministério da Saúde, para solicitação de recurso federal por meio do Programa SUS Digital, para a Ampliação do acesso ao Serviço de Telessaúde no Estado de Santa Catarina e a Implantação da Rede Catarinense de Dados em Saúde. Florianópolis, 07 nov. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 393/CIB/2024**. Aprova os Planos de Ação Regionais das 17 (dezesete) Regiões de Saúde do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 10 out. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 039/CIB/2021**. Aprova a atualização dos leitos clínicos e de UTI adulto e pediátrico para atendimento COvid19 em Santa Catarina. Em anexo a planilha com a especificação dos leitos atualizados em 01/04/2024. Florianópolis, 10 de abril de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete da Ministra. **Portaria GM/MS nº 3.233, de 1º de março de 2024**. Regulamenta a etapa 1: planejamento, referente ao Programa SUS Digital, de que trata o Anexo CVIII à Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para o ano de 2024. Diário Oficial da União, Brasília, 4 mar. 2024. Seção 1, p. 53.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 set. 2017. Seção 1, p. 35.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital. Diário Oficial da União, Brasília, 1 mar. 2024. Seção 1, p. 12.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Diário Oficial da União, Brasília, 12 set. 2024. Seção 1, p. 32.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1 out. 2015. Seção 1, p. 47.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 10 maio 2012. Seção 1, p. 46.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONASS; CONASEMS. **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS: Planejamento Regional Integrado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/>. Acesso em: 18 dez. 2024.

MINISTERIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Arts. 94 a 101: diretrizes de planejamento no SUS Arts. 435 ao 441: Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP

SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. **Plano Estadual de Saúde. 2024-2027**. 294 p. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/23148-plano-estadual-de-saude-2024-2027/file>. Acesso em: 3 dez. 2024.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015**. São Paulo, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 3 dez. 2024.

ANEXOS

Os anexos deste documento poderão ser acessados no site da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) por meio de um link específico, disponibilizado a seguir:

Quadro 87: Lista dos anexos inseridos nos planos regionais das macrorregiões de Saúde. Santa Catarina, 2024.

ANEXO	TÍTULO	QR CODE
I	Deliberação 393/CIB/2024 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)	
II	Documentos e Planos para o Programa SUS Digital	
III	Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência	
IV	Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	
V	Mapa de Referências Regulação Ambulatorial	
VI	Produção da Atenção Especializada Ambulatorial	
VII	Programa de Valorização Hospitalar - PVH	
VIII	Deliberação 445/CIB/2024 - Aprovação Planejamento Regional Integrado (PRI)	

Fonte: SES/SC, 2024.