



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

# PriSC

PLANEJAMENTO REGIONAL  
INTEGRADO EM SAÚDE DO  
ESTADO DE SANTA  
CATARINA



Vale do Itajaí



**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



## Vale do Itajaí

**REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO ITAJAÍ:** AGROLÂNDIA • AGRONÔMICA ATALANTA • AURORA • BRAÇO DO TROMBUDO • CHAPADÃO DO LAGEADO DONA EMMA • IBIRAMA • IMBUIA • ITUPORANGA • JOSÉ BOITEUX • LAURENTINO LONTRAS • MIRIM DOCE • PETROLÂNDIA • POUSO REDONDO • PRESIDENTE GETÚLIO • PRESIDENTE NEREU • RIO DO CAMPO • RIO DO OESTE • RIO DO SUL SALETE • SANTA TEREZINHA • TAIÓ • TROMBUDO CENTRAL • VIDAL RAMOS • VITOR MEIRELES WITMARSUM

**REGIÃO DE SAÚDE DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ:** APIÚNA • ASCURRA • BENEDITO NOVO • BLUMENAU BOTUVERÁ • BRUSQUE • DOUTOR PEDRINHO • GASPAR • GUABIRUBA • INDAIAL • POMERODE • RIO DOS CEDROS RODEIO • TIMBÓ

**População: 1.122.776**



**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 BRENDA

**GERENTE DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE**  
MANOELA VIEIRA DE BONA SCHLICKMANN

**GERENTES REGIONAIS DE SAÚDE**  
ADRIANO CLAYTON BOEHME - GERSA BLUMENAU  
ELKE VERENA BARG SCHLICHTING DA SILVA - GERSA RIO DO SUL

**ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO**  
ANA CAROLINA CUNHA  
ANA FLÁVIA MARIANO BAILONE ALVARES LEITE  
ANA PAULA SEBOLD ZIMERMANN  
ARACIELLY PELOZATO DA SILVA  
BRENDA FREIRE  
CLARICE ELISA DA SILVA CHAVEZ CALDERON  
DEYSE HAMES  
FELIPE EDUARDO DE LIMA RECART  
GIGISLENE MULLER KIRCHNER  
JOSELIS MAFRA SANTIAGO  
JULIANA PRAXEDES CAMPAGNONI



KEILA FERNANDA PAIVA FUZETA  
MANOELA VIEIRA DE BONA SCHLICKMANN  
MARIA LUIZA CABRAL BREDÁ  
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

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO.....</b>	<b>13</b>
2.1 BASES LEGAIS.....	15
2.2 PLANO REGIONAL DE SAÚDE.....	17
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
3.1 PROCESSO METODOLÓGICO.....	18
<b>4. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE- ASIS.....</b>	<b>20</b>
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS, AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS.....	20
4.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	44
<b>4.2.1 Nascidos Vivos.....</b>	<b>44</b>
<b>4.2.2 Morbidade e Mortalidade.....</b>	<b>48</b>
4.3 MAPA DOS INSTRUMENTOS DE SAÚDE DIGITADOS NO DigiSUS GESTOR – MÓDULO PLANEJAMENTO (DGMP).....	94
4.4 IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA E VAZIOS ASSISTENCIAIS.....	99
<b>4.4.2 Distribuição dos estabelecimentos de Saúde - Dados CNES.....</b>	<b>101</b>
<b>4.4.3 Atenção Primária à Saúde (APS).....</b>	<b>107</b>
<b>4.4.4 Serviços Especializados.....</b>	<b>110</b>
4.4.4.1. Terapia Renal substitutiva.....	110
4.4.4.2. Oncologia.....	110
4.4.4.3. Hematologia.....	114
4.4.4.4 Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual.....	114
4.4.4.5 Sobrepeso e Obesidade.....	115
4.4.4.6 Doenças Raras.....	117
<b>4.4.5 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Alta Complexidade.....</b>	<b>118</b>
<b>4.4.6 Número e tipo de Leitos Hospitalares.....</b>	<b>118</b>
<b>4.4.7 Número de Equipamentos Por Região de Saúde.....</b>	<b>122</b>
<b>4.4.8 Centrais de Regulação.....</b>	<b>125</b>
<b>4.4.9 Número de Ambulâncias e Aeronaves por Tipo.....</b>	<b>127</b>
<b>4.4.10 Hospitais Próprios, Contratualizados e Conveniados.....</b>	<b>128</b>
<b>4.4.11 Redes de Atenção à Saúde - RAS.....</b>	<b>130</b>
4.4.11.1 Rede Alyne.....	130
4.4.11.2 Rede de Atenção Psicossocial.....	136
4.4.11.3 Rede de Urgência e Emergência - RUE.....	139
<b>4.4.12 Assistência Farmacêutica.....</b>	<b>140</b>
4.5. FLUXOS DE ACESSO, PROTOCOLOS, LINHAS DE CUIDADOS NAS REDES DE ATENÇÃO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.....	141
<b>4.5.1. Fluxos e Protocolos de Acessos e Regulação.....</b>	<b>142</b>
<b>4.5.2. Linhas de cuidado.....</b>	<b>146</b>
<b>4.5.3 Fluxos do Tratamento Fora de Domicílio (TFD).....</b>	<b>153</b>
4.6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	157
<b>5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES SANITÁRIAS.....</b>	<b>161</b>
5.2 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES - DOMI.....	171

<b>6. ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PRI.....</b>	<b>174</b>
6.1 HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - PLANO DE AÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - PAR'S E DEMAIS NÃO CONSTANTES NO PAR.....	174
6.2 PROPOSTAS DE NOVAS HABILITAÇÕES CONSTANTES NOS PLANOS DE AÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	180
<b>7. PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>189</b>
7.1 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	189
7.2 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - LEITOS DE UTI PEDIÁTRICO E ADULTO.....	191
7.3 PARAMETRIZAÇÃO DA REDE ALYNE.....	193
7.4 PRODUÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL.....	201
7.5 PRODUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES.....	201
<b>8. RECURSOS FINANCEIROS PROGRAMADOS.....</b>	<b>215</b>
8.1. EMENDAS PARLAMENTARES.....	215
8.2. AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE TELESSAÚDE SC.....	217
<b>9. DEFINIÇÃO DOS INVESTIMENTOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>221</b>
<b>10. GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....</b>	<b>222</b>
10.1 COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS (CEGRAS).....	223
<b>11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>224</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>225</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>233</b>
Deliberação 393/CIB/2024 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE).....	233
Documentos e Planos para o Programa SUS Digital.....	233
Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência.....	233
Mapa de Referências Regulação Ambulatorial.....	233
Produção da Atenção Especializada Ambulatorial.....	233
Programa de Valorização Hospitalar - PVH.....	233
Deliberação 445/CIB/2024 - Aprovação Planejamento Regional Integrado (PRI).....	233

## 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 37, de 22 de março de 2018, o PRI é resultado de um esforço colaborativo entre diferentes níveis de governo, incluindo o Ministério da Saúde, os estados e os municípios. Este processo é fundamentado em diretrizes estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que busca promover a equidade e a eficiência na distribuição dos recursos e serviços de saúde.

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

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

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

## 2. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

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

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

a) Elaboração da análise da situação de saúde:

Identificação das necessidades de saúde

Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais

Identificação dos fluxos de acesso

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

c) Organização dos pontos de atenção da RAS;

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

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

A 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
<a href="#">Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.</a>	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
<a href="#">Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011.</a>	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
<a href="#">Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.</a>	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.
<a href="#">Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.</a>	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.
<a href="#">PRC nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, arts. 94 a 101</a>	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde.
<a href="#">PRC nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo I.</a>	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
<a href="#">Resolução CIT nº 10, de 8 de dezembro de 2016.</a>	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.
<a href="#">Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017.</a>	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 href="#">A Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018.</a>	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.
<a href="#">Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de Março de 2021</a>	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, 2024

## 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 nº38/2024, aprovada em 07 de março de 2024 e retificada em 04 de junho de 2024.

O Vale do Itajaí é uma macrorregião de saúde, a qual possui aproximadamente 11795.982 km<sup>2</sup>, subdivididas em duas microrregiões: Alto Vale do Itajaí e Médio Vale do Itajaí. Possui taxa de crescimento na ordem de 1,48% ao ano e densidade demográfica de 75,9 hab/km<sup>2</sup>.

Os quadros abaixo detalham a população da Macrorregião por idade e por sexo.

**Quadro 02 - População da Macrorregião Vale do Itajaí por idade em 2020**

Município	0 à 9 anos	10 à 19 anos	20 à 59 anos	60 ou mais
AGROLÂNDIA	832	1444	6394	1634
AGRÔNÔMICA	379	681	3250	873
APIÚNA	772	1411	6386	1601
ASCURRA	486	946	4575	1533
ATALANTA	172	341	1893	601
AURORA	354	671	3324	983
BENEDITO NOVO	799	1492	6853	1947
BLUMENAU	21682	45780	221176	55897
BOTUVERÁ	301	590	3224	990
BRACO DO TROMBUDO	260	492	2149	618
BRUSQUE	9028	19156	85638	17846
CHAPADÃO DO LAGEADO	235	387	1749	406
DONA EMMA	310	542	2359	693
DOUTOR PEDRINHO	313	543	2268	744
GASPAR	4793	9671	42914	9791
GUABIRUBA	1578	3272	15339	3170
IBIRAMA	1334	2483	11076	2981

Município	0 à 9 anos	10 à 19 anos	20 à 59 anos	60 ou mais
IMBUIA	477	804	3555	940
INDAIAL	5023	10208	42915	9101
ITUPORANGA	1743	3266	15063	3781
JOSÉ BOITEUX	384	646	2779	790
LAURENTINO	446	859	4307	1108
LONTRAS	930	1634	7225	1730
MIRIM DOCE	138	219	1282	476
PETROLÂNDIA	348	595	3399	1180
POMERODE	2084	4236	20824	5374
POUSO REDONDO	1364	2470	10123	2582
PRESIDENTE GETÚLIO	1167	2287	10455	2883
PRESIDENTE NEREU	137	238	1299	468
RIO DO CAMPO	408	674	3421	939
RIO DO OESTE	461	857	4181	1592
RIO DOS CEDROS	730	1411	6817	2238
RIO DO SUL	4636	9136	43172	11230
RODEIO	642	1249	6630	2523
SALETE	487	851	4405	1429
SANTA TEREZINHA	577	1030	5427	1148
TAIÓ	1181	2221	10688	3253
TIMBÓ	2656	5421	27419	7576
TROMBUDO CENTRAL	487	894	4268	1349
VIDAL RAMOS	447	789	3620	990
VITOR MEIRELES	377	613	2755	771
WITMARSUM	273	450	2406	624
<b>Total</b>	<b>71231</b>	<b>142960</b>	<b>669002</b>	<b>168383</b>

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo MS/SVS/DASNT/CGIAE

**Quadro 03** - Estimativa de população residente, região de saúde do Vale do Itajaí, conforme sexo, 2021

Município	Masculino	Feminino	Total
AGROLÂNDIA	5602	5558	11160
AGRÔNÔMICA	2857	2713	5570
APIÚNA	5558	5393	10951
ASCURRA	3968	4053	8021
ATALANTA	1586	1593	3179
AURORA	2896	2791	5687
BENEDITO NOVO	6051	5845	11896
BLUMENAU	179881	186537	366418
BOTUVERÁ	2752	2644	5396
BRACO DO TROMBUDO	1975	1819	3794
BRUSQUE	70639	69958	140597
CHAPADÃO DO LAGEADO	1574	1451	3025
DONA EMMA	2161	2063	4224
DOUTOR PEDRINHO	2079	2085	4164
GASPAR	35497	36428	71925
GUABIRUBA	12661	12261	24992
IBIRAMA	9710	9528	19238
IMBUIA	3114	3170	6284
INDAIAL	36608	35738	72346
ITUPORANGA	12817	12802	25619
JOSÉ BOITEUX	2559	2460	5019
LAURENTINO	3570	3584	7154
LONTRAS	6262	6235	12497
MIRIM DOCE	1126	1131	2257
PETROLÂNDIA	3031	2842	5873
POMERODE	17405	17156	34561
POUSO REDONDO	9061	8904	17965
PRESIDENTE GETÚLIO	8973	9000	17973

Município	Masculino	Feminino	Total
PRESIDENTE NEREU	1189	1090	2279
RIO DO CAMPO	2991	2873	5864
RIO DO OESTE	3806	3746	7552
RIO DOS CEDROS	6162	5775	11937
RIO DO SUL	36032	36899	72931
RODEIO	5897	5750	11647
SALETE	3904	3770	7674
SANTA TEREZINHA	4760	4000	8760
TAIÓ	9262	9314	18576
TIMBÓ	22691	23012	45703
TROMBUDO CENTRAL	3706	3800	7506
VIDAL RAMOS	3259	3062	6321
VITOR MEIRELES	2597	2310	4907
WITMARSUM	2041	1991	4032
<b>Total</b>	<b>560270</b>	<b>563134</b>	<b>1123404</b>

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

No município de José Boiteux, localizado no Alto Vale do Itajaí existem 102 pessoas quilombolas residentes. Neste mesmo município, registra-se a maior comunidade indígena do Vale do Itajaí.

O quadro 04 mostra a distribuição da população indígena aldeada na região do Vale, de acordo com etnia.

**Quadro 04** : Distribuição da população indígena aldeada na região do Vale, de acordo com etnia.

MUNICÍPIO	ALDEIAS	ETNIA PREDOMINANTE	POLO BASE
José Boiteux	Bugio Palmeira Pavão José Boiteux Acampamento Plipatol	Xokleng/Laklãnõ, Guarani, Kaingang	José Boiteux
Vitor Meireles	Coqueiro Figueira	Xokleng/Laklãnõ, Guarani, Kaingang	José Boiteux
Doutor Pedrinho	Takuaty	Guarani	José Boiteux

Fonte: AMAVI/AMVI

- **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.

O quadro 05 apresenta o PIB per capita para cada município da Macrorregião do Vale do Itajaí.

**Quadro 05** - Municípios da Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí segundo população, taxa de escolarização, PIB per capita e área territorial. IBGE, 2020.

Município	População	Taxa de escolarização 6 a 14 anos	Pib per capita	Área territorial
Agrolândia	11.013	97.0	27.381,00	206,815
Agronômica	5.570	94.4	33.933	129.774
Apiúna	10.951	97.0	34.257	493.490
Ascurra	8.021	98.0	26.021	112.884
Atalanta	3.195	98.9	31.674	94.383
Aurora	5.687	99,3	47.204	207.045
Benedito Novo	11.896	98,2	31,431	388.291
Blumenau	366.418	97.0	49.145	518.619
Botuverá	5.396	99.0	65.548	296.256
Braço do Trombudo	3.794	99.0	48.158	89.411
Brusque	140.597	98.0	50.852	287.675
Chapadão do Lageado	3.025	99.4	32.621	124.886
Dona Emma	4.224	98.1	32.405	178.157
Doutor Pedrinho	4.164	98.4	31.919	374.205
Gaspar	71.925	97.3	47.336	386.616
Guabiruba	24.922	97.6	41.700	172.173

Município	População	Taxa de escolarização 6 a 14 anos	Pib per capita	Área territorial
Ibirama	19.238	98.8	25.468	247.102
Indaial	72.346	98.1	44.128	430.799
Imbuia	6.287	99.7	34.084	119.113
Ituporanga	25.619	98	43.773	336.588
José Boiteux	5.019	98.3	23.451	405.552
Laurentino	7.154	97.6	47.739	79.333
Lontras	12.497	98.5	32.083	197.586
Mirim Doce	2.257	96.7	32.778	337.991
Petrolândia	5.873	99.3	31.888	306.760
Pomerode	34.561	98.7	64.601	214.299
Pouso Redondo	17.965	98.6	36.355	356.539
Presidente Getúlio	17.973	98.0	43.704	297.160
Presidente Nereu	2.279	99.4	25.271	224.278
Rio do Campo	5.864	99.3	31.196	502.095
Rio do Oeste	7.552	97.6	31.425	245.057
Rio dos Cedros	11.937	96.4	33.023	555.473
Rio do Sul	72.931	96.5	43.266	260.817
Rodeio	11.647	96.5	28.012	129.001
Salete	7.674	98.7	37.975	177.887
Santa Terezinha	8.760	97.4	21.981	715.551
Taió	18.576	97.4	38.882	693.847
Timbó	45.703	98.2	46.530	128.313
Trombudo Central	7.506	99.7	42.058	109.648
Vidal Ramos	6.321	99.3	51.011	346.932
Vitor Meireles	4.907	96.9	26.033	370.414
Witmarsum	4.032	98.1	35.935	153.776
<b>Total</b>	<b>1.123.276</b>	<b>98,5%</b>	<b>36.972</b>	<b>11.795.982</b>

Fonte: IBGE: 2020

- **Setor Econômico**

O setor econômico da Macrorregião é composto, principalmente, pelas atividades indústria, comércio e agricultura.

**Quadro 06** - Percentual de produção econômica, conforme ramo econômico, ano base 2015

Município	Indústria	Comércio	Agricultura	Serviços/Outros
Alto Vale do Itajaí	35,7	14,9	45,1	4,1
Médio Vale do Itajaí	61,0	23	10	5,7
<b>Média do Vale do Itajaí</b>	<b>47,8</b>	<b>18,9</b>	<b>27,6</b>	<b>4,9</b>

Fonte: SEF-SC/SAT. Abrange apenas empresas inscritas no estado.

- **Índice GINI**

O índice de Gini, também conhecido como coeficiente de Gini, é um indicador socioeconômico que mede a desigualdade de renda em uma população.

É calculado a partir da curva de Lorenz, que mostra a variação da proporção acumulada da renda em relação à população. O valor do índice de Gini varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior a desigualdade de renda.

O índice de Gini é usado para medir a desigualdade social em países, estados e municípios. É amplamente utilizado em diversos campos de estudo, como economia, sociologia, ciências da saúde, ecologia, engenharia e agricultura.

**Quadro 07** - Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Município da Região do Vale do Itajaí - Santa Catarina. Período: 1991, 2000 e 2010

Município	1991	2000	2010
Agrolândia	0,4974	0,467	0,3667
Agronômica	0,5552	0,467	0,4753
Apiúna	0,5084	0,4811	0,3993
Ascurra	0,4036	0,415	0,3523
Atalanta	0,44	0,5004	0,4688
Aurora	0,473	0,4822	0,4206
Benedito Novo	0,4205	0,3711	0,3785

<b>Município</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Blumenau	0,4776	0,5058	0,471
Botuverá	0,4774	0,4067	0,2855
Braço do Trombudo	...	0,04352	0,3667
Brusque	0,4112	0,4631	0,417
Chapadão do Lageado	...	0,4357	0,4728
Dona Emma	0,4919	0,6172	0,4641
Doutor Pedrinho	0,4315	0,414	0,345
Gaspar	0,414	0,466	0,4053
Guabiruba	0,3443	0,4319	0,3683
Ibirama	0,4687	0,4788	0,3719
Imbuia	0,479	0,4331	0,4922
Indaial	0,4087	0,4651	0,3912
Ituporanga	0,5943	0,474	0,4343
José Boiteux	0,4869	0,5761	0,4405
Laurentino	0,4552	0,5199	0,3614
Lontras	0,526	0,4548	0,3777
Mirim Doce	...	0,7071	0,4218
Petrolândia	0,5532	0,5324	0,4786
Pomerode	0,3967	0,4699	0,3765
Pouso Redondo	0,5908	0,5202	0,4285
Presidente Getúlio	0,4233	0,4486	0,4162
Presidente Nereu	0,4086	0,4041	0,5076
Rio do Campo	0,5575	0,5148	0,5134
Rio do Oeste	0,5466	0,439	0,4778
Rio do Sul	0,4947	0,517	0,4644
Rio dos Cedros	0,4615	0,4618	0,3764
Rodeio	0,4271	0,4032	0,4301
Salete	0,4934	0,5061	0,4298
Santa Terezinha	...	0,6365	0,5352

Município	1991	2000	2010
Taió	0,5344	0,5347	0,4309
Timbó	0,4115	0,4581	0,4711
Trombudo Central	0,5461	0,4953	0,4477
Vidal Ramos	0,4446	0,4668	0,4257
Vitor Meireles	0,5697	0,557	0,5635
Witmarsum	0,4766	0,5759	0,4472
Total	0,5482	0,5616	0,4942

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010

- **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.

A taxa de escolarização apresentada pelo Censo 2022, havia no país, 163 milhões de pessoas de 15 anos ou mais de idade, das quais 151,5 milhões sabiam ler e escrever e 11,4 milhões não sabiam. Ou seja, a taxa de alfabetização foi 93,0% em 2022 e a taxa de analfabetismo foi 7,0% deste contingente populacional.

Em 2010, a taxa de analfabetismo no Alto Vale do Itajaí estava em 4,6% e no médio Vale do Itajaí, em 2,2%, nos apresentando uma média de 2,9% de analfabetos na meso-região. No último censo de 2023-2024, o estado de Santa Catarina teve a menor taxa de analfabetismo do Brasil, com 2,67%.

Esses dados incluem informações sobre o número de pessoas alfabetizadas e não alfabetizadas por município na Macrorregião do Vale do Itajaí.

**Quadro 08 - Total de alfabetizados e não alfabetizados por município**

Município	Alfabetizados	Não alfabetizados
Agrolândia	8.545	254
Agronômica	4.767	123
Apiúna	7.501	392
Ascurra	6.536	273

<b>Município</b>	<b>Alfabetizados</b>	<b>Não alfabetizados</b>
Atalanta	2.539	91
Aurora	5.283	162
Benedito Novo	8.425	251
Blumenau	295.860	4.175
Botuverá	4.275	120
Braço do Trombudo	3.157	93
Brusque	112.422	2.114
Chapadão do Lageado	2.248	122
Dona Emma	3.261	108
Doutor Pedrinho	2.957	104
Gaspar	57.509	1.179
Guabiruba	19.181	427
Ibirama	15.679	379
Imbuia	4.666	186
Indaial	56.574	1.134
Ituporanga	20.653	648
José Boiteux	4.327	171
Laurentino	6.290	174
Lontras	9.811	364
Mirim Doce	1.942	115
Petrolândia	5.215	240
Pomerode	27.931	389
Pouso Redondo	13.019	515
Presidente Getúlio	15.856	330
Presidente Nereu	1.746	145
Rio do Campo	4.956	251
Rio do Oeste	6.198	168
Rio do Sul	58.419	1.177
Rio dos Cedros	8.811	168

Município	Alfabetizados	Não alfabetizados
Rodeio	10.254	353
Salete	5.875	197
Santa Terezinha	6.352	225
Taió	14.439	436
Timbó	37.719	547
Trombudo Central	5.738	196
Vidal Ramos	4.842	188
Vitor Meireles	4.083	170
Witmarsum	3.300	129

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

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

A força de trabalho potencial é definida como o conjunto de pessoas de 14 anos ou mais de idade que não estavam ocupadas nem desocupadas na semana de referência, mas que possuíam um potencial de se transformarem em força de trabalho. Este contingente é formado por dois grupos: I. pessoas que realizaram busca efetiva por trabalho, mas não se encontravam disponíveis para trabalhar na semana de referência; II. pessoas que não realizaram busca efetiva por trabalho, mas gostariam de ter um trabalho e estavam disponíveis para trabalhar na semana de referência.

**Quadro 09 - Pessoas com 14 anos ou mais, ocupadas, por grau de instrução, ano base 2024**

Reg/País/ Estado	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
Norte	1497	6005	1244	1391	4760	812	1959
Nordeste	5898	18979	3722	4086	14019	2011	5501
Sudeste	4741	24052	6405	5604	25205	4113	15558
Sul	1704	9143	2486	1947	7469	1581	4628
Centro-Oeste	1015	4667	1061	1237	4158	919	2825
Rondônia	150	593	130	130	443	67	212
Acre	93	288	61	69	198	34	101
Amazonas	307	1202	238	281	1268	168	450
Roraima	43	171	33	49	160	38	71
Pará	689	3003	628	689	2079	378	795
Amapá	85	248	53	55	230	45	126
Tocantins	130	501	99	118	382	82	204
Maranhão	777	2385	529	510	1707	213	560
Piauí	317	1172	210	232	673	130	336
Ceará	1036	2874	651	697	2282	349	885
Rio G. do Norte	330	1169	221	251	853	141	427
Paraíba	414	1437	242	270	865	148	409

Reg/País/ Estado	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
Pernambuco	861	3223	611	610	2470	348	965
Alagoas	394	1130	207	235	740	122	301
Sergipe	214	828	157	159	524	95	242
Bahia	1554	4760	893	1122	3906	465	1378
Minas Gerais	1248	6847	1599	1472	5332	879	2884
Espírito Santo	253	1267	302	260	1088	169	585
Rio de Janeiro	852	4363	1187	1031	5089	969	3242
São Paulo	2388	11574	3318	2841	13695	2096	8848
Paraná	752	3492	857	760	2877	549	1738
Santa Catarina	406	2054	697	450	1919	342	1184
Rio G.do Sul	546	3597	932	737	2672	689	1706
Mato G. do Sul	174	865	191	187	629	155	428
Mato Grosso	237	998	233	313	869	171	494
Goiás	455	2126	457	567	1898	383	1051
Distrito Federal	149	677	181	170	761	210	851
<b>Brasil</b>	<b>14855</b>	<b>62846</b>	<b>14918</b>	<b>14265</b>	<b>55611</b>	<b>9436</b>	<b>30471</b>

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

- **Pessoas Ocupadas Por Grupo de Atividade**

O IBGE classifica as pessoas em idade de trabalhar, ou seja, com 14 anos ou mais, em três grupos: ocupados, desocupados e fora da força de trabalho. As pessoas são consideradas ocupadas quando:

- Exercem atividade remunerada, incluindo as informais
- Estão temporariamente afastadas de um trabalho remunerado
- Exercem trabalho, remunerado ou sem remuneração, durante pelo menos uma hora completa na semana de referência

**Figura 01:** 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).

Os números relativos à Macrorregião do Vale do Itajaí seguem no quadro abaixo:

**Quadro 10 - Homicídios por município, Vale do Itajaí. 2021-2024**

Munic Resid - SC	2021	2022	2023	2024	Total
Agrolândia	0	1	2	1	4
Apiúna	4	2	0	0	6
Ascurra	0	0	1	1	2
Atalanta	0	0	1	0	1
Aurora	0	1	1	0	2
Benedito Novo	0	1	1	0	2
Blumenau	19	24	12	12	67
Botuverá	1	0	0	0	1
Brusque	5	6	4	2	17
Chapadão do Lageado	0	0	1	0	1
Dona Emma	0	1	1	1	3
Gaspar	3	2	3	2	10
Guabiruba	0	0	2	0	2
Imbuia	0	0	1	1	2
Indaial	5	8	4	4	21
Ituporanga	5	2	4	2	13
José Boiteux	0	0	1	0	1
Lontras	3	0	1	0	4
Petrolândia	1	0	0	0	1

Munic Resid - SC	2021	2022	2023	2024	Total
Pomerode	1	0	0	1	2
Pouso Redondo	2	2	0	1	5
Presidente Getúlio	2	1	0	2	5
Presidente Nereu	0	1	0	0	1
Rio do Campo	1	0	1	0	2
Rio do Oeste	0	0	1	0	1
Rio do Sul	10	5	2	1	18
Rio dos Cedros	2	0	0	0	2
Rodeio	1	0	1	1	3
Salete	1	0	0	0	1
Santa Terezinha	0	0	1	0	1
Taió	1	1	3	3	8
Timbó	2	3	1	0	6
Trombudo Central	1	0	0	0	1
Vidal Ramos	0	2	0	0	2
Vitor Meireles	0	0	1	0	1
Witmarsum	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>63</b>	<b>52</b>	<b>35</b>	<b>220</b>

Fonte: SINAN

A taxa de homicídios na região do Vale do Itajaí, ficou entre a mínima de 2.93 e a máxima de 7,92. Um comportamento muito diferente do estado e ainda mais expressiva a diferente se comparado com a taxa nacional que está na casa dos 20%.

**Quadro 11** - Distribuição dos homicídios, por sexo, ocorridos entre os anos de 2002 e 2022, na região do Vale do Itajaí

Região de Saúde (CIR)	Masc	Fem	Total
Alto Vale do Itajaí	315	74	389
Médio Vale do Itajaí	858	142	1001
Total	1173	216	1390

Fonte: Tabnet - Ministério da Saúde - Acessado em 10 de outubro de 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 12** - Percentual médio do Estado Nutricional de crianças de 0 a 5 anos da Macrorregião do Vale do Itajaí, Santa Catarina e do Brasil segundo dados do SISVAN do ano de 2023.

Estado Nutricional	Alto Vale do itajaí	Médio Vale do Itajaí	Santa Catarina	Brasil
Magreza acentuada	0.97%	0.89%	1.22%	2.47%
Magreza	1.69%	1.66%	2.01%	3.05%
Eutrofia	63.93%	64.13%	63.82%	62.74%
Risco de Sobrepeso	21.63%	21.25%	20.5%	18.06%
Sobrepeso	7.76%	7.86%	7.92%	7.86%
Obesidade	4.01%	4.22%	4.54%	5.81%
<b>Total</b>	11.334	31.493	279.542	7.277.114

Fonte: SISVAN, 2024.

Ao analisar o estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos na Macrorregião do Vale do Itajaí, observa-se uma tendência que acompanha os padrões do Estado de Santa Catarina e do Brasil. No entanto, destaca-se o percentual médio de risco de sobrepeso, que é superior à média estadual, a qual, por sua vez, já se encontra acima da média nacional. Esse dado merece atenção especial, pois indica um cenário preocupante em relação ao sobrepeso infantil na região.

**Quadro 13** - Percentual médio do Estado Nutricional de crianças de 5 a 10 anos da Macrorregional do Vale do Itajaí, Santa Catarina e do Brasil, SISVAN, 2023.

Estado Nutricional	Alto Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Santa Catarina	Brasil
Magreza acentuada	0.81%	0.79%	0.81%	1.81%
Magreza	2.01%	2.23%	2.18%	3.37%
Eutrofia	67.04%	66.16%	65.16%	65.5%
Sobrepeso	17.17%	16.85%	16.91%	14.96%
Obesidade	8.5%	8.9%	9.5%	8.82%
Obesidade grave	4.48%	5.08%	5.45%	5.54%
Total	8.522	26.019%	223.099	5.943.187

Fonte: SISVAN, 2023.

Ao examinar o estado nutricional de crianças de 5 a 10 anos, constata-se que a Macrorregião do Vale do Itajaí, observa-se que o percentual de sobrepeso supera a média nacional e apresenta um crescimento significativo em relação às crianças de 0 a 5 anos. esse aumento é relevante, especialmente ao compará-lo com a média estadual, que também se encontra acima dos índices nacionais. A análise dos números evidencia uma tendência preocupante de agravamento do sobrepeso conforme a faixa etária avança, o que reforça a importância de medidas preventivas.

- **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 por agrotóxico agrícola:

**Quadro 14 - Número de intoxicações por tipo de agrotóxico.**

Tipo de agente	Nº de notificações
Agrotóxico agrícola	48
Agrotóxico doméstico	25
Agrotóxico Saúde Pública	0
Raticida	22
Produto veterinário	8
<b>Total de Notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos registradas no SINAN</b>	<b>103</b>

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.

Abaixo, o quadro 13 detalha a cobertura de saneamento básico adequado na Macrorregião do Vale do Itajaí.

**Quadro 15 - Dados referente ao Saneamento Básico, região do Vale do Itajaí, 2023**

Tipo de serviço	Quantidade Populacional assistida
População abastecida - Por Sistema de Abastecimento de água - SAA	792918
População abastecida - Por Solução Alternativa Coletiva - SAC	5596
População abastecida - Por Solução Alternativa Individual SAI	16509
Total	815023

Fonte: IBGE, 2024

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

A população total do Vale do Itajaí, que é de 1.123.276 habitantes, apenas 815.023 possuem abastecimento de água. Pressupõem-se que pelo fato da região ter muitas cidades rurais e rurais adjacentes, estes habitantes utilizam meios próprios de captação de água potável, como cisternas, poços, e fontes de água corrente em suas propriedades rurais.

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

**Quadro 16 - Rumores na região de saúde no ano de 2023**

Quantidade de tipos de rumores e eventos adversos monitorados	Origem
3	Natural

Fonte: Vigidesastres/SC

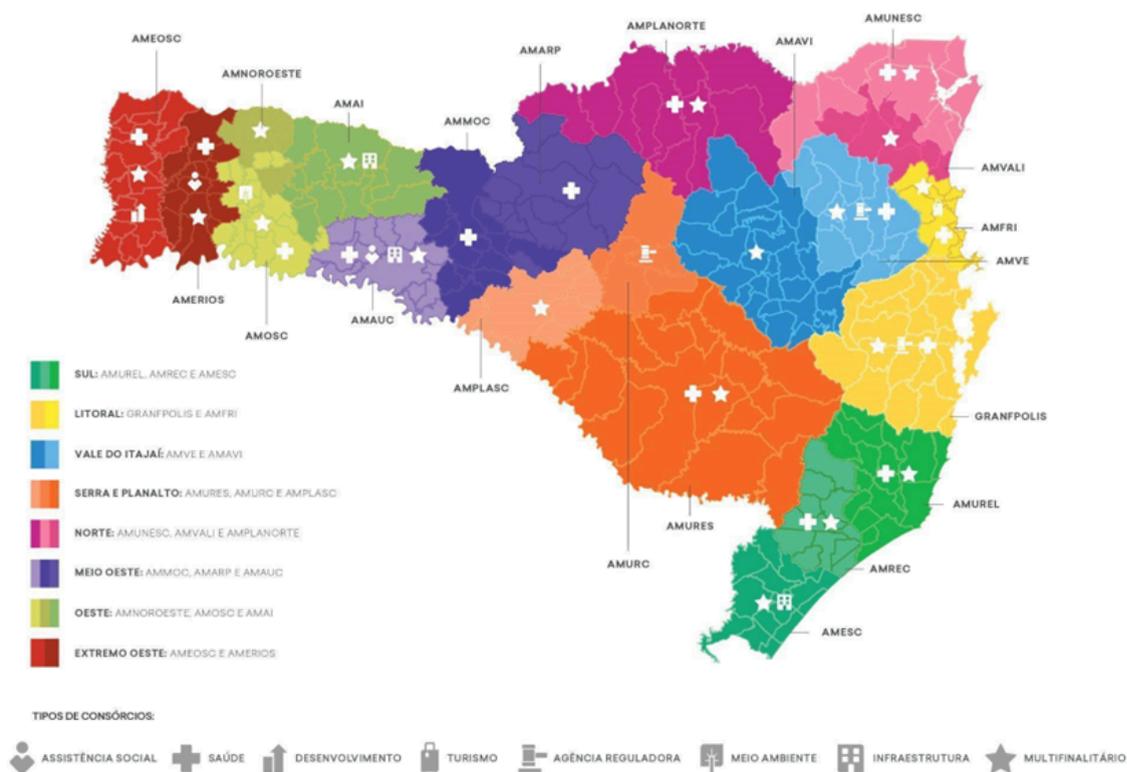
Trata-se de eventos temporais/climáticos, provenientes do excesso de chuvas na região. Situação que castiga com recorrência a região do Vale do Itajaí, sendo uma das regiões do Brasil, com maior número de eventos e rumores monitorados.

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



Fonte: FECAM, 2024.

Na Macrorregião de Saúde Vale do Itajaí, as associações municipais pertencentes são:

- (AMAVI) Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí - Agrolândia, Agronômica, Atalanta, Aurora, Braço do Trombudo, Chapadão do Lageado, Dona Emma, Ibirama, Imbuia, Ituporanga, José Boiteux, Laurentino, Lontras, Mirim Doce, Petrolândia, Pouso Redondo, Presidente Getúlio, Presidente Nereu, Rio do Campo, Rio do Oeste, Rio do Sul, Saleté, Santa Terezinha, Taió, Trombudo Central, Vidal Ramos, Vitor Meireles e Witmarsum.
- (AMVE) Associação de Municípios do Vale Europeu - Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Doutor Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó.

Os consórcios de saúde são: Agência Pública Intermunicipal de Serviços do Vale Europeu (APIS). (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, sendo que 9.881 (aproximadamente 10,2%) eram residentes na Macrorregião de Saúde do Médio Vale do Itajaí. Essa macrorregião abrange diversos municípios que contribuem para o total de nascidos vivos, fornecendo uma base importante

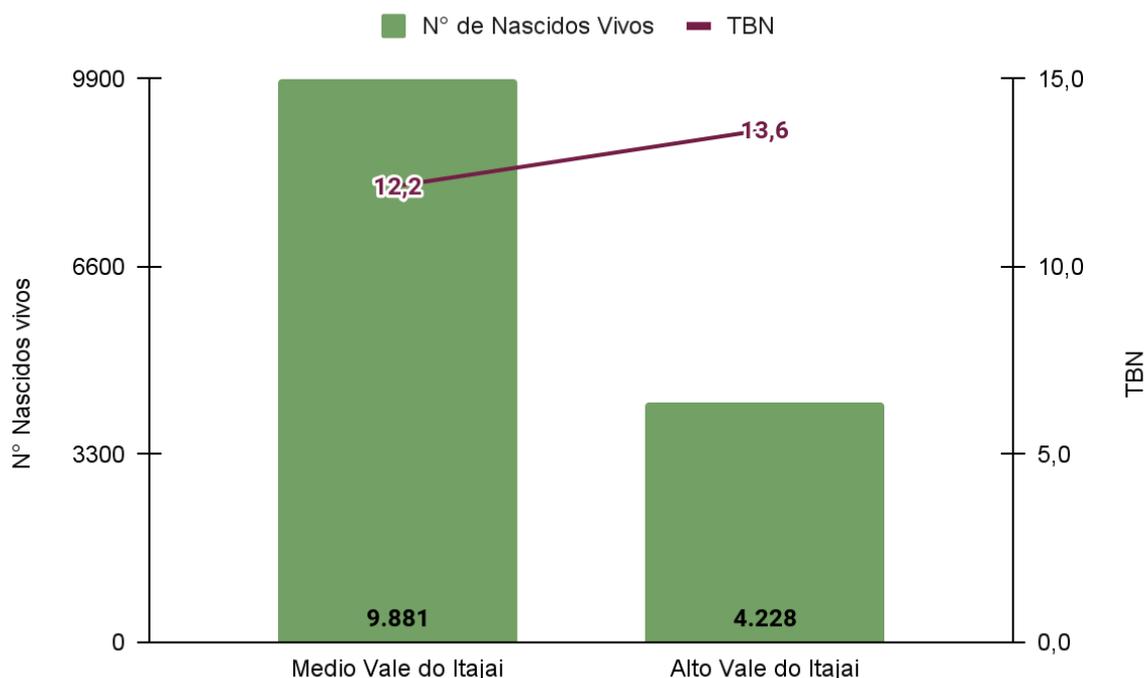
O percentual de mães adolescentes em Santa Catarina foi de 8,1% em 2023. Já na Macrorregião do Vale do Itajaí, esse índice foi ligeiramente menor, com 6,9% dos nascidos vivos sendo de mães entre 10 e 19 anos, destacando a importância de políticas voltadas à saúde sexual e reprodutiva para esse grupo.

- **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 foi de 12,6 na macrorregião do Vale do Itajaí, sendo maior na Região do Alto Vale do Itajaí (13,6), e menor no Médio Vale do Itajaí (12,2) - Figura 03.

**Figura 03:** Número de nascidos vivos e TBN. Macrorregião do Vale do Itajaí, 2022.



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.

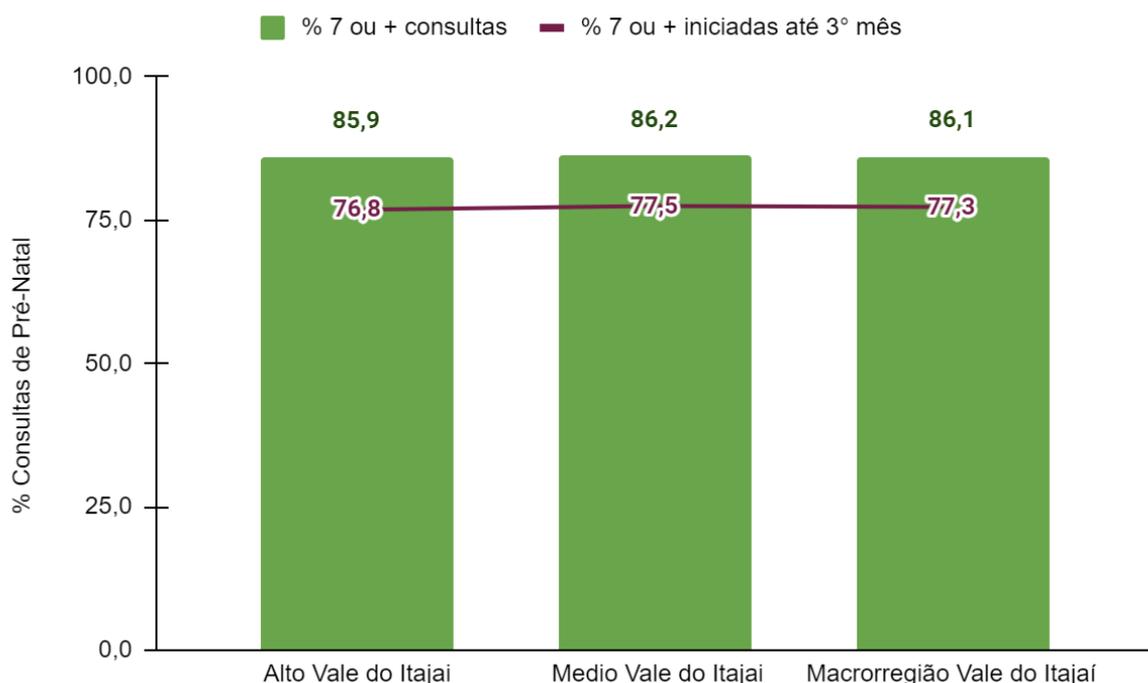
Esse conceito é utilizado para analisar tendências demográficas em diferentes regiões e grupos sociais, além de auxiliar na elaboração de projeções populacionais, levando em conta possíveis comportamentos futuros em relação à fecundidade. Também serve como base para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, trabalho e previdência social, orientando a adequação da oferta de serviços com base em projeções demográficas.

A taxa de fecundidade em Santa Catarina é de 1,57 filho por mulher, segundo dados do IBGE. Este valor é menor do que o índice de reposição populacional, que é de 2,1 filhos por mulher. A taxa de fecundidade na região do Vale do Itajaí está em 2,65 filho por mulher, superando a taxa estadual.

O percentual de mães adolescentes em Santa Catarina em 2023 foi de 8,1%. A Macrorregião do Vale do Itajaí apresentou uma proporção menor do que a do Estado, com 7,4% dos nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos. Dentre as Regiões, esse percentual foi de 8,5% no Alto Vale do Itajaí e 6,9% no Médio Vale do Itajaí.

Ao analisar a proporção de consultas pré-natal realizadas, de acordo com a adequação de acesso (**Figura 04**), é possível perceber que, embora 86,1% das mulheres residentes da Macrorregião do Vale do Itajaí tenham realizado sete ou mais consultas, apenas 77,3% iniciaram o acompanhamento pré-natal até o terceiro mês de gestação, conforme estabelecido nas diretrizes da Rede Alyne. Entre as Regiões, o Alto Vale do Itajaí apresentou a menor proporção de 7 ou mais consultas (85,9%), assim como menor percentual com início até o 3º mês de gestação (76,8%).

**Figura 04** - Proporção de 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas e iniciadas até o 3º mês de gestação, por região de saúde. Macrorregião do Vale do Itajaí de Santa Catarina, 2023\*.



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

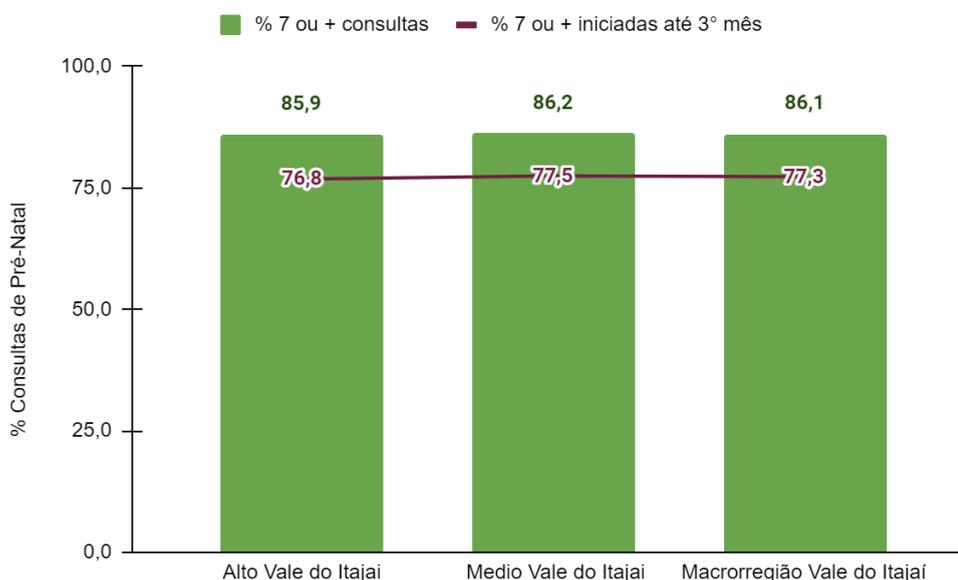
- **Proporção de Nascidos Vivos por Tipo de Parto**

Quanto ao tipo de parto, em 2023, no Estado, 57,1% dos partos ocorreram por meio de cesariana. Esse percentual foi de 56.5% na macrorregião do Vale do Itajaí, neste mesmo ano, sendo que a região do Médio Vale do Itajaí apresentou 56,9% e o Alto Vale do Itajaí 55,6%.

O percentual de mães adolescentes em Santa Catarina em 2023 foi de 8,1%. A Macrorregião do Vale do Itajaí apresentou uma proporção menor do que a do Estado, com 7,4% dos nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos. Dentre as Regiões, esse percentual foi de 8,5% no Alto Vale do Itajaí e 6,9% no Médio Vale do Itajaí.

Ao analisar a proporção de consultas pré-natal realizadas, de acordo com a adequação de acesso (Figura 05), é possível perceber que, embora 86,1% das mulheres residentes da Macrorregião do Vale do Itajaí tenham realizado sete ou mais consultas, apenas 77,3% iniciaram o acompanhamento pré-natal até o terceiro mês de gestação, conforme estabelecido nas diretrizes da Rede Alyne. Entre as Regiões, o Alto Vale do Itajaí apresentou a menor proporção de 7 ou mais consultas (85,9%), assim como menor percentual com início até o 3º mês de gestação (76,8%).

**Figura 05:** - Proporção de 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas e iniciadas até o 3º mês de gestação, por região de saúde. Macrorregião do Vale do Itajaí de Santa Catarina, 2023\*.



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

#### 4.2.2 Morbidade e Mortalidade

Os indicadores de morbidade e mortalidade desempenham um papel fundamental na compreensão do estado de saúde de uma população. Enquanto os indicadores de morbidade focam na ocorrência de problemas de saúde, como doenças e condições crônicas, os indicadores de mortalidade fornecem informações sobre as causas e as taxas de óbitos. Esses dados permitem identificar padrões de saúde pública, como a prevalência de doenças crônicas que demandam acompanhamento constante, além de apontar riscos que necessitam de intervenção, como acidentes e comportamentos nocivos, como o tabagismo.

O registro preciso, realizado por meio dos sistemas de informação em saúde, assegura que as estatísticas representem fielmente as causas de óbito e os problemas de morbidade, contribuindo para um planejamento mais eficiente e intervenções direcionadas que possam melhorar a qualidade de vida da população

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 Vale do Itajaí estão detalhados a seguir.

**Quadro 17 - Óbitos por local de residência, por ano, segundo Capítulo CID-10, Período 2017-2021**

Capítulo CID-10	%	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,41	218	3,52	241	3,87	902	13,38	1829	22,16
II. Neoplasias (tumores)	22,23	1388	22,43	1300	20,86	1387	20,58	1416	17,16
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitário	0,47	23	0,37	25	0,40	36	0,53	30	0,36
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6,28	360	5,82	327	5,25	349	5,18	421	5,10
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,39	110	1,78	80	1,28	77	1,14	111	1,34
VI. Doenças do sistema nervoso	3,46	226	3,65	250	4,01	220	3,26	287	3,48
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,02	1	0,02	-	0,00	1	0,01	1	0,01
IX. Doenças do aparelho circulatório	1539	25,86	1583	25,58	1661	26,66	1668	24,78	1841
X. Doenças do aparelho respiratório	762	12,80	777	12,56	858	13,77	666	9,88	730
XI. Doenças do aparelho digestivo	247	4,15	274	4,43	265	4,25	256	3,80	315
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	19	0,32	23	0,37	21	0,34	29	0,43	26
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	29	0,49	24	0,39	33	0,53	20	0,30	20
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	190	3,19	219	3,54	191	3,07	218	3,23	267
XV. Gravidez parto e puerpério	3	0,05	5	0,08	4	0,06	3	0,04	12
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	88	1,48	79	1,28	82	1,32	60	0,89	94
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	61	1,03	44	0,71	53	0,85	45	0,67	51
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	143	2,40	174	2,81	195	3,13	189	2,80	184
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	652	10,96	660	10,67	645	10,35	613	9,10	619
Total	5951		6188		6231		6739		8254

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Quadro 18 - Mortalidade por causas gerais na Região do Itajaí**

<b>Causas capítulos</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>Total</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	604	251	855
Neoplasias (tumores)	1.458	1.649	3.107
Doença sangue, órgãos hemat. e transt. imunitários	22	27	49
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	452	477	929
Transtornos mentais e comportamentais	65	57	122
Doenças do sistema nervoso	325	327	652
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1	2
Doenças do aparelho circulatório	1.899	1.890	3.789
Doenças do aparelho respiratório	949	753	1.702
Doenças do aparelho digestivo	310	329	639
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	30	36	66
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	29	25	54
Doenças do aparelho geniturinário	245	246	491
Gravide, parto e puerpério	10	4	14
Algumas afecções originadas no período perinatal	81	66	147
Anomalias congênitas	47	50	97
Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas			
Causas Externas	695	700	1.395
Mal definidas			
<b>Total</b>	<b>7.222</b>	<b>6.888</b>	<b>14.110</b>

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

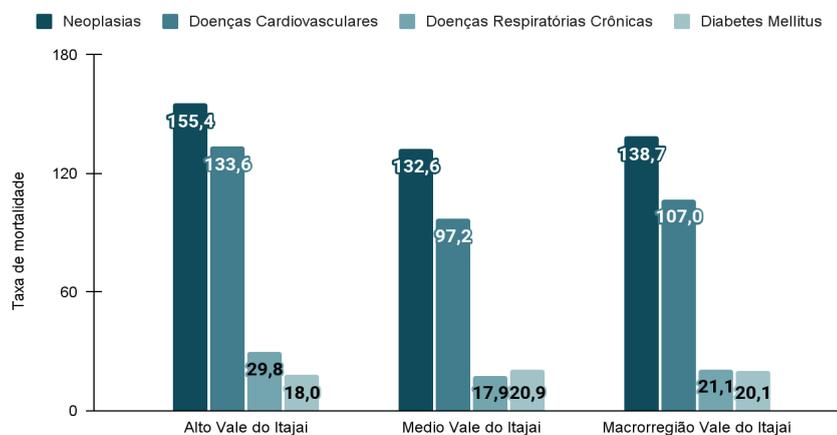
As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de adoecimento e morte em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) as classifica como doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias ou cânceres (CA), doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes mellitus (DM), pois apresentam 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 1.711 óbitos prematuros decorrentes do conjunto das quatro principais DCNT, na macrorregião do Vale do Itajaí, no ano de 2023, sendo 542 na região do Alto Vale do Itajaí e 1.169 no Médio Vale do Itajaí. A taxa de mortalidade prematura (TMP) por DCNT da macrorregião foi de 287,0 óbitos por 100.000 habitantes nesse período.

A **Figura 05** especifica a taxa de mortalidade prematura pelas principais DCNT nas regiões de saúde da macrorregião do Vale do Itajaí, em 2023. As neoplasias se destacaram com as maiores taxas em ambas as regiões, chegando a 155,4 no Alto Vale do Itajaí e 132,6 no Médio Vale do Itajaí; da mesma forma, as doenças cardiovasculares apresentaram a segunda maior taxa em ambas as regiões. A TMP por doenças respiratórias crônicas ficou em terceiro lugar no Alto Vale do Itajaí (29,8), enquanto no Médio Vale ficou o Diabetes *mellitus* (20,9).

**Figura 05:** Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT, por região de saúde. Macrorregião do Vale do Itajaí, 2023\*.



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

Quando avaliadas as taxas de mortalidade prematura por sexo na macrorregião do Vale do Itajaí, percebe-se que o sexo masculino se destaca nas quatro principais DCNT (**Quadro 17**). A região do Alto Vale do Itajaí é responsável pelas maiores TMP, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, para as quatro principais DCNT, sendo que as neoplasias estão em primeiro lugar como causa de morte para homens (169,2) e para mulheres (141,6). A região do Médio Vale do Itajaí apresentou as menores taxas para todas as DCNT avaliadas, em

ambos os sexos, com exceção da TMP por DM no sexo masculino, conforme tabela abaixo.

**Quadro 19** - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT por sexo e região de saúde. Macrorregião do Vale do Itajaí de Santa Catarina, 2023\*.

Doenças crônicas	Alto Vale do Itajaí		Médio Vale do Itajaí		Macrorregião Foz do Itajaí	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Doenças Cardiovasculares	163,0	104,4	128,1	67,8	137,6	77,5
Neoplasias	169,2	141,6	147,8	118,0	153,7	124,3
Doenças Respiratórias Crônicas	32,3	27,3	23,1	13,0	25,6	16,8
Diabetes Mellitus	16,2	19,9	25,9	16,2	23,2	17,1

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

- **Notificação de Emergências de Saúde Pública, Surtos e Epidemias**

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 3.309 notificações de violência na macrorregião do Vale do Itajaí, em Santa Catarina. Foram notificados 2.317 casos de violência na região do Médio Vale do Itajaí, e 992 no Alto Vale do Itajaí.

- **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”.

A mortalidade materna é um indicador essencial para avaliar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à Macrorregião de Saúde Vale do Itajaí, composta por municípios importantes como Blumenau, Brusque, Gaspar e Rio do Sul, a mortalidade materna permanece um desafio significativo, evidenciando desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Em 2023, a macrorregião registrou um número preocupante de óbitos maternos, com as principais causas ligadas às complicações hipertensivas, como a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, além de hemorragias pós-parto e infecções puerperais.

➤ **Frequência e Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil Nascidos Vivos):**

De 30,0 óbitos a cada 100.000 NV. Deste total, 4 (13,8%) foram registrados na Macrorregião do Vale do Itajaí, representando a RMM de 28,4.

➤ **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).

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, 4 (13,8%) foram registrados na Macrorregião Vale do Itajaí, representando a RMM de 28,4. Metade deles ocorreu por causa obstétrica indireta, e a outra metade por causa obstétrica indireta. Todos foram investigados, entretanto, apenas um foi em tempo oportuno (25%), isto é, em até 120 dias após sua ocorrência.

- **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 6° dia de vida) e neonatal tardio (do 7° ao 27° 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.

A Mortalidade Infantil na Macrorregião do Vale do Itajaí é um dos indicadores mais importantes para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e o bem-estar da população infantil e continua sendo um desafio de saúde pública.

Embora a região tenha avançado nos últimos anos, ainda há disparidades que precisam ser abordadas para reduzir os óbitos em crianças menores de um ano.

Em 2023, a taxa de mortalidade infantil na Macrorregião do Vale do Itajaí foi influenciada principalmente por causas evitáveis, muitas das quais podem ser abordadas por meio de intervenções eficazes na atenção primária à saúde e em políticas de proteção social.

As principais causas de mortalidade infantil na região incluem complicações perinatais, infecções respiratórias, prematuridade e malformações congênitas.

A mortalidade infantil está fortemente associada a problemas ocorridos no período perinatal, como asfixia ao nascimento, complicações durante o parto e infecções neonatais.

Essas complicações refletem a qualidade do pré-natal, a assistência durante o parto e os cuidados pós-parto oferecidos às mães e aos recém-nascidos.

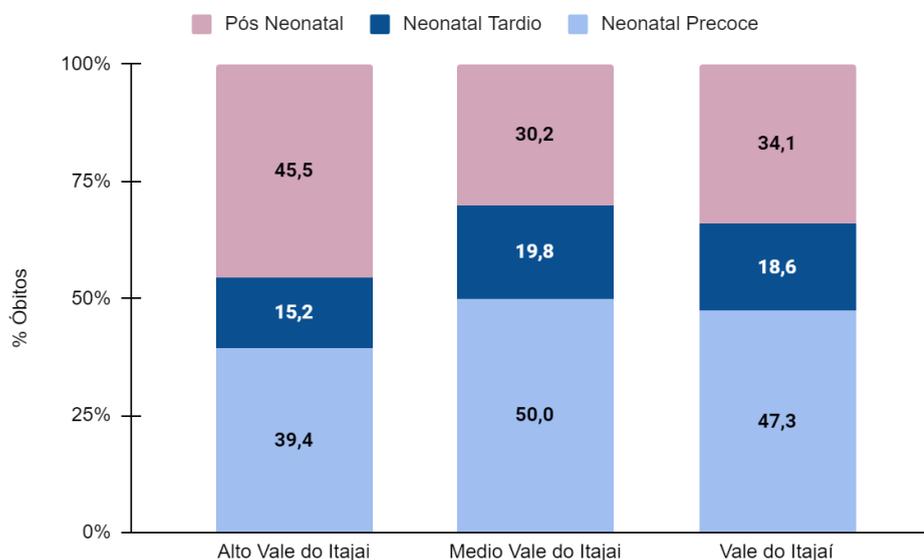
Muitos dos óbitos podem ser evitados com melhorias na qualidade do cuidado durante o parto e no acompanhamento mais próximo do trabalho de parto, especialmente em situações de risco.

Do total de óbitos infantis registrados em cada região, o maior percentual no período neonatal precoce (50%) e neonatal tardio (19,8%) ocorreu na região Médio Vale do Itajaí, enquanto na região Alto Vale do Itajaí concentrou-se a maior proporção de óbitos no período pós-neonatal (45,5%).

- 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.

**Figura 06 - Percentual de óbito infantil por componente, por Região de Saúde - Macrorregião do Vale do Itajaí de Santa Catarina, 2023\*.**



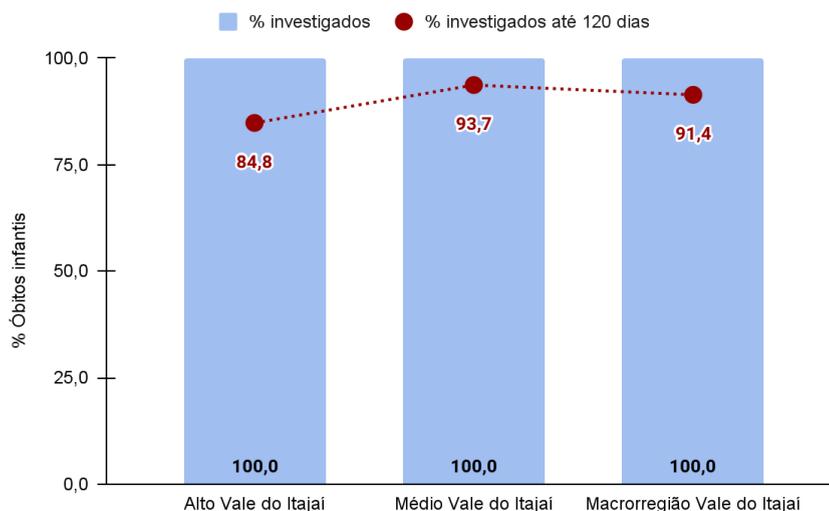
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares.

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

Dos 129 casos de óbitos infantis da Macrorregião do Vale do Itajaí, 100% foram investigados, entretanto 91,4% foram investigados em tempo oportuno, isto é, em até 120 dias após sua ocorrência.

A menor proporção de investigados em até 120 dias ocorreu na Região Alto Vale do Itajaí (84,8%), como disposto na Figura 07.

**Figura 07** - Proporção de óbitos infantis investigados e investigados em tempo oportuno (até 120 dias), por Região de Saúde. Macrorregião do Vale do Itajaí de Santa Catarina, 2023\*.

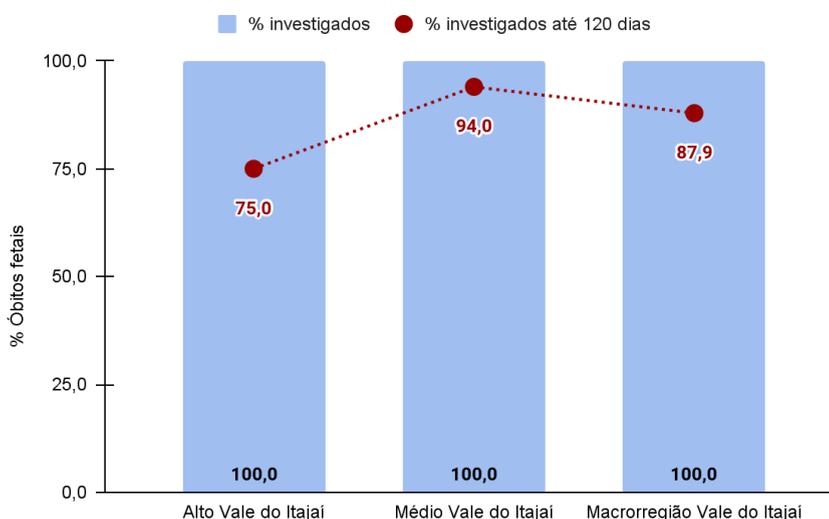


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares.

Foram registrados 751 óbitos fetais em Santa Catarina no ano de 2023. Destes, 99 (13,2%) ocorreram na Macrorregião do Vale do Itajaí, sendo 67 na Região Médio Vale do Itajaí e 32 no Alto Vale do Itajaí.

Todos os óbitos fetais da Macrorregião foram investigados (Figura 08), entretanto apenas 87,9% foram investigados em tempo oportuno. A Região do Alto Vale do Itajaí se destacou com o menor percentual de investigação em até 120 dias (75%).

**Figura 08** - - Proporção de óbitos fetais investigados e investigados em tempo oportuno (até 120 dias), por região de saúde. Macrorregião Norte de Santa Catarina, 2023\*.



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

## ➤ Taxa de Mortalidade Infantil por Componente

A taxa de mortalidade infantil é composta por três componentes:

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

### ● **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.

A taxa de mortalidade prematura (TMP) por DCNT da macrorregião foi de 287,0 óbitos por 100.000 habitantes nesse período.

Ocorreram 1.711 óbitos prematuros decorrentes do conjunto das quatro principais DCNT, na macrorregião do Vale do Itajaí, no ano de 2023, sendo 542 na região do Alto Vale do Itajaí e 1.169 no Médio Vale do Itajaí.

Quando avaliadas as taxas de mortalidade prematura por sexo na macrorregião do Vale do Itajaí, percebe-se que o sexo masculino se destaca nas quatro principais DCNT. A região do Alto Vale do Itajaí é responsável pelas maiores TMP, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, para as quatro principais DCNT, sendo que as neoplasias estão em primeiro lugar como causa de morte para homens (169,2) e para mulheres (141,6). A região do Médio Vale do Itajaí apresentou as menores taxas para todas as DCNT avaliadas, em ambos os sexos, com exceção da TMP por DM no sexo masculino, conforme quadro abaixo.

**Quadro 20** - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT por sexo e região de saúde. Macrorregião do Vale do Itajaí, 2023\*.

Doenças crônicas	Alto Vale do Itajaí		Médio Vale do Itajaí		Macrorregião Vale do Itajaí	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Doenças Cardiovasculares	163,0	104,4	128,1	67,8	137,6	77,5
Neoplasias	169,2	141,6	147,8	118,0	153,7	124,3
Doenças Respiratórias Crônicas	32,3	27,3	23,1	13,0	25,6	16,8
Diabetes Mellitus	16,2	19,9	25,9	16,2	23,2	17,1

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

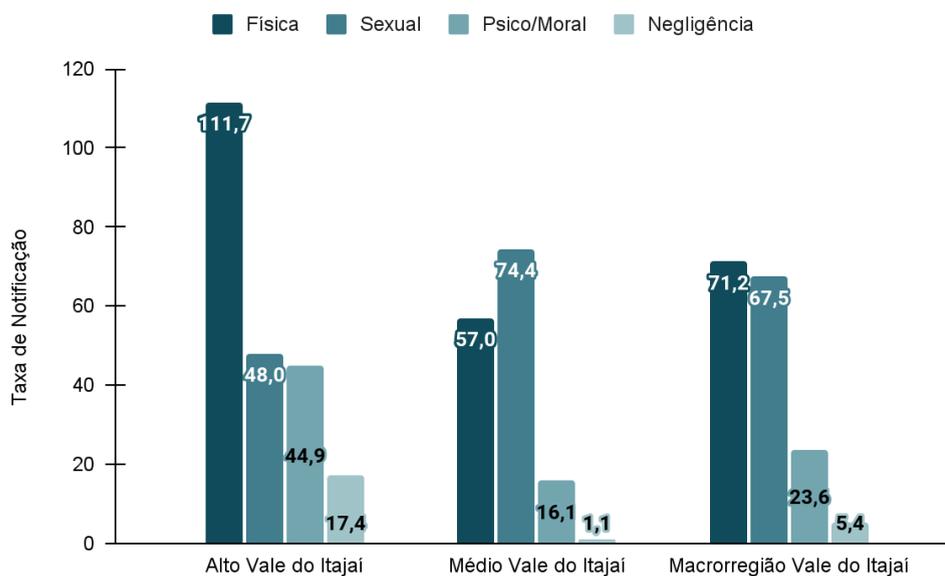
- **Taxa de Incidência (por 100 mil habitantes) por Faixa Etária, Segundo Tipo de Violência Interpessoal**

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, capaz de deixar marcas profundas. A notificação das violências contra crianças, adolescentes, mulheres e

para 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.

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

**Figura 09:** Taxa de notificação de violência (por 100 mil hab.) segundo os principais tipos de violência, por região de saúde. Macrorregião do Vale do Itajaí de Santa Catarina, 2023\*



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

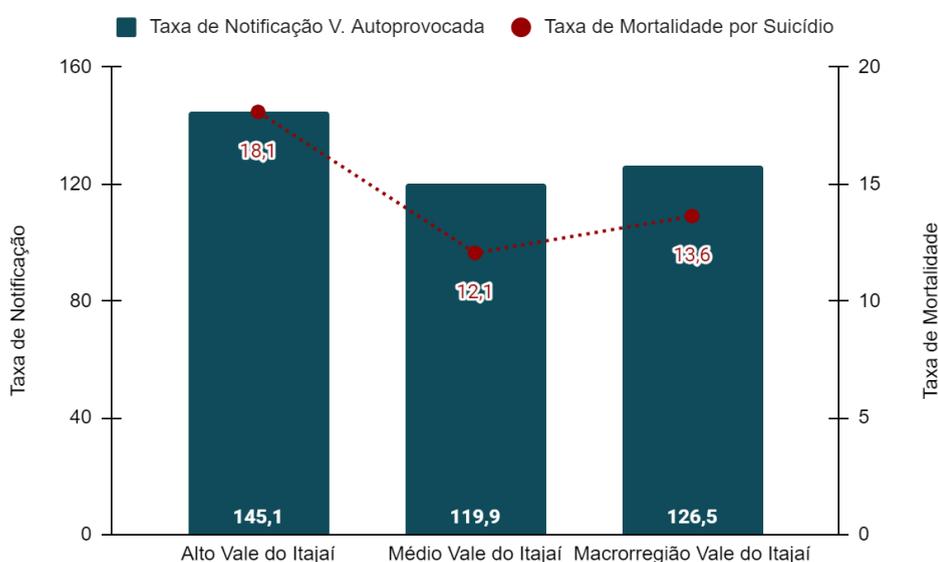
Esses dados são fundamentais para embasar políticas e ações específicas de prevenção e combate à violência em suas diversas manifestações, visando garantir a proteção e o bem-estar desses grupos vulneráveis da população. Entretanto, é importante esclarecer que a falta de notificação adequada e completa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

informações dificultam a compreensão abrangente da extensão do problema, bem como a formulação de estratégias eficazes para enfrentá-lo.

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

Santa Catarina tem se destacado negativamente nos últimos anos com uma das mais altas taxas de mortalidade por suicídio do país. Foram notificados 1.392 atos de violência autoprovocada na macrorregião do Vale do Itajaí e registrados 150 óbitos por suicídio em 2023. Esses números correspondem a uma taxa de 126,5 casos de lesão autoprovocada notificados a cada cem mil habitantes, e a 13,6 óbitos por suicídio. A distribuição da TN de violência autoprovocada e da TM por suicídio por região pode ser vista da Figura 10.

**Figura 10:** Taxa de notificação de lesões autoprovocadas e taxa de mortalidade por suicídio (por 100 mil hab.) por região de saúde. Macrorregião do Vale do Itajaí, 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.

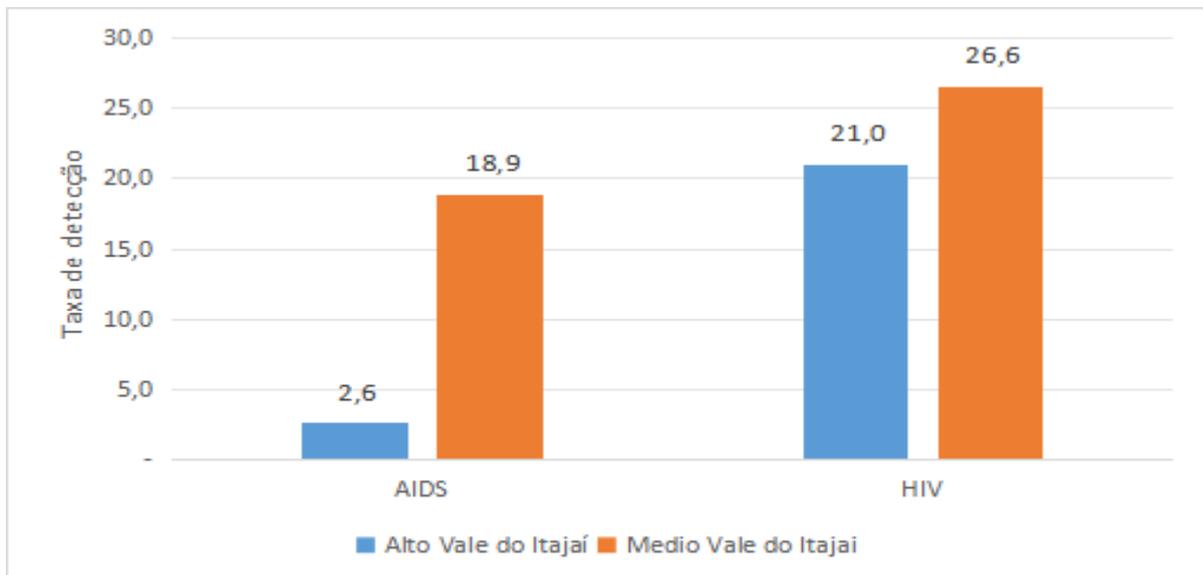
É importante ressaltar que os dados numéricos relacionados à notificação de tentativa de suicídio podem ser subestimados. Estima-se que, para cada suicídio consumado, ocorram entre dez e vinte tentativas.

- **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).

Nesta macrorregião, as taxas de detecção precoce (HIV) são melhores no Alto Vale do Itajaí em comparação com o Médio Vale, indicando a necessidade na melhoria da atenção às iniciativas para o diagnóstico precoce na população, proporcionando menor morbimortalidade por Aids nesta última.

**Figura 11:** Taxa de Aids e HIV (por 100.000 habitantes) segundo região de saúde, Santa Catarina - 2023



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

**Quadro 21 - Casos de detecção de Aids e HIV (número absoluto e Taxa por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião do Vale do Itajaí e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023**

Macrorregião de Saúde do Vale de Itajaí	2023	
	nº	tx
AIDS		
Alto Vale do Itajaí	8	2,6
Médio Vale do Itajaí	154	18,9
Total	162	14,4
HIV		
Alto Vale do Itajaí	65	21,0
Médio Vale do Itajaí	216	26,6
Total	281	25,0

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

Com a melhoria da qualidade de vida e da longevidade das pessoas vivendo com HIV/Aids, a partir do tratamento altamente potente e o alcance da supressão viral, assim como da consequente recuperação imune, com total possibilidade de impedir a transmissão vertical do HIV, mais mulheres podem engravidar com maior segurança. No entanto, o diagnóstico tardio da infecção materna, durante a gestação e no período da amamentação, o abandono do seguimento pré-natal e o aleitamento cruzado ainda são desafios na redução dos casos de infecção em menores de 5 anos.

Em 2023 não houve casos de transmissão vertical de HIV nesta Macrorregião.

- **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 no Estado, na Macrorregião de Saúde do Vale de Itajaí e nas suas regiões de saúde em 2023.

Observa-se que, a região do Médio Vale do Itajaí apresentou taxas superiores à Macrorregião. Todas as taxas foram inferiores à média do estado no ano de 2023.

O quadro 22 apresenta os casos de sífilis adquirida notificados no ano de 2023 em número absoluto e em taxa de detecção na Macrorregião do Vale do Itajaí.

**Quadro 22** - Casos de Sífilis Adquirida (número absoluto e taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião do Vale do Itajaí e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde do Vale de Itajaí	2023	
	nº	tx
Sífilis Adquirida		
Alto Vale do Itajaí	242	78,1
Médio Vale do Itajaí	1759	216,4
Macrorregião do Vale do Itajaí	2001	178,2
Santa Catarina	17587	239,7

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

**Quadro 23** - Casos de Sífilis em Gestante (número absoluto e Taxa por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião do Vale do Itajaí e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião do Vale do Itajaí	2023	
	nº	tx
Sífilis em Gestante		
Alto Vale do Itajaí	73	17,3
Médio Vale do Itajaí	285	28,8
Macro Região Vale Itajaí	358	25,4
Santa Catarina	3188	32,5

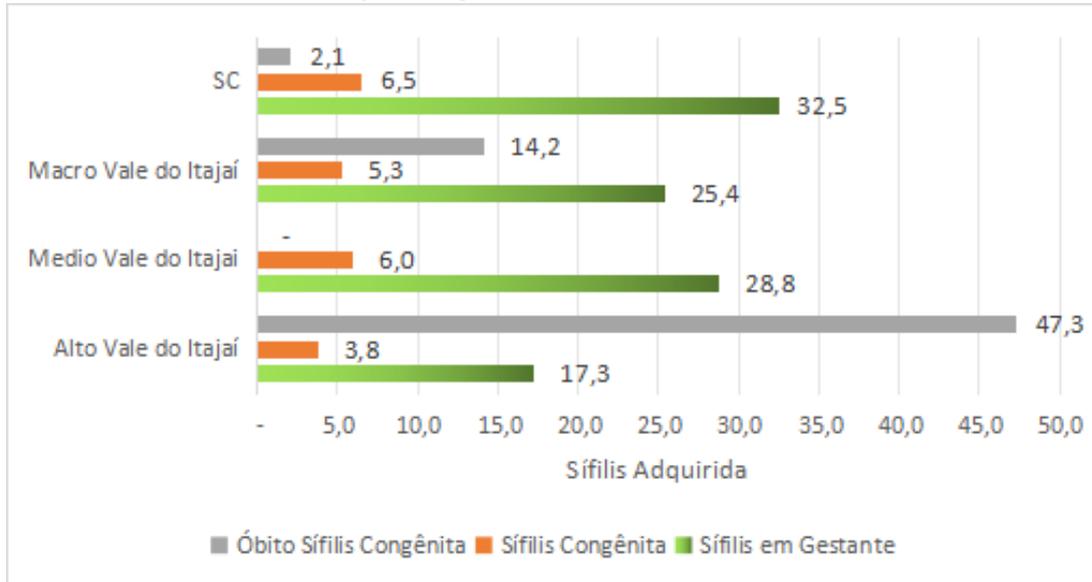
Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

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

A seguir, vemos as taxas de óbito por sífilis congênita, sífilis congênita em menores de 1 ano e sífilis em gestante, em Santa Catarina, na Macrorregião e nas suas respectivas regiões.

Observa-se que a taxa de óbito por sífilis congênita da Macrorregião apresenta-se maior que a estadual, sendo que a região do Alto Vale do Itajaí apresenta a maior taxa.

**Figura 12:** Taxa de óbito por sífilis congênita em menor de 1 ano (por 100.000 nascidos vivos), Sífilis Congênita em menor de 1 ano (por 1000 nascidos vivos) Sífilis em Gestante segundo Macrorregião do Vale do Itajaí e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

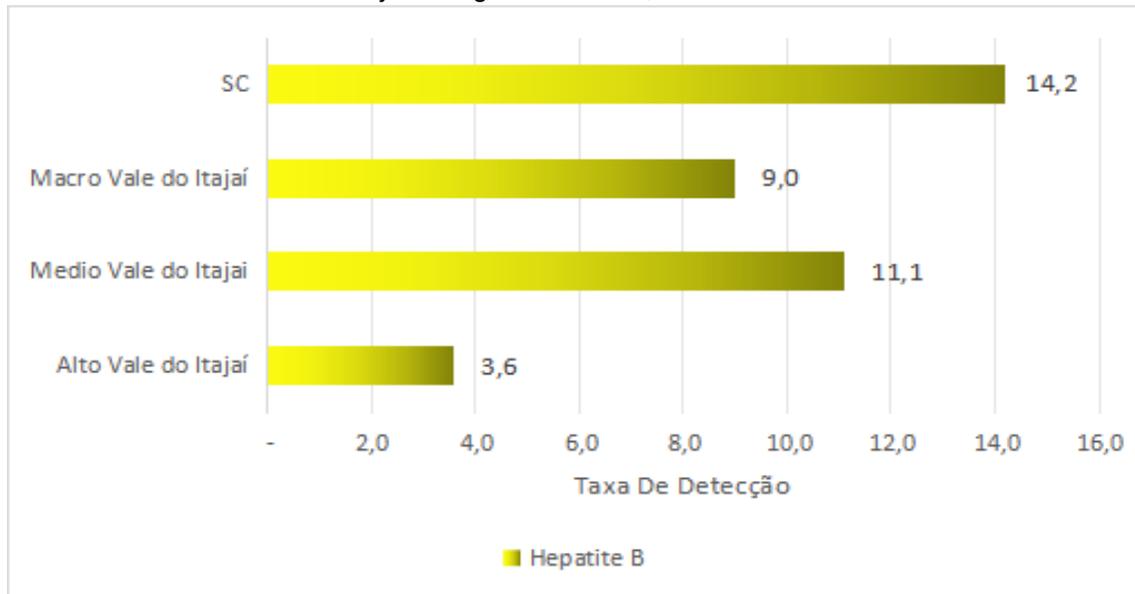


Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN. Dado acessado em 19/09/2024

- **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.

**Figura 13:** Taxa de Hepatite B ( Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião do Vale do Itajaí e Região de Saúde, Santa Catarina - 20



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

**Quadro 24 - Casos de Hepatite B (número absoluto e Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião do Vale do Itajaí e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023**

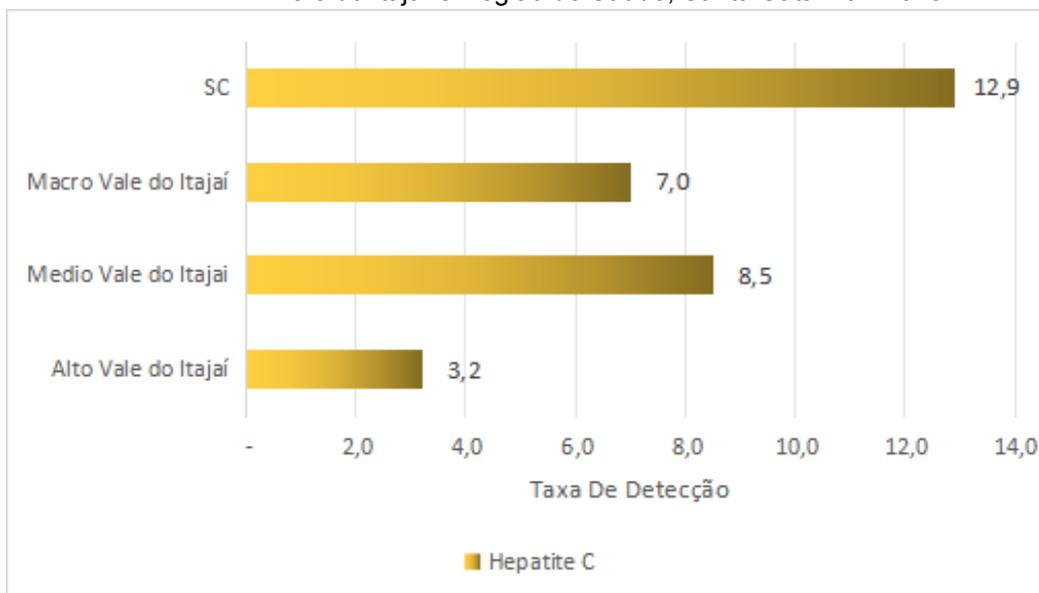
Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí	2023	
	nº	tx
Hepatite B		
Alto Vale do Itajaí	11	3,6
Médio Vale do Itajaí	90	11,1
Macro Região Vale Itajaí	101	9,0
Santa Catarina	1045	14,2

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

De maneira semelhante, as taxas de incidência desta macrorregional são inferiores à taxa estadual.

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

**Figura 14:** Taxa de Hepatite C ( Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião do Vale do Itajaí e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



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

**Quadro 25 - Casos de Hepatite C (número absoluto e Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião do Vale do Itajaí e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023**

Macrorregião de Saúde do Vale de Itajaí	2023	
	nº	tx
Hepatite C		
Alto Vale do Itajaí	10	3,2
Médio Vale do Itajaí	69	8,5
Macro Região Vale Itajaí	79	7,0
Santa Catarina	948	12,9

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

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

A tuberculose (TB) é uma doença transmissível, que conta com métodos eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento, sendo curável na maior parte dos casos. No entanto, em 2022, a TB foi a segunda principal causa de morte por um único agente infeccioso no Brasil, superada apenas pela doença do coronavírus SARS-CoV-2 (covid-19) (Brasil, 2024a). Ressalta-se, ainda, que mais de 80 mil pessoas continuam a adoecer por TB todos os anos no país. Mundialmente, em

2022, estima-se que 10,6 milhões de pessoas desenvolveram TB ativa, e que a doença causou 1,3 milhões de óbitos (OMS, 2023). Diante desse cenário, ações urgentes são necessárias para alcançar a meta adotada pelo governo brasileiro de eliminar a doença como problema de saúde pública até 2030, em consonância com as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) e antecipando a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2035 (OMS, 2022).

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

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

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

Considerando o número de casos novos de 2023 da Macrorregião do Vale do Itajaí destacamos a Região do Médio Vale do Itajaí com o alcance das metas para cura e abandono. Apresentou também um bom percentual de TDO de 78,3%, o que revela a relação das informações para o alcance das metas. Já a região do Alto Vale do Itajaí não alcançou as metas orientadas pelo MS que preconiza a cura de no mínimo 76% dos casos, a abandono de tratamento de no máximo 5% dos casos e TDO em 100% dos casos.

**Quadro 26** - Cura, abandono de tratamento e Tratamento Diretamente Observado (TDO), no ano de 2023, na Macrorregião do Vale do Itajaí, SC.

Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí	Casos	% Cura	% Abandono	% TDO
Alto Vale do Itajaí	35	63,6	20	22,9
Médio Vale do Itajaí	226	78,2	3,4	78,3

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

- **Proporção de Coinfecção TB/HIV/AIDS**

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

Desde 2015, SC vem apresentando uma testagem satisfatória, acima de 85% ao longo dos anos analisados (2015 a 2024), 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).

Considerando o ano de 2023, na análise do quadro abaixo, a Macrorregião do Vale do Itajaí apresenta a testagem para HIV acima de 90%, superando a meta preconizada do MS de 82%. No entanto, a Região do Alto Vale do Itajaí tem a taxa de coinfecção (19,4%) acima do estado (13,2%).

**Quadro 27** - Coinfecção TB/HIV nas regiões da Macrorregião do Vale do Itajaí, SC. 2023.

Macrorregião de Saúde do Vale de Itajaí	Nº de casos TB	% Coinfecção TB/HIV	% Testagem HIV
Alto Vale do Itajaí	35	19,4	91
Médio Vale do Itajaí	226	9,4	90,8

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

- **Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose**

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

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

Na análise do números de óbitos por tuberculose na Macrorregião do Vale do Itajaí em 2022, em números absolutos foi de 20 óbitos, segundo informações do SIM, apresentando uma taxa de óbitos por tuberculose de 2 óbitos por 100 mil habitantes, sendo uma taxa maior que a do estado (0,9) no ano de 2022. A Região do Médio Vale do Itajaí dentro da macrorregião foi a que apresentou a maior taxa, de 1,9 óbitos por tuberculose por 100 mil habitantes.

O quadro 26 traz o números de óbitos por tuberculose na Macrorregião do Vale do Itajaí no ano de 2023.

**Quadro 28 - Taxa de Mortalidade por tuberculose na Macrorregião do Vale do Itajaí no ano de 2023.**

Macrorregião de Saúde do Vale de Itajaí	Nº de óbitos	Taxa de Mortalidade	Taxa de mortalidade SC
Alto Vale do Itajaí	4	1 óbitos por 100 mil habitantes	0,99 óbitos por 100 mil habitantes
Médio Vale do Itajaí	16	1,9 óbitos por 100 mil habitantes	0,99 óbitos por 100 mil habitantes

Fonte: SES/DIVE/SIM/GEDIC. 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.

Destacamos a Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí com taxas de detecção no parâmetro de baixa endemicidade em suas Regiões de Saúde e sem ocorrência de casos novos em crianças.

**Quadro 29** - Taxa de detecção de casos novos de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos, por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, 2023.

Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí	2023	
	nº	tx
Alto Vale do Itajaí	4	1,29
Médio Vale do Itajaí	13	1,60
<b>Total Macro</b>	<b>17</b>	<b>1,51</b>
Menor de 15 anos		
<b>Total Macro</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>

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

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

Embora os resultados de média e baixa endemicidade sugiram situação de controle da doença, 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 do Vale do Itajaí não apresentou casos novos diagnosticados com grau 2, porém, 23% dos casos foram notificados com grau 1 de incapacidade física, conforme o quadro 30 Esse indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde.

**Quadro 30** - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 1 e 2 entre os casos avaliados no diagnóstico. Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí.

Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí	2023	
	Grau 1	Grau 2
Alto Vale do Itajaí	50,0	0,0
Médio Vale do Itajaí	11,1	0,0
Total Macro	23,1	0,0

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

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

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

**Quadro 31** - Casos suspeitos descartados para sarampo, laboratório e homogeneidade, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Vale do Itajaí. Santa Catarina, 2023\*

Macrorregião Vale do Itajaí	Região Alto Vale do Itajaí	Região Médio Vale do Itajaí
Vigilância	0	1
Laboratório	0	100%
Homogeneidade	46,43%	78,57%

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

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.

**Quadro 32** - Casos suspeitos descartados para rubéola, resultado laboratorial e homogeneidade, segundo a região de saúde, Macrorregião de Saúde Vale do Itajaí. Santa Catarina, 2023\*

Macrorregião Vale do Itajaí	Região Alto Vale do Itajaí	Região Médio Vale do Itajaí
Vigilância	0	0
Laboratório	0	0
Homogeneidade	46,43%	78,57%

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

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

O Tétano Acidental tem distribuição universal, com apresentação de quadro grave e alta taxa de letalidade. Estudos apontam para uma relação estreita entre as condições de vida e padrões culturais da população, influenciando decisivamente nos indicadores epidemiológicos da doença, que se mantêm como um grave problema de saúde pública. Com elevado custo social e econômico, a infecção

resulta em tratamentos prolongados, que geralmente ocorrem em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A doença pode ser prevenida através da vacinação, que gera imunidade permanente e está disponível em toda a rede pública.

Não houve casos de tétano acidental na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí no ano de 2023.

- **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.

Na análise dos indicadores operacionais, a Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí, na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, realizou 83,33% de coletas de nasofaringe e 100% dos casos foram encerrados oportunamente.

**Quadro 33** - Indicadores da Coqueluche, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí. Santa Catarina, 2023\*

Macrorregião do Vale do Itajaí	Incidência	Letalidade (%)	Coleta de nasofaringe (%)	Encerramento oportuno (%)
Região Alto Vale do Itajaí	0	0	-	-
Região Médio Vale do Itajaí	0,12	0	83,33	100

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

- **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 da Paralisia Flácida Aguda (PFA) na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí (Quadro 34) foi observado que a Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí e Médio Vale do Itajaí atingiram todos os indicadores no ano de 2023.

**Quadro 34** - Indicadores operacionais de vigilância da Paralisia Flácida Aguda/Pólio, segundo a região de saúde, Vale do Itajaí. Santa Catarina, 2023\*

Macrorregião Vale do Itajaí	Meta	Região Alto Vale do Itajaí	Região Médio Vale do Itajaí
Taxa de notificação	2/100.000hab.	100%	100%
Investigação oportuna	80%	100%	100%
Coleta oportuna	80%	100%	100%
Notificação semanal	80%	95%	95%

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

- **Incidência e Letalidade das Meningites, por Etiologia**

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

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

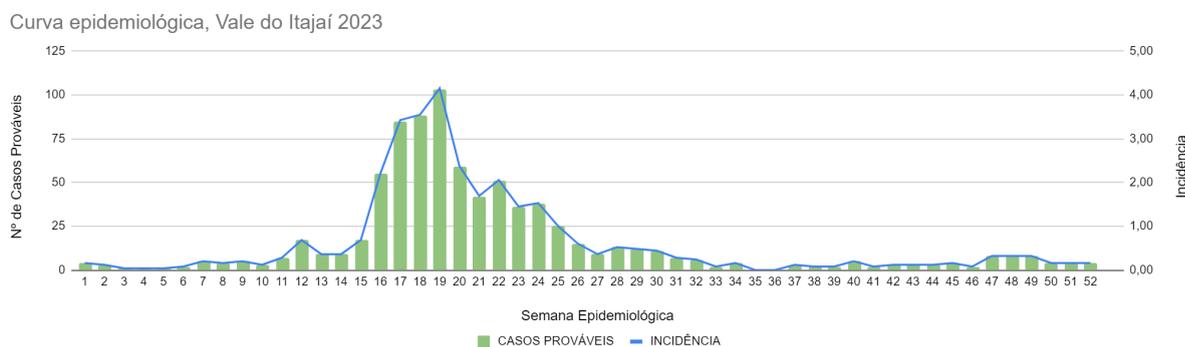
Na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí, observou-se uma incidência de 0,96 casos por 100.000hab nas meningites por outras bactérias e meningite não especificada, 1,61 casos por 100.000hab. nas meningites por pneumococo e 0,32 casos por 100.000hab. nas meningites causadas por tuberculose. Na Região do Vale do Itajaí observou-se uma letalidade de 100% nas meningites causadas por tuberculose.

Na Região do Médio Vale do Itajaí, a incidência de meningite por outras bactérias foi de 3,93 casos por 100.000 hab nesta região foi registrado uma letalidade de 50% nas meningites causadas por outras etiologias e 33, 33% nas meningites pneumocócicas.

- **Casos de Dengue por Semana Epidemiológica do Início dos Sintomas**

Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, foram registrados 814 casos prováveis, o que representa uma incidência acumulada de 32,83 casos por 100 mil habitantes (Figura 15; Quadro 35). Nesta Macrorregião, a SE 19 apresentou o maior número de casos prováveis de dengue. A Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí obteve a maior incidência de casos, com registro de 94,94 casos por 100 mil habitantes.

**Figura 15:** Casos prováveis e incidência por semana epidemiológica, Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, 2023.



Fonte: SES/SC,2024

**Quadro 35** - Relação de casos prováveis e incidência acumulada de casos para a Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, 2023.

	<b>Casos</b>	<b>Incidência</b>
Macrorregião Vale do Itajaí	814	32,83
Região Alto Vale do Itajaí	35	11,55
Região Médio Vale do Itajaí	779	94,94

Fonte: SES/SC,2024

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

Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí foi confirmado 01 óbito e a letalidade geral foi de 0,12% (Quadro 36).

**Quadro 36** - Relação de óbitos e letalidade para a Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, 2023.

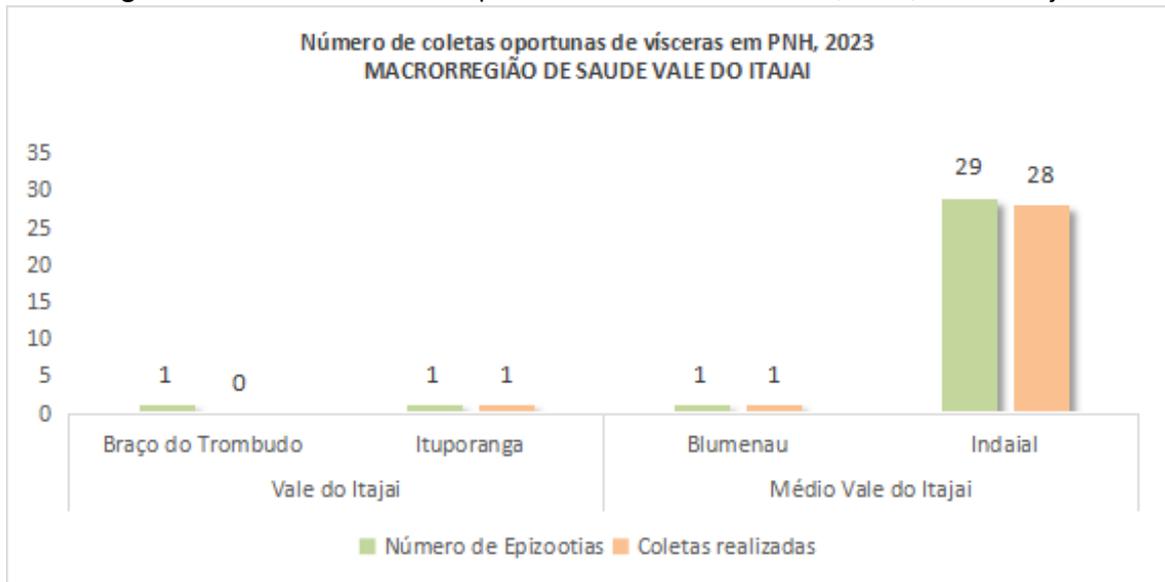
	<b>Óbitos</b>	<b>Letalidade</b>
<b>Macrorregião Vale do Itajaí</b>	0	0,12
Região Alto Vale do Itajaí	0	0,00
Região Médio Vale do Itajaí	1	0,12

Fonte: SES/SC,2024

- **Número de Coletas Oportunas de Vísceras em PoliPNH**

No ano de 2023, a Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, notificou 32 epizootias em PNH com 30 coletas oportunas realizadas (94%). Na figura abaixo, é possível observar a estratificação por Região de Saúde e seus municípios que tiveram estes registros.

**Figura 16:** Número de coletas oportunas de vísceras em PNH, 2023, Vale do Itajaí



Fonte: SINAN, 2023

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

No ano de 2023, das 32 epizootias em PNH registradas, apenas 30 tiveram vísceras coletadas em tempo oportuno. Em nenhuma delas foi identificado o vírus amarílico.

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

Foram notificados 5 casos humanos suspeitos de Febre Amarela, sendo 01 caso na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí (Ibirama) e 04 casos na Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí (02 casos em Blumenau e 02 casos em Timbó). Todos os casos suspeitos foram descartados para a doença.

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

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

A vigilância de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos por SRAG e, tem como objetivo identificar o comportamento do vírus e o perfil epidemiológico da síndrome no país. A partir da pandemia de COVID-19, a vigilância de SRAG passou

a ter caráter universal, ou seja, todos os casos de SRAG internados/óbitos deverão ser obrigatoriamente notificados.

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

Em 2023, a Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí apresentou 17 casos de influenza na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí, com 1 óbito, resultando em uma letalidade de 5,8%. Já na Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí, foram registrados 47 casos e 3 óbitos, com uma letalidade de 6,3 (Figura 17).

**Figura 17** - Número de casos, óbitos e letalidade de SRAG por Influenza, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí. Santa Catarina, 2023\*

Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí	ANO		
	2023		
	casos	óbitos	letalidade (%)
Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí	17	1	5,8
Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí	47	3	6,3

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

### ● Número de Casos Confirmados de COVID-19

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

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

outras variantes de preocupação já haviam circulado globalmente, incluindo Alfa, Beta, Gama e Delta.

A análise dos dados do período de 2020 (início da transmissão da doença) até 2023 mostra o maior pico de transmissão entre as primeiras semanas de 2022, com a variante Ômicron, resultando em um rápido aumento na transmissão. Em fevereiro de 2022, os casos diminuíram rapidamente, com novos picos em abril e novembro devido à sublinhagem BQ.1.1.

Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, a Região de Saúde Médio Vale do Itajaí registrou 162 casos e 34 óbitos, resultando em 21% de letalidade. Já na Região de Saúde Alto Vale do Itajaí foram registrados 42 casos e 16 óbitos, sendo a letalidade de 38,1%, a mais alta do estado.

**Quadro 37** - Número de casos, óbitos e letalidade de SRAG por COVID-19, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí. Santa Catarina, 2023\*

Macrorregião Vale do Itajaí	casos	óbitos	letalidade (%)
Região Alto Vale do Itajaí	42	16	38,1
Região Médio Vale do Itajaí	162	34	21,0

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

- **Número de Acidentes por Animais Peçonhentos**

Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, com uma população de 1.122.776 habitantes, foram registrados 1.124 acidentes envolvendo animais peçonhentos. A maioria desses acidentes foi causada por aranhas, totalizando 740 casos, o que faz desse tipo de acidente o mais frequente na região. Além disso, ocorreram 119 acidentes envolvendo serpentes, 48 acidentes com escorpiões, 89 acidentes relacionados a lagartas, 87 acidentes com abelhas, e 41 acidentes atribuídos a outros tipos de animais peçonhentos.

Na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí, com uma população de 309.808 habitantes, foram registrados 728 acidentes. Destacam-se os 493 casos envolvendo aranhas, seguidos por 36 acidentes com serpentes. Também foram registrados 35 acidentes com escorpiões, 68 casos envolvendo lagartas, 70 acidentes com abelhas, e 26 acidentes causados por outros animais peçonhentos.

Já na Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí, com uma população de 812.968 habitantes, apresentou 396 acidentes com animais peçonhentos. A maior parte desses acidentes envolveu aranhas, com 247 casos, seguidos por 83

acidentes com serpentes. Além disso, foram registrados 13 acidentes com escorpiões, 21 casos envolvendo lagartas, 17 acidentes com abelhas, e 15 casos relacionados a outros tipos de animais peçonhentos.

Esses números indicam que os acidentes com aranhas são os mais prevalentes em ambas Regiões de Saúde da Macrorregião do Vale do Itajaí, com destaque para a Região do Alto Vale do Itajaí, que apresentou o maior número de registros.

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

A Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí apresentou 78 casos de leptospirose, e incidência de 7 casos por 100 mil hab., não houve óbitos.

A incidência variou significativamente entre as Regiões de Saúde do Alto Vale do Itajaí (12,27 por 100 mil hab) e Médio Vale do Itajaí (4,92 por 100 mil hab.), sendo relativamente mais alta na Região do Alto Vale quando comparadas.

- **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.

- **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 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.

**Quadro 38** - Número de casos notificados de DTHA, por agravo, por Região de Saúde, Macrorregião, 2023.

Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí	Casos Suspeitos 2023
<b>Região Alto Vale do Itajaí</b>	
Botulismo	0
Cólera	0
DCJ	1
Febre Tifóide	0
Rotavírus	0
Surto DTHA	0
<b>Região Médio Vale do Itajaí</b>	
Botulismo	0
Cólera	0
DCJ	0
Febre Tifóide	0
Rotavírus	65
Surto DTHA	250
Total	316

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

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

A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), por sua vez, é um agravo que, quando notificado, geralmente é encerrado como caso provável, devido à necessidade de

uma série de exames para confirmação. Um fator agravante é a ausência de um laboratório na rede capaz de realizar o exame confirmatório por meio de necropsia.

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

- **Cenário de vacinação**

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

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

Nesta análise, apresentamos a cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil destinadas a crianças menores de 1 ano e com 1 ano de idade na Macrorregião do Vale do Itajaí que abrange a Região do Alto Vale do Itajaí e Médio Vale do Rio Itajaí, no período de 2023. As metas de cobertura variam de acordo com o imunobiológico sendo estabelecidas em 95% para as vacinas: Pentavalente, Meningo C, Pólio Inativada, Pneumo 10, Tríplice Viral e Febre Amarela; de 90% para BCG e Rotavírus.

Situação das coberturas vacinais em crianças menores de 1 ano e 1 ano, por Região de Saúde no período de 2023.

A Região de Saúde Alto Vale do Itajaí alcançou a cobertura vacinal preconizada apenas para rotavírus (90,59%) e para Meningo C (99,24%) e a vacina

que apresentou menor cobertura vacinal foi a BCG (82,31%). Na Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí as vacinas Rotavírus (90,88%), Meningo C (102,27%) e VTV (97,15%) atingiram a meta preconizada (Quadro 39).

**Quadro 39 - Cobertura Vacinal em crianças menores de 1 ano e 1 ano, 2023**

Vacina	Alto Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí
BCG	82,31%	72,09%
Rotavírus	90,59%	90,88%
Pentavalente	89,52%	90,57%
Pneumo 10	84,56%	92,05%
Pólio inativada	90,07%	91,12%
Meningo C	99,24%	102,27%
Tríplice Viral	94,96%	97,15%
Hepatite A	83,35%	92,28%
Febre Amarela	82,97%	84,22%

Fonte: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_CALENDARIO\\_NACIONAL\\_COBERTURA\\_RESIDENCIA/SEIDIGI\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_CALENDARIO\\_NACIONAL\\_COBERTURA\\_RESIDENCIA.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html) <http://sipni.datasus.gov.br> . Pesquisa realizada em 05/09/2024

Para a Macrorregião do Vale do Itajaí, em 2023, as vacinas meningo C e VTV alcançaram a meta de vacinação (Quadro 40): sendo 101,31% e 96,52% respectivamente. A vacina com menor cobertura vacinal foi a da Febre Amarela com 83,85%.

**Quadro 40 - Cobertura Vacinal em crianças menores de 1 ano e 1 ano, Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, 2023**

Vacina	Cobertura Vacinal
BCG	75,10%
Rotavírus	90,77%
Pentavalente	90,24%
Pneumo 10	92,17%
Pólio inativada	90,79%
Meningo C	101,31%

Vacina	Cobertura Vacinal
BCG	75,10%
Tríplice Viral	96,52%
Hepatite A	89,61%
Febre Amarela	83,85%

Fonte: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_CALENDARIO\\_NACIONAL\\_COBERTU](https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTU)

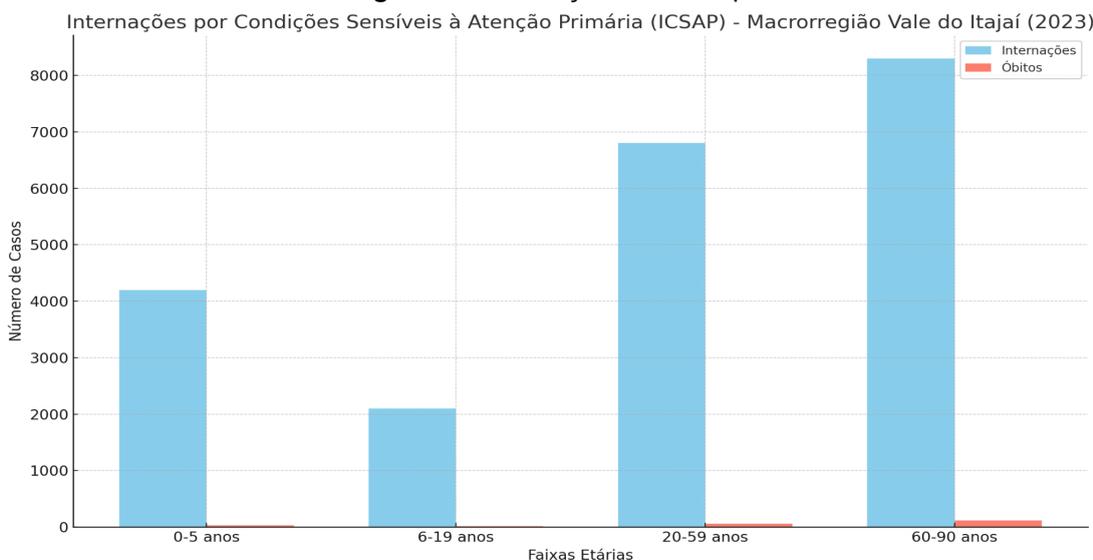
- **Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde - ICSAP**

As internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) são um importante indicador da eficácia da Atenção Primária à Saúde (APS) em uma determinada região. As ICSAP se referem a internações que poderiam ter sido evitadas por meio de cuidados básicos e eficazes, acompanhamento regular, e estratégias de prevenção. Essas condições incluem uma ampla variedade de doenças que, se bem tratadas no nível da atenção primária, não progrediram para complicações graves que necessitam de internação hospitalar.

Na Macrorregião de Saúde Vale do Itajaí, os dados de 2023, fornecidos pelo CIEGES, destacam o impacto das ICSAP entre diferentes faixas etárias. Cada grupo etário apresenta vulnerabilidades específicas que refletem a necessidade de políticas e ações direcionadas.

A figura abaixo, baseada nos dados do CIEGES de 2023, mostra as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na Macrorregião Vale do Itajaí por faixa etária, incluindo o número de internações e óbitos.

**Figura 18: Internações e óbitos por ICSAP**



Fonte: DAPS, 2024

Para apresentar as principais causas de internação por causas sensíveis à Atenção Primária por ciclo de vida, buscamos como base o ano de 2023 e as faixas etárias entre 0 e 5 anos, 6 a 19 anos, 20 a 59 anos e 60 a 90 anos.

- Principais Causas de ICSAP, por ciclo de vida

Para apresentar as principais causas de internação por causas sensíveis à Atenção Primária por ciclo de vida, buscamos como base o ano de 2023 e as faixas etárias entre 0 e 5 anos, 6 a 19 anos, 20 a 59 anos e 60 a 90 anos.

Na faixa etária de **0 a 5 anos**, as doenças respiratórias foram as principais causas de internação, somando 4.200 internações no ano de 2023. As condições mais prevalentes foram:

- Pneumonia : responsável por 1.800 internações , essa condição indica a necessidade de fortalecer ações de prevenção, como a vacinação infantil e o acompanhamento pediátrico regular.
- Bronquiolite aguda : infectada 1.100 internações , sendo frequentemente desencadeada por infecções virais como o vírus sincicial.
- Asma (não especificado) : registrado 850 internações , destacando a importância do controle adequado de fatores ambientais que influenciam crises de asma.

Entre as crianças de 0 a 5 anos, foram registrados **32 óbitos** devido a complicações relacionadas a essas condições, o que aponta para a vulnerabilidade dessa faixa etária e a necessidade de intervenções mais específicas.

Entre os **jovens de 6 a 19 anos**, destacam-se as doenças crônicas e condições que desativam um controle contínuo. Foram registradas 2.100 internações no total, sendo as principais causas:

- Diabetes Mellitus : responsável por 700 internações ; muitas vezes, as complicações surgem devido à falta de controle glicêmico adequado.
- Asma : com 600 internações , a asma continua a ser um fator importante nessa faixa etária.
- Infecções respiratórias : somaram 500 internações , destacando a necessidade de ações preventivas e manejo adequado de crises.

Houve um registro de 15 óbitos entre os adolescentes e jovens devido às complicações dessas condições, evidenciando a necessidade de um manejo mais rigoroso e um acompanhamento constante na atenção primária.

Na faixa etária de **20 a 59 anos**, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram as principais causas de internação, totalizando 6.800 internações em 2023:

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) : foi responsável por 2.200 internações , evidenciando o impacto do controle inadequado da pressão arterial.
- Insuficiência Cardíaca : comprovada em 1.800 internações , diminui falhas no manejo contínuo de pacientes hipertensos e diabéticos.
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) : foi responsável por 1.400 internações , principalmente em pacientes com histórico de tabagismo.

Nesta faixa etária, foram registrados 58 óbitos , reforçando a importância de ações preventivas e de educação em saúde voltadas para o autocuidado e a adesão ao tratamento.

Entre os **idosos de 60 a 90 anos**, as doenças cardiovasculares foram predominantes, somando 8.300 internações no ano:

- Acidente Vascular Cerebral (AVC) : foi a principal causa de internação, com 2.800 casos , diminuindo falhas no controle dos fatores de risco.

→ Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) : responsável por 2.200 internações , reforçar a necessidade de um acompanhamento próximo e um controle rigoroso dos fatores de risco, como colesterol e hipertensão.

→ Insuficiência Cardíaca : somou 1.900 internações , muitas vezes ligada ao controle inadequado de comorbidades como diabetes e hipertensão.

Foram registrados 120 óbitos entre os idosos devido a complicações cardiovasculares, o que demonstra a necessidade de uma maior integração entre a atenção primária e os serviços especializados, envolvendo um manejo mais eficaz das comorbidades.

- **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).

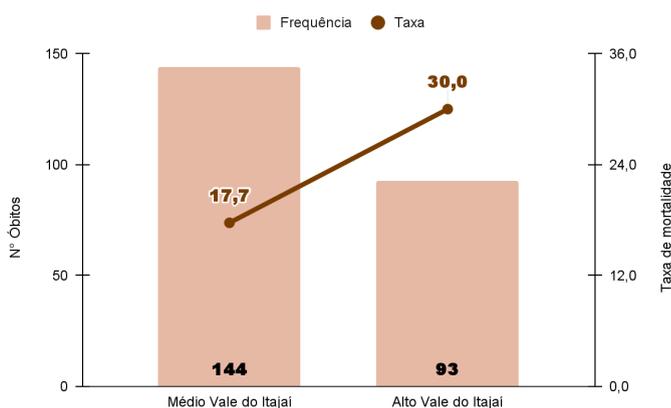
Esse dado revela a relevância dos acidentes de trânsito como uma das principais causas de morte e reforça a necessidade de políticas públicas voltadas à prevenção de acidentes, à melhoria da segurança viária e ao fortalecimento das ações de educação no trânsito. A alta taxa de mortalidade também sugere 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.

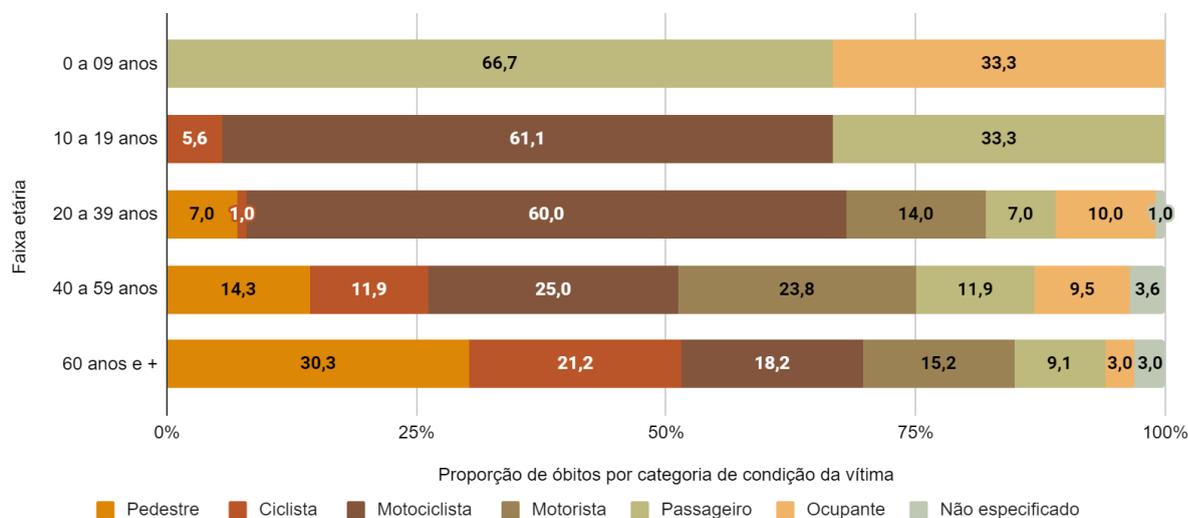
**Figura 19:** Taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre (por 100 mil hab.), por região de saúde. Macrorregião do Vale do Itajaí de Santa Catarina, 2023\*.



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

O total de óbitos ocorridos em 2023, por ATT nas regiões Médio Vale do Itajaí e Alto Vale do Itajaí foram respectivamente 144 e 93. Na região de saúde do Médio Vale do Itajaí as maiores frequências ocorreram em Blumenau (53 óbitos) e Brusque (29 óbitos). Enquanto na região do Alto Vale do Itajaí as maiores frequências ocorreram em Rio do Sul (25 óbitos) e Taió (09 óbitos).

**Figura 20:** Proporção de óbito por acidente de transporte terrestre por faixa etária e categoria de condição da vítima. Macrorregião do Vale do Itajaí de Santa Catarina, 2023\*



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

Na Figura 20 tem-se a distribuição dos óbitos decorrentes dos ATT na macrorregião do Vale do Itajaí do Estado, de acordo com a faixa etária e com a categoria de condição da vítima no ano de 2023. Os maiores percentuais em cada faixa etária foram: 0 a 9 anos - passageiro (66,7%); 10 a 19 anos - motociclista (61,1%) e passageiro (33,3%); 20 a 39 anos - motociclista (60,0%) e motorista (14,0%); 40 a 59 anos - motociclista (25,0%) e motorista (23,8%); 60 anos e mais - pedestre (30,3%) e ciclista (21,2%).

Na região do Médio Vale do Itajaí, os dados obtidos mostram que as mortes relacionadas aos ATT predominaram no público masculino, ocupando 85,4% das mortes (126). Em primeiro lugar foram os motociclistas traumatizado em colisão comum automóvel (carro, pick up ou caminhonete), totalizando 57 óbitos ao sexo masculino e 10 óbitos ao sexo feminino. A partir do segundo lugar, as principais causas de mortes por ATT diferiram entre o sexo masculino e feminino. Para os indivíduos do sexo masculino foram os acidentes envolvendo motoristas (21 óbitos), seguidos dos pedestres (14 óbitos). Já no sexo feminino, foram os óbitos causados por acidentes envolvendo pedestres e passageiro de automóvel, resultando em 03 óbitos em cada modalidade de transporte.

Na região do Alto Vale do Itajaí, as mortes relacionadas aos ATT também predominaram no público masculino, com 69,1% das mortes (65). As principais causas de morte por ATT para os indivíduos do sexo masculino foram os acidentes

com motociclistas (25 óbitos); seguidos de motoristas de veículos (14 óbitos) e pedestres (08 óbitos). Relacionados ao sexo feminino, a principal causa de mortes por ATT foi entre as passageiras (11 óbitos), seguidos por motociclistas (06 óbitos) e ocupante de automóvel (05 óbitos).

**Quadro 41** - Número de óbitos por acidentes, nas regiões de saúde do estado de SC, entre os anos 2017 e 2022.

Região	Ano do óbito						Total
	2022	2021	2020	2019	2018	2017	
<b>Santa Catarina</b>	<b>804</b>	<b>837</b>	<b>876</b>	<b>875</b>	<b>839</b>	<b>907</b>	<b>5138</b>
Oeste Catarinense	153	195	189	158	187	190	1072
Norte Catarinense	148	150	146	131	137	130	842
Serrana	91	85	100	86	71	88	521
<b>Vale do Itajaí</b>	<b>213</b>	<b>192</b>	<b>226</b>	<b>255</b>	<b>219</b>	<b>259</b>	<b>1364</b>
Grande Florianópolis	101	116	115	135	139	119	725
Sul Catarinense	98	99	100	110	86	121	614

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

De acordo com o quadro abaixo, a taxa de mortalidade por ATT no ano de 2014 foi mais elevada no Meio Oeste (44,8), enquanto as regiões do Alto Vale do Itajaí e Serra Catarinense apresentaram as mesmas taxas em 2015 (36,5). No ano de 2016 (33,2) e 2017 (34,6) em Xanxerê. A região que registrou menor taxa foi a Carbonífera nos anos de 2014 (20,7) e 2015 (17,3), seguida pela Grande Florianópolis em 2016 (18,2) e 2017 (16,6).

**Quadro 42** - Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre (por 100.000 hab.) nas 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014-2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	69	30,0	73	31,6	58	25,1	46	19,8
Oeste	97	28,4	74	21,4	90	25,7	99	28,0
Xanxerê	61	31,0	66	33,4	66	33,2	69	34,6
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>94</b>	<b>33,0</b>	<b>105</b>	<b>36,5</b>	<b>90</b>	<b>31,0</b>	<b>89</b>	<b>30,4</b>
Foz do Rio Itajaí	150	23,7	121	18,6	135	20,3	142	20,8
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>227</b>	<b>31,0</b>	<b>175</b>	<b>23,5</b>	<b>146</b>	<b>19,3</b>	<b>169</b>	<b>21,9</b>

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Grande Florianópolis	253	22,8	218	19,3	210	18,2	194	16,6
Meio Oeste	84	44,8	50	26,5	51	26,9	47	24,6
Alto Vale Rio do Peixe	69	24,1	71	24,6	68	23,4	64	21,9
Alto Uruguai Catarinense	38	26,0	30	20,5	32	21,8	37	25,1
Nordeste	274	28,7	210	21,6	200	20,2	200	19,8
Planalto Norte	105	28,4	99	26,6	69	18,5	65	17,3
Serra Catarinense	111	38,2	106	36,5	72	24,8	71	24,5
Extremo Sul Catarinense	63	32,7	41	21,1	37	18,8	46	23,1
Carbonífera	86	20,7	73	17,3	90	21,1	84	19,5
Laguna	93	26,3	76	21,3	100	27,7	84	23,1
<b>Santa Catarina</b>	<b>1874</b>	<b>27,9</b>	<b>1588</b>	<b>23,4</b>	<b>1514</b>	<b>22,0</b>	<b>1506</b>	<b>21,6</b>

Fonte: SIM/DIVE/SES/SC; IBGE

Verifica-se que a macrorregião de saúde do Vale do Itajaí, produziu o maior número de óbitos por acidentes de trânsito no estado. Isto se deve por uma série de fatores, em especial fatores comportamentais dos motoristas, que não condizem com as boas práticas do volante, associadas a isso, temos na região do Vale do Itajaí, o pior trecho da BR 470 e rodovias estaduais sinuosos, sem áreas de escape, rodovias que cortam áreas urbanizadas e alto fluxo de veículos pesados utilizados no transporte da produção industrial e agrícola.

**Quadro 43** - Número de óbitos por acidentes de trânsito, por município de residência, entre os anos 2019 e 2021

Município	2019	2020	2021	Total
AGROLÂNDIA	1	2	2	5
AGRÔNÔMICA	5	1	2	8
APIÚNA	8	1	4	13
ASCURRA	2	6	2	10

Município	2019	2020	2021	Total
AURORA	2	2	2	6
BENEDITO NOVO	2	2	2	6
BLUMENAU	69	44	57	170
BOTUVERÁ	1	2	1	4
BRACO DO TROMBUDO	2	-	-	2
BRUSQUE	24	24	32	80
CHAPADÃO DO LAGEADO	-	-	1	1
DONA EMMA	1	1	2	4
DOUTOR PEDRINHO	1	1	1	3
GASPAR	20	21	11	52
GUABIRUBA	4	1	5	10
IBIRAMA	8	4	3	15
IMBUIA	2	2	2	6
INDAIAL	22	15	18	55
ITUPORANGA	15	14	5	34
JOSÉ BOITEUX	-	2	-	2
LAURENTINO	3	4	4	11
LONTRAS	-	9	5	14
MIRIM DOCE	-	-	1	1
PETROLÂNDIA	3	1	2	6
POMERODE	5	3	-	8
POUSO REDONDO	11	4	5	20
PRESIDENTE GETÚLIO	4	7	4	15
RIO DO CAMPO	3	1	3	7
RIO DO OESTE	2	2	-	4
RIO DOS CEDROS	4	-	2	6
RIO DO SUL	22	15	12	49
RODEIO	2	6	6	14
SALETE	-	1	1	2

Município	2019	2020	2021	Total
SANTA TEREZINHA	3	-	-	3
TAIÓ	6	2	6	14
TIMBÓ	11	9	4	24
TROMBUDO CENTRAL	4	1	2	7
VIDAL RAMOS	1	-	6	7
WITMARSUM	1	1	1	3
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>212</b>	<b>218</b>	<b>705</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

No quadro acima, é possível observar o grandioso número de óbitos ocasionados por acidentes/sinistros de trânsito. Em sua grande maioria, tratam-se de óbitos de pessoas em idade precoce, produtivas economicamente, o que leva ao inchaço dos serviços de saúde e também, produz repercussão social para as famílias e para o setor econômico.

**Quadro 44** - Números dos acidentes ocorridos nas rodovias estaduais na região do Vale do Itajaí, entre 2018 e 2022

Posto PMRV	Total de Acidentes	Acidentes com feridos	Número de Feridos leves	Número de Feridos Graves	Mortos (no local)
Blumenau	574	217	207	63	24
Taió	3079	1612	1446	644	88
Aurora	1654	1092	804	288	60
<b>Total</b>	<b>5307</b>	<b>2921</b>	<b>2457</b>	<b>995</b>	<b>172</b>

Fonte: Polícia Militar Rodoviária de Santa Catarina

No quadro acima, não estão contabilizados os acidentes em vias municipais e rodovias federais.

- **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 45 -** Notificações de agravos relacionados ao trabalho Macro do Vale do Itajaí em 2023

Acid. Mat. Bio.	Acid. Grave	Câncer Trab.	Derm. Ocup.	Intox. Exóg.	LER/ DORT	PAIR	Pneu moc.	Tr. Mental	Total
188	823	52	1	485	12	0	0	3	1561

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).

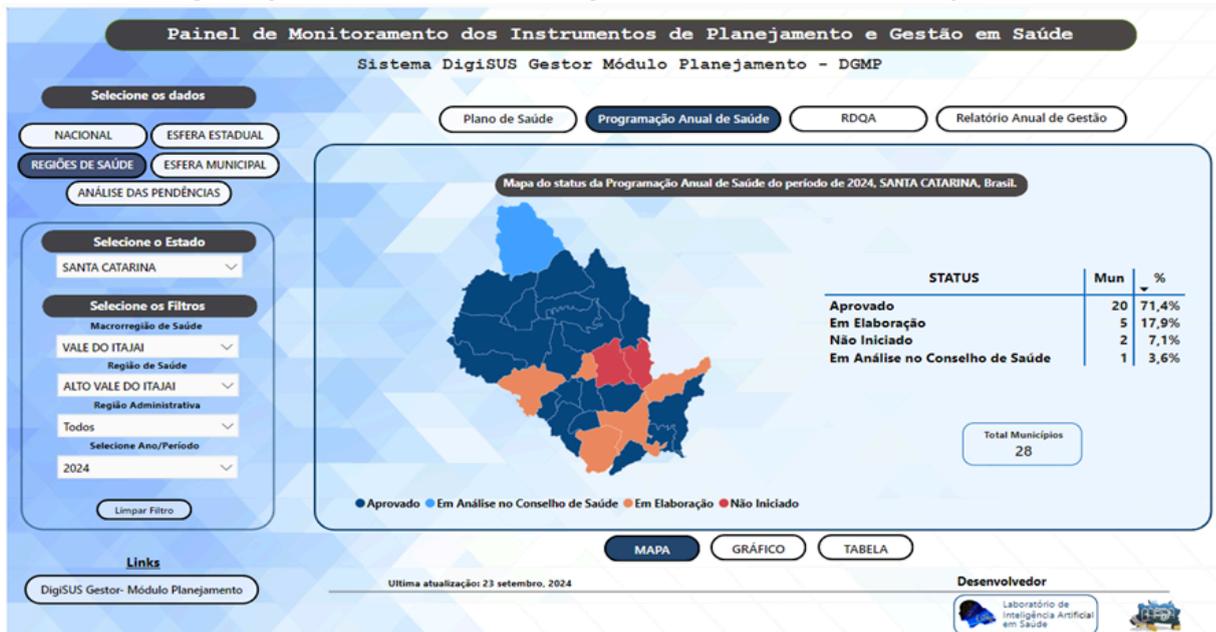
Esses instrumentos são documentos oficiais e obrigatórios para as três esferas de gestão do SUS, e interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento e gestão.

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 do Vale do Itajaí.

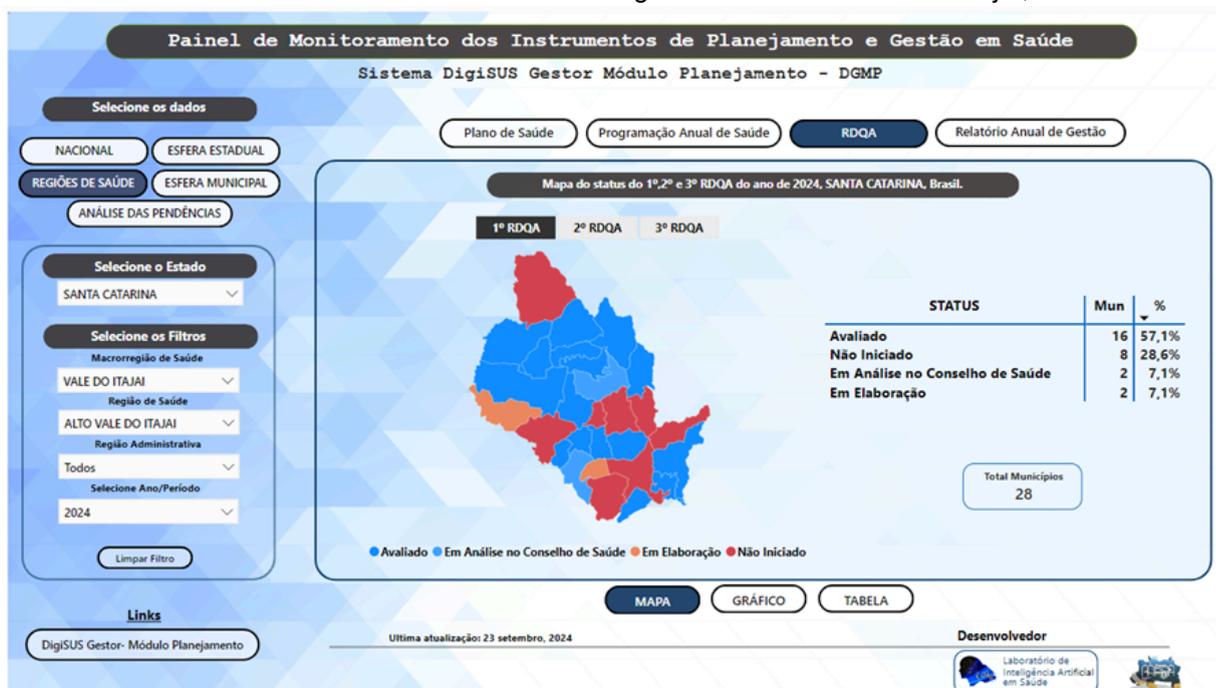
Abaixo seguem informações da Região de Saúde Alto Vale do Itajaí:

**Figura 21:** Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde da Região de Saúde Alto Vale do Itajaí, 2024.



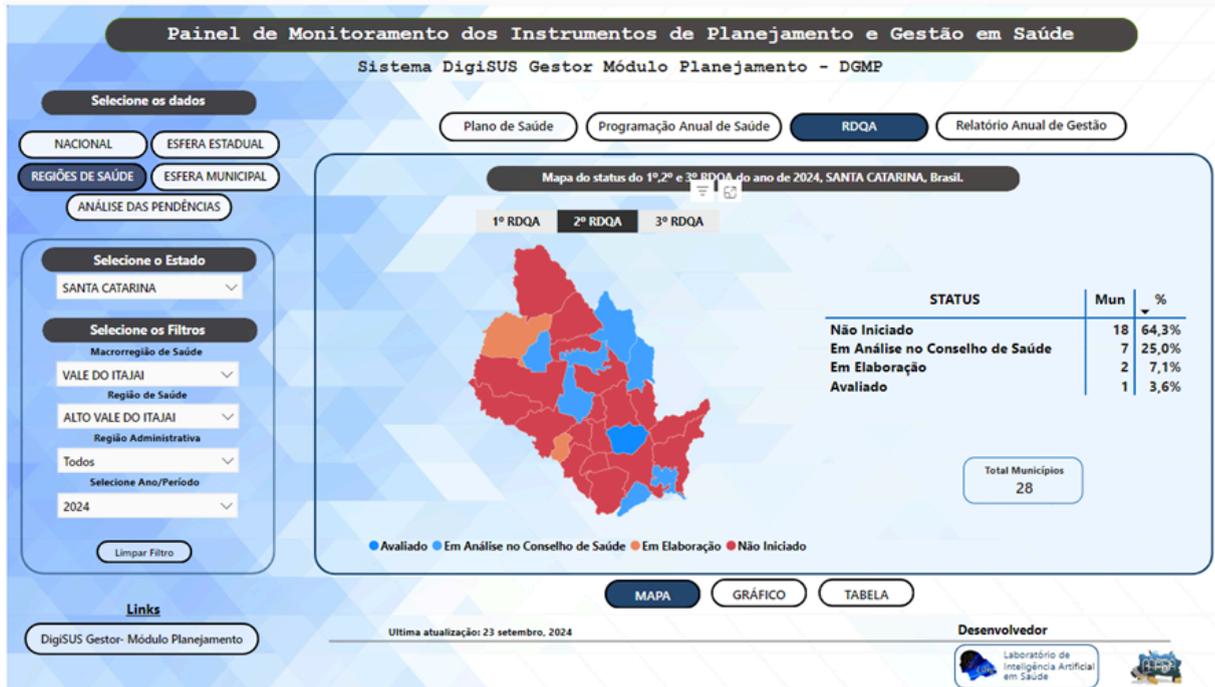
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

**Figura 22:** Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região de Saúde Alto Vale do Itajaí, 2024.



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

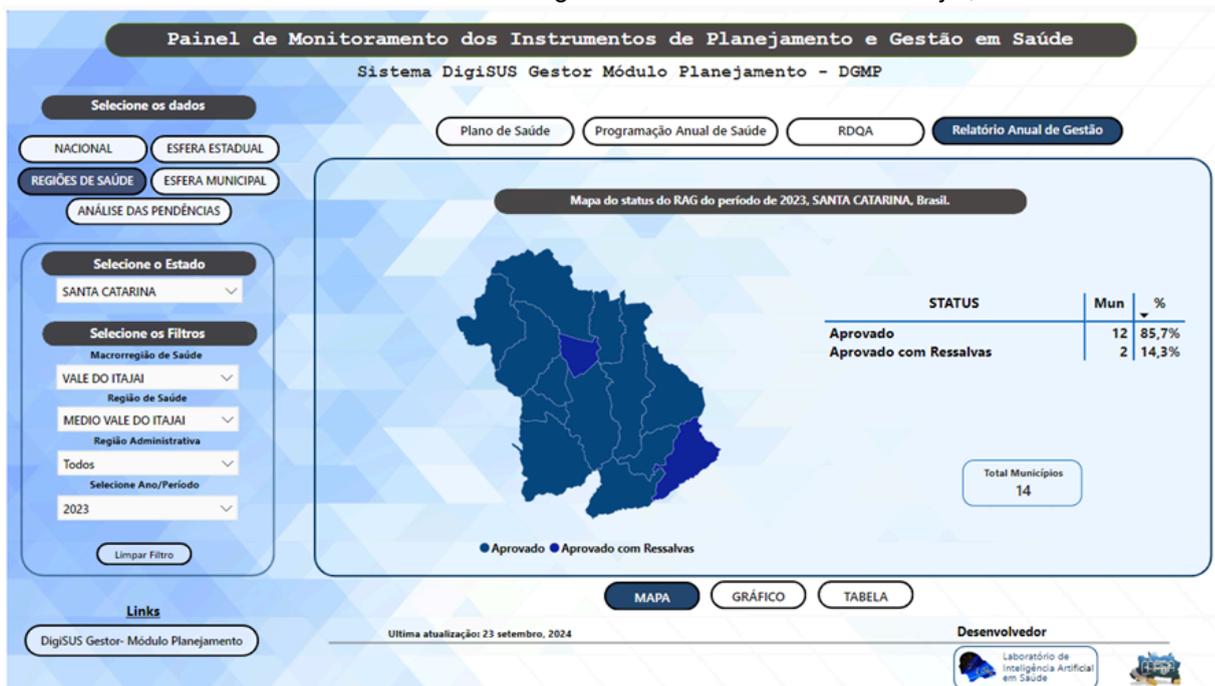
**Figura 23:** Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região de Saúde Alto Vale do Itajaí, 2024.



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.

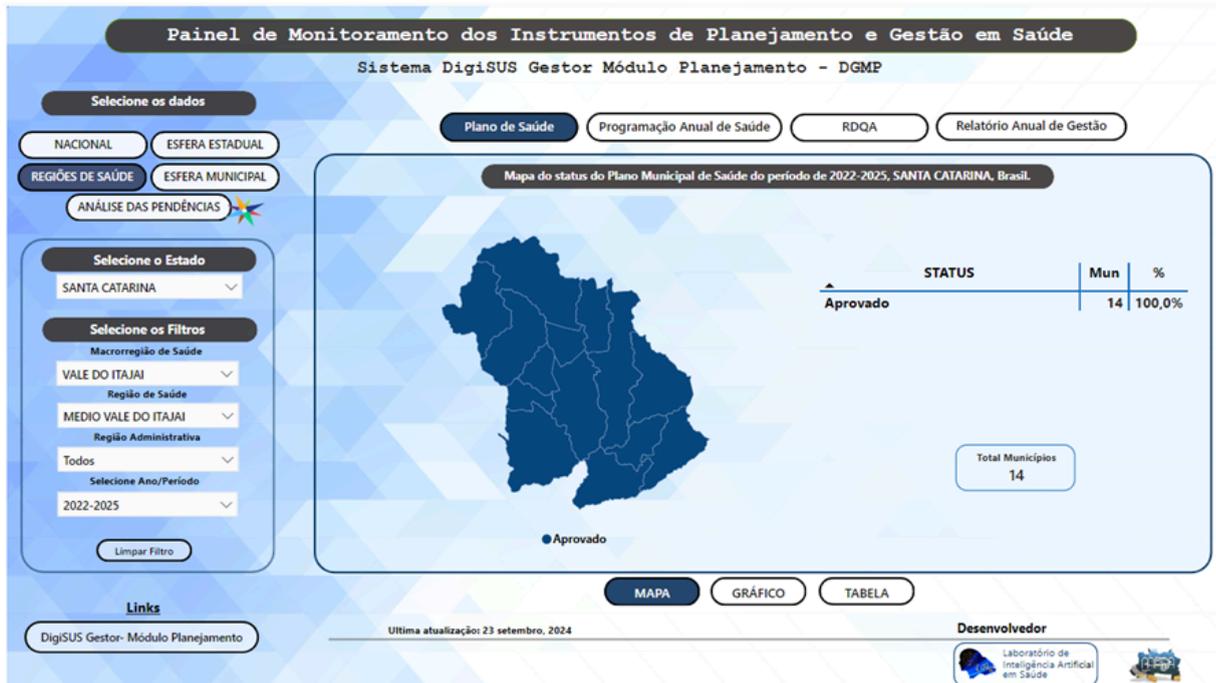
A seguir, seguem informações da Região de Saúde Médio Vale do Itajaí:

**Figura 24:** Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Relatório Anual de Gestão da Região de Saúde Médio Vale do Itajaí, 2023.



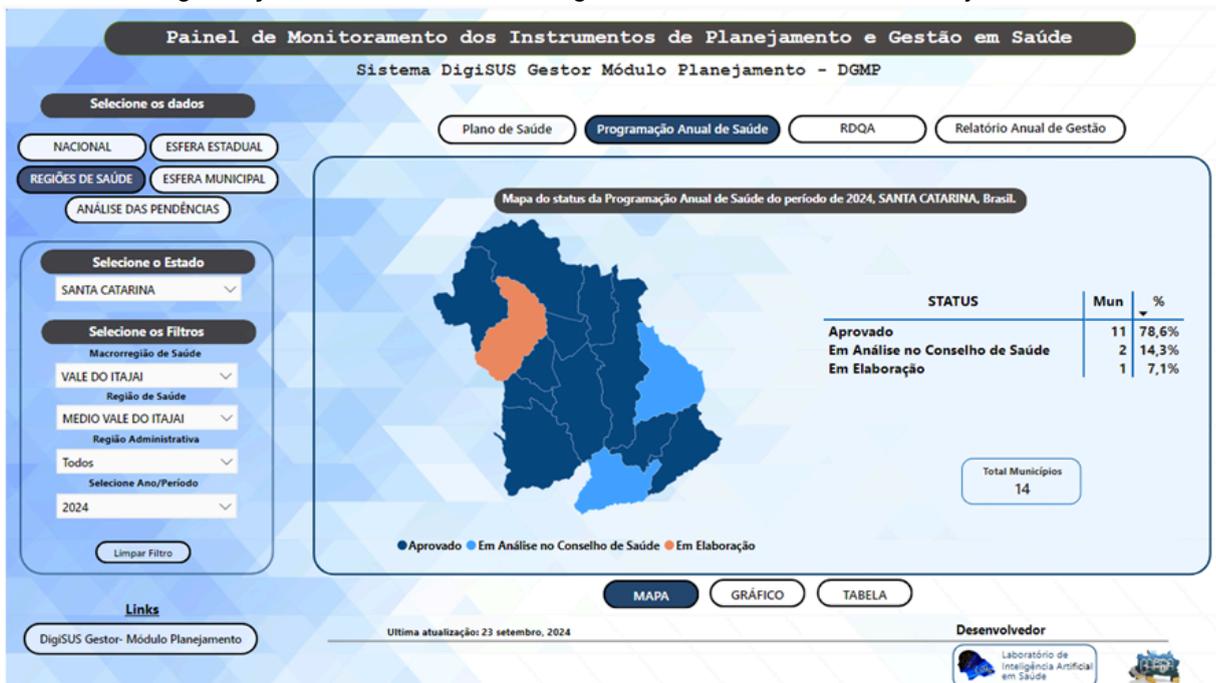
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

**Figura 25:** Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Plano de Saúde da Região de Saúde Médio Vale do Itajaí, 2022-2025.



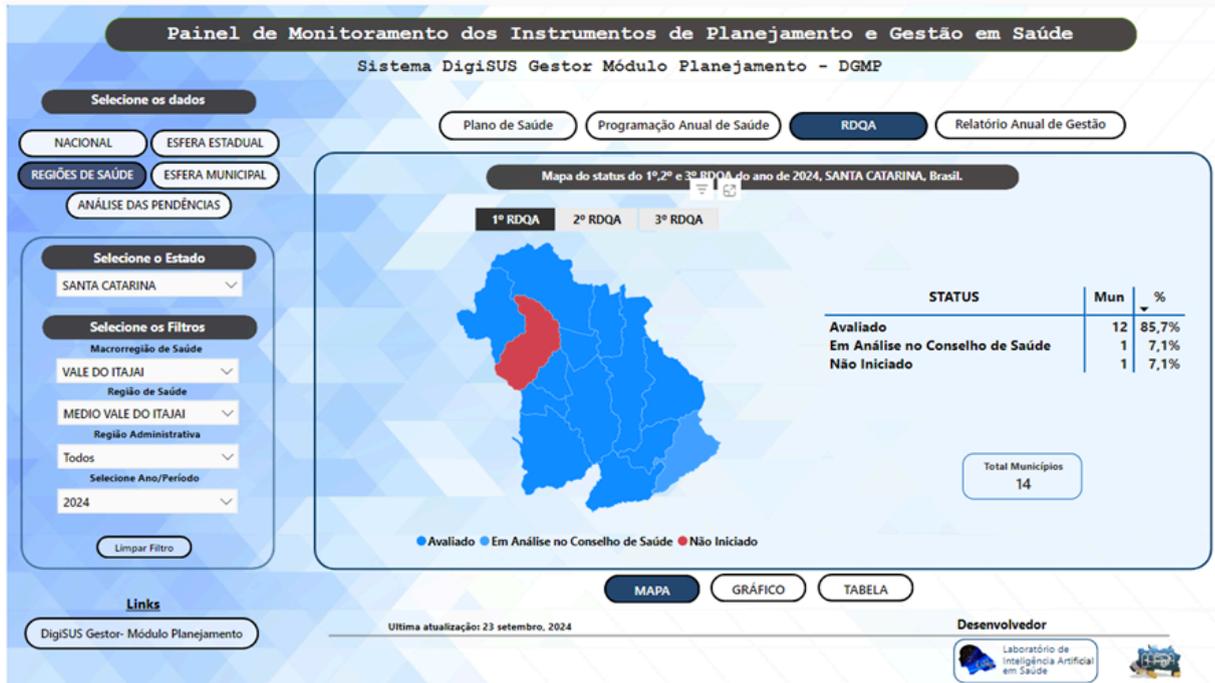
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

**Figura 26:** Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde da Região de Saúde Médio Vale do Itajaí, 2024.



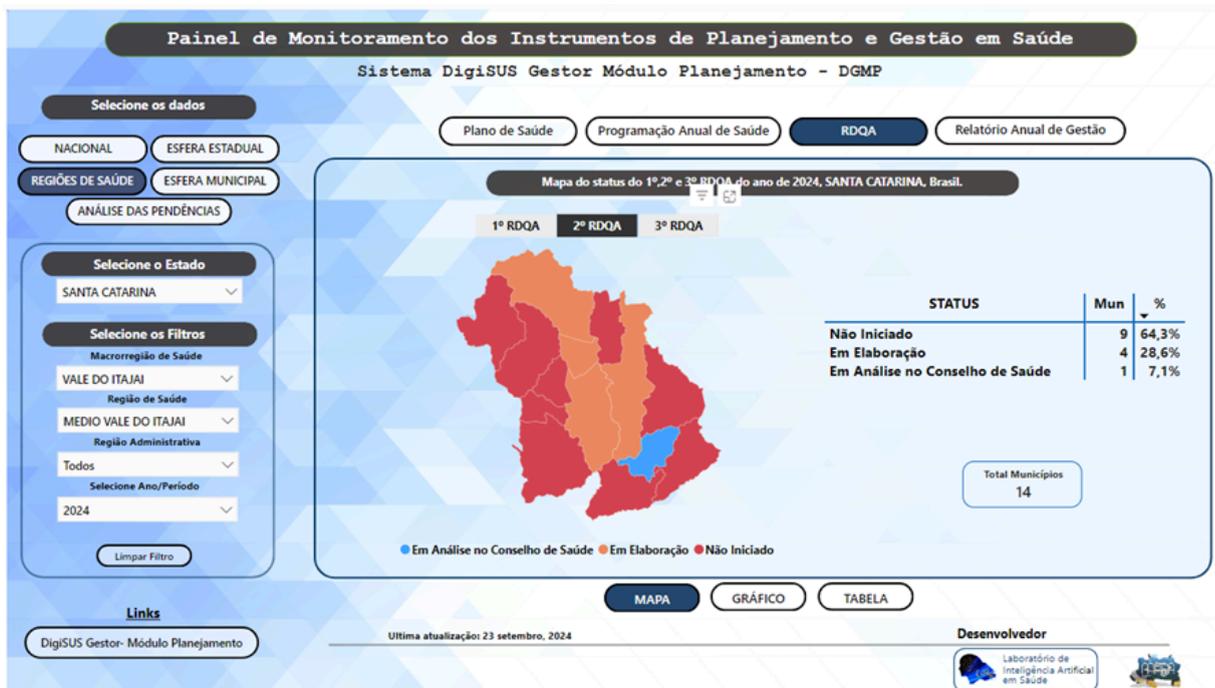
Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde-DGMP. Disponível em: <https://liasaude.com.br/paineldgmp>. Acesso em: 23/09/2024.

**Figura 27:** Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região de Saúde Médio Vale do Itajaí, 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 28:** Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região de Saúde Médio Vale do Itajaí, 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.

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

**Figura 29:** Prazos dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS

<b>Instrumento</b>	<b>Prazo para elaboração e publicação</b>
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

Distribuição dos estabelecimentos de saúde da Macrorregião do Vale do Itajaí:

**Quadro 46 - Estabelecimentos de saúde da Macrorregião do Vale do Itajaí, 2024.**

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Gestão	Porte	Tipo Estabelecimento
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Petrolândia	2378000	Fundação Médico Social Rural de Santa Catarina	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Rio do Campo	2377462	Sociedade Cultural e Beneficente São José	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Vitor Meireles	2377659	Associação Hospitalar Angelina Meneghelli	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Witmarsum	7278977	Hospital Mateus Caled Padoin	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Benedito Novo	2660717	Hospital São Benedito	Dupla	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2522209	Hospital Misericórdia	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Brusque	2522489	Hospital Dom Joaquim	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Agrolândia	2377160	Fundacao Hospitalar Alex Krieser	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Pouso Redondo	2377225	Hospital De Pouso Redondo	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Presidente Getúlio	2377330	Hospital E Maternidade Maria Auxiliadora	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Rio do Campo	2377462	Sociedade Cultural E Beneficente Sao Jose	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Salete	2377632	Hospital E Maternidade Santa Terezinha	Estadual	Pequeno	Hospital Geral

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Gestão	Porte	Tipo Estabelecimento
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Taió	2377616	Hospital E Maternidade Dona Lisette	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Vidal Ramos	2377187	Hospital Vidal Ramos	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	2379627	Hospital Samaria	Municipal	Hospital Geral	Médio
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	Municipal	Hospital Geral	Médio
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558246	Hospital Santa Isabel	Municipal	Hospital Geral	Grande
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	Municipal	Hospital Geral	Grande
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Brusque	2522411	Hospital Azambuja	Municipal	Hospital Geral	Grande
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Gaspar	2691485	Hospital de Gaspar	Municipal	Hospital Geral	Médio
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Indaial	2521873	Hospital Beatriz Ramos	Municipal	Hospital Geral	Médio
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	Estadual	Hospital Geral	Médio
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Trombudo Central	2377373	Hospital Trombudo Central	Estadual	Hospital Geral	Médio
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Brusque	9543856	Imigrante Hospital E Maternidade	Estadual	Hospital Geral	Médio
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Pomerode	2513838	Hospital E Maternidade Rio Do Teste	Estadual	Hospital Geral	Médio
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Rio dos Cedros	6273874	Hospital Dom Bosco	Estadual	Hospital Geral	Médio
Vale do Itajaí	Médio Vale do Itajaí	Timbó	2537192	Hospital E Maternidade Oase	Estadual	Hospital Geral	Médio
Vale do Itajaí	Médio vale do Itajaí	Brusque	9899286	Pronto Atendimento Municipal	Municipal		Pronto Atendimento (Pa)

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Gestão	Porte	Tipo Estabelecimento
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Imbuia	2588897	Pronto Atendimento Médico De Imbuia	Municipal		Pronto Atendimento (Pa)
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	José Boiteux	2334844	Unidade De Pronto Atendimento Médico	Municipal		Pronto Atendimento (Pa)
Vale do Itajaí	Médio vale do Itajaí	Guabiruba	2521881	Unidade De Atendimento Estendido	Municipal		Pronto Atendimento (Pa)
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	9070567	Unidade De Pronto Atendimento	Municipal		Upa 24h

Fonte: GEAPF/SES,2024

**Quadro 47 - Polos de Academia da Saúde**

<b>Municípios com Estabelecimentos de Polo de Academia da Saúde</b>
Agrolândia
Atalanta
Aurora
Dona Emma
Petrolândia
Pouso Redondo
Presidente Getúlio
Rio do Oeste
Rio do Sul
Vitor Meireles
Brusque
Gaspar
Indaial
Rio dos Cedros
Rodeio

Fonte: CNES, 09/2024

**Quadro 48 - Municípios com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)**

<b>Municípios com Práticas Integrativas em Saúde (PICS)</b>
<b>MUNICÍPIO</b>
Agrolândia
Aurora
Chapadão do Lageado
Ibirama
Imbuia
Ituporanga
José Boiteux
Lontras
Mirim Doce
Presidente Nereu

Municípios com Práticas Integrativas em Saúde (PICS)
Rio do Campo
Rio do Oeste
Rio do Sul
Salete
Trombudo Central
Vidal Ramos
Apiúna
Ascurra
Benedito Novo
Blumenau
Brusque
Doutor Pedrinho
Gaspar
Guabiruba
Indaial
Pomerode
Rio dos Cedros
Rodeio
Timbó

Fonte: CNES 09/2024

- Número de serviços Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)  
São dois hospitais:
  - Fundação Hospitalar Blumenau - Hospital Santo Antônio
  - Sociedade Beneficente Hospital Beatriz Ramos).
  
- Número de Bancos de Leite Humano  
É apenas um estabelecimento:
  - Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau
  
- Número de serviços Mulher trabalhadora que amamenta:  
É apenas um estabelecimento:
  - Fundação Universidade Regional de Blumenau.

#### 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)

As ações e os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) são ofertados nos 295 municípios do Estado, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao SUS.

As Regiões de Saúde com maior cobertura de eSF/eAP são a Oeste (100%), a Extremo Oeste (99,87%), Médio Vale do Itajaí (99,82%) e Laguna (99,48%), já as Regiões de Saúde que possuem menor cobertura de eSF/eAP são a Região de Saúde Foz do Itajaí (79,41%) e a Vale do Itapocu (59,85%). As Regiões com melhores percentuais de cobertura de eSB são Extremo Oeste (86,41%) e Laguna (81,18%) (SANTA CATARINA, FEV. 2023). O fato da cobertura de eSF de Santa Catarina alcançar a marca de 88,75% da população demonstra que o estado está no caminho para a ampliação do acesso aos serviços de saúde

No quadro abaixo é possível visualizar a distribuição das equipes por região e macrorregião no ano de 2024.

**Quadro 49 - Distribuição de equipes de saúde**

<b>Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí</b>									
	<b>Pop. IBGE</b>	<b>eSF</b>	<b>eAP</b>	<b>EM</b>	<b>eSB</b>	<b>ACS</b>	<b>ECR</b>	<b>ERD</b>	<b>EMAESM</b>
Total	309.808	110	2	30	52	535	0	5	0
<b>Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí</b>									
	<b>Pop. IBGE</b>	<b>eSF</b>	<b>eAP</b>	<b>EM</b>	<b>eSB</b>	<b>ACS</b>	<b>ECR</b>	<b>ERD</b>	<b>EMAESM</b>
Total	812.968	275	16	26	114	677	1	2	1
<b>Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí</b>									
Total	1.122.776	385	18	56	166	1.212	1	7	1

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 50 - Distribuição dos estabelecimentos de saúde**

<b>Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí</b>							
	<b>UBS</b>	<b>PNAISP</b>	<b>PNAISARI</b>	<b>LRPD</b>	<b>CEO</b>	<b>SRT</b>	<b>SESB</b>
Total	114	1	0	20	3	0	0
<b>Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí</b>							
	<b>UBS</b>	<b>PNAISP</b>	<b>PNAISARI</b>	<b>LRPD</b>	<b>CEO</b>	<b>SRT</b>	<b>SESB</b>
Total	200	1	0	5	4	0	0
<b>Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí</b>							
	<b>UBS</b>	<b>PNAISP</b>	<b>PNAISARI</b>	<b>LRPD</b>	<b>CEO</b>	<b>SRT</b>	<b>SESB</b>
Total	314	2	0	25	7	0	0

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)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi estabelecida pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que define seus objetivos, diretrizes e ações. Com o intuito de assegurar que as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional tenham acesso ao cuidado integral no SUS, a PNAISP determina que os serviços de saúde no sistema prisional se integrem à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, aprimorando a Atenção Primária no âmbito prisional, que atua como porta de entrada do sistema e coordenadora das ações e serviços de saúde dentro da rede (Brasil, 2024).

Na Macro Vale do Itajaí os municípios de Blumenau, Brusque, Rio do Sul, Indaial e Ituporanga tem unidades prisionais instaladas em seus territórios. Blumenau, Brusque e Rio do Sul têm adesão à política. O município de Brusque está em processo de credenciamento da equipe de Atenção Primária Prisional. Os municípios de Indaial e Ituporanga não possuem adesão ao PNAISP e não tem equipes de Atenção Primária Prisional credenciadas.

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

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), estabelecida pela Portaria nº 1.082/2014, tem como objetivo garantir e expandir o acesso ao cuidado em saúde para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, seja em meio aberto, fechado ou semi liberdade. Atualmente, o Estado de Santa Catarina conta com 16 municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território, sendo que, até o momento, 7 deles implementaram o PNAISARI. Esses municípios são: Joaçaba, Chapecó, Concórdia, Rio do Sul, São José do Cedro, São Miguel do Oeste e Tubarão (PES/SC, 2024-2027).

#### 4.4.4 Serviços Especializados

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

##### 4.4.4.1. Terapia Renal substitutiva

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

O Estado de Santa Catarina possui uma rede de atenção ambulatorial especializada de referência, com 20 (vinte) serviços de diálise habilitados para atendimento das pessoas com DRC, das quais 03 (três) estão localizadas na microrregião do Vale do Itajaí conforme descrito a seguir:

- 01 Macrorregião Vale do Itajaí - Região Alto Vale do Itajaí - Município Rio do Sul: 2379430 Associação Renal Vida,
- 01 Macrorregião Vale do Itajaí - Região Médio Vale do Itajaí - Município Blumenau: 2522322 Associação Renal Vida,
- 01 Macrorregião Vale do Itajaí Região Médio Vale do Itajaí - Município Timbó: 3689603 Associação Renal Vida Timbó.

##### 4.4.4.2. Oncologia

A deliberação no 161/CIB/2022 aprova a atualização do Plano de ação da Rede de atenção à saúde das pessoas com câncer em SC segundo os critérios da portaria no 1399 de 17 de dezembro de 2019. Atualmente temos 20 unidades habilitadas (UNACON/UNACON com serviços especializados nas subdivisões) e 01 Centro de Referência (CACON).

A Macrorregião o Vale do Itajaí possui 3 UNACON, sendo um (01) em Rio do Sul e dois (02) em Blumenau. A Região possui suficiência nos serviços de

Quimioterapia, Rádio e Cirurgia. As consultas e exames oncológicos são realizados no Hospital Santo Antônio, assim como o serviço de Oncologia Pediátrica. O serviço de Radioterapia é realizado nos dois hospitais de Blumenau, ambos apresentam 2 equipamentos em cada estabelecimento (SANTA CATARINA, 2022).

Esta Macrorregião buscava referência em Florianópolis nos serviços de Oncologia pediátrica e hematologia, porém o Hospital Santo Antônio assumiu esses serviços. Atualmente possui suficiência nos serviços de Cirurgia, Quimioterapia, Hematologia, Pediatria e Radioterapia Com relação às cirurgias oncológicas, existe a solicitação da habilitação de hospital geral com cirurgia oncológica pelo Hospital de Azambuja do município de Brusque, como rede complementar formando o complexo Hospitalar com o UNACON do Hospital Santo Antônio (SANTA CATARINA, 2022)

**Quadro 51 - Município de Residência X Referência do Tratamento**

Região de Saúde	Município	CNC	CO	Quimio	Rádio	Hemato	SOP
Foz do Rio Itajaí	Agrolândia, Agronômica, Braço do Trombudo, Laurentino, Rio do Oeste, Rio do Sul, Trombudo	1003	Rio do Sul	Rio do Sul	Blumenau / Sta. Isabel	Blumenau/ Sto Antônio	Blumenau/ Sto Antônio
	Central Atalanta, Aurora,						
	Chapadão do						
	Lageado, Imbuia, Ituporanga, Petrolândia, Vidal						
	Ramos, Dona						
	Emma, Ibirama, José						
	Boiteux, Lontras, Presidente						
	Getúlio, Presidente Nereu, Vitor Meireles, Witmarsum,						

Região de Saúde	Município	CNC	CO	Quimio	Rádio	Hemato	SOP
	Mirim Doce, Pouso Redondo, Rio do Campo, Salete, Santa Terezi- nha, Taió,						
Médio Vale do Itajaí	Apiúna, Blumenau, Gaspar, Pomerode, Botuverá, Brusque, Guabiruba, Ascurra, Benedito Novo, Doutor Pedrinho, Indaial, Rio dos Cedros, Rodeio, Timbó	2679	Blumenau/ Sto Antônio	Blumenau/Sto Antônio	Blumenau/ Sto Antônio	Blumenau/Sto Antônio	Blumenau/ Sto Antônio

Fonte: SES/SC,2022

**Legenda:** CNC – Número de casos novos de Câncer, CO- Cirurgia Oncológica  
Quimio - Quimioterapia, Radio - Radioterapia  
Hemato - Hematologia, SOP - Serviço Oncologia Pediátrica

**Quadro 52 - Rede Atenção em Oncologia na Macrorregião de Saúde de Vale do Itajaí**

<b>Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí</b>		
<b>Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí</b>	<b>CNES</b>	<b>Códigos</b>
Hospital Regional Alto Vale do Itajaí-Rio do Sul	2568713	1706 Unacon 1723 Reconstrução Mamária pós mastectomia total
<b>Região de Saúde do Vale do Itajaí</b>	<b>CNES</b>	<b>Códigos</b>
Hospital Santa Isabel-Blumenau	2558246	17/07 Unacon com serviço de Radioterapia
Hospital Santo Antônio-Blumenau	2558254	1706 Unacon 1707 Unacon com serviço de Radioterapia 1708 Unacon com serviço de Hematologia 1709 Unacon com serviço de Oncologia Pediátrica

Fonte: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/habilitacoes/servicos-cr edenciados/13688-hospitais-cadastrados-para-tratamento-de-cancer/file>

Para o atendimento em oncologia , os 28 municípios da região de Saúde do Alto Vale do Itajaí são referenciados para: Hospital Regional Alto Vale do Itajaí-Rio do Sul, Hospital Tereza Ramos -Lages, Hospital Santo Antônio-Blumenau, Hospital Santa Isabel –Blumenau. Os 14 municípios do Médio Vale do Itajaí, são atendidos pelo o Hospital Santa Isabel -Blumenau e Santo Antônio -Blumenau.

O atendimento infantil (UNACON infantil) atualmente concentra-se no Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, e Hospital Infantil Jeser Amarante Filho, em Joinville. Os Serviços de Hematologia (UNACON com hematologia) são oferecidos pelo Hospital Leonir Vargas Ferreira, em Chapecó; Hospital São José, em Criciúma; Hospital Celso Ramos, em Florianópolis; Hospital Municipal São José, em Joinville; e Hospital Santo Antônio, em Blumenau.

As Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) em Oncologia são documentos baseados em evidência científica que visam nortear as melhores condutas na área da Oncologia. Por conta do sistema diferenciado de financiamento dos procedimentos em oncologia, o tratamento não se restringe apenas às tecnologias incorporadas no SUS, mas sim ao que pode ser oferecido a este paciente por meio dos CACONS e UNACONS. Desta forma a DIAF operacionaliza a distribuição dos medicamentos oncológicos de aquisição centralizada pelo MS. Atualmente os medicamentos oncológicos movimentam um valor financeiro em SC de:

Pela SES: R\$3.288 até 08/2023 - fornecimento de Protetor Solar aos portadores de câncer de pele, Lei Estadual no 14.871/2009.

Pelo MS: R\$17 Milhões até 08/2023. Esses dados são fundamentais para embasar as políticas públicas e ações específicas de prevenção, proteção e promoção da saúde em complementação às demais políticas públicas em saúde existentes.

#### 4.4.4.3. Hematologia

O atendimento especializado em Hematologia para a Macrorregião os serviços ofertados com Hematologia possui uma (01) unidade com capacidade instalada, sendo o Hospital Santo Antônio, localizado na cidade de Blumenau.

#### 4.4.4.4 Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual

##### Serviço Especializado

**Quadro 53 - Código 165 - Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual**

<b>Serviço Especializado por Região de Saúde</b>			
<b>Região de Saúde</b>	<b>Município</b>	<b>Estabelecimento de Saúde</b>	<b>Código/ Classificação<sup>[1]</sup></b>
Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	Hospital Regional Alto Vale	165 - 001

Fonte: CNES-09/2022

**Legenda:** Código 165 - Atenção Às Pessoas Em Situação De Violência Sexual  
 Classificação 001 - Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual.  
 Classificação 006 - Atenção a Interrupção de Gravidez nos casos previstos em Lei.  
 Classificação 007 - Atenção Ambulatório à Pessoa em Situação de Violência Sexual.  
 Classificação 008 - Coleta de Vestígios de Violência Sexual

**Quadro 54 - Serviço Especializado - Código 165 - Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual- Classificação 006: Atenção a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei.**

<b>Serviço Especializado por Região de Saúde</b>		
<b>Estabelecimento de Saúde/Serviço Especializado</b>	<b>Referência macrorregião PDR/SC-2018</b>	<b>Região de saúde</b>
Hospital Santo Antônio R. Itajaí, 545 - Vorstadt, Blumenau-SC (47) 3231 4000 (47) 3231 4001 saude@blumenau.sc.gov.br	Macrorregião do Vale do Itajaí, Macrorregião da Foz do Rio Itajaí, Macrorregião da Serra Catarinense.	Médio Vale do Itajaí, Alto Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí e Serra Catarinense.

Fonte:CNES/09/2022- linha de cuidado- DAPS/SES

#### 4.4.4.5 Sobrepeso e Obesidade

Os pontos de atenção à saúde que compõem a atenção hospitalar são os hospitais gerais e especializados. O Estado de Santa Catarina possui desde 2007 seis Unidades de Assistência de Alta Complexidade a pessoas com sobrepeso e obesidade.

Cada unidade hospitalar habilitada manterá ambulatório especializado para avaliação do usuário encaminhado pela APS e/ou componente ambulatorial especializado. Caso haja indicação cirúrgica, o usuário passa a ficar vinculado ao estabelecimento hospitalar de referência. Para a estrutura das unidades hospitalares habilitadas para a realização do tratamento cirúrgico da obesidade, a estrutura física, materiais e equipamentos devem seguir o disposto na Portaria de Consolidação nº3, 28 de setembro de 2017.

Em Santa Catarina os serviços atualmente habilitados estão localizados nas Macrorregiões da Grande Florianópolis, Serra Catarinense, Nordeste e Médio Vale do Itajaí, e cada unidade fica responsável pela assistência de, no mínimo, a população adstrita de duas Macrorregionais.

Relação de hospitais que possuem habilitação em Unidade de Alta Complexidade à pessoa com Sobrepeso e Obesidade em Santa Catarina:

- Hospital Grande Florianópolis - Florianópolis Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago (Portaria/SAS n 0. 424 e 425/19/03/2013) e São José Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes (HRHMG) (Portaria/SAS n 0. 424 e 25/19/03/2013).
- Serra Catarinense Lages - Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos (Portaria/SAS n 0. 492/2007).
- Nordeste - Joinville Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Portaria/SAS n 0. 424 e 425/19/03/2013)
- Médio Vale do Itajaí - Blumenau Hospital Santo Antônio (Portaria/SAS n 0. 424 e 425/19/03/2013) e Brusque Hospital Azambuja (Portaria 3445/GM/MS de 8/12/2021).

De acordo com a deliberação no 136/CIB/2024 as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave e população de referência foram:

**Quadro 55** - Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave e população de referência.

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

Fonte: SES/2024

Na continuidade do atendimento, após a realização da cirurgia bariátrica, cada serviço deve manter assistência ao paciente no ambulatório do hospital de referência por até 18 meses, realizando todos os exames e consultas necessários. Durante esse período, o prestador deve fazer a contrarreferência na APS, para que o paciente mantenha vínculo com a equipe da APS, preparando-o para a alta do componente especializado hospitalar. Por ocasião da cirurgia, o paciente já deve estar inserido em atividades de grupo de apoio e atividade física vinculados à Estratégia Saúde da Família e à equipe multiprofissional da UBS.

O paciente em acompanhamento pós-operatório poderá, se necessário, ser submetido à cirurgia plástica reparadora, mantendo-se sob a coordenação da APS. O pré-operatório da cirurgia reparadora deverá ser vinculado ao ambulatório da unidade hospitalar habilitada. Integrando com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, as unidades hospitalares de referência prestam assistência juntamente com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e têm como responsabilidade o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, das pessoas com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento e avaliação de riscos e vulnerabilidades.

#### 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.

Número de Serviços em Doenças Raras: 02 Serviços Habilitados e 04 em processo de Habilitação.

Detalhamento dos estabelecimentos por níveis de complexidade habilitados:

- HIJG – Serviço de Referência em Doenças Raras;

- Associação Renal Vida – Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras (Doenças Renais);  
Processo de Habilitação:
- Hospital Santa Teresa Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras (Doenças Dermatológicas);
- Hospital Imigrantes – Serviço de Referência em Doenças Raras;
- FURB-Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras (Epidermólise Bolhosa);
- UNES-Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras (Epidermólise Bolhosa).

#### **4.4.5 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Alta Complexidade**

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

**Quadro 56 - Alta Complexidade na região do Vale do Itajaí**

CNES / HOSPSC	Município	Macro	Região	bariátrica	cardiologia	Neurocirurgia	oncologia	Traumato Ortopedia
2568713 Hospital Regional Alto Vale	421480 Rio do Sul	4216 Alto Vale do Itajaí	42004 Alto Vale do Itajaí		cardiologia	Neurocirurgia	oncologia	Traumato Ortopedia
2558246 Hospital Santa Isabel	420240 Blumenau	4216 Alto Vale do Itajaí	42006 Médio Vale do Itajaí		cardiologia	Neurocirurgia	oncologia	
2558254 Hospital Santo Antônio	420240 Blumenau	4216 Alto Vale do Itajaí	42006 Médio Vale do Itajaí	bariátrica			oncologia	Traumato Ortopedia
2522411 Hospital Azambuja	420290 Brusque	4216 Alto Vale do Itajaí	42006 Médio Vale do Itajaí	bariátrica	cardiologia			Traumato Ortopedia
9543856 Imigrantes Hospital E Maternidade	420290 Brusque	4216 Alto Vale do Itajaí	42006 Médio Vale do Itajaí		cardiologia			Traumato Ortopedia
2521873 Hospital Beatriz Ramos	420750 Indaial	4216 Alto Vale do Itajaí	42006 Médio Vale do Itajaí					Traumato Ortopedia
2537192 Hospital E Maternidade Oase	421820 Timbó	4216 Alto Vale do Itajaí	42006 Médio Vale do Itajaí					Traumato Ortopedia

Fonte: CNES, 2024

**Quadro 57 - Serviço de Terapia Renal Substitutiva**

Unidade especializada em DRC	Municípios	Macrorregião de Saúde	Região de Saúde
Associação Renal Vida (Cnes:2379430)	Rio do Sul	Vale do Itajaí	Alto Vale
Associação Renal Vida (Cnes: 2522322)	Blumenau		Médio Vale
Nefroclinica Sociedade Simples Simples (Cnes: 2660857)	Brusque		
Associação Renal Vida Timbo (Cnes: 3689603 )	Timbó		

Fonte: SES/SC, 2024

#### 4.4.6 Número e tipo de Leitos Hospitalares

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

**Quadro 58 - Quantitativo de leito por tipo - Estabelecimentos de pequeno porte**

Região de Saúde Alto Vale do Itajaí	Fundacao Hospitalar Alex Krieser	Hospital Dr Waldomiro Colautti	Hospital Bom Jesus	Hospital De Pouso Redondo	Hospital Maria Auxiliadora	Sociedade Cultural E Beneficente Sao Jose	Hospital Samaria	Hospital Regional Alto Vale	Hospital Santa Terezinha De Salete	Hospital E Maternidade Dona Lisette	Hospital Trombudo Central	Hospital Vidal Ramos	Associação Hospitalar Angelina Meneghelli	Hospital Mateus Caled Padoim
Município	Agrolândia	Ibirama	Ituporanga	Pouso Redondo	Presidente Getúlio	Rio do Campo	Rio do Sul	Rio do Sul	Salete	Taió	Trombudo Central	Vidal Ramos	Vitor Meireles	Witmarsum
Tipo de Leitos	SUS													
<b>Cirúrgico (por especialidade)</b>														
Cirurgia geral	0	34	8	2	10	0	14	33	0	4	0	0	0	0
Buco maxilo facial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ortopedia Traum	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0
<b>Clínicos (por especialidade)</b>														
Crônicos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	60	0	0	0
Psiquiatria	0	0	1	5	1	1	8	1	0	1	0	0	0	0
Clínica geral	17	22	17	13	24	20	0	33	29	21	4	17	18	19
<b>Obstétrico</b>														
Obst. Clínica	0	7	11	0	0	0	0	9	0	2	0	0	0	0
Obst. Cirúrgica	0	7	0	0	4	0	0	8	0	2	0	0	0	0
<b>Pediátrico</b>														
Ped. Clínico	0	3	2	4	2	2	0	8	2	1	0	3	2	0

<b>Região de Saúde Alto Vale do Itajaí</b>	Fundacao Hospitalar Alex Krieser	Hospital Dr Waldomiro Colautti	Hospital Bom Jesus	Hospital De Pouso Redondo	Hospital Maria Auxiliadora	Sociedade Cultural E Beneficente Sao Jose	Hospital Samaria	Hospital Regional Alto Vale	Hospital Santa Terezinha De Salete	Hospital E Maternidade Dona Lisette	Hospital Trombudo Central	Hospital Vidal Ramos	Associação Hospitalar Angelina Meneghelli	Hospital Mateus Caled Padoim
<b>Município</b>	Agrolândia	Ibirama	Ituporanga	Pouso Redondo	Presidente Getúlio	Rio do Campo	Rio do Sul	Rio do Sul	Salete	Taió	Trombudo Central	Vidal Ramos	Vitor Meireles	Witmarsum
Ped. Cirúrgico	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: CNES, 2024

**Quadro 59** - Quantitativo de leito por tipo - Estabelecimentos de pequeno porte

Região de Saúde Médio Vale do Itajaí	Hospital Misericórdia	Hospital Santa Isabel	Hospital Santo Antônio	Hospital De Olhos De Blumenau	Hospital Azambuja	Associação Hospital E Maternidade Dom Joaquim	Imigrantes Hospital E Maternidade	Hospital De Gaspar	Hospital Beatriz Ramos	Hospital E Maternidade Rio Do Teste	Hospital Dom Bosco Rio Dos Cedros Sc	Hospital E Maternidade Oase
Município	Blumenau	Blumenau	Blumenau	Blumenau	Brusque	Brusque	Brusque	Gaspar	Indaial	Pomerode	Rio dos Cedros	Timbó
<b>Tipo de Leitos</b>	SUS											
<b>Cirúrgico (por especialidade)</b>												
Cirurgia geral	26	79	33	0	19	20	24	30	21	19	11	18
Buco maxilo facial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ginecologia	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Ortopedia Traum	0	0	10	0	10	0	8	0	7	0		10
<b>Clínicos (por especialidade)</b>												
Crônicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psiquiatria	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0
Clínica geral	33	115	63	0	56	4	14	45	23	16	15	42
<b>Obstétrico</b>												
Obst. Clínica	0	0	22	0	7	2	0	13	8	4	0	5
Obst. Cirúrgica	0	1	10	0	13	0	20	0	10	3	0	5
<b>Pediátrico</b>												
Ped. Clínico	0	1	28	0	9	5	15	4	1	3	0	4
Ped. Cirúrgico	0	0	3	0	2	0	0	0	1	0	0	4

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 Vale do Itajaí.

**Quadro 60 - N° de Equipamentos - Macrorregião de Saúde Vale do Itajaí**

Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí			Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí		
Equipamentos	Existentes	em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	em Uso SUS
Gama C+A2:A64 Câmara	15	10	Gama Câmara	54	52
Mamógrafo com Comando Simples	5	5	Mamógrafo com Comando Simples	18	10
Mamógrafo com Estereotaxia	1	0	Mamógrafo com Estereotaxia	6	3
Raio X até 100mA	10	5	Raio X até 100mA	36	14
Raio X de 100 a 500 mA	22	13	Raio X de 100 a 500 mA	86	69
Raio X mais de 500mA	13	9	Raio X mais de 500mA	34	19
Raio X Dentário	49	22	Raio X Dentário	235	60
Raio X com Fluoroscopia	1	2	Raio X com Fluoroscopia	20	18
Raio X para Densitometria Óssea	2	2	Raio X para Densitometria Óssea	13	9
Raio X para Hemodinâmica	1	1	Raio X para Hemodinâmica	8	3
Tomógrafo Computadorizado	6	6	Tomógrafo Computadorizado	30	23
Ressonância Magnética	8	4	Ressonância Magnética	16	9
Ultrassom Doppler Colorido	25	14	Ultrassom Doppler Colorido	108	44
Ultrassom Ecógrafo	14	10	Ultrassom Ecógrafo	60	25
Ultrassom Convencional	41	33	Ultrassom Convencional	93	49

Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí			Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí		
Equipamentos	Existentes	em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	em Uso SUS
Processadora de filme exclusiva para mamografia	5	5	Processadora de filme exclusiva para mamografia	11	10
Mamografo computadorizado	3	3	Mamografo computadorizado	2	2
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	64	12	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	872	58
Grupo Gerador	13	13	Grupo Gerador	57	28
Usina de Oxigênio	5	2	Usina de Oxigênio	23	12
Endoscópio das Vias Respiratórias	5	1	Endoscópio das Vias Respiratórias	30	15
Endoscópio das Vias Urinárias	7	5	Endoscópio das Vias Urinárias	31	14
Endoscópio Digestivo	29	16	Endoscópio Digestivo	74	21
Equipamentos para Optometria	10	3	Equipamentos para Optometria	91	11
Laparoscópio/Vídeo	8	6	Laparoscópio/Vídeo	76	11
Microscópio Cirúrgico	6	4	Microscópio Cirúrgico	43	18
Cadeira Oftalmológica	4	0	Cadeira Oftalmológica	54	10
Coluna Oftalmológica	1	0	Coluna Oftalmológica	48	7
Refrator	1	0	Refrator	45	6
Lensômetro	1	0	Lensômetro	25	7
Projedor ou Tabela de Optotipos	1	0	Projedor ou Tabela de Optotipos	63	12
Retinoscópio	1	0	Retinoscópio	29	9
Oftalmoscópio	5	1	Oftalmoscópio	58	19
Ceratômetro	1	0	Ceratômetro	18	5
Tonômetro de Aplanção	1	0	Tonômetro de Aplanção	38	7
Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	1	0	Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	47	7
Campímetro	2	0	Campímetro	10	4
Eletrocardiógrafo	92	53	Eletrocardiógrafo	192	62
Eletroencefalógrafo	6	4	Eletroencefalógrafo	29	15
Bomba/Balão Intra-Aórtico	4	4	Bomba/Balão Intra-Aórtico	9	4
Bomba de Infusão	462	16	Bomba de Infusão	1048	16
Berço Aquecido	38	9	Berço Aquecido	79	9

Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí			Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí		
Equipamentos	Existentes	em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	em Uso SUS
Bilirrubinômetro	1	1	Bilirrubinômetro	5	3
Debitômetro	1	2	Desfibrilador	228	53
Desfibrilador	72	24	Equipamento de Fototerapia	70	10
Equipamento de Fototerapia	26	7	Incubadora	68	9
Incubadora	27	9	Marcapasso Temporário	27	8
Marcapasso Temporário	9	4	Monitor de ECG	487	36
Monitor de ECG	109	23	Monitor de Pressão Invasivo	242	15
Monitor de Pressão Invasivo	124	4	Monitor de Pressão Não-Invasivo	506	51
Monitor de Pressão Não-Invasivo	141	17	Reanimador Pulmonar/AMBU	751	63
Reanimador Pulmonar/AMBU	280	30	Respirador/Ventilador	371	20
Respirador/Ventilador	127	17	Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	119	16
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	37	14	Aparelho de Eletroestimulação	162	22
Aparelho de Eletroestimulação	45	15	Bomba de Infusão de Hemoderivados	13	3
Equipamentos de Aférese	10	2	Equipamentos de Aférese	1	0
Equipamento de Circulação Extracorpórea	4	2	Equipamento de Circulação Extracorpórea	4	2
Equipamento para Hemodiálise	38	1	Equipamento para Hemodiálise	135	7
Forno de Bier	3	3	Forno de Bier	23	4
Equipo Odontológico Completo	270	108	Equipo Odontológico Completo	905	191
Compressor Odontológico	85	37	Compressor Odontológico	413	123
Fotopolimerizador	91	36	Fotopolimerizador	567	115
Caneta de Alta Rotação	106	37	Caneta de Alta Rotação	761	116
Caneta de Baixa Rotação	94	37	Caneta de Baixa Rotação	656	78
Amalgamador	51	28	Amalgamador	177	106
Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	70	30	Aparelho de Profilaxia c/Jato de	342	86

Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí			Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí		
Equipamentos	Existentes	em Uso SUS	Equipamentos	Existentes	em Uso SUS
			Bicarbonato		
Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	5	3	Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	18	9
Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encef Autom	1	1	Emissões Otoacústicas Evocadas por Prod. de Dist	10	4
Audiômetro de um Canal	2	0	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encef Autom	12	8
Audiômetro de dois Canal	7	3	Pot Evocado Aud Tronco Encef. Curta, Média e Long	3	2
Imitanciômetro	2	0	Audiômetro de um Canal	13	3
Cabine Acustica	3	0	Audiômetro de dois Canal	18	5
			Imitanciômetro	15	4
			Imitanciômetro Multifrequencial	4	1
			Cabine Acustica	37	7
			Sistema DE Campo Livre	4	2
			HI-PRO	3	0
<b>Total</b>	<b>2830</b>	<b>788</b>	<b>Total</b>	<b>11089</b>	<b>1988</b>

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

#### 4.4.8 Centrais de Regulação

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

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

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

- Central Estadual de Regulação Ambulatorial

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

**Quadro 61 - CRU da Macrorregião do Vale do Itajaí**

<b>CAPACIDADE INSTALADA CENTRAL DE REGULAÇÃO ÀS URGÊNCIAS - CRU</b>				
<b>Macrorregião</b>	<b>Município</b>	<b>CNES</b>	<b>Nomenclatura</b>	<b>Nº de Unidades</b>
Vale do Itajaí	Blumenau	6953751	CRU	1

Fonte: SES/SC,2024

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.

#### 4.4.9 Número de Ambulâncias e Aeronaves por Tipo

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

**Quadro 62 - Capacidade instalada SAMU USB e USA**

CAPACIDADE INSTALADA DE USBs SAMU				
Macrorregião	Município	CNES	Nomenclatura	Nº de Unidades
Vale do Itajaí	Blumenau	7248393	USB 01	1
Vale do Itajaí	Blumenau	7248407	USB 02	1
Vale do Itajaí	Blumenau	7248415	USB 03	1

Vale do Itajaí	Brusque	3885348	USB 04	1
Vale do Itajaí	Rio do Sul	6981747	USB 05	1
Vale do Itajaí	Ibirama	7218354	USB 07	1
Vale do Itajaí	Indaial	6633951	USB 06	1
Vale do Itajaí	Timbó	3689646	USB 08	1
Vale do Itajaí	Ituporanga	6180418	USB 09	1
Vale do Itajaí	Taió	7244118	USB 10	1
Vale do Itajaí	Pomerode	6740936	USB 11	1
Vale do Itajaí	Ascurra	6712703	USB 12	1
Vale do Itajaí	Gaspar	6696295	USB 13	1
Vale do Itajaí	Witmarsun	6976220	USB 14	1
Vale do Itajaí	Vidal Ramos	Em implantação		1
<b>CAPACIDADE INSTALADA DE USAs SAMU</b>				
<b>Macrorregião</b>	<b>Município</b>	<b>CNES</b>	<b>Nomenclatura</b>	<b>Nº de Unidades</b>
Vale do Itajaí	Blumenau	7229577	USA 01	1
Vale do Itajaí	Brusque	4112180	USA 03	1
Vale do Itajaí	Rio do Sul	6980376	USA 02	1

Fonte: SES, 2024.

**Quadro 63 - Capacidade instalada de serviço aeromédico**

<b>CAPACIDADE INSTALADA DE SERVIÇO AEROMÉDICO</b>				
<b>Macrorregião</b>	<b>Município</b>	<b>CNES</b>	<b>Nomenclatura</b>	<b>Nº de Unidades</b>
Vale do Itajaí	Blumenau	7989342	Arcanjo 03	1

Fonte: SES/SC, 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 26 hospitais, sob gestão estadual, 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 64 - Relação de Hospitais de acordo com a gestão**

<b>Hospitais Contratualizados</b>	
<b>HOSPITAL</b>	<b>MUNICÍPIO</b>
Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora	Presidente Getúlio
Hospital Trombudo Central	Trombudo Central
Hospital Bom Jesus	Ituporanga
Hospital e Maternidade Santa Terezinha	Salete
Fundação Médico Assistencial ao Trab Rur de Vidal Ramos	Vidal Ramos
Fundação Hospitalar Alex Krieser	Agrolândia
Hospital Dona Lisette	Taió
Hospital Nossa Senhora Aparecida	Rio do Campo
Sociedade Hospitalar Comunitária Annegret Neitzke	Pouso Redondo
Hospital Dom Bosco	Rio dos Cedros
Hospital e Maternidade Rio do Teste	Pomerode
Hospital e Maternidade Oase	Timbó
Imigrantes Hospital e Maternidade	Brusque
<b>Total 13</b>	
<b>Hospitais Sob Gestão Municipal</b>	
<b>HOSPITAL</b>	<b>MUNICÍPIO</b>
Hospital Regional - Fundação de Saúde do Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul
Hospital Samaria	Rio do Sul
Hospital Joana Schmitt	Petrolândia
Associação Hospitalar Angelina Meneghelli	Vitor Meireles
Hospital Mateus Caled Padoin	Witmarsum
Hospital Beatriz Ramos	Indaial
Hospital Azambuja	Brusque
Hospital Dom Joaquim	Brusque
Hospital Perpétuo Socorro	Gaspar
Hospital Misericórdia	Blumenau

Hospital Santa Isabel	Blumenau
Hospital Santo Antônio	Blumenau
<b>Total 12</b>	
<b>Hospitais Próprios</b>	
<b>HOSPITAL</b>	<b>MUNICÍPIO</b>
Hospital Dr Waldomiro Colautti	Ibirama
<b>Total 01</b>	

Fonte: SES/SC,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 (BRASIL, 2017).

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 65** - Portarias relacionadas à saúde da mulher e do recém-nascido. Santa Catarina, 2024.

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 66 - Capacidade instalada da Rede Alyne da Macrorregião Vale do Itajaí. Santa Catarina, 2024.**

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)	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	-	10	-	sim
	Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	-	1	-	sim
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO)	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	12	12	12	
		Brusque	2522411	Hospital Azambuja	3	3	3	
	Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	7	7	7	
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA)	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	4	4	4	
		Brusque	2522411	Hospital Azambuja	2	2	2	
	Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	3	3	3	
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Tipo II) - UTIN II	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	20	20	20	
		Brusque	2522411	Hospital Azambuja	16	16	16	
		Brusque	9543856	Imigrantes Hospital e Maternidade	10	10	10	
		Timbó	2537192	Hospital e Maternidade Oase	8	8	8	
	Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	8	8	8	
Leito Obstétrico	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558246	Hospital Santa Isabel	21	1	-	
		Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	32	26	-	
		Brusque	2522489	Associa�o Hospital e Maternidade Dom Joaquim	11	2	-	
		Brusque	2522411	Hospital Azambuja	20	20	-	
		Brusque	9543856	Imigrantes Hospital e Maternidade	20	20	-	
		Gaspar	2691485	Hospital Gaspar	14	13	-	
		Indaial	2521873	Hospital Beatriz Ramos	21	18	-	
		Pomerode	2513838	Hospital e Maternidade Rio do Testo	9	5	-	

Serviços	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos Existentes	Leitos SUS	Leitos na PVH	Referência	
		Rio dos Cedros	6273874	Hospital Dom Bosco Rio dos Cedros SC	0	0	-		
		Timbó	2537192	Hospital e Maternidade Oase	18	10	-		
		Alto Vale do Itajaí	Ibirama	2691884	Hospital Dr Waldomiro Colautti	14	14	-	
			Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	16	11	-	
			Presidente Getúlio	2377330	Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora	4	4	-	
			Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	26	17	-	
			Taió	2377616	Hospital e Maternidade Dona Lisette	6	4	-	
Casa De Gestante, Bebê E Puérpera - CGBP	-	-	-	-	-	-			
Centro De Parto Normal - CPN	-	-	-	-	-	-			
Serviço de Atenção ao Pre-Natal, Parto e Nascimento - Centro de Parto Normal	Médio Vale do Itajaí	Brusque	2522411	Hospital Azambuja	-	-	-		
		Gaspar	2691485	Hospital de Gaspar	-	-	-		
		Rio dos Cedros	6273874	Hospital Dom Bosco Rio dos Cedros SC	-	-	-		
		Timbó	2537192	Hospital e Maternidade Oase	-	-	-		
	Alto Vale do Itajaí	Ibirama	2691884	Hospital Dr Waldomiro Colautti	-	-	-		
		Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	-	-	-		
Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco	-	-	-	-	-	-			
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 67** - Números da triagem neonatal da Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí. Santa Catarina, 2024.

Total de coletas realizadas	1000
Total de bebês	882
Total de coletas inadequadas	37
Tempo de transporte de amostra	3
Total de pontos de coleta	195

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

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

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

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

Vale lembrar que o Programa Nacional de Triagem Neonatal, foi instituída o âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria GM/MS nº 822/2001 e ampliada, pela Lei nº 14.154 de 26 de maio de 2021, que dispõe sobre a ampliação das

doenças em 5 etapas, no qual, o estado de Santa Catarina encontra-se na finalização da primeira etapa. Além disso, temos a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que aperfeiçoa o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho, a qual amplia o número de doenças triadas. Ressalta-se que no estado, todos os 295 municípios aderiram a triagem neonatal.

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

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

#### 4.4.11.2 Rede de Atenção Psicossocial

A rede 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 (BRASIL, 2011).

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

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

**Quadro 68** - Capacidade instalada dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Macrorregião do Vale do Itajaí nas modalidades CAPS I, II, III, AD, IJ e AD III. Santa Catarina, 2024.

Macrorregião	Região de Saúde	Município	Tipo de Caps
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Ibirama	CAPS Microrregional
		José Boiteux	Atendido por Ibirama
		Rio do Sul	CAPS I
		Vitor Meireles	Atendido por Ibirama
	Médio Vale do Itajaí	Apiúna	CAPS Microrregional
		Ascurra	Atendido por Apiúna
		Gaspar	CAPS Microrregional
		Guabiruba	CAPS I
		Indaial	CAPS I
		Pomerode	CAPS I
		Rodeio	Atendido por Apiúna
		Timbó	CAPS I

Fonte: SES/SC, 2024

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.

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 69 - Leitos de saúde mental**

Município	Estabelecimento	Leito 87 MS	PVH Adulto	PVH Infantil	Total Regulação SC
Pouso Redondo	Hospital Pouso Redondo	não habilitado	16		16
Rio do Sul	Hospital Samaria	22	8		30
Blumenau	Hospital Misericórdia	não habilitado	10		10
Brusque	Hospital Azambuja	4	6		10
Indaial	Hospital Beatriz Ramos	não habilitado	10		10
Pomerode	Hospital Maternidade Rio do Testo	não habilitado	10		10
Rio dos Cedros	Hospital Dom Bosco	não habilitado	10		10
Timbó	Hospital Maternidade OASE	4	0		4

Fonte: SES/SC

Atualmente, a macrorregião dispõe de um total de 100 leitos destinados à saúde mental. Destes, 70 leitos são custeados pelo Programa de Valorização dos Hospitais (PVH), uma iniciativa do Estado de Santa Catarina voltada para ampliar o acesso da população aos serviços especializados. E 30 leitos são habilitados e financiados pelo Ministério da Saúde.

Entretanto, é fundamental destacar que não existem leitos habilitados para atender a população infantojuvenil na região, configurando uma lacuna significativa nos serviços disponíveis para esse grupo etário. Essa situação evidencia a necessidade urgente de investimentos e do desenvolvimento de políticas públicas que priorizem a saúde mental de crianças e adolescentes, garantindo que esses jovens recebam o atendimento necessário e adequado.

Em relação ao quantitativo de leitos de saúde mental distribuídos entre as duas regiões de saúde, observa-se um equilíbrio geral. No entanto, é evidente a necessidade de ampliação desses leitos nos demais municípios. Essa expansão é essencial para garantir um cuidado mais próximo ao território, permitindo que os pacientes recebam atendimento em suas comunidades. A ampliação dos leitos não só facilita o acesso aos serviços de saúde mental, mas também contribui para a efetividade do tratamento, promovendo um ambiente mais acolhedor e próximo do cotidiano 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 70 - Componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência. Santa Catarina, 2024.**

Município	CNES	Estabelecimento	Componente habilitado	Componente habilitado	Leitos Habilitados MS	Leitos qualificados MS
					Quantidade	Quantidade
Blumenau	2558246	Hospital Santa Isabel	Porta de Entrada Tipo II	UTI Adulto Tipo III	24	16
				Cuidado Avançado	10	-
Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	Porta de Entrada Tipo II	UTI Adulto Tipo III	20	17
				UTI Pediátrica Tipo III	10	8
Brusque	2522411	Hospital Azambuja	Porta de Entrada Tipo I	UTI Adulto Tipo II	29	21
Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	Porta de Entrada Tipo II	UTI Adulto Tipo II	19	15
				UTI Pediátrica Tipo III	2	2
Ibirama	2691884	Hospital Waldomiro Colautti	Porta de Entrada Tipo Geral	UTI Adulto Tipo II	10	7
Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	Não se Aplica	UTI Adulto Tipo II	10	7
Timbó	2537192	Hospital e Maternidade OASE	Não se Aplica	UTI Adulto Tipo II	18	18
Indaial	2521873	Hospital Beatriz Ramos	Não se Aplica	UTI Adulto Tipo II	10	10
Gaspar	2691485	Hospital de Gaspar	Não se Aplica	UTI Adulto Tipo II	10	10
Brusque	9543856	Imigrantes	Não se Aplica	UTI Adulto	10	0

Município	CNES	Estabelecimento	Componente habilitado	Componente habilitado	Leitos Habilitados MS	Leitos qualificados MS
					Quantidade	Quantidade
		Hospital e Maternidade		Tipo II		
				UTI Pediátrica Tipo II	15	0

Fonte: CNES, 2024; SUE/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](http://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 REFERÊNCIAS DO VALE



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](http://www.saude.sc.gov.br), no menu Profissionais de Saúde, sub menu Regulação, item Protocolos de Acesso e Classificação de Risco:

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>).



- Fluxo de Regulação Hospitalar de Cirurgias Eletivas

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

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

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

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

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



A fila de espera das cirurgias eletivas pode ser acompanhada pelo site [www.saude.sc.gov.br](http://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><a href="https://listadeespera.saude.sc.gov.br/#/home">https://listadeespera.saude.sc.gov.br/#/home</a></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.

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

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

**Quadro 71 - Linhas de Cuidado e Deliberações, 2024. Santa Catarina, 2024.**

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

Fonte: DAPS/SES, 2024

**Quadro 72 - Deliberações CIB referentes aos fluxos e acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Santa Catarina, 2024.**

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

Fonte: DAPS/SES, 2024

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

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

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

**Quadro 73 - Unidades habilitadas para o atendimento ambulatorial especializado em DRC na Macrorregião Vale do Itajaí**

Região de Saúde	Municípios	Estabelecimentos	1506 Unidade de Atenção Especializada em DRC nos estágios 4 e 5 (Pré-Dialítico)
Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	Associação Renal Vida	1

Região de Saúde	Municípios	Estabelecimentos	1506 Unidade de Atenção Especializada em DRC nos estágios 4 e 5 (Pré-Dialítico)
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Associação Renal Vida	1
Médio Vale do Itajaí	Timbó	Associação Renal Vida Timbó	1

Fonte: GEARS/SPS/SES, 2021.

Em relação ao Fluxo de Atendimentos na Linha de Cuidado da Pessoa com DRC na Atenção Ambulatorial Especializada, na Macrorregião do Vale do Itajaí.

**Quadro 74** - Fluxo de Atendimentos na Linha de Cuidado da Pessoa com DRC na Atenção Ambulatorial Especializada.

Estimativa Anual de incidência		
	Estágio 4	Estágio 5
Associação Renal Vida	222	31
Associação Renal Vida		

Fonte: GEARS/SPS/SES, 2021.

**Quadro 75** - Referência por Unidade que Aceitou Fazer parte da Linha de Cuidado a Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos Estágios 3, 4 e 5 (mesmo não habilitada).

CNES	Estabelecimento	Município	Região de Saúde	Estágio 4	Estágio 5
2379430	Associação Renal Vida	Rio do Sul	Alto Vale do Itajaí	222	31
2522322	Associação Renal Vida	Blumenau	Médio Vale do Itajaí	201	28
3689603	Associação Renal Vida Timbó	Timbó	Médio Vale do Itajaí	201	28

Fonte: GEARS/SPS/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).

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

**Deliberação CIB nº 756/2023** - Estabelece o Plano da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Neurologia.

Implicações: Reorganização dos fluxos e serviços para habilitação de novos hospitais para a realização de procedimentos.

**Deliberação 009/CIB/2023** - Retificações em 29/03/2023 e 14/06/2023: Define o Plano da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular.

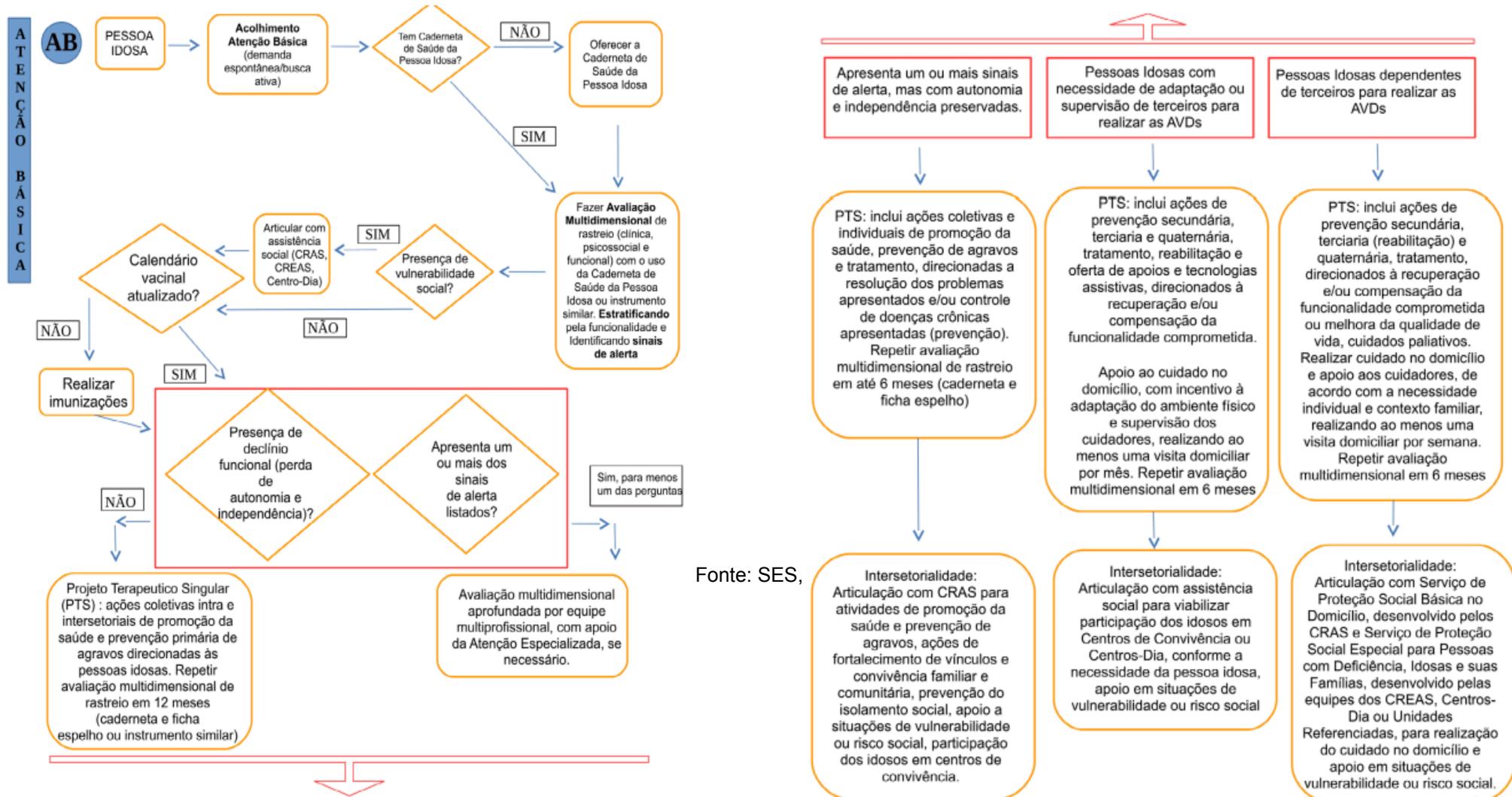
Objetivo: Reorganização de fluxos e serviços.

**Deliberação 008/CIB/2023** - Retificações em 29/03/2023 e 14/06/2023 - Cria o Plano da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia.

- 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 30:** Fluxograma de acesso da Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa

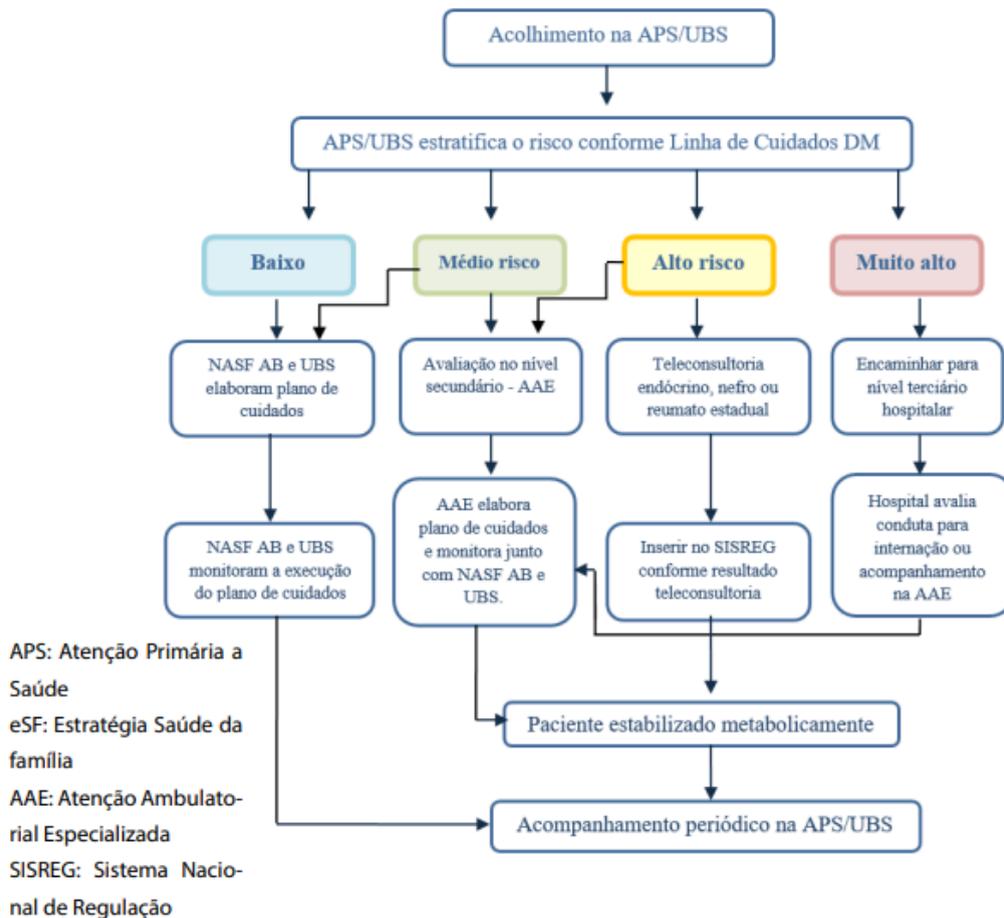


Fonte: SES,

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

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

**Figura 31:** Fluxograma de acesso da Linha de Cuidado à pessoas com Diabetes Mellitus



Fonte: SES, 2024.

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

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

**Quadro 76** - Deliberações CIB referentes aos fluxos e acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial

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

Fonte: SES, 2024.

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

**Quadro 77** - Deliberações CIB referentes aos fluxos e acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial

<b>Deliberação 02/CIB/24</b>	Programação orçamentária anual para o pagamento do Cofinanciamento estadual das: eSF, eSB, PNAISP, CAPS, LRPD, CEO e PROCIS
<b>Deliberação 039/CIB/24</b>	Aprova o Cofinanciamento estadual para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) Tipo II
<b>Deliberação 099/CIB/21</b>	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 LRPD-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>



#### 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 Intra-estaduais 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](http://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>.



#### - Fluxo do TFD Intra-estadual

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS de residência do paciente recebe a solicitação do médico assistente, analisa a PPI e agenda a consulta/procedimento para a referência. Nos casos em que o paciente irá percorrer distância superior a 50 km, deverá providenciar o processo de TFD.

A SMS deve procurar os recursos disponíveis para o tratamento das patologias cujos meios para tal se encontrem esgotados no município, obedecendo ao critério de regionalização da assistência (assistência na sua região de saúde, ou na macrorregião mais próxima, sendo a referência estadual a última opção), em conformidade com a capacidade instalada e o estabelecido na PPI e nos termos de Alta Complexidade.

O processo deverá ser analisado pela equipe de regulação do município, para definir o meio de transporte mais adequado ao paciente, bem como disponibilizar a ajuda de custo.

#### - Fluxo do TFD Interestadual

Nos casos em que a oferta do serviço ou inexistente no Estado, poderá ser solicitado atendimento fora do Estado, devendo ser providenciado abertura de processo Interestadual via sistema TFD on-line.

O município deverá providenciar a documentação para abertura do processo e inserir via sistema TFD on-line para posterior encaminhamento à Gerência Regional de Saúde na qual está inserido.

A Gerência Regional de Saúde analisará as solicitações, fará a conferência dos documentos e encaminhará à divisão TFD Estadual para avaliação. O processo de TFD será analisado administrativamente, submetido à apreciação da Comissão Médica de Regulação Estadual e, caso esteja em conformidade com os critérios de autorização, será liberado/autorizado e encaminhado ao Município de origem do paciente para solicitação de deslocamento e à Gerência Regional de Saúde para pagamento da ajuda de custo.

No caso de o processo estar incompleto, ou for indeferido, o mesmo será devolvido ao Município de origem do paciente com as devidas orientações e justificativas.

O Município de origem do paciente recebendo o processo de TFD autorizado deverá preencher a solicitação para deslocamento via sistema de TFD on-line e encaminhar ao setor de Passagens do TFD Estadual para providenciar o transporte/passagens.

Quando liberado/concluído, o Município de origem do paciente deverá entregar as cópias das passagens e instruir o mesmo sobre a retirada dos bilhetes de embarque no guichê da Empresa Prestadora do Serviço correspondente e a Gerência Regional de Saúde sobre o pagamento da ajuda de custo.

Para os casos de inclusão na CNRAC, o processo deverá seguir as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde disponíveis no site <http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac> e, com informações e documentos obrigatórios para cadastro no sistema.

Quando avaliado e autorizado pela CERAC/SC, o processo é cadastrado no sistema on-line da CNRAC/MS sendo direcionado à Central Nacional para avaliação e encaminhamento às Unidades executantes no País. Para procedimentos existentes no Estado, o processo será cadastrado somente após avaliação por serviço de referência na especialidade quando atestada a insuficiência e/ou indisponibilidade.



#### 4.6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Neste capítulo será apresentado o quadro dos Macroproblemas, que são resultado dos problemas consolidados oriundos das discussões em CIR, dos problemas levantados pelas áreas técnicas SES e das Conferências de Saúde.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. As condições de saúde referem-se às circunstâncias que afetam a saúde das pessoas, variando em persistência e necessitando de respostas sociais que podem ser reativas ou proativas, além de serem eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas pelos sistemas de atenção à saúde (CONASS 2011).

Os Macroproblemas foram Extraídos do Plano Estadual de Saúde- SC 2024-2027 - Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, divididos em 4 perspectivas: sociedade, processo, gestão e financeiro.

Neste capítulo será apresentado o quadro dos Macroproblemas, que são resultado dos problemas consolidados oriundos das discussões em CIR, dos problemas levantados pelas áreas técnicas SES e das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.

**Quadro 78 - Diretrizes, objetivos e macroproblemas de acordo com as perspectivas do Plano Estadual de Saúde 2024-2027. Santa Catarina, 2024**

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	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	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	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	2.4. Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis	Aumento de incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis	
		2.5. Ampliar a cobertura vacinal	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	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	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	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	6.1. Aprimorar a Regulação do Acesso à Assistência	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	6.2. Qualificar a assistência hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes	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	6.3. Promover ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes e condicionantes que impactam na saúde	6.3. Promover ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes e condicionantes que impactam na saúde	Insuficiência de ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes sociais que impactam na saúde

PERSPECTIVAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	MACROPROBLEMAS SC		
		6.4. Fortalecer e ampliar a Atenção Especializada em Saúde	Baixa qualidade na assistência em saúde		
		6.5. Reorganizar os processos de trabalho e articulações intersetoriais das ações de vigilância em saúde de acordo com os determinantes sociais	xxx (análise da situação d e saúde)		
		6.6. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e implantar as linhas de cuidado	Fragilidade na ras		
		6.7. Qualificar a demanda existente na lista de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas	Fragilidade na regulação de acesso aos serviços de saúde		
		6.8. Ampliar as ações de prevenção e promoção da saúde	Ações insuficientes de prevenção e promoção da saúde		
		6.9. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial	Política de saúde mental insuficiente		
		6.10. Aprimorar a Assistência Farmacêutica no território	Fragilidade na execução da assistência farmacêutica no território catarinense		
		6.11. Fortalecer a referência e contrarreferência dos serviços de saúde	Ausência de sistema de referência e contrarreferência		
		6.12. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado	Fragilidade da aps nas ações de promoção, de prevenção e de coordenadora do cuidado		
		GESTÃO	7. Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras	7.1. Elaborar e implementar uma política de tecnologia da informação e comunicação para a SES	Inexistência de uma política/plano diretor de tecnologia da informação e comunicação para a ses
				7.2. Fortalecer e ampliar as ações de Educação Permanente em Saúde	Educação permanente em saúde fragilizada
				7.3. Aprimorar a gestão de pessoas, com revisão do Plano de Cargos e Salários, privilegiando a contratação via concurso público	Falhas no processo de gestão de pessoas

PERSPECTIVAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	MACROPROBLEMAS SC	
		7.4. Aprimorar os processos de trabalho e fluxos internos com implantação da gestão de qualidade na SES	Deficiência na gestão de processos e fluxos internos	
		7.5. Articular as áreas de planejamento, gestão e licitação de forma a acelerar e qualificar os processos	Desarticulação das áreas técnicas com planejamento, gestão de licitação e compras	
		7.6. Promover a reestruturação física das unidades administrativas e estabelecimentos de saúde da SES	Estrutura física inadequada para a demanda	
	8. Fomentar a política de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade como meio de atender as demandas sociais	8.1. Fortalecer a comunicação estratégica acessível e transversal para difusão das políticas, ações e informações em saúde	Fragilidade na política de comunicação	
		8.2. Reduzir a judicialização em saúde	Alto índice de judicialização	
		9. Fomentar a transparência e o controle para alocação e utilização adequada dos recursos em saúde ofertados aos cidadãos	9.1. Ampliar a capacidade de controle, avaliação e auditoria	xxx (conferência estadual de saúde)
		10. Fortalecer os espaços do controle social e da governança colegiada compartilhada	10.1. Garantir o modelo de gestão participativa e compartilhada fortalecendo as instâncias de controle	xxx (conferência estadual de saúde)
11. Fortalecer o planejamento estratégico, participativo e ascendente em saúde	11.1. Avançar na cultura de planejamento e monitoramento em saúde	xxx (análise da situação de saúde)		
FINANCEIRO	12. Fomentar o financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde	12.1. Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros conforme o planejamento estratégico	Gestão deficiente na captação, planejamento, alocação e destinação orçamentária para o financiamento das políticas públicas de saúde	
		12.2. Implementar estratégias para captação de recursos	Insuficiência de recursos	

Fonte: PES 2024-2027

## 5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES SANITÁRIAS

A definição de prioridades sanitárias refere-se ao processo de identificar e classificar as questões de saúde pública que exigem atenção e intervenção imediata ou estratégica. Esse processo envolve a avaliação de problemas sanitários com base em critérios. O objetivo é alocar recursos de forma eficiente e eficaz para resolver os problemas de saúde mais críticos de cada território e melhorar a qualidade de vida da população.

As prioridades sanitárias são definidas por meio da Análise da Situação de Saúde, com vistas a compreender as diferenças e as desigualdades regionais, incluindo nesta análise a identificação de doenças endêmicas, surtos epidêmicos, carências em infraestrutura, saneamento básico, capacidade instalada de cada território, entre outros aspectos.

Esse processo é fundamental para o planejamento e gestão de políticas públicas de saúde.

Em convergência ao levantamento de informações, a definição das prioridades sanitárias para o Plano Regional da Macrorregião, pauta-se também no Plano Estadual de Saúde 2024-2027, considerando suas diretrizes e objetivos estratégicos, os cenários apresentados por cada Macrorregião e como mecanismo de priorização utiliza a metodologia da Matriz RUF-V (adaptada), para definir os macroproblemas que serão priorizados neste primeiro ciclo de monitoramento, por meio de indicadores clássicos e metas pré estabelecidas.

### 5.1. MACROPROBLEMAS PRIORIZADOS

Com base na análise situacional da saúde em seus diversos aspectos, é necessário identificar e definir as prioridades sanitárias regionais que integrarão o Plano Regional da Macrorregião. Essas prioridades devem ser traduzidas posteriormente em diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução.

- Metodologia de Priorização - Matriz RUF-V(Adaptada)

A Matriz RUF-V adaptada é uma ferramenta de análise estratégica para priorização de macroproblemas, utilizando uma abordagem estruturada e

multidimensional. Ela considera três dimensões principais: Relevância, Urgência e Viabilidade de Solução. Cada uma dessas dimensões é avaliada com base em variáveis que influenciam diretamente na definição da prioridade de cada problema. O objetivo é criar uma visão holística considerando suas implicações ao longo do tempo definido.

As variáveis de cada dimensão são usadas para pontuar a relevância e a urgência de ações a serem tomadas e a Viabilidade de Solução mede a facilidade de implementação da solução com os recursos disponíveis.

A Matriz é particularmente útil na identificação de pontos de priorização de macroproblemas na gestão pública, onde os desafios precisam ser tratados de maneira estratégica. Ao aplicá-la, é possível classificar os problemas de acordo com suas pontuações, permitindo que o foco de atuação seja nos problemas mais críticos. A ferramenta ajuda a alinhar as prioridades com os objetivos estratégicos, assegurando que os problemas mais impactantes e urgentes sejam priorizados.

**Quadro 79 - Matriz RUF-V Adaptada para identificação de pontos de priorização**

<b>Matriz RUF-V Adaptada para identificação de pontos de priorização</b>	
<b>Relevância</b>	Mostra o impacto do problema no quadro social, político e institucional
<b>Urgência</b>	Considera a necessidade de solução em curto prazo, uma vez que o problema pode se intensificar, quando não resolvido, e o custo econômico e social de seus efeitos é maior que os de sua resolução.
<b>Viabilidade</b>	Considera a existência de capacidade (recursos, informações, estruturas para resolver o problema e a governabilidade (dependência ou não de outros atores) sobre o problema
<b>Todos os critérios pontuam no intervalo entre 0 e 3, da seguinte forma:</b>	
Baixa = 0, Significativa = 1, Alta = 2, Muito alta = 3	
Referência: SANTOS, Elizabeth Moreira dos; CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira; ABREU, Dolores Maria Franco de (org.). Monitoramento e avaliação para ações de planejamento e gestão. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/CDEAD, 2022. Disponível em: <a href="https://ensino.ensp.fiocruz.br/MeA/temas/tema3.html">https://ensino.ensp.fiocruz.br/MeA/temas/tema3.html</a>	

Fonte: SES, 2024.

**Quadro 80 - Matriz RUF-V Adaptada para identificação de pontos de priorização**

<b>Problemas Consolidados</b>	<b>Relevância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Viabilidade</b>	<b>Total</b>
5. Ampliar a cobertura vacinal	3	2	3	8
3. Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT	3	3	2	8
2 Reduzir a incidência e morbimortalidade por zoonoses conforme o perfil epidemiológico do estado	3	3	3	9
12. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como articuladora e coordenadora do cuidado	3	3	3	9
2 Reduzir a incidência e morbimortalidade por causas externas no estado.	3	3	1	7

**Fonte:** GERSA, 2024.

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 estão apresentadas no quadro abaixo (Quadro 81) e posteriormente foram traduzidas em diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução.

**Quadro 81 - Apresentação dos Macroproblemas elencados pela Macrorregional**

<b>MACRORREGIÃO VALE DO ITAJAÍ</b>			
<b>PERSPECTIVAS</b>	<b>DIRETRIZES</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>MACROPROBLEMAS</b>
<b>SOCIEDADE</b>	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
<b>SOCIEDADE</b>		2.2. Reduzir a incidência e morbimortalidade por arboviroses conforme o perfil epidemiológico do Estado	Aumento de incidência e morbimortalidade por arboviroses
<b>SOCIEDADE</b>		2.3. Reduzir a incidência e morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT	Aumento de incidência e morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis - dcnt
<b>SOCIEDADE</b>		2.5. Ampliar a cobertura vacinal	Diminuição da cobertura vacinal
<b>PROCESSO</b>	6. Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS	6.12. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado	Fragilidade da aps nas ações de promoção, de prevenção e de coordenadora do cuidado

Fonte: Apresentação Prévia do PRI, 2024

Seguem os cenários e propostas de cada macroproblema priorizado pela Macrorregião do Vale do Itajaí:

## **MACROPROBLEMA: ELEVADA MORBIMORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS**

- **Cenário:**

A elevada morbimortalidade por causas externas na região do Vale do Itajaí apresenta um cenário preocupante, com destaque para as altas taxas de óbitos, principalmente por suicídios e acidentes de trânsito, além de agravos relacionados ao trabalho. As causas externas representam o quinto maior grupo de internações, com a mortalidade por essas causas atingindo 10,65%, sendo a quarta maior causa de óbitos na região. O suicídio, com taxas de 16,8 no Alto Vale e 11,8 no Médio Vale por 100.000 habitantes, é um fator alarmante, assim como os acidentes de trânsito, que são a principal causa de óbitos dentro desse grupo. Além disso, a região enfrenta um elevado índice de doenças, agravos e óbitos relacionados ao trabalho, especialmente em setores como abatedouros frigoríficos, fundição de ferro e aço, e comércio varejista.

- **Proposta:**

Para enfrentar esse quadro, é fundamental a realização de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, com inspeções sanitárias, monitoramento de dados e eventos, além de capacitações e reuniões técnicas nos cinco ramos produtivos mais afetados. Também é crucial ampliar o Programa Vida no Trânsito (PVT), realizando reuniões técnicas para fortalecer o programa e promover a segurança viária. A participação nas reuniões da Comissão Estadual Intersectorial de Prevenção de Acidentes e Segurança no Trânsito (CEPAST) deve ser incentivada. Além disso, ações de educação em saúde, com apoio da Escola de Saúde Pública, devem ser realizadas para qualificar profissionais no enfrentamento das violências interpessoais e autoprovocadas, como parte da implantação da Rede de Violência e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A sensibilização e apoio institucional aos municípios para a implantação de serviços com vazios assistenciais, como SER, EMAD, CAPS AD, e leitos UCP, também são essenciais para fortalecer a rede de saúde e reduzir a morbimortalidade por causas externas na região.

## MACROPROBLEMA: AUMENTO DE INCIDÊNCIA E MORBIMORTALIDADE POR ARBOVIROSES (DENGUE)

- **Cenário:**

Nos últimos dois anos, a região tem enfrentado um aumento significativo na morbidade e mortalidade por dengue, com destaque para a elevação expressiva do número de focos do mosquito *Aedes aegypti*, que passou de 7.317 focos em 2022 para números ainda maiores em 2023. Esse crescimento tem sido acompanhado por um aumento no índice de óbitos pela doença. A região também enfrenta dificuldades no manejo adequado da doença, especialmente por parte de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), além de dificuldades na implementação de ações de controle vetorial pelos municípios. A sensibilização e parceria com o controle social, especialmente com estabelecimentos comerciais, tem se mostrado desafiadora. A sobrecarga do sistema de saúde devido à alta demanda nos serviços primário, secundário e terciário tem sido outra preocupação, agravada pela baixa adesão da população à vacina contra a dengue, com restrições de oferta do imunizante para toda a região. A regulação de pacientes graves também têm se mostrado um problema.

- **Proposta:**

Para mitigar a situação, é essencial implantar um Plano de Educação Permanente para as equipes de saúde envolvidas no manejo de arboviroses, em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP) e outras instituições pertinentes. A sensibilização para a implementação de Protocolos de Atendimento conforme a gravidade clínica é igualmente crucial. Deve-se manter atualizado o Plano de Contingenciamento Regional e incentivar os municípios a fazerem o mesmo, capacitando-os para a correta utilização desses planos. A criação de fluxos de informação e tomada de decisão relacionados à oferta de leitos hospitalares, em colaboração com a SES e os Grupos Condutores, também é uma medida fundamental. A capacitação de profissionais da saúde deve ser intensificada, com foco no manejo clínico adequado, classificação de risco, e identificação precoce de casos graves. Além disso, é necessário fortalecer as ações de controle do vetor, melhorar a estruturação regional da Equipe de Vigilância e Controle do *Aedes*

aegypti, e fomentar a notificação oportuna de casos. A promoção de campanhas de vacinação e a regulação eficaz de pacientes graves devem ser igualmente incentivadas para controlar a propagação da doença e reduzir os impactos na região.

## **MACROPROBLEMA: AUMENTO DE INCIDÊNCIA E MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT**

- **Cenário:**

A região do Vale do Itajaí apresenta uma alta taxa de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com um índice alarmante de 287,0 óbitos por 100.000 habitantes, a segunda maior do estado. Nos últimos anos, a mortalidade por DCNTs tem aumentado progressivamente, com 1.430 óbitos em 2014, 1.494 em 2018 e 1.703 em 2023. Esse aumento reflete a falta de adesão da população ao autocuidado, com pouca atenção a hábitos de vida saudáveis e à prevenção de doenças. A ausência de regulamentação sanitária sobre níveis de sódio, gorduras e açúcares nos alimentos processados contribui ainda mais para o problema. A região enfrenta dificuldades significativas em termos de acesso a serviços de saúde especializados, como CAPS, serviços de especialidades médicas e tratamentos de alta complexidade, como cirurgia bariátrica e leitos de UTI. A rotatividade de profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS) e a falta de protocolos assistenciais adequados dificultam o manejo eficiente das DCNTs, o que impacta diretamente na qualidade da atenção e no controle dessas doenças.

- **Proposta:**

Para reduzir a morbimortalidade por DCNTs, é essencial fortalecer as equipes de APS e garantir apoio institucional contínuo para as equipes de saúde municipais. A implementação de Linhas de Cuidado, bem como a criação de um Plano de Cuidado Individualizado e Multiprofissional (PTS), é crucial para melhorar o acompanhamento dos pacientes. Também é necessário estimular a adoção de protocolos clínicos para o manejo das DCNTs, capacitar as equipes de saúde por meio de seminários e oficinas regionais e municipais, e garantir a ampliação de equipes de APS com profissionais qualificados. Além disso, a criação de Polos de Academias de Saúde e a utilização de teleconsultorias e telessaúde podem melhorar

o acesso à saúde para populações com dificuldades de acesso a serviços especializados. Deve-se também trabalhar para a regulamentação da alimentação e fomentar a vigilância alimentar e nutricional. As PPIs (Programas de Promoção à Saúde) devem ser revisadas e ampliadas com a participação ativa dos gestores municipais e das câmaras técnicas, além de desenvolver campanhas educativas de promoção de saúde e monitoramento epidemiológico para um controle mais eficaz das DCNTs.

## **MACROPROBLEMA: DIMINUIÇÃO DA COBERTURA VACINAL**

- **Cenário**

A região enfrenta uma baixa cobertura vacinal em crianças menores de um ano, com índices abaixo das metas preconizadas para várias vacinas essenciais. A BCG está em 74,14% (meta de 90%), febre amarela em 77,02% (meta de 95%), Hepatite B em 78,60% (meta de 95%), Penta em 88,8% (meta de 95%), Pneumocócica em 85,56% (meta de 95%), VIP em 88,67% (meta de 95%) e Rotavírus em 88,95% (meta de 90%). A principal causa dessa situação é a falta de adesão da população à vacinação, alimentada por fake news e movimentos anti-vacinas. Além disso, a falta de envio regular de imunobiológicos pelo Ministério da Saúde tem agravado a cobertura. A rotatividade de profissionais de Sala de Vacina, junto à insuficiência de salas de vacinação e limitação de horário de funcionamento, dificultam o acesso da população. Outro ponto crítico é a falta de sensibilização dos profissionais de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), para a importância da avaliação da situação vacinal e de ações de sensibilização junto à população.

- **Propostas**

Para reverter esse cenário, é necessário intensificar a capacitação dos profissionais de saúde, tanto online, com o curso de Ações Básicas em Imunização, quanto presencial, nas salas de vacina. Deve-se também realizar oficinas de Vigilância de Cobertura Vacinal com os técnicos da Vigilância Epidemiológica e da Atenção Primária à Saúde (APS), além de promover o Simpósio Catarinense de Imunização para ampliar o conhecimento e as melhores práticas. O microplanejamento das ações de vacinação deve ser intensificado, assim como a

colaboração com as mídias locais para aumentar a adesão à vacinação. Outro ponto importante é o apoio técnico aos gestores municipais, especialmente com o auxílio do COSEMS e ESP/SC, para melhorar as estratégias de vacinação e ampliar a oferta de salas de vacina com horário estendido, garantindo maior acesso à população. A valorização dos profissionais de Sala de Vacina também deve ser um foco, por meio de treinamento contínuo e de reuniões para sensibilizar e mobilizar as equipes da APS sobre a importância da vacinação e o manejo adequado das coberturas vacinais.

## **MACROPROBLEMA: FRAGILIDADE DA APS NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO, DE PREVENÇÃO E DE COORDENADORA DO CUIDADO**

- **Cenário**

A Atenção Primária à Saúde (APS) da região apresenta fragilidade em diversas frentes, impactando diretamente nas ações de promoção, prevenção e coordenação do cuidado. A alta taxa de internações por causas sensíveis à APS (ICSAP) é alarmante, atingindo 89% por 10.000 habitantes. Além disso, há uma falta de adesão ao autocuidado por parte da população e uma carência de equipes nas regionais, muitas vezes com número insuficiente de profissionais para atender à alta demanda. A inexistência das Linhas de Cuidado e Planos de Cuidado Individualizado e Multiprofissionais (PTS) nas unidades de saúde dificulta a organização e continuidade do cuidado. Outro desafio é a dificuldade de acesso ao serviço secundário especializado, como exames de alta complexidade e terapias de reabilitação, e a baixa cobertura das equipes de Saúde da Família (ESF), que não são suficientes para atender a demanda populacional. O cenário é agravado pela alta rotatividade de profissionais na APS, dificuldade de contratação de especialistas e falta de articulação entre as equipes da APS e os serviços de apoio, como as equipes de E-MULTI.

- **Propostas**

O fortalecimento das equipes de APS é essencial para reduzir a pressão sobre os serviços secundários e terciários. Isso inclui a realização de apoio institucional in loco, com as equipes de APS e gestão municipal, e a ampliação das equipes de Saúde da Família (ESF). Para melhorar a coordenação do cuidado,

deve-se implantar as Linhas de Cuidado nos municípios, garantindo a continuidade do atendimento e o uso de protocolos clínicos multiprofissionais. A implementação e avaliação das linhas de cuidado, incluindo ações de promoção e vigilância alimentar e nutricional, devem ser discutidas e promovidas nas reuniões da CIR (Comissão Intergestores Regional). Também é importante ampliar o acesso a serviços via teleconsultoria para especialidades médicas, especialmente em áreas com vazios assistenciais, utilizando Telessaúde/Telemedicina. A sensibilização dos gestores municipais é fundamental para a valorização das equipes de APS e a ampliação do financiamento tripartite para fortalecer a APS. Além disso, ações de promoção e prevenção de saúde devem ser incentivadas, e as equipes de APS devem ser treinadas e acompanhadas para melhorar o atendimento, tanto via demanda espontânea quanto por meio de agendamentos para grupos prioritários, como idosos e pessoas com comorbidades.

## 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 Vale do Itajaí.

### 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: 2.1. Reduzir a taxa de morbimortalidade por causas externas no estado

#### MACROPROBLEMA: Elevada morbimortalidade por causas externas

Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista
				2025	2026
Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre	x	x	x	x	x

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

OBJETIVO ESTRATÉGICO: 2.3. Reduzir a incidência e morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT

#### MACROPROBLEMA: Aumento de incidência e morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis - DCNT

Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista
				2025	2026

Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis-D CNT (cardiovasculares, neoplasias, diabetes e respiratórias crônicas)	x	x	x	x	x
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO: 2.5. Ampliar a cobertura vacinal</b>					
<b>MACROPROBLEMA: Diminuição da cobertura vacinal</b>					
Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista
				2025	2026
Índice de Cobertura Vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade para a vacina Poliomielite (3ª dose)	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: 6.12. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado

<b>MACROPROBLEMA: Fragilidade da APS nas ações de promoção, de prevenção e de coordenadora do cuidado</b>					
Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista 2025-2026	Meta prevista	Meta prevista
				2025	2026
Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP)	x	x	x	x	x

## **6. ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PRI**

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) requer a definição dos limites geográficos e da população da região de saúde, além do estabelecimento das ações e serviços a serem oferecidos. Porter e Teisberg (2007) expõem que as Redes de Atenção à Saúde são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos, que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária.

### **6.1 HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - 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):

**Quadro 82 - Serviços habilitados na Rede Alyne, região do Vale do Itajaí**

<b>REDE ALYNE / CEGONHA - MACRORREGIÃO DE SAÚDE VALE DO ITAJAÍ</b>								
<b>SERVIÇOS HABILITADOS</b>								
<b>REGIÃO DE SAÚDE</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>CNES</b>	<b>ESTABELECIMENTO</b>	<b>UTIN II</b>	<b>UTIN III</b>	<b>UCINCO</b>	<b>UCINCA</b>	<b>ATENÇÃO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II)</b>
Médio Vale do Itajaí	Brusque	2522411	Hospital Azambuja	16 leitos - PRT GM/MS/ N° 2117 de 05/12/23	----	3 leitos - PRT GM/MS/ N°1668 de 26/10/23	2 leitos - PRT GM/MS/ N°1668 de 26/10/23	-----
Médio Vale do Itajaí	Brusque	9543856	Imigrantes Hospital e Maternidade	10 leitos - PRT GM/MS/ N°3254 de 06/03/2024	----	----	----	-----
Médio Vale do Itajaí	Timbó	2537192	Hospital e Maternidade OASE	8 leitos - PRT GM/MS N°372 de 28/03/2023	----	----	----	-----
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	----	20 leitos - PRT GM/MS/ N°2117 de 05/12/2023	12 leitos - PRT GM/N°2705 de 18/10/2017	4 leitos - PRT GM/N° 294 de 25/02/2019	PRT SAS/N° 1428 de 31/08/2017
Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	8 leitos - PRT GM/MS/ N°571 de 05/05/2023	----	7 leitos - PRT SAS/N° 852 de 11/09/2015	3 leitos - PRT SAS/N° 852 de 11/09/2015	PRT SAS/N° 707 de 05/08/2015

Fonte: PRT/GM/MS

**Quadro 83 - Serviços habilitados na Rede de Atenção Psicossocial, região do Vale do Itajaí**

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL								
SERVIÇOS HABILITADOS								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	CAPS	CAPS AD	CAPSi	LEITOS EM SAÚDE MENTAL	LEITOS PSIQUIÁTRICOS
ALTO VALE DO ITAJAÍ	RIO DO SUL	3041840	-	CAPS I (1)	-	-	-	-
ALTO VALE DO ITAJAÍ	RIO DO SUL	2379627	HOSPITAL SAMÁRIA	-	-	-	22 leitos	8 leitos
ALTO VALE DO ITAJAÍ	RIO DO SUL	2568713	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE DO ITAJAÍ	-	-	-	1 leito	-
ALTO VALE DO ITAJAÍ	IBIRAMA	6440258	-	CAPS I (microrregional)	-	-	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	APIÚNA	7488750	-	CAPS I (microrregional)	-	-	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	BRUSQUE	2660849	-	CAPS II(1)	-	-	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	BRUSQUE	7045263	-	-	CAPS AD(1)	-	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	BRUSQUE	9837760	-	-	-	CAPS infantil (1)	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	BRUSQUE	2522411	HOSPITAL AZAMBUJA	-	-	-	4 leitos	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	BLUMENAU	2674629	-	CAPS II (1)	-	-	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	BLUMENAU	2674637	-	-	-CAPS AD III (1)	-	-	-

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL								
SERVIÇOS HABILITADOS								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	CAPS	CAPS AD	CAPSi	LEITOS EM SAÚDE MENTAL	LEITOS PSIQUIÁTRICOS
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	BLUMENAU	2674645	-	-	-	-CAPS infantil (1)	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	GASPAR	3667359	-	CAPS I (1)	-	-	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	GUABIRUBA	7640145	-	CAPS I(1)	-	-	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	INDAIAL	2690225	-	CAPS I(1)	-	-	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	POMERODE	6822738	-	CAPS I(1)	-	-	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	TIMBÓ	3186695	-	CAPS I(1)	-	-	-	-
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	TIMBÓ	2537192	HOSPITAL E MATERNIDADE OASE	-	-	-	4 leitos	-

Fonte: PRT/GM/MS

**Quadro 84 - Serviços habilitados/qualificados na Rede de Urgência e Emergência - Vale do Itajaí**

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA											
SERVIÇOS HABILITADOS											
REGIÃO DE SAÚDE	MUN	CNES	ESTABEL	UTI ADULTO TIPO II	UTI ADULTO TIPO III	UTI PED	PORTA DE ENTRADA	LEITOS RET CLÍNICA	UCP	U-AVC	U-CO
VALE DO ITAJAÍ	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	19 Leitos, sendo 15 qualif	-	02	Tipo II	-	-	-	03 leitos em processo de hab/qual
	Trombudo Central	2377357	Hospital de Trombudo Central	-	-	-	-	-	60 leitos	-	-
	Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	10 leitos, sendo 07 Leitos qualif	-	-	-	10 leitos	-	-	-
	Rio do Sul	379627	Hospital Samária	-	-	-	-	10 Leitos	-	-	-
	Ibirama	2691884	Hospital Dr Waldomiro Colautti	10 leitos, sendo 07 qualif	-	-	Geral	10 leitos	-	-	-
	Presidente Getúlio	2377330	Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora	-	-	-	-	10 Leitos	-	-	-
	Blumenau	2522209	Hospital Misericórdia	-	-	-	-	10 Leitos	-	-	-
	Brusque		Hospital Azambuja	-	29 leitos, sendo 21 qualificados	-	Tipo I	20	-	05	-
	Gaspar		Hospital de Gaspar	10 leitos qualifi	-	-	-	20	-	-	-

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA											
SERVIÇOS HABILITADOS											
REGIÃO DE SAÚDE	MUN	CNES	ESTABEL	UTI ADULTO TIPO II	UTI ADULTO TIPO III	UTI PED	PORTA DE ENTRADA	LEITOS RET CLÍNICA	UCP	U-AVC	U-CO
	Indaial		Hospital Beatriz Ramos	10 leitos qualificados	-	-	-	10	-	-	-
	Timbó		Hospital Oase	18 leitos qualificados	-	-	-	16	25	05	-
	Pomerode		Hospital e maternidade Rio do Testo	-	-	-	-	10	-	-	-
	Blumenau		Hospital Santa Izabel	-	24 leitos, sendo 16 qualificados	-	Tipo II	-	-	10 Leitos	-
	Blumenau		Hospital Santo Antônio	-	20 leitos, sendo 17 qualificados	10 leitos (08 qualificados)	Tipo II	-	-	-	-
	Brusque		Hospital Imigrantes	10 leitos em processo de qualif	-	15 leitos habilitados. aguarda qualif	-	-	-	-	-

Fonte: PRT/GM/MS

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

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

- REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**Quadro 85 - SAMU - USA**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	USA	HABILITAÇÃO	QUALIFICAÇÃO	CUSTEIO (ANUAL)
Vale do Itajaí	Blumenau	01	01	-	462.000,00
Vale do Itajaí	Rio do Sul	01	01	-	462.000,00
<b>Total</b>		<b>02</b>	<b>02</b>	-	<b>924.000,00</b>

Fonte: SES/SC,2024

**Quadro 86 - SAMU - UBS**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	USB	HABILITAÇÃO	QUALIFICAÇÃO	CUSTEIO (ANUAL)
Vale do Itajaí	Blumenau	01	01 (nova)	-	157.500,00
	Vidal Ramos	01	01 (nova)	-	157.000,00
	Trombudo Central	01	01 (nova)	-	157.500,00
	Ituporanga	01	-	01	105.528,00
	Taió	01	-	01	105.528,00
	Ibirama	01	-	01	105.528,00
	Ituporanga	01	-	01	105.528,00
<b>Total</b>			<b>03 Novas</b>	<b>04 qualificações</b>	<b>894.612,00</b>

Fonte: SES/SC,2024

**Quadro 87:- Portas de Entrada**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	TIPO DE GESTÃO	CLASSIFICAÇÃO (Geral, Tipo I, Tipo II)	CUSTEIO (ANUAL)
Vale do Itajaí	Pomerode	2513838	Hospital e Maternidade Rio do Testo	Estadual	Geral	R\$ 1.200.000,00
	Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	Estadual	Geral	R\$ 1.200.000,00

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	TIPO DE GESTÃO	CLASSIFICAÇÃO (Geral, Tipo I, Tipo II)	CUSTEIO (ANUAL)
	Indaial	2521873	Hospital Beatriz Ramos	Municipal	Geral	R\$ 1.200.000,00
	Timbó	2537192	Hospital Oase	Estadual	Tipo I	R\$ 2.400.000,00
<b>Total</b>						<b>R\$ 6.000.000,00</b>

Fonte: SES/SC,2024

**Quadro 88 - Inclusão de NOVOS Leitos de UTI Pediátrico Tipo III**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	LEITOS	CUSTEIO (ANUAL)	Nº LEITOS REQUALIFICADOS	CUSTEIO (ANUAL)	TOTAL DO CUSTEIO (ANUAL)
Vale do Itajaí	Blumenu	2558254	Hospital Santo Antônio	10	2.628.000,00	-	-	2.628.000,00

Fonte: SES/SC,2024

**Quadro 89 - Inclusão de NOVOS Leitos de Cuidados Prolongados incluídos no PAR de 2023**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS NOVOS	CUSTEIO (ANUAL)
Vale do Itajaí	Benedito Novo	2660717	Hospital São Benedito	25	R\$ 4.222.800,00
<b>Total</b>				<b>25</b>	<b>R\$ 4.222.800,00</b>

Fonte: SES/SC,2024

**Quadro 90 - Inclusão de NOVOS Leitos de AVC incluídos no PAR de 2023**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTAB.	Nº LEITOS AGUDO	CUSTEIO (ANUAL)	Nº LEITOS INTEG	CUSTEIO (ANUAL)	TOTAL DO CUSTEIO (ANUAL)
	Brusque	2522411	Hospital Azambuja	10	R\$ 1.149.750,00	10	R\$ 1.099.786,10	R\$ 2.249.536,10
Vale do Itajaí	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	05	R\$ 574.875,00	05	R\$ 549.893,05	R\$ 1.124.768,05
	Indaial	2521873	Hospital Beatriz Ramos	10	R\$ 1.149.750,00	-	-	R\$ 1.149.750,05
<b>TOTAL</b>				<b>25</b>		<b>15</b>		<b>R\$ 4.524.054,20</b>

Fonte: SES/SC,2024

**Quadro 91 - Inclusão de novos Leitos de Unidade Coronariana (UCO) incluídos no PAR de 2023**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS NOVOS	CUSTEIO (ANUAL)
Vale do Itajaí	Brusque	2522411	Hospital Azambuja	10	R\$ 5.256.000,00
	Timbó	2537192	Hospital Oase	10	R\$ 5.256.000,00
<b>Total</b>				<b>10</b>	<b>R\$ 10.512.000,00</b>

Fonte: SES/SC,2024

**Quadro 92 - Inclusão de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa - incluídos no PAR de 2023**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	TIPO	CUSTEIO (ANUAL)
Vale do Itajaí	Gaspar	7520557	PROGRAMA MELHOR EM CASA SAD GASPAR Prefeitura Municipal de Gaspar	EMAP	R\$ 72.000,00
	Pomerode	4155750	SAD Serviço de Atenção Domiciliar de Pomerode	EMAD II	R\$ 408.000,00
	Rio do Sul	6456529	Secretaria Municipal de Saúde	EMAD II	R\$ 408.000,00
	Rio do Sul	6456529	Secretaria Municipal de Saúde	EMAP	R\$ 72.000,00
	Timbó	4012801	Serviço de Atenção Domiciliar	EMAD II	R\$ 408.000,00
	Timbó	4012801	Serviço de Atenção Domiciliar	EMAP	R\$ 72.000,00
	<b>Total</b>				

Fonte: SES/SC,2024

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

- **REDE ALYNE, REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REDE DE CRÔNICOS**

**Quadro 93** - Intenções de habilitação/qualificação, segundo instituição proponente

Instituição	CNES	Serviço	Quantidade	Observação
Associação Cultural e Beneficente Sao Jose - Rio do Campo	2377462	Leitos em Saúde Mental	10 Leitos	A instituição tem interesse em implantar, sendo necessários pequenos ajustes estruturais para que disponibilize o serviço.
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Leitos UTI tipo III	20 Leitos	Aguarda qualificação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Leitos UTI NEO tipo II	20 Leitos	Aguarda qualificação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Leitos UCINco	12 Leitos	Aguarda qualificação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Leitos UCINca	04 Leitos	Aguarda qualificação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	UTI ADULTO GESTANTE/PUÉRPERA	03 Leitos Tipo III	Aguarda qualificação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	UTI ADULTO GESTANTE/PUÉRPERA	02 Leitos Tipo III	Novos leitos além dos que aguardam qualificação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Leitos obstétricos Risco Habitual	32 Leitos	Aguarda qualificação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Leitos obstétricos Alto Risco	10 Leitos	Aguarda qualificação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	CIAM	01 Unidade	Aguarda habilitação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Casa Gestante, Bebê e Puérpera	14 leitos / 01 unidade e mais 06 leitos que necessita construção	Aguarda adaptação do local e habilitação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	UTI ADULTO - GESTANTE PUÉRPERA REDE ALYNE	02 Leitos Tipo III	Necessita a construção do espaço e/ou adaptação do leito
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Leitos obstétricos Alto Risco	05 Leitos	Necessita adaptação local
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Casa Gestante, Bebê e Puérpera	06 Leitos / 01 Unidade	Necessita de adaptação do local
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Leitos de Retaguarda Clínica	10 leitos	Prestador tem interesse em implantar
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Leitos U-AVC integral	10 leitos	Elegível: conforme e-mail enviado pelo hospital em 14/11/2024 manifestando interesse. Porém necessita de adequação física e estruturação da equipe.
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	Leitos de Cuidados Prolongados	15 leitos	Elegível porém necessita de adequação física e estruturação da equipe.

Instituição	CNES	Serviço	Quantidade	Observação
Fundação Hospitalar de Blumenau	2558254	UCP	10	Elegível, conforme e-mail enviado pelo hospital em 14/11/2024 manifestando interesse. Porém necessita de adequação física e estruturação da equipe.
HOSPITAL ARQUIDIOCESANO CÔNSUL CARLOS RENAUX	2522411	UTINEO	16 LEITOS	AGUARDAM QUALIFICAÇÃO
HOSPITAL ARQUIDIOCESANO CÔNSUL CARLOS RENAUX	2522411	UCINco	03	AGUARDA QUALIFICAÇÃO
HOSPITAL ARQUIDIOCESANO CÔNSUL CARLOS RENAUX	2522411	UCINca	02	AGUARDA QUALIFICAÇÃO
HOSPITAL ARQUIDIOCESANO CÔNSUL CARLOS RENAUX	2522411	Leitos obstétricos risco habitual	20 Leitos	Qualificar - leitos operantes
HOSPITAL ARQUIDIOCESANO CÔNSUL CARLOS RENAUX	2522411	Leitos obstétricos alto risco gestacional	20 Leitos	Possuem estrutura, necessita algumas adaptações
HOSPITAL ARQUIDIOCESANO CÔNSUL CARLOS RENAUX	2522411	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera	01 unidade com 20 leitos	Possuem estrutura, necessita algumas adaptações
HOSPITAL ARQUIDIOCESANO CÔNSUL CARLOS RENAUX	2522411	AGPAR	Um ambulatório	Possuem estrutura, necessita algumas adaptações
HOSPITAL BEATRIZ RAMOS	2521873	UTI PED tipo II	10 leitos	Elegível porém necessita de adequação física e estruturação da equipe.
Hospital Beatriz Ramos	2521873	UTI PED	10 Leitos	Elegível porém necessita de adequação física e estruturação da equipe.
Hospital Bom Jesus	2377829	Leitos obstétricos risco habitual	16 Leitos	Já implantado, porém não qualificado na rede alyne

Instituição	CNES	Serviço	Quantidade	Observação
Hospital Bom Jesus	2377829	Porta de Entrada Geral	01	Está no PAR, com diligências
Hospital de Gaspar	2691485,	Porta de Entrada Geral	01	Tem parecer, está respondendo diligências ao MS
Hospital de Trombudo Central	2377373	Leitos de Retaguarda Clínica	10 Leitos	Prestador tem interesse em implantar
Hospital Dr Waldomiro Colautti	2691884	Leitos em saúde mental	16 Leitos	A instituição tem interesse em implantar, sendo necessários pequenos ajustes estruturais para que disponibilize o serviço.
Hospital e Maternidade Oase	2537192	UTI pediátrico	8 leitos	Elegível em andamento a solicitação de habilitação.
Hospital e Maternidade Rio do Testo	2513838	UCINco	05 Leitos	Prestador tem interesse em implantar
Hospital e Maternidade Rio do Testo	2513838	Leitos Obstétricos risco habitual	05 Leitos	Prestador tem interesse em implantar
Hospital e Maternidade Rio do Testo	2513838	CPN	01 unidade com 5 PPP	Prestador tem interesse em implantar
Hospital e Maternidade Rio do Testo	2513838	A-SEG	Um ambulatório	Prestador tem interesse em implantar
Hospital e Maternidade Rio do Testo	2513838	UTI NEO	10 LEITOS	Prestador tem interesse em implantar
Hospital e Maternidade Rio do Testo	2513838	BLH	Uma unidade	Prestador tem interesse em implantar
Hospital e Maternidade Rio do Testo	2513838	PNAR	Um ambulatório	Prestador tem interesse em implantar
Hospital e Maternidade Rio do Testo	2513838	AGPAR	01 ambulatório	Prestador tem interesse em implantar
Hospital e Maternidade Rio do Testo	2513838	Leitos de Saúde Mental	10 leitos	Prestador tem interesse em implantar
Hospital Joana Schmitt - IMAS	2378000	UTI ADULTO TIPO II (Hospital está em fase de expansão predial)	20 Leitos	Em fase de ampliação/construção
Hospital Joana Schmitt - IMAS	2378000	UTI PED TIPO II	02	Em fase de ampliação/construção
Hospital Joana Schmitt - IMAS	2378000	PORTA DE ENTRADA TIPO II	01	Em fase de ampliação/construção
Hospital Joana Schmitt - IMAS	2378000	LEITOS RETAGUARDA CLÍNICA	20	Em fase de ampliação/construção
Hospital Joana Schmitt - IMAS	2378000	LEITOS DE SAÚDE MENTAL	10	Em fase de ampliação/construção
Hospital Joana Schmitt - IMAS	2378000	LEITOS DE CUIDADOS PALIATIVOS	10	Em fase de ampliação/construção
Hospital Maria Auxiliadora	2377330	Leitos em Saúde Mental	10 Leitos	Projeto arquitetônico na VISA, aguardando a reforma do setor para habilitar os leitos em saúde mental.

Instituição	CNES	Serviço	Quantidade	Observação
Hospital Maria Auxiliadora	2377330	UCP	15 leitos UCP	Em fase de adaptação estrutural
Hospital Misericórdia	2522209	UCP (10 novos + 05 já existentes)	15 LEITOS	Já possui Estrutura física, precisa de pequenas adequações para atender as demandas.
Hospital Misericórdia	2522209	Leitos em Saúde Mental	20 Leitos	O hospital possui leitos construídos e parte da equipe já contratada.
Hospital Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	2691485	Leitos obstétricos risco habitual	13 Leitos	Aguarda Habilitação
Hospital Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	2691485	CPN Centro de Parto Normal	01 unidade com 04 PPP	Aguarda habilitação
Hospital Santa Isabel	2558246	Retaguarda clínico	10 leitos	Elegível: hospital manifesta interesse, porém o prestador necessita justificar a taxa de ocupação abaixo de 85%.
Hospital Santa Isabel	2558246	Leitos em saúde mental	10 leitos	Elegível, porém prestador necessita de adequações.
Hospital Santa Isabel	2558246	UCO	06 leitos	Elegível, porém prestador necessita de adequações.
Hospital Santa Isabel	2558246	UCP	15 leitos	Elegível: hospital manifesta interesse, porém o prestador necessita de adequações.
Hospital Santa Isabel	2558246	UTI adulto Tipo III	03 leitos	Elegível, o hospital manifesta interesse, porém o prestador necessita de adequações.
Hospital São Benedito	2660717	20 Leitos em Saúde Mental	20 Leitos	Leitos existentes, necessita adaptações
Hospital São Benedito	2660717	Leitos obstétricos risco habitual	46 leitos	Prestador tem interesse em implantar
Hospital São Benedito	2660717	Leitos de Retaguarda Clínica	25 leitos	Prestador tem interesse em implantar
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	U-AVC	10 leitos	Elegível em andamento a solicitação de habilitação, aguardando finalizar estrutura física para dar andamento.
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	Porta de Entrada tipo II	Porta	Elegível, prestador manifesta interesse, porém não possui

Instituição	CNES	Serviço	Quantidade	Observação
				contratualizado com o Estado o serviço de urgência e emergência – pronto socorro.
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	Retaguarda clínico	20	O prestador manifesta interesse, .
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	AMBULATÓRIO ALTO RISCO GESTACIONAL	2 consultórios	prestador manifesta interesse
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	AMBULATÓRIO ALTO RISCO PUERPERAL – AGPAR	2 consultórios	prestador manifesta interesse
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	AMBULATÓRIO DE SEGMENTO DO RN E DA CRIANÇA A-SEG	01 consultório	prestador manifesta interesse
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	CASA GESTANTE, BEBE, PUÉRPERA	01 casa com 05 leitos	prestador manifesta interesse
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	LEITOS GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	06 Leitos	prestador manifesta interesse
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	COMPLEXO REGULADOR		prestador manifesta interesse
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	CPN	02 UNIDADES	prestador manifesta interesse
Imigrantes Hospital e Maternidade	9543856	UAVC INTEGRAL TIPOIII	15 Leitos	Em fase de habilitação
ORDEM AUXILIADORA DAS SENHORAS EVANGÉLICAS DE TIMBÓ	2537192	UTI NEO	08 LEITOS	AGUARDA QUALIFICAÇÃO
ORDEM AUXILIADORA DAS SENHORAS EVANGÉLICAS DE TIMBÓ	2537192	UTIPED	02 Leitos	Aguarda qualificação
Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul	6456529	CAPS AD microrregional	01 CAPS AD	A instituição tem interesse em implantar, sendo necessária a construção do local
Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul	6456529	CAPS i microrregional	01 CAPSi	A instituição tem interesse em implantar, sendo necessária a construção do local
Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul	6456529	EMAD e EMAP	01 equipe de cada	AGUARDA INCLUSÃO SAIPS

Instituição	CNES	Serviço	Quantidade	Observação
SMS BRUSQUE	9567895	UPA PORTE III Custeio IV	01 UPA	Municípios está em fase final de reforma predial para solicitar habilitação/qualificação SAIPS
SMS de Ituporanga	6360653	01 EMAD e 01 EMAP	01 EMAD/ 01 EMAP	Município está em tratativas para incluir no SAIPS
SMS Ituporanga	6360653	UPA 24 microrregional	01 UPA	Em fase de discussão com municípios referência. Intenção de construção em 2025
SMS Ituporanga	6360653	CAPS AD microrregional	01 CAPS AD	prestador manifesta interesse
SMS Ituporanga	6360653	CAPS I microrregional	01 CAPS i	Prestador manifesta interesse
SMS Ituporanga	6360653	CAPS tipo II microrregional	01 CAPS	Município tem terreno e projeto para construção do CAPS microrregional
SMS TAIÓ	6509363	EMAD E EMAP	01 EQUIPE DE CADA MODALIDADE	Elegível porém necessita estruturação da equipe.
SMS TAIÓ	6509363	CAPS II		Elegível porém necessita de adequação física e estruturação da equipe.
SMS TAIÓ	6509363	Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos (EACP)	01 EQUIPE	Necessita contratação para solicitar habilitação
Sociedade Hospitalar Comunitária Annegret Neitzke de Pouso Redondo	2377225	Leitos em Saúde Mental	14 a 16 leitos	A instituição está em fase de reforma do setor que será destinado a este serviço

Fonte: GERSA, 2024.

## 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 94** - Parametrização leitos de saúde mental

LEITOS DE SAÚDE MENTAL					
REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Leitos Habilitados MS	Parâmetro Portaria	Leitos Adulto PVH	Leitos Infantil PVH
Alto Vale Itajaí	309.808	22	13	24	-
Médio Vale do Itajaí	812.968	8	35	46	-
<b>Total</b>	<b>1.122.776</b>	<b>30</b>	<b>49</b>	<b>70</b>	-

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 Vale do Itajaí, há 30 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 49 (quarenta e nove) 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 Vale do Itajaí, há 70 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa.

Acredita-se que estes 70 leitos são leitos potenciais para habilitação no Ministérios da Saúde.

Considerando os 30 leitos habilitados pelo Ministério da Saúde e os 70 leitos que compõem a PVH, a Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí conta com 100 leitos para atendimento em saúde mental.

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

**Quadro 95** - leitos de UTI SUS e PVH adulto

Macrorregião	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos PVH
Vale	Alto Vale do Itajaí	Ibirama	2691884	Hospital Dr Waldomiro Colautti	10	0
		Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	10	10
		Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	19	19
	Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558246	Hospital Santa Isabel	24	24
		Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	20	20
		Brusque	2522411	Hospital Azambuja	29	29
		Brusque	9543856	Imigrantes Hospital e Maternidade	10	10
		Gaspar	2691485	Hospital de Gaspar	10	10
		Indaial	2521873	Hospital Beatriz Ramos	10	10
		Timbó	2537192	Hospital e Maternidade Oase	18	18

Fonte: CNES, 2024; DAES/SES, 2024

**Quadro 96** - parametrização leitos de UTI adulto

Macrorregião	Região de Saúde	População Acima de 15 Anos	Leitos SUS Habilitados	Média do Parâmetro	Leitos PVH
Vale	Alto Vale do Itajaí	128297	39	26	29
	Médio Vale do Itajaí	667581	121	134	121
<b>TOTAL</b>		<b>795878</b>	<b>160</b>	<b>159</b>	150

Fonte: CONASS, 2021

Atualmente, a Macrorregião Vale do Itajaí dispõe de 160 leitos de UTI adulto tipo II e tipo III habilitados pelo Ministério da Saúde. 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 160 leitos habilitados, 150 recebem esse custeio adicional pelo PVH, sendo alocados nos Hospitais Bom Jesus, Hospital Regional Alto Vale, Hospital Santa Isabel, Hospital Santo Antônio, Hospital Azambuja, Imigrantes Hospital e Maternidade, Hospital de Gaspar, Hospital Beatriz Ramos, Hospital e Maternidade Oase.

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). Os leitos utilizados para o parâmetro foram os habilitados pelo Ministério da Saúde (MS).

Conforme a população acima de 15 anos no quadro 96, 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 da macrorregião, estima-se a necessidade de 159 leitos de UTI adulto para atender à macrorregião Vale do Itajaí, é importante destacar que conforme a média do parâmetro, a Macrorregião Vale do Itajaí atende ao recomendado.

Consta em tramitação na SES, a solicitação de habilitação de 03 (três) leitos já existentes, para serem destinados à unidade coronariana-UCO do Hospital Regional Alto Vale, leitos de UTI SUS e PVH Adulto.

**Quadro 97 - Leitos de UTI SUS e PVH pediátrico**

Macrorregião	Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos PVH
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	2	2
	Médio Vale do Itajaí	Brusque	9543856	Imigrantes Hospital e Maternidade	15	21
		Blumenu	2558254	Hospital Santo Antônio	10	10
		Timbó	2537192	Hospital e Maternidade Oase	0	8

Fonte: CNES, 2024; DAES/SES, 2024

**Quadro 98 - parametrização leitos de UTI pediátrico**

Macrorregião	Região de Saúde	População 1 até 14 anos	Leitos SUS Habilitados	Média do Parâmetro	Leitos de UTI SUS PVH
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	31.396	2	6	2
	Médio Vale do Itajaí	135.228	25	27	39
<b>TOTAL</b>		<b>166.624</b>	<b>27</b>	<b>33</b>	<b>41</b>

Fonte: CONASS, 2021.

Atualmente, a Macrorregião Vale dispõe de 27 leitos de UTI pediátrico 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 27 leitos habilitados, 41 leitos recebem esse custeio adicional pelo PVH, sendo alocados no Hospital Regional Alto Vale, Imigrantes Hospital e Maternidade, Hospital Santo Antônio, Hospital e Maternidade Oase.

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). Os leitos utilizados para o parâmetro foram os habilitados pelo Ministério da Saúde (MS). Conforme a população no quadro 98, 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 33 leitos de UTI pediátrico para atender à macrorregião Vale do Itajaí.

É importante destacar que, para esta Macrorregião de Saúde, consta aprovado pela deliberação 414/CIB/2024 a habilitação de oito leitos de Unidade de Terapia Intensiva Tipo II (UTI) Pediátrica do Hospital e Maternidade Oase, localizado no Município de Timbó. Além disso, a deliberação 427/CIB/2024 aprovou a habilitação de dois leitos de Unidade de Terapia Intensiva Tipo II (UTI) Pediátrica do Hospital Azambuja, localizado no Município de Brusque, 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 99 - Parametrização leitos obstétricos**

DADOS DA MACRO					LEITOS OBSTÉTRICOS	
REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidad e para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Médio Vale do Itajaí	812 968	1	9.872	10.366	115	123
Alto Vale do Itajaí	309 808	1	4.228	4.439	50	53
<b>Total</b>	<b>1 122 776</b>	<b>2</b>	<b>14.100</b>	<b>14.805</b>	<b>165</b>	<b>175</b>

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí existem 232 leitos obstétricos, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, destes, 165 são habilitados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria nº 1631/2015 estabelece como um método de cálculo para parâmetro leitos obstétricos, sendo:  $\{ \text{Gestantes Estimadas} \times 2,5 \text{ dias (média de permanência)} / [365 \text{ dias} \times 0,70 \text{ (taxa ocupação 70\%)}] \} \times 1,21$  (ajuste para outros procedimentos obstétricos). Desta forma, o número de leitos, segundo parâmetro estabelecido, é de 175 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 100 - Parametrização leitos de referência para gestação de alto risco**

DADOS DA MACRO					LEITOS OBSTÉTRICOS GAR	
REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidad e para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Médio Vale do Itajaí	812 968	1	9.872	10.366	10	35
Alto Vale do Itajaí	309 808	1	4.228	4.439	1	15
<b>Total</b>	<b>1 122 776</b>	<b>2</b>	<b>14.100</b>	<b>14.805</b>	<b>11</b>	<b>50</b>

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí existem 11 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 50, para esta Macrorregião de Saúde.

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

Importante destacar que existem 02 unidades hospitalares, nesta Macrorregião de Saúde, que são referência na atenção hospitalar à gestação de alto risco, por meio da Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite 500/CIB/2014, sendo uma já habilitadas pelo Ministério da Saúde.

Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, em identificar novos estabelecimentos com potencial de habilitação e/ou identificar a possibilidade de aumentar a capacidade instalada dos estabelecimentos que já são referência para a Macrorregião.

⇒ Leitos UTI Neo

**Quadro 101 - Parametrização leitos UTI Neonatal.**

DADOS DA MACRO					LEITO UTIN	
REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidad e para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Médio Vale do Itajaí	812 968	1	9.872	10.366	54	20
Alto Vale do Itajaí	309 808	1	4.228	4.439	8	8
<b>Total</b>	<b>1 122 776</b>	<b>2</b>	<b>14.100</b>	<b>14.805</b>	<b>62</b>	<b>28</b>

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí existem 62 leitos de UTI neonatal, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, e todos 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 28 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

repassa de recursos financeiros como incentivo estadual para leitos de UTI neonatal. Este incentivo visa maior sustentabilidade para manutenção e maior indução para a criação de leitos de UTI neo no território catarinense. Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, há 62 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa. Estes 62 leitos já estão habilitados pelo Ministério da Saúde.

⇒ Leitos UCINCo

**Quadro 102** - Parametrização leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo.

DADOS DA MACRO					LEITO UCINCo	
REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidad e para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Médio Vale do Itajaí	812 968	1	9.872	10.366	15	20
Alto Vale do Itajaí	309 808	1	4.228	4.439	7	8
<b>Total</b>	<b>1 122 776</b>	<b>2</b>	<b>14.100</b>	<b>14.805</b>	<b>22</b>	<b>28</b>

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí existem 27 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, destes, 22 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 28 para esta Macrorregião de Saúde.

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

Importante destacar que o estado de Santa Catarina aprovou, por meio da Deliberação 745/CIB/2023, a criação e a implementação do Programa de Valorização dos Hospitais - PVH. O qual, dentre outros, estabelece critérios para repasse de recursos financeiros como incentivo estadual para leitos UCINCo. Este incentivo visa maior sustentabilidade para manutenção e maior indução para a criação de leitos no território catarinense. Na Macrorregião de Saúde do do Vale do Itajaí, há 22 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa.

Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, de identificar estabelecimentos de saúde com potencial de habilitação para leitos UCINCo e/ou buscar a habilitação dos existentes.

⇒ Leitos UCINCa

**Quadro 103** - Parametrização leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa

DADOS DA MACRO					LEITO UCINCa	
REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestações Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Médio Vale do Itajaí	812 968	1	9.872	10.366	6	10
Alto Vale do Itajaí	309 808	1	4.228	4.439	3	4
<b>Total</b>	<b>1 122 776</b>	<b>2</b>	<b>14.100</b>	<b>14.805</b>	<b>9</b>	<b>14</b>

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí 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 14 para esta Macrorregião de Saúde.

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

Importante destacar que o estado de Santa Catarina aprovou, por meio da Deliberação 745/CIB/2023, a criação e a implementação do Programa de Valorização dos Hospitais - PVH. O qual, dentre outros, estabelece critérios para repasse de recursos financeiros como incentivo estadual para leitos UCINCa. Este incentivo visa maior sustentabilidade para manutenção e maior indução para a criação de leitos no território catarinense. Na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, há 09 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa. Estes 09 leitos já estão habilitados pelo Ministério da Saúde.

Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, de identificar estabelecimentos de saúde com potencial de habilitação para leitos UCINCa.

⇒ Casa da Gestante, bebê e puérpera

**Quadro 104 - Parametrização Casa da gestante, bebê e puérpera.**

DADOS DA MACRO					CASA GESTANTE, BB, PUÉRPERA*	
REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidad e para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Casa Habilitada	Parâmetro
Médio Vale do Itajaí	812 968	1	9.872	10.366	0	1
Alto Vale do Itajaí	309 808	1	4.228	4.439	0	1
<b>Total</b>	<b>1 122 776</b>	<b>2</b>	<b>14.100</b>	<b>14.805</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Fonte: SES, 2024.

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

Observa-se que a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), um dispositivo essencial na rede de cuidados para gestantes, puérperas e recém-nascidos, ainda não é oferecido na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, resultando em um vazio assistencial.

Com a publicação da Portaria da Rede Alyne, espera-se a possibilidade de novas habilitações, o que aumenta a capacidade instalada na macrorregião. A implementação desse serviço é crucial para garantir suporte adequado às gestantes, proporcionando um ambiente especializado para cuidados prolongados, que trazem benefícios para a redução de complicações no pré e pós-parto e para a promoção da saúde materna.

⇒ Centro de parto normal

**Quadro 105 - Parametrização Centro de Parto Normal.**

DADOS DA MACRO					CENTRO PARTO NORMAL*	
REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidad e para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Centro de Parto Normal Habilitados	Parâmetro
Médio Vale do Itajaí	812 968	1	9.872	10.366	0	2
Alto Vale do Itajaí	309 808	1	4.228	4.439	0	1
<b>Total</b>	<b>1 122 776</b>	<b>2</b>	<b>14.100</b>	<b>14.805</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

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.

Pode-se observar que, nesta macrorregião, ainda não há nenhum Centro de Parto Normal (CPN) habilitado. 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 106 - Parametrização Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco**

DADOS DA MACRO					AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO E PUERPÉRIO DE ALTO RISCO*	
REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade e para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Amb. de Gestação e Puerpério de Alto Risco	Parâmetro
Médio Vale do Itajaí	812 968	1	9.872	10.366	0	2
Alto Vale do Itajaí	309 808	1	4.228	4.439	0	1
<b>Total</b>	<b>1 122 776</b>	<b>2</b>	<b>14.100</b>	<b>14.805</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

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 Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco antes da Rede Alyne. Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, em identificar novos estabelecimentos com potencial de habilitação.

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

**Quadro 107 - Parametrização Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança.**

DADOS DA MACRO					AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO E DA CRIANÇA A-SEG*	
REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade e para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	A-SEG habilitado	Parâmetro
Médio Vale do Itajaí	812 968	1	9.872	10.366	0	2
Alto Vale do Itajaí	309 808	1	4.228	4.439	0	1
<b>Total</b>	<b>1 122 776</b>	<b>2</b>	<b>14.100</b>	<b>14.805</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

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 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.

#### 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.

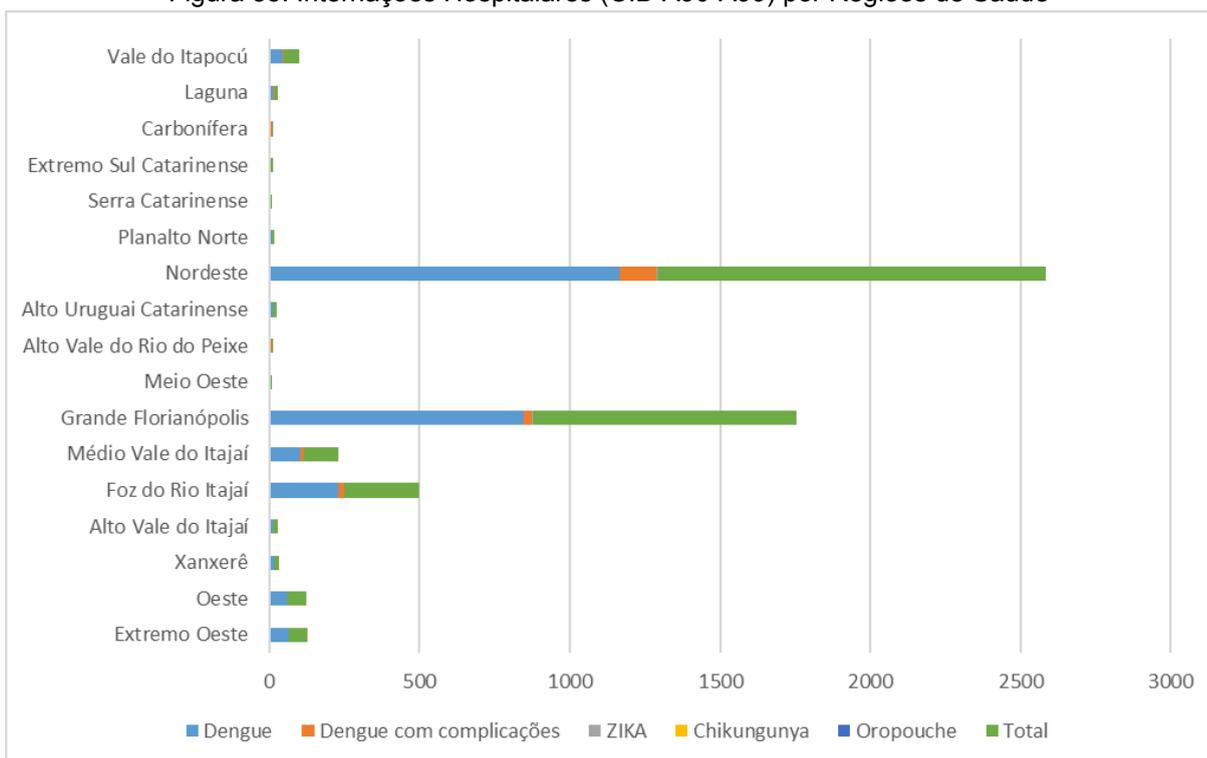
**Tabela 01 - Internações Hospitalares (CID A90-A99) por Regiões de Saúde**

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
<b>Total</b>	<b>2601</b>	<b>196</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2805</b>

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

A análise dos dados, complementada pela figura 33, 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 33: 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

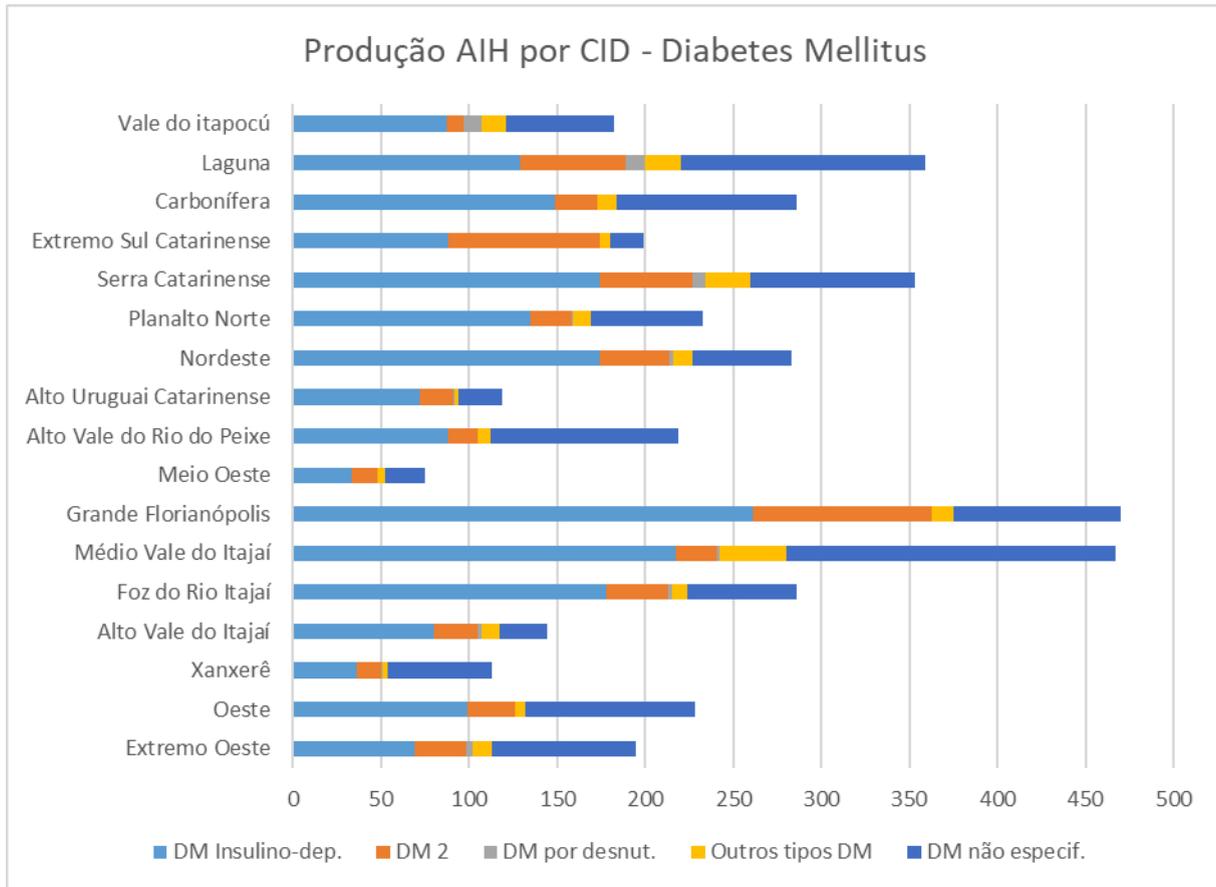
Regiões de Saúde	DM insulino-dep.	DM	DM relac. desnutrição.	Outros tipos DM	DM não especificado	Soma
<b>Extremo Oeste</b>	69	29	4	11	82	195
<b>Oeste</b>	99	27	0	6	96	228
<b>Xanxerê</b>	36	14	1	3	59	113
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	80	25	2	10	27	144
<b>Foz R. Itajaí</b>	178	35	2	9	62	286
<b>Médio Vale do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

<b>Regiões de Saúde</b>	<b>DM insulino-dep.</b>	<b>DM</b>	<b>DM relac. desnutrição.</b>	<b>Outros tipos DM</b>	<b>DM não especificado</b>	<b>Soma</b>
<b>Grande Fips</b>	261	102	0	12	95	470
<b>Meio Oeste</b>	33	15	0	4	23	75
<b>Alto Vale do Rio do Peixe</b>	88	17	0	7	107	219
<b>Alto Urug. Catarinense</b>	72	19	1	2	25	119
<b>Nordeste</b>	174	40	2	11	56	283
<b>Planalto Norte</b>	135	23	1	10	64	233
<b>Serra Catarinense</b>	174	53	7	26	93	353
<b>Extremo Sul Catarinense</b>	88	86	0	6	19	199
<b>Carbonífera</b>	149	24	0	11	102	286
<b>Laguna</b>	129	60	11	20	139	359
<b>Vale do Itapocu</b>	87	10	10	14	61	182
<b>Total</b>	2069	603	42	200	1297	4211

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

A análise dos dados, complementada pela figura 34, 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 34:** 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.

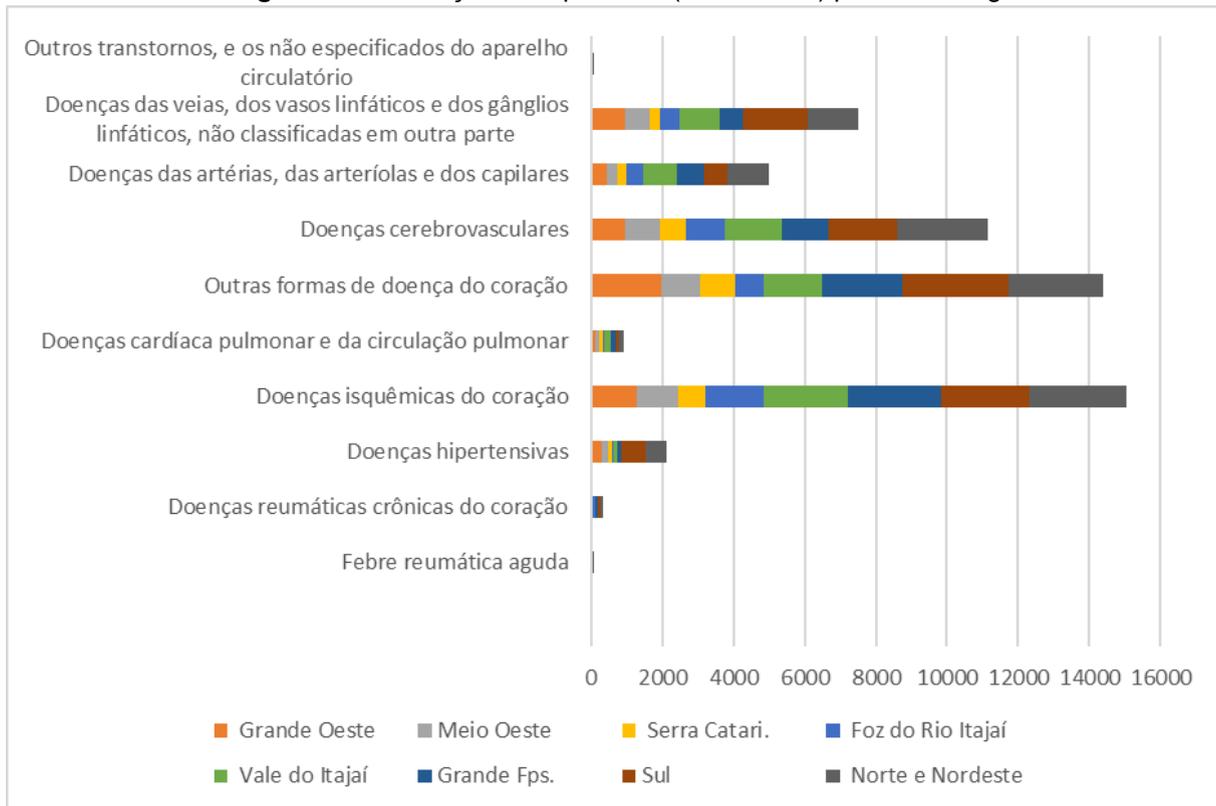
**Tabela 03:** Internações Hospitalares (CID I00-I99) por Macrorregiões

Doenças Cardiovasculares Por CID (I00-I99)	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flps	Sul	Norte e Nord.
Febre reumática aguda	4	2	3	3	8	36	3	16
Doenças reumáticas crônicas do coração	18	21	26	50	23	71	48	90
Doenças hipertensivas	320	168	98	43	110	115	692	588
Doenças 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
<b>Total</b>	<b>6078</b>	<b>4543</b>	<b>3222</b>	<b>4776</b>	<b>1935</b>	<b>7978</b>	<b>10696</b>	<b>11374</b>

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023

A análise dos dados, complementada pela figura 35, 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 35: 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.

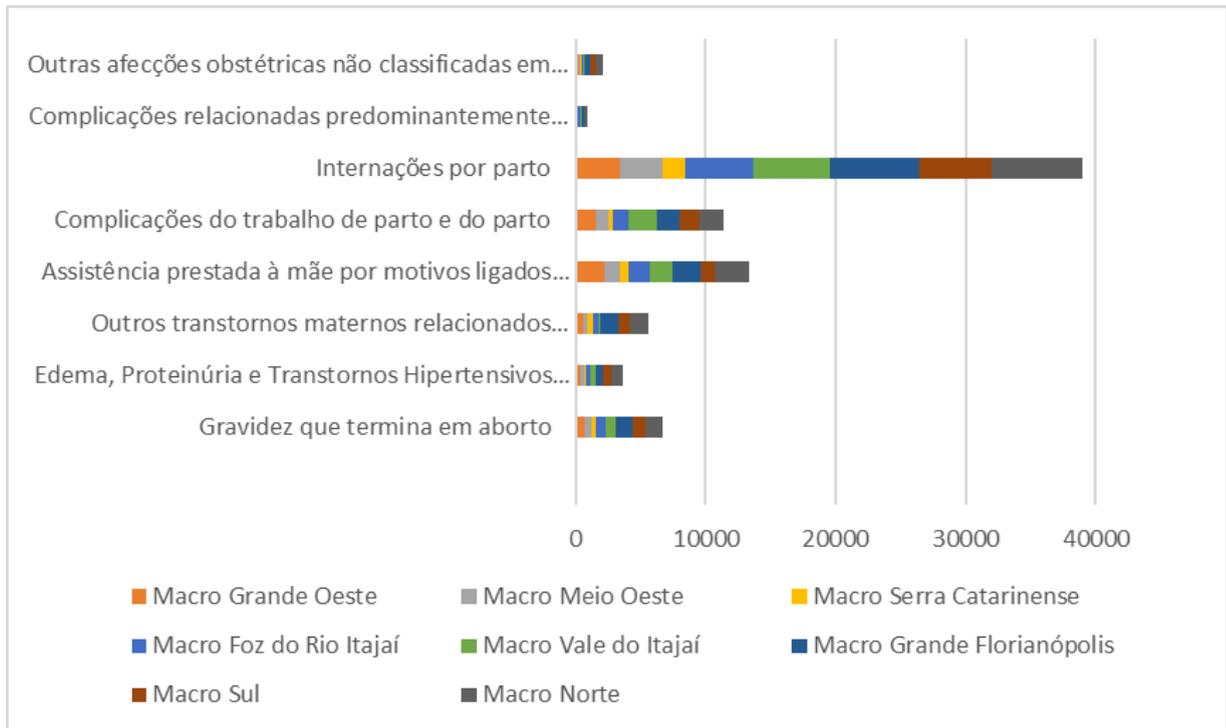
**Tabela 04:** Internações Hospitalares (CID O00-O99) por Regiões de Saúde

<b>Diagnósticos Gestacionais (Grupos CID)</b>	<b>Grande Oeste</b>	<b>Meio Oeste</b>	<b>Serra Catar.</b>	<b>Foz do Rio Itajaí</b>	<b>Vale do Itajaí</b>	<b>Grande Fips.</b>	<b>Sul</b>	<b>Norte e Nord.</b>
Gravidez que termina em aborto	695	512	362	704	822	1336	903	1361
Edema, Proteinúria e Transtornos Hipertensivos na Gravidez	390	237	194	261	496	523	654	912
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	557	341	416	443	63	1440	942	1411
Assist. prest. à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas no parto	2175	1277	634	1656	1664	2212	1055	2672
Complicações do trabalho de parto e do parto	1522	1058	230	1242	2156	1755	1530	1847
Internações por parto	3418	3297	1730	5248	5833	6846	5575	6980
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	56	65	36	144	106	214	91	185
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	210	103	96	122	183	416	383	557
<b>TOTAL</b>	<b>9023</b>	<b>6890</b>	<b>3698</b>	<b>9820</b>	<b>11894</b>	<b>14742</b>	<b>11133</b>	<b>15925</b>

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

A análise dos dados, complementada pela figura 36, 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 36:** 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.

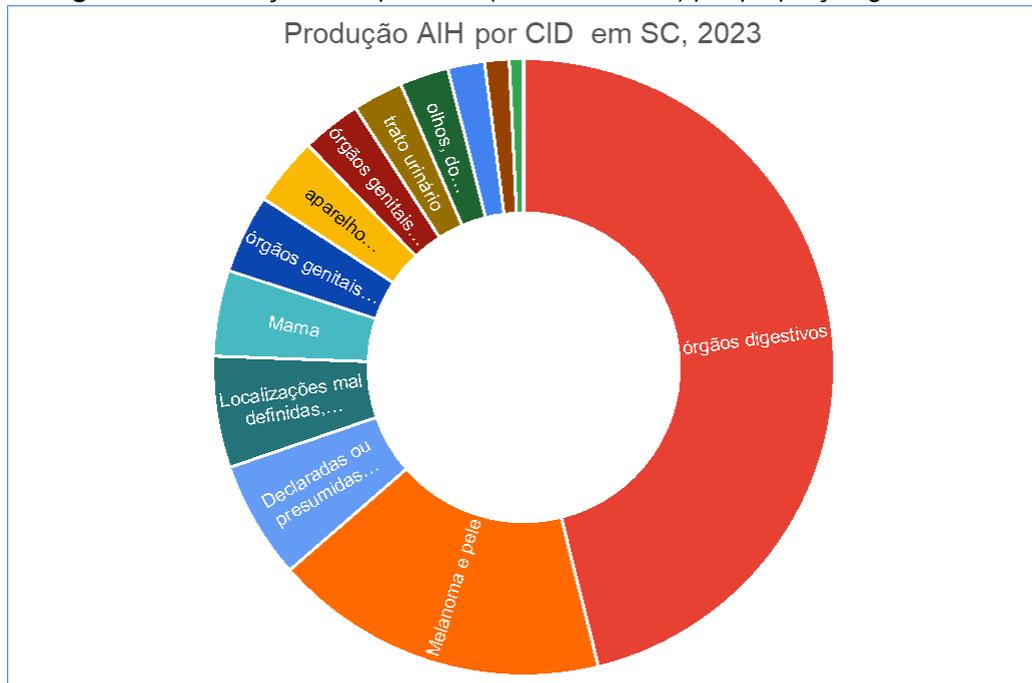
**Tabela 05:** Relação de Internações Hospitalares por Neoplasias Malignas, 2023

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
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
<b>TOTAL</b>	<b>6325</b>	<b>4155</b>	<b>2127</b>	<b>4047</b>	<b>6786</b>	<b>5933</b>	<b>5035</b>	<b>7090</b>

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 37:** 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).

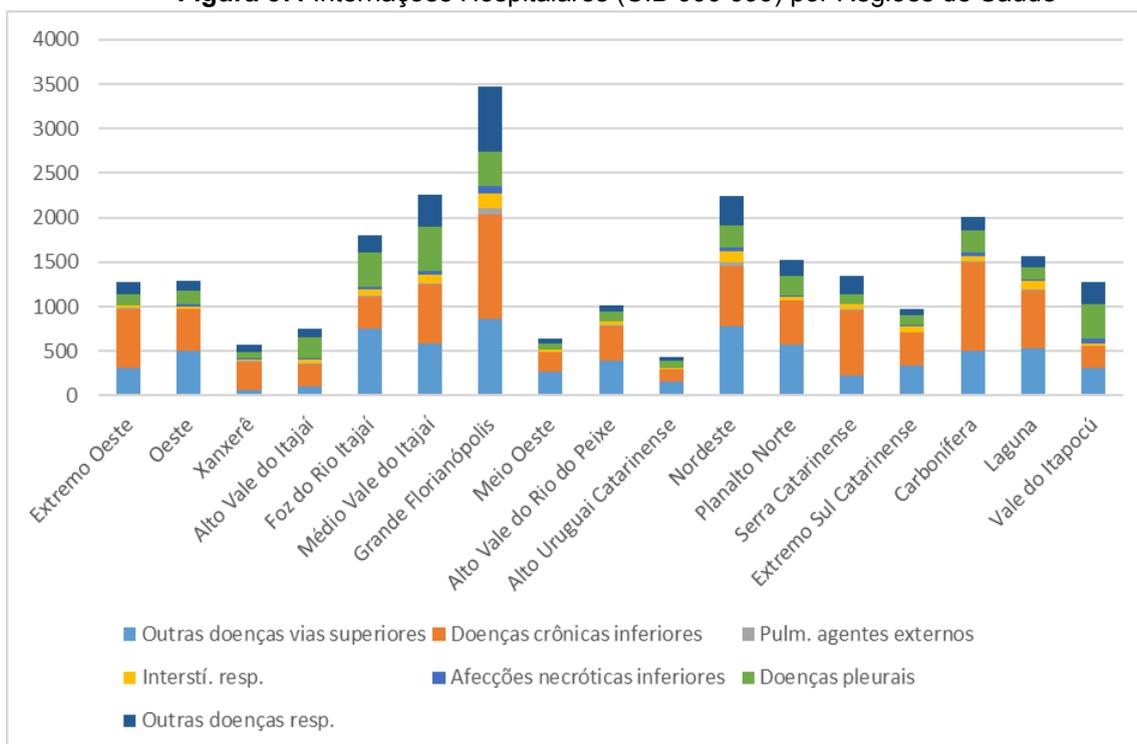
**Tabela 06:** Internações Hospitalares (CID J00-J99) por Regiões de Saúde

Região de Saúde	Outras doenças vias superiores	Doenças crônicas inferiores	Pulm. agentes externos	Interstí. resp.	Afecções necróticas inferiores	Doenças pleurais	Outras doenças resp.	Total
<b>Extremo Oeste</b>	302	671	19	23	5	120	141	1281
<b>Oeste</b>	506	459	4	32	23	150	116	1290
<b>Xanxerê</b>	64	320	1	24	4	80	74	567
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	96	260	14	36	12	236	90	744
<b>Foz do Rio Itajaí</b>	744	366	14	67	34	381	192	1798
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	590	661	17	92	41	494	363	2258
<b>Grande Florianópolis</b>	855	1182	65	162	90	383	734	3471
<b>Meio Oeste</b>	267	223	5	19	8	61	55	638
<b>Alto Vale do Rio do Peixe</b>	396	389	3	42	6	102	76	1014
<b>Alto Uruguai Catarinense</b>	155	139	5	14	1	72	50	436
<b>Nordeste</b>	777	679	36	126	43	252	335	2248
<b>Planalto Norte</b>	578	484	11	36	16	220	182	1527
<b>Serra Catarinense</b>	228	734	13	52	6	102	206	1341
<b>Extremo Sul Catarinense</b>	341	366	4	68	12	107	79	977
<b>Carbonífera</b>	507	993	6	60	36	252	150	2004
<b>Laguna</b>	523	659	6	98	13	149	112	1560
<b>Vale do Itapocú</b>	311	248	4	20	51	396	243	1273
<b>Total</b>	<b>7240</b>	<b>8833</b>	<b>227</b>	<b>971</b>	<b>401</b>	<b>3557</b>	<b>3198</b>	<b>24427</b>

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 37:** 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 pela figura 38, 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	450	316	189	240	736	1455	719	530

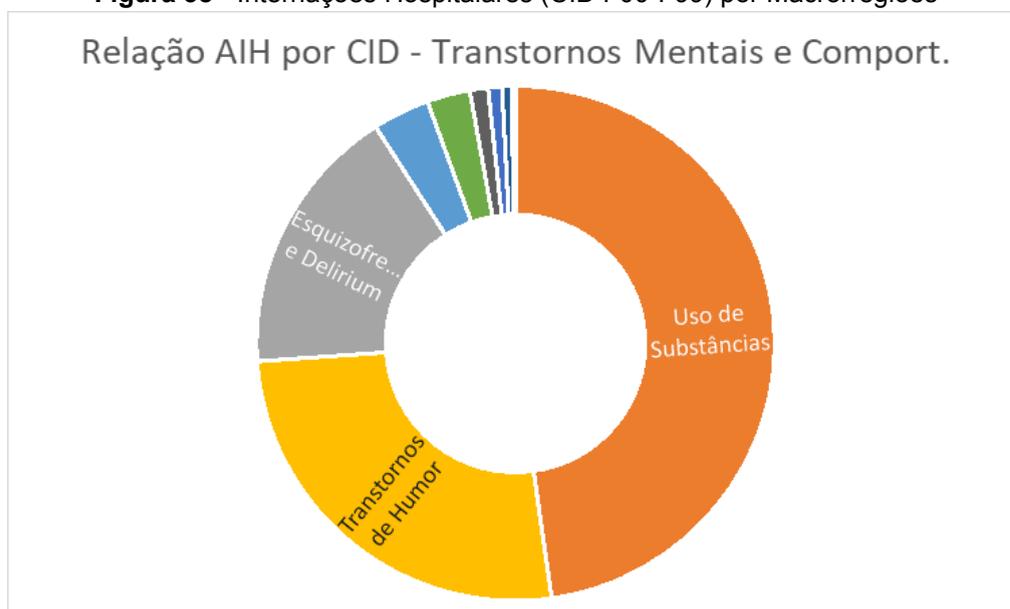
**Tabela 07:** Internações Hospitalares (CID F00-F99) por Macrorregiões

Delirium									
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	
<b>TOTAL</b>	<b>2642</b>	<b>1990</b>	<b>1069</b>	<b>707</b>	<b>4266</b>	<b>4431</b>	<b>3034</b>	<b>2152</b>	

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023

**Figura 38 -** Internações Hospitalares (CID F00-F99) por Macrorregiões

Relação AIH por CID - Transtornos Mentais e Comport.



Fonte: DATASUS, 2023

## 8. RECURSOS FINANCEIROS PROGRAMADOS

### 8.1. EMENDAS PARLAMENTARES

- Publicação da Cartilha de Propostas para Área da Saúde de SC



A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) propõe, nesta Cartilha, os elementos importantes no processo de celebração e execução de Propostas para Área da Saúde, buscando ser um instrumento de consulta elucidativo para que este processo se concretize com sucesso. Objetiva orientar, devidamente, os investimentos relevantes para qualificar a capacidade instalada da rede de saúde de SC, considerando aqueles recebidos via parlamentares estaduais ou federais, assim como, os recursos discricionários executados pela SES/SC. Outro escopo importante deste documento é o de esclarecer e de apresentar às entidades aptas a receber recursos e ter as suas indicações formalizadas, os fluxos existentes para a formalização

de suas propostas e as possibilidades na proposição de melhorias para a rede de saúde do Estado. (Cartilha de Propostas para Área da Saúde de SC, 2024. Pg. 38 )Disponível em: [Cartilha de Propostas - SES SC](#)

- Cadastro de Propostas dos Estabelecimento Assistenciais de Saúde

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - SES com o intuito de fortalecer a rede de saúde do Estado e de garantir a melhoria contínua dos serviços oferecidos à população e aumentar a qualificação dessa rede, 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 08 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](http://www.saude.sc.gov.br)

- Portfólio de Propostas: Parcerias para o Futuro

O Portfólio “Parcerias Para o Futuro” disponibilizará as informações das propostas aprovadas pela SES, conforme critérios estabelecidos, para serem apreciadas com a finalidade de colaborar com o planejamento dos investimentos a serem realizados pelo Governo do Estado e pelos parlamentares federais e estaduais (emendas parlamentares) em 2025 com o intuito de captar recursos para a qualificação e promover a expansão dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) das 8 Macrorregiões de Saúde de SC.

O material está em fase de elaboração.



## 8.2. AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE TELESSAÚDE SC

O Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 3.232, datada de 1º de março de 2024 e publicada no DOU em 4 de março de 2024, estabeleceu o Programa SUS Digital, na forma do Anexo CVIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, visando promover a transformação digital no Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS Digital tem como objetivo aumentar o acesso da população aos serviços e ações de saúde, priorizando a integralidade e a eficácia do atendimento médico. A abordagem digital no SUS abrange uma variedade de aspectos, que vão desde a atenção à saúde até a gestão em todos os níveis do sistema, incluindo atividades de planejamento, monitoramento, avaliação, pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde

Os objetivos específicos do Programa SUS Digital são:

- Promover o uso adequado, ético e crítico das tecnologias digitais no contexto do SUS;
- Apoiar a criação de soluções digitais colaborativas e abertas que melhorem a oferta de serviços, a gestão do cuidado pelos profissionais de saúde e a qualidade da atenção à saúde;
- Estimular a formação e a educação contínua em saúde digital;
- Aumentar a conscientização e o engajamento dos envolvidos no SUS sobre o uso de tecnologias digitais e a proteção de dados, promovendo letramento digital e cultura de saúde digital;
- Elevar a maturidade digital no SUS;
- Fortalecer a participação social e o envolvimento dos cidadãos na criação de soluções inovadoras para a saúde;
- Reforçar o ecossistema de saúde digital no SUS;
- Contribuir para um ambiente colaborativo que melhore a gestão do SUS por meio da transformação digital.

O Programa envolve áreas como telessaúde, teleassistência, telediagnóstico, teleeducação, inovação, monitoramento e avaliação de dados, sistemas de informação, plataformas e desenvolvimento de aplicativos.

Em Santa Catarina 100% dos municípios aderiram ao Programa, assim como a Secretaria de Estado da Saúde. A Deliberação CIB 252/2024 de julho de 2024 aprova os resultados do Diagnóstico Situacional do Programa SUS Digital, e a definição dos valores da segunda parcela do incentivo financeiro para elaboração dos planos de transformação em saúde digital - PA SAÚDE DIGITAL de Santa Catarina.

- Resultado do Levantamento da Primeira Fase do Programa Sus Digital

A Portaria GM/MS nº 3.233, datada de 1º de março de 2024 e publicada no DOU em 4 de março de 2024, regulamenta a etapa 1 do Programa SUS Digital, que trata do planejamento. Essa etapa é voltada para a elaboração dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital (PA Saúde Digital) pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios que decidirem aderir ao programa, conforme as diretrizes estabelecidas na mesma Portaria.

Os PA Saúde Digital devem estar embasados nas ações delineadas pelo Programa SUS Digital, categorizadas nos eixos definidos na Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024, alinhados com o Diagnóstico Situacional dos Territórios, Avaliação do nível de maturidade digital com base na aplicação do Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD), alinhados com os instrumentos de planejamento das respectivas macrorregiões de saúde.

Quanto à elaboração dos PA Saúde Digital que visa a ampliação de oferta de Telessaúde em SC, foram estruturados com 2 objetivos principais:

- Ampliar o acesso ao Serviço de Telessaúde no Estado de Santa Catarina, e;
- Implantar a Rede Catarinense de Dados em Saúde (RCDS) e as ferramentas de consulta dos dados em Saúde.

Em 07 de novembro de 2024 a Deliberação CIB 422/2024 aprova a solicitação, da SES/SC, de encaminhamento de proposta, via Plano de Ação Estadual, ao Ministério da Saúde, para solicitação de recurso federal por meio do Programa SUS Digital, para a Ampliação do acesso ao Serviço de Telessaúde no Estado de Santa Catarina no valor de 218.058.897,20 (duzentos e dezoito milhões, cinquenta e oito mil, oitocentos e noventa e sete reais e vinte centavos), e a Implantação da Rede Catarinense de Dados em Saúde (RCDS) e as Ferramentas

de Consulta dos Dados em Saúde, no valor de R\$ 27.186.100,00 (Vinte e sete milhões, cento e oitenta e seis mil e cem reais).

O valor refere-se à estruturação e disponibilização dos serviços elencados nos objetivos dos PA's, por 2 (dois) anos a contar da data do recebimento do recurso, de execução do programa, pelo Ministério da Saúde via Programa SUS Digital.

As ações que compõem a proposta, conforme deliberação CIB 422/2024 são:

- I. Ampliar o serviço de Teleconsultoria e Telediagnóstico no Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT) para as 08 Macrorregiões de Saúde.
  - II. Ampliar a oferta de telediagnóstico via Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT) para as 08 Macrorregiões de Saúde por meio da aquisição de 20 (vinte unidades) Retinógrafos digitais portáteis e 03 (três unidades) Pletismógrafo.
  - III. Ofertar o serviço de teleconsulta nas especialidades clínicas, conforme demanda, pactuadas (neurologia, neurologia pediátrica, reumatologia, endocrinologia, psiquiatria, gastroenterologia, pneumologia, alergia e imunologia, genética, reabilitação-autismo e hepatologia) para as 08 Macrorregiões de Saúde.
  - IV. Estruturar pontos de Telessaúde nas 08 Macrorregiões de Saúde, obedecendo o critério estabelecido:
    - a) (um) ponto de telessaúde em municípios com até 10.000 (dez mil) habitantes;
    - b) (dois) pontos de telessaúde em municípios de 10.001 (dez mil e um) a 30.000 (trinta mil) habitantes;
    - c) (quatro) pontos de telessaúde em municípios de 30.001 (trinta mil e um) a 100.000 (cem mil) habitantes, e;
    - d) (seis) pontos de telessaúde em municípios com mais de 100.000 (cem mil e um) habitantes.
  - VI. Ofertar Educação em Saúde aos trabalhadores do SUS para o uso das tecnologias digitais e tratamento adequado de dados, com a previsão de:
  - VII. Custeio para contratação de docentes e custos de elaboração de capacitações, e;
  - VIII. Investimento para aquisição de equipamentos para produção de cursos.
  - IX. Implantar a Rede Catarinense de Dados em Saúde (RCDS) e as Ferramentas de Consulta dos Dados em Saúde respeitando as seguintes etapas:
    - a) Ações Estruturantes;
    - b) Estabelecimento da RCDS;
    - c) Aquisição de Licenças e Software;
    - d) Treinamentos, e;
    - e) Comunicação.
- (Deliberação CIB 422/2024, pg. 1 e 2)

O Programa SUS Digital, ao integrar soluções tecnológicas inovadoras, também fortalece o processo de regionalização, tornando a distribuição e o acesso aos serviços mais eficazes e adaptados às realidades locais. A infraestrutura para sistemas digitais e conectividade permite que as diferentes regiões do estado se conectem de maneira eficiente, compartilhando dados e recursos, o que otimiza a gestão da saúde e garante um atendimento à áreas vulneráveis geograficamente.

A ampliação de serviços como a Telemedicina, Telessaúde, Telediagnóstico, amplia as possibilidades de atendimento à população. A regionalização, nesse contexto, é potencializada pela tecnologia, promovendo um sistema de saúde equitativo e eficiente de acordo com cada território.

## 9. DEFINIÇÃO DOS INVESTIMENTOS NECESSÁRIOS

A Portaria de Consolidação CIT nº 1 de 2021, estabelece diretrizes para a organização, funcionamento e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a regulamentação dos investimentos necessários para fortalecer as redes de atenção à saúde. Em 2025 serão desenvolvidas oficinas nas macrorregiões de saúde como ferramenta estratégica para auxiliar na execução e articulação entre os gestores para que atendam às prioridades definidas por essa portaria.

## 10. GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A governança das redes de atenção à saúde refere-se ao conjunto de processos, práticas e estruturas que orientam a organização, o funcionamento e a integração dos diversos serviços que compõem essas redes, com foco na oferta de uma atenção contínua, integral e equitativa à população. Trata-se de uma abordagem que promove a articulação horizontal entre os pontos de atenção à saúde, superando modelos hierárquicos tradicionais e priorizando uma gestão cooperativa e poliárquica (CONASS, 2016).

- Comitê executivo de governança da RAS: No contexto de governança do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a forte interdependência entre as esferas governamentais no planejamento e execução de políticas públicas, assim como na organização e gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nesse cenário, as estratégias e instrumentos de coordenação intergovernamental têm papel essencial no fortalecimento da regionalização. As relações entre os níveis de governo apresentam características de autoridade compartilhada ou superposta, o que implica uma equivalência no poder institucional e uma dinâmica baseada na negociação. As instâncias responsáveis por exercer a governança intergovernamental no SUS incluem as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regionais (CIR) (CONASS, 2020).

No âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), além da governança intergovernamental, torna-se fundamental adotar uma abordagem de governança com caráter pluri-institucional. Essa prática busca viabilizar a implementação das decisões deliberadas nas comissões intergestores e promover uma interação mais coordenada entre os diferentes atores envolvidos. O objetivo é gerar benefícios cooperativos e alcançar melhores resultados em termos de saúde pública e eficiência econômica. Para operacionalizar essa estratégia, foi instituído o Comitê Executivo de Governança da RAS, por meio da Resolução CIT nº 23/2017 e deverá ser composto por gestores das três esferas de governo, prestadores de serviços e representantes do Controle Social (CONASS, 2020).

## 10.1 COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS (CEGRAS)

Segue a proposta das atribuições do CEGRAS:

- a. Realizar o acompanhamento contínuo do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em todos os pontos de atenção que a compõem;
- b. Monitorar o cumprimento dos objetivos e metas da RAS, considerando os prazos estabelecidos (curto, médio e longo);
- c. Avaliar regularmente os indicadores definidos no painel de bordo da RAS, com foco na macrorregião;
- d. Propor novos arranjos, fluxos de trabalho e melhorias na organização da RAS para aumentar sua eficiência;
- e. Sugerir capacitações e ações de Educação Permanente voltadas às equipes de saúde envolvidas na RAS;
- f. Indicar medidas que fortaleçam a integração entre as políticas interinstitucionais, favorecendo articulações estratégicas;
- g. Encaminhar as recomendações elaboradas para apreciação e validação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Estadual.

## 11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Regional da Macrorregião de Saúde (PRMS), produto do Planejamento Regional Integrado (PRI), visa a organização e oferta de serviços de saúde de maneira estratégica e integrada, alinhando os gestores para otimizar recursos e garantir um atendimento equitativo e resolutivo. O plano regional, baseado na identificação das necessidades locais e na definição de prioridades, busca organizar os serviços em diferentes níveis de complexidade, promovendo a integração entre os pontos de atenção e redes de cuidados, com foco na regionalização dos serviços de saúde, adaptando-os às realidades específicas de cada território.

Alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o PRI fortalece a descentralização e a equidade, permitindo que os serviços sejam prestados de forma mais próxima das necessidades da população e em conformidade com os preceitos de universalidade, integralidade e igualdade no acesso à saúde. A regionalização dentro do SUS garante que os serviços atendam de forma contínua e coordenada, respeitando as especificidades de cada Macrorregião.

É importante destacar que o Planejamento Regional Integrado é uma ação constante e dinâmica, que precisa ser revisto e repensado regularmente para se adaptar às mudanças nas necessidades da população, as variáveis econômicas, políticas e sociais. O acompanhamento dos Planos, a avaliação das estratégias implementadas e o monitoramento dos resultados são fundamentais para garantir que as ações previstas estejam atendendo efetivamente às demandas locais e para ajustar o planejamento de forma contínua. A flexibilidade no processo de planejamento permite que o sistema de saúde responda de maneira ágil e eficaz às mudanças e desafios do contexto regional.

O Plano Regional das Macrorregiões de Saúde, resultante do processo de contínuo e ascendente de Planejamento, é uma ferramenta estratégica crucial para o aprimoramento da saúde pública e para que as Macrorregiões de saúde possam avançar na construção de um modelo de atendimento que respeite as especificidades e demandas do seus territórios.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Manual Prático de Apoio a Elaboração de Planos Municipais de Saúde**. Salvador, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude->

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regionalização**. disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 26 mar. 2018. Seção 1, p. 135.

BRASIL. Estado de Santa Catarina. Assembleia Legislativa. **Lei nº 272, de 4 de julho de 1949**. Autoriza abertura de crédito especial. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, 4 jul. 1949.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-in-terfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2010/dezembro/2-b-documento-de-di-retrizes-para-organiza-o-das-redes-de-aten-o-sa-de-do-sus.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 27 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 27 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021**. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 30 mar. 2021. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 22 mar. 2018. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 17 ago. 2017. Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Capítulo I - Das Redes de Atenção à Saúde (art. 2º ao art. 3º); Capítulo II - Das Redes de Serviço de Saúde (art. 4º); Capítulo III - Das Redes de Pesquisa em Saúde (art. 5º); Capítulo IV - Das Disposições Finais (art. 6º ao art. 7º). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 2024. Seção 1, p. 42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 maio 2014. Seção 1, p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2008. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 ago. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 18 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986**. Para efeitos de aplicação da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial nº 608, de 28 de outubro de 1979, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS e a Sífilis Congênita. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 18 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001**. Institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jun. 2001. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS**. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em

gestantes e sífilis congênita. Brasília, 17 out. 2017. Disponível em: [https://sei.saude.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_impri](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](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](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-q-ue-consolida-as-resolucoes-da-comissao-intergestores-tripartite-cit-do-sus/>. Acesso em: 3 dez. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **CONASS Debate: Governança das Redes de Atenção à Saúde**. 6. ed. Brasília: CONASS, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Guia de apoio à gestão estadual do SUS**: Planejamento Regional Integrado. Brasília:

CONASS, 2020. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>. Acesso em: 26 nov. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 121/CIB/2022**. Aprova as Diretrizes para a Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Raras na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina. Florianópolis, 06 out. 2022.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 38/CIB/2024** – Retificada em 04 de junho de 2024. Aprova a definição das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina para o processo de Planejamento Regional Integrado e configura as 17 Regiões de Saúde do Estado. Florianópolis, 04 jun. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 721/CIB/2023** – Retificada em 04-04-2024. Aprova a Linha de Cuidado de Atenção à Saúde da Pessoa com Epidermólise Bolhosa na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina. Florianópolis, 04 abr. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 042/CIB/2018** – Retificada em 04 jun. 2024. Aprova os fluxogramas de regulação ambulatorial e os fluxos de autorização das APACs no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 06 jun. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 68/CIB/2022**. Aprova os Protocolos de Acesso e Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 26 de maio 2022.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 008/CIB/2023** – Retificada em 29 mar. 2023 e 14 jun. 2023. Aprova a revisão do Plano da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, com reorganização de fluxos e serviços. Florianópolis, 14 jun. 2023.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 009/CIB/2023** – Retificada em 29 mar. 2023 e 14 jun. 2023. Aprova a revisão do Plano da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular em Santa Catarina, com reorganização de fluxos e serviços. Florianópolis, 14 jun. 2023.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 756/CIB/2023**. Aprova a habilitação estadual para a realização do procedimento de tromboectomia mecânica para acidente vascular cerebral isquêmico agudo dentro do Plano da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Neurologia em Santa Catarina. Florianópolis, 7 dez. 2023. [file:///C:/Users/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 202.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete da Ministra. **Portaria GM/MS nº 3.233, de 1º de março de 2024**. Regulamenta a etapa 1: planejamento, referente ao Programa SUS Digital, de que trata o Anexo CVIII à Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para o ano de 2024. Diário Oficial da União, Brasília, 4 mar. 2024. Seção 1, p. 53.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 set. 2017. Seção 1, p. 35.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital. Diário Oficial da União, Brasília, 1 mar. 2024. Seção 1, p. 12.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Diário Oficial da União, Brasília, 12 set. 2024. Seção 1, p. 32.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1 out. 2015. Seção 1, p. 47.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 10 maio 2012. Seção 1, p. 46.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONASS; CONASEMS. **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS: Planejamento Regional Integrado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/>. Acesso em: 18 dez. 2024.

MINISTERIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Arts. 94 a 101: diretrizes de planejamento no SUS Arts. 435 ao 441: Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP

SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. **Plano Estadual de Saúde. 2024-2027**. 294 p. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/23148-plano-estadual-de-saude-2024-2027/file>. Acesso em: 3 dez. 2024.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015**. São Paulo, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis\\_analise\\_situacao\\_saude\\_volume\\_1.pdf](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](http://saude.sc.gov.br)

 [saudepublicasc](#)

 [saudepublicasc](#)

 [saude.sc](#)



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE