



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

PriSC

PLANEJAMENTO REGIONAL
INTEGRADO EM SAÚDE DO
ESTADO DE SANTA
CATARINA



Planalto Norte e Nordeste

**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



Planalto Norte e Nordeste

REGIÃO DE SAÚDE DO PLANALTO NORTE: BELA VISTA DO TOLDO • CAMPO ALEGRE • CANOINHAS • IRINEÓPOLIS
• ITAIÓPOLIS • MAFRA • MAJOR VIEIRA • MONTE CASTELO • PAPANDUVA • PORTO
UNIÃO • RIO NEGRINHO • SÃO BENTO DO SUL • TRÊS BARRAS

REGIÃO DE SAÚDE DO VALE DO ITAPOCU: BARRA VELHA • CORUPÁ
GUARAMIRIM • JARAGUÁ DO SUL • MASSARANDUBA • SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ
SCHROEDER

REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE: ARAQUARI • BALNEÁRIO BARRA DO SUL • GARUVA • ITAPOÁ • JOINVILLE
SÃO FRANCISCO DO SUL



População: 1.480.750



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 REGIONALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE
MARIA LUIZA CABRAL BREDA

GERENTE DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
MANOELA VIEIRA DE BONA SCHLICKMANN

GERENTES REGIONAIS DE SAÚDE
CINTIA MULLER DE AGUIAR SBALCHEIRO - MAFRA
GRAZIELA VIEIRA DE ALCANTARA - JOINVILLE
SERGIO LUIZ PACHECO - JARAGUÁ DO SUL

ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO
ANA CAROLINA CUNHA
BRENDA FREIRE
CAMILA BERTELLI PEREIRA VANZ
DAYANA CRISTINA GREIN
DEYSE HAMES
FELIPE EDUARDO DE LIMA RECART
GRAZIELA VIEIRA DE ALCANTARA
JULIANA PRAXEDES CAMPAGNONI
MANOELA VIEIRA DE BONA SCHLICKMANN
MARIA LUIZA CABRAL BREDA



NADIA RENATE DA SILVA
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.....	34
4.2.1 Nascidos Vivos.....	34
4.2.2 Morbidade e Mortalidade.....	36
4.3 MAPA DOS INSTRUMENTOS DE SAÚDE DIGITADOS NO DigiSUS GESTOR – MÓDULO PLANEJAMENTO (DGMP).....	77
4.4 IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA E VAZIOS ASSISTENCIAIS.....	89
4.4.2 Distribuição dos estabelecimentos de Saúde - Dados CNES.....	90
4.4.3 Atenção Primária à Saúde (APS).....	92
4.4.4 Serviços Especializados.....	96
4.4.4.1. Terapia Renal Substitutiva.....	97
4.4.4.2. Oncologia.....	97
4.4.4.3. Hematologia.....	98
4.4.4.4 Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual.....	98
4.4.4.5 Sobrepeso e Obesidade.....	99
4.4.4.6 Doenças Raras.....	99
4.4.5 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Alta Complexidade.....	99
4.4.6 Número e tipo de Leitos Hospitalares.....	101
4.4.7 Número de Equipamentos Por Região de Saúde.....	108
4.4.8 Centrais de Regulação.....	115
4.4.9 Número de Ambulâncias e Aeronaves por Tipo.....	117
4.4.10 Hospitais Próprios, Contratualizados e Conveniados.....	119
4.4.11 Redes de Atenção à Saúde - RAS.....	120
4.4.11.1 Rede Alyne.....	120
4.4.11.2 Rede de Atenção Psicossocial.....	125
4.4.11.3 Rede de Urgência e Emergência - RUE.....	129
4.4.12 Assistência Farmacêutica.....	130
4.5. FLUXOS DE ACESSO, PROTOCOLOS, LINHAS DE CUIDADOS NAS REDES DE ATENÇÃO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.....	131
4.5.1. Fluxos e Protocolos de Acessos e Regulação.....	132
4.5.2. Linhas de cuidado.....	136
4.5.3 Fluxos do Tratamento Fora de Domicílio (TFD).....	143
4.6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	144
5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES SANITÁRIAS.....	156

5.2 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES - DOMI.....	156
6. ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PRI.....	159
6.1 HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - PLANO DE AÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - PAR'S E DEMAIS NÃO CONSTANTES NO PAR.....	159
6.2 PROPOSTAS DE NOVAS HABILITAÇÕES CONSTANTES NOS PLANOS DE AÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	167
7. PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	170
7.1 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	170
7.2 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - LEITOS DE UTI PEDIÁTRICO E ADULTO.....	172
7.3 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE ALYNE.....	174
7.4 PRODUÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL.....	182
7.5 PRODUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES.....	183
8. RECURSOS FINANCEIROS PROGRAMADOS.....	197
8.1. EMENDAS PARLAMENTARES.....	197
8.2. AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE TELESSAÚDE SC.....	199
9. DEFINIÇÃO DOS INVESTIMENTOS NECESSÁRIOS.....	202
10. GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	203
10.1 COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS (CEGRAS).....	204
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	205
REFERÊNCIAS.....	206
ANEXOS.....	214
Deliberação 393/CIB/2024 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE).....	214
Documentos e Planos para o Programa SUS Digital.....	214
Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência.....	214
Mapa de Referências Regulação Ambulatorial.....	214
Produção da Atenção Especializada Ambulatorial.....	214
Programa de Valorização Hospitalar - PVH.....	214
Deliberação 445/CIB/2024 - Aprovação Planejamento Regional Integrado (PRI).....	214

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, de 30 março de 2021, 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 no inciso III do art. 5º da Resolução CIT nº 01/2021 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) 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.

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 01: 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 37/CIT, de 22 março de 2018, a LC nº 141/2012, dispõe que o Plano Regional é o produto do Planejamento Regional Integrado, e deve expressar:

- A identificação do espaço regional ampliado;
- A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- A programação geral das ações e serviços de saúde;
- A identificação dos vazios assistenciais eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados e municípios, bem como de emendas parlamentares.

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 2025, 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.

A Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste compreende uma área de 14.948,7 Km², sendo de grande extensão territorial longitudinal. E é formada por 26 (vinte e seis) municípios, com a seguinte distribuição:

⇨ Planalto Norte:

Composta por 13 (treze) municípios: Bela Vista do Toldo, Campo Alegre, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Mafra, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Porto União, Rio Negrinho, São Bento do Sul e Três Barras.

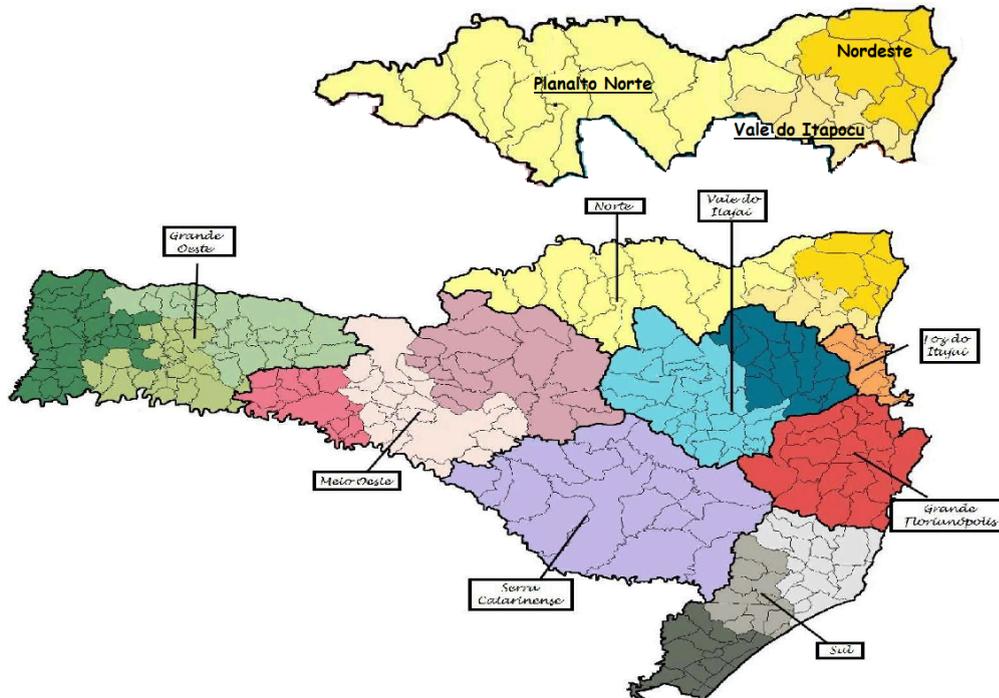
⇨ Nordeste:

Composta por 06 (seis) municípios: Araquari, Balneário Barra do Sul, Garuva, Itapoá, Joinville e São Francisco do Sul.

⇨ Vale do Itapocu:

Composta por 07 (sete) municípios: Barra Velha, Corupá, Guaramirim, Jaraguá do Sul, Massaranduba, São João do Itaperiú e Schroeder.

Figura 01: Mapa da Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste.



Fonte: SES, 2024.

Figura 02: Total populacional Macrorregional de Saúde Planalto Norte e Nordeste:

Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste Total Populacional: 1.480.750		
Região de Saúde Nordeste Total Populacional: 778.481		
4201307	Araquari	45.283
4202057	Balneário Barra do Sul	14.912
4205803	Garuva	18.545
4208450	Itapoá	30.750
4209102	Joinville	616.317
4216206	São Francisco do Sul	52.674
Região de Saúde do Vale do Itapocu Total Populacional: 331.693		
4202107	Barra Velha	45.369
4204509	Corupá	15.267
4206504	Guaramirim	46.711
4208906	Jaraguá do Sul	182.660
4210605	Massaranduba	17.162
4216354	São João do Itaperiú	4.463
4217402	Schroeder	20.061
Região de Saúde do Planalto Norte Total Populacional: 370.576		
4202131	Bela Vista do Toldo	5.872
4203303	Campo Alegre	12.501
4203808	Canoinhas	55.016
4207908	Irineópolis	10.285
4208104	Itaiópolis	22.051
4210100	Mafra	55.286
4210308	Major Vieira	7.425
4211108	Monte Castelo	7.736
4212205	Papanduva	19.150
4213609	Porto União	32.970
4215000	Rio Negrinho	39.261
4215802	São Bento do Sul	83.277
4218301	Três Barras	19.746

Fonte: Censo IBGE, 2022.

O quadro 02 detalha a população da Macrorregião por cor ou raça.

Quadro 02: População da Macrorregião Planalto Norte e Nordeste por cor ou raça.

Município	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Araquari	29.403	2.861	45	12.614	360
Balneário Barra do Sul	11.440	407	37	2.964	64
Garuva	12.792	688	44	4.954	67
Itapoá	21.077	1.078	67	8.484	42
Joinville	468.401	25.532	1.599	120.284	463
São Francisco do Sul	38.559	2.258	95	11.545	217
Barra Velha	32.611	1.460	69	11.191	48
Corupá	12.763	255	7	2.236	6
Guaramirim	33.341	1.650	47	11.644	29

Município	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Jaraguá do Sul	140.181	6.151	368	35.861	95
Massaranduba	14.447	283	18	2.369	25
São João do Itaperiú	3.657	47	4	752	3
Schroeder	15.544	568	15	3.915	19
Bela Vista do Toldo	4.461	89	8	1.313	0
Campo Alegre	10.042	142	14	2.291	12
Canoinhas	43.159	979	106	10.750	22
Irineópolis	7.877	280	2	2.118	8
Itaiópolis	17.356	306	14	4.311	63
Mafra	45.040	731	75	9.362	75
Major Vieira	5.840	155	4	1.424	1
Monte Castelo	5.258	136	15	2.327	0
Papanduva	13.842	303	43	4.956	6
Porto União	24.921	695	36	7.278	40
Rio Negrinho	29.576	666	57	8.922	40
São Bento do Sul	66.613	1.423	60	15.133	48
Três Barras	14.326	600	23	4.775	22

Fonte: IBGE, 2022

- 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 tabela abaixo apresenta o PIB per capita para cada município da Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste.

Quadro 03: PIB per capita por município.

Município	PIB per capita (R\$)
Araquari	183.116,55
Balneário Barra do Sul	22.583,61
Garuva	108.052,68
Itapoá	77.581,19
Joinville	74.531,62
São Francisco do Sul	155.542,28
Barra Velha	77.674,67
Corupá	48.927,49
Guaramirim	53.679,65
Jaraguá do Sul	65.295,54
Massaranduba	43.380,49
São João do Itaperiú	89.358,69
Schroeder	33.593,65
Bela Vista do Toldo	30.823,44
Campo Alegre	58.375,96
Canoinhas	40.376,72
Irineópolis	40.421,58
Itaiópolis	47.859,71
Mafra	43.817,87
Major Vieira	36.581,74
Monte Castelo	28.731,69
Papanduva	43.734,95
Porto União	32.220,81
Rio Negrinho	37.822,98
São Bento do Sul	54.415,88
Três Barras	78.265,31

Fonte: IBGE, 2022.

- Setor Econômico

A região Nordeste é a terceira economia de Santa Catarina, com um PIB de R\$33,5 bilhões e é responsável por 36,3% do que é produzido pela indústria do estado (IBGE, 2016).

A região, que é polarizada pelo município de Joinville, possui um parque industrial moderno e concentra grande parte dos segmentos metal mecânico e plástico de Santa Catarina. Nesta área, há também indústrias têxteis e de vestuário.

Além destas, a indústria da madeira e do mobiliário têm importância considerável para um grande número de municípios. Joinville concentra as atividades da metalurgia, mecânica e plástico. Na região, há grandes empresas especializadas nas linhas de compressores e refrigeradores. Outro setor que vem se destacando é o setor de serviços, com destaque para a atividade turística.

O Planalto Norte catarinense se destaca no âmbito da economia pela presença de forte setor mobiliário.

A economia do Vale do Itapocu é bem diversificada, embora haja predominância de três setores como fabricação de geradores, transformadores e motores elétricos. Seguido das atividades somadas das empresas do setor do vestuário, tecidos de malha e artefatos têxteis. E não menos importante, as atividades relativas ao comércio de diversos gêneros. Essas três atividades representam uma participação de 60,71% na formação do valor adicionado da região.

- Índice GINI

O Índice de Gini é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. (IPEA, 2004)

Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. (IPEA, 2004)

Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos. O Brasil aparece com Índice de 0,591, quase no final da lista de 127 países. Apenas sete nações apresentam maior concentração de renda. (IPEA, 2004)

O quadro abaixo apresenta o Índice de Gini para cada município da Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste.

Quadro 04: Índice de Gini*.

Município	Índice de Gini
Araquari	0,413
Balneário Barra do Sul	0,417
Garuva	0,444
Itapoá	0,474
Joinville	0,491
São Francisco do Sul	0,462
Barra Velha	0,448
Corupá	0,483
Guaramirim	0,458
Jaraguá do Sul	0,433
Massaranduba	0,344
São João do Itaperiú	0,344
Schroeder	0,345
Bela Vista do Toldo	0,474
Campo Alegre	0,412
Canoinhas	0,504
Irineópolis	0,549
Itaiópolis	0,509
Mafra	0,494
Major Vieira	0,476
Monte Castelo	0,453
Papanduva	0,479
Porto União	0,542
Rio Negrinho	0,445
São Bento do Sul	0,506
Três Barras	0,477

Fonte: IBGE, 2020.

- Taxa de Analfabetismo

O índice de analfabetismo considera apenas pessoas com 15 anos ou mais, excluindo aqueles com idade inferior a 14 anos. Segundo o Censo Demográfico de 2022, Santa Catarina possui a menor taxa de analfabetismo do Brasil, com apenas 2,7% da população acima de 15 anos sendo incapaz de ler e escrever.

Esses dados incluem informações sobre o número de pessoas alfabetizadas e não alfabetizadas por município na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste.

Quadro 05: Total de alfabetizados e não alfabetizados por município.

Município	Alfabetizados	Não alfabetizados
Araquari	32.863	1.018
Balneário Barra do Sul	11.842	403
Garuva	13.625	643
Itapoá	24.088	589
Joinville	492.997	7.850
São Francisco do Sul	41.645	1.042
Barra Velha	35.139	880
Corupá	12.103	294
Guaramirim	36.006	811
Jaraguá do Sul	145.781	2.124
Massaranduba	8.676	2.430
São João do Itaperiú	3.360	131
Schroeder	15.492	315
Bela Vista do Toldo	4.488	206
Campo Alegre	9.767	327
Canoinhas	42.855	1.321
Irineópolis	7.739	454
Itaiópolis	16.880	579
Mafra	44.004	1.101
Major Vieira	5.700	296
Monte Castelo	5.820	284
Papanduva	14.729	598
Porto União	26.239	715
Rio Negrinho	30.558	1.055
São Bento do Sul	66.270	1.162
Três Barras	14.452	671

Fonte: IBGE, 2022 - Censo Demográfico 2022: Alfabetização - Resultados do universo

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

Quadro 06: Pessoas com 14 anos ou mais ocupadas por nível de instrução, 3º trimestre.

Brasil e Unidade da Federação	Sem instrução e menos de 1 ano de estudo	Ensino fundamental incompleto ou equivalente	Ensino fundamental completo ou equivalente	Ensino médio incompleto ou equivalente	Ensino médio completo ou equivalente	Ensino superior incompleto ou equivalente	Ensino superior completo ou equivalente
Brasil	8.100	43.610	14.770	14.336	55.757	9.312	30.559
Paraná	390	2.422	850	737	2.867	526	1.827
Santa Catarina	185	1.419	684	449	1.957	344	1.194
Rio Grande do Sul	209	2.571	934	755	2.685	679	1.721

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral, 2024.

- Pessoas Ocupadas Por Grupo de Atividade

Figura 03: 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

De acordo com dados levantados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), entre os anos de 2017 e 2022 Santa Catarina apresentou redução

de 40,5% na taxa de homicídios por 100 mil habitantes. No ano de 2017 a taxa era de 15,3 homicídios, enquanto em 2022 a taxa foi de 9,1 homicídios (IPEA, 2022).

O estado de Santa Catarina apresentou, pela primeira vez na série histórica analisada, uma taxa de homicídios estimada por 100 mil habitantes inferior a 10,0. Foram 142 dos 295 municípios (48,1%) que não tiveram nenhum homicídio em 2022. Em números absolutos, Joinville e Florianópolis lideraram o número de homicídios (60 e 48, respectivamente), mas ainda assim com taxas inferiores a dez (9,7 e 8,9, respectivamente). Entre as cidades médias e grandes (mais de 100 mil habitantes), as que apresentaram as maiores taxas foram Chapecó (12,6) e Balneário Camboriú (12,9), bastante abaixo da média nacional (IPEA, 2024).

Os números relativos à Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste estão apresentados no quadro abaixo:

Quadro 07: Número de homicídios.

Município	2019	2020	2021	2022
Araquari	10	10	11	06
Balneário Barra do Sul	03	17	04	04
Garuva	04	0	02	03
Itapoá	13	17	08	06
Joinville	83	0	76	59
São Francisco do Sul	17	01	21	12
Barra Velha	13	0	09	08
Corupá	01	0	02	0
Guaramirim	01	0	03	06
Jaraguá do Sul	09	0	02	03
Massaranduba	04	0	03	01
São João do Itaperiú	01	0	0	01
Schroeder	01	02	0	0
Bela Vista do Toldo	01	0	0	01
Campo Alegre	14	19	14	10
Canoinhas	05	01	03	05
Irineópolis	0	01	0	03
Itaiópolis	04	01	03	03
Mafra	04	01	03	05
Major Vieira	01	07	0	02
Monte Castelo	0	03	0	01

Município	2019	2020	2021	2022
Papanduva	02	0	03	03
Porto União	02	03	03	08
Rio Negrinho	03	0	03	03
São Bento do Sul	03	03	05	10
Três Barras	03	03	04	03

Fonte: IPEA Atlas da Violência, 2024.

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

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

Quadro 08: Percentual médio do Estado Nutricional de crianças de 0 a 5 anos da Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste, Santa Catarina e do Brasil segundo dados do SISVAN do ano de 2023.

Estado Nutricional	Planalto Norte	Nordeste	Vale do Itapocu	Santa Catarina	Brasil
Magreza acentuada	1,03%	0,99%	0,63%	1.22%	2.47%
Magreza	1,83%	1,99%	1,89%	2.01%	3.05%
Eutrofia	64,69%	66,20%	64,27%	63.82%	62.74%
Risco de Sobrepeso	20,70%	19,95%	21,88%	20.5%	18.06%
Sobrepeso	7,28%	7,13%	7,85%	7.92%	7.86%
Obesidade	4,48%	3,74%	3,48%	4.54%	5.81%
Total	15.060	23.624	13.522	279.542	7.277.114

Fonte: SISVAN, 2024.

Ao analisar o estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos na Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste, observa-se, no Planalto Norte, uma tendência que acompanha os padrões de Santa Catarina e do Brasil. No entanto, destaca-se o percentual médio de risco de sobrepeso, que no Planalto Norte e Vale do Itapocu é superior à média estadual, a qual, por sua vez, já se encontra acima da média nacional

Quadro 09: Percentual médio do Estado Nutricional de crianças de 5 a 10 anos da Macrorregional do Planalto Norte e Nordeste, Santa Catarina e do Brasil segundo dados do SISVAN do ano de 2023.

Estado Nutricional	Planalto Norte	Nordeste	Vale do Itapocu	Santa Catarina	Brasil
Magreza acentuada	0,66%	0,84%	0,75%	0.81%	1.81%
Magreza	1.76%	2,46%	2,00%	2.18%	3.37%
Eutrofia	66,76%	67,40%	67,19%	65.16%	65.5%
Sobrepeso	16,85%	15,29%	16,74%	16.91%	14.96%
Obesidade	8,68%	8,77%	8,89%	9.5%	8.82%
Obesidade grave	5,28%	5,25%	4,43%	5.45%	5.54%
Total	11.737	14.352	10.901	223.099	5.943.187

Fonte: SISVAN, 2024.

Ao examinar o estado nutricional de crianças de 5 a 10 anos, constata-se que na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste o percentual de sobrepeso supera a média nacional e apresenta um aumento significativo em relação ao grupo de 0 a 5 anos, o que é ainda mais preocupante ao compará-lo com a média estadual, também acima dos índices nacionais. Além disso, os percentuais de magreza acentuada e magreza na Região Nordeste são superiores à média de Santa Catarina, destacando a necessidade de atenção tanto ao excesso de peso quanto a questões relacionadas à insegurança alimentar e nutricional.

- **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).

O quadro abaixo detalha o número de intoxicações exógenas da Macrorregião, sendo a maior parcela causada por agrotóxico agrícola, seguida de

raticida e agrotóxico doméstico.

Quadro 10: Número de intoxicações por tipo de agrotóxico.

Tipo de agente	Nº de notificações
Agrotóxico agrícola	45
Agrotóxico doméstico	25
Agrotóxico Saúde Pública	0
Raticida	40
Produto veterinário	06
Total de Notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos registradas no SINAN	116

Fonte: SINAN, 2024.

- Saneamento Básico

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.

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).

Os números que detalham a população atendida de acordo com as formas de abastecimento estão descritos no quadro a seguir.

Quadro 11: População atendida por forma de abastecimento de água.

Forma de abastecimento	População atendida (hab.)
Sistema de Abastecimento de água - SAA	1.197.087
Solução Alternativa Coletiva - SAC	5.123
Solução Alternativa Individual - SAI	20.884
Total	1.223.094

Fonte: SISAGUA - Ministério da Saúde, 2024

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

Os rumores e eventos adversos monitorados na Macrorregião, notificados no ano de 2023, apresentam origem natural, com ocorrência de 09 (nove) eventos.

- 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 04: Mapa das Associações de Municípios de Santa Catarina, com seus respectivos tipos de consórcios.



Fonte: FECAM, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste, as associações existentes são:

- ⇒ Associação dos Municípios do Planalto Norte Catarinense (AMPLANORTE): Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Mafra, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Porto União e Três Barras.
- ⇒ Associação de Municípios do Nordeste de Santa Catarina (AMUNESC): Araquari, Balneário Barra do Sul, Campo Alegre, Garuva, Itapoá, Joinville, Rio Negrinho, São Bento do Sul e São Francisco do Sul.
- ⇒ Associação dos Municípios do Vale do Itapocu (AMVALI): Barra Velha, Corupá, Guaramirim, Jaraguá do Sul, Massaranduba, São João do Itaperiú e Schroeder.

E os consórcios de saúde são: Consórcio Interfederativo de Saúde da Região do Contestado (CISAMURC); Consórcio Interfederativo de Saúde do Nordeste de Santa Catarina (CISNORDESTE). (FECAM, 2024).

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

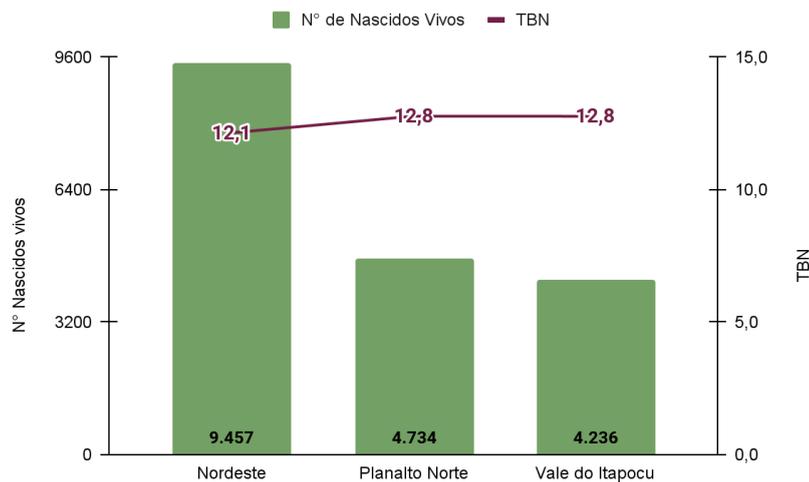
No ano de 2023 nasceram 96.796 crianças em Santa Catarina, dos quais 18.428 eram residentes da Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste, sendo Região Nordeste 9.457, Planalto Norte 4.734, Vale do Itapocu 4.237.

- Taxas de Natalidade (por 1.000 habitantes)

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, na Macrorregião de Saúde, foi de 12,4, sendo a maior taxa encontrada na Região do Planalto Norte e Vale do Itapocu, ambos com 12,8, como verificado abaixo:

Figura 05: Taxa Bruta de Natalidade, por Região de Saúde.



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

- Taxa de Fecundidade

A fecundidade total refere-se ao número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao final de seu período reprodutivo em uma determinada área geográfica. Esse indicador reflete a condição reprodutiva média das mulheres e é fundamental para entender a dinâmica demográfica.

Esse conceito é utilizado para analisar tendências demográficas em diferentes regiões e grupos sociais, além de auxiliar na elaboração de projeções populacionais, levando em conta possíveis comportamentos futuros em relação à fecundidade. Também serve como base para o planejamento, gestão e avaliação de

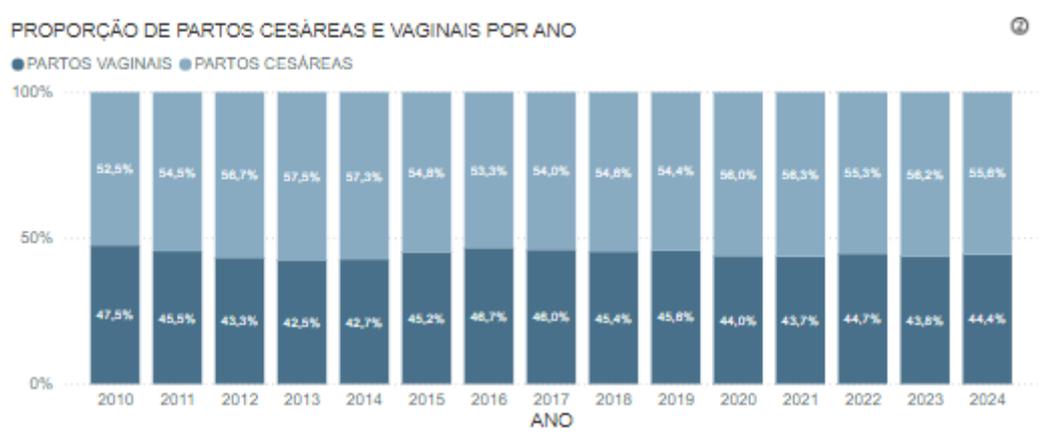
políticas públicas nas áreas de saúde, educação, trabalho e previdência social, orientando a adequação da oferta de serviços com base em projeções demográficas.

Para calcular a taxa de fecundidade da Macrorregião, foram considerados o total de nascidos vivos e de mulheres em idade fértil (15-49 anos) entre os anos de 2020 a 2024, obtendo-se como resultado a taxa de 1,8.

- Proporção de Nascidos Vivos por Tipo de Parto

Quanto ao tipo de parto, em 2023, no Estado, 57,1% dos partos ocorreram por meio de cesariana. Esse percentual foi de 56,2% na Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste, neste mesmo ano. Sendo que a Região do Planalto Norte apresentou 69,6%, Vale do Itapocu 52,9% e Nordeste 50,9%, conforme verificado abaixo:

Figura 06: Proporção de nascidos vivos, por tipo de parto.



Fonte: CIEGES/SC, 2024

4.2.2 Morbidade e Mortalidade

A morbidade como sendo uma característica de comunidades de seres vivos, referindo-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças em um dado intervalo de tempo. Tem-se como definição que a morbidade reflete o comportamento de doenças e agravos à saúde em população exposta.

A seguir, os índices de morbidade da Macrorregião, por município.

Quadro 12: Índice de Morbidade na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste

Município	Morbidade
Araquari	1,00
Balneário Barra do Sul	0,19
Garuva	0,75
Itapoá	0,20
Joinville	1,00
São Francisco do Sul	1,00
Barra Velha	sem dado
Corupá	0,17
Guaramirim	1,00
Jaraguá do Sul	0,96
Massaranduba	0,36
São João do Itaperiú	0,18
Schroeder	0,93
Bela Vista do Toldo	0,45
Campo Alegre	0,88
Canoinhas	0,94
Irineópolis	0,60
Itaiópolis	0,80
Mafra	0,51
Major Vieira	0,26
Monte Castelo	0,31
Papanduva	0,67
Porto União	0,99
Rio Negrinho	0,97
São Bento do Sul	0,81
Três Barras	0,57

Fonte: FECAM, 2020.

A mortalidade, assim como a morbidade, é uma característica de comunidades de seres vivos. Refere-se ao conjunto dos indivíduos que morrem em um dado intervalo de tempo (FUNASA, 2001).

Os índices de mortalidade da Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste, por município de residência, estão detalhados a seguir:

Quadro 13: Mortalidade por causas gerais na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste

Causas capítulos	2022	2023	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	825	422	1.247
Neoplasias (tumores)	1.935	1.923	3.858
Doença sangue, órgãos hemat. e transt. imunitários	34	34	68
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	553	630	1.183
Transtornos mentais e comportamentais	87	99	186
Doenças do sistema nervoso	371	347	718
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	2	4
Doenças do aparelho circulatório	2.431	2.148	4.579
Doenças do aparelho respiratório	1.038	1.035	2.073
Doenças do aparelho digestivo	467	426	893
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	50	43	93
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	41	40	81
Doenças do aparelho geniturinário	316	353	669
Gravide, parto e puerpério	4	5	9
Algumas afecções originadas no período perinatal	82	72	154
Anomalias congênitas	61	75	136
Mal definidas	373	320	693
Causas externas	830	799	1.629
Total	9.500	8.773	18.273

Fonte: SIM/DIVE/GDANT/SES/SC, 2024 - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2022-2023).

Em relação aos números sobre mortalidade na Macrorregião, infere-se que os principais agentes causadores são as doenças do aparelho circulatório (4.579), seguida das neoplasias (3.858) e doenças do aparelho respiratório (2.073).

- Notificação de Emergências de Saúde Pública, Surtos e Epidemias

As investigações de surtos e epidemias, o monitoramento de eventos de massa e inquéritos representam atividades, e trazem respostas requeridas, orientando o controle, prevenção e proteção frente eventos de interesse de saúde pública, e possibilitando a formulação ou reformulação de ações, normas regulamentares, programas e políticas de saúde, bem como desenvolvimento de ações de educação em saúde.

- 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”.

- 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, 2 (6,9%) foram registrados na Macrorregião de Saúde Norte, representando a RMM de 10,9. Os dois óbitos ocorreram na Região Nordeste, residentes do município de Joinville. Ambos foram classificados como sendo de causa obstétrica indireta. Os dois óbitos foram investigados, entretanto apenas um foi em tempo oportuno, isto é, 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).

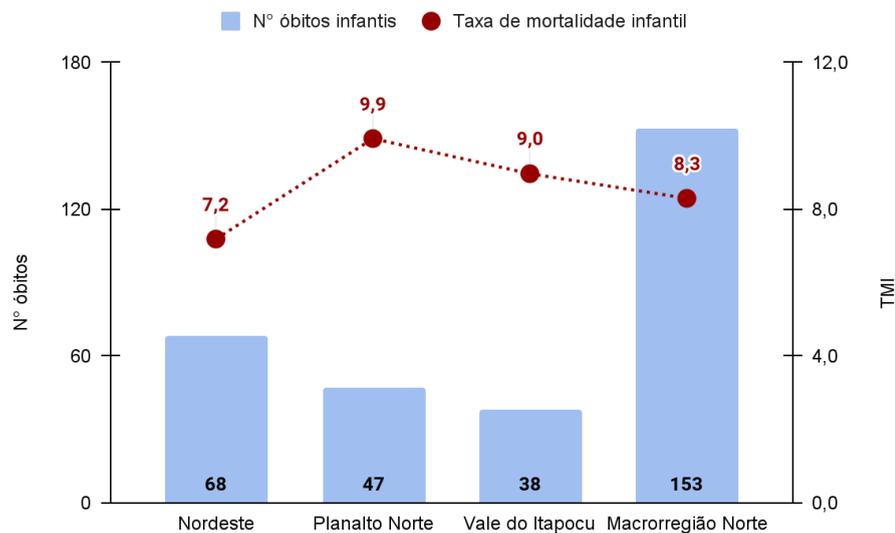
- Mortalidade Infantil

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 153 óbitos infantis em residentes da Macrorregião Planalto Norte e Nordeste, cuja taxa de mortalidade infantil (TMI) foi de 8,3 óbitos a cada 1.000 NV. A maior frequência de óbitos ocorreu na Região Nordeste (68), entretanto, como podemos observar na figura abaixo, a maior TMI ocorreu na Região Planalto Norte (9,9) e Vale do Itapocu (9,0).

Figura 07: Frequência e taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV), por Região de Saúde e Macrorregião, 2023*.

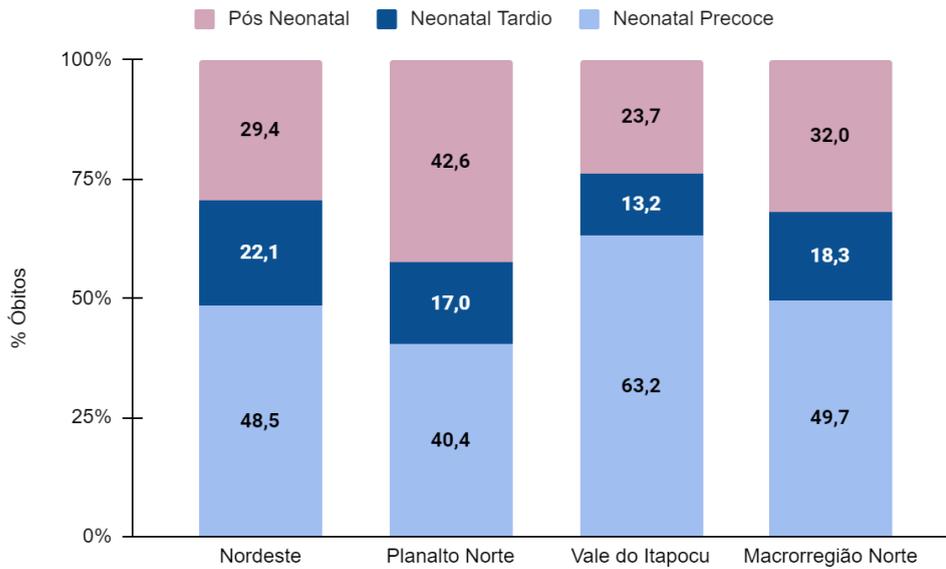


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Dados preliminares.

Do total de óbitos em menores de um ano registrados na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste, em 2023, 49,7% ocorreram no período neonatal precoce, 18,3% no período neonatal tardio e 32% no período pós-neonatal.

Do total de óbitos infantis registrados em cada Região, o maior percentual no período neonatal precoce, ocorreu na Região do Vale do Itapocu (63,2%). No período neonatal tardio foi na Região Nordeste (22,1%) e pós-neonatal, no Planalto Norte (42,6%), como pode ser observado na figura abaixo.

Figura 08: Percentual de óbito infantil por componente, por Região de Saúde. e Macrorregião, 2023*.



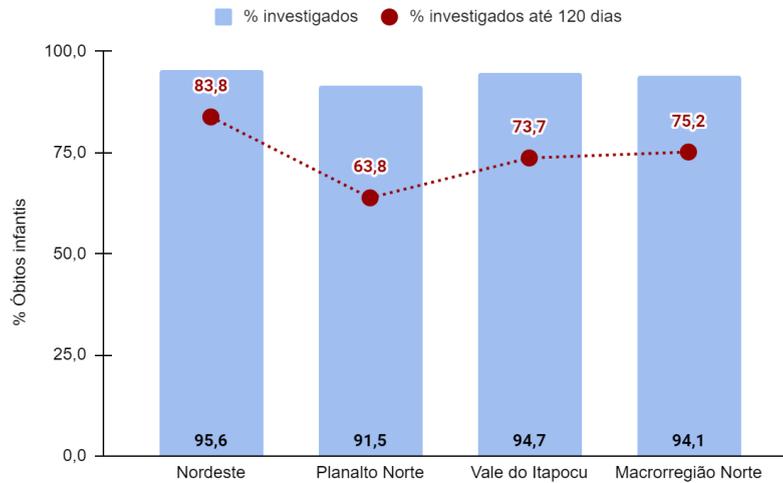
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Dados preliminares.

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 94,1% dos 153 óbitos infantis da Macrorregião foram investigados. Entretanto, apenas 75,2% foram investigados em tempo oportuno, isto é, até 120 dias após sua ocorrência.

A menor proporção de investigados ocorreu na Região do Planalto Norte (91,5%), assim como a menor proporção de óbitos investigados em até 120 dias (63,8%), como pode ser observado na figura abaixo:

Figura 09: Proporção de óbitos infantis investigados e investigados em tempo oportuno (até 120 dias), por Região de Saúde. e Macrorregião, 2023*.



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

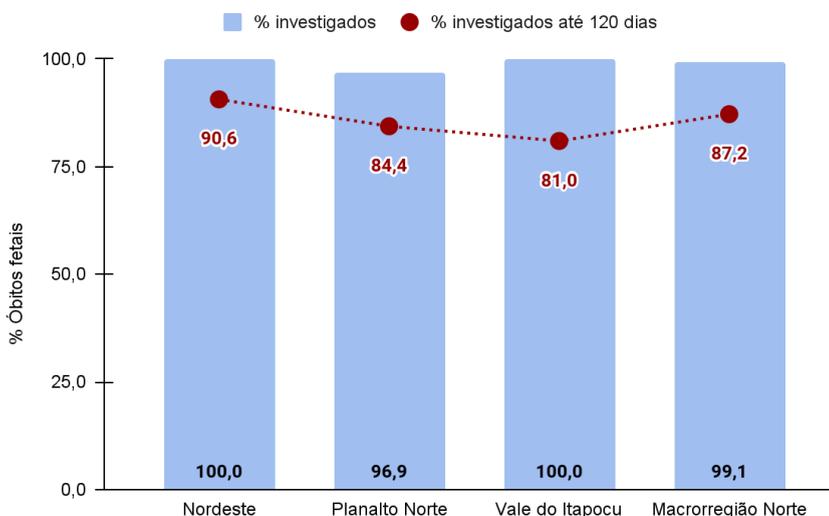
- Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) e Neonatal Precoce (TMNP) (por 1.000 nascimentos)

A Taxa de Mortalidade Fetal refere-se ao número de mortes fetais (mortes de fetos a partir de 22 semanas completas de gestação) por 1000 nascidos vivos.

Foram registrados 751 óbitos fetais em Santa Catarina no ano de 2023. Destes, 117 (15,6%) ocorreram na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste. Sendo 64 na Região Nordeste, 32 no Planalto Norte e 21 no Vale do Itapocu.

Do total de óbitos fetais da Macrorregião, 99,1% foi investigado, entretanto apenas 87,2% foi investigado em tempo oportuno. A Região do Vale do Itapocu se destacou com o menor percentual de investigação em até 120 dias (81%), conforme dados abaixo:

Figura 10: Proporção de óbitos fetais investigados e investigados em tempo oportuno (até 120 dias), por Região de Saúde. e Macrorregião de Saúde, 2023*.



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

O número de óbitos neonatal precoce refere-se ao número de mortes de neonatos que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida (ou 0 a 6 dias). A Macrorregião apresentou 76 óbitos, no ano de 2023.

- **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.

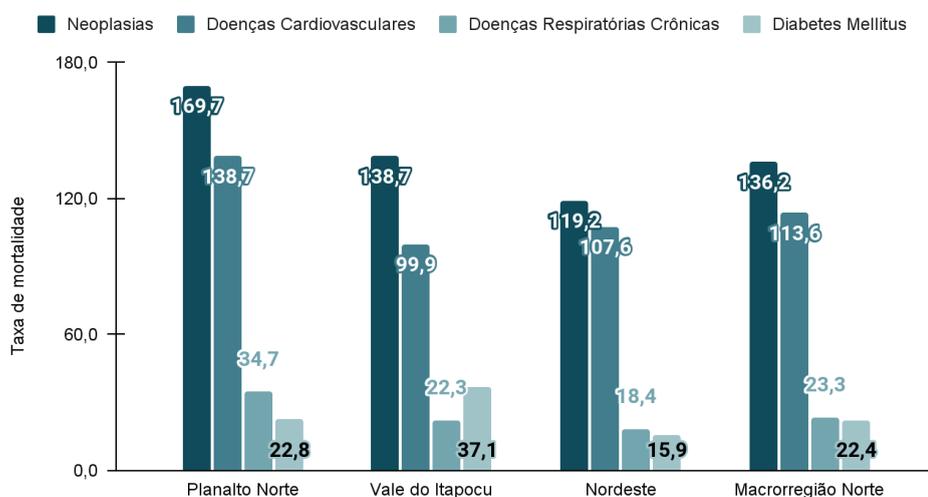
O aumento da carga dessas doenças está associado ao envelhecimento populacional, mudanças nos hábitos e estilo de vida, além de disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. É considerada morte prematura aquela que ocorre em pessoas entre 30 e 69 anos, visto como um reflexo do valor 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.

Ocorreram 2.294 óbitos prematuros decorrentes do conjunto das quatro principais DCNT, na Macrorregião, no ano de 2023. Sendo 1.065 na Região Nordeste, 707 no Planalto Norte e 522 no Vale do Itapocu.

A taxa de mortalidade prematura (TMP) na Macrorregião foi de 295,5 óbitos por 100.000 habitantes, chegando a 365,8 na Região do Planalto Norte, 298,0 no Vale do Itapocu e 261,1 na região Nordeste.

A figura abaixo, ilustra a taxa de mortalidade prematura pelas principais DCNT nas regiões da Macrorregião Planalto Norte e Nordeste, em 2023. As neoplasias se destacaram, apresentando as maiores taxas, que corresponderam a 169,7 no Planalto Norte e 138,7 no Vale do Itapocu. Nas Regiões do Planalto Norte e Nordeste, as doenças respiratórias crônicas apareceram na terceira posição quanto à TMP, enquanto na região do Vale do Itapocu, esta posição é ocupada pela DM.

Figura 11: Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT, por Região de Saúde. e Macrorregião, 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, percebe-se que o sexo masculino sobressai nas quatro principais DCNT. As doenças cardiovasculares ficaram em primeiro lugar como causa de morte para homens (153,3 óbitos a cada 100.000 habitantes), e as neoplasias para mulheres (126,9). Dentre as regiões, as maiores TMP por neoplasias, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas ocorreram entre os homens do Planalto Norte. Já a maior TMP por DM ocorreu na região do Vale do Itapocu, também entre os homens. O mesmo panorama ocorreu entre as mulheres, conforme pode ser observado na Tabela abaixo:

Quadro 14: Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT por sexo e região de saúde. Macrorregião Planalto Norte e Nordeste, 2023*.

Doenças crônicas	Planalto Norte		Vale do Itapocu		Nordeste		Macrorregião	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Doenças Cardiovasculares	178,00	99,80	130,80	69,80	151,10	66,10	153,30	75,20
Neoplasias	186,40	153,30	142,40	135,10	127,50	111,20	145,70	126,90
Doenças Respiratórias Crônicas	44,80	24,70	25,50	19,10	25,10	12,00	30,10	16,70
Diabetes Mellitus	26,00	19,50	40,50	33,80	18,60	13,40	25,40	19,50

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

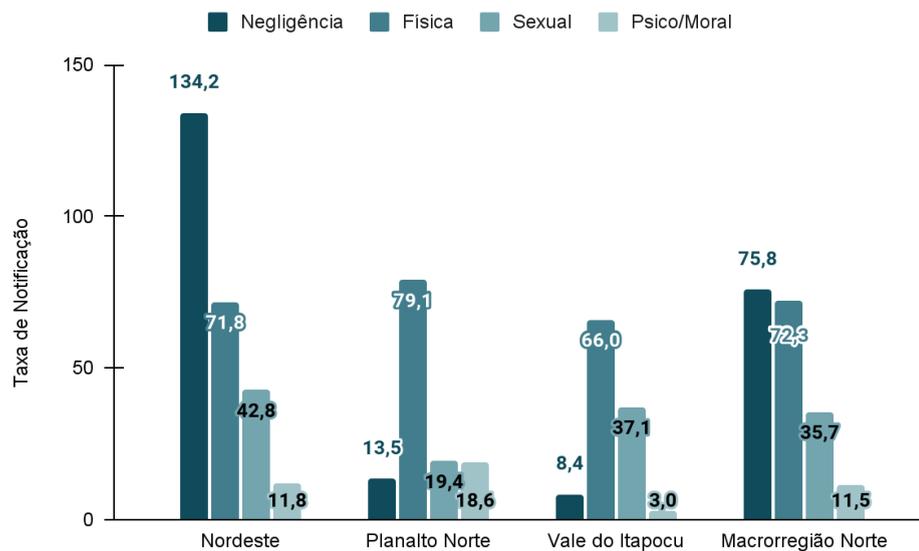
A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, capaz de deixar marcas profundas. A notificação das violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, resultado de uma luta contínua para expor a violência perpetrada contra esses grupos da população e retirá-la 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 4.415 notificações de violência na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste, sendo 2.880 (65,2%) na Região Nordeste, 883 (20%) na Região do Vale do Itapocu e 652 (17,8%) na Região Planalto Norte.

Ao avaliar a Taxa de Notificação (TN) por tipo de violência, observa-se que a Região Nordeste apresentou uma TN de negligência muito acima das observadas nas demais regiões (134,2 a cada 100.000 habitantes). Esse fato contribuiu diretamente para que a negligência seja a mais prevalente na Macrorregião (75,8), mesmo com taxas baixas nas regiões do Planalto Norte (13,5) e Vale do Itapocu (8,4).

Supõe-se que a sensibilização dos profissionais para a notificação de negligência na região Nordeste, exerça um importante papel nesta diferença de valores. A TN de violência física no Planalto Norte (79,1) foi a segunda maior taxa por tipo de violência da Macrorregião em 2023, conforme verificado abaixo:

Figura 12: Taxa de notificação de violência (por 100 mil hab.) segundo os principais tipos de violência notificados, por Região de Saúde. e Macrorregião, 2023*



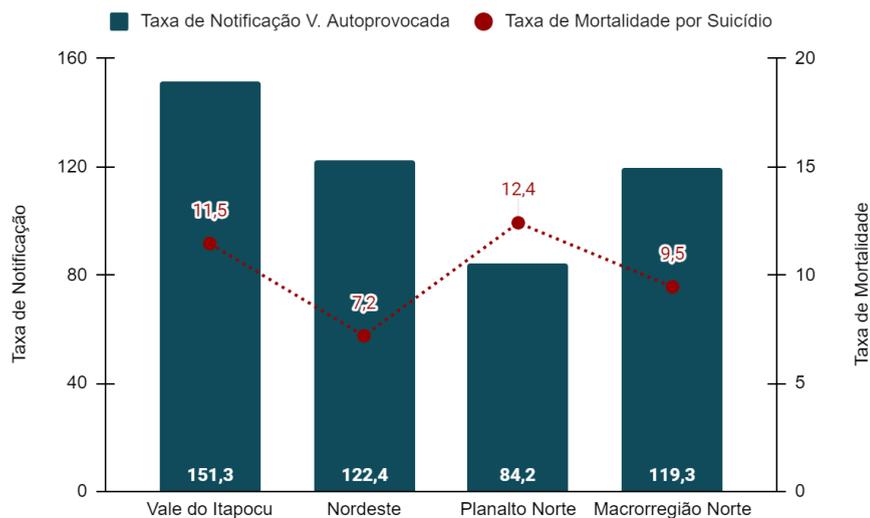
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

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. Na Macrorregião Planalto Norte e Nordeste, em 2023, foram notificados 1.767 atos de violência autoprovocada e 140 óbitos por suicídio. Isso corresponde a taxa de 119,3 notificações a cada 100.000 habitantes, e a 9,5 óbitos por suicídio a cada 100.000 habitantes. A Região que apresentou a maior taxa de lesões autoprovocadas foi o Vale do Itapocu, enquanto a maior taxa de mortalidade por suicídio ocorreu no Planalto Norte, conforme demonstrado na figura abaixo:

Figura 13: Taxa de notificação de lesões autoprovocadas e taxa de mortalidade por suicídio (por 100 mil hab.) por Região de Saúde e Macrorregião de Saúde, 2023*



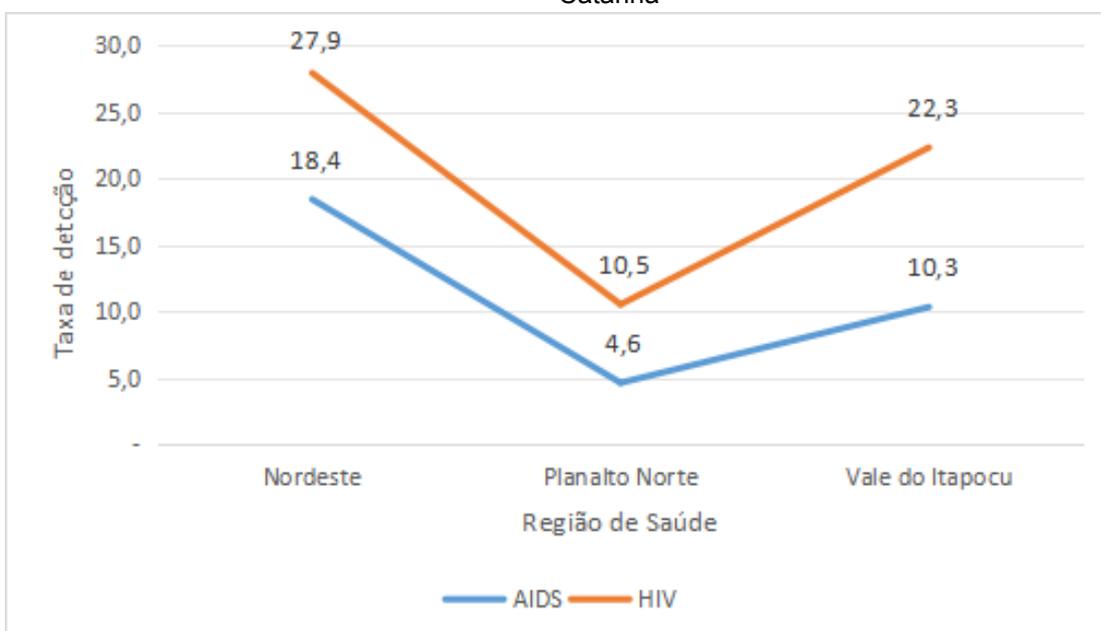
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

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, espera-se que tenhamos 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 14: Taxa de Aids e HIV (por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião de Saúde, Santa Catarina



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023
 Dado acessado em 19/09/2024

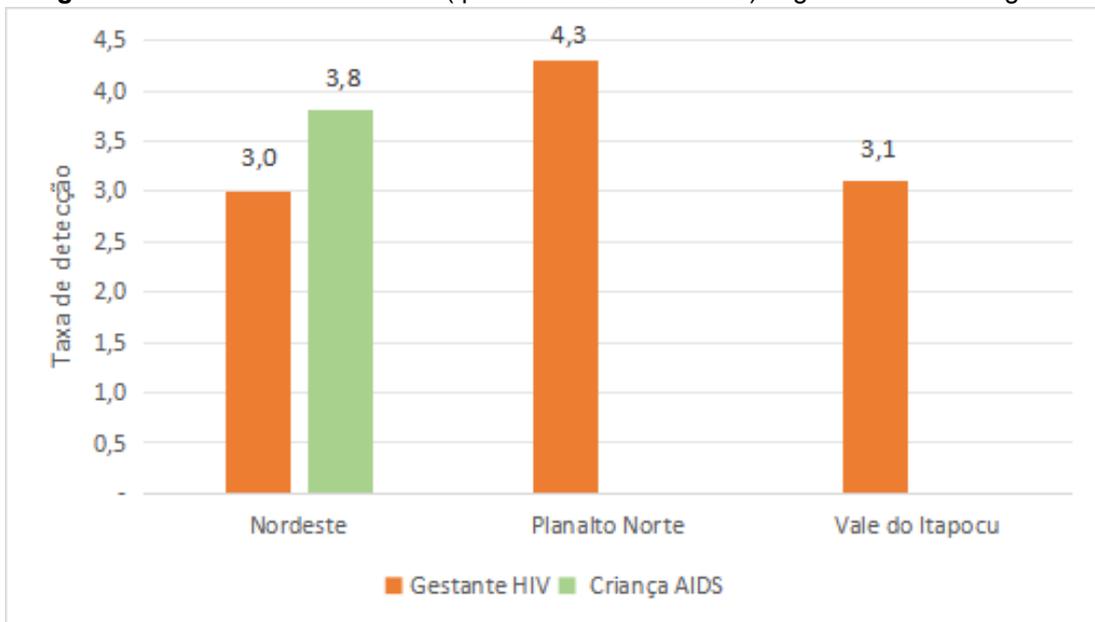
Quadro 15: Casos de detecção de Aids e HIV (número absoluto e Taxa por 100.000 habitantes) segundo a Macrorregião de Saúde.

AIDS	Nº	Taxa
Nordeste	143	18,40
Planalto Norte	17	4,60
Vale do Itapocu	34	10,30
Total	194	13,10
HIV	Nº	TX
Nordeste	217	27,90
Planalto Norte	39	10,50
Vale do Itapocu	74	22,30
Total	330	22,30

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023.
 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. Duas regiões desta Macrorregional não notificaram casos de crianças infectadas.

Figura 15: Taxa de Gestante HIV (por 1000 nascidos vivos) segundo a Macrorregião de Saúde.



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023.
 Dado acessado em 19/09/2024

Quadro 16: Casos de Gestante HIV (número absoluto e taxa por 1000 nascidos vivos) segundo a Macrorregião de Saúde.

Gestante HIV	Nº	Taxa
Nordeste	49	3,00
Planalto Norte	3	4,30
Vale do Itapocu	16	3,10
Total	68	3,70

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023
 Dado acessado em 19/09/2024

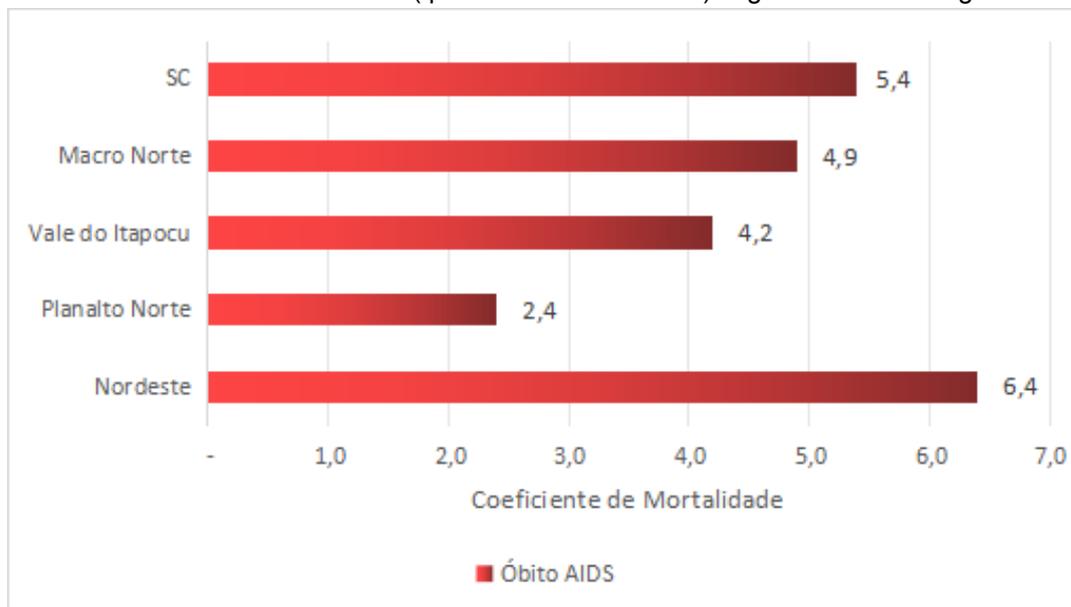
Quadro 17: Casos de HIV ou Aids em menores de 5 anos (número absoluto e taxa por 100.000 habitantes) segundo a Macrorregião de Saúde.

Crianças AIDS	Nº	Taxa
Nordeste	2	3,80
Planalto Norte	0	0
Vale do Itapocu	0	0
Total	2	1,90
Crianças HIV	Nº	TX
Nordeste	0	0
Planalto Norte	0	0
Vale do Itapocu	0	0
Total	0	0

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023.
 Dado acessado em 19/09/2024

A mortalidade por Aids na Macrorregião é, na média, pouco inferior ao coeficiente estadual, porém ainda há necessidade de ações focalizadas para impactar este indicador, especialmente na Região Nordeste, que supera a taxa estadual.

Figura 16: Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes) segundo a Macrorregião de Saúde.



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SIM, 2023.
 Dado acessado em 19/09/2024

Quadro 18: Óbito por Aids (número absoluto e Coeficiente de Mortalidade por 100.000 Habitantes) segundo a Macrorregião de Saúde.

Óbitos AIDS	Nº	Coeficiente de Mortalidade
Nordeste	50	6,40
Planalto Norte	9	2,40
Vale do Itapocu	14	4,20
Macrorregião	73	4,90
Santa Catarina	399	5,40

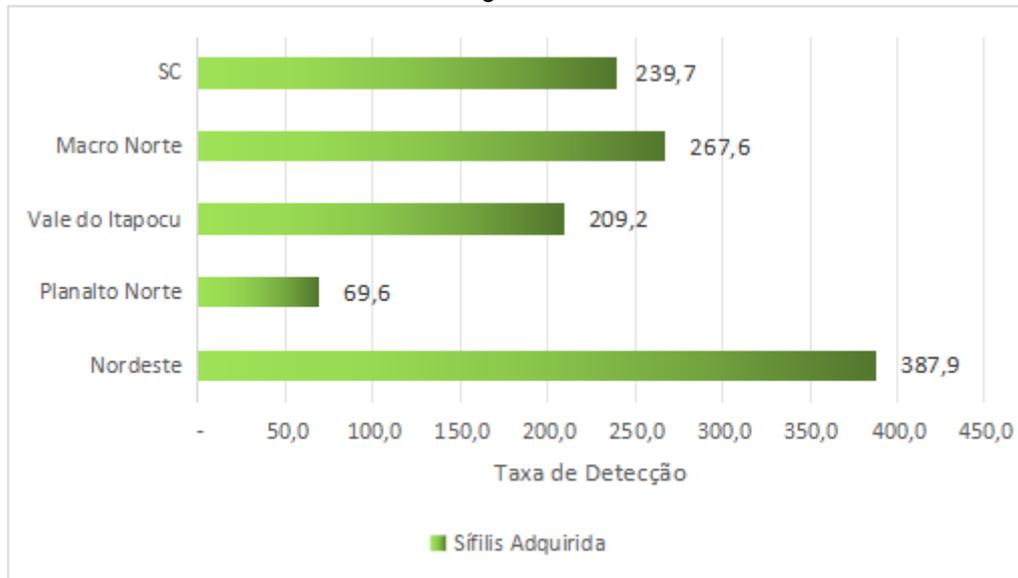
Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SIM, 2023.

- 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 e no Estado, onde observam-se taxas superiores à média estadual, em 2023.

Figura 17: Taxa de Sífilis Adquirida (taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo a Macrorregião de Saúde.



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023.
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 na Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste.

Quadro 19: Casos de Sífilis Adquirida (número absoluto e taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo a Macrorregião de Saúde.

Sífilis Adquirida	Nº	Taxa
Nordeste	3.020	387,90
Planalto Norte	258	69,60
Vale do Itapocu	684	209,20
Macrorregião	3.962	267,60
Santa Catarina	17.587	239,70

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023.
Dado acessado em 19/09/2024

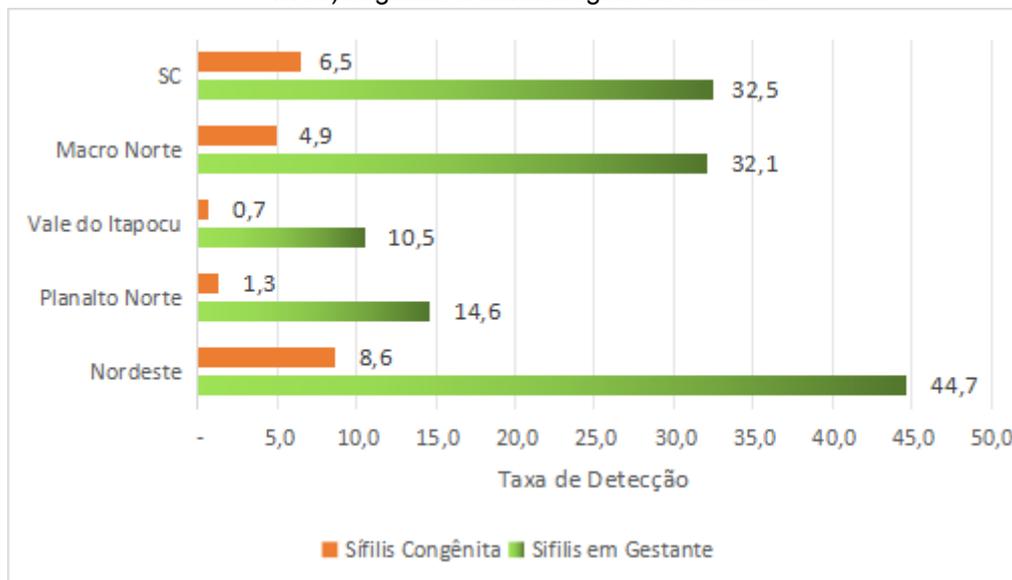
Na tabela abaixo, apresentam-se os casos de Sífilis Congênita em menor de 1 ano na Macro Planalto Norte e Nordeste.

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

A figura 18 mostra as taxas de sífilis em gestante, sífilis congênita no estado e na Macrorregião de Saúde. Observa-se que, na Região Nordeste, as taxas de

sífilis em gestante e sífilis congênita apresentaram-se inferiores à média do Estado, no ano de 2023, enquanto a taxa de sífilis em gestante foi superior.

Figura 18: Taxa de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita em Menor de 1 ano (por 1000 nascidos vivos) segundo a Macrorregião de Saúde.



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023.
Dado acessado em 19/09/2024

O quadro 20 apresenta os casos de sífilis em gestante na Macrorregião, que apresentou taxas inferiores quando comparadas ao Estado, no ano de 2023, com exceção da Região Nordeste.

Quadro 20: Casos de Sífilis em Gestante (número absoluto e taxa por 1000 nascidos vivos) segundo Região de Saúde, Macrorregião e Estado.

Sífilis em Gestantes	Nº	Taxa
Nordeste	423	44,70
Planalto Norte	69	14,60
Vale do Itapocu	99	10,50
Macrorregião	591	32,10
Santa Catarina	3.188	32,50

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023
Dado acessado em 19/09/2024

No quadro abaixo, apresentam-se os casos de Sífilis Congênita em menor de 1 ano na Macrorregião de Saúde e respectivas Regiões, onde observa-se taxas inferiores à média estadual, com exceção da Região Nordeste.

Quadro 21: Casos de Sífilis Congênita em menor de 1 ano (número absoluto e taxa por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião, Região de Saúde e Estado.

Sífilis Congênita	Nº	Taxa
Nordeste	81	8,60
Planalto Norte	6	1,30
Vale do Itapocu	3	0,70
Macrorregião	90	4,90
Santa Catarina	641	6,50

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023
Dado acessado em 19/09/2024

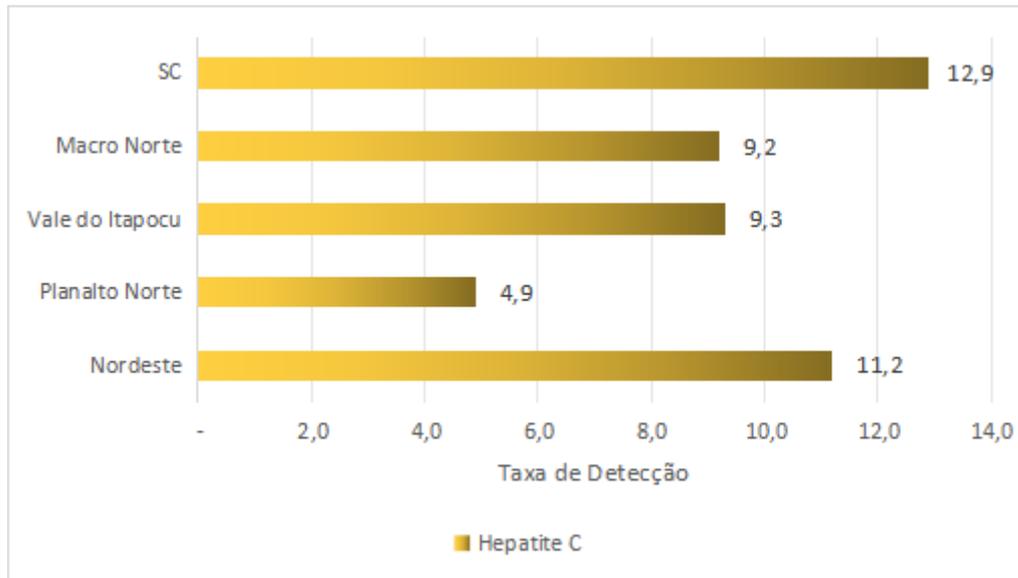
Importante destacar que não foram notificados óbitos por Sífilis Congênita na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste.

- 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 Macrorregião, a taxa de incidência da infecção pelo HBV é discretamente inferior à média estadual, porém o Planalto Norte tem taxa cerca de 3 vezes menor do que a do Estado.

Figura 19: Taxa de Hepatite B (Taxa de detecção por 100.000 habitantes) Macrorregião e Região de Saúde.



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023.
 Dado acessado em 19/09/2024

Quadro 22: Casos de Hepatite B (número absoluto e taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião, Região de Saúde e Estado.

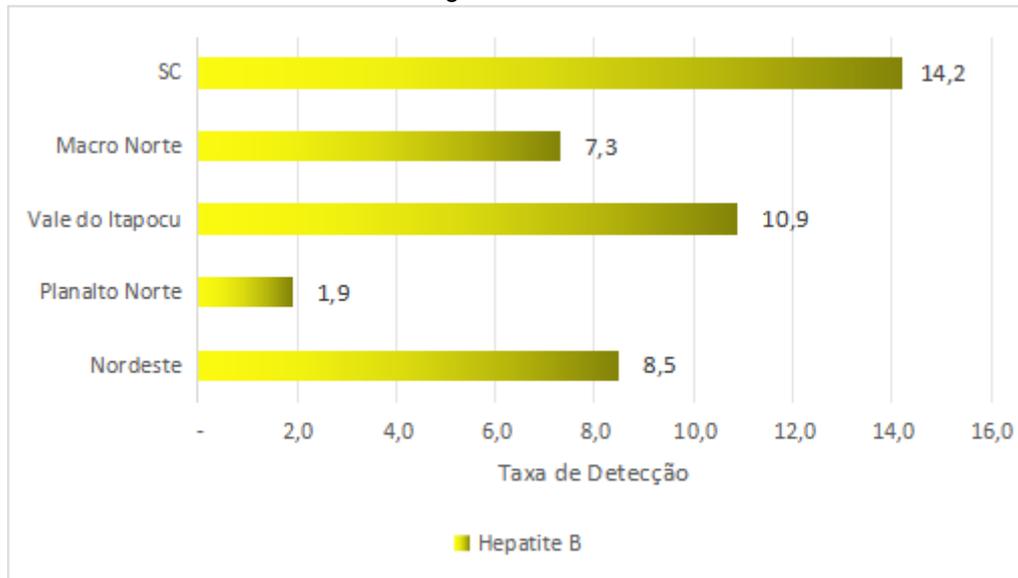
Hepatite B	Nº	Taxa
Nordeste	66	8,50
Planalto Norte	7	1,90
Vale do Itapocu	36	10,90
Macrorregião	108	7,30
Santa Catarina	1.045	14,20

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023.
 Dado acessado em 19/09/2024

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

Nesta Macrorregião de Saúde, a taxa de incidência da infecção pelo HCV é inferior à média estadual, porém bastante variável. A menor taxa é no Planalto Norte (3 vezes menor) e a maior no Vale do Itapocu (1,3).

Figura 20: Taxa de Hepatite C (Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião e Região de Saúde.



Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023.
 Dado acessado em 19/09/2024.

Quadro 23: Casos de Hepatite C (número absoluto e taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião, Região de Saúde e Estado.

Hepatite C	Nº	Taxa
Nordeste	87	11,20
Planalto Norte	18	4,90
Vale do Itapocu	31	9,30
Macrorregião	136	9,20
Santa Catarina	948	12,90

Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN, 2023.
 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.

Para análise dos indicadores do ano de 2023 em SC, utilizamos como coorte o grupo de pacientes considerados casos novos, independente da forma clínica, utilizando o esquema básico conhecido como RHZE, num determinado período (ano de 2023). Vale ressaltar que o banco de dados anual do agravo tuberculose é encerrado sempre no mês de outubro do ano seguinte, portanto, os dados apresentados estão sujeitos a alterações. Na análise foram excluídos do denominador do indicador: os casos notificados como tuberculose e que são encerrados como “mudança de diagnóstico” e os casos que saem do SINAN e passarão para acompanhamento no SITE-TB - Sistema de Tratamentos Especiais devido mudança de esquema por toxicidade ou falência do tratamento convencional ou Tuberculose Droga Resistente (TBDR).

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 Planalto Norte e Nordeste, a Região Nordeste apresentou o maior número de casos novos (257) . O Planalto Norte alcançou a meta de cura de 77,5% , acima da preconizada

pelo MS (76%), assim como a meta de abandono , conforme preconizada pelo MS (< 5%). As demais regiões ficaram abaixo das metas descritas anteriormente.

O TDO, que é a principal estratégia no controle do tratamento e conseqüentemente da doença. Foi destaque o Vale do Itapocu (94,5%), próximo aos 100% do preconizado pelo MS.

Quadro 24: Cura, abandono de tratamento e Tratamento Diretamente Observado, por Região de Saúde.

Região de Saúde	Nº de casos	% cura	% abandono	Tratamento Diretamente Observado - TDO
Nordeste	257	72,00	12,40	35
Planalto Norte	40	77,50	0	30
Vale do Itapocu	73	67,00	20,50	94

Fonte: SES/DIVE/SINAN/GEDIC, 2023.
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, Santa Catarina vem apresentando uma testagem satisfatória, acima de 85% ao longo dos anos analisados (2015 a 2024), e apresentando queda da coinfecção TB/HIV nesse mesmo período analisado. No ano de 2023 apresentou a menor taxa de co-infecção ao longo do período analisado, 13,2% (Boletim SC, 2024).

Na análise quadro 25, percebemos que a Macrorregião apresentou uma testagem HIV superior à meta de 82% do Ministério da Saúde, sendo a Região Nordeste a que apresentou a maior porcentagem, de 96,7%.

O indicador de coinfecção está abaixo do geral do estado (13,2) em todas as regiões da Macro.

Quadro 25: Coinfecção TB/HIV por Região de Saúde.

Região de Saúde	% coinfecção TB/HIV	% testagem HIV
Nordeste	12,40	96,70
Planalto Norte	10,00	92,50
Vale do Itapocu	6,80	82,20

Fonte: SES/DIVE/SINAN/GEDIC, 2023.
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 nos números de casos e na taxa de mortalidade.

No quadro 26, pode ser verificado um total de 20 óbitos por tuberculose na Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste, com destaque para a Região Nordeste, que apresenta uma taxa de óbitos por de 2 óbitos por 100 mil habitantes, sendo uma taxa maior que a do estado (0,99), no ano de 2023.

Quadro 26: Taxa de mortalidade por tuberculose, por Região de Saúde.

Região de Saúde	Nº de óbitos	Taxa de mortalidade	Taxa de mortalidade SC
Planalto Norte	2	1/100mil hab	0,99/100mil hab
Vale do Itapocu	1	0,3/100mil hab	0,99/100mil hab
Nordeste	17	2,0/100mil hab	0,99/100mil hab

Fonte: SES/DIVE/SIM/GEDIC, 2023.
Dado 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, houve 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.

A Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste apresentou taxas de detecção no parâmetro de média e baixa endemicidade, em 2023, destacando-se a Região Nordeste, com o maior número de casos diagnosticados (26) e com registro de um caso em crianças, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 27: Taxa de detecção de casos novos de hanseníase na população geral, por 100.000 habitantes.

Região de Saúde	Nº de casos	Taxa de detecção
Planalto Norte	6	1,62
Nordeste	26	3,34
Vale do Itapocu	2	0,60
Macrorregião	34	2,30

Fonte: SES/DIVE/SINAN/GEDIC, 2023.

Dado acessado em 19/09/2024

Quadro 28: Taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, por 100.000 habitantes.

Região de Saúde	Nº de casos	Taxa de detecção
Planalto Norte	0	0
Nordeste	1	0,66
Vale do Itapocu	0	0
Macrorregião	1	0,34

Fonte: SES/DIVE/SINAN/GEDIC, 2023.

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, o estado apresentou proporção alta de casos novos notificados com algum 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.

Em 2023, a Macrorregião de Saúde apresentou parâmetro alto para o indicador do grau 2 (16,1), destacando-se a Região Nordeste com 20,8% de GIF 2. A Macro apresentou 35,5% dos seus casos diagnosticados com grau 1 de incapacidade física, conforme apresentado na tabela 2. Esse indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde.

Quadro 29: Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 1 e 2 entre os casos avaliados no diagnóstico habitantes.

Região de Saúde	% Grau I	% Grau II
Planalto Norte	0	0
Nordeste	45,80	20,80
Vale do Itapocu	0	0
Macrorregião	35,50	16,10

Fonte: SES/DIVE/SINAN/GEDIC, 2023.
Dado acessado em 19/09/2024

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

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 Planalto Norte e Nordeste foram notificados, na Região de Saúde do Planalto Norte, 08 casos de sarampo e na Região de Saúde do Vale do Itapocu, 01 caso, ambos foram descartados por critério laboratorial, atendendo ao indicador de qualidade das doenças exantemáticas.

Quadro 30: Casos suspeitos descartados para sarampo, laboratório e homogeneidade, segundo a Região de Saúde.

Região de Saúde	Vigilância/ nº casos	Critério Laboratorial	Homogeneidade
Planalto Norte	8	100%	76,92%
Nordeste	0	0	66,67%
Vale do Itapocu	1	100%	85,71%

Fonte: SINAN, 2023.

Dado coletado até a semana epidemiológica 52.

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 de Saúde do Planalto Norte e Nordeste foi notificado 01 caso suspeito, na Região de Saúde Planalto, e descartado por critério laboratorial, atendendo ao indicador de qualidade das doenças exantemáticas.

- 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 Planalto Norte e Nordeste, na Região de Saúde Vale do Itapocu, foi confirmado 01 caso de tétano acidental, com uma incidência de 0,30 casos por 100.000 hab. Não houve registro de óbito no período analisado.

- 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, foram confirmados 02 casos em Santa Catarina, sendo 01 na Macrorregião do Vale do Itajaí (Região do Médio Vale do Itajaí) e outro na Macrorregião Serra Catarinense. Não ocorreram óbitos por coqueluche no período avaliado.

No ano de 2023, não foram confirmados casos de coqueluche nesta Macrorregião de Saúde.

- 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, foi observado que a Região de Planalto Norte atingiu todos os indicadores no ano de 2023. As Regiões de Saúde Nordeste e Vale do Itapocu não notificaram casos de PFA no ano analisado, porém atingiram o indicador de notificação semanal.

- 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.

Na Macrorregião de Saúde, quando analisado o perfil das meningites, observou-se um padrão dentro do esperado para o período analisado, sem ocorrência de surtos.

Na Região Nordeste, observou-se uma incidência de 10,7 casos por 100.000hab nas meningites virais, 9% casos por 100.000hab. nas meningites por pneumococo e 7,19% casos por 100.000hab. nas meningites causadas por outras bactérias.

Na Região Nordeste observou-se uma letalidade de 100% nas meningites causadas por meningococo.

Na Região do Planalto Norte, a incidência de meningite por pneumococo foi de 2% casos por 100.000 hab e não foi registrado nenhuma letalidade nesta região.

Na Região do Vale do Itapocu observou-se uma incidência de 5% casos por 100.000hab nas meningites por pneumococo, e apresentou uma incidência de 1,8 casos por 100.000hab. na meningite viral, esta região não apresentou nenhuma letalidade.

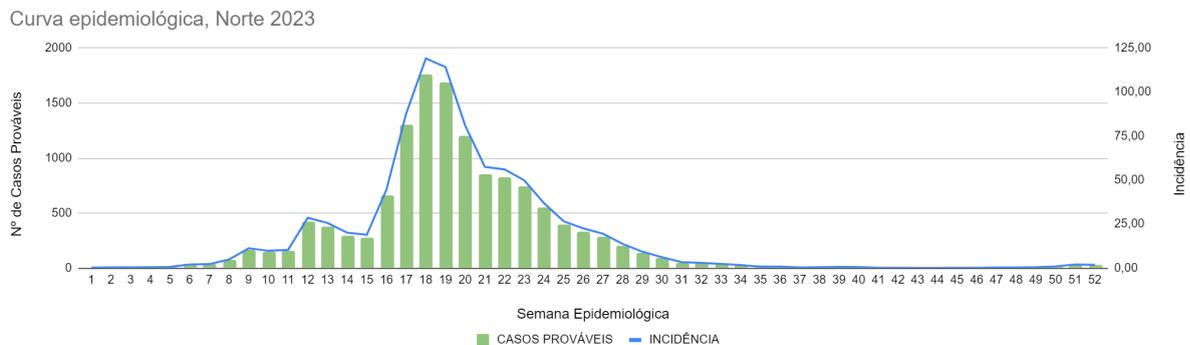
- Casos de Dengue por Semana Epidemiológica do Início dos Sintomas

Nesta Macrorregião de Saúde foram registrados 13.356 casos prováveis de dengue, o que representa uma incidência acumulada de 901,98 casos por 100 mil habitantes A semana epidemiológica 18 apresentou o maior número de casos prováveis de dengue.

A Região Nordeste obteve a maior incidência de casos, com registro de 1707,79 casos por 100 mil habitantes.

Na Macrorregião de Saúde Norte foram confirmados 48 óbitos e a letalidade geral foi de 0,36%.

Figura 21: Casos prováveis e incidência por semana epidemiológica, Macrorregião de Saúde do Planalto Norte Nordeste.



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

- Óbitos Confirmados de Dengue, e Investigação, Segundo Semana Epidemiológica da Doença:

Na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste foram confirmados 48 óbitos e a letalidade geral foi de 0,36%.

Quadro 31: Relação de óbitos e letalidade, segundo a Região de Saúde.

Região de Saúde	Nº óbitos	Letalidade
Planalto Norte	0	0
Nordeste	46	0,36
Vale do Itapocu	2	0,42

Fonte: SINAN, 2023.

- Número de Coletas Oportunas de Vísceras em PoliPNH

Nesta Macrorregião de Saúde, uma das mais afetadas durante o surto de 2019, foi registrado, em 2023, 06 epizootias e 05 coletas oportunas de vísceras (83%).

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

No ano de 2023, a Macrorregião de Saúde, notificou 6 epizootias em PNH e em nenhuma das amostras coletadas foi identificada a presença do vírus amarílico.

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

Foram notificados 13 casos humanos suspeitos de Febre Amarela e todos descartados. Dos 13 casos notificados, 11 casos foram na Região de Saúde do Planalto Norte (Papanduva, Mafra e Itaiópolis) e 02 casos na Região de Saúde Nordeste (Joinville).

- 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.

Em 2023, a Macrorregião de Saúde apresentou diferentes cenários em relação à influenza. A Região de Saúde Planalto Norte registrou 8 casos e 1 óbito, resultando em uma letalidade de 12,5%, o que indica uma taxa elevada de mortalidade entre os casos.

Por outro lado, a Região de Saúde Nordeste teve 39 casos, mas não registrou óbitos. E a Região de Saúde do Vale do Itapocu registrou 17 casos e 1 óbito, com uma letalidade de 5,8%.

- 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 Microrregiões Catarinenses.

Nesta Macrorregião de Saúde, a Região de Saúde Nordeste registrou 277 casos e 38 óbitos, resultando em 13,7% de letalidade.

Já na Região de Saúde Vale do Itapocu foram registrados 61 casos de COVID-19 e 01 óbito, sendo a letalidade de 1,6%, a menor do estado.

E na Região de Saúde Planalto Norte foram registrados 43 casos e 13 óbitos, sendo a letalidade de 30,2%, a terceira mais alta do estado

- Número de Acidentes por Animais Peçonhentos

Na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste, com uma população de 1.480.750 habitantes, foram registrados 1.522 acidentes envolvendo animais peçonhentos.

A maior parte desses acidentes foi causada por aranhas, totalizando 1.124 casos, o que representa a principal causa de acidentes na região. Além disso, ocorreram 160 acidentes com serpentes, 32 casos envolvendo escorpiões, 72 casos relacionados a lagartas, 93 acidentes causados por abelhas, e 41 acidentes atribuídos a outros tipos de animais peçonhentos.

A Região de Saúde Nordeste, que possui uma população de 778.481 habitantes, foram registrados 308 acidentes com animais peçonhentos. Destacando-se os 166 casos de acidentes com aranhas, seguidos por 63 casos com serpentes. Também, ocorreram 04 acidentes envolvendo escorpiões, 37 casos com lagartas, 25 acidentes com abelhas, e 13 acidentes relacionados a outros animais peçonhentos.

Na Região de Saúde do Planalto Norte, com uma população de 370.576 habitantes, o total de acidentes foi significativamente maior, com 969 registros. A maioria desses acidentes, 809 casos, envolveu aranhas, o que reflete a predominância desse tipo de acidente na região. Também, foram registrados 36 acidentes com serpentes, 24 casos com escorpiões, 15 acidentes com lagartas, 60 casos com abelhas, e 25 acidentes atribuídos a outros animais peçonhentos.

E a Região de Saúde do Vale do Itapocu, com uma população de 331.693 habitantes, apresentou 245 acidentes envolvendo animais peçonhentos. Destacando-se os 149 casos relacionados a aranhas e os 61 casos envolvendo serpentes. Assim como, foram registrados 4 acidentes com escorpiões, 20 casos com lagartas, 8 acidentes com abelhas, e 3 acidentes atribuídos a outros animais.

Esses dados evidenciam que os acidentes com aranhas são os mais frequentes em todas as Regiões de Saúde pertencentes à Macrorregião, com especial destaque para a Região de Saúde Planalto Norte, que apresentou o maior número de registros, seguido por acidentes com serpentes e escorpiões.

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

Na Macrorregião de Saúde foram registrados 74 casos, com 6 óbitos e uma taxa de letalidade de 8,11%.

A Região de Saúde com maior incidência foi o Vale do Itapocu, com 23 casos (6,93 casos por 100 mil hab), sem óbitos, seguida pela Região de Saúde Planalto Norte, com 13 casos de leptospirose (3,51 casos por 100 mil hab) e com 1 óbito. E a Região de Saúde Nordeste (4,88 casos por 100 mil hab) com 5 óbitos. A letalidade foi elevada nas Regiões Planalto Norte (7,69%) e Nordeste (13,16%).

- 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 registraram 40.696 atendimentos de DDA, destes, 14.435 casos foram no Planalto Norte, 14.656 na região Nordeste e 11.605 no Vale do Itapocu.

- 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, a Região de Saúde do Planalto Alto, Nordeste e do Vale do Itapocu registraram um total de 18 notificações de DTHA. Dessas, 13 foram relacionadas a surtos de DTHA

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.

Houve a notificação de 01 caso suspeito de Febre Tifóide na Região de Saúde Nordeste. Não houve notificação de casos suspeitos de Botulismo e Cólera no ano analisado.

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, foram notificados três casos suspeitos de rotavírus na Macrorregião. A vigilância do 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.

Quadro 32: Número de casos notificados de DTSA, por agravo, por Região de Saúde.

Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste	Casos Suspeitos 2023
Planalto Norte	
Botulismo	0
Cólera	0
DCJ	0
Febre Tifóide	0
Rotavírus	3
Surto DTSA	4
Nordeste	
Botulismo	0
Cólera	0
DCJ	1
Febre Tifóide	1
Rotavírus	0
Surto DTSA	6
Vale do Itapocu	
Botulismo	0
Cólera	0
DCJ	0
Febre Tifóide	0
Rotavírus	0
Surto DTSA	3
Total	18

Fonte: SINAN NET, 2023.

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).

- Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde - ICSAP

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) referem-se a agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas com uma atenção primária eficaz. A lista de CSAP representa problemas de saúde que poderiam ser evitados, totalmente ou parcialmente, com serviços de saúde adequados. Quando a Atenção Primária em Saúde (APS) não oferece acesso adequado, há um aumento na demanda por serviços de urgência, emergência e níveis de maior complexidade, incluindo Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). O indicador ICSAP é utilizado para avaliar a eficácia dos serviços de APS, sendo que taxas mais baixas indicam melhorias, enquanto taxas elevadas apontam deficiências (SANTA CATARINA, 2022).

Apesar das limitações, o uso adequado do indicador ICSAP pode identificar áreas prioritárias para intervenção e melhorar a coordenação entre os níveis assistenciais. A partir de 2017, a Gerência de Coordenação da Atenção Básica instituiu esse indicador para fortalecer o monitoramento e a avaliação da APS. Contudo, as medidas adotadas durante a pandemia de COVID-19, como a suspensão de internações eletivas, impactaram o indicador, mascarando os resultados devido a alterações no acesso hospitalar (SANTA CATARINA, 2022).

Em 2023, a Macrorregião apresentou uma taxa de ICSAP de 85,33, com os seguintes resultados, nas suas respectivas Regiões de Saúde:

- Região de Saúde Nordeste: 80,86
- Região de Saúde Planalto Norte: 108,63
- Região de Saúde Vale do Itapocu: 66,51

A Macrorregião de Saúde apresentou um desempenho geral considerado insatisfatório. Há uma disparidade significativa entre as duas Regiões, o Planalto Norte exibe uma alta taxa de ICSAP, enquanto o Vale do Itapocu se destaca com melhor desempenho entre as regiões de saúde do Estado.

De modo geral, o resultado indica uma quantidade significativa 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 78,62% e nas suas respectivas regiões de saúde:

- Região de Saúde Nordeste: 86,13%
- Região de Saúde Planalto Norte: 84,66%
- Região de Saúde Vale do Itapocu: 65,06%

A diferença na cobertura entre as regiões, especialmente a baixa cobertura de 65,06% no Vale do Itapocu, pode ser atribuída a diversos fatores. A menor presença de equipes de eSF/eAP nessa área pode estar relacionada a desafios logísticos, como a dispersão geográfica da população, dificuldades no recrutamento de profissionais de saúde, ou até limitações estruturais nos serviços locais. Essa baixa cobertura impacta diretamente a taxa de ICSAP, pois a falta de acesso adequado à atenção primária dificulta a prevenção e o manejo precoce de condições crônicas, que poderiam ser tratadas antes de se agravarem e resultarem em hospitalizações.

Embora a baixa cobertura seja um fator importante, outros elementos também influenciam a taxa de ICSAP, como o perfil epidemiológico da população, a adesão ao tratamento pelos pacientes e a qualidade dos cuidados oferecidos. Portanto, mesmo com uma boa cobertura nas demais regiões, é necessário considerar esses

fatores para compreender plenamente os resultados relacionados às internações evitáveis.

Ao analisar a cobertura de saúde bucal estimada na Atenção Básica, na Macrorregião de Saúde, verificou-se que a cobertura está em 22,62%. Sendo que a Região de Saúde do Nordeste apresenta a menor proporção do Estado, com 14,89%. Tornando imprescindível a ampliação de equipes de saúde bucal para o atendimento da população. Acrescenta-se que nessa Macrorregião existem 5 Centros de Especialidades Odontológicas servindo de referência para 23 municípios.

- 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.

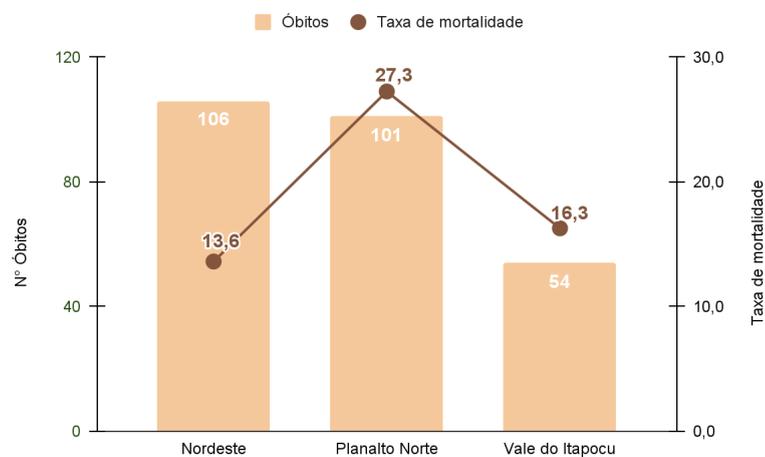
Essas informações oferecem subsídios para gestores e profissionais de saúde atuarem de maneira mais estratégica na redução dos acidentes e na mitigação das suas consequências, buscando aprimorar a qualidade de vida da população e a segurança nas vias públicas.

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 261 óbitos por ATT de residentes da Macrorregião de Saúde Norte de Santa Catarina, sendo a maior taxa de mortalidade registrada na Região do Planalto Norte (27,3 óbitos a cada 100 mil habitantes), como pode ser observado na figura abaixo:

Figura 22: Número de óbitos e taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre, por 100.000 habitantes, por Região de Saúde, 2023*.



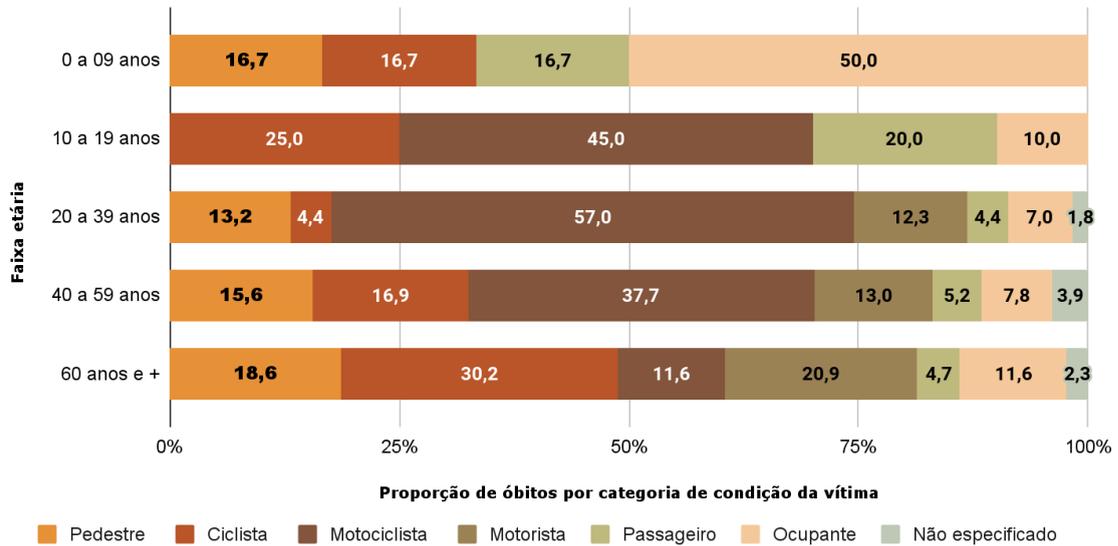
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

O total de óbitos ocorridos, em 2023, por ATT nas Regiões Nordeste, Planalto Norte e Vale do Itapocu foram respectivamente 106, 101 e 54. Na Região Nordeste as maiores frequências ocorreram em Joinville (72 óbitos) e São Francisco do Sul (15 óbitos). Enquanto na Região do Planalto Norte as maiores frequências ocorreram em São Bento do Sul (20 óbitos) e Canoinhas (16 óbitos). Já na Região do Vale do Itapocu, ocorreram em Jaraguá do Sul (29 óbitos) e Guaramirim (10 óbitos).

Na figura abaixo tem-se a distribuição dos óbitos decorrentes dos ATT na Macrorregião Norte 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 - ocupante (50,0%); 10 a 19 anos - motociclista (45,0%) e ciclista (25,0%); 20 a 39 anos - motociclista (57,0%) e pedestre (13,2%); 40 a 59 anos -

motociclista (37,7%), ciclista (16,9%); 60 anos e mais - ciclista (30,2%) e motorista (20,9%).

Figura 23: Proporção de óbito por Acidente de Transporte Terrestre por faixa etária e categoria de condição da vítima. Macrorregião de Saúde, 2023*



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

Na Região Nordeste, os dados obtidos mostraram que as mortes relacionadas aos ATT predominaram no público masculino, ocupando 86,7% das mortes (91). As principais causas de morte para os indivíduos do sexo masculino foram os acidentes com motociclistas totalizando 40 óbitos; seguidos dos pedestres com 20 óbitos e em terceiro lugar, ciclista e motorista, com 12 óbitos em cada modalidade de transporte. Já no sexo feminino, foram 05 óbitos de pedestres, seguidos por acidentes envolvendo motociclistas e passageiro de automóvel, resultando em 03 óbitos em cada modalidade de transporte.

Na Região do Planalto Norte, as mortes relacionadas aos ATT também foram predominantes no público masculino, ocupando 80,2% das mortes (81). As principais causas de morte para os indivíduos do sexo masculino foram os acidentes com motociclistas totalizando 31 óbitos; seguidos dos ocupantes de veículos com 14 óbitos e ciclistas com 12 óbitos. Já no sexo feminino, a principal causa de morte por ATT foi percebida entre ocupantes (07 óbitos), seguido por acidentes com motociclistas (05 óbitos) e motorista de automóvel (04 óbitos).

Na Região do Vale do Itapocu, as mortes relacionadas aos ATT também predominaram no público masculino, com 92,6% das mortes (50). A causa dessas

mortes no sexo masculino foram os acidentes de motociclistas traumatizados em colisão com automóvel (carro, pick up ou caminhonete), totalizando 28 óbitos, seguida de ciclistas, com 10 óbitos do sexo masculino, e pedestre e motorista de automóvel, com 10 óbitos em cada modalidade de transporte.

- Doenças Ocupacionais

Doenças ocupacionais são problemas de saúde que se desenvolvem ou se intensificam devido às atividades realizadas no trabalho. Essas condições podem ser causadas por exposições a agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou psicossociais no ambiente laboral. Entre os exemplos mais frequentes estão as doenças respiratórias, lesões por esforço repetitivo e transtornos mentais associados ao estresse (BRASIL, 2012).

O quadro a seguir detalha os agravos relacionados ao trabalho na Macrorregião, no ano de 2023.

Quadro 33: Notificações de agravos relacionados ao trabalho, por Região de Saúde, em 2023

	Acid. Mat. Bio.	Acid. Grave	Câncer Trab.	Derm. Ocup.	Intox. Exóg.	LER/DORT	PAIR	Pneu moc.	Tr. Mental	Total
Nordeste	357	1.164	44	11	983	77	21	05	45	2.707
Planalto Norte	156	325	0	0	328	0	0	0	0	809
Vale Itapocu	128	1.262	0	0	397	01	0	0	0	1.788
Total	641	2.751	44	11	1.708	78	21	05	45	5.304

Fonte: Tabwin/SINAN/GESAT/DIVS. Tabulado em 02/10/2024.

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).

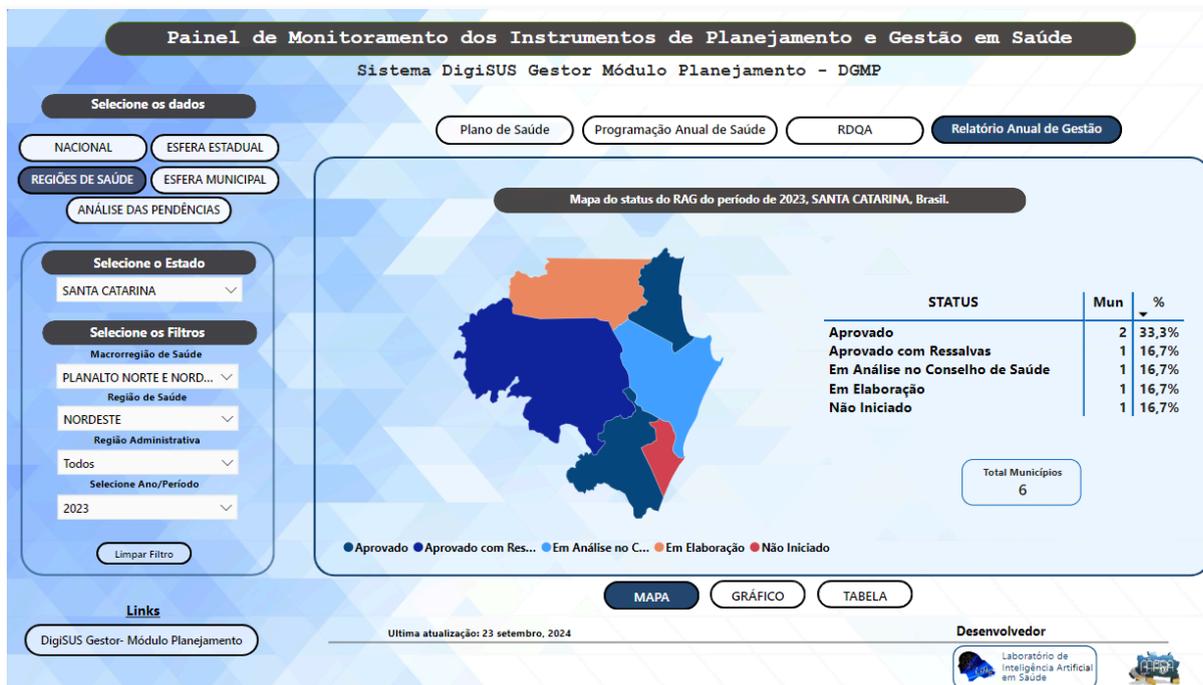
Esses instrumentos são documentos oficiais e obrigatórios para as três esferas de gestão do SUS, e interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento e gestão.

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 da Macrorregião, separados por Região de Saúde.

⇒ Região de Saúde Nordeste:

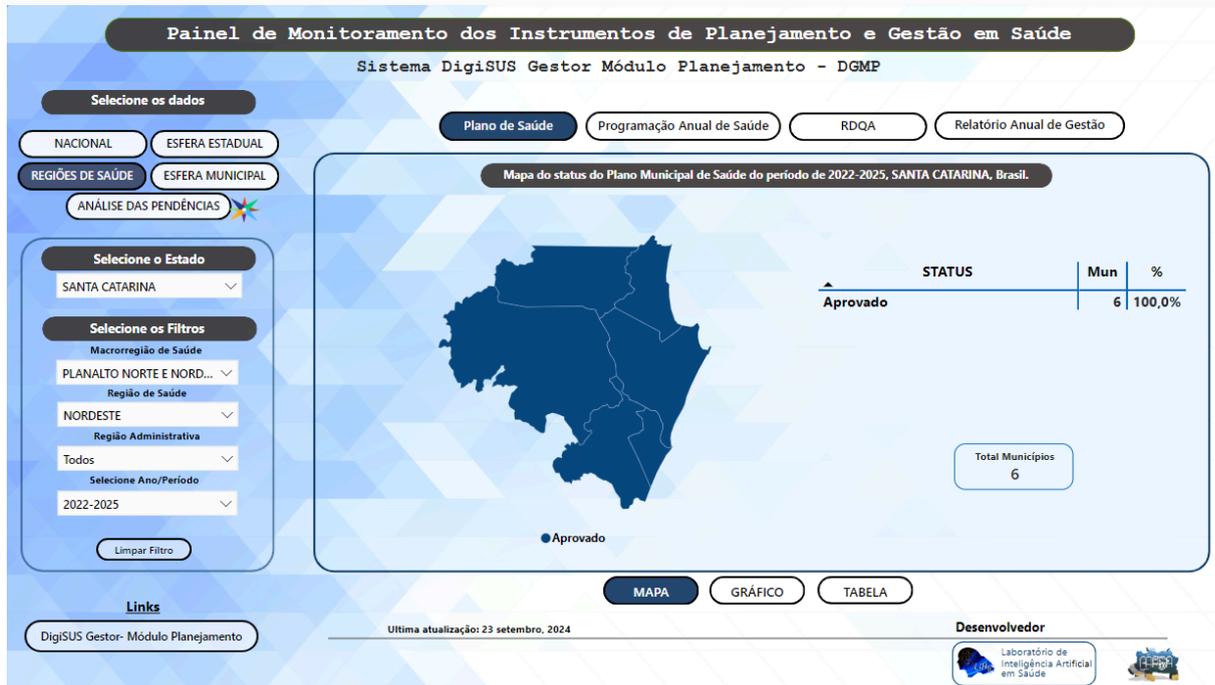
Figura 24: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Relatório Anual de Gestão - RAG, 2023.



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.

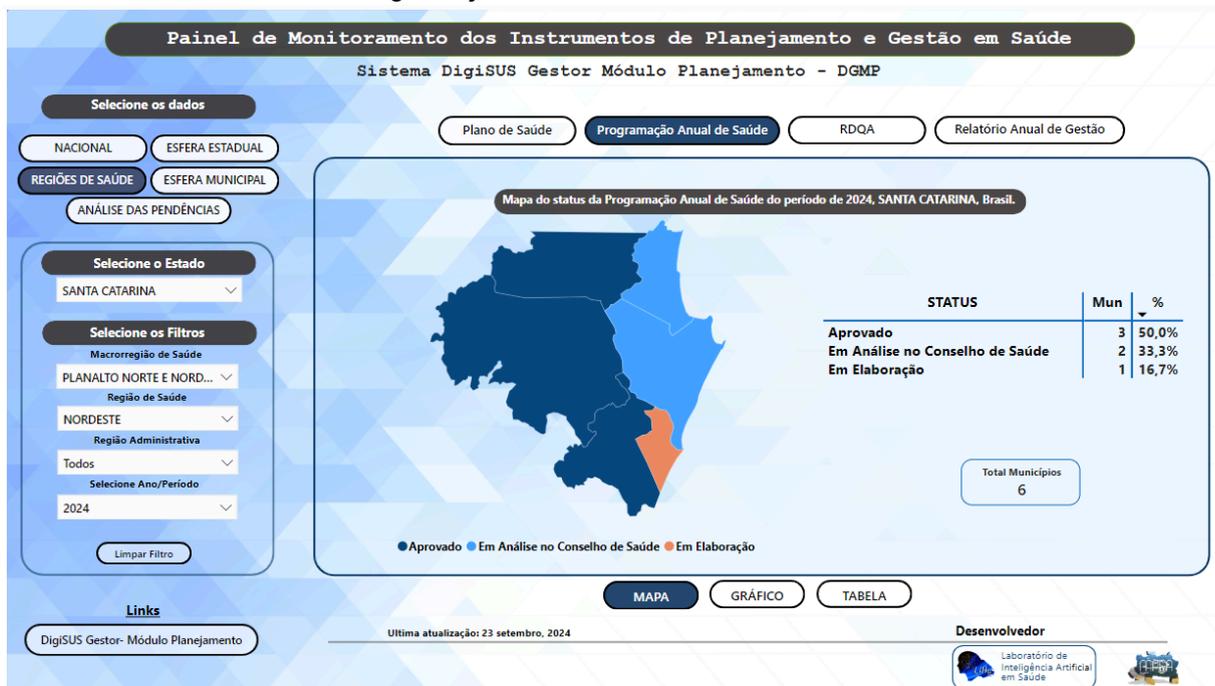
Figura 25: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Plano Municipal de Saúde - PMS, 2022-2025



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.

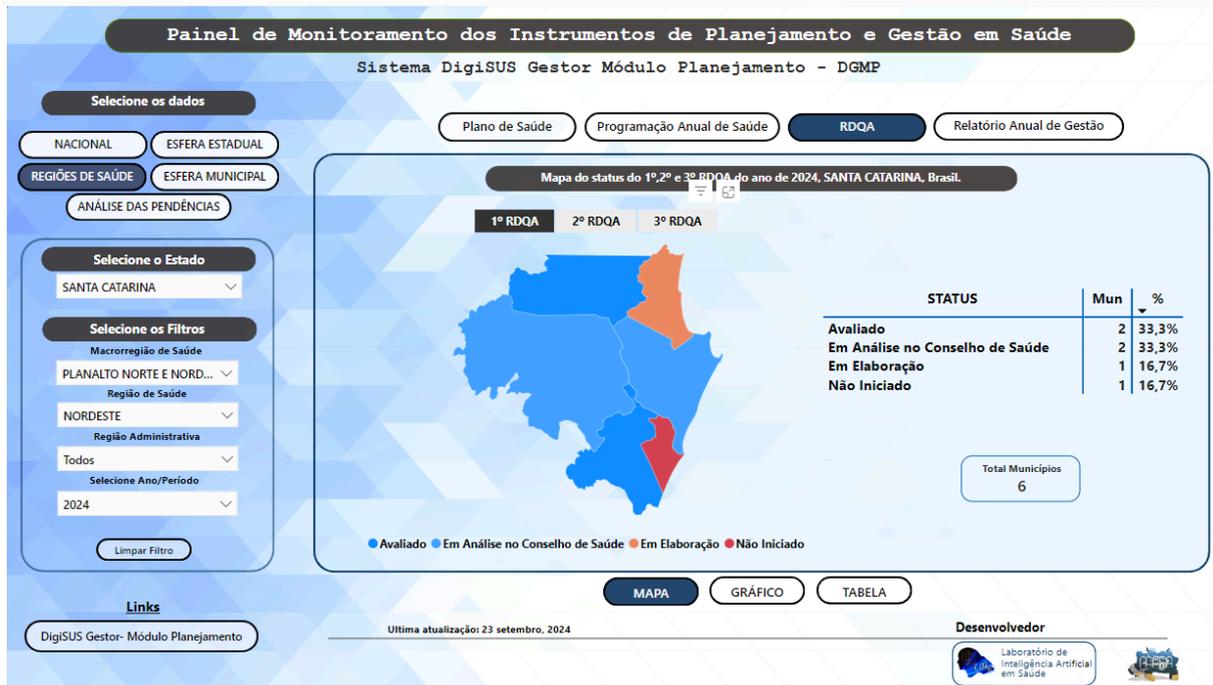
Figura 26: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde - PAS, 2024.



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

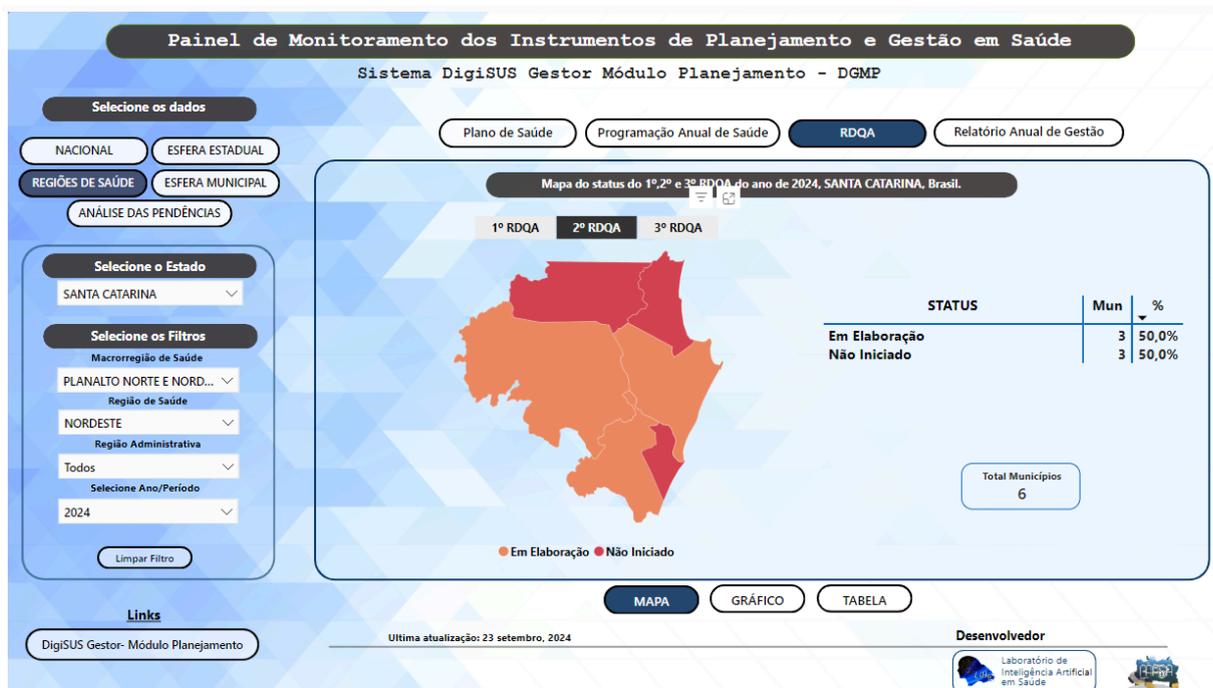
Figura 27: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior - RDQA, 2024.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP.

Disponível em: <https://lisaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024

Figura 28: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior - RDQA, 2024.

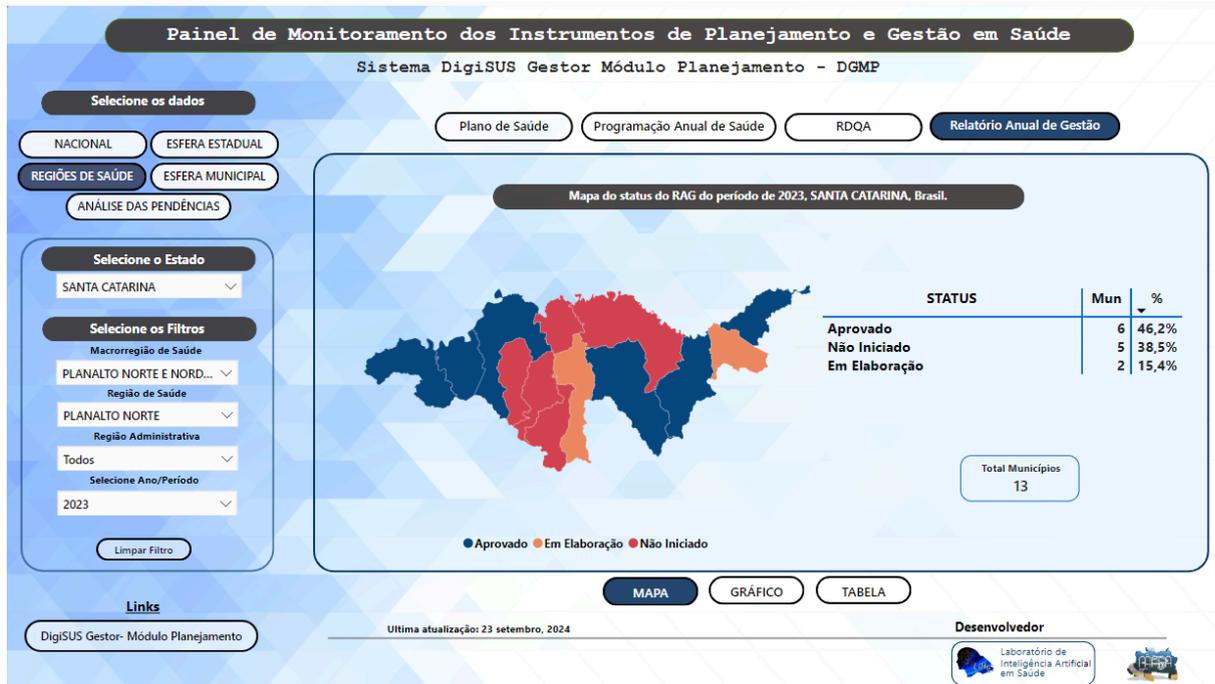


Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP.

Disponível em: <https://lisaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024

⇒ Região de Saúde Planalto Norte:

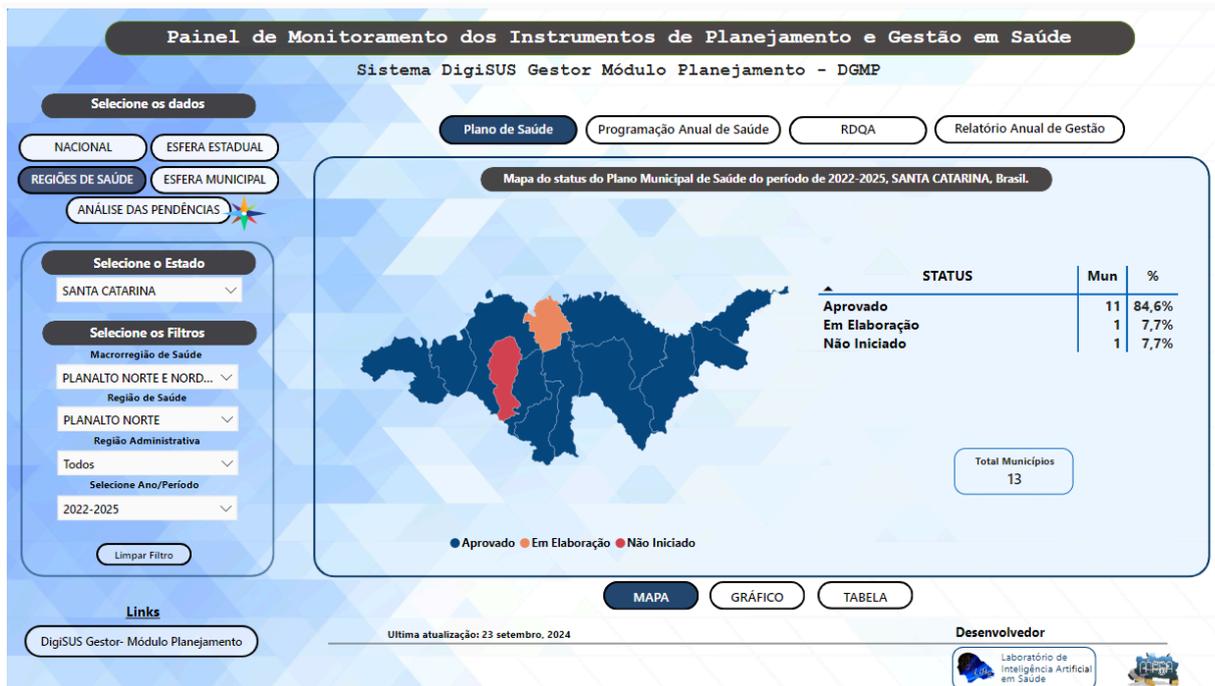
Figura 29: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Relatório Anual de Gestão - RAG, 2023.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP.

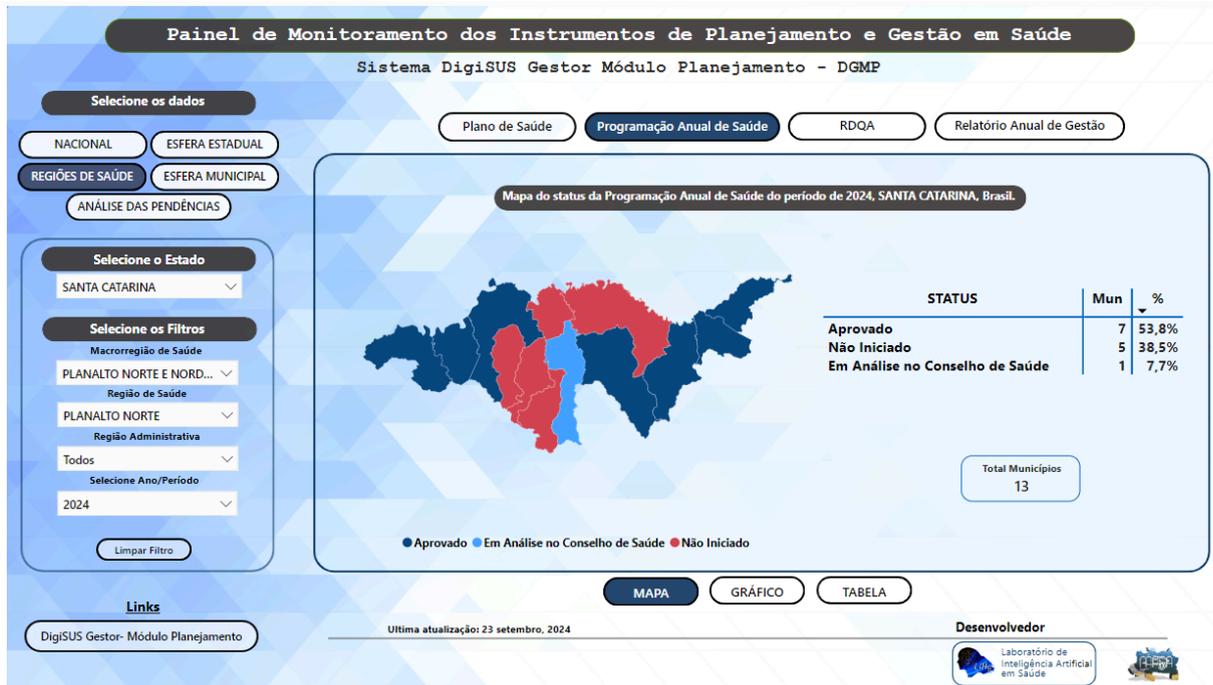
Disponível em: <https://liasauade.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024

Figura 30: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Plano Municipal de Saúde - PMS, 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

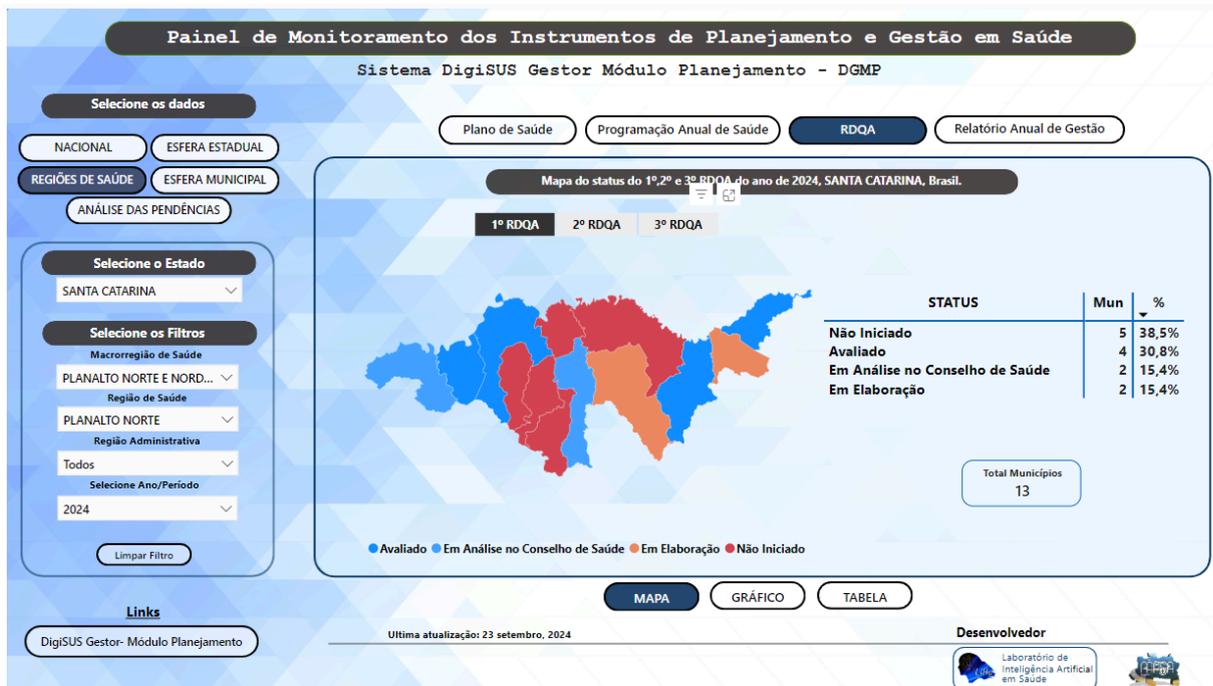
Figura 31: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde - PAS, 2024.



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

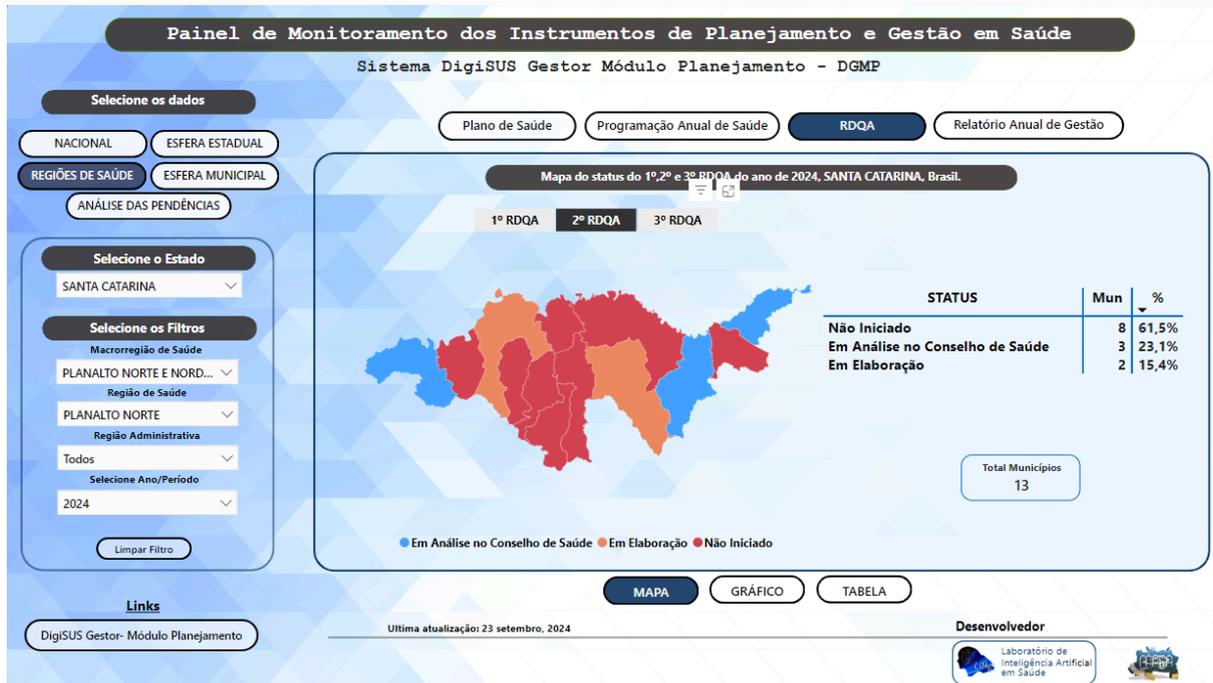
Figura 32: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior - RDQA, 2024.



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

Figura 33: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior - RDQA, 2024.

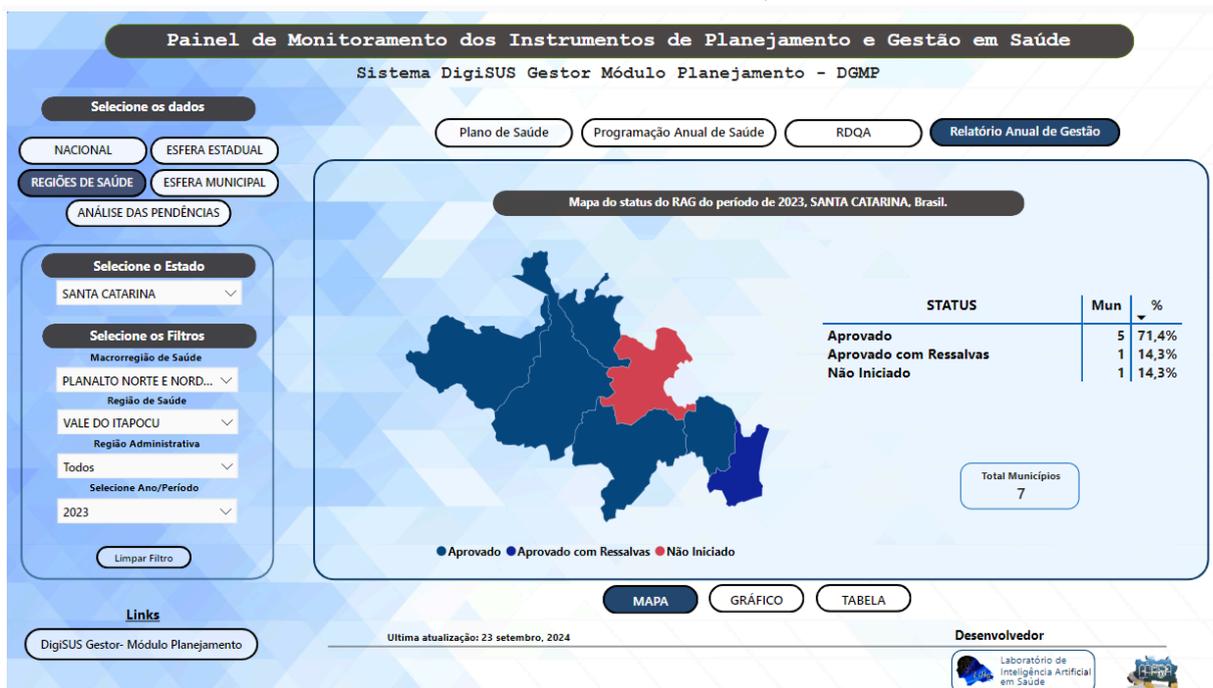


Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP.

Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024

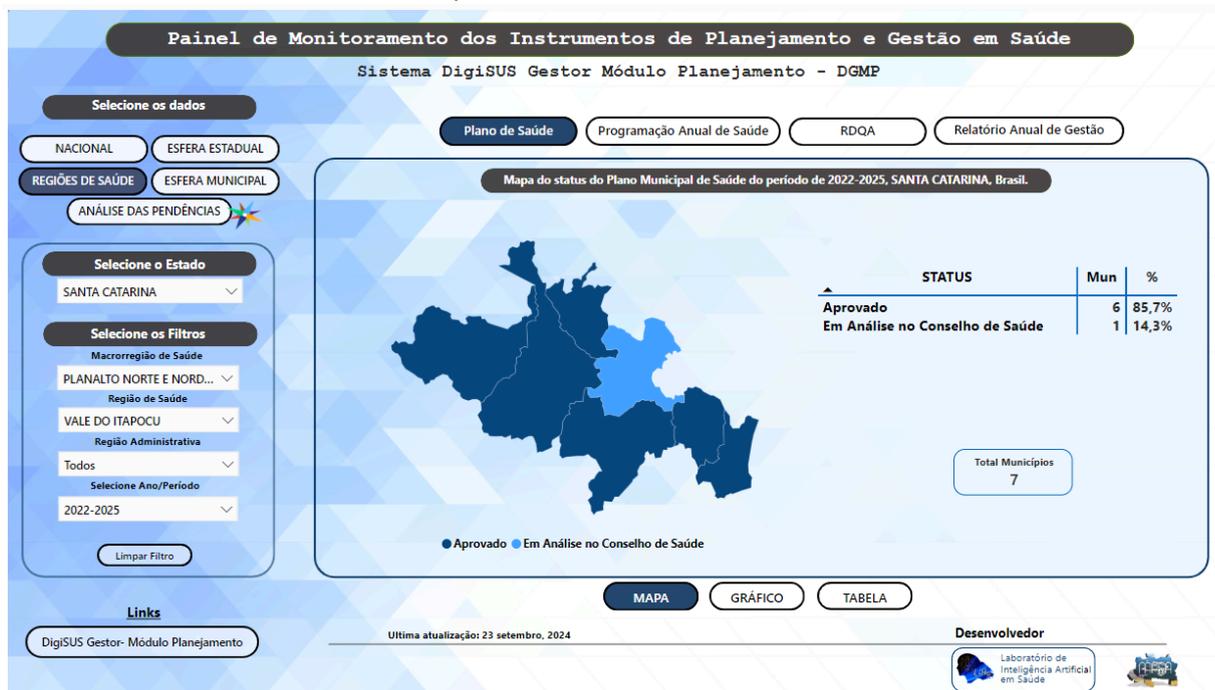
⇒ Região de Saúde do Vale do Itapocu

Figura 34: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Relatório Anual de Gestão - RAG, 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

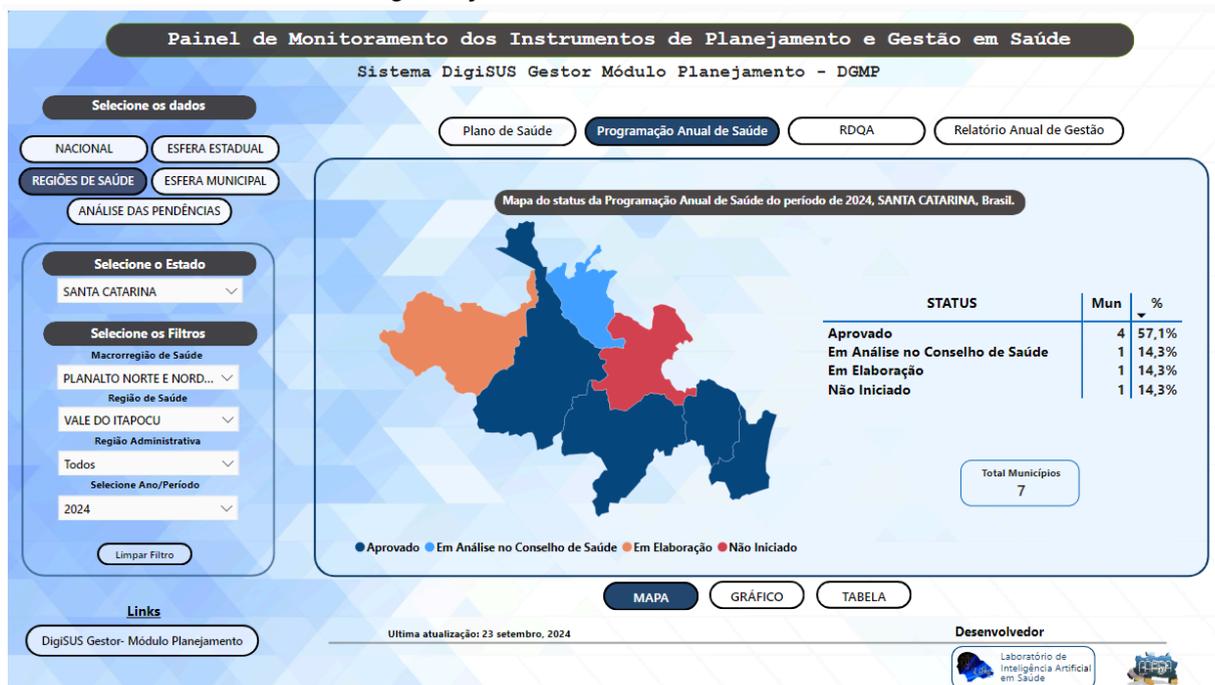
Figura 35: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Plano Municipal de Saúde - PMS, 2022-2025



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

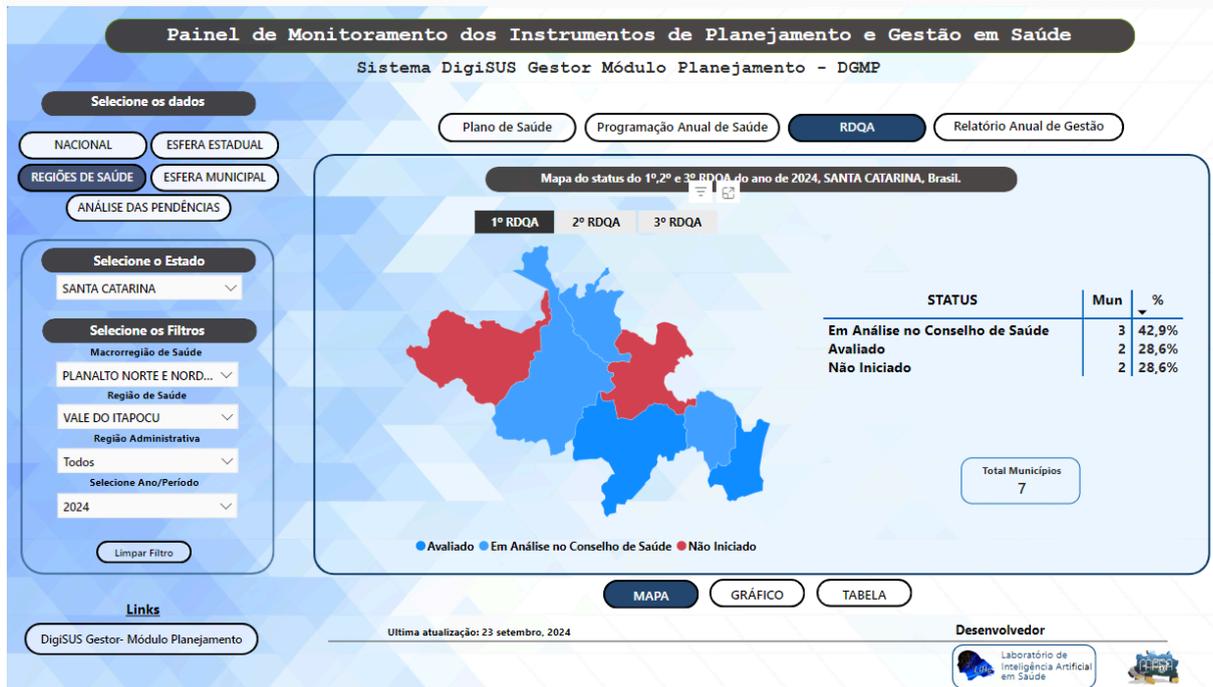
Figura 36: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde - PAS, 2024.



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

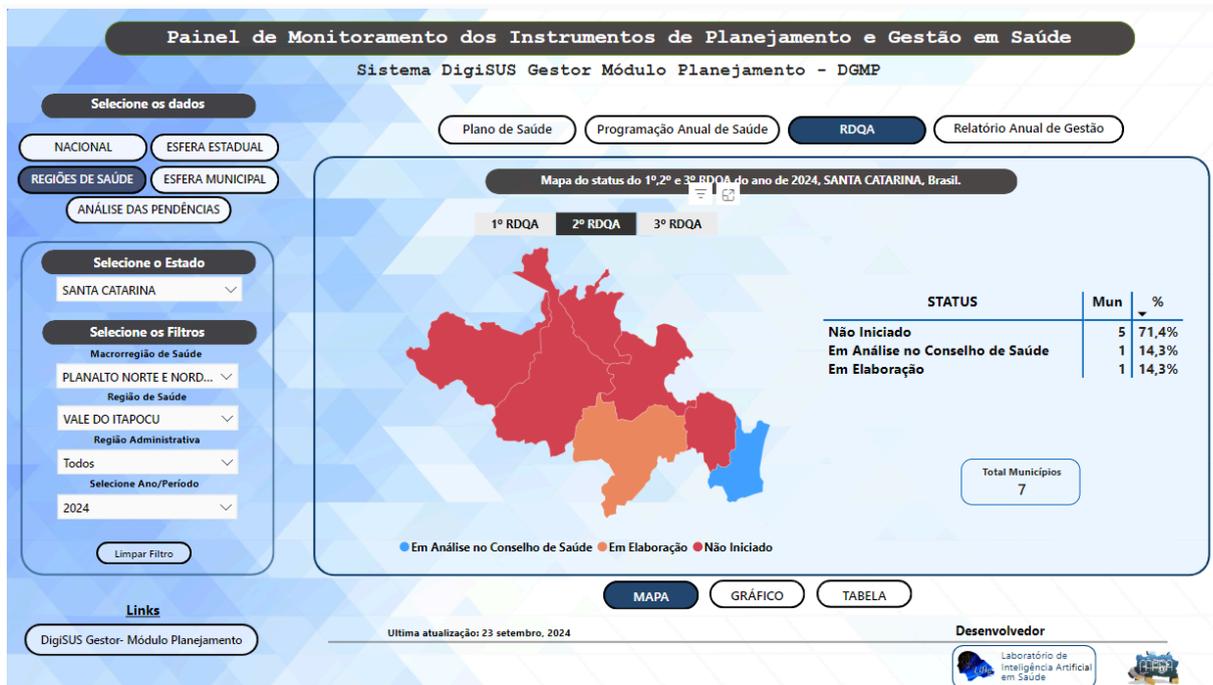
Figura 37: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior - RDQA, 2024.



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

Figura 38: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior - RDQA, 2024.

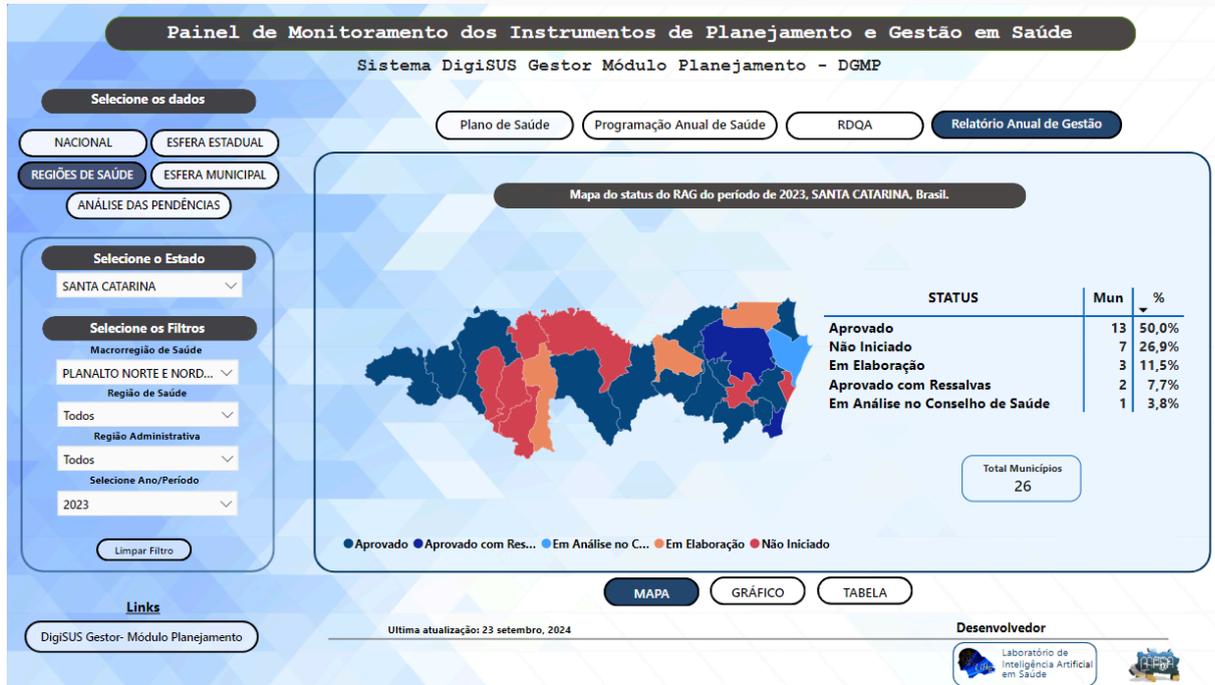


Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP.

Disponível em: <https://liasauade.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024

⇒ Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste

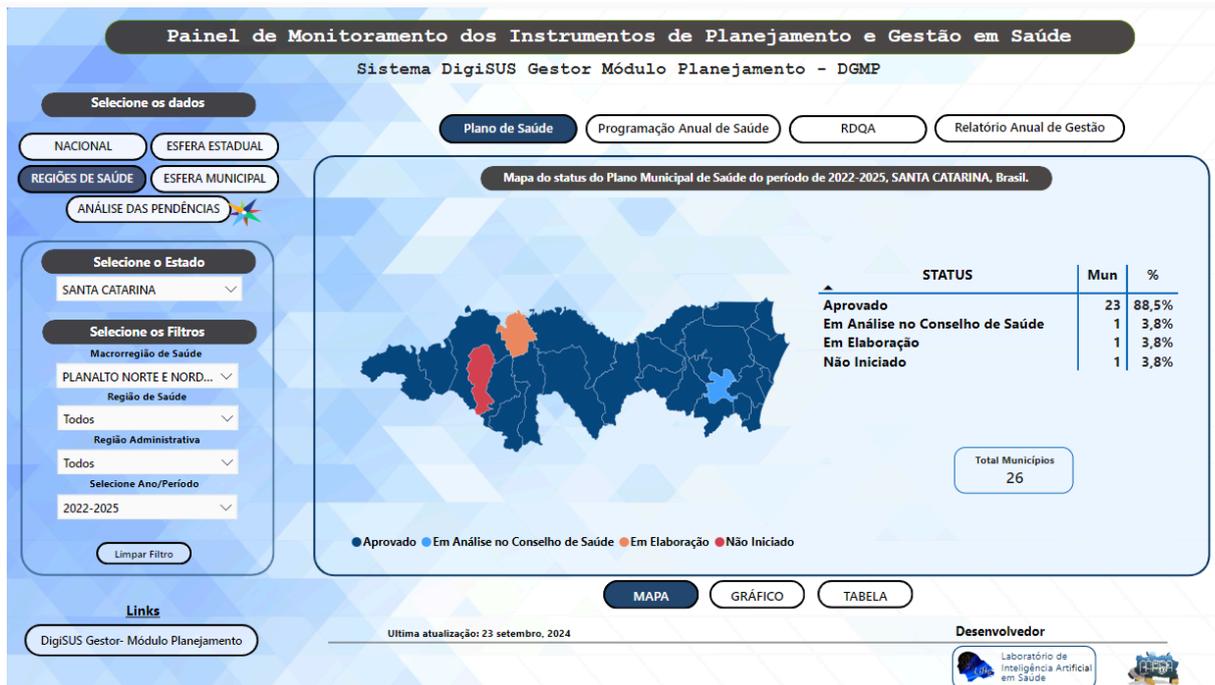
Figura 39: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Relatório Anual de Gestão - RAG, 2023.



Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP.

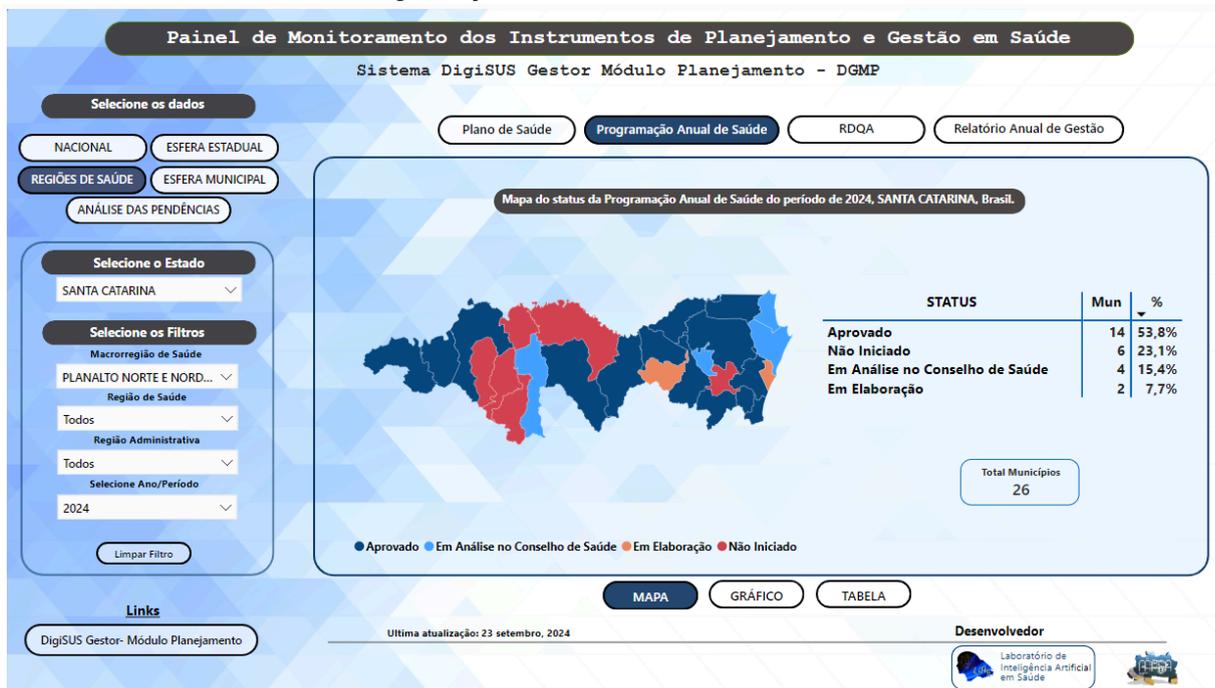
Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024

Figura 40: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Plano Municipal de Saúde - PMS, 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

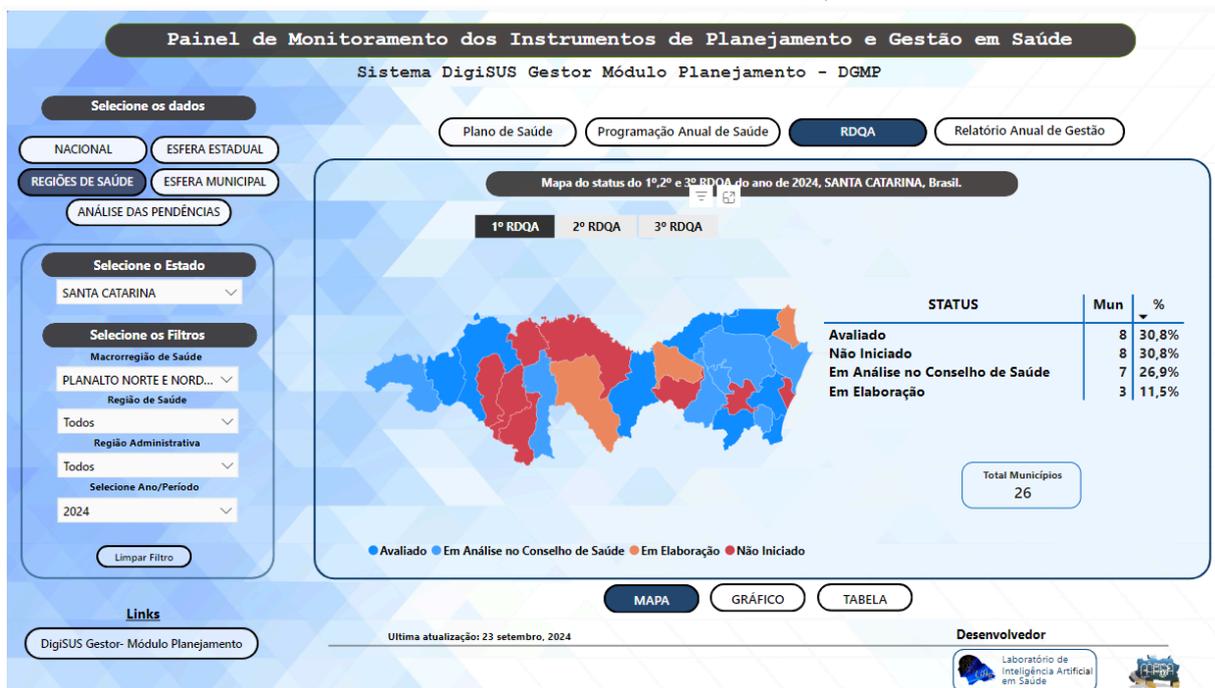
Figura 41: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde - PAS, 2024



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

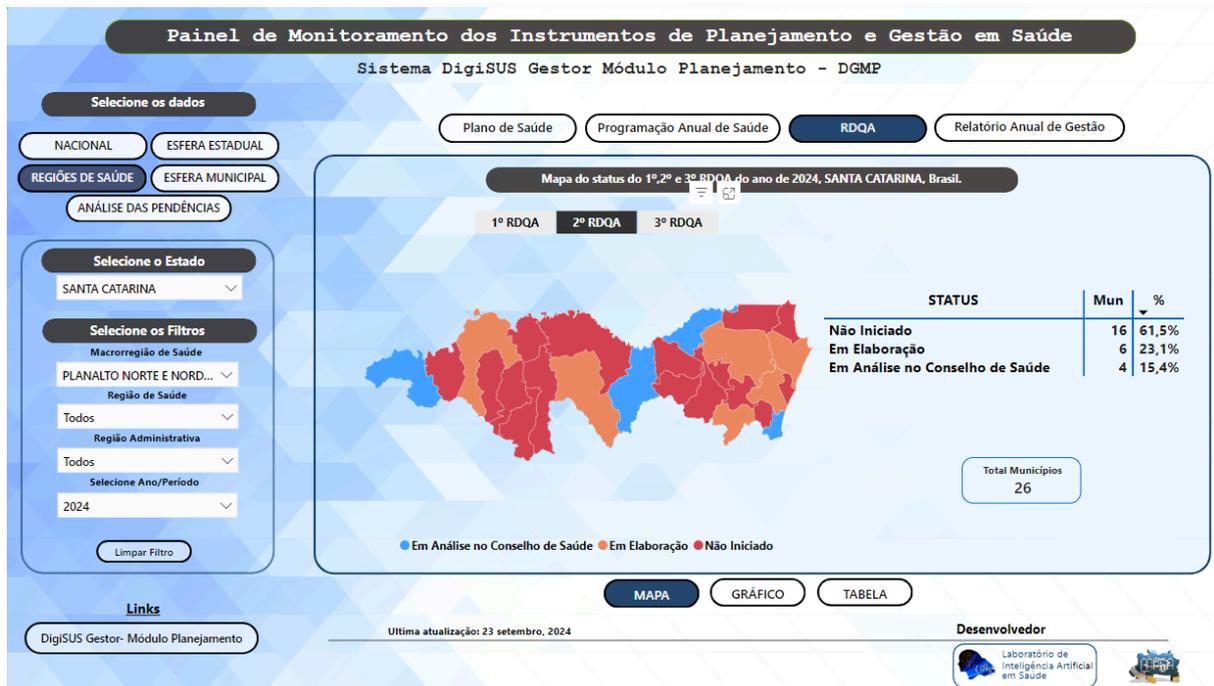
Figura 42: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior - RDQA, 2024.



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

Figura 43: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior - RDQA, 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 34: 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: 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, 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.

A Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste conta com 05 Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, 10 unidades hospitalares, de pequeno e 08 unidades de médio e grande portes. O quadro a seguir detalha esses estabelecimentos.

Quadro 35: Estabelecimentos de saúde

Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Tipo Estabelecimento	Porte
Canoinhas	2491095	UPA Orestes Golanovski	UPA 24h	I
Joinville	2511738	UPA Itaum	UPA 24h	III
Joinville	6439993	UPA Aventureiro	UPA 24h	III
Mafra	9202269	UPA Padre Aldo Seidel	UPA 24h	II
São Francisco do Sul	7039336	UPA Unidade de Pronto Atendimento	UPA 24h	I
Araquari	9402071	PA Aci Ferreira De Oliveira	Pronto Atendimento - PA	-
Balneário Barra do Sul	2658054	PA Jetel Mendes 24h	Pronto Atendimento - PA	-
Barra Velha	5543940	Pronto Atendimento 24 Hora	Pronto Atendimento - PA	-
Corupá	3380777	Pronto Atendimento Corupá	Pronto Atendimento - PA	-
Garuva	6621252	Unidade de Pronto Atendimento De Garuva	Pronto Atendimento - PA	-
Itapoá	2658275	Pronto Atendimento 24 Horas Itapoá	Pronto Atendimento - PA	-
Joinville	8007527	PA Norte 24 Horas Costa E Silva Luiza Schultz Dohler	Pronto Atendimento - PA	-
Monte Castelo	0562017	Pronto Socorro Municipal	Pronto Atendimento - PA	-
Porto União	2689367	Pronto Atendimento Municipal Pam	Pronto Atendimento - PA	-
Schroeder	0031712	Hospital Sao Jose Unidade Schroeder	Pronto Atendimento - PA	-
Três Barras	2491001	Unidade Municipal Publica Pronto Atendimento	Pronto Atendimento - PA	-

Fonte: GEAPF/SES,2024.

Quadro 36: Estabelecimentos de saúde hospitalares

Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Gestão	Porte	Tipo Estabelecimento
São Francisco Do Sul	7105088	Hospital Municipal Nossa Senhora da Graça	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Canoinhas	2491249	Hospital Santa Cruz de Canoinhas	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Irineópolis	2491311	Hospital Municipal Bom Jesus	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Itaiópolis	2665107	Hospital Santo Antônio de Itaiópolis	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Major Vieira	2543079	Hospital Municipal São Lucas	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Três Barras	2490935	Hospital Felix da Costa Gomes	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Guaramirim	2492342	Hospital Santo Antônio de Guaramirim	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Massaranduba	7847777	Hospital João Schreiber	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Campo Alegre	2664992	Hospital São Luiz	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Papanduva	2379163	Hospital São Sebastião	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Joinville	2436469	Hospital Municipal São José	Municipal	Grande	Hospital Geral
Joinville	2521296	Hospital Bethesda	Municipal	Médio	Hospital Geral
Rio Negrinho	2521695	Hospital Rio Negrinho	Municipal	Médio	Hospital Geral
São Bento Do Sul	2521792	Hospital De Maternidade Sagrada Família	Municipal	Médio	Hospital Geral
Jaraguá Do Sul	2306336	Hospital São José	Municipal	Médio	Hospital Geral
Jaraguá Do Sul	2306344	Hospital De Jaraguá	Municipal	Médio	Hospital Geral
Mafra	2379333	Hospital São Vicente De Paulo	Estadual	Médio	Hospital Geral
Porto União	2543044	Hospital De Caridade São Braz	Estadual	Médio	Hospital Geral

Fonte: GEAPF/SES,2024

- Número de serviços Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)
Cinco unidades hospitalares, sendo: Maternidade Darcy Vargas; Fundação Hospitalar Rio Negrinho/Hospital Rio Negrinho; Hospital de Caridade São Braz; Maternidade Dona Catarina Kuss e Hospital e Maternidade Jaraguá.

- Número de Bancos de Leite Humano
Quatro unidades hospitalares, sendo: Maternidade Darcy Vargas, Maternidade Dona Catarina Kuss, Hospital Rio Negrinho e Hospital e Maternidade Jaraguá.

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.

- Estratégia Saúde da Família (ESF)

Com base nos dados referentes ao mês de agosto, a cobertura das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) na Macrorregião alcança aproximadamente 94%. Entre os 18 municípios que compõem a Macrorregião, apenas Rio Rufino não conta com uma equipe ESF com carga horária de 40 horas semanais.

Quadro 37: Polos de Academia da Saúde

Municípios com Estabelecimentos de Polo de Academia da Saúde
Araquari
Itapoá
Joinville
São Francisco do Sul
Barra Velha
Jaraguá do Sul
São João do Itaperiú
Schroeder
Itaiópolis
Mafra
Monte Castelo
Rio Negrinho
São Bento do Sul
Três Barras

Fonte: CNES, 2024

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

Municípios com Práticas Integrativas em Saúde (PICS)
MUNICÍPIO
Araquari
Balneário Barra do Sul
Garuva
Itapoá
Joinville
São Francisco do Sul
Barra Velha
Corupá
Jaraguá do Sul
Massaranduba
São João do Itaperiú
Canoinhas
Itaiópolis
Mafra
Major Vieira
Monte Castelo
Papanduva
Porto União
Rio Negrinho
São Bento do Sul

Fonte: CNES 09/2024

Quadro 39: Distribuição de equipes de saúde, por Região de Saúde e total da Macrorregião

	Pop. IBGE	eSF	eAP	EM	eSB	ACS	ECR	ERD	EMAESM
Nordeste	778.481	207	0	15	30	733	0	0	0
Vale Itapocu	331.693	64	10	10	29	233	0	0	0
Planalto Norte	370.576	108	5	20	44	498	0	0	0
Macro	1.480.750	379	15	45	103	1.464	0	0	0

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

Legenda:

Pop: População;
 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.

Quadro 40: Distribuição dos estabelecimentos de saúde, por Região de Saúde e total da Macrorregião

	UBS	PNAISP	PNAISARI	LRPD	CEO	SRT	SESB
Nordeste	100	3	0	5	2	1	1
Vale Itapocu	81	2	0	5	1	0	0
Planalto Norte	125	3	0	11	4	1	0
Macro	306	8	0	21	7	2	1

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

Legenda:

UBS: Unidade Básica de Saúde;
 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;
 CEO: Centro de Especialidades Odontológica;
 SRT: Serviço Residencial Terapêutico;
 SESB: Serviço de Especialidades em Saúde Bucal.

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

Na Macro Norte Nordeste os municípios de Joinville, São Francisco do Sul, Barra Velha, Jaraguá do Sul, Canoinhas, Mafra e Porto União tem unidades prisionais instaladas em seus territórios, todos têm adesão à política, no entanto, os municípios de Canoinhas e São Francisco do Sul 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 Norte Nordeste o município de Joinville tem unidade socioeducativa no território e 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).

O Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.492/2024, visa ampliar o acesso e qualificar os serviços de atenção especializada no SUS, promovendo a integração com a Atenção Primária à Saúde. A iniciativa busca otimizar a resolutividade do sistema, reduzir filas e fortalecer redes de cuidado por meio da expansão de serviços estratégicos e da oferta de recursos para adequação estrutural e tecnológica das unidades de saúde. No item relacionado aos anexos poderá ser verificado o Plano de Ação Regional-PAR do Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE, também chamado de Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada.

4.4.4.1. Terapia Renal Substitutiva

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).

A Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste conta com 06 unidades de atenção especializada em doença renal crônica - DRC, nos estágios 4 e 5 (pré dialítico).

Quadro 41: Unidades habilitadas para atendimento ambulatorial especializado em DRC, estágios 4 e 5 (pré dialítico).

Região de Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde	CNES
Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	Unidade Renal Jaraguá do Sul	2306166
Nordeste	Joinville	CTDR Joinville	2521512
Nordeste	Joinville	Fundação Pró Rim Matriz	2521601
Planalto Norte	Mafra	Centro de Tratamento de Doenças Renais de Joinville LTD	2379309
Planalto Norte	São Bento do Sul	Clínica Rim e Vida	2521725
Planalto Norte	São Bento do Sul	Fundação Pró Rim	2600250

Fonte: GEARS/SPS/SES, 2021; Linha De Cuidado Da Pessoa Com Doença Renal Crônica Em Santa Catarina Florianópolis 2021.

4.4.4.2. Oncologia

A Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste conta com 01 CACON e 04 UNACON's conforme quadro abaixo:

Quadro 42: Unidades habilitadas para atendimento oncológico.

Região de Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde	CNES	Habilitação
Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	Hospital e Maternidade São José	2306336	UNACON com Serviço de Radioterapia
Nordeste	Joinville	Hospital Municipal São José	2436469	CACON
Nordeste	Joinville	Hospital Infantil Jeser Amarante de Farias	6048692	UNACON exclusivo Pediátrica
Planalto Norte	Porto União	Hospital de Caridade São Braz	2543044	UNACON
Planalto Norte	São Bento do Sul	Hospital e Maternidade Sagrada Família	2543044	UNACON

Fonte: GEARS/2022.

4.4.4.3. Hematologia

O atendimento especializado em Hematologia para da Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste conta com 01 estabelecimento de saúde, localizado no Hospital Municipal São José, em Joinville, sendo referência para toda a Macrorregião.

4.4.4.4 Atenção à Pessoa em Situação 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	Referência
Nordeste	Joinville	Maternidade Darcy Vargas	Macrorregião Planalto Norte e Nordeste

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

Classificação 007 - Atenção Ambulatório à Pessoa em Situação de Violência Sexual.

Classificação 008 - Coleta de Vestígios de Violência Sexual

Fonte: CNES-09/2022

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
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 Planalto Norte e Nordeste	Norte, Nordeste, Vale do Itapocu

Fonte: CNES - 09/2022.

4.4.4.5 Sobrepeso e Obesidade

A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave referência para a Região Nordeste e Vale do Itapocu é o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville). E para a Região do Planalto Norte é o Hospital São Vicente de Paulo (Mafra).

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.

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 possui 08 unidades hospitalares com habilitações em serviços de alta complexidade, detalhadas a seguir.

A Macrorregião possui 08 unidades hospitalares com habilitações em serviços de alta complexidade, detalhadas a seguir:

Quadro 45: Distribuição dos estabelecimentos de saúde em alta complexidade, por Região de Saúde

Região de Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde	Alta Complexidade				
			Bariátrica	Cardio			
Nordeste	Joinville	Hospital Hans Dieter Schmidt		Cardio			
Nordeste	Joinville	Hospital Mun. São José			Neuro cirurgia	Oncologia	Traumato ortopedia
Nordeste	Joinville	Hospital Infantil Jesser Amarante Faria		Cardio	Neuro cirurgia	Oncologia	Traumato ortopedia

Nordeste	Joinville	Hospital Bethesda					Traumatologia ortopedia
Vale Itapocu	Jaraguá do Sul	Hospital São José	Bariátrica	Cardio	Neuro cirurgia	Oncologia	Traumatologia ortopedia
Planalto Norte	Mafra	Hospital São Vicente de Paulo	Bariátrica	Cardio	Neuro cirurgia		Traumatologia ortopedia
Planalto Norte	Porto União	Hospital de Caridade São Braz				Oncologia	Traumatologia ortopedia
Planalto Norte	São Bento do Sul	Hospital e Maternidade Sagrada Família				Oncologia	

Fonte: CIEGES/SC, 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 enfermagem, 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

O quadro a seguir detalha o quantitativo de leitos existentes conforme o tipo e porte da unidade.

Quadro 46: Quantitativo de leitos por tipo e estabelecimento na Região de Saúde Nordeste.

Macrorregião Planalto Norte e Nordeste	Hospital Hans Dieter Schmidt	Hospital Municipal São José	Hospital Bethesda	Hosp. Infantil Dr. Jesser Amarante Farias	Maternidade Darcy Vargas	Hospital Munic Nossa Senhora da Graça	Vida Spa Instituto de Saúde Mental
Município	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville	São Francisco Sul	Joinville
Tipo de Leitos							
Cirúrgico	96	69	12	0	3	13	0
Clínico	132	138	52	0	29	12	8
Obstétrico	0	0	0	0	43	7	0
Pediátrico	0	0	0	96	0	5	0
Psiquiatria	30	0	0	14	0	0	0
Isolamento	14	0	0	0	1	0	0
Hospital Dia	14	14	05	0	0	0	0
Crônicos	0	15	10	0	0	0	0
Cuidados Intermediários	0	0	0	0	16	0	0
UTI adulto							
Tipo I	0	0	0	0	0	0	0
Tipo II	40	38	20	0	0	0	0
Tipo III	0	0	0	0	0	0	0
UTI Pediátrico							
Tipo I	0	0	0	0	0	0	0
Tipo II	0	0	0	30	0	0	0
Tipo III	0	0	0	0	0	0	0
UTI Neonatal							
Tipo I	0	0	0	0	0	0	0
Tipo II	0	0	0	20	10	0	0

Macrorregião Planalto Norte e Nordeste	Hospital Hans Dieter Schmidt	Hospital Municipal São José	Hospital Bethesda	Hosp. Infantil Dr. Jesser Amarante Farias	Maternidade Darcy Vargas	Hospital Munic Nossa Senhora da Graça	Vida Spa Instituto de Saúde Mental
Município	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville	São Francisco Sul	Joinville
UTI Coronariana							
Tipo II	0	0	0	0	0	0	0
UTI queimados							
	0	2	0	0	0	0	0

Fonte: CNES, 2024

Quadro 47: Quantitativo de leitos por tipo e estabelecimento na Região de Saúde Planalto Norte.

Macrorregião Planalto Norte e Nordeste	Hospital São Luiz	Hospital São Vicente de Paulo	Hospital São Sebastião	Hospital São Braz	Maternidade Dona Catarina Kuss	Hospital e Maternidade Sagrada Família	Hospital Felix da Costa Gomes
Tipo de Leitos	Campo Alegre	Mafra	Papanduva	Porto União	Mafra	São Bento do Sul	Três Barras
Cirúrgico	7	31	0	28	2	34	6
Clínico	11	28	34	39	3	13	21
Obstétrico	2	1	0	10	26	12	6
Pediátrico	0	3	0	2	0	0	4
Psiquiatria	0	0	2	0	0	1	2
Saúde Mental	0	0	8	0	0	0	8
Isolamento	0	1	0	0	0	0	0
Hospital Dia	0	0	0	0	0	0	0
Crônicos	0	1	0	0	0	1	0
Cuidados Intermediários	0	0	0	0	8	0	0

Macrorregião Planalto Norte e Nordeste	Hospital São Luiz	Hospital São Vicente de Paulo	Hospital São Sebastião	Hospital São Braz	Maternidade Dona Catarina Kuss	Hospital e Maternidade Sagrada Família	Hospital Felix da Costa Gomes
UTI adulto							
Tipo I	0	0	0	0	0	0	0
Tipo II	0	20	0	8	0	10	0
Tipo III	0	0	0	0	0	0	0
UTI Pediátrico							
Tipo I	0	0	0	0	0	0	0
Tipo II	0	0	0	0	0	0	0
Tipo III	0	0	0	0	0	0	0
UTI Neonatal							
Tipo I	0	0	0	0	0	0	0
Tipo II	0	0	0	0	10	0	0
UTI Coronariana							
Tipo II	0	10	0	0	0	0	0
UTI queimados							
	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: CNES, 2024

Quadro 47-A: Quantitativo de leitos por tipo e estabelecimento na Região de Saúde Planalto Norte.

Macrorregião Planalto Norte e Nordeste	Hospital Municipal Bom Jesu	Hospital São Lucas	Hospital Santo Antônio de Itaiópolis	Hospital Rio Negrinho	Hospital Santa Cruz de Canoinhas		
Tipo de Leitos	Irineópolis	Major Vieira	Itaiópolis	Rio Negrinho	Canoinhas		
Cirúrgico	0	8	0	15	18		
Clínico	17	22	13	33	17		

Macrorregião Planalto Norte e Nordeste	Hospital Municipal Bom Jesu	Hospital São Lucas	Hospital Santo Antônio de Itaiópolis	Hospital Rio Negrinho	Hospital Santa Cruz de Canoinhas		
Obstétrico	1	2	0	12	11		
Pediátrico	1	2	0	2	4		
Psiquiatria	0	3	0	0	0		
Isolamento	3	2	0	0	1		
Hospital Dia	0	0	0	0	0		
Crônicos	0	0	0	10	0		
Cuidados Intermediários	0	0	0	0	0		
Suporte Ventilatório Pulmonar	0	0	0	15	0		
UTI adulto							
Tipo I	0	0	0	0	0		
Tipo II	0	0	0	10	10		
Tipo III	0	0	0	0	0		
UTI Pediátrico							
Tipo I	0	0	0	0	0		
Tipo II	0	0	0	0	0		
Tipo III	0	0	0	0	0		
UTI Neonatal							
Tipo I	0	0	0	0	0		
Tipo II	0	0	0	0	0		
UTI Coronariana							
Tipo II	0	0	0	0	0		
UTI queimados							
	0	0	0	0	0		

Fonte: CNES, 2024

Quadro 48: Quantitativo de leitos por tipo e estabelecimento na Região de Saúde Vale do Itapocu.

Macrorregião Planalto Norte e Nordeste	Hospital São José	Hospital Jaraguá	Hospital João Schreiber	Hospital Santo Antônio de Guaramirim		
Tipo de Leitos	Jaraguá do Sul	Jaraguá do Sul	Massaranduba	Guaramirim		
Cirúrgico	72	20	13	24		
Clínico	97	11	6	26		
Obstétrico	0	27	0	0		
Pediátrico	2	16	0	0		
Psiquiatria	1	0	0	0		
Isolamento	0	0	0	0		
Hospital Dia	0	0	0	0		
Crônicos	2	01	0	0		
Cuidados Intermediários	0	09	0	0		
Suporte Ventilatório Pulmonar	0	04	0	0		
UTI adulto						
Tipo I	0	0	0	0		
Tipo II	27	6	0	0		
Tipo III	0	0	0	0		
UTI Pediátrico						
Tipo I	0	0	0	0		
Tipo II	0	8	0	0		
Tipo III	0	0	0	0		
UTI Neonatal						
Tipo I	0	0	0	0		
Tipo II	0	6	0	0		
UTI Coronariana						

Macrorregião Planalto Norte e Nordeste	Hospital São José	Hospital Jaraguá	Hospital João Schreiber	Hospital Santo Antônio de Guaramirim		
Tipo II	0	0	0			
UTI queimados						
	0	0	0	0		

Fonte: CNES, 2024

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 do Planalto Norte e Nordeste.

Quadro 49: Número de Equipamentos, na Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste

Região de Saúde Nordeste			Região de Saúde Planalto Norte			Região de Saúde Vale do Itapocu		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
Gama Câmara	17	4	Gama Câmara	17	17	Gama Câmara	31	1
Mamógrafo com Comando Simples	6	6	Mamógrafo com Comando Simples	8	8	Mamógrafo com Comando Simples	4	4
Mamógrafo com Estereotaxia	5	5	Mamógrafo com Estereotaxia	1	1	Mamógrafo com Estereotaxia	0	0
Raio X até 100mA	18	18	Raio X até 100mA	19	19	Raio X até 100mA	10	9
Raio X de 100 a 500 mA	39	38	Raio X de 100 a 500 mA	28	28	Raio X de 100 a 500 mA	26	26
Raio X mais de 500mA	31	31	Raio X mais de 500mA	16	16	Raio X mais de 500mA	7	5
Raio X Dentário	445	438	Raio X Dentário	115	110	Raio X Dentário	243	227
Raio X com Fluoroscopia	9	9	Raio X com Fluoroscopia	2	2	Raio X com Fluoroscopia	7	3
Raio X para Densitometria Óssea	6	6	Raio X para Densitometria Óssea	7	7	Raio X para Densitometria Óssea	4	4
Raio X para Hemodinâmica	4	4	Raio X para Hemodinâmica	1	1	Raio X para Hemodinâmica	2	2
Tomógrafo Computadorizado	24	24	Tomógrafo Computadorizado	11	11	Tomógrafo Computadorizado	10	9
Ressonância Magnética	15	15	Ressonância Magnética	7	7	Ressonância Magnética	4	3
Ultrassom Doppler Colorido	91	90	Ultrassom Doppler Colorido	33	33	Ultrassom Doppler Colorido	39	35
Ultrassom Ecógrafo	59	59	Ultrassom Ecógrafo	21	21	Ultrassom Ecógrafo	33	31

Região de Saúde Nordeste			Região de Saúde Planalto Norte			Região de Saúde Vale do Itapocu		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
Ultrassom Convencional	42	41	Ultrassom Convencional	49	48	Ultrassom Convencional	31	31
Processadora de filme exclusiva para mamografia	7	7	Processadora de filme exclusiva para mamografia	5	5	Processadora de filme exclusiva para mamografia	3	3
Mamografo computadorizado	6	6	Mamografo computadorizado	2	2	Mamografo computadorizado	1	1
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	160	160	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	136	134	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	451	409
Grupo Gerador	30	30	Grupo Gerador	12	12	Grupo Gerador	9	8
Usina de Oxigênio	7	7	Usina de Oxigênio	8	8	Usina de Oxigênio	7	6
Endoscópio das Vias Respiratórias	33	31	Endoscópio das Vias Respiratórias	15	15	Endoscópio das Vias Respiratórias	16	14
Endoscópio das Vias Urinárias	33	27	Endoscópio das Vias Urinárias	9	9	Endoscópio das Vias Urinárias	8	8
Endoscópio Digestivo	108	101	Endoscópio Digestivo	36	35	Endoscópio Digestivo	22	21
Equipamentos para Optometria	52	42	Equipamentos para Optometria	73	70	Equipamentos para Optometria	50	50
Laparoscópio/Vídeo	45	45	Laparoscópio/Vídeo	12	11	Laparoscópio/Vídeo	12	10
Microscópio Cirúrgico	34	33	Microscópio Cirúrgico	10	10	Microscópio Cirúrgico	31	29
Cadeira Oftalmológica	46	44	Cadeira Oftalmológica	12	11	Cadeira Oftalmológica	23	22
Coluna Oftalmológica	47	43	Coluna Oftalmológica	8	8	Coluna Oftalmológica	20	19

Região de Saúde Nordeste			Região de Saúde Planalto Norte			Região de Saúde Vale do Itapocu		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
Refrator	42	41	Refrator	10	10	Refrator	16	15
Lensômetro	45	42	Lensômetro	5	5	Lensômetro	16	15
Projeter ou Tabela de Optotipos	49	48	Projeter ou Tabela de Optotipos	9	9	Projeter ou Tabela de Optotipos	21	20
Retinoscópio	31	31	Retinoscópio	9	8	Retinoscópio	16	15
Oftalmoscópio	103	98	Oftalmoscópio	20	19	Oftalmoscópio	16	15
Ceratômetro	26	25	Ceratômetro	4	4	Ceratômetro	11	11
Tonômetro de Aplanção	41	39	Tonômetro de Aplanção	7	6	Tonômetro de Aplanção	18	17
Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	49	48	Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	11	10	Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	20	19
Campímetro	15	15	Campímetro	5	4	Campímetro	4	4
Eletrocardiógrafo	218	207	Eletrocardiógrafo	94	91	Eletrocardiógrafo	101	97
Eletroencefalógrafo	21	20	Eletroencefalógrafo	18	18	Eletroencefalógrafo	9	9
Bomba/Balão Intra-Aórtico	6	6	Bomba/Balão Intra-Aórtico	8	8	Bomba/Balão Intra-Aórtico	2	2
Bomba de Infusão	2320	2319	Bomba de Infusão	374	372	Bomba de Infusão	320	317
Berço Aquecido	89	88	Berço Aquecido	54	52	Berço Aquecido	36	36
Bilirrubinômetro	3	3	Bilirrubinômetro	1	1	Bilirrubinômetro	3	3
Debitômetro	412	412	Debitômetro	0	0	Debitômetro	0	0
Desfibrilador	257	254	Desfibrilador	87	84	Desfibrilador	93	89
Equipamento de Fototerapia	95	95	Equipamento de Fototerapia	33	33	Equipamento de Fototerapia	61	61
Incubadora	101	101	Incubadora	42	40	Incubadora	43	43

Região de Saúde Nordeste			Região de Saúde Planalto Norte			Região de Saúde Vale do Itapocu		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
Marcapasso Temporário	29	28	Marcapasso Temporário	10	10	Marcapasso Temporário	7	7
Monitor de ECG	903	881	Monitor de ECG	184	183	Monitor de ECG	251	250
Monitor de Pressão Invasivo	548	538	Monitor de Pressão Invasivo	53	51	Monitor de Pressão Invasivo	35	35
Monitor de Pressão Não-Invasivo	857	833	Monitor de Pressão Não-Invasivo	240	234	Monitor de Pressão Não-Invasivo	266	264
Reanimador Pulmonar/AMBU	818	671	Reanimador Pulmonar/AMBU	251	245	Reanimador Pulmonar/AMBU	181	178
Respirador/Ventilador	528	443	Respirador/Ventilador	125	124	Respirador/Ventilador	102	102
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	229	228	Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	55	55	Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	67	63
Aparelho de Eletroestimulação	358	357	Aparelho de Eletroestimulação	84	76	Aparelho de Eletroestimulação	153	151
Bomba de Infusão de Hemoderivados	4	3	Bomba de Infusão de Hemoderivados	4	4	Bomba de Infusão de Hemoderivados	0	0
Equipamentos de Aférese	5	4	Equipamentos de Aférese	3	3	Equipamentos de Aférese	31	31
Equipamento de Circulação Extracorpórea	3	3	Equipamento de Circulação Extracorpórea	0	0	Equipamento de Circulação Extracorpórea	3	3
Equipamento para Hemodiálise	106	97	Equipamento para Hemodiálise	85	80	Equipamento para Hemodiálise	24	22
Forno de Bier	19	19	Forno de Bier	24	23	Forno de Bier	3	3

Região de Saúde Nordeste			Região de Saúde Planalto Norte			Região de Saúde Vale do Itapocu		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
Equipo Odontológico Completo	971	940	Equipo Odontológico Completo	365	343	Equipo Odontológico Completo	386	371
Compressor Odontológico	544	528	Compressor Odontológico	169	161	Compressor Odontológico	197	185
Fotopolimerizador	722	688	Fotopolimerizador	227	206	Fotopolimerizador	286	272
Caneta de Alta Rotação	1412	1305	Caneta de Alta Rotação	339	302	Caneta de Alta Rotação	379	349
Caneta de Baixa Rotação	1118	1066	Caneta de Baixa Rotação	272	247	Caneta de Baixa Rotação	326	303
Amalgamador	259	227	Amalgamador	126	112	Amalgamador	109	95
Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	472	459	Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	137	128	Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	195	189
Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	9	9	Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	4	4	Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	8	8
Emissões Otoacústicas Evocadas por Prod. de Dist	6	6	Emissões Otoacústicas Evocadas por Prod. de Dist	8	8	Emissões Otoacústicas Evocadas por Prod. de Dist	4	4
Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encef Autom	5	5	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encef Autom	2	2	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encef Autom	4	4
Pot Evocado Aud Tronco Encef. Curta,Média e Long	4	4	Pot Evocado Aud Tronco Encef. Curta,Média e Long	2	2	Pot Evocado Aud Tronco Encef. Curta,Média e Long	3	3

Região de Saúde Nordeste			Região de Saúde Planalto Norte			Região de Saúde Vale do Itapocu		
Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	Em Uso SUS
Audiômetro de um Canal	18	18	Audiômetro de um Canal	10	9	Audiômetro de um Canal	7	6
Audiômetro de dois Canais	18	17	Audiômetro de dois Canal	22	20	Audiômetro de dois Canais	13	13
Imitanciômetro	10	10	Imitanciômetro	3	3	Imitanciômetro	5	5
Imitanciômetro Multifrequencial	1	1	Imitanciômetro Multifrequencial	1	1	Imitanciômetro Multifrequencial	2	2
Cabine Acustica	30	28	Cabine Acustica	28	23	Cabine Acustica	14	13
Sistema DE Campo Livre	6	6	Sistema DE Campo Livre	3	2	Sistema DE Campo Livre	6	6
Sistema Completo de reforço Visual (VRA)	2	2	Sistema Completo de reforço Visual (VRA)	2	2	Sistema Completo de reforço Visual (VRA)	4	4
Ganho de Inserção	3	3	Ganho de Inserção	0	0	Ganho de Inserção	2	2
HI-PRO	8	8	HI-PRO	0	0	HI-PRO	6	6
Total	15.367	14.691	Total	4.302	4.096	Total	4.989	4.727

Fonte: Tabwin Datasus Acesso em 02/12/2024
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.

O Estado de Santa Catarina possui oito Centrais de Regulação das Urgências distribuídas nas macrorregiões: Grande Oeste, Meio Oeste, Serra Catarinense, Planalto Norte Nordeste, Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Sul e Grande Florianópolis.

A Central de Regulação de Urgência – CRU, é o local onde chegam todos os chamados de urgência e emergência da população, que liga para o telefone 192.

A CRU conta com uma estrutura organizacional constituída por profissionais capacitados em regulação dos chamados telefônicos, que demandam orientação por meio da classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência.

As Centrais de Regulação têm um papel muito importante para o resultado efetivo do atendimento à pessoa que está em situação de urgência em saúde. No caso de envio de uma ambulância para prestar o socorro, a CRU acompanhará o atendimento até seu término, apoiando as equipes quando necessário e preparando a recepção adequada do paciente no hospital ou em outra instituição de saúde, ou até mesmo na própria residência uma vez que todo processo de regulação e atendimento no local são executados por profissionais de Saúde.

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.

- 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.

- 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.

- Centrais de Regulação às Urgências

O Estado de Santa Catarina possui oito Centrais de Regulação das Urgências distribuídas nas macrorregiões: Grande Oeste, Meio Oeste, Serra Catarinense, Planalto Norte Nordeste, Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Sul e Grande Florianópolis.

A Central de Regulação de Urgência – CRU, é o local onde chegam todos os chamados de urgência e emergência da população, que liga para o telefone 192.

A CRU conta com uma estrutura organizacional constituída por profissionais capacitados em regulação dos chamados telefônicos, que demandam orientação por meio da classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência.

As Centrais de Regulação têm um papel muito importante para o resultado efetivo do atendimento à pessoa que está em situação de urgência em saúde. No caso de envio de uma ambulância para prestar o socorro, a CRU acompanhará o atendimento até seu término, apoiando as equipes quando necessário e preparando a recepção adequada do paciente no hospital ou em outra instituição de saúde, ou até mesmo na própria residência uma vez que todo processo de regulação e atendimento no local são executados por profissionais de Saúde. Em relação ao atendimento pré-hospitalar móvel, a Macrorregião conta com uma Central de Regulação às Urgências (CRU) no município de Joinville.

4.4.9 Número de Ambulâncias e Aeronaves por Tipo

A Macrorregião 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, distribuídos conforme demonstram os quadros a seguir.

Quadro 50: Capacidade instalada USBs SAMU

Município	CNES	Nomenclatura	Nº de Unidades
Joinville	3926419	USB 01	1
Joinville	3926184	USB 02	1
Joinville	3926532	USB 03	1
Joinville	3926338	USB 04	1
Guaramirim	7005377	USB 06	1
Jaraguá do Sul	5077346	USB 07	1
Rio Negrinho	7077629	USB 08	1
Canoinhas	3874230	USB 10	1
São Francisco do Sul	6462308	USB 05	1
Irineópolis	3719081	USB 11	1
São Bento do Sul	5397669	USB 12	1
Itapoá	7055021	USB 14	1
Bela Vista do Toldo	9257209	USB 15	1
Três Barras	Em implantação	USB 16	1

Fonte: SES, 2024.

Quadro 51: Capacidade instalada de USAs e SCIH - Inter Hospitalar

Município	CNES	Nomenclatura	Nº de Unidades
Joinville	7229801	USA01	1
Joinville	4136705	USA05	1
Joinville	777765	SCIH01	1
Jaraguá do Sul	7229828	USA02	1
Canoinhas	7011873	USA04	1
Mafrá	6999174	USA03	1

Fonte: SES, 2024.

O serviço de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) Interestadual é coordenado pela Gerência Ambulatorial (GERAM) da Superintendência de Regulação (SUR), sendo responsável pelo atendimento de pacientes que precisam de tratamento fora do Estado. Atualmente, o serviço conta com a seguinte frota de veículos:

- 08 ambulâncias ECHO (modelos 2021/2022);
- 01 veículo SPIN (modelo 2013/2014);

- 04 SUVs Duster (modelos 2022/2023).

4.4.10 Hospitais Próprios, Contratualizados e Conveniados

Na Macrorregião temos hospitais sob gestão estadual e 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 52: Hospitais contratualizados na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste.

Hospitais Contratualizados	
HOSPITAL	MUNICÍPIO
Vida Spa Matriz Ltda	Joinville
Hospital São Luiz	Campo Alegre
Hospital São Vicente de Paulo	Mafra
Associação Hospitalar e Maternidade São Sebastião	Papanduva
Hospital São Braz	Porto União
Hospital Maternidade Jaraguá	Jaraguá do Sul
Hospital São José	Jaraguá do Sul
Hospital Schreiber	Massaranduba
Hospital Santo Antônio	Guaramirim
Total	09

Fonte: SES, 2024.

Quadro 53: Hospitais próprios na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste.

Hospitais Próprios	
HOSPITAL	MUNICÍPIO
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Joinville
Maternidade Dona Catarina Kuss	Mafra
Maternidade Darcy Vargas	Joinville
Hospital Materno Infantil Sr. Jeser Amarante Faria(OS)	Joinville
Total	04

Fonte: SES, 2024.

Os gestores e fiscais dos contratos são das respectivas Regionais de Saúde que têm acesso, por meio do site da Secretaria de Estado da Saúde, aos contratos e seus planos operativos, onde constam todos os serviços contratualizados.

4.4.11 Redes de Atenção à Saúde - RAS

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estruturas organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS) que visam à integração e articulação dos serviços de saúde, com o objetivo de proporcionar um atendimento integral, contínuo e resolutivo à população. A RAS busca garantir o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, promovendo a coordenação entre os diferentes pontos de atenção, como unidades de saúde, hospitais, serviços de urgência e emergência, entre outros. Essas redes têm a atenção primária como coordenadora do cuidado, conectando serviços básicos a níveis mais complexos, como hospitalares e de reabilitação, para responder às necessidades da população de forma eficiente e integrada. (MENDES, 2011)

A principal característica das Redes de Atenção à Saúde é a integralidade, ou seja, a oferta de um cuidado completo, que abrange a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, considerando as necessidades de saúde de cada indivíduo.

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:

Quadro 54: Evolução da legislação da 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 55: Rede Alyne Planalto Norte e Nordeste

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)	Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	2306344	Hospital Jaraguá	-	7	-	sim
	Nordeste	Joinville	2436477	Maternidade Darcy Vargas	-	18	-	sim
	Planalto Norte	Mafra	2379341	Maternidade Dona Catarina Kuss	-	não habilitado	-	Delibera�o CIB 500/2014
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO)	Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	2306344	Hospital Jaraguá	10	6	6	-
	Nordeste	Joinville	2436477	Maternidade Darcy Vargas	14	14	0	-
	Planalto Norte	Mafra	2379341	Maternidade Dona Catarina Kuss	4	4	0	-
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA)	Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	2306344	Hospital Jaraguá	3	3	3	-
	Nordeste	Joinville	2436477	Maternidade Darcy Vargas	2	2	0	-
	Planalto Norte	Mafra	2379341	Maternidade Dona Catarina Kuss	4	4	0	-
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Tipo II) - UTIN II	Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	2306344	Hospital Jaraguá	10	6	6	-
	Nordeste	Joinville	2436477	Maternidade Darcy Vargas	10	10	0	-
	Nordeste	Joinville	6048692	Hospital Infantil Dr Jeser Amarante Faria	20	20	0	-
	Planalto Norte	Mafra	2379341	Maternidade Dona Catarina Kuss	10	10	0	-
Leito Obstétrico	Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	2306344	Hospital Jaraguá	40	27	-	-
	Nordeste	Joinville	2436477	Maternidade Darcy Vargas	43	43	-	-
	Nordeste	São Francisco do Sul	7105088	Hospital Municipal Nossa Senhora da Graça	7	7	-	-
	Planalto Norte	Campo Alegre	2664992	Hospital São Luiz	2	2	-	-
	Planalto Norte	Canoinhas	2491249	Hospital Santa Cruz de Canoinhas	19	11	-	-
	Planalto Norte	Irineópolis	2491311	Hospital Municipal Bom Jesus	1	1	-	-
	Planalto Norte	Mafra	2379341	Maternidade Dona Catarina Kuss	26	26	-	-
	Planalto Norte	Mafra	2379333	Hospital São Vicente de Paulo	1	1	-	-
	Planalto Norte	Major Vieira	2543079	Hospital Municipal São Lucas	2	2	-	-
Planalto Norte	Porto União	2543044	Hospital São Braz	15	10	-	-	

Serviços	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos Existentes	Leitos SUS	Leitos na PVH	Referência
	Planalto Norte	Rio Negrinho	2521695	Hospital Rio Negrinho	14	12	-	-
	Planalto Norte	São Bento do Sul	2521792	Hospital e Maternidade Sagrada Família	20	12	-	-
	Planalto Norte	Três Barras	2490935	Hospital Félix da Costa Gomes	10	6	-	-
Casa De Gestante, Bebê E Puérpera - CGBP	Nordeste	Joinville	2436477	Maternidade Darcy Vargas				
Centro De Parto Normal - CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviço de Atenção ao Pre-Natal, Parto e Nascimento - Centro de Parto Normal	Nordeste	Joinville	6048692	Hospital Infantil Dr Jeser Amarante Faria				
	Nordeste	Joinville	2436477	Maternidade Darcy Vargas				
	Nordeste	Joinville	2521385	Hospital Dona Helena				
	Planalto Norte	Mafra	2379341	Maternidade Dona Catarina Kuss				
	Planalto Norte	Major Vieira	2543079	Hospital Municipal São Lucas				
	Planalto Norte	Porto União	2543044	Hospital São Braz				
	Planalto Norte	São Bento Do Sul	2521792	Hospital e Maternidade Sagrada Família				
Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco	Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	2306344	Hospital Jaraguá				Delibera�o CIB 500/2014
	Nordeste	Joinville	2436477	Maternidade Darcy Vargas				Delibera�o CIB 500/2014
	Planalto Norte	Mafra	2379341	Maternidade Dona Catarina Kuss				Delibera�o CIB 500/2014
Ambul�rio 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 56: Números da triagem neonatal em 2024

Total de coletas realizadas	1.447
Total de bebês	1.303
Total de coletas inadequadas	48
Tempo de transporte de amostra	3
Total de pontos de coleta	152

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 infecciosa, 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 psicossocial desempenha papel essencial na promoção da saúde mental e no apoio ao bem-estar emocional da população dos territórios. Composta por um conjunto de serviços, profissionais e iniciativas interligadas, essa rede busca fornecer um cuidado integral e contínuo, abordando as necessidades psicológicas, sociais e de saúde mental da população.

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 57: Capacidade instalada dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste nas modalidades CAPS I, II, III, AD, IJ, AD III e SRT.

Região de Saúde	Município	Tipo de CAPS
Nordeste	Araquari	CAPS I
Nordeste	Itapoá	CAPS I
Nordeste	São Francisco do Sul	CAPS I
Nordeste	Joinville	CAPS II
Nordeste	Joinville	CAPS III
Nordeste	Joinville	CAPSi
Nordeste	Joinville	CAPS AD
Nordeste	Joinville	SRT II
Vale do Itapocu	Barra Velha	CAPS Microrregional
Vale do Itapocu	São João do Itaperiú	Atendido por Barra Velha
Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	CAPS II
Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	CAPSi
Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	CAPS AD
Planalto Norte	Canoinhas	CAPS I
Planalto Norte	Itaiópolis	CAPS I
Planalto Norte	Mafra	CAPS I
Planalto Norte	Monte Castelo	CAPS Microrregional
Planalto Norte	Monte Castelo	SRT I
Planalto Norte	Papanduva	CAPS I
Planalto Norte	Porto União	CAPS I
Planalto Norte	Rio Negrinho	CAPS I
Planalto Norte	Três Barras	CAPS I
Planalto Norte	Irineópolis	Atendido por Monte Castelo
Planalto Norte	São Bento do Sul	CAPS II

Fonte: SES/SC

Apesar da ampla cobertura, 07 municípios não têm cobertura de CAPS, embora tenha parâmetro populacional para instalação do serviço.

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.

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). A macrorregião dispõe de 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT) tipo I, em Monte Castelo e 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT) tipo II em Joinville. Jaraguá do Sul, Joinville e São Francisco do Sul são aderentes ao Programa de Volta para Casa (PVC).

No último Plano de Ação Regional (PAR), constam as propostas da Região de Saúde Nordeste, aprovadas: Araquari (CAPS I já habilitado), Barra Velha (CAPS I microrregional já habilitado), Itapoá (CAPS I já habilitado), Garuva (CAPS I), Joinville (qualificação para CAPS AD III, regularização de uma das SRT tipo II, quatorze leitos psiquiátricos no Hospital Jeser Amarante Farias, já credenciados, Consultório na Rua tipo I para modalidade tipo II, em processo), São Francisco do Sul (CAPS I já habilitado), São João do Itaperiú (CAPS I microrregional já credenciado), Guaramirim (CAPS I já habilitado), Jaraguá do Sul (UA adulto, trinta leitos em saúde mental no Hospital Jaraguá e um Consultório na Rua), Massaranduba (CAPS I) e Schroeder (CAPS I). Também identificou-se a necessidade de mais um CAPS III, de dois CAPSij, de uma Unidade de Acolhimento adulto e duas Unidades de Acolhimento infantil.

Já no Plano de Ação Regional do Planalto Norte, foi identificada a necessidade de expansão da rede, em um CAPS I e um CAPSij, uma Unidade de Acolhimento adulto, uma Unidade de Acolhimento infantil e 40 leitos em enfermaria especializada em hospital geral. É sugerida a habilitação para CAPS I microrregional para Major Vieira (sede) e Bela Vista do Toldo, além de CAPS AD para São Bento do Sul, Rio Negrinho e Campo Alegre (sem propostas).

A impossibilidade de atendimento aos usuários com sofrimento intenso devido a transtornos mentais moderados e graves ou ao uso prejudicial de álcool e drogas, nos serviços especializados, acaba por sobrecarregar a Atenção Primária, além de resultar em um volume crescente de internações, precarizando o processo de cuidado em saúde mental.

Entre 2023 e 2024, foram habilitados os CAPS I de Itapoá e Guaramirim. A proposta de Schroeder está em análise no Ministério da Saúde, com necessidade de adequação das instalações e equipe mínima. Em Massaranduba foi realizada visita técnica recente para habilitação. Além dos municípios já citados, Corupá é elegível para o CAPS I.

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 58: Leitos de saúde mental

Região de Saúde	Município	Estabelecimento	Leitos SUS Habilitados (CNES)	PVH Adulto	PVH Infantil	Total Regulação SC
Nordeste	Joinville	Hospital Jeser Amarante Faria	não habilitado	0	14	14
Nordeste	Joinville	Hospital Hans Dieter	não habilitado	30	0	30
Planalto Norte	Três Barras	Hospital Felix da Costa Gomes	8	2	0	10
Planalto Norte	Papanduva	Hospital São Sebastião	não habilitado	10	0	10
Total			8	42	14	64

Fonte: SES/SC

A macrorregião Norte e Nordeste dispõe, atualmente, de 64 leitos em saúde mental. Destes, 56 são habilitados através do Programa Valorização dos Hospitais (PVH), sendo 42 leitos adultos e 14 atendem a população infantojuvenil. E 08 leitos são habilitados pelo Ministério da Saúde e recebem recurso federal.

Ainda se observa a utilização do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, em São José, Grande Florianópolis, para internação de usuários residentes na macrorregião Norte e Nordeste, conforme o Plano de Ação Regional (PAR).

A utilização de leitos de saúde mental no território de origem do usuário não só facilita o acesso aos serviços, como também contribui para a efetividade do tratamento, promovendo um ambiente mais acolhedor e próximo do cotidiano e das redes sócio afetivas dos indivíduos. Essa abordagem é fundamental para atender às necessidades específicas da população e melhorar a qualidade da assistência em saúde mental.

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 59: Componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência. Santa Catarina, 2024.

Município	CNES	Estabelecimento	Componente habilitado	Componente habilitado	Leitos Habilit. MS	Leitos qualific. MS
					Quantid	Quantid
Jaraguá do Sul	2306344	Hospital e Maternidade Jaraguá	Porta de Entrada Tipo I	UTI Adulto Tipo II	6	3
				UTI Pediátrica Tipo II	8	2
Jaraguá do Sul	2306336	Hospital São José (Antigo Hospital e Maternidade São José)	Porta de Entrada Tipo II	UTI Adulto Tipo I	27	18
				Leito AVC	10	-
Joinville	2436450	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Porta de Entrada Tipo II	UTI Adulto Tipo II	39	27
Joinville	2436469	Hospital Municipal São José	Porta de Entrada Tipo II	UTI Adulto Tipo II	35	34
				Leito AVC	21	-
Joinville	6048692	Hospital Infantil Dr. Jesser Amarante Faria	Porta de Entrada Tipo II	UTI Pediátrica Tipo II	30	16
Mafra	2379333	Hospital São Vicente de Paulo	Porta de Entrada Tipo II	Leito UCO	10	-
				UTI Adulto Tipo II	20	16
São Bento do Sul	2521792	Hospital e Maternidade Sagrada Família	Porta de Entrada Tipo I	UTI Adulto Tipo II	10	7
Canoinhas	2491249	Hospital Santa Cruz de Canoinhas	Não se Aplica	UTI Adulto Tipo II	10	7
Joinville	2521296	Hospital Bethesda	Não se Aplica	UTI Adulto Tipo II	10	7
				Cuidados Prolongados	20	-
Porto União	2543044	Hospital de Caridade São Braz	Não se Aplica	UTI Adulto Tipo II	8	6
Rio Negrinho	2521695	Hospital Rio Negrinho	Não se Aplica	UTI Adulto Tipo II	10	7
				Cuidados Prolongados	20	-

Fonte: SES/SC, 2024

Quadro 60: Leitos de UTI SUS e PVH adulto.

Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos PVH
Nordeste	Joinville	2436450	Hospital Hans Dieter Schmidt	39	0
		2436469	Hospital Municipal São José	35	35
		2521296	Hospital Bethesda	10	20
Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	2306336	Hospital São José	27	0
		2306344	Hospital Jaraguá	6	6
Planalto Norte	Mafra	2379333	Hospital São Vicente de Paulo	20	20
	São Bento do Sul	2521792	Hospital e Maternidade Sagrada Família	10	10
	Canoinhas	2491249	Hospital Cruz de Canoinhas	10	10

Fonte: CNES, 2024; DAES/SES, 2024

Quadro 61: Leitos de UTI SUS e PVH pediátrico.

Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos PVH
Nordeste	Joinville	6048692	Hospital Infantil Dr Jeser Amarante Faria	30	0
Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	2306344	Hospital Jaraguá	8	0

Fonte: CNES, 2024; DAES/SES, 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>).



- Mapa de Atendimentos Ambulatorial da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA)

O Mapa de Atendimentos Ambulatoriais da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA), demanda e oferta pode ser acessado em:

[Mapa de Referência Planalto Norte e Nordeste](#)



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, submenu 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-ace-sso-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.

<p>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, submenu Regulação, acesso em: (https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/deliberacoes-portarias)</p>	
---	---

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.

<p>“Listas de Espera SUS”</p> <p>https://listadeespera.saude.sc.gov.br/#/home</p>	
--	--

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.

São 08 (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. Há 01 (uma) Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares - CERIH - Localizada na SES - Florianópolis.

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.

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

<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.

- 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. Na Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste há 06 serviços habilitados, conforme o quadro a seguir:

Quadro 62: 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)
Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	Unidade Renal Jaraguá do Sul	01
Nordeste	Joinville	CTDR Joinville	01
Nordeste	Joinville	Fundação Pró Rim Matriz	01
Planalto Norte	Mafra	Centro de Tratamento de Doenças Renais de Joinville LTD	01
Planalto Norte	São Bento do Sul	Clínica Rim e Vida	01
Planalto Norte	São Bento do Sul	Fundação Pró Rim	01

Fonte: GEARS/SGP/SES, 2021.

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

O fluxo de acesso às linhas de cuidado da Rede de Urgência e Emergência (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 Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste, dentro da RAS, possui uma Rede protocolada que é a RUE. A implantação da RUE na Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste aconteceu em meados de 2009 com a definição de assessoria técnica para a rede, organização dos pontos de atenção existentes para esta finalidade e ampliação e a qualificação dos 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.

As linhas de cuidado estabelecidas são:

- Traumatologia
- Cardiovascular
- Cerebrovascular

Os componentes da linha de cuidado incluem:

- Urgência e Emergência
 - Hospitais Gerais
 - Hospitais Especializados
 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
 - Unidade de Pronto Atendimento – UPA.
-
- Fluxo de acesso à Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC)

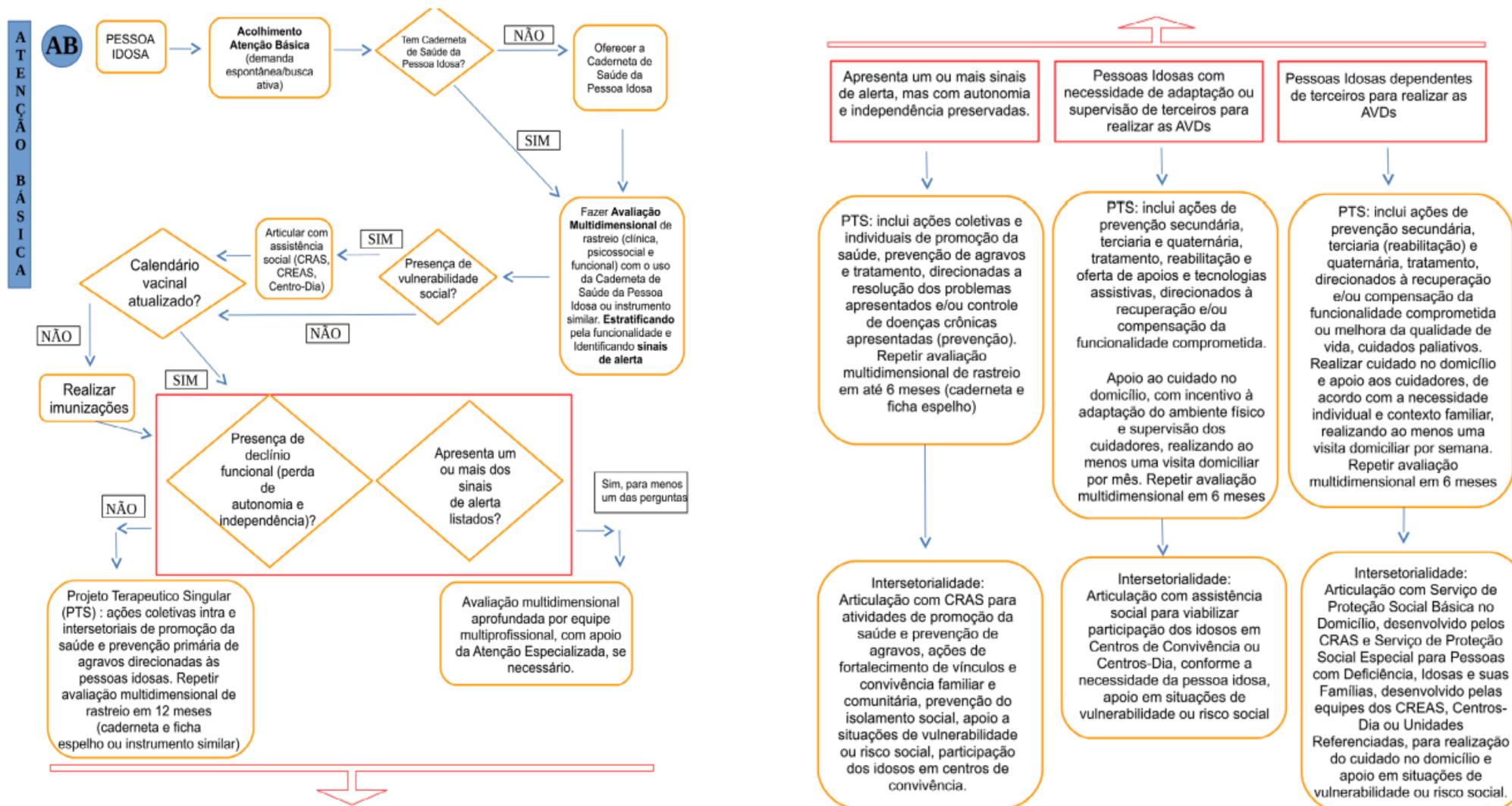
DELIBERAÇÃO 017/CIB/2020 - Reorganizar o fluxo de acesso dos usuários do SUS na urgência e emergência cardiológica, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, regulados pela Central de Regulação de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

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.

- 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 44: Fluxograma de acesso da Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa

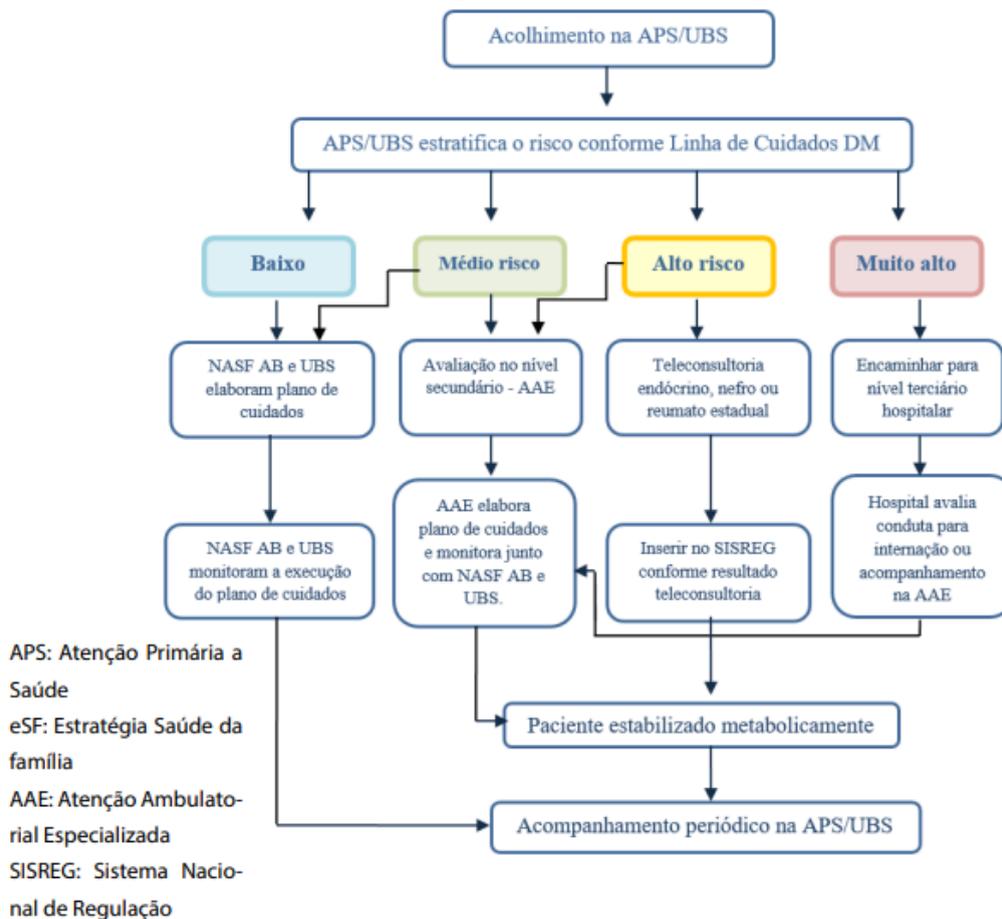


Fonte: SES, 2024.

- Fluxo de acesso à Linha de Cuidado à pessoas com Diabete 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 45: Fluxograma de acesso da Linha de Cuidado à pessoas com Diabete Mellitus



Fonte: SES, 2024.

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

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 63: 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	Em atualização
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 64: 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.

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).

Todas as Linhas de cuidado estão disponíveis na página da SES:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps>

Todas as Linhas de cuidado estão disponíveis na página da SES:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps>



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>.

<p>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.</p>	
---	---

4.6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES 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, e do Plano da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Os

macroproblemas foram 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 65: Diretriz, Objetivo e macroproblemas do Plano Estadual de saúde 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
		9.1. Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria	xxx (conferência estadual de saúde)
		10.1. Garantir o modelo de gestão participativa e compartilhada fortalecendo as instâncias de controle	xxx (conferência estadual de saúde)
9. Fomentar a transparência e o controle para alocação e utilização adequada dos recursos em saúde ofertados aos cidadãos	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: SES, 2024.

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 66: Apresentação dos Macroproblemas elencados pela Macrorregional.

MACRORREGIÃO PLANALTO NORTE NORDESTE			
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
PROCESSO	6. Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS	6.2. Qualificar a assistência hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes	Baixa qualidade na assistência em saúde
PROCESSO		6.6. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e implantar as linhas de cuidado	Fragilidade na RAS
PROCESSO		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
PROCESSO		6.9. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial	Política de saúde mental insuficiente

Fonte: Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste
Apresentação do PRI, 2024

A seguir será apresentado os macroproblemas priorizados pela Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste:

MACROPROBLEMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INSUFICIENTE

- **Cenário**

O cenário atual da Política de Saúde Mental na macrorregião do Planalto Norte Nordeste é marcado por uma rede de atenção à saúde fragilizada, que envolve dificuldades nas referências e contra referências entre os níveis de atenção, especialmente nas interfaces entre a atenção primária, secundária e terciária. Essa fragilidade é evidenciada pela dificuldade dos profissionais no manejo de casos complexos, o que compromete a continuidade e qualidade do cuidado. Além disso, a taxa elevada de mortalidade por suicídio indica a urgência de uma abordagem mais eficaz e coordenada na prevenção e tratamento de transtornos mentais.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também enfrenta desafios significativos, como o vazio assistencial em municípios de pequeno porte e a falta de leitos adequados para internação de usuários com transtornos mentais e comportamentais, conforme a Classificação Internacional de Doenças. A descontinuidade no acompanhamento pós-alta hospitalar e a fragilidade da rede de assistência social agravam ainda mais o quadro, tornando os pacientes vulneráveis a recaídas e à falta de continuidade no cuidado.

- **Propostas**

Para enfrentar esse cenário, a proposta é fortalecer a Rede de Atenção à Saúde, garantindo que as referências e contra referências entre os níveis de atenção sejam mais eficazes, com a integração dos serviços de atenção primária, secundária e terciária.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve ser ampliada e consolidada, com a implementação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e leitos de internação adequados, conforme a capacidade de cada município e hospital. Para isso, é fundamental monitorar diariamente a oferta e a demanda de leitos nos hospitais da região, como o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville), Hospital Infantil Jesser Amarante Farias (Joinville), Hospital. São Sebastião (Papanduva) e Hospital Felix da Costa Gomes (Três Barras), com o objetivo de

garantir o atendimento oportuno e evitar a superlotação. O monitoramento do tempo de internação e das reinternações é necessário para realizar uma gestão mais eficiente da clínica e otimizar o uso dos recursos.

Por fim, a parceria entre Saúde e Assistência Social deve ser fortalecida, assegurando que cada área desempenhe suas funções de maneira coordenada, garantindo que os leitos hospitalares sejam utilizados por pacientes que realmente necessitam de atendimento clínico, promovendo uma rede de cuidado mais eficaz e abrangente.

MACROPROBLEMA AUMENTO DE INCIDÊNCIA E MORBIMORTALIDADE POR ARBOVIROSES

- **Cenário**

A alta incidência de casos de dengue tem sido um problema recorrente na Macrorregião, com surtos sazonais que causam sobrecarga nos sistemas de saúde e resultam em uma alta mortalidade associada a essa arbovirose. A ausência e fragilidade nas ações de educação em saúde, somada à falta de conscientização da população, agravam o problema, uma vez que a população não adota hábitos preventivos adequados para combater a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*.

Além disso, a fragilidade nos processos de combate aos focos do mosquito, tanto em áreas urbanas quanto rurais, dificulta o controle efetivo da doença. Outro desafio relevante é o diagnóstico e manejo clínico, com a necessidade de mais capacitação para os profissionais de saúde, que enfrentam dificuldades na classificação dos casos e na implementação de medidas terapêuticas adequadas.

A garantia de acesso a leitos é outra questão crítica, pois a alta demanda nos períodos de surto pode levar à saturação do sistema de saúde, prejudicando a recuperação dos pacientes.

- **Propostas**

Diante desse cenário, é urgente fortalecer as ações de educação em saúde com o objetivo de sensibilizar a população sobre as formas de prevenção e controle da dengue, enfatizando a importância da eliminação dos focos do mosquito. Além disso, é necessário intensificar as ações ambientais para combater os focos de

Aedes aegypti, por meio de mutirões de limpeza, mobilização comunitária e maior fiscalização das condições de higiene urbana.

A parceria entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACE) e a Vigilância Sanitária (VISA), especialmente utilizando ferramentas como o Pharos, deve ser fortalecida para melhorar o controle ambiental.

A capacitação de profissionais de saúde é essencial para garantir que eles se tornem multiplicadores de conhecimento, preparados para o diagnóstico precoce, classificação correta e manejo clínico adequado dos casos de dengue.

Finalmente, a garantia de acesso a leitos, conforme estabelecido pela Portaria 464/2024, é fundamental para assegurar que todos os pacientes graves recebam a assistência necessária de forma eficaz e em tempo hábil, evitando complicações e óbitos.

MACROPROBLEMA MACROPROBLEMA BAIXA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

- **Cenário**

A baixa qualidade na assistência em saúde na Macrorregião é evidenciada pela superlotação dos hospitais que possuem Termo de Garantia de Acesso de Alta Complexidade e recebem incentivo como Porta da Urgência e Emergência. Essa sobrecarga nos serviços hospitalares compromete a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, além de resultar em longos tempos de espera e uma assistência muitas vezes inadequada.

A alta demanda por leitos em hospitais de urgência e emergência, combinada com a insuficiência de recursos e infraestrutura, agrava ainda mais o quadro, afetando diretamente a experiência do paciente e a eficiência do sistema de saúde como um todo.

- **Propostas**

Para enfrentar esse cenário, é necessário monitorar o tempo médio de internação, com o objetivo de reduzir os períodos de internamento e otimizar o uso dos leitos. Para os hospitais de Porte II, o tempo recomendado é de 3 a 4 dias, e para os hospitais de Porte III, de 4 a 5 dias. O acompanhamento rigoroso desses

tempos pode contribuir para a melhoria do fluxo hospitalar e garantir que os pacientes recebam a alta de maneira segura e eficiente.

Além disso, é fundamental fortalecer a gestão da clínica, com ênfase na qualidade e segurança da assistência prestada. Isso envolve a implementação de protocolos de atendimento, a capacitação contínua dos profissionais de saúde e a utilização de ferramentas de monitoramento e avaliação que garantam a adequação dos cuidados e a redução de erros médicos, promovendo um atendimento mais eficaz e seguro para a população.

MACROPROBLEMA FRAGILIDADE NA RAS

- **Cenário**

A fragilidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na Macrorregião Planalto Norte-Nordeste é um desafio significativo para o Sistema de Saúde local, refletido na insuficiência de articulação e integração entre os diferentes níveis de atenção – Atenção Primária, Secundária e Terciária. A falta de uma rede bem estruturada e interligada compromete a continuidade do atendimento e o fluxo de pacientes entre os serviços, dificultando o acesso oportuno e resolutivo à assistência.

A fragilidade na rede de referência e contrarreferência também agrava a situação, com dificuldades no encaminhamento de pacientes entre os diversos níveis de atendimento, gerando lacunas na coordenação do cuidado e no acompanhamento das condições de saúde ao longo do tempo.

Além disso, a não operacionalização das linhas de cuidado, especialmente no manejo de doenças crônicas, resulta em um atendimento fragmentado e ineficiente, impactando diretamente na saúde da população e no controle de condições como hipertensão, diabetes e outras doenças de longa duração.

- **Propostas**

Diante desse cenário, é fundamental fortalecer a Rede de Atenção à Saúde, com um enfoque na integração entre os níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária, para garantir uma assistência contínua e coordenada. Isso inclui a melhoria das redes de referência e contrarreferência, assegurando que os pacientes sejam encaminhados de forma adequada e que o seguimento de suas condições de saúde seja realizado de maneira eficaz.

Outra medida essencial é a implementação das linhas de cuidado, especialmente voltadas para doenças crônicas, para promover a gestão integral e de longo prazo dessas condições, garantindo que os pacientes recebam o cuidado necessário de forma contínua e personalizada, minimizando complicações e melhorando a qualidade de vida.

MACROPROBLEMA FRAGILIDADE NA REGULAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- **Cenário**

A fragilidade na regulação de acesso aos serviços de saúde é um problema crítico na Macrorregião, evidenciado pela situação de pacientes aguardando por cirurgias eletivas há anos, com alguns casos pendentes desde 2018.

Esse cenário resulta em um enorme prejuízo para a saúde da população, que sofre com o agravamento de suas condições de saúde devido à demora no atendimento.

A ausência de uma regulação eficaz das filas de espera contribui para a sobrecarga do sistema e para a dificuldade de garantir que os pacientes recebam os cuidados necessários em tempo hábil.

Além disso, a falta de uma articulação eficiente entre os serviços e os recursos disponíveis limita a capacidade do sistema de responder de forma ágil às necessidades da população.

- **Propostas**

Para melhorar esse cenário, é essencial realizar uma depuração constante das filas cirúrgicas, com o objetivo de revisar e priorizar os casos conforme a gravidade e a urgência das situações.

A implementação do PVH (Programa de Valorização do Hospitalar) e o incentivo à Tabela Catarinense podem ser estratégias eficazes para aumentar a oferta e agilizar o atendimento nas unidades de saúde.

Além disso, é crucial estabelecer parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para garantir a oferta de cirurgias onde houver capacidade operativa, otimizando os recursos existentes.

A contratualização de serviços e o monitoramento contínuo dos serviços contratualizados são fundamentais para assegurar que as metas de atendimento sejam cumpridas de forma eficiente, garantindo que os pacientes tenham acesso a cirurgias e tratamentos no menor tempo possível.

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.

5.2 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.

Macrorregião Planalto Norte Nordeste

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 PROCESSO

DIRETRIZ: 6. Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS

OBJETIVO ESTRATÉGICO: 6.2. Qualificar a assistência hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes

MACROPROBLEMA: Baixa qualidade na assistência em saúde

Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista
				2025	2026
Tempo médio de internação nos hospitais que possuem Termo de Garantia de Acesso de Alta Complexidade e recebem incentivo como Porta da Urgência e Emergência	x	x	x	x	x

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

Taxa de internação por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde.	x		x	x	x	x
OBJETIVO ESTRATÉGICO: 6.7. Qualificar a demanda existente na lista de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas						
MACROPROBLEMA: Fragilidade na regulação de acesso aos serviços de saúde						
Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista	
				2025	2026	
Número de pacientes aguardando por cirurgia eletivas, por ano.	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 pacientes aguardando por internação/dia	x		x	x	x	x

A pactuação das metas será realizada em 2025, em conjunto com os Gestores Municipais de Saúde.

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 - PLANO DE AÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - PAR'S E DEMAIS NÃO CONSTANTES NO PAR

Habilitação das unidades hospitalares da Macrorregião, de acordo com CNES (2024).

Hospital Hans Dieter Schmidt (CNES: 2436450)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0203	Assistência De Alta Complexidade Ao Indivíduo Com Obesidade
0401	Centro De Tratamento Da Má Formação Lábio Palatal
0801	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Cardiovascular
0803	Cirurgia Cardiovascular E Procedimentos Em Cardiologia Intervencionista
0805	Cirurgia Vascular
0806	Cirurgia Vascular E Procedimentos Endovasculares Extracardíacos
0903	Cuidados Prolongados - Enfermidades Neurológicas
0906	Cuidados Prolongados - Enfermidades Decorrentes Da Aids
1101	Serviço Hospitalar Para Tratamento Aids
1202	Procedimentos Cirurgicos, Diagnosticos E Terapeuticos -Hospital Dia
1203	Hospital Dia - Aids
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Terapia Nutricional*
2304	Enteral E Parenteral

2601	Uti li Adulto
2703	Hospital Tipo Iii Em Urgencia
2901	Videocirurgias
2902	Programa Nacional De Redução De Filas De Cirurgias Eletivas

Hospital Municipal São José (CNES: 2436469)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0903	Cuidados Prolongados - Enfermidades Neurológicas
0904	Cuidados Prolongados - Enfermidades Osteomuscular E Do Tecido Conjuntivo
0905	Enfermidades Oncologicas
0907	Cuidados Prolongados - Enfermidades Devido A Causas Externas
1202	Procedimentos Cirurgicos, Diagnosticos E Terapeuticos -Hospital Dia
1601	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Neurologia/Neurocirurgia*.
1617	Centro De Atendimento De Urgência Tipo Iii Aos Pacientes Com Avc
1618	Neurocirurgia Endovascular/Trombectomia Mecânica
1712	Cacon
1717	Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A
1902	Vasectomia
2101	Centro De Referencia Em Assistencia A Queimados - Media Complexidade
2102	Centro De Referencia Em Assistencia A Queimados - Alta Complexidade
2301	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Terapia Nutricional*
2304	Enteral E Parenteral
2407	Transplante De Cornea/Esclera
2408	Transplante De Rim
2409	Transplante De Fígado
2420	Retirada De Órgãos E Tecidos
2422	Transplante De Tecido Músculo Esquelético
2446	Incremento Financeiro Snt Rim Nível A
2455	Incremento Financeiro Snt Fígado Nível E
2501	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Traumato-Ortopedia*
2601	Uti li Adulto
2607	Uti Queimados
2703	Hospital Tipo Iii Em Urgencia
2901	Videocirurgias
2902	Programa Nacional De Redução De Filas De Cirurgias Eletivas

Hospital Bethesda (CNES: 2521296)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0901	Cuidados Prolongados - Enfermidades Cardiovasculares
0902	Cuidados Prolongados - Enfermidades Pneumologicas
0903	Cuidados Prolongados - Enfermidades Neurológicas
0904	Cuidados Prolongados - Enfermidades Osteomuscular E Do Tecido Conjuntivo
0905	Enfermidades Oncologicas
0907	Cuidados Prolongados - Enfermidades Devido A Causas Externas
0908	Unidade De Internação Em Cuidados Prolongados (Ucp)
1202	Procedimentos Cirurgicos, Diagnosticos E Terapeuticos -Hospital Dia
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Terapia Nutricional*
2303	Enteral
2601	UTI II Adulto
2901	Videocirurgias
2902	Programa Nacional de Redução De Filas De Cirurgias Eletivas

Hospital Infantil Dr. Jesser Amarante Farias (CNES: 6048692)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0801	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Cardiovascular
0804	Cirurgia Cardiovascular Pediátrica
1601	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Neurologia/Neurocirurgia
1711	Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica
2301	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Terapia Nutricional
2304	Enteral E Parenteral
2420	Retirada De Órgãos E Tecidos
2422	Transplante De Tecido Músculo Esquelético
2423	Transplante Da Válvula Cardíaca Humana
2501	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Traumato-Ortopedia
2603	Uti Ii Pediátrica
2610	Unidade De Terapia Intensiva Neonatal Tipo Ii - Utin Ii
2901	Videocirurgias

2902	Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas
------	---

Maternidade Darcy Vargas (CNES: 2436477)

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
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

Hospital Municipal Nossa Senhora da Graça (CNES: 7105088)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1202	Procedimentos Cirurgicos, Diagnosticos E Terapeuticos -Hospital Dia
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia

Hospital São José (CNES: 2306336)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0801	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Cardiovascular
0905	Enfermidades Oncologicas
1601	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Neurologia/Neurocirurgia
1617	Centro De Atendimento De Urgência Tipo Iii Aos Pacientes Com Avc
1707	Unacon Com Servico De Radioterapia
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Terapia Nutricional
2304	Enteral E Parenteral
2408	Transplante De Rim
2409	Transplante De Fígado
2420	Retirada De Órgãos E Tecidos
2422	Transplante De Tecido Músculo Esquelético

2453	Incremento Financeiro Snt Figado Nível C
2501	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Traumatologia-Ortopedia
2601	Uti li Adulto
2702	Hospital Tipo li Em Urgencia
2901	Videocirurgias
2902	Programa Nacional De Redução De Filas De Cirurgias Eletivas

Hospital Jaraguá (CNES: 2306344)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1404	Hospital Amigo Da Criança
1414	Atenção Hospitalar De Referência A Gestaçao De Alto Risco Tipo li (Gar li)
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
2601	Uti li Adulto
2603	Uti li Pediátrica
2610	Unidade De Terapia Intensiva Neonatal Tipo li - Utin li
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

Hospital São Luiz (CNES: 2664992)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
2902	Programa Nacional De Redução De Filas De Cirurgias EletivaS

Hospital São Vicente de Paulo (CNES: 2379333)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0203	Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Com Obesidade
0801	Unidade De Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
0803	Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
0805	Cirurgia Vascular
0806	Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos

0807	Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista.
0815	Implante Percutâneo de Válvula Aórtica (Tavi)
1601	Unidade de Assistência de Alta Complexidade Em Neurologia/Neurocirurgia
1616	Centro de Atendimento De Urgência Tipo Ii Aos Pacientes Com AVC
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2501	Unidade de Assistência De Alta Complexidade Em Traumatologia-Ortopedia
2601	UTI II Adulto
2608	UTI Coronariana Tipo II
2901	Videocirurgias
2902	Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas

Hospital São Braz (CNES: 2543044)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0905	Enfermidades Oncológicas
1404	Hospital Amigo da Criança
1706	Unacon
1723	Reconstrução Mamária Pós-Mastectomia Total
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2601	Uti Ii Adulto
2902	Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas

Maternidade Dona Catarina Kuss (CNES: 2379341)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1404	Hospital Amigo da Criança
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
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

Hospital e Maternidade Sagrada Família (CNES: 2521792)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0901	Cuidados Prolongados - Enfermidades Cardiovasculares
0902	Cuidados Prolongados - Enfermidades Pneumologicas
0903	Cuidados Prolongados - Enfermidades Neurológicas
0904	Cuidados Prolongados - Enfermidades Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
0905	Enfermidades Oncologicas
0906	Cuidados Prolongados - Enfermidades Decorrentes da AIDS
0907	Cuidados Prolongados - Enfermidades Devido A Causas Externas
1706	Unacon
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Terapia Nutricional
2304	Enteral E Parenteral
2601	Uti li Adulto
2901	Videocirurgias
2902	Programa Nacional De Redução De Filas De Cirurgias Eletivas

Hospital Felix da Costa Gomes (CNES: 2490935)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0636	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
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia

Hospital João Schreiber (CNES: 7847777)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2902	Programa Nacional De Redução de Filas de Cirurgias Eletivas

Hospital São Lucas (CNES: 2543079)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia

Hospital Santo Antônio de Guaramirim (CNES: 2492342)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2902	Programa Nacional De Redução de Filas de Cirurgias Eletivas

Hospital Rio Negrinho (CNES: 2521695)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0901	Cuidados Prolongados - Enfermidades Cardiovasculares
0907	Cuidados Prolongados - Enfermidades Devido a Causas Externas
0908	Unidade De Internação Em Cuidados Prolongados (UCP)
1404	Hospital Amigo Da Criança
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Terapia Nutricional
2303	Enteral
2601	UTI II Adulto
2902	Programa Nacional De Redução de Filas de Cirurgias Eletivas

Hospital Santa Cruz de Canoinhas (CNES: 2491249)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
0907	Cuidados Prolongados - Enfermidades Devido a Causas Externas
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2601	Uti li Adulto
2901	Videocirurgias

6.2 PROPOSTAS DE NOVAS HABILITAÇÕES CONSTANTES NOS PLANOS DE AÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

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.

Abaixo estão listadas algumas das propostas incluídas no PAR da Macrorregião. Salienta-se que algumas das propostas já foram efetivadas ao longo de 2024.

➤ **UPA 24 Horas - Construção**

- Município Garuva
- Município Três Barras

➤ **Habilitação/Qualificação**

- São Bento do Sul -instalação de uma Unidade UPA
- Joinville - solicita a qualificação do PA Norte 24 Horas (Costa e Silva) para UPA 24h Porte II, Custeio VIII.
- Schroeder - habilitação da UPA Porte I
- Itapoá - credenciamento da UPA Porte I para o Pronto Atendimento 24H de Itapoá
- Barra Velha - habilitação do Pronto Atendimento 24 horas que encontra-se em construção.
- São Francisco do Sul - qualificação do UPA 24 horas
- Mafra - qualificação de UPA Porte I para custeio em V.
- Canoinhas - solicita a qualificação da UPA.

➤ **SAMU**

- Implantação de uma USA no município de São Bento do Sul e a segunda USA para o município de Joinville. Ainda no sentido de aprimorar o que a região já possui, o município de Bela Vista do Toldo solicita a qualificação de sua USB.

➤ **Portas de Entrada Hospitalar de Urgência**

- Hospital Santa Cruz | Canoinhas - Habilitação da Porta de Entrada Hospitalar tipo I.
- Fundação Hospitalar | Rio Negrinho - habilitação da Porta de Entrada – Hospital Especializado Tipo I.
- Hospital e Maternidade Sagrada Família | São Bento do Sul - qualificação da Porta Hospitalar de urgência e emergência Tipo I.

➤ **Leitos de Retaguarda Clínicos**

- Hospital Municipal Santo Antônio de Itaiópolis - habilitação de 10 leitos de Retaguarda Clínica.
- Hospital São Luiz em Campo Alegre - habilitação de 10 leitos de Retaguarda Clínica.

➤ **Leitos de UTI Adulto e Pediátrico**

- **UTI Adulto**

Nordeste

Hospital Regional Hans Dieter Schmidt - 1 leito tipo II

Hospital Bethesda - 10 leitos tipo II

Planalto Norte

Hospital São Vicente de Paulo - 20 leitos tipo II

- **UTI Pediátrica**

Vale do Itapocu

Jaraguá do Sul - Hospital Jaraguá - habilitação de 02 novos leitos de UTI pediátrica e 03 leitos para qualificação.

Jaraguá do Sul - Hospital São José - qualificação de mais 03 leitos.

Planalto Norte

Rio Negrinho - Hospital Rio Negrinho - 10 leitos tipo II

➤ **Atenção Domiciliar**

- Joinville - implantar a terceira equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar tipo I.

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 67: Parametrização leitos de saúde mental

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Leitos Habilitados MS	Parâmetro Portaria	Leitos Adulto PVH	Leitos Infantil PVH
Nordeste	778.481	0	34	30	14
Vale Itapocu	331.693	0	14	0	0
Planalto Norte	370.576	8	16	12	0
Total	1.480.750	8	64	42	14

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 Planalto Norte e Nordeste, 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 64 (sessenta e quatro) 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 Planalto Norte e Nordeste, há 56 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa, sendo 42 leitos adultos e 14 infantis.

Acredita-se que estes 56 leitos são leitos potenciais para habilitação no Ministério da Saúde.

Considerando os 08 leitos habilitados pelo Ministério da Saúde e os 56 leitos que compõem a PVH (42 adultos e 14 infantil), a Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste conta com 64 leitos para atendimento em saúde mental.

7.2 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - LEITOS DE UTI PEDIÁTRICO E ADULTO

Quadro 68: Leitos de UTI SUS e PVH adulto.

Macrorregião	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos PVH
Norte e Nordeste	Nordeste	Joinville	2436450	Hospital Hans Dieter Schmidt	39	0
			2436469	Hospital Municipal São José	35	35
			2521296	Hospital Bethesda	10	20
	Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	2306336	Hospital São José	27	0
			2306344	Hospital Jaraguá	6	6
	Planalto Norte	Mafra	2379333	Hospital São Vicente de Paulo	20	20
			2521792	Hospital e Maternidade Sagrada Família	10	10
			2491249	Hospital Cruz de Canoinhas	10	10

Fonte: CNES, 2024; DAES/SES, 2024

Quadro 69: Parametrização leitos de UTI adulto.

Macrorregião	Região de Saúde	População Acima de 15 anos	Leitos SUS Habilitados	Média do Parâmetro	Leitos PVH
Norte e Nordeste	Nordeste	628.605	84	126	55
	Vale do Itapocu	266.475	33	53	6
	Planalto Norte	298.270	40	60	40
TOTAL		1.193.350	157	239	101

Fonte: CONASS, 2021

Atualmente, a Macrorregião Planalto Norte e Nordeste dispõe de 157 leitos de UTI adulto 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). Desses 157 leitos habilitados, 101 recebem esse custeio adicional pelo PVH sendo que, 10 leitos no Hospital Bethesda não são habilitado e recebem somente pelo programa, os demais leitos sendo alocados nos Hospitais Hospital Hans Dieter Schmidt, Hospital Municipal São José, Hospital Jaraguá, Hospital São Vicente de Paulo, Hospital e Maternidade Sagrada Família, Hospital Cruz de Canoinhas.

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 68, 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 de 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 239 leitos de UTI adulto para atender à macrorregião Norte e Nordeste, 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 habilitados 02 leitos de UTI queimados no Hospital São José e esses mesmos leitos recebem pelo PVH.

Quadro 70: Leitos de UTI SUS e PVH pediátrico.

Macrorregião	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos PVH
Norte e Nordeste	Nordeste	-	-	-	0	0
	Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	2306344	Hospital Jaraguá	8	0
	Planalto Norte	Joinville	6048692	Hospital Infantil Dr Jeser Amarante Faria	30	0

Fonte: CNES, 2024; DAES/SES, 2024

Quadro 71: Parametrização leitos de UTI pediátrico

Macrorregião	Região de Saúde	População 1 até 14 anos	Leitos SUS Habilitados	Média do Parâmetro	Leitos PVH
Norte e Nordeste	Nordeste	140.244	30	28	0
	Vale do Itapocu	60.809	8	12	0
	Planalto Norte	67.384	0	13	0
TOTAL		268.437	38	54	0

Fonte: CONASS, 2021, acessado em Novembro de 2024.

Disponível em: **Fonte:** CONASS, 2021, acessado em Nov/2024.

Disponível em 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 Macro Norte e Nordeste dispõe de 38 leitos de UTI pediátrica tipo II habilitados. 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), entretanto na Macro não possui leitos de UTI pediátrico que recebam esse custeio até o momento.

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 no quadro 68, 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 por faixa etária (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 54 leitos de UTI pediátrica para atender à macrorregião Norte e Nordeste, 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 72: 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
Vale do Itapocu	331.693	1	4.237	4.449	27	53
Nordeste	778.481	1	9.457	9.930	50	118
Planalto Norte	370.576	0	4.734	4.971	83	59
Total	1.480.750	2	18.428	19.349	160	229

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste existem 237 leitos obstétricos, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, destes, 160 são habilitados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria nº 1631/2015 estabelece como um método de cálculo para parâmetro leitos obstétricos, sendo: {Gestantes Estimadas × 2,5 dias (média de permanência) / [365 dias × 0,70 (taxa ocupação 70%)]} × 1,21 (ajuste para outros

procedimentos obstétricos). Desta forma, o número de leitos, segundo parâmetro estabelecido, é de 229 (duzentos e vinte e nove) 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 e/ou identificar novos estabelecimentos com potencial de habilitação para leitos obstétricos.

⇒ Leito leitos de referência para gestação de alto risco Tipo II (Gar II)

Quadro 73: 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
Vale do Itapocu	331.693	1	4.237	4.449	7	8
Nordeste	778.481	1	9.457	9.930	18	15
Planalto Norte	370.576	0	4.734	4.971	0	25
Total	1.480.750	2	18.428	19.349	25	48

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste existem 25 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 48 (quarenta e oito) para esta Macrorregião de Saúde.

É possível verificar que o número de leitos habilitados está abaixo do parâmetro definido.

Importante destacar que existem 03 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.

A habilitação de serviços como referência para gestação de alto risco é crucial para a qualidade e segurança do atendimento na saúde materna infantil. Esse processo de habilitação garante que os hospitais estejam preparados para oferecer cuidados especializados e adequados às necessidades específicas de gestantes com condições específicas.

⇒ Leitos UTI Neo:

Quadro 74: 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
Vale do Itapocu	331.693	1	4.237	4.449	6	8
Nordeste	778.481	1	9.457	9.930	30	19
Planalto Norte	370.576	0	4.734	4.971	10	9
Total	1.480.750	2	18.428	19.349	46	37

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste existem 56 leitos de UTI neonatal, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, e 46 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 37 (trinta e sete) para esta Macrorregião de Saúde.

É possível verificar que o número de leitos habilitados é superior ao 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 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

Planalto Norte e Nordeste, há 06 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa. Estes 06 leitos já estão habilitados pelo Ministério da Saúde.

A análise apresentada ressalta que apesar de ofertar leitos para os cuidados intensivos na assistência neonatal, a Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste, tem a necessidade de expansão de leitos de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), Demonstrando um déficit que impacta diretamente a qualidade do cuidado oferecido aos recém-nascidos, com implicações significativas para a mortalidade e morbidade neonatal.

⇒ Leitos UCINCo:

Quadro 75: 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
Vale do Itapocu	331.693	1	4.237	4.449	6	8
Nordeste	778.481	1	9.457	9.930	14	19
Planalto Norte	370.576	0	4.734	4.971	4	9
Total	1.480.750	2	18.428	19.349	24	37

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste existem 34 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, destes, 24 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 37 (trinta e sete) 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, de buscar a habilitação dos leitos já existentes e/ou identificar estabelecimentos de saúde com potencial de habilitação para leitos UCINCo.

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 Planalto Norte e Nordeste, há 06 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa. Estes 06 leitos já estão habilitados pelo Ministério da Saúde.

A análise apresentada ressalta que apesar de ofertar leitos para os cuidados intermediários na assistência neonatal, a Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste, tem a necessidade de expansão de leitos de UCINCO (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional) e UCINCA (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru). Demonstrando um déficit que impacta diretamente a qualidade do cuidado oferecido aos recém-nascidos, com implicações significativas para a mortalidade e morbidade neonatal.

⇒ Leitos UCINCa:

Quadro 76: 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
Vale do Itapocu	331.693	1	4.237	4.449	3	4
Nordeste	778.481	1	9.457	9.930	2	9
Planalto Norte	370.576	0	4.734	4.971	4	5
Total	1.480.750	2	18.428	19.349	9	18

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste existem 09 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, sendo que todos 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 18 (dezoito) 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 identificar

novos estabelecimentos com potencial de habilitação para leitos UCINCa e/ou identificar a possibilidade de aumentar a capacidade instalada dos já existentes.

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 Planalto Norte e Nordeste, 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.

A análise apresentada ressalta que apesar de ofertar leitos para os cuidados intermediários na assistência neonatal, a Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste, tem a necessidade de expansão de leitos de UCINCO (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional) e UCINCA (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru). Demonstrando um déficit que impacta diretamente a qualidade do cuidado oferecido aos recém-nascidos, com implicações significativas para a mortalidade e morbidade neonatal.

⇒ Casa da Gestante, bebê e puérpera:

Quadro 77: 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
Vale do Itapocu	331.693	1	4.237	4.449	0	1
Nordeste	778.481	1	9.457	9.930	1	1
Planalto Norte	370.576	0	4.734	4.971	0	1
Total	1.480.750	2	18.428	19.349	1	3

Fonte: SES, 2024.

*01 casa para cada habilitação de Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco no CNES.

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado destinada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de vulnerabilidade ou risco, identificada pela Atenção Básica ou Especializada. Uma de

suas principais características é a vinculação a um hospital de referência em Atenção à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco.

Há 01 casa da Gestante, bebê e puérpera habilitada, em Joinville, na Maternidade Darcy Vargas. Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, em identificar novos estabelecimentos com potencial de habilitação no Vale do Itapocu e Planalto Norte.

Observe-se que a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), um dispositivo essencial na rede de cuidados para gestantes, puérperas e recém-nascidos, está presente exclusivamente na região Nordeste, o que evidencia uma distribuição limitada desse recurso na macrorregião

⇒ Centro de parto normal:

Quadro 78: 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
Vale do Itapocu	331.693	1	4.237	4.449	0	1
Nordeste	778.481	1	9.457	9.930	0	2
Planalto Norte	370.576	0	4.734	4.971	0	2
Total	1.480.750	2	18.428	19.349	0	5

Fonte: SES, 2024.

*01 CPN de 100 a 350 mil de hab., 2 CPN de 350m 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,).

Um dos pontos de atenção da rede do componente parto e nascimento é o Centro de Parto Normal que pode ser intra-hospitalar (CPNi) e peri-hospitalar (CPNp). O CPNi e o CPNp são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencentes ou vinculadas, respectivamente, a um estabelecimento hospitalar, localizadas em suas dependências internas ou imediações.

Há 08 estabelecimentos com habilitação do Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento - Centro De Parto Normal. Contudo, nenhum com habilitação Unidade De Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar Tipo I 3 PPP (CPNI I 3 PPP) (código 1410).

Com a publicação da Portaria da Rede Alyne, será possível avaliar a previsão de implantação de novos CPNs, qualificando assim a oferta de atendimento na macrorregião de saúde. A expansão dos Centros de Parto Normal é de extrema importância para o fortalecimento do atendimento à gestação de baixo risco.

A ampliação dos CPNs 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.

⇒ Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco:

Quadro 79: 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
Vale do Itapocu	331.693	1	4.237	4.449	0	1
Nordeste	778.481	1	9.457	9.930	0	2
Planalto Norte	370.576	0	4.734	4.971	0	1
Total	1.480.750	2	18.428	19.349	0	4

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 havia habilitação de AGPAR antes da Rede Alyne. Porém os 3 hospitais referência para alto risco, realizam atendimento de ambulatório GAR. Sendo: Hospital Jaraguá, Maternidade Darcy Vargas e Maternidade Dona Catarina Kuss. Há o desafio em buscar a habilitação para esses serviços existentes.

⇒ Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança - A-SEG:

Quadro 80: 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
Vale do Itapocu	331.693	1	4.237	4.449	0	1
Nordeste	778.481	1	9.457	9.930	0	2
Planalto Norte	370.576	0	4.734	4.971	0	1
Total	1.480.750	2	18.428	19.349	0	4

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 havia habilitação de A-SEG antes da Rede Alyne. 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 constitui um componente essencial da rede de atenção à saúde, sendo responsável pelo cuidado especializado e contínuo dos pacientes que necessitam de diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico além da atenção básica.

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.

A produção dos atendimentos envolve a organização de fluxos e a otimização dos recursos disponíveis, seja por meio da gestão de equipes multiprofissionais, ou pela utilização de tecnologias que favoreçam a integração e a continuidade do cuidado. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Especializada Ambulatorial também enfrenta desafios relacionados à desigualdade no acesso, à sobrecarga dos serviços e à necessidade de uma melhor coordenação entre os diferentes níveis de atenção. A regionalização dos serviços de saúde se apresenta como uma estratégia importante para garantir que a população, independentemente de sua localização, tenha acesso ao atendimento ambulatorial especializado.

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.

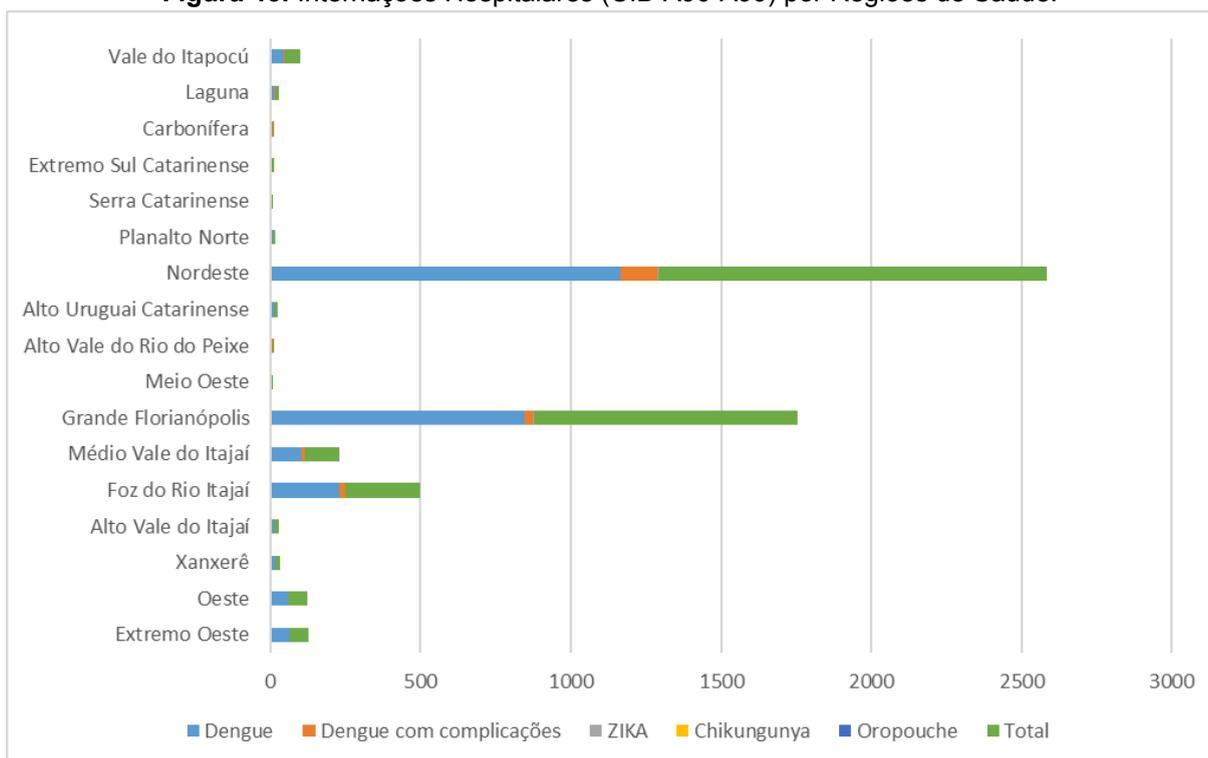
Tabela 01: Internações Hospitalares (CID A90-A99) por Regiões de Saúde

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 Itapocu	46	3	0	0	0	49
Total	2601	196	7	0	1	2805

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

A análise dos dados, complementada pelo gráfico X, 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 pela regiões de saúde da Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí,

Figura 46: Internações Hospitalares (CID A90-A99) por Regiões de Saúde.



Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 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 02: Internações Hospitalares (CID E10 a E14) por Regiões de Saúde

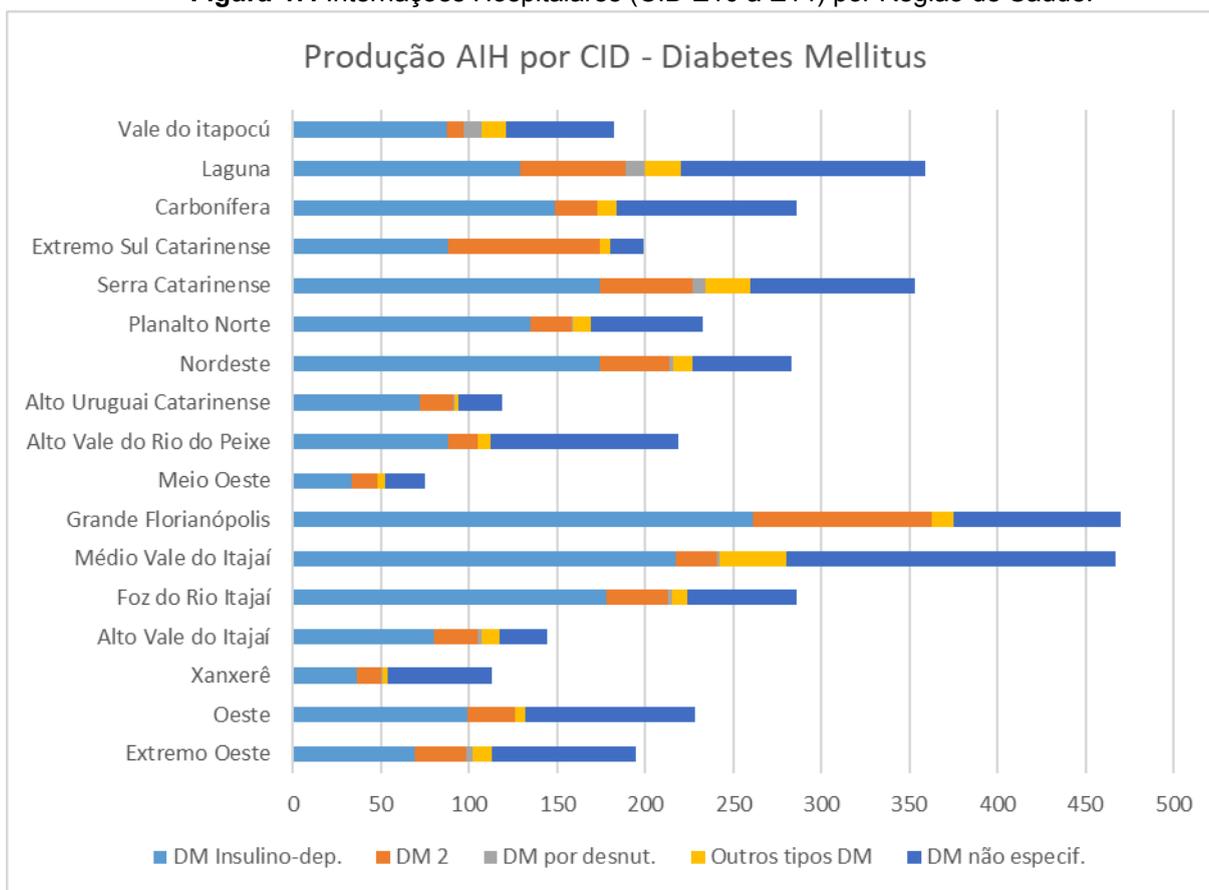
Regiões de Saúde	DM insulino-dep.	DM	DM relac. desnutrição.	Outros tipos DM	DM não especificado	Soma
Extremo Oeste	69	29	4	11	82	195
Oeste	99	27	0	6	96	228
Xanxerê	36	14	1	3	59	113
Alto Vale do Itajaí	80	25	2	10	27	144
Foz R. Itajaí	178	35	2	9	62	286
Médio Vale do Itajaí	217	24	1	38	187	467

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: Movimento de AIH - Tabwin, 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 47: Internações Hospitalares (CID E10 a E14) por Região de Saúde.



Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 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.

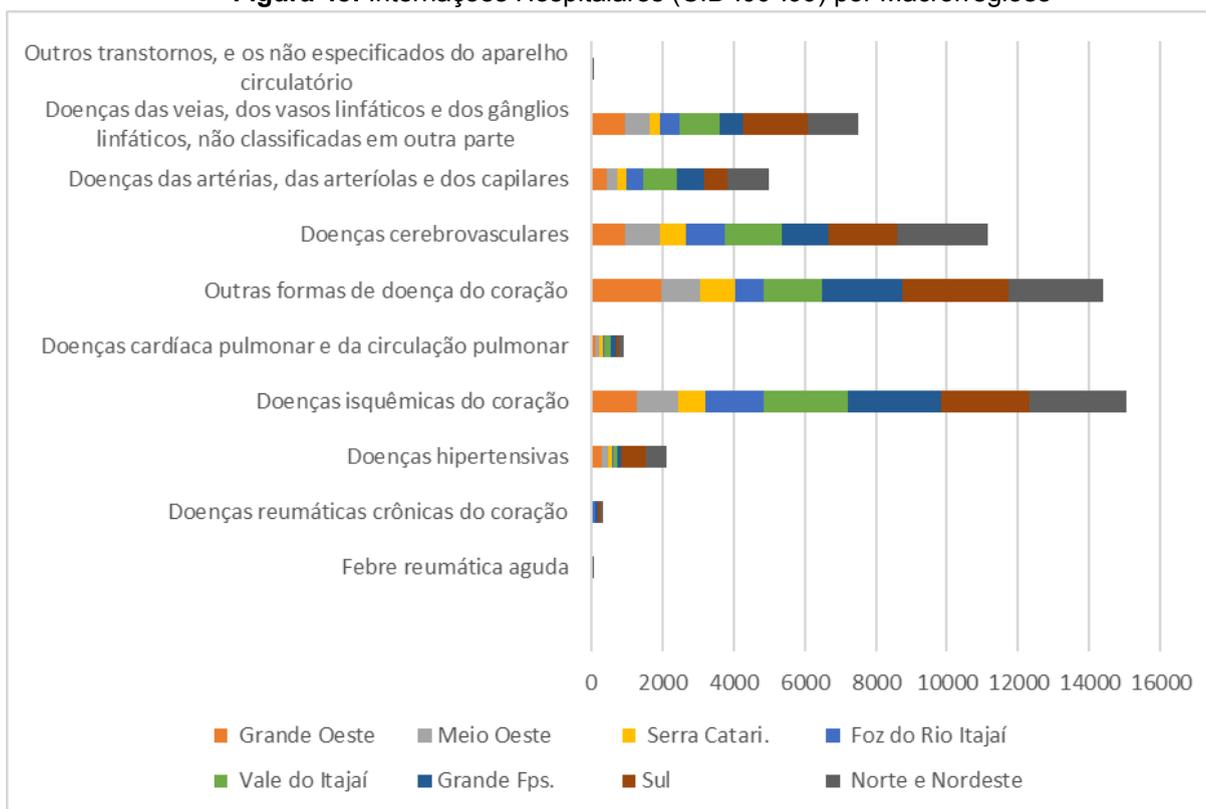
Tabela 03: Internações Hospitalares (CID I00-I99) por Macrorregiões

Doenças Cardiovasculares Por CID (I00-I99)	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flips	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 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: Movimento de AIH - Tabwin, 2023

A análise dos dados, complementada pelo gráfico X, 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 48: Internações Hospitalares (CID I00-I99) por Macrorregiões



Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 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 04: Internações Hospitalares (CID O00-O99) por Regiões de Saúde

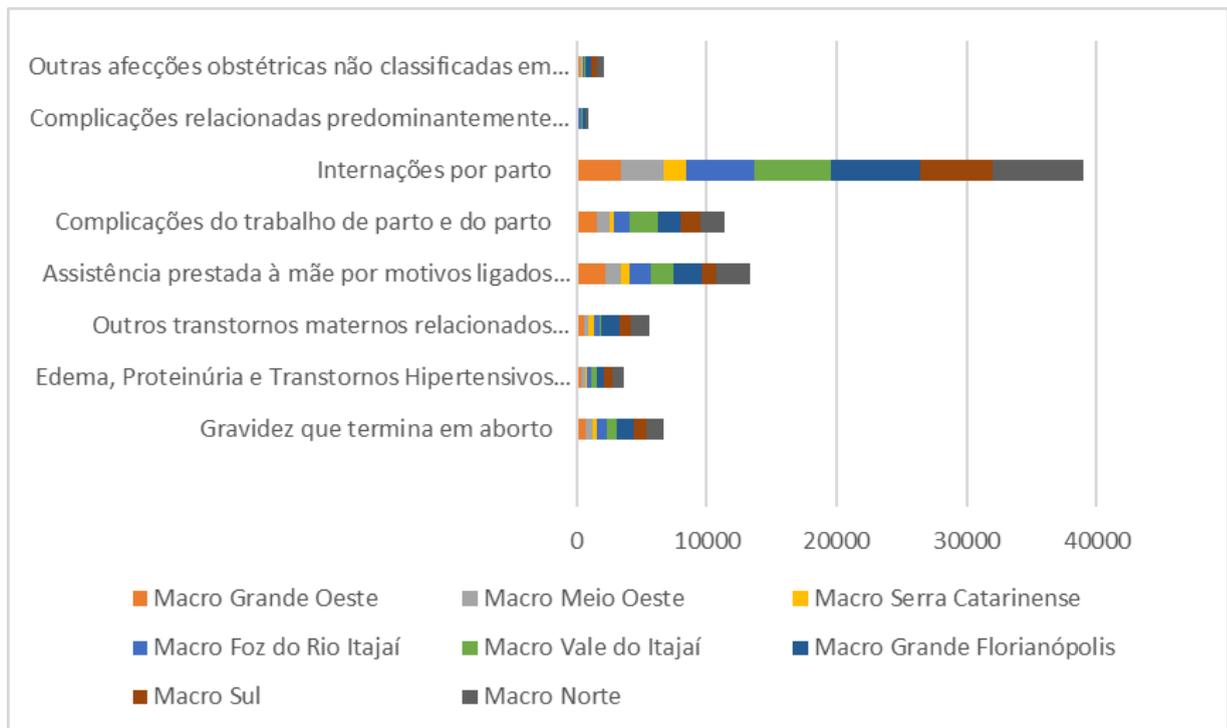
Diagnósticos Gestacionais (Grupos CID)	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Fips.	Sul	Norte e Nord.
Gravidez que termina em aborto	695	512	362	704	822	1336	903	1361
Edema, Proteinúria e Transtornos Hipertensivos na Gravidez	390	237	194	261	496	523	654	912
Outros transtornos maternos relacionados	557	341	416	443	63	1440	942	1411

Diagnósticos Gestacionais (Grupos CID)	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Fips.	Sul	Norte e Nord.
Gravidez que termina em aborto	695	512	362	704	822	1336	903	1361
Edema, Proteinúria e Transtornos Hipertensivos na Gravidez predominantemente com a gravidez	390	237	194	261	496	523	654	912
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: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

A análise dos dados, complementada pelo gráfico X, 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 49: Relação de Internações Hospitalares por Diagnósticos Gestacionais.



Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 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 05: Relação de Internações Hospitalares por Neoplasias Malignas, 2023.

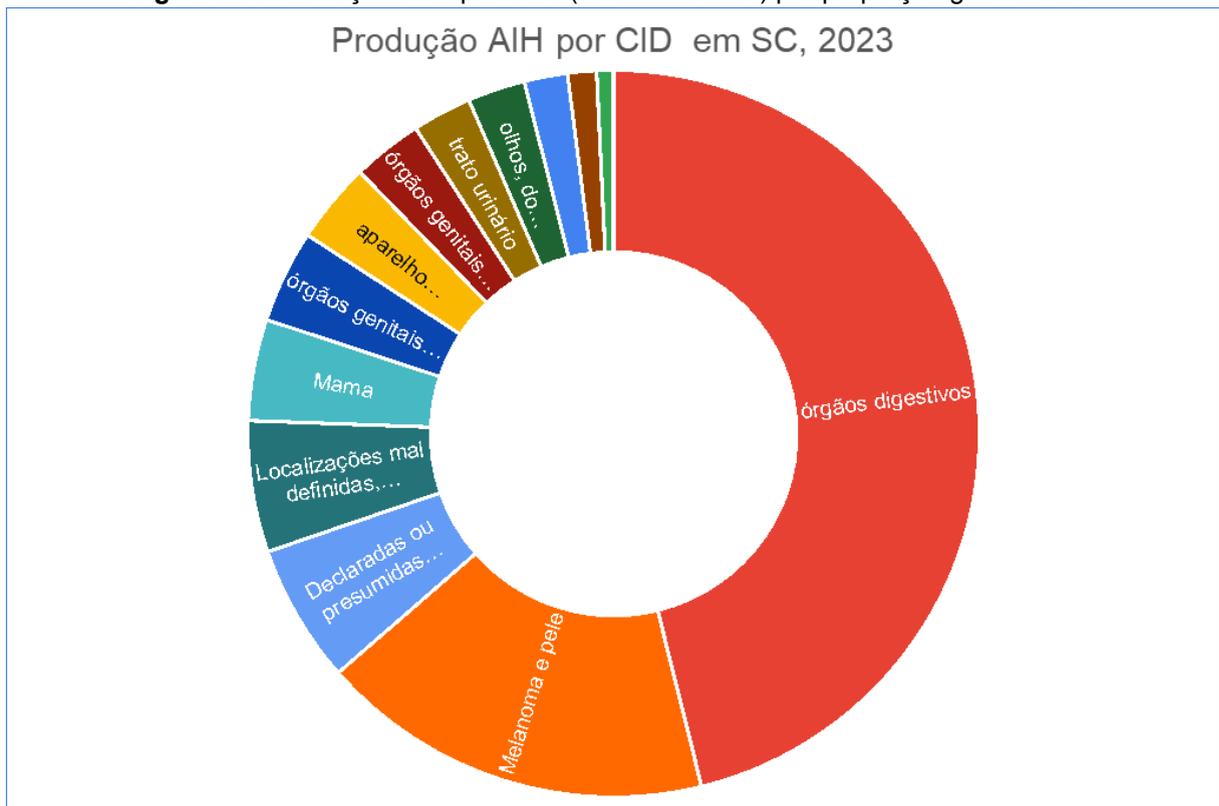
Neoplasias Malignas	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Fips	Sul	Norte e Nord.
Lábio, cavidade oral e faringe	121	177	93	153	168	186	226	272
Órgãos digestivos	2918	1659	531	1457	1614	1304	1329	1573
Aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	227	184	226	194	324	491	396	478
Ossos e das cartilagens articulares	45	31	20	62	124	129	91	137
Melanoma e pele	1103	603	264	320	1327	426	453	1234
Mama	285	287	236	455	751	739	586	638

Neoplasias Malignas	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flps	Sul	Norte e Nord.
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: Movimento de AIH - Tabwin, 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 50: Internações Hospitalares (CID C00 a C97) por proporção geométrica.



Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 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 X, que compreende as Doenças respiratórias (J00-J99).

Tabela 06: Internações Hospitalares (CID J00-J99) por Regiões de Saúde.

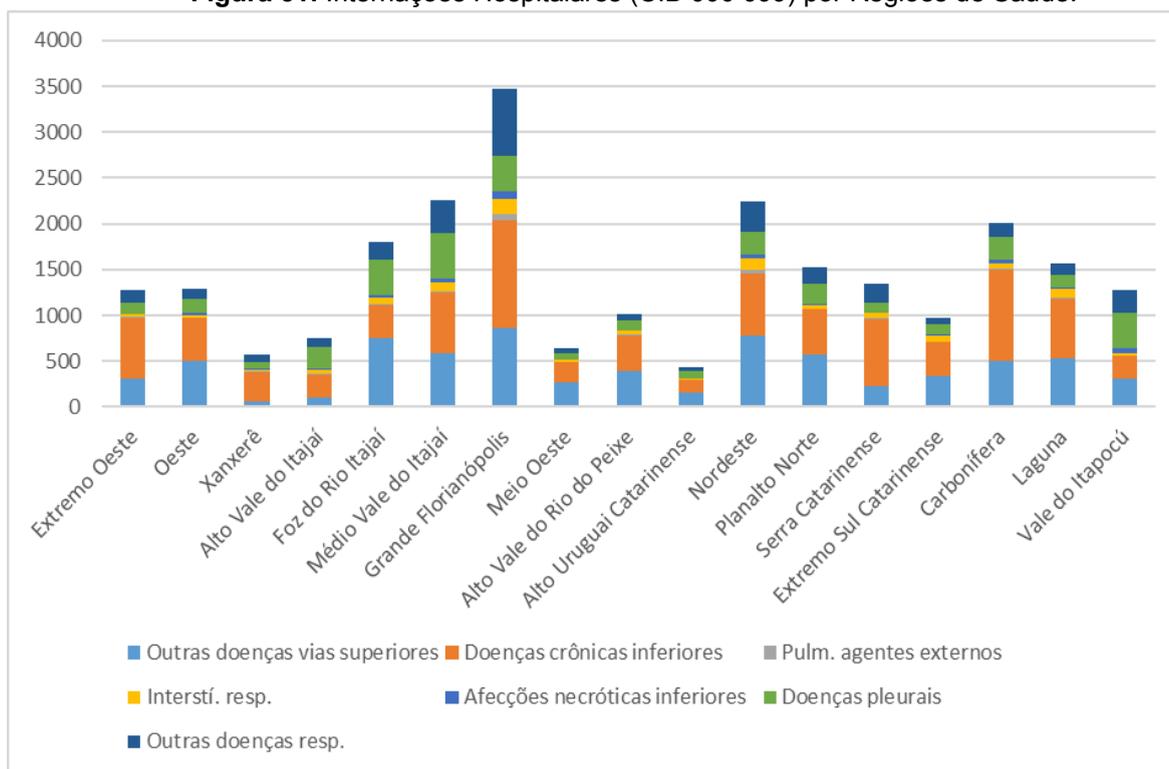
Região de Saúde	Outras doenças vias superiores	Doenças crônicas inferiores	Pulm. agentes externos	Interstí. resp.	Afecções necróticas inferiores	Doenças pleurais	Outras doenças resp.	Total
Extremo Oeste	302	671	19	23	5	120	141	1281
Oeste	506	459	4	32	23	150	116	1290
Xanxerê	64	320	1	24	4	80	74	567
Alto Vale do Itajaí	96	260	14	36	12	236	90	744

Região de Saúde	Outras doenças vias superiores	Doenças crônicas inferiores	Pulm. agentes externos	Interstí. resp.	Afecções necróticas inferiores	Doenças pleurais	Outras doenças resp.	Total
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: Movimento de AIH - Tabwin, 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 51: Internações Hospitalares (CID J00-J99) por Regiões de Saúde.



Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 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 pelo gráfico X, 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).

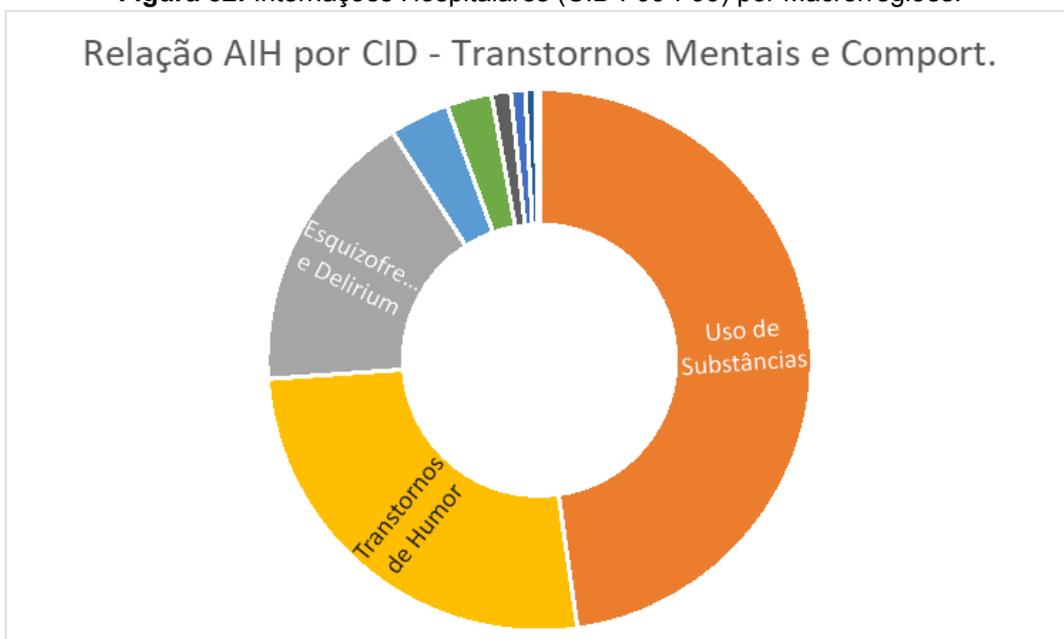
Tabela 07: Internações Hospitalares (CID F00-F99) por Macrorregiões.

Transt. Mentais Por CID	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flps	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: Movimento de AIH - Tabwin, 2023

Figura 52: Internações Hospitalares (CID F00-F99) por Macrorregiões.

Relação AIH por CID - Transtornos Mentais e Comport.



Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 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, propôs 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.



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:

As atribuições do comitê Executivo de Governança da RAS são:

- 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 à 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 de 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 trombectomia 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/freireb/Downloads/delibera%C3%87%C3%83o%20cib%20756-07-12-2023%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/freireb/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.

MINISTÉRIO 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.



PLANEJAMENTO REGIONAL
INTEGRADO EM SAÚDE DO
ESTADO DE SANTA CATARINA

PRiSC

saude.sc.gov.br

 [saudepublicasc](https://www.facebook.com/saudepublicasc)

 [saudepublicasc](https://twitter.com/saudepublicasc)

 [saude.sc](https://www.instagram.com/saude.sc)



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE