

PRiSC

PLANEJAMENTO REGIONAL
INTEGRADO EM SAÚDE DO
ESTADO DE SANTA
CATARINA



Serra Catarinense

**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



PRI SC

PLANEJAMENTO REGIONAL
INTEGRADO EM SAÚDE DO
ESTADO DE SANTA
CATARINA

Serra Catarinense

REGIÃO DE SAÚDE DA SERRA CATARINENSE:

ANITA GARIBALDI • BOCAINA DO SUL • BOM JARDIM DA SERRA • BOM RETIRO
CAMPO BELO DO SUL • CAPÃO ALTO • CERRO NEGRO • CORREIA PINTO • LAGES
OTACÍLIO COSTA • PAINEL • PALMEIRA • PONTE ALTA • RIO RUFINO • SÃO JOAQUIM • SÃO JOSÉ DO
CERRITO • URUBICI • URUPEMA



População: 295.210

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde.

Planejamento Regional Integrado do SUS em Santa Catarina: planos macrorregionais de saúde / Secretaria de Estado da Saúde. – 1. ed. rev., atual. e ampl. – Florianópolis: SES/SC, 2025.

8 planos : il. color., mapas, gráficos ; 21cm x 29,7cm.

(Documentos técnicos independentes, um para cada macrorregião de saúde de Santa Catarina)

Saúde pública – Planejamento regional – Santa Catarina. Sistema Único

de Saúde – Gestão interfederativa.

Regionalização – Políticas públicas – Brasil.

I. Título. II. Série.

CDD: 362.1098165

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
JAMIR BRITO

DIRETORA DE REGIONALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE
MARIA LUIZA CABRAL BREDA

GERENTE DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
MANOELA VIEIRA DE BONA SCHLICKMANN

GERENTE REGIONAL DE SAÚDE
NALU TEREZINHA JULIO - LAGES

ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO

ANA CAROLINA CUNHA
ANNA PAULA SCOZ ANTUNES
BRENDA FREIRE
DEYSE HAMES
FELIPE EDUARDO DE LIMA RECART
JANAINA DEBACKER NUNES
JULIANA PRAXEDES CAMPAGNONI
LARISSA LUÍZA MACEDO
MANOELA VIEIRA DE BONA SCHLICKMANN
MARIA APARECIDA NILDA REBELO

MARIA LUIZA CABRAL BREDA
ROSENI TEREZINHA FIRMINO
SILVIA ZARDO
VALMIRA SILVEIRA DOS SANTOS

REVISÃO FINAL
DEYSE HAMES
FELIPE EDUARDO DE LIMA RECART
FERNANDA SKORA ECCEL
MARIA APARECIDA NILDA REBELO

LISTA DE SIGLAS

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	11
2. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO	13
2.1 BASES LEGAIS	14
2.2 PLANO REGIONAL DE SAÚDE	15
3. METODOLOGIA	17
3.1 PROCESSO METODOLÓGICO	17
4. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE- ASIS	19
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS, AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS	19
4.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	32
4.2.1 Nascidos Vivos	34
4.2.2 Morbidade e Mortalidade	35
4.3 MAPA DOS INSTRUMENTOS DE SAÚDE DIGITADOS NO DigiSUS GESTOR – MÓDULO PLANEJAMENTO (DGMP)	75
4.4 IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA E VAZIOS ASSISTENCIAIS	79
4.4.1 Distribuição dos estabelecimentos de Saúde - Dados CNES	81
4.4.2 Atenção Primária à Saúde (APS)	82
4.4.3 Serviços Especializados	85
4.4.3.1. Terapia Renal substitutiva	85
4.4.3.2. Oncologia	86
4.4.3.3. Hematologia	86
4.4.3.4 Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual	86
4.4.3.5 Sobre peso e Obesidade	87
4.4.3.6 Doenças Raras	87
4.4.4 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Alta Complexidade Hospitalar	88
4.4.5 Número e tipo de Leitos Hospitalares	89
4.4.6 Número de Equipamentos Por Região de Saúde	92
4.4.7 Centrais de Regulação	94
4.4.8 Número de Ambulâncias e Aeronaves por Tipo	97
4.4.9 Hospitais Próprios, Contratualizados e Conveniados	98
4.4.10 Redes de Atenção à Saúde - RAS	99
4.4.10.1 Rede Alyne	99
4.4.10.2 Rede de Atenção Psicossocial	105
4.4.10.3 Rede de Urgência e Emergência - RUE	108
4.4.11 Assistência Farmacêutica	109
4.5. FLUXOS DE ACESSO, PROTOCOLOS, LINHAS DE CUIDADOS NAS REDES DE ATENÇÃO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	110
4.5.1. Fluxos e Protocolos de Acessos e Regulação	110
4.5.2. Linhas de cuidado	115
4.5.3 Fluxos do Tratamento Fora de Domicílio (TFD)	121
4.6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE	125
5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES SANITÁRIAS	132

5.1. MACROPROBLEMAS PRIORIZADOS	132
5.2 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES - DOMI	141
6. ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PRI	148
6.1 HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	148
6.2 PROPOSTAS DE NOVAS HABILITAÇÕES CONSTANTES NOS PLANOS DE AÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	150
7. PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	152
7.1. PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	152
7.2. PARAMETRIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - LEITOS DE UTI PEDIÁTRICO E ADULTO	153
7.3. PARAMETRIZAÇÃO DA REDE ALYNE	155
7.4 PRODUÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL	163
7.5 PRODUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES	164
8. RECURSOS FINANCEIROS PROGRAMADOS	177
8.1 EMENDAS PARLAMENTARES	177
8.3. AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE TELESSAÚDE SC	179
9. DEFINIÇÃO DOS INVESTIMENTOS NECESSÁRIO	183
10. GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	184
10.1 ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS (CEGRAS)	185
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	186
REFERÊNCIAS	187
ANEXOS	195
Deliberação 393/CIB/2024 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)	195
Documentos e Planos para o Programa SUS Digital	195
Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência	195
Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	195
Mapa de Referências Regulação Ambulatorial	195
Produção da Atenção Especializada Ambulatorial	195
Programa de Valorização Hospitalar - PVH	195
Deliberação 445/CIB/2024 - Aprovação Planejamento Regional Integrado (PRI)	195

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

Com base no inciso III do art. 5º da Resolução CIT nº 01/2021 a elaboração do Plano Macrorregional de Saúde envolve várias etapas, começando pela análise da situação de saúde na região: identificação das necessidades da população, avaliação da capacidade instalada dos serviços de saúde, identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição dos serviços, identificação dos fluxos de acesso; a organização dos pontos de atenção da RAS, a responsabilidade dos entes federados no espaço regional, e a programação geral de ações e serviços de saúde.

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

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

2. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

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

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

a) Elaboração da análise da situação de saúde:

Identificação das necessidades de saúde

Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais

Identificação dos fluxos de acesso

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

c) Organização dos pontos de atenção da RAS;

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

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

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

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

Tem como uma de suas diretrizes a superação de resistências e a construção de consensos entre os diferentes atores envolvidos no processo de gestão e implementação da saúde regionalizada. Esse processo colaborativo visa garantir que

todos os envolvidos compartilhem os mesmos objetivos e compromissos com a melhoria da saúde pública.

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

2.1 BASES LEGAIS

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

Quadro 01: Leis, Decretos, Portarias e Resoluções Relacionadas ao PRI

Legislação	Conteúdo
<u>Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.</u>	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
<u>Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011.</u>	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
<u>Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.</u>	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.

<u>Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.</u>	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.
<u>PRC nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, arts. 94 a 101</u>	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde.
<u>PRC nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo I.</u>	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
<u>Resolução CIT nº 10, de 8 de dezembro de 2016.</u>	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.
<u>Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017.</u>	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.
<u>Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018.</u>	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.
<u>Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de Março de 2021</u>	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 de Consolidação nº 01/CIT, de 30 março de 2021, a LC nº 141/2012, dispõe que o Plano Regional é o produto do Planejamento Regional Integrado, e deve expressar: (Origem: Res. CIT 37/2018, art 2º, III)

- A 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 Integrado 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 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), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (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 enfrentam 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 território abrangido por este Plano é a Macrorregião de Saúde Serra Catarinense, abrangendo 18 municípios: Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Painel, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema.

Santa Catarina tem uma população estimada em 7.610.361 habitantes, distribuídos em 295 municípios. Dessa população, 4.449 são quilombolas, das quais 120 pessoas estão estabelecidas no município de Cerro Negro (BRASIL, 2023).

Na Macrorregião não existe população indígena aldeada.

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

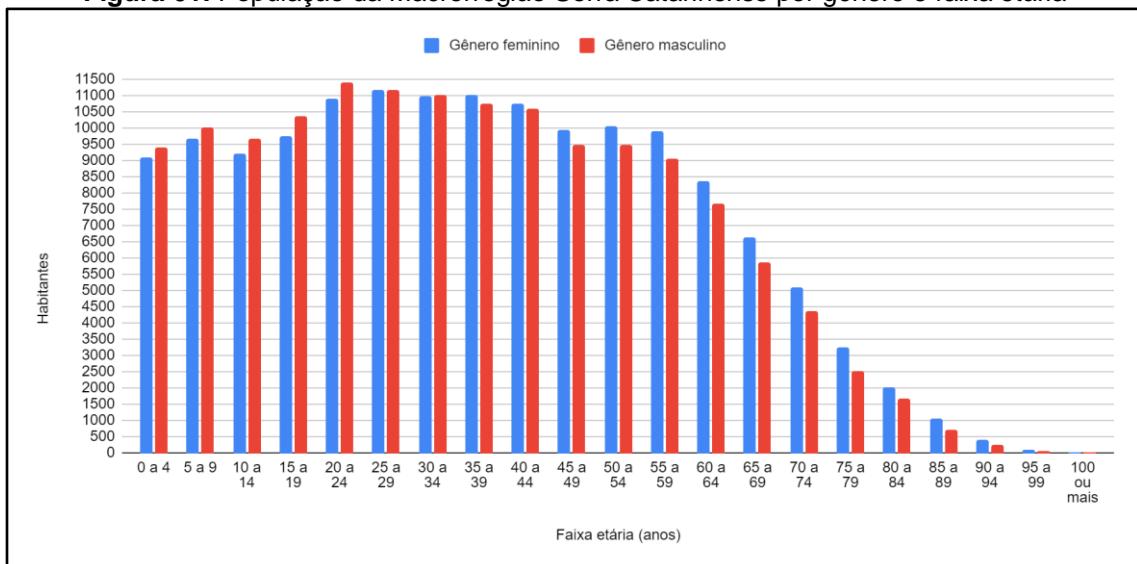
Quadro 02: População da Macrorregião Serra Catarinense por cor ou raça

Município	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Anita Garibaldi	5.282	173	37	2.766	27
Bocaina do Sul	2.454	80	2	979	-
Bom Jardim da Serra	2.487	183	1	1.354	1
Bom Retiro	6.221	318	2	1.876	1
Campo Belo do Sul	4.389	208	4	2.651	4
Capão Alto	1.737	105	2	781	-
Cerro Negro	1.782	63	10	1.462	-
Correia Pinto	10.424	472	41	4.783	7
Lages	114.559	7.124	250	42.947	100
Otacílio Costa	11.964	386	4	4.951	7
Painel	1.392	124	-	699	-
Palmeira	1.698	75	3	784	1
Ponte Alta	2.808	126	22	1.480	1
Rio Rufino	1.581	146	1	669	-
São Joaquim	16.032	1.410	172	8.317	8
São José do Cerrito	6.593	197	5	1.907	6
Urubici	7.624	479	8	2.714	9
Urupema	1.654	215	7	779	1

Fonte: IBGE, 2022

A Figura a seguir detalha a população da Macrorregião por gênero e faixa etária.

Figura 01: População da Macrorregião Serra Catarinense por gênero e faixa etária



Fonte: IBGE, 2022

Quadro 03: Mulheres em idade fértil, nascidos vivos e gestantes estimadas por raça-cor e território em 2023

Macrorregião de Saúde	Mulheres em Idade Fértil (MIF)					Nascidos Vivos					Estimativa de Gestantes				
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
Serra Catarinense	41.748	2.208	17.640	103	28	3.000	112	642	5	2	3.300	123	706	6	2
Total	41.748	2.208	17.640	103	28	3.000	112	642	5	2	3.300	123	706	6	2

Fonte: Centro de Informações Estratégicas para a Gestão do SUS de Santa Catarina - Cieges SC - 2023.

A renda média da Macrorregião Serra Catarinense é de dois salários mínimos, cerca de R\$3118,00 (IBGE, 2022).

- PIB Per Capita

PIB per capita pode ser definido como sendo o valor médio agregado, por indivíduo, dos bens e serviços finais produzidos em um espaço geográfico

determinado e no ano considerado, em moeda corrente e a preços de mercado (BRASIL, 2024).

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

O quadro a seguir apresenta o PIB per capita para cada município da Macrorregião Serra Catarinense. Obtém-se como PIB per capita médio para a região R\$46.977,03.

Quadro 04: PIB per capita por município.

Município	PIB per capita (R\$)
Anita Garibaldi	34.127,28
Bocaina do Sul	38.814,82
Bom Jardim da Serra	77.409,04
Bom Retiro	41.595,46
Campo Belo do Sul	48.338,42
Capão Alto	95.262,07
Cerro Negro	46.933,43
Correia Pinto	48.011,32
Lages	41.846,27
Otacílio Costa	51.975,52
Painel	36.111,89
Palmeira	70.290,94
Ponte Alta	38.051,45
Rio Rufino	28.204,81
São Joaquim	41.474,58
São José do Cerrito	39.583,67
Urubici	31.497,18
Urupema	36.058,38

Fonte: IBGE, 2022.

- Setor Econômico

A Macrorregião Serra Catarinense ocupa o 8º lugar no ranking estadual, sendo responsável por 4,77% do PIB estadual. Em relação ao PIB per capita, a macrorregião tem como resultado R\$14.814,58 (AMURES, 2022).

Os números relativos a emprego demonstram que em 2011 a macrorregião possuía 22.097 empresas formais, geradoras de 88.640 postos de trabalho com carteira assinada (SANTA CATARINA, 2024).

O setor econômico da Macrorregião é diversificado, sendo composto pelas atividades agropecuárias, indústria de papel, celulose e madeira e turismo (SANTA CATARINA, 2024).

- Índice de Gini

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

O quadro a seguir apresenta o Índice de Gini para cada município da Macrorregião Serra Catarinense. Obtém-se como Índice de Gini médio para a região 0,510.

Quadro 05: Índice de Gini*.

Município	Índice de Gini
Anita Garibaldi	0,490
Bocaina do Sul	0,580
Bom Jardim da Serra	0,420
Bom Retiro	0,530
Campo Belo do Sul	0,540
Capão Alto	0,480
Cerro Negro	0,440
Correia Pinto	0,500
Lages	0,440
Otacílio Costa	0,580

Painel	0,500
Palmeira	0,560
Ponte Alta	0,540
Rio Rufino	0,560
São Joaquim	0,500
São José do Cerrito	0,530
Urubici	0,460
Urupema	0,580

Fonte: IBGE, 2020.

- Taxa de Analfabetismo

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

Esses dados incluem informações sobre o número de pessoas alfabetizadas e não alfabetizadas por município na região da Serra Catarinense.

Quadro 06: Total de alfabetizados e não alfabetizados por município da Serra Catarinense

Município	Alfabetizados	Não alfabetizados
Anita Garibaldi	6.177	581
Bocaina do Sul	2.616	228
Bom Jardim da Serra	3.068	193
Bom Retiro	6.278	372
Campo Belo do Sul	5.275	610
Capão Alto	1.975	165
Cerro Negro	2.378	316
Correia Pinto	11.721	753
Lages	128.826	4.796

Otacílio Costa	13.103	592
Painel	1.660	159
Palmeira	1.917	142
Ponte Alta	3.324	256
Rio Rufino	1.810	125
São Joaquim	19.738	946
São José do Cerrito	6.617	628
Urubici	8.191	449
Urupema	2.037	123

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

- Pessoas Ocupadas Por Grupo de Atividade

Figura 02: 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
Nível da ocupação			3,2
Taxa de participação na força de trabalho			65,5
			66,3
			68,1
			68,5
		Total	6.176
		Na força de trabalho	4.205
		Ocupada	4.044
		Desocupada	161
		Fora da força de trabalho	1.971
			1.949
		Empregado	2.841
		Setor privado (exclusive trabalhador doméstico)	2.321
		Com carteira	2.025
		Sem carteira	296
		Trabalhador doméstico	161
		Com carteira	46
		Sem carteira	115
		Setor público	359
		Com carteira	60
		Militar e funcionário público estatutário	247
		Sem carteira	52
		Empregador	182
		Com CNPJ	168
		Sem CNPJ	14
		Conta própria	983
		Com CNPJ	339
		Sem CNPJ	644
		Trabalhador familiar auxiliar	38
			35
		Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	261
		Indústria geral	956
		Construção	281
		Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas	731
		Transporte, armazenagem e correio	240
		Alojamento e alimentação	177
		Informação, comunicação e atividades financeiras, imobiliárias, profissionais e administrativas	488
		Administração pública, defesa, segurança social, educação, saúde humana e serviços sociais	560
		Outros serviços	186
		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 da Serra Catarinense estão detalhados abaixo. Infere-se que o número de homicídios não tem relação proporcional ao número de habitantes dos municípios.

Quadro 07: Número de homicídios.

Município	2019	2020	2021	2022
Anita Garibaldi	0	0	1	0
Bocaina do Sul	0	12	0	0
Bom Jardim da Serra	1	0	0	0
Bom Retiro	1	0	5	7
Campo Belo do Sul	3	1	1	0
Capão Alto	0	2	0	0
Cerro Negro	0	1	0	2
Correia Pinto	3	0	3	3
Lages	23	0	22	10
Otacílio Costa	0	0	1	1
Painel	0	0	1	1
Palmeira	0	13	0	0
Ponte Alta	1	1	0	0
Rio Rufino	0	7	0	1
São Joaquim	3	0	2	6
São José do Cerrito	1	0	0	2
Urubici	0	0	1	1
Urupema	0	1	1	0

Fonte: IPEA Atlas da Violência, 2024.

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

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

Quadro 08: Percentual médio do Estado Nutricional de crianças de 0 a 5 anos da Macrorregional da Serra Catarinense, Santa Catarina e do Brasil segundo dados do SISVAN do ano de 2023.

Estado Nutricional	Serra Catarinense	Santa Catarina	Brasil
Magreza acentuada	1.71%	1.22%	2.47%
Magreza	2.14%	2.01%	3.05%
Eutrofia	63.59%	63.82%	62.74%
Risco de Sobre peso	19.43%	20.5%	18.06%
Sobre peso	7.7%	7.92%	7.86%
Obesidade	5.43%	4.54%	5.81%
Total	8286	279.542	7.277.114

Fonte: SISVAN, 2024.

Ao analisar o estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos na Macrorregião da Serra Catarinense, observa-se que os percentuais de magreza acentuada, magreza e obesidade são superiores à média do Estado de Santa Catarina. Esses dados evidenciam a necessidade de atenção tanto para o excesso de peso quanto para questões relacionadas à insegurança alimentar e nutricional.

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

Estado Nutricional	Serra Catarinense	Santa Catarina	Brasil
Magreza acentuada	0.98%	0.81%	1.81%
Magreza	1.89%	2.18%	3.37%
Eutrofia	62.93%	65.16%	65.5%
Sobre peso	17.62%	16.91%	14.96%
Obesidade	9.74%	9.5%	8.82%
Obesidade grave	6.84%	5.45%	5.54%
Total	6868	223.099	5.943.187

Fonte: SISVAN, 2024.

Ao examinar o estado nutricional de crianças de 5 a 10 anos, constata-se que a Macrorregião da Serra Catarinense apresenta um percentual de eutrofia inferior à média estadual, enquanto os índices de sobre peso, obesidade e obesidade grave superam tanto a média estadual quanto a nacional. Esses dados reforçam a necessidade de intervenções focadas no controle do sobre peso e na promoção de hábitos saudáveis nessa faixa etária. Além disso, o percentual de magreza acentuada também é superior à média de Santa Catarina, destacando a importância de se atentar tanto ao excesso de peso quanto às questões relacionadas à insegurança alimentar e nutricional.

- Notificações de Intoxicação Exógena por Agrotóxicos Registradas no SINAN

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

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

O quadro abaixo detalha o número de intoxicações exógenas da Macrorregião, sendo a maior parcela causada por raticidas, seguida de agrotóxicos e produtos veterinários.

Quadro 10: Número de intoxicações por tipo de agrotóxico.

Tipo de agente	Nº de notificações
Agrotóxico agrícola	4
Agrotóxico doméstico	4
Agrotóxico Saúde Pública	0
Raticida	9
Produto veterinário	3

Total de Notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos registradas no SINAN	20
--	-----------

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 (TCSC, 2024). Abaixo, o quadro (10) detalha a cobertura de saneamento básico adequado em cada município da Macrorregião.

Quadro 11: Cobertura de saneamento básico adequado (%)

Município	Cobertura %
Anita Garibaldi	56,9
Bocaina do Sul	32,1
Bom Jardim da Serra	42,2
Bom Retiro	77,7
Campo Belo do Sul	66,0
Capão Alto	37,7
Cerro Negro	27,2
Correia Pinto	68,9
Lages	84,9
Otacílio Costa	85,8
Painel	51,2
Palmeira	49,7
Ponte Alta	40,5
Rio Rufino	51,5
São Joaquim	73,4
São José do Cerrito	36,9
Urubici	78,3
Urupema	38,8

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) (IBGE, 2023).

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

Quadro 12: População atendida por forma de abastecimento de água.

Forma de abastecimento	População atendida (hab.)
Sistema de Abastecimento de água - SAA	210.537
Solução Alternativa Coletiva - SAC	4.116
Solução Alternativa Individual - SAI	4.852
Total	219.505

Fonte: SISAGUA - Ministério da Saúde, 2024

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

Os rumores e eventos adversos monitorados na Macrorregião notificados no ano de 2023 apresentam origem natural e tecnológica. Ocorreram quatro eventos, em três municípios: Lages, Rio Rufino e Otacílio Costa, sendo eles interrupção de energia devido aos eventos meteorológicos, chuvas intensas e alagamentos.

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



Fonte: FECAM, 2024.

Na Macrorregião de Saúde Serra Catarinense, a associação existente é a Associação dos Municípios da Região Serrana (AMURES), composta pelos municípios de Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Painel, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema.

O consórcio de saúde da Região é o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região da Amures - CISAMURES (FECAM, 2024). O CISAMURES atende ainda os municípios de Abdon Batista, Campos Novos, Celso Ramos, Frei Rogério, Monte Carlo, Ponte Alta do Norte, São Cristóvão do Sul, Vargem e Zortéa, que não fazem parte da AMURES.

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.

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

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

Em Santa Catarina, os dados revelam a necessidade de intensificar estratégias de prevenção, vigilância e qualificação da assistência, especialmente no ciclo gravídico-puerperal e no período neonatal, reconhecidos como momentos críticos para a ocorrência de óbitos evitáveis (SANTA CATARINA, 2024). Além disso, observa-se desigualdade regional no perfil de mortalidade, indicando que os esforços de planejamento devem considerar as especificidades de cada região e macrorregião de saúde (BRASIL, 2016; SANTA CATARINA, 2024).

Dessa forma, a análise dos indicadores de óbito materno e infantil no presente Planejamento Regional Integrado possibilita evidenciar a magnitude e a distribuição desses eventos no território, subsidiando a tomada de decisão, a definição de prioridades e o monitoramento contínuo de ações voltadas à proteção da vida de mulheres, gestantes, recém-nascidos e crianças (BRASIL, 2024; OMS, 2015).

As informações serão organizadas em dois eixos principais: Nascidos Vivos e Morbidade e Mortalidade. Esses indicadores serão abordados de maneira a oferecer

uma visão abrangente da situação de saúde da Macrorregião, permitindo identificar tendências, desafios e oportunidades para a melhoria contínua.

4.2.1 Nascidos Vivos

No ano de 2023 nasceram 96.796 crianças em Santa Catarina, dos quais 3.761 (3,9%) eram residentes da Macrorregião Serra Catarinense, composta pela região da Serra Catarinense (Deliberação 38/CIB/2024).

O percentual de mães adolescentes em Santa Catarina em 2023 foi de 8,1%, enquanto na macrorregião/região da Serra Catarinense apresentou o percentual de 11,7% dos nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos.

Ao analisar a proporção de consultas pré-natal realizadas, de acordo com a adequação de acesso, é possível perceber que, embora 78,2% das mulheres residentes da Macrorregião/região Serra Catarinense tenham realizado sete ou mais consultas, apenas 71,5% iniciaram o acompanhamento pré-natal até o terceiro mês de gestação, conforme estabelecido nas diretrizes da Rede Alyne.

- **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 (DATASUS, 2000). 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 12,7 na macrorregião/região da Serra Catarinense.

- **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 (DATASUS, 2000).

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

Para calcular a taxa de fecundidade da Macrorregião Serra Catarinense, foram considerados o total de nascidos vivos e de mulheres em idade fértil (15-49 anos) entre os anos de 2020 a 2024, obtendo-se como resultado a taxa de 1,19.

- 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 52,2% na macrorregião da serra Catarinense, neste mesmo ano.

4.2.2 Morbidade e Mortalidade

A morbidade como sendo uma característica de comunidades de seres vivos, referindo-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças em um dado intervalo de tempo (BRASIL, 2003). Tem-se como definição que a morbidade reflete o comportamento de doenças e agravos à saúde em população exposta.

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

Quadro 13: Índice de Morbidade na Região da Serra Catarinense

Município	Morbidade
Anita Garibaldi	0,583
Bocaina do Sul	0,000
Bom Jardim da Serra	0,506
Bom Retiro	0,346
Campo Belo do Sul	0,294
Capão Alto	0,125

Município	Morbidade
Cerro Negro	0,239
Correia Pinto	0,638
Lages	0,627
Otacílio Costa	0,426
Painel	0,156
Palmeira	0,314
Ponte Alta	0,499
Rio Rufino	0,000
São Joaquim	0,807
São José do Cerrito	0,622
Urubici	0,282
Urupema	0,000

Fonte: FECAM, 2020.

Considerando que quanto maior o índice de morbidade, mais pessoas apresentam alguma forma de morbidade ou condição de saúde que afete seu bem-estar, observam-se números preocupantes nos municípios de São Joaquim, Lages, Correia Pinto e São José do Cerrito. Bocaina do Sul, Rio Rufino e Urupema apresentaram índice de morbidade zero, o que sugere melhor qualidade de vida.

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 da Serra Catarinense, por município, estão detalhados a seguir.

Quadro 14: Mortalidade por causas gerais na Região da Serra Catarinense

Causas capítulos	2022	2023	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.170	2.008	6.178
Neoplasias (tumores)	10.369	10.614	20.983
Doença sangue, órgãos hemat. e transt. imunitários	172	16	332
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.992	2.876	5.868
Transtornos mentais e comportamentais	512	494	1.006

Causas capítulos	2022	2023	Total
Doenças do sistema nervoso	2.116	2.070	4.186
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	8	11
Doenças do aparelho circulatório	13.609	12.801	26.410
Doenças do aparelho respiratório	6.073	5.259	11.332
Doenças do aparelho digestivo	2.423	2.298	4.721
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	218	214	432
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	194	192	386
Doenças do aparelho geniturinário	1.691	1.670	3.361
Gravide, parto e puerpério	40	38	78
Algumas afecções originadas no período perinatal	539	477	1.016
Anomalias congênitas	360	354	714
Mal definidas	1.571	1.382	2.953
Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	0	1	1
Causas externas	4.922	4.900	9.822
Total	51.975	47.816	99.791

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

Em relação aos números sobre mortalidade na Macrorregião, infere-se que os principais agentes causadores são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do sistema respiratório.

- 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 accidentais ou incidentais*

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

Ocorreram 29 óbitos maternos em Santa Catarina no ano de 2023, o que equivale à razão de mortalidade materna (RMM) de 30,0 óbitos a cada 100.000 NV. Deste total, 2 (6,9%) foram registrados na macrorregião Serra Catarinense, representando a RMM de 53,2.

- 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 (SANTA CATARINA, 2023). As causas diretas dividem-se infecção puerperal (4,2%), aborto (8,3%), hemorragia (14,6%), hipertensão (25%) e demais causas obstétricas diretas (47,9).

Dos dois óbitos ocorridos na Macrorregião Serra Catarinense, um deles foi classificado como sendo de causa obstétrica direta e o outro como indireta. Ambos foram investigados, entretanto apenas um foi em tempo oportuno, 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 6º dia de vida) e neonatal tardio (do 7º ao 27º dia). Já a mortalidade fetal, diz respeito ao óbito do produto da concepção, antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, ocorrido em gestação com duração igual ou superior a 20 semanas ou com peso fetal igual ou superior a 500g ou estatura fetal igual ou superior a 25cm.

No ano de 2023, foram registrados 38 óbitos infantis em residentes da macrorregião Serra Catarinense, cuja taxa de mortalidade infantil (TMI) foi de 10,1 óbitos a cada 1.000 NV. Deste total, 60,5% ocorreram no período neonatal precoce, 15,8% no período neonatal tardio e 23,7% no período pós-neonatal.

Dos 38 óbitos infantis da macrorregião Serra Catarinense, 100% foram investigados, entretanto apenas 44,7% foram investigados em tempo oportuno, isto é, até 120 dias após sua ocorrência.

Dos 751 óbitos fetais registrados em Santa Catarina no ano de 2023, 35 (4,7%) ocorreram na macrorregião Serra Catarinense. Do total de óbitos fetais da macrorregião, 94,3% foi investigado, entretanto apenas 74,3% foi investigado em tempo oportuno.

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, consequentemente, melhorar os indicadores de saúde infantil.

- 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.

Na Macrorregião Serra Catarinense, no ano de 2021 foram notificados 30 óbitos fetais, 44 em 2022 e 35 em 2023.

A Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce refere-se ao número de mortes de neonatos que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida (ou 0 a 6 dias) por 1000 nascidos vivos. Em 2022, a TMNP da Macrorregião Serra Catarinense foi de 6,85 (SES/DAPS, 2023). Essa taxa é um importante indicador de saúde pública e reflete as condições de saúde materna, o acesso a cuidados obstétricos de qualidade e a eficácia dos serviços de saúde neonatal.

- Taxa de Mortalidade Infantil por Componente

A taxa de mortalidade infantil é composta por três componentes:

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

A seguir, o quadro traz os números em relação a esse indicador na Macrorregião Serra Catarinense.

Quadro 15: Taxa de mortalidade infantil por componente na Macrorregião Serra Catarinense

	Neonatal Precoce (0 - 6 meses)	Neonatal Tardia (7 - 27 dias)	Pós-neonatal (28 - 364 dias)
Número de óbitos	26	13	18
Taxa	6,85	3,43	4,74

Fonte: DAPS, 2022.

- 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.

Na Macrorregião Serra Catarinense, foram registrados 2.433 óbitos no ano de 2023, considerando as causas elencadas no Código Internacional de Doenças (CID-10).

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

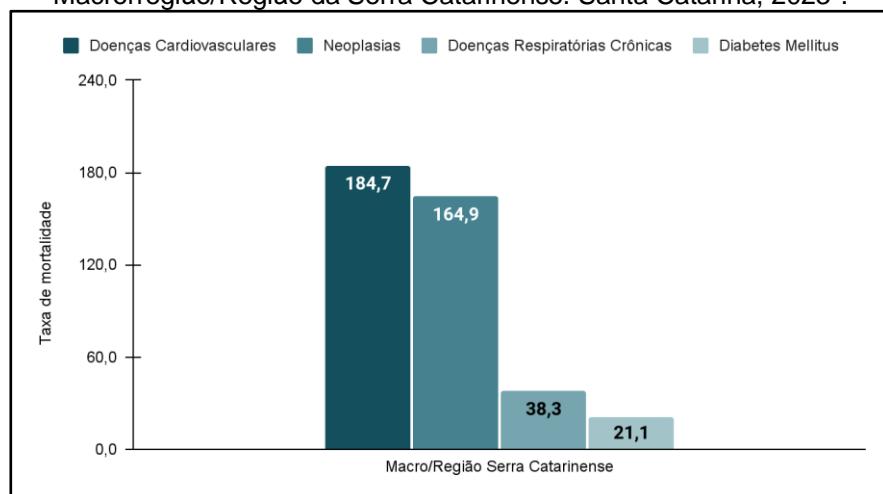
As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de adoecimento e morte em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) as classifica como doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias ou cânceres (CA), doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes mellitus (DM), pois apresentam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

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

Ocorreram 620 óbitos prematuros decorrentes do conjunto das quatro principais DCNT, na macrorregião/região da Serra Catarinense em 2023. A taxa de mortalidade prematura (TMP) da macrorregião/região foi de 409,0 óbitos por 100.000 habitantes no período.

A Figura a seguir demonstra a taxa de mortalidade prematura pelas principais DCNT na macrorregião/região da Serra Catarinense, em 2023. As doenças cardiovasculares apresentaram as mais altas TMP (184,7), seguidas pelas neoplasias (164,9), doenças respiratórias crônicas (38,3) e a DM (21,1).

Figura 04 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT. Macrorregião/Região da Serra Catarinense. Santa Catarina, 2023*.



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

Quando avaliadas as taxas de mortalidade prematura por sexo na macrorregião/região da Serra Catarinense, percebe-se que o sexo masculino se destacou com os valores mais altos para doenças cardiovasculares (212,3) e neoplasias (175,8). Já as mulheres apresentaram as mais altas taxas para doenças respiratórias crônicas (51,5) e DM (21,9) (Quadro abaixo).

Quadro 16 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais DCNT por sexo e região de saúde. Macrorregião/Região da Serra Catarinense, 2023*.

Doenças crônicas	Macrorregião/Região Serra Catarinense	
	Masculino	Feminino
Doenças Cardiovasculares	212,3	158,4
Neoplasias	175,8	154,6
Doenças Respiratórias Crônicas	24,3	51,5
Diabetes Mellitus	20,3	21,9

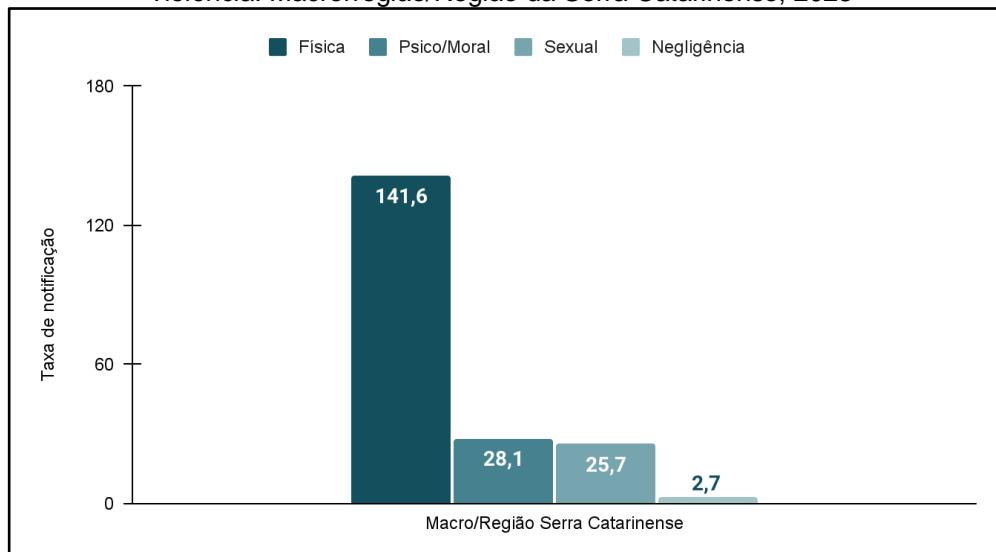
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados preliminares.

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

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

No ano de 2023, foram registrados 763 casos de violência na macrorregião/região da Serra Catarinense. As maiores taxas de notificação foram relacionadas a violência física, totalizando 141,3 notificações a cada cem mil habitantes, sendo que os demais tipos de violência tiveram taxas bastante inferiores. A violência com menor TN foi a negligência (2,7) (Figura a seguir).

Figura 05 - Taxa de notificação de violência (por 100 mil hab.), segundo os principais tipos de violência. Macrorregião/Região da Serra Catarinense, 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 349 atos de violência autoprovocada na macrorregião/região da Serra Catarinense e registrados

41 óbitos por suicídio em 2023; esses números correspondem a taxa de 118,2 casos de lesão autoprovocada notificados a cada cem mil habitantes, e a taxa de 13,9 óbitos por suicídio.

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.

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

Em 2022, ocorreu um surto de toxoplasmose no município de Lages, atingindo funcionário de uma indústria madeireira. Em ação conjunta, Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica estadual e municipal e equipe EPISUS realizaram a investigação. Não foi possível estabelecer a origem do surto.

Em 2024, novo surto de toxoplasmose, mas no município de São Joaquim, envolvendo funcionários de uma frutícola. Realiza investigação conjunta de Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, não sendo possível identificar a origem do surto.

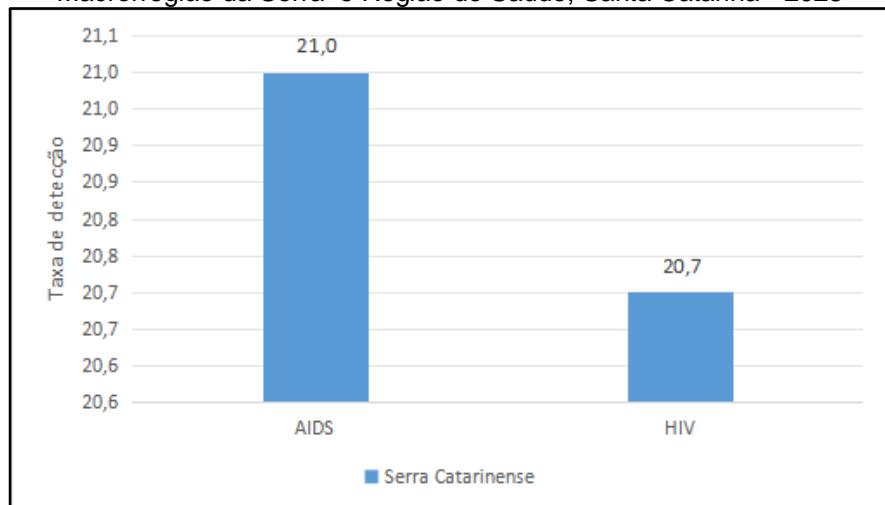
Em 2024 a Serra Catarinense foi incluída nas áreas em situação de emergência em saúde pública por conta da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que provocou superlotação das unidades hospitalares, em especial dos leitos de UTI (G1, 2024).

- **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 são semelhantes, indicando a necessidade na melhoria da atenção às iniciativas para o diagnóstico precoce na população, proporcionando menor morbimortalidade por Aids.

Figura 06: Casos de Aids e HIV (número absoluto e Taxa por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



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

Quadro 17: Taxa de detecção de Aids e HIV (número absoluto e Taxa por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

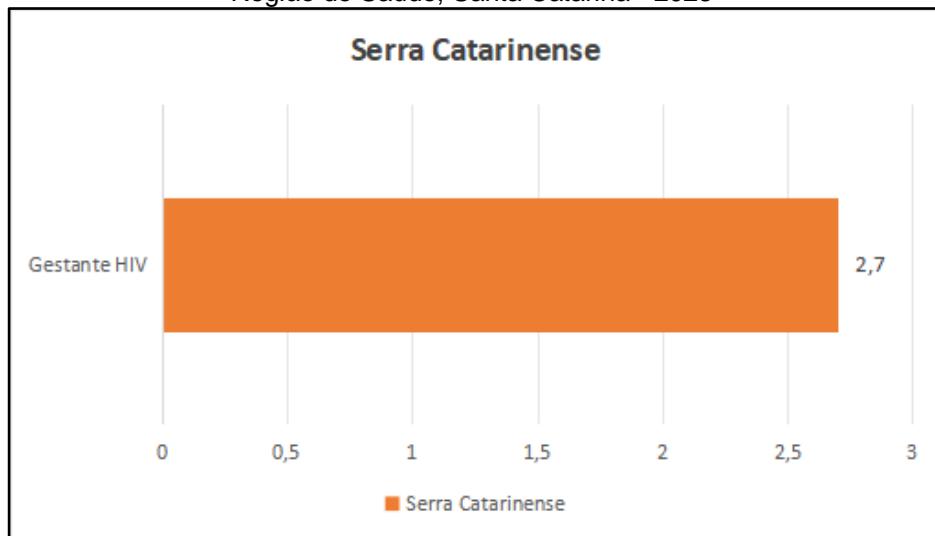
Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	2023	
	nº	Tx
AIDS		
Serra Catarinense	62	21,0
Total	62	21,0
HIV		
Serra Catarinense	61	20,7
Total	61	20,7

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.

Figura 07: Taxa de Gestante HIV (por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



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

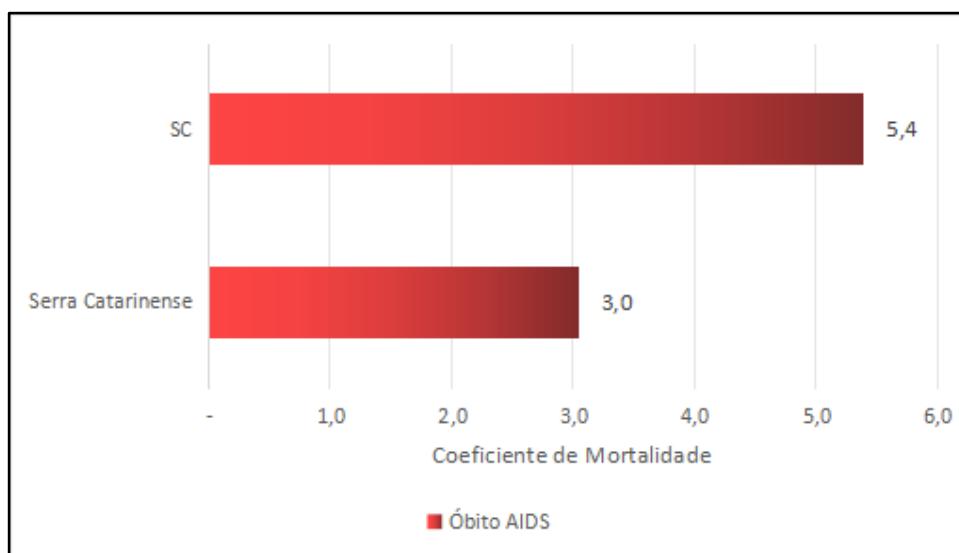
Quadro 18: Casos de Gestante HIV (número absoluto e Taxa por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	2023	
	nº	Tx
Gestante HIV		
Serra Catarinense	10	2,7
Total	10	2,7

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

A mortalidade por AIDS na macrorregião é pouco inferior ao coeficiente estadual, portanto ainda há necessidade de ações focalizadas para impactar este indicador.

Figura 08: Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



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

Quadro 19: Óbito por Aids (número absoluto e Coeficiente de Mortalidade por 100.000 Habitantes) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	2023	
	nº	tx
Óbito AIDS		
Serra Catarinense	9	3,0
Santa Catarina	399	5,4

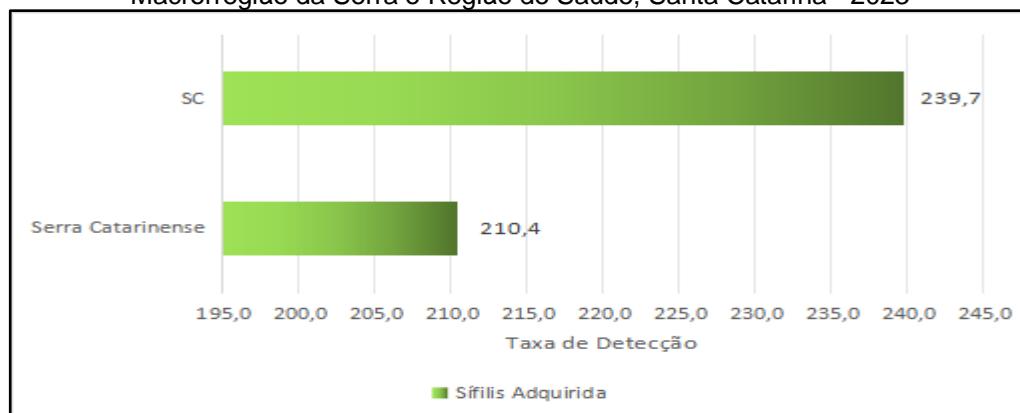
Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SIM - Dado acessado em 19/09/2024

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

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

A figura abaixo apresenta as taxas de detecção de sífilis adquirida na Macrorregião de Saúde Serra Catarinense e no Estado, onde observa-se taxa inferior à média estadual na região, em 2023.

Figura 09: Taxa de Sífilis Adquirida (Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



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

O quadro abaixo apresenta os casos de sífilis adquirida notificados no ano de 2023 em número absoluto e em taxa de detecção na Macrorregião/região Serra Catarinense, onde observa-se taxa inferior à média estadual.

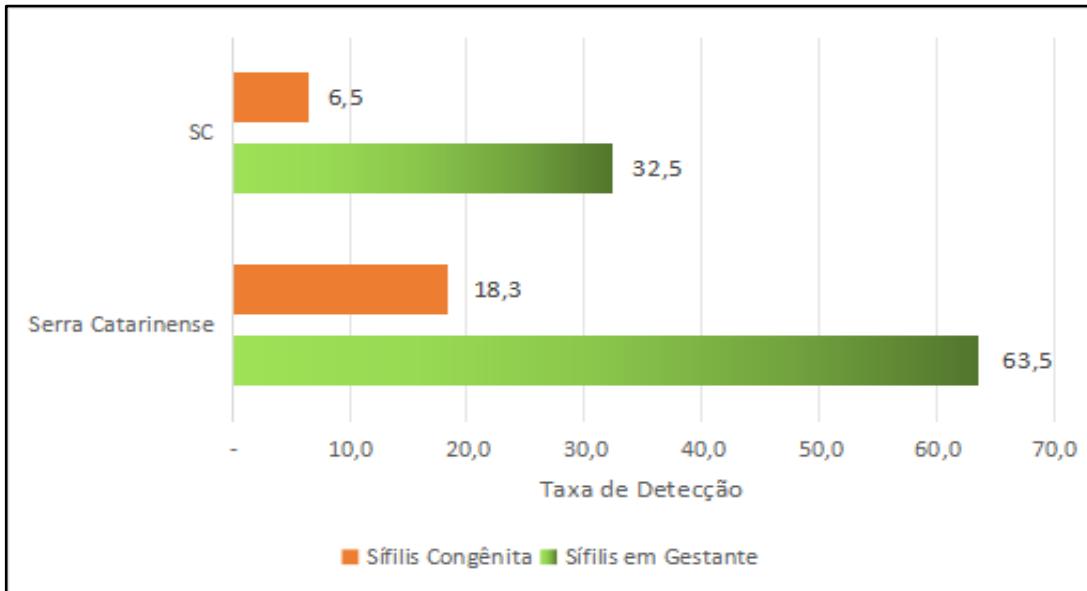
Quadro 20: Casos de Sífilis Adquirida (número absoluto e Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	2023	
	nº	Taxa
Sífilis Adquirida		
Serra Catarinense	621	210,4
Santa Catarina	17587	239,7

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

A figura a seguir mostra as taxas de sífilis em gestante, sífilis congênita no estado e na macrorregião/região de saúde. Observa-se que, tanto a taxa de sífilis em gestante como a de sífilis congênita apresentaram-se superiores à média do Estado no ano de 2023, na Macrorregião Serra Catarinense.

Figura 10: Taxa de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita em Menor de 1 ano (por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



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

O quadro abaixo apresenta os casos de sífilis em gestante na Macrorregião, que apresentou taxas superiores quando comparadas ao Estado, no ano de 2023.

Quadro 21: Casos de Sífilis em Gestante (número absoluto e Taxa por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	2023	
	nº	Taxa
Sífilis em Gestante		
Serra Catarinense	239	63,5
Santa Catarina	3188	32,5

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

No quadro abaixo, apresentam-se os casos de Sífilis Congênita em menor de 1 ano na Macrorregião Serra Catarinense, onde observa-se taxas superiores à média estadual.

Quadro 22: Casos de Sífilis Congênita em menor de 1 ano (número absoluto e taxa por 1000 nascidos vivos) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	2023	
	nº	Taxa
Sífilis Congênita		
Serra Catarinense	69	18,3
Santa Catarina	641	6,5

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

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

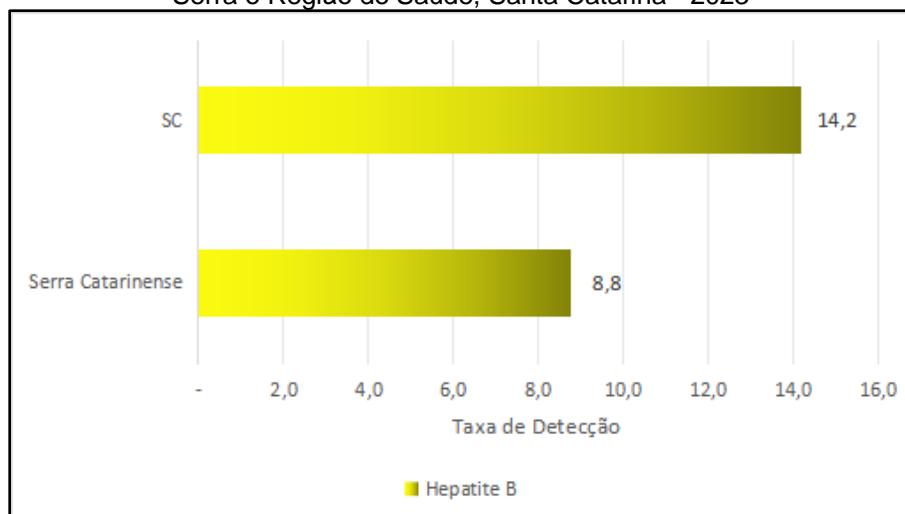
Não foram notificados óbitos por Sífilis Congênita na Macrorregião Serra Catarinense.

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

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

Nesta macrorregional, a taxa de incidência da infecção pelo HBV é inferior à média estadual.

Figura 11: Taxa de Hepatite B (Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



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

Quadro 23: Casos de Hepatite B (número absoluto e Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	2023	
	nº	Taxa

Hepatite B		
Serra Catarinense	26	8,8
Santa Catarina	1045	14,2

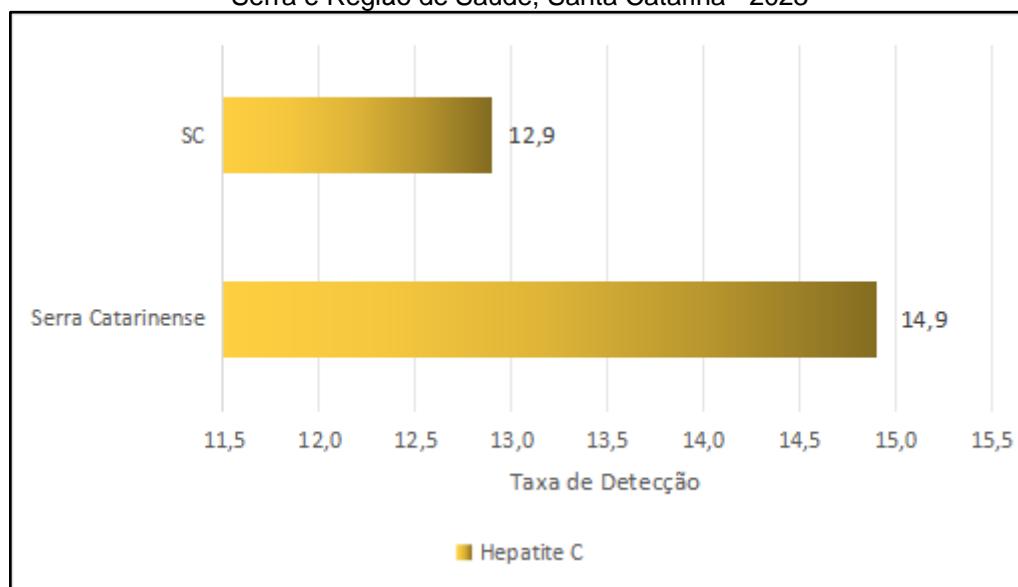
Fonte: SES/DIVE/GEDIC/SINAN - Dado acessado em 19/09/2024

Em 2023, a Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense registrou 26 casos de Hepatite B, resultando em uma taxa de detecção de 8,8 por 100.000 habitantes. Esse número é inferior à média estadual de Santa Catarina, que contabilizou 1.045 casos e uma taxa de 14,2 por 100.000 habitantes. Os dados indicam que a região se destaca por taxas de detecção mais baixas em comparação com o restante do estado, evidenciando um padrão que pode refletir fatores regionais e de saúde pública.

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

Contrariamente à incidência do HBV, a infecção pelo HCV nesta Macrorregião é superior à média estadual.

Figura 12: Taxa de Hepatite C (Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023



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

Quadro 24: Casos de Hepatite C (número absoluto e Taxa de detecção por 100.000 habitantes) segundo Macrorregião da Serra e Região de Saúde, Santa Catarina - 2023

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	2023	
	nº	Taxa

Hepatite C		
Serra Catarinense	44	14,9
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, 2024). Ressalta-se, ainda, que mais de 80 mil pessoas continuam a adoecer por TB todos os anos no país. Mundialmente, em 2022, estima-se que 10,6 milhões de pessoas desenvolveram TB ativa, e que a doença causou 1,3 milhões de óbitos (OMS, 2023). Diante desse cenário, ações urgentes são necessárias para alcançar a meta adotada pelo governo brasileiro de eliminar a doença como problema de saúde pública até 2030, em consonância com as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) e antecipando a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2035 (OMS, 2022).

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

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

de esquema por toxicidade ou falência do tratamento convencional ou Tuberculose Droga Resistente (TBDR).

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

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

Considerando o número de casos novos de 2023 da Macrorregião da Serra Catarinense, os indicadores de cura, abandono e tratamento diretamente observado (TDO) descritos no quadro abaixo, a região ficou bem abaixo das metas orientadas pelo MS que preconiza a cura de no mínimo 76% dos casos, abandono de tratamento de no máximo 5% dos casos. Além disso apresentou uma porcentagem de TDO (7,9%) extremamente aquém dos 100% preconizados pelo MS.

Quadro 25: Cura, abandono de tratamento e Tratamento Diretamente observado, no ano de 2023 na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense.

Macrorregião Serra Catarinense	Nº de casos TB	% cura	%abandono	Tratamento Diretamente Observado (TDO)
Serra Catarinense	63	46,8	17,7	7,9

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 a seguir, a Macrorregião da Serra Catarinense apresenta a testagem para HIV acima de 90%, superando a meta preconizada do MS de 82%, no entanto, tem a taxa de coinfecção (14,3%) acima do valor estadual que é de 13,2%.

Quadro 26: Cointfecção TB/HIV na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense no ano de 2023.

Macrorregião de Saúde Serra Catarinense	Nº de casos TB	% Cointfecção TB/HIV	%Testagem HIV
Serra Catarinense	63	14,3	93,7

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

- Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Tuberculose de 2024 da Coordenação Nacional em 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.

O quadro a seguir traz a análise dos números de óbitos por tuberculose na Macrorregião da Serra Catarinense, em 2022, expresso em números absolutos um total de 5 óbitos, segundo informações do SIM, ou seja, uma taxa de óbitos por tuberculose de 2 por 100 mil habitantes, taxa maior que a do estado (0,9) no ano de 2022.

Quadro 27: Taxa de Mortalidade por tuberculose na Macrorregião da Serra Catarinense no ano de 2022.

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	Nº de óbitos	Taxa de Mortalidade	Taxa de mortalidade SC
Serra Catarinense	5	2,0 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 em 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.

Neste mesmo ano, 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 da Serra Catarinense com a taxa de detecção no parâmetro de baixa endemicidade para a população geral e sem ocorrência de casos em crianças. (Quadro a seguir).

Quadro 28: Taxa de detecção de casos novos de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos, por 100.000 habitantes. Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense, 2023.

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	2023	
	nº	tx
Serra Catarinense	2	0,68
Total Macro	2	0,68
Menor de 15 anos		
Total Macro	0	0,00

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.

No ano de 2023 a Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense não apresentou casos novos diagnosticados com grau 2, porém, 50% dos casos apresentaram grau 1, conforme o (quadro a seguir).

Esse indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde.

Quadro 29: Casos novos diagnosticados em 2023, por grau.

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	2023	
	% Grau 1	% Grau 2
Serra Catarinense	50,0	0,0
Total Macro	50,0	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 da Serra foi notificado 01 caso suspeito na região de Saúde Serra Catarinense e descartado por critério laboratorial, atendendo ao indicador de qualidade das doenças exantemáticas (Quadro a seguir).

Quadro 30: Casos suspeitos descartados para sarampo, laboratório e homogeneidade, segundo a região de saúde, Macrorregião de Saúde Serra. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião de Saúde Serra Catarinense	Casos suspeitos descartados para sarampo
Vigilância	1
Laboratório	100%
Homogeneidade	61,11%

Fonte: SINAN. Dados coletados até a semana epidemiológica 52. *dados sujeitos à 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. Como a doença não está erradicada no mundo, há o risco permanente de importação. A vigilância da rubéola, no estado de Santa Catarina, se manteve ativa no período de 2023.

Na Macrorregião da Serra Catarinense não foram notificados casos suspeitos de rubéola.

Quadro 31: Casos suspeitos descartados para rubéola, resultado laboratorial e homogeneidade, segundo a região de saúde, Macrorregião de Saúde da Serra. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião de Saúde Serra Catarinense	Casos suspeitos descartados para Rubéola
Vigilância	0
Laboratório	0
Homogeneidade	61,11%

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

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

O Tétano Acidental tem distribuição universal, com apresentação de quadro grave e alta taxa de letalidade. Estudos apontam para uma relação estreita entre as condições de vida e padrões culturais da população, influenciando decisivamente nos indicadores epidemiológicos da doença, que se mantêm como um grave problema de saúde pública. Com elevado custo social e econômico, a infecção resulta em tratamentos prolongados, que geralmente ocorrem em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A doença pode ser prevenida através da vacinação, que gera imunidade permanente e está disponível em toda a rede pública.

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense, foi confirmado 01 caso de tétano acidental, com uma incidência de 0,33 casos por 100.000 hab.; não houve registro de óbito no período analisado (Quadro abaixo).

Quadro 32: Casos confirmados, incidência e letalidade por tétano acidental, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião de Saúde Serra Catarinense	Casos	Incidência	Letalidade (%)
Serra Catarinense	1	0,33	0

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

- Indicadores de Qualidade da Vigilância da Coqueluche

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

No ano de 2023, 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 (quadro abaixo). Não ocorreram óbitos por coqueluche no período avaliado.

Já na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense foram realizadas 50% de coletas de nasofaringe e 100% dos casos de Coqueluche foram encerrados oportunamente.

Quadro 33: Indicadores da Coqueluche, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	Incidência	Letalidade (%)	Coleta de nasofaringe (%)	Encerramento oportuno (%)
Serra Catarinense	0,34	0	50	100

Fonte: SINAN. Dados coletados até a semana epidemiológica 52. *dados sujeitos à 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 das Paralisia Flácida Aguda (PFA) na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense (quadro a seguir), foi observado que a Região da Serra Catarinense atingiu todos os indicadores no ano de 2023.

Quadro 34: Indicadores operacionais de vigilância da Paralisia Flácida Aguda/Pólio, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião Serra Catarinense	Meta	Serra Catarinense
Taxa de notificação	1/100.000hab.	100%
Investigação oportuna	80%	100%
Coleta oportuna	80%	100%
Notificação semanal	80%	95%

Fonte: SINAN. Dados coletados até a semana epidemiológica 51. *dados sujeitos à 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 de Saúde da Serra Catarinense, quando analisado o perfil das meningites, observou-se um padrão dentro do esperado para o período avaliado, sem ocorrência de surtos. No período avaliado, observou-se uma incidência de 0,67 casos por 100.000 hab. na meningite meningocócica e na meningite meningocócica com meningococcemia, bem como nas meningites por outras bacterianas.

Destacamos que as meningites causadas por pneumococo tiveram uma incidência de 1,69 casos por 100.000 hab. e letalidade de 40%. Já as meningites não especificadas tiveram incidência 5,08 casos por 100.000 habitantes e letalidade de 6,6% (Quadro a seguir).

Quadro 35: Incidência e letalidade das meningites por etiologia, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense. Santa Catarina, 2023*

Macror Serra Catarinense	MM		MM+MCC		MB		MNE		MV		MP	
	IN	LET	IN	LET	IN	LET	IN	LET	IN	LET	IN	LET
Serra Catarinense	0,67	0	0,67	0	0,67	0	5,08	6,6	7,11	0	1,69	40

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

DM: Doença meningocócica ; MTBC: Meningite tuberculosa ; MB: Meningite outras bactérias ;

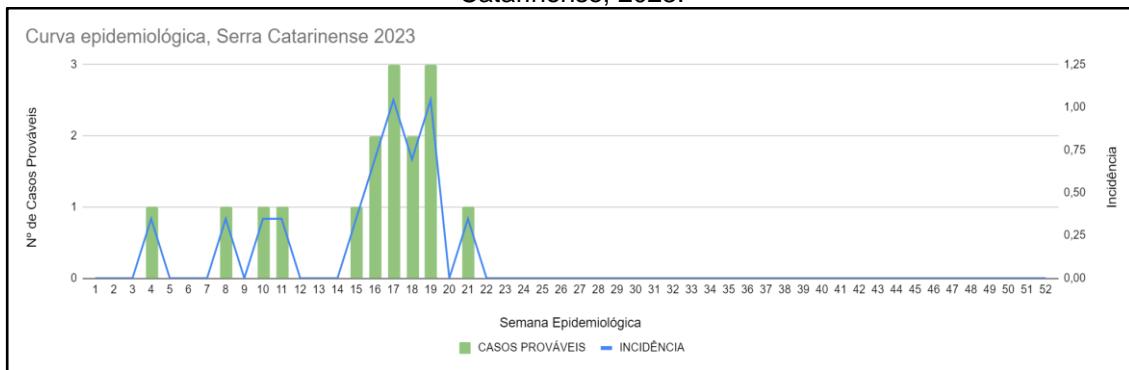
MNE: Meningite não especificada ; MV: Meningite viral ; MOE: Meningite por outras etiologias ;

MH: Meningite por hemófilo ; MP: Meningite pneumocócica; IN: Incidência ; LET: Letalidade.

- Casos de Dengue por Semana Epidemiológica (SE) do Início dos Sintomas

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense, foram registrados 16 casos prováveis, o que representa uma incidência acumulada de 5,56 casos por 100 mil habitantes (Figura abaixo; Quadro a seguir). Nesta Macrorregião, as SE 17 e 19 apresentaram os maiores números de casos prováveis de dengue.

Figura 13: Casos prováveis e incidência por semana epidemiológica, Macrorregião da Serra Catarinense, 2023.



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

Quadro 36: - Relação de casos prováveis e incidência acumulada de casos para a Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense, 2023.

Macrorregião da Serra Catarinense	Casos	Incidência
Total	16	5,56

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

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

Na Macrorregião da Serra Catarinense não foram confirmados óbitos por Dengue no ano de 2023.

- Número de Coletas Oportunas de Vísceras em Primatas Não Humanos (PNH)

Não houve notificações no ano de 2023.

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

Não houve notificações no ano de 2023.

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

No ano de 2023 foram notificados 2 casos humanos suspeitos de Febre Amarela, sendo descartados para a doença no município de Lages, Região de Saúde da Serra Catarinense.

- 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 Região de Saúde da Serra Catarinense registrou 22 casos de influenza, com 2 óbitos, resultando em uma letalidade de 9% (Quadro 37).

Quadro 37: Número de casos, óbitos e letalidade de SRAG por Influenza, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense. Santa Catarina, 2023*

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	Ano 2023		
	Casos	Óbitos	Letalidade (%)
Serra Catarinense	22	2	9,0

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

- Número de Casos Confirmados de COVID-19

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

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

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

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

Na análise dos dados na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense foram observados 119 casos e 14 óbitos, resultando em 11,8% de letalidade (Quadro 38).

Quadro 38: Número de casos, óbitos e letalidade de SRAG por COVID-19, segundo a Região de Saúde, Macrorregião de Saúde da Serra, Santa Catarina, 2023*

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	Casos	Óbitos	Letalidade (%)
Serra Catarinense	119	14	11,8

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

- Número de Acidentes por Animais Peçonhentos

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense, com uma população de 295.210 habitantes, foram registrados 390 acidentes envolvendo animais peçonhentos. A maioria desses acidentes foi causada por aranhas, totalizando 250 casos, o que faz das aranhas o principal agente de acidentes na região. Além disso, ocorreram 88 acidentes com escorpiões e 25 acidentes com serpentes.

Outros tipos de acidentes incluem 7 casos relacionados a lagartas, 15 acidentes envolvendo abelhas, e 5 casos causados por outros tipos de animais peçonhentos.

Esses números indicam que os acidentes com aranhas são os mais prevalentes na Macrorregião da Serra Catarinense, seguidos por acidentes com escorpiões e serpentes, mas os acidentes envolvendo outros animais, como lagartas e abelhas, também estão presentes em menor escala.

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

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense, foram 4 casos sem óbito registrado. A incidência foi baixa (1,35 casos por 100 mil hab.) em comparação com as outras macrorregiões.

- 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 diarréicas agudas (dda), rotavírus em menores de 5 anos, surtos de DTHA/DDA.

- Doenças Diarréicas Agudas

No ano de 2023, as unidades sentinelas da Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense registraram 10.067 atendimentos de DDA. (Quadro 39).

Quadro 39: Distribuição dos casos de DDA, Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense - Santa Catarina, 2023.

Casos DDA 2023- Unidades Sentinelas
10067

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

- Surtos de DTHA e notificações individuais SINAN

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

A subnotificação ou notificação tardia de DTHA é uma questão que precisa ser constantemente avaliada. Em 2023, a Região de Saúde da Serra Catarinense registrou um total de 8 notificações de DTHA. Desses, seis foram casos suspeitos de

Rotavírus e duas notificações de surto de DTHA. Não foram notificados casos suspeitos dos outros agravos componentes na Vigilância Epidemiológica de DTHA na Macrorregião supracitada.

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.

O Botulismo, Cólera ou Febre Tifóide são doenças de alta gravidade, e todo caso suspeito requer uma investigação minuciosa para confirmar o enquadramento na definição de caso, possibilitando a implementação imediata de medidas de controle.

Cabe ressaltar que o Estado não possui registro de incidência desses agravos.

A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), por sua vez, é um agravio 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.

Quadro 40: Número de casos notificados de DTHA, por agravio, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense, 2023.

Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense	Casos Suspeitos 2023
Serra Catarinense	
Botulismo	0
Cólera	0
DCJ	0
Febre Tifóide	0
Rotavírus	6
Surto DTHA	2
Total	8

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

- Cenário de Vacinação

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

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

Nesta análise, apresentamos a cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil destinadas a crianças menores de 1 ano e com 1 ano de idade na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense que abrange a Região de Saúde da Serra Catarinense, 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.

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense, que comporta a Região de Saúde da Serra Catarinense, em 2023 nenhuma vacina alcançou a meta de cobertura vacinal (CV) preconizada (quadro abaixo): a Tríplice viral teve a cobertura mais alta (CV 77,69%) e a Febre Amarela a menor taxa (41,19%).

Quadro 41: Cobertura Vacinal em crianças menores de 1 ano e 1 ano, Região de Saúde da Serra Catarinense, 2023

Vacina	Cobertura Vacinal
BCG	51,48%
Rotavírus	68,25%
Pentavalente	68,41%
Pneumo 10	71,74%
Pólio inativada	69,24%
Meningo C	74,50%
Tríplice Viral	77,69%
Hepatite A	64,42%
Febre Amarela	41,19%

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

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

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

Apesar das limitações, o uso adequado do indicador ICSAP pode identificar áreas prioritárias para intervenção e melhorar a coordenação entre os níveis assistenciais. A partir de 2017, a Gerência de Coordenação da Atenção Básica instituiu esse indicador para fortalecer o monitoramento e a avaliação da APS. Contudo, as medidas adotadas durante a pandemia de COVID-19, como a suspensão de internações

eletivas, impactaram o indicador, mascarando os resultados devido a alterações no acesso hospitalar (SANTA CATARINA, 2022).

De acordo com o painel da DAPS/SC, com dados provenientes do DATASUS (2024), a Região de Saúde da Serra Catarinense registrou, em 2023, um total de 51.500 internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP), resultando em 3.271 óbitos.

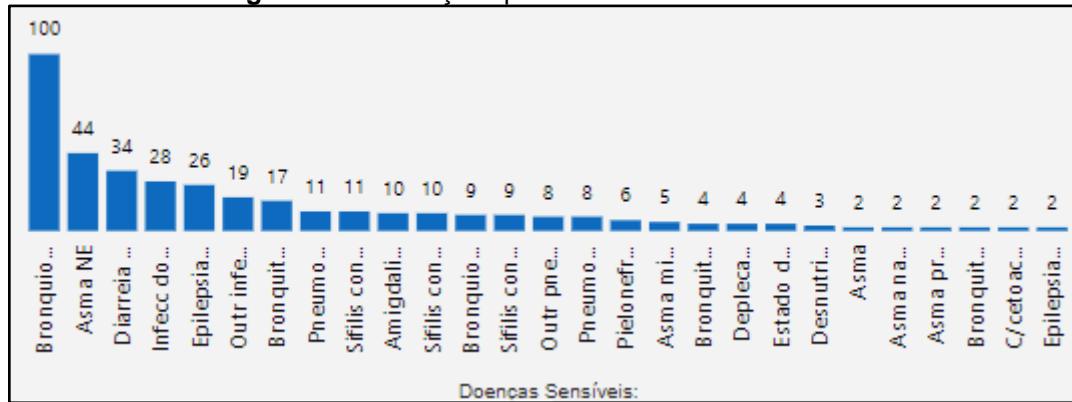
- Principais Causas de ICSAP, por ciclo de vida

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 (DAPS, 2023).

Na faixa etária de crianças entre 0 e 5 anos de vida, a Macrorregião de Saúde Serra Catarinense totalizou 413 internações por ICSAP. Destas internações, 2 vieram a óbito.

De acordo com a figura abaixo, observa-se que as três principais causas de internação entre as crianças de 0 a 5 anos, são bronquiolite aguda, asma e diarréia/gastroenterite de origem infecciosa presumida.

Figura 14: Internações por CID10 - 0 a 5 anos de vida

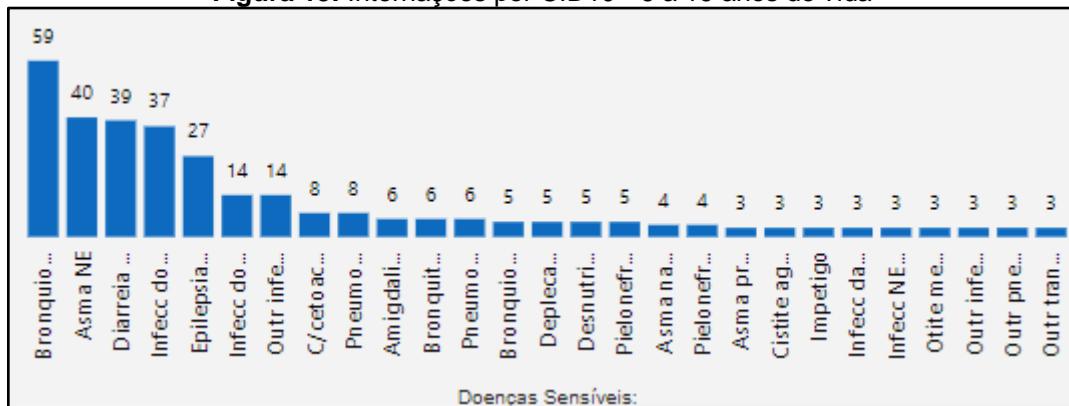


Fonte: CIEGES/SES. Dados acessados em 07/10/2024.

Na faixa etária entre 6 e 19 anos de vida, a Macrorregião de Saúde Serra Catarinense totalizou 772 internações por ICSAP. Destas internações, 3 vieram a óbito.

De acordo com a figura abaixo, observa-se que as três principais causas de internação nessa faixa etária, são bronquiolite aguda, asma e diarréia/gastroenterite de origem infecciosa presumida.

Figura 15: Internações por CID10 - 6 a 19 anos de vida

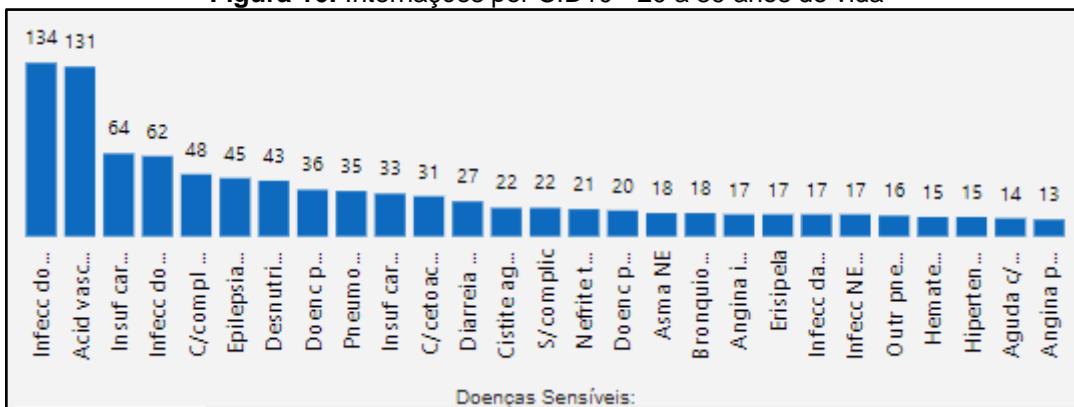


Fonte: CIEGES/SES. Dados acessados em 07/10/2024.

Na faixa etária entre 20 e 59 anos, a Macrorregião de Saúde Serra Catarinense totalizou 1.311 internações por ICSAP. Destas internações, 43 vieram a óbito.

De acordo com a figura abaixo, observa-se que as três principais causas de internação entre a população de 20 a 59 anos são infecção de trato urinário, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca congestiva.

Figura 16: Internações por CID10 - 20 a 59 anos de vida

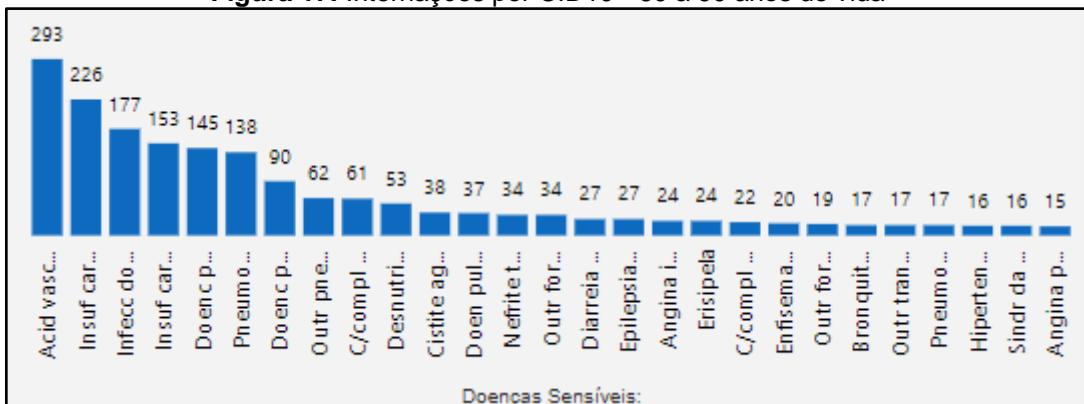


Fonte: CIEGES/SES. Dados acessados em 07/10/2024.

Na faixa etária entre 60 e 90 anos de vida, a Macrorregião de Saúde Serra Catarinense totalizou 2.175 internações por ICSAP. Destas internações, 188 vieram a óbito.

De acordo com a figura abaixo, observa-se que as três principais causas de internação entre 60 e 90 anos são o acidente vascular cerebral, a insuficiência cardíaca congestiva e a infecção do trato urinário.

Figura 17: Internações por CID10 - 60 a 90 anos de vida



Fonte: CIEGES/SES. Dados acessados em 07/10/2024.

- Comparação Entre a Taxa de ICSAP e Indicadores do Previne Brasil

A comparação entre a Taxa de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e os Indicadores do Previne Brasil no 3º Quadrimestre de 2023 revela dados importantes sobre o desempenho dos municípios da Região da Serra Catarinense na Atenção Primária à Saúde (APS). Esses indicadores fornecem informações detalhadas sobre a cobertura de serviços essenciais, como pré-natal, vacinação, controle de hipertensão e diabetes, bem como outros fatores relacionados à saúde bucal e citopatologia.

Analizando o quadro, observamos uma variação significativa nos indicadores entre os municípios. Por exemplo, Anita Garibaldi se destaca com 92% de cobertura de sífilis e HIV no pré-natal e 88% de cobertura vacinal de pólio e pentavalente, enquanto outros municípios como Lages apresentam desempenho mais baixo, com 47% de cobertura para sífilis e HIV e 38% de cobertura vacinal. Além disso, Urupema apresenta 100% de cobertura em vários indicadores, como pré-natal, saúde bucal e citopatologia, sendo um exemplo positivo na região.

A taxa de ICSAP reflete a capacidade de resolução da Atenção Primária e, ao comparar com os dados de cobertura dos serviços básicos, podemos identificar possíveis áreas de fragilidade nos cuidados preventivos e de controle de doenças

crônicas, que impactam diretamente a ocorrência de internações evitáveis. Municípios com baixas taxas de cobertura para hipertensão e diabetes, como Lages e Bom Retiro, indicam um possível aumento no risco de complicações que podem resultar em internações, apontando a necessidade de intervenções mais eficazes na atenção primária.

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

Quadro 42 : Taxa ICSAP

ICSAP	Nº
Doenças pulmonares	731
Infecções no rim e trato urinário	602
Doenças cerebrovasculares	516
Insuficiência cardíaca	516
Pneumonias bacterianas	345
Diabetes mellitus	273
Gastroenterites infecciosas e complicações	205
Asma	174
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	164
Epilepsias	164
Deficiências nutricionais	116
Úlcera gastrintestinal	114
Infecção da pele e tecido subcutâneo	91
Infecções de ouvido, nariz e garganta	80
Angina	77
Doenças preveníveis por imuniz./Condições sensíveis	58
Anemia	49
Hipertensão	40
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	23

Fonte: CIEGES, 2024.

Quadro 43: Indicadores Previne Brasil - 3º Quadrimestre 2023

Município	Pré-natal (6 consultas) (%)	Pré-natal (sífilis e HIV) (%)	Gestantes Saúde Bucal (%)	Cob. Citopat. (%)	Cob. Polio e Penta (%)	Hipertensão (PA aferida) (%)	Diabéticos (HbA1C) (%)	Principal APP	ISF
Anita Garibaldi	75	92	86	33	88	34	45	PEC	8,94
Bocaina do Sul	77	85	85	22	64	38	56	PEC	8,42
Bom Jardim da Serra	30	83	48	12	95	49	52	PEC	8,53
Bom Retiro	62	74	48	14	94	14	12	PEC	6,73
Campo Belo do Sul	84	97	62	43	77	46	34	Sistema Próprio	9,14
Capão Alto	73	100	91	23	40	31	23	PEC	7,12
Cerro Negro	77	100	92	42	57	41	72	PEC	8,84
Correia Pinto	56	64	58	22	60	19	14	PEC	6,79
Lages	29	47	30	13	38	7	8	Sistema Próprio	3,99
Otacílio Costa	43	70	46	27	90	18	9	PEC	6,94
Painel	82	91	64	27	80	47	33	PEC	8,90
Palmeira	64	82	64	31	86	47	66	PEC	9,47
Ponte Alta	47	95	63	17	86	48	64	PEC	9,16
Rio Rufino	100	86	86	50	100	54	45	PEC	9,90
São Joaquim	43	53	49	21	93	34	29	Sistema Próprio	7,90
São José do Cerrito	59	53	29	9	90	11	7	PEC	5,55
Urubici	57	77	60	26	94	27	18	PEC	8,07
Urupema	100	100	100	43	80	74	70	Sem aplicação	9,68

Fonte: CIEGES, 2024.

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

Os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) correspondem às lesões causadas pelo trânsito de veículos e pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), eles apresentam uma carga alta de morbimortalidade em todo o mundo. Os meios de transporte motorizados são responsáveis por um total de 15 milhões de mortes e 79,6

milhões de anos de vida saudável perdidos anualmente, conforme publicação recente do Banco Mundial e do Instituto de Métrica em Saúde e Avaliação dos Estados Unidos (BRASIL, 2017).

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

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

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

Em 2023, foram registrados 79 óbitos por ATT de residentes da Macrorregião da Serra Catarinense de Santa Catarina, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 26,8 óbitos a cada 100 mil habitantes. Na macrorregião/região de saúde da Serra Catarinense as maiores frequências de óbito ocorreram em Lages (55,7%), Otacílio Costa (6,3%) e São Joaquim (6,3 %), como pode ser observado no Quadro a seguir.

Quadro 44: Número (n) e percentual (%) de óbitos por acidente de transporte terrestre, por município de residência. Macrorregião/Região Serra Catarinense, 2023*.

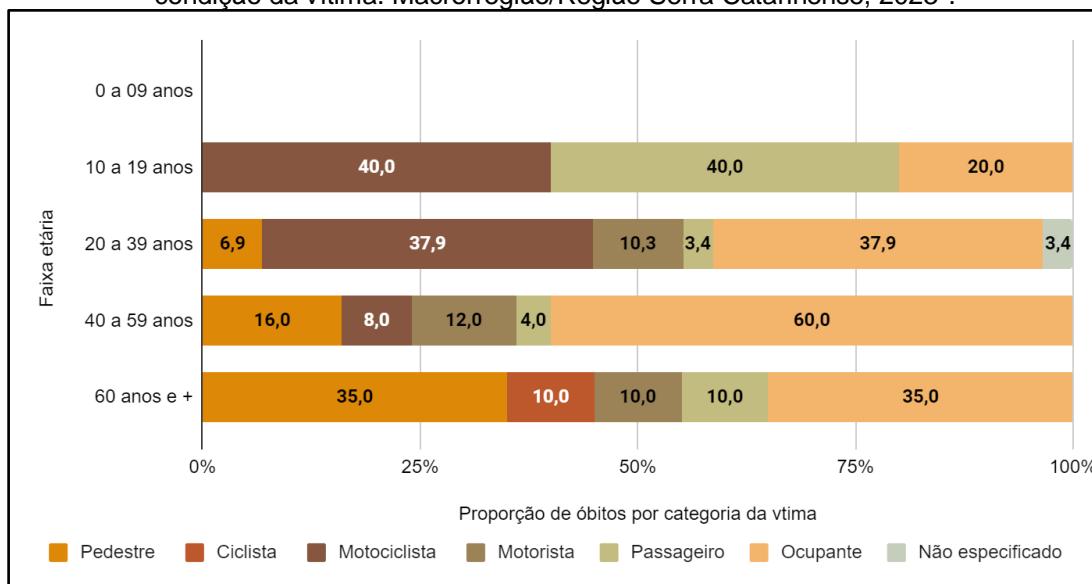
Municípios	n	%
Bom Retiro	4	5,1
Lages	44	55,7
Otacílio Costa	5	6,3
Ponte Alta	4	5,1

Municípios	n	%
São Joaquim	5	6,3
Urubici	4	5,1
Demais municípios	13	16,5
Total	79	100,0

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

Na Figura abaixo tem-se a distribuição dos óbitos decorrentes dos ATT na macrorregião/região Serra Catarinense, 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: 10 a 19 anos - motociclista (40,0%) e passageiro (40,0%); 20 a 39 anos - motociclista (37,9%) e ocupante (37,9%); 40 a 59 anos - ocupante (60,0%) e pedestre (16,0%); 60 anos e mais - pedestre (35,0%) e ocupante (35,0%).

Figura 18: Proporção de óbito por acidente de transporte terrestre por faixa etária e categoria de condição da vítima. Macrorregião/Região Serra Catarinense, 2023*.



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

Na região da Serra Catarinense, os dados obtidos mostram que as mortes relacionadas aos ATT predominaram no público masculino, ocupando 88,6% das mortes (70). As principais causas de morte por ATT para os indivíduos do sexo masculino foram os acidentes como ocupantes de automóveis e outros veículos (28 óbitos), em seguida motociclistas traumatizados em colisão (14 óbitos) e pedestres (8 óbitos). Analisando os números relacionados ao sexo feminino, foram 06 óbitos de ocupantes de automóvel e ônibus, 02 passageiras de automóvel e 01 óbito de motociclista traumatizados em colisão.

- 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 Serra Catarinense ocorridos no ano de 2023.

Quadro 45: Notificações de agravos relacionados ao trabalho Macro Serra Catarinense em 2023

Acid. Mat. Bio.	Acid. Grave	Câncer Trab.	Derm. Ocup.	Intox. Exóg.	LER/ DORT	PAIR	Pneu moc.	Tr. Mental	Total
199	2006	0	0	356	0	0	0	2	2563

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.

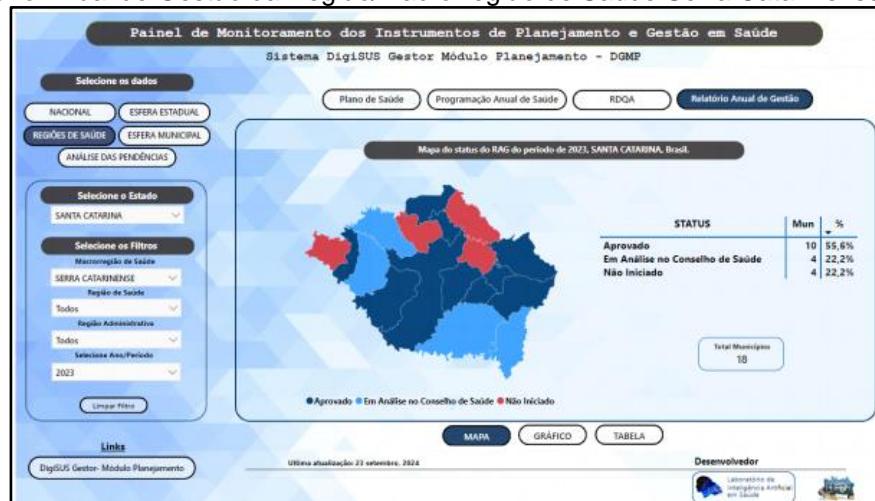
A fim de aperfeiçoar a gestão e trazer transparência das políticas de saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu um sistema de informação digital, o DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Através dele é possível que os entes federados

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 Serra Catarinense.

Observa-se a partir da Figura a seguir que cerca de 55% dos Relatório Anuais de Gestão da Macrorregião de Saúde Serra Catarinense referentes ao ano de 2023 estão aprovados, 20% em fase de análise pelo Conselho de Saúde e 20% ainda não foram iniciados.

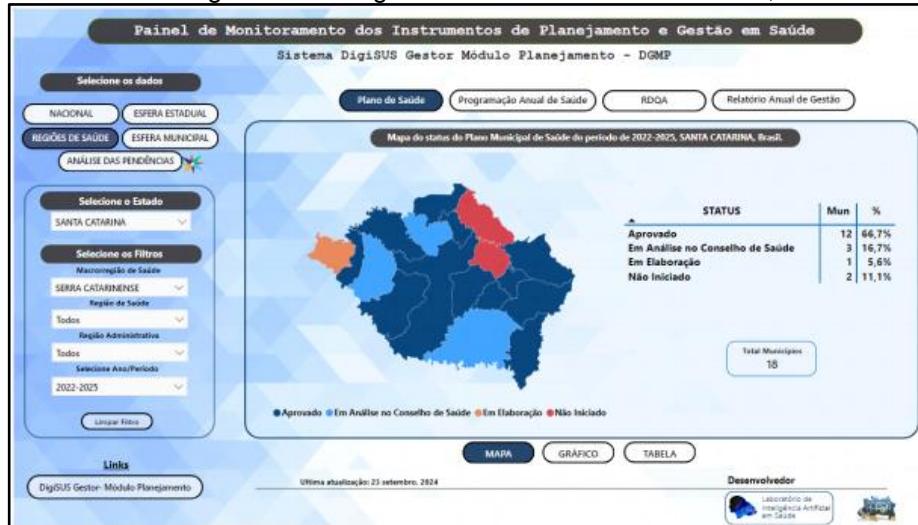
Figura 19 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Relatório Anual de Gestão da Região/Macrorregião de Saúde Serra Catarinense, 2023.



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

A Figura (20) nos mostra que cerca de 66% dos Planos de Saúde da Macrorregião de Saúde Serra Catarinense para os anos de 2022-2025 estão aprovados, 16% em fase de análise pelo Conselho de Saúde, 5% em elaboração e 11% ainda não foram iniciados.

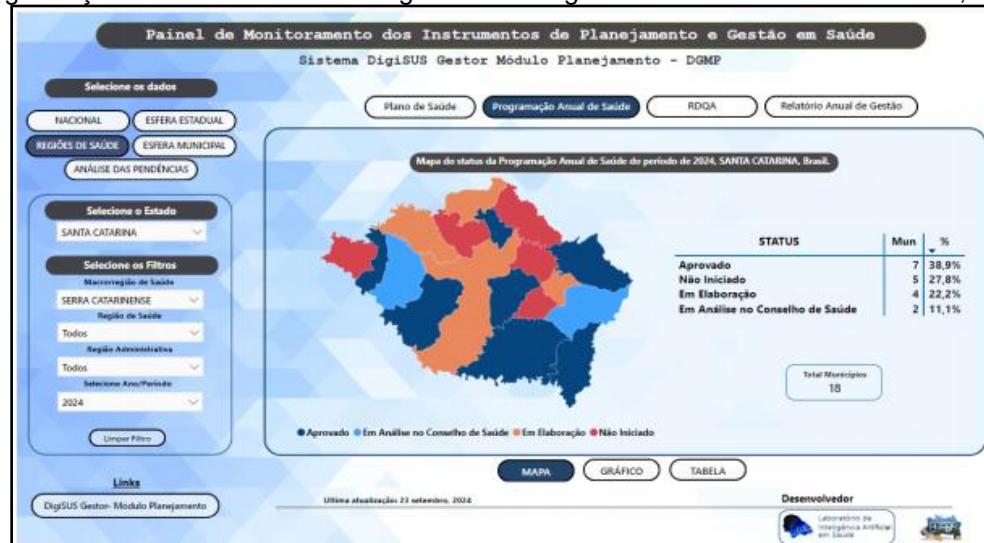
Figura 20 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Plano de Saúde da Região/Macrorregião de Saúde Serra Catarinense, 2022-2025.



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

Considerando a Figura (21), obtém-se a informação de que, da totalidade dos municípios da Macrorregião, cerca de 38% já tem sua Programação Anual de Saúde aprovada, 27% ainda não iniciaram, 22% está em processo de elaboração e 11% estão em análise pelo Conselho de Saúde, considerando o ano de 2024.

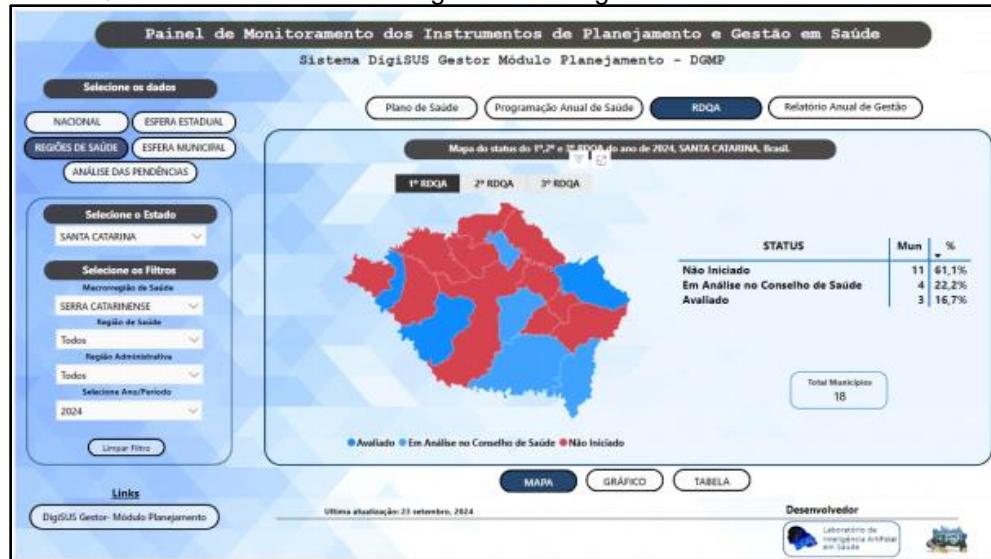
Figura 21 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Programação Anual de Saúde da Região/Macrorregião de Saúde Serra Catarinense, 2024.



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

Em relação ao 1º Relatório do Quadrimestre Anterior referente ao ano de 2024, a figura a seguir traz a informação de que 11 municípios ainda não iniciaram, 4 estão em fase de análise pelo Conselho de Saúde e 3 já foram avaliados.

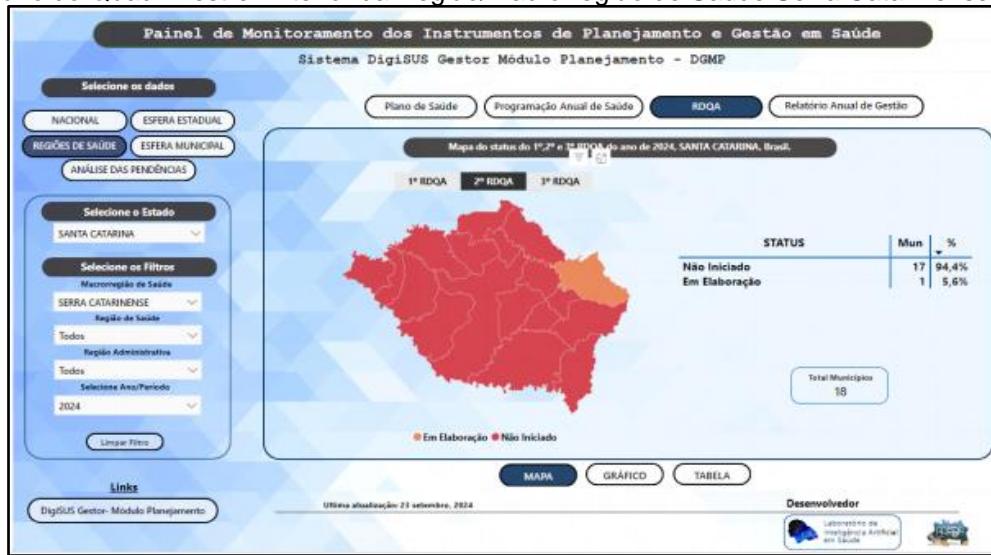
Figura 22 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 1º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região/Macrorregião de Saúde Serra Catarinense, 2024.



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

Em relação ao 2º Relatório do Quadrimestre Anterior referente ao ano de 2024, a figura a seguir traz a informação de que 17 municípios ainda não iniciaram e 1 está em elaboração.

Figura 23 - Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - 2º Relatório do Quadrimestre Anterior da Região/Macrorregião de Saúde Serra Catarinense, 2024.



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

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

Quadro 46: Prazos dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS

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

Fonte: GPLAN, 2024.

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

No entanto, o sistema DGMP deve ser obrigatoriamente utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios para registro de informações e dos instrumentos referentes ao ano, a partir de 2018 (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.

4.4.1 Distribuição dos estabelecimentos de Saúde - Dados CNES

A Macrorregião Serra Catarinense conta com uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e onze unidades hospitalares, de pequeno e médio portes. O quadro a seguir detalha esses estabelecimentos.

Salienta-se que, apesar de constar como unidade hospitalar, a Fundação Médico Social Rural de Ponte Alta encontra-se fechada desde o ano de 2018. O Hospital Américo Caetano do Amaral não dispõe do serviço de internação.

Quadro 47: Estabelecimentos de saúde

Município	CNES	Estabelecimento de Saúde	Gestão	Porte	Tipo Estabelecimento
Lages	9944532	UPA Dra. Maria Gorete dos Santos	Municipal	-	UPA 24h
Lages	2504316	Hosp N Sra dos Prazeres	Municipal	Médio	Hospital Geral
Lages	2504332	Hospital e Maternidade Tereza Ramos	Estadual	Médio	Hospital Geral
Lages	2662914	Hospital Seara do Bem Materno Infantil	Municipal	Médio	Hospital Especializado
Otacílio Costa	2300486	Hospital Santa Clara	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
São Joaquim	2300516	Hospital De Caridade Coração De Jesus	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Bom Jardim da Serra	2566893	Hospital Américo Caetano do Amaral	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Correia Pinto	2300478	Hospital Faustino Riscarolli	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Ponte Alta	2300850	Fundação Médico Social Rural de Ponte Alta	Municipal	Pequeno	Hospital Geral
Anita Garibaldi	2300435	Hospital Frei Rogério	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Bom Retiro	2665085	Hospital Nossa Senhora Das Graças	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Campo Belo do Sul	2691477	Hospital Nossa Senhora Do Patrocínio	Estadual	Pequeno	Hospital Geral
Urubici	2300885	Hospital São José De Urubici	Estadual	Pequeno	Hospital Geral

Fonte: CNES, 2024

Quadro 48: Polos de Academia da Saúde

Municípios com Estabelecimentos de Polo de Academia da Saúde
Bocaina do Sul
Campo Belo do Sul
Capão Alto
Correia Pinto
Lages
Ponte Alta

Municípios com Estabelecimentos de Polo de Academia da Saúde
Rio Rufino
São Joaquim
Urubici
Urupema

Fonte: CNES, 2024

Quadro 49: Municípios com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

Municípios com Práticas Integrativas em Saúde (PICS)	
MUNICÍPIO	SIM/NÃO
Bocaina do Sul	SIM
Cerro Negro	SIM
Urubici	SIM
Urupema	SIM

Fonte: CNES 09/2024

- Número de serviços Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

Uma unidade hospitalar, sendo o Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos.

- Número de Bancos de Leite Humano

Uma unidade hospitalar, sendo o Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos.

4.4.2 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.

- Parâmetros Da Atenção Primária
 - PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 - a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - Política Nacional da Atenção Primária em Saúde - parâmetro mínimo 1 equipe para cada 2.000 habitantes e o máximo 3.000 habitantes.
 - ACS - Agente Comunitário De Saúde - 750 habitantes por agente.
https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_ACS_adaptada.pdf
- 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.

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

Quadro 50: Distribuição de equipes de saúde

	Pop. IBGE	eSF	eAP	EM	eSB	ACS	ECR	ERD	EMAESM
Total	295.210	92	3	15	56	514	0	1	0

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

Legenda: Pop: População; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

eSF: equipe de Saúde da Família; eAP: equipe de Atenção Primária;

EM: Equipe Multiprofissional; eSB: equipe de Saúde Bucal;

ACS: Agente Comunitário de Saúde; eCR: equipe de Consultório na Rua;

ERD: Equipe de Reabilitação Domiciliar;

EMAESM: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

Quadro 51: Distribuição dos estabelecimentos de saúde

	UBS	PNAISP	PNAISARI	LRPD	CEO	SRT	SESB
Total	83	0	0	7	2	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.

Quadro 52: Capacidade instalada APS

Município	População Estimada	Posto de Saúde	Nº Equipes APS	CS/UBS	EM	ERD	eAP20H	eAP30H	eSF40H	ACS	eSB Tipo I	eSB Tipo II	LRPD	CEO (Reg/Mun)	eSB Modalidad e 1 e 2 - Quilombola/ Assentados
Anita Garibaldi	8.285	0	3	1	1	0	0	0	3	21	0	0	0	0	0
Bocaina do Sul	3.515	1	2	1	0	0	0	1	1	9	1	0	0	0	0
Bom Jardim da Serra	4.026	1	2	1	0	0	0	0	2	12	1	0	0	0	0
Bom Retiro	8.418	1	4	2	0	0	0	0	4	20	2	0	0	0	0
Campo Belo do Sul	7.257	2	4	1	2	0	0	0	4	20	2	0	1	0	2
Capão Alto	2.625	0	1	1	1	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0
Cerro Negro	3.317	1	1	2	1	0	0	0	1	10	1	0	0	0	1
Correia Pinto	15.727	3	5	1	1	0	0	0	5	20	2	0	0	0	1
Lages	164.981	0	48	31	0	0	0	0	46	226	26	0	1	0	0
Otacílio Costa	17.312	1	6	6	1	0	0	0	6	36	2	0	0	0	0
Painel	2.215	0	1	1	1	0	0	0	1	5	1	0	1	0	0
Palmeira	2.561	0	1	4	1	0	0	0	1	7	0	1	1	0	0
Ponte Alta	4.437	1	2	2	2	0	0	0	2	11	1	0	0	0	1
Rio Rufino	2.397	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
São Joaquim	25.939	7	7	2	1	0	0	0	8	52	7	0	1	1	1

Município	População Estimada	Posto de Saúde	Nº Equipes APS	CS/UBS	EM	ERD	eAP20H	eAP30H	eSF40H	ACS	eSB Tipo I	eSB Tipo II	LRPD	CEO (Reg/Mun)	eSB Modalidade 1 e 2 - Quilombola/ Assentados
São José do Cerrito	8.708	0	3	2	2	0	1	0	2	18	2	0	0	0	0
Urubici	10.834	0	6	5	2	1	0	1	5	28	2	0	1	0	0
Urupema	2.656	0	1	1	1	0	0	0	1	6	1	0	0	0	0

Fonte: Cieges, 2024.

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

Na Macrorregião da Serra, o município de Lages tem unidade prisional instalada em seu território, tem adesão à política, no entanto, não possui equipe de Atenção Primária Prisional credenciada.

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

Na Macrorregião da Serra, o município de Lages tem unidade socioeducativa no território, mas não implantou a PNAISARI.

4.4.3 Serviços Especializados

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

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

4.4.3.1. Terapia Renal substitutiva

A Terapia Renal Substitutiva (TRS) é essencial para pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em estágio avançado, oferecendo modalidades como hemodiálise e

diálise peritoneal. Essas intervenções visam substituir a função renal perdida, garantindo a sobrevivência e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. No contexto do SUS, a organização e financiamento desses serviços seguem diretrizes específicas, incluindo incrementos estaduais para o atendimento pré-dialítico e realização de procedimentos relacionados, como confecção de fístulas arteriovenosas (SES, 2021).

São referências para a Serra Catarinense no tratamento de pacientes renais crônicos: Hemoser Luzerna, Clínica Hemodiálise de Curitibanos, Clínica Hemodiálise de Videira, Hospital São Francisco (Concórdia), Centro de Terapia Renal SC (Lages), Clínica do Rim e Hipertensão (Lages).

4.4.3.2. Oncologia

A Macrorregião Serra Catarinense tem como referência para tratamento de pacientes oncológicos o Hospital e Maternidade Tereza Ramos (Lages). O Hospital dispõe de Unidades Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, com serviço de radioterapia.

O serviço do UNACON é referência também para a Região Alto Vale do Rio do Peixe no serviço de radioterapia.

4.4.3.3. Hematologia

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

4.4.3.4 Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual

A Macrorregião da Serra Catarinense possui dois serviços dedicados à pessoa em situação de violência sexual, o Centro de Estudos e Assistência à Saúde da Mulher (CEASM, Lages) - classificações: Código 165 - Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual e 007 - Atenção Ambulatório à Pessoa em Situação de Violência Sexual, e o Hospital e Maternidade Tereza Ramos (Lages) - classificações Código

165 - Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual e 001 - Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual.

O serviço que presta serviço especializado de atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei e é referência para a Macrorregião Serra Catarinense é o Hospital Santo Antônio, de Blumenau.

Quadro 53: Serviço especializado: Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual - Código 165: Atenção às pessoas em situação de violência sexual

Região de Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde	Código/ Classificação
Serra Catarinense	Lages	Centro de Estudos e Assistência à Saúde da Mulher (CEASM)	165 - 007
Serra Catarinense	Lages	Hospital e Maternidade Tereza Ramos	165 - 001

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

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

Classificação 008 - Coleta de Vestígios de Violência Sexual

Fonte: CNES-09/2022

Quadro 54: Serviço especializado: Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual - Classificação 006: Atenção a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei

Estabelecimento de Saúde/Serviço Especializado	Referência macrorregião PDR/SC-2018	Região de saúde
Hospital Santo Antônio R. Itajaí, 545 - Vorstadt, Blumenau-SC (47) 3231 4000 (47) 3231 4001 sauda@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.

4.4.3.5 Sobre peso e Obesidade

A Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave referência para a Macrorregião Serra Catarinense é o Hospital e Maternidade Tereza Ramos, sendo referência ainda para as Regiões de Saúde do Alto Uruguai Catarinense e do Meio Oeste.

4.4.3.6 Doenças Raras

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

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

4.4.4 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Alta Complexidade Hospitalar

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

- Hospital Nossa Senhora dos Prazeres (HNSP)

O HNSP é referência em alta complexidade em cardiologia intervencionista, cirurgia cardiovascular, neurocirurgia adulto, e traumato-ortopedia.

É também referência em procedimento neuro-endovascular para a Serra Catarinense, Meio Oeste, Alto Uruguai e Alto Vale do Rio do Peixe. Conta também com unidade especializada para tratamento de AVC.

Além da alta complexidade, atua ainda nas especialidades: cirurgia geral, pneumologia, urologia, buco maxilo facial, vascular, gastroenterologia e cardiologia. Tem atendimento de porta de entrada de urgência e emergência.

- Hospital e Maternidade Tereza Ramos (HMTR)

O HMTR é referência em alta complexidade em oncologia e bariátrica. Realiza a prestação de serviços na área da obstetrícia, sendo referência em gestação de alto risco. É reconhecido como Hospital Amigo da Criança e possui banco de leite.

Dispõe de UTI adulto e neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários e Convencionais (UCINCO) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA), além de leitos clínicos.

Possui um centro de referência em cirurgia bariátrica, oferecendo tratamento especializado para pacientes em condição de obesidade. Atua também como Unidade

de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), oferecendo cirurgias oncológicas, quimioterapia, radioterapia e consultas.

Outras habilitações: tratamento da AIDS; Hospital Dia da AIDS; UTI neonatal tipo II; UTI adulto tipo II; terapia nutricional; terapia enteral e parenteral; UNACON; UNACON com radioterapia; cuidados prolongados de enfermidades oncológicas; Casa da Gestante, bebê e puérpera; reconstrução mamária pós mastectomia; videocirurgias.

- Hospital Seara do Bem Materno e Infantil (HSBMI)

É referência em pediatria e em alta complexidade em traumato-ortopedia e terapia nutricional enteral e parenteral.

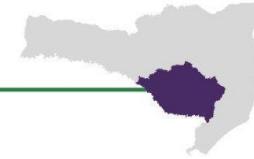
O serviço de atendimento em saúde mental é referência para todo o Estado. Tem atendimento de porta de entrada de emergência tipo II, além de possuir UTI neonatal tipo II e UTI pediátrica tipo II.

4.4.5 Número e tipo de Leitos Hospitalares

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

Quadro 55: Quantitativo de leito por tipo - Estabelecimentos de pequeno porte

Macrorregião Serra Catarinense	Hospital Santa Clara	Hospital De Car. Coração De Jesus	Hospital Faustino Riscarolli	Hospital Frei Rogério	Hospital Nossa Senhora Das Graças	Hospital Nossa Senhora Do Patrocínio	Hospital São José De Urubici	Total da Macrorregião
Tipo de Leitos	CNES: 2300486 SUS	CNES: 2300516 SUS	CNES: 2300478 SUS	CNES: 2300435 SUS	CNES: 2665085 SUS	CNES: 2691477 SUS	CNES: 2300885 SUS	SUS
Cirúrgico (por especialidade)								
Cirurgia geral	10	4	-	-	10	10	10	44
Buco maxilo facial	-	2	-	-	-	-	-	2
Ginecologia	-	5	-	-	5	-	-	10
Ortopedia Traum	-	6	-	-	-	-	9	15
Clínicos (por especialidade)								
Crônicos	-	15	-	-	-	-	15	30
Psiquiatria	-	1	-	20	20	-	-	41
Clínica geral	40	14	19	28	9	9	8	127
Obstétrico								
Obst. Clínica	-	3	-	1	-	1	2	7
Obst. Cirúrgica	-	3	-	-	-	-	-	3
Pediátrico								
Ped. Clínico	-	3	-	1	-	7	2	13



Macrorregião Serra Catarinense	Hospital Santa Clara	Hospital De Car. Coração De Jesus	Hospital Faustino Riscarolli	Hospital Frei Rogério	Hospital Nossa Senhora Das Graças	Hospital Nossa Senhora Do Patrocínio	Hospital São José De Urubici	Total da Macrorregião
Ped. Cirúrgico	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: CNES, 2024

Quadro 56: Quantitativo de leito por tipo - Estabelecimentos de médio porte

Macrorregião Serra Catarinense	Hosp. N Sra dos Prazeres	Hosp. e Mat. Tereza Ramos	Total da Macrorregião - Adulto	Hosp. Seara do Bem Materno Infantil	Total da Macrorregião - Infantil
Tipo de Leitos	CNES: 2504316 SUS	CNES: 2504332 SUS		CNES: 2662914 SUS	
Cirúrgico (por especialidade)					
Cirurgia geral	11	5	16	-	16
Buco maxilo facial	1	-	1	1	2
Cardiologia	4	-	4	-	4
Gastro.	2	2	4	-	4
Ginecologia	-	1	1	-	1
Nefro uro.	2	3	5	-	5
Neurocirurgia	9	-	9	1	10
Ortopedia traum.	19	-	19	2	2
Oftalmologia	-	-	-	1	1
Otorrino.	-	-	-	2	2
Endocrinologia	-	1	1	-	-
Oncologia	-	5	5	-	-
Plástica	-	2	2	-	-
Queimado adulto	-	4	4	-	-
Torácica	-	1	1	-	-
Clínicos (por especialidade)					
Oncologia	-	40	40	-	-
Neurologia	12	-	12	1	1
Cardiologia	4	10	14	-	-
Clínica geral	6	76	82	11	11
Nefro uro.	2	10	12	-	-
Pneumologia	1	20	21	-	-
Neonatologia	-	4	4	1	1
Infectologia	-	5	5	-	-
Hematologia	-	3	3	-	-
Queimado adulto	-	8	8	-	-
Saúde mental	-	-	-	10	10
Obstétrico					
Obst. Clínica	-	28	28	-	-
Obst. Cirúrgica	-	8	8	-	-
Pediátrico					
Ped. clínica	-	-	-	13	13
Ped. cirúrgica	-	-	-	9	9
Complementar					
UTI Adulto Tipo II	10	37	47	-	-
UTI Neonatal Tipo II	-	12	-	8	20
UTI Pediátrica Tipo II	-	-	-	7	7
UTI Unidade ISO. Tipo II	2	-	2	3	3
UCINCA	-	4	-	-	4
UCINCO	-	6	-	-	6

Fonte: CNES, 2024

4.4.6 Número de Equipamentos Por Região de Saúde

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

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

Quadro 57 - Nº de Equipamentos - Macrorregião de Saúde Serra Catarinense

Equipamentos	Região de Saúde Serra Catarinense		
	Quantidade	SUS	Não SUS
Gama Câmara	19	16	1
Mamógrafo com Comando Simples	6	4	2
Mamógrafo com Estereotaxia	1	1	0
Raio X até 100mA	9	5	3
Raio X de 100 a 500 mA	30	18	5
Raio X mais de 500mA	6	5	0
Raio X Dentário	149	12	120
Raio X com Fluoroscopia	5	3	1
Raio X para Densitometria Óssea	5	4	1
Raio X para Hemodinâmica	2	2	0
Tomógrafo Computadorizado	10	10	1
Ressonância Magnética	7	5	2
Ultrassom Doppler Colorido	45	22	13
Ultrassom Ecógrafo	24	14	4
Ultrassom Convencional	42	26	13
Processadora de filme exclusiva para mamografia	6	4	2

Equipamentos	Região de Saúde Serra Catarinense		
	Quantidade	SUS	Não SUS
Mamografo computadorizado	4	2	2
PET/CT	0	0	0
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	130	8	19
Grupo Gerador	6	5	1
Usina de Oxigênio	2	2	0
Endoscópio das Vias Respiratórias	18	12	2
Endoscópio das Vias Urinárias	6	4	1
Endoscópio Digestivo	21	15	2
Equipamentos para Optometria	22	3	2
Laparoscópio/Vídeo	4	4	0
Microscópio Cirúrgico	8	5	1
Cadeira Oftalmológica	20	2	2
Coluna Oftalmológica	18	2	2
Refrator	19	3	2
Lensômetro	6	2	2
Projetor ou Tabela de Optotipos	17	1	2
Retinoscópio	17	1	2
Oftalmoscópio	24	7	2
Ceratômetro	6	2	2
Tonômetro de Aplanação	20	3	2
Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	18	2	2
Campímetro	2	0	1
Eletrocardiógrafo	88	39	12
Eletroencefalógrafo	15	10	4
Bomba/Balão Intra-Aórtico	2	2	0
Bomba de Infusão	487	13	5
Berço Aquecido	38	9	3
Bilirrubinômetro	0	1	0
Debitômetro	8	2	0

Equipamentos	Região de Saúde Serra Catarinense		
	Quantidade	SUS	Não SUS
Desfibrilador	84	27	11
Equipamento de Fototerapia	28	6	2
Incubadora	49	11	2
Marcapasso Temporário	14	8	3
Monitor de ECG	121	16	11
Monitor de Pressão Invasivo	39	3	3
Monitor de Pressão Não-Invasivo	63	13	8
Reanimador Pulmonar/AMBU	246	27	13
Respirador/Ventilador	120	15	4
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	43	5	14
Aparelho de Eletroestimulação	60	12	12
Bomba de Infusão de Hemoderivados	1	2	0
Equipamentos de Aférese	0	0	0
Equipamento para Audiometria	0	0	0
Equipamento de Circulação Extracorpórea	2	2	0
Equipamento para Hemodiálise	63	4	0
Forno de Bier	11	5	4
Equipo Odontológico Completo	411	87	187
Compressor Odontológico	52	20	26
Fotopolimerizador	78	14	27
Caneta de Alta Rotação	78	13	26
Caneta de Baixa Rotação	76	13	24
Amalgamador	31	9	15
Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	57	13	23
Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	4	3	1
Emissões Otoacústicas Evocadas por Prod. de Dist	2	1	1
Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encef Autom	1	0	1
Pot Evocado Aud Tronco Encef. Curta, Média e Longa	1	0	1
Audiômetro de um Canal	3	0	3
Audiômetro de dois Canal	6	2	2

Equipamentos	Região de Saúde Serra Catarinense		
	Quantidade	SUS	Não SUS
Imitanciômetro	1	1	0
Imitanciômetro Multifrequencial	1	0	1
Cabine Acustica	7	0	6
Sistema DE Campo Livre	2	0	2
Sistema Completo de reforço Visual (VRA)	1	0	1
Ganho de Inserção	0	0	0
HI-PRO	2	0	2
Total	3150	644	679

Fonte: CNES, 2024

4.4.7 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

A Central Estadual de Regulação Ambulatorial - CERA (Porte V com população superior a 6.000.000 habitantes), regula o acesso às unidades sob gestão estadual, por meio do Sistema Nacional de Regulação do Ministério da Saúde (MS). A disponibilização do acesso aos serviços destes prestadores aos 295 Municípios do estado é estabelecida em consonância com as cotas da Programação Pactuada Integrada - PPI da Assistência Ambulatorial e dos Termos de Garantia de Acesso de Alta Complexidade. No entanto, a partir da Deliberação nº 139/CIB/22, foi aprovada a ação de ampliação do acesso à oferta de consultas especializadas dos serviços

próprios e contratualizados, junto à gestão estadual, para todos os municípios da Região de Saúde dos prestadores ou Macrorregião, nos casos em que seja identificada oferta de serviços ociosa, com objetivo de atender as demandas reprimidas.

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

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

- Centrais de Regulação de Cirurgias Eletivas

O Estado de Santa Catarina conta com oito Centrais de Regulação de Cirurgias Eletivas distribuídas pelas 8 Macrorregiões do Estado, sendo elas: Foz, Grande Florianópolis, Grande Oeste, Meio Oeste, Norte e Nordeste, Serra, Sul e Vale.

- Centrais de Regulação de Internações Hospitalares - CRIHMR

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

- Central de Regulação das Urgências - CRU

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

A Central de Regulação de Urgência – CRU, é o local onde chegam todos os chamados de urgência e emergência da população, que liga para o telefone 192. A CRU conta com uma estrutura organizacional constituída por profissionais capacitados em regulação dos chamados telefônicos, que demandam orientação por meio da classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência.

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

4.4.8 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 58: Capacidade instalada USBs SAMU

Município	CNES	Nomenclatura	Nº de Unidades
Lages	9019847	USB 01	1
Lages	7240872	USB 07	1
São Joaquim	9094393	USB 02	1
Campo Belo do Sul	7668074	USB 04	1
Otacílio Costa	6991505	USB 03	1
Bocaina do Sul	7016816	USB 06	1
São José do Cerrito	7990642	USB 08	1
Bom Retiro	6991513	USB 05	1
Urubici	4380487	USB 09	1
Correia Pinto	Em implantação		1
Rio Rufino	Em implantação		1

Fonte: SES, 2024.

Quadro 59: Capacidade instalada de USAs e SCIH - Inter Hospitalar

Município	CNES	Nomenclatura	Nº de Unidades
Lages	7229631	USA01	1
Lages	4047680	SCIH04	1
São Joaquim	7229666	USA02	1

Fonte: SES, 2024.

Quadro 60: Capacidade instalada de serviço aeromédico

Município	Nomenclatura	Nº de Unidades
Lages	Arcanjo	1

Fonte: SES, 2024.

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

- 08 ambulâncias ECHO (modelos 2021/2022);
- 01 veículo SPIN (modelo 2013/2014);
- 04 SUVs Duster (modelos 2022/2023).

4.4.9 Hospitais Próprios, Contratualizados e Conveniados

Na Macrorregião Serra Catarinense temos 6 (seis) 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 61: Hospitais Contratualizados

Hospitais Contratualizados	
HOSPITAL	MUNICÍPIO
Hospital Frei Rogério - CNES 2300435	Anita Garibaldi
Hospital Nossa Senhora das Graças - CNES 2665085	Bom Retiro
Hospital Nossa Senhora do Patrocínio - CNES 2691477	Campo Belo do Sul
Hospital Santa Clara - CNES 2300486	Otacílio Costa
Hospital de Caridade Coração de Jesus - CNES 2300516	São Joaquim
Hospital São José de Urubici - CNES 2300885	Urubici
Total	06

Fonte: SES, 2024.

Quadro 62: Hospitais Próprios

Hospitais Próprios	
HOSPITAL	MUNICÍPIO
Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos - CNES 2504332	Lages
Total	01

Fonte: SES, 2024.

Quadro 63: Hospitais com Convênios da SES

Hospitais com Convênio com a SES	
HOSPITAL	MUNICÍPIO
Hospital Nossa Senhora dos Prazeres - CNES 2504316	Lages
Hospital Seara do Bem Materno Infantil - CNES 2662914	Lages
Total	02

Fonte: SES, 2024.

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

4.4.10 Redes de Atenção à Saúde - RAS

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

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

4.4.10.1 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 64: 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.

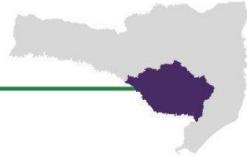
A Deliberação CIB nº 121, de 27 de março de 2025, aprovou a Rede Alyne/Rede materno-Infantil como tema prioritário para a modelagem da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nas Macrorregiões de Saúde. Essa definição estratégica reafirma o compromisso com a equidade e a integralidade no cuidado materno-infantil, estabelecendo diretrizes específicas para que as oficinas do PRI, que foram realizadas ao longo de abril e maio de 2025, fossem conduzidas no âmbito das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e, quando pertinente, das CIRs ampliadas.

A oficina na Macrorregião de saúde da Serra Catarinense aconteceu no Município de Lages em 29/04/2025, consolidando os debates regionais que possibilitou a construção coletiva desse processo, resultando na Deliberação CIB nº 228/2025. Ela aprovou o Plano de Ação Estadual da Rede Materno-Infantil, formalizando as diretrizes pactuadas e fortalecendo a organização da atenção à saúde no estado.

- Capacidade instalada

Quadro 65: Rede Alyne Serra Catarinense

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)	Serra Catarinense	Lages	2504332	Hospital e Maternidade Tereza Ramos	-	9	-	
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO)	Serra Catarinense	Lages	2504332	Hospital e Maternidade Tereza Ramos	7	6	-	
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA)	Serra Catarinense	Lages	2504332	Hospital e Maternidade Tereza Ramos	4	4	-	
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Tipo II) - UTIN II	Serra Catarinense	Lages	2662914	Hospital Seara do Bem Materno e Infantil	8	8	8	
		Lages	2504332	Hospital e Maternidade Tereza Ramos	12	12	-	
Leitos Obstétricos	Serra Catarinense	Lages	2504332	Hospital e Maternidade Tereza Ramos	35	35	-	
		São Joaquim	2300516	Hospital de Caridade Coração de Jesus	9	6	-	
		Urubici	2300885	Hospital São José De Urubici	2	2	-	
		Anita Garibaldi	2300435	Hospital Frei Rogério	1	1	-	
		Campo Belo Do Sul	2691477	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio	1	1	-	
CASA DE GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA - CGBP	Serra Catarinense	Lages	2504332	Hospital e Maternidade Tereza Ramos	-	-	-	
CENTRO DE PARTO NORMAL - CPN	-	-	-	-	-	-	-	



Servico de Atencao ao Pre-Natal, Parto e Nascimento - Centro de Parto Normal	Serra Catarinense	São Joaquim	2300516	Hospital de Caridade Coração de Jesus				
		Lages	2504332	Hospital E Maternidade Tereza Ramos				
Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco		-	-	-	-	-	-	-
Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança A-Seg		-	-	-	-	-	-	-

Fonte: CNES, 2024.

- **Triagem Neonatal**

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

Quadro 66: Números da triagem neonatal em 2024

Total de coletas realizadas	243
Total de bebês	231
Total de coletas inadequadas	7
Tempo de transporte de amostra	3
Total de pontos de coleta	21

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.

Analizando 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.

4.4.10.2 Rede de Atenção Psicossocial

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

A seguir, realizamos uma análise da capacidade instalada dos serviços especializados em saúde mental no estado de Santa Catarina, bem como dos vazios assistenciais que existem nesse contexto. Nosso objetivo é identificar oportunidades

para a ampliação da rede de atendimento, de modo a garantir que as necessidades de atenção à saúde mental dos cidadãos catarinenses sejam efetivamente atendidas. Essa avaliação visa promover uma compreensão mais abrangente dos desafios enfrentados e das estratégias necessárias para o fortalecimento da assistência à saúde mental na região.

Quadro 67: Capacidade instalada dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Macrorregião da Serra Catarinense nas modalidades CAPS I, II, III, AD, IJ e AD III.

Macrorregião	Região de Saúde	Município	Tipo de Caps
SERRA	Serra Catarinense	Lages	CAPS II
SERRA	Serra Catarinense	Lages	CAPS Infantil
SERRA	Serra Catarinense	Lages	CAPS AD
SERRA	Serra Catarinense	São Joaquim	CAPS I

Fonte: SES/SC

Apenas dois dos dezoito municípios da Serra têm Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados, conforme tabela acima. A população estimada na macrorregião indica cobertura e distribuição insuficientes desse dispositivo.

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

Como proposta para ampliar a desinstitucionalização, os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) incluem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e as Unidades de Acolhimento (UA). A macrorregião dispõe de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) tipo I (em fase de adequação para tipo II), em Lages, sendo que este município e Bom Retiro são aderentes ao Programa de Volta para Casa (PVC).

De acordo com o último Plano de Ação Regional (PAR), elaborado pela Comissão Intergestores Regional (CIR), identifica-se a necessidade de implantação de mais quatro CAPS I, uma Unidade de Acolhimento adulto e uma Unidade de Acolhimento Infantojuvenil. Além disso, é sugerida a habilitação dos CAPS I microrregionais: um para Ponte Alta e Correia Pinto; um para Urubici e Bom Retiro; um para Otacílio Costa e Palmeira (Otacílio Costa tem população para CAPS I) e um

para Campo Belo do Sul, Capão Alto e Cerro Negro. É sugerida ainda a qualificação do CAPS AD para a modalidade AD III, no município de Lages.

A escassez de cobertura na Serra para atendimento aos usuários com sofrimento intenso devido a transtornos mentais moderados e graves ou ao uso prejudicial de álcool e drogas, acaba por sobrecarregar a Atenção Primária, além de ocasionar um volume crescente de internações, precarizando o processo de cuidado em saúde mental.

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

Quadro 68: Leitos de saúde mental

Município	Estabelecimento	Leito 87 MS	PVH Adulto	PVH Infantil	Total Regulação SC
Anita Garibaldi	Hospital Frei Rogério	não habilitado	20	0	20
Bom Retiro	Hospital Nossa Senhora das Graças	não habilitado	10	10	20
Lages	Hospital Infantil Seara do Bem	não habilitado	0	10	10
Total		0	30	20	50

Fonte: SES/SC

Os cinquenta leitos de saúde mental da macrorregião são habilitados pelo Programa de Valorização dos Hospitais (PVH), uma iniciativa do estado de Santa Catarina para ampliar o acesso da população aos serviços especializados. Nenhum leito é habilitado pelo Ministério da Saúde. Trinta são leitos adulto e vinte são voltados para a população infantojuvenil.

Os dezoito municípios da Serra abrangem uma área de 16.085 km². Os dados das internações de residentes da Serra Catarinense, para tratamento devido a transtornos mentais e comportamentais, apresentados no último Plano de Ação Regional (PAR), indicam utilização hospitalar em outras localidades. A expansão de leitos de saúde mental na macrorregião é essencial para garantir o cuidado mais próximo ao território dos usuários. A ampliação dos leitos não só facilita o acesso aos serviços, como 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.

4.4.10.3 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 69. Componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência. Santa Catarina, 2024.

Município	CNES	Estabelecimento	Componente habilitado	Componente habilitado	Leitos Habilidos MS	Leitos qualificados MS
					Quantidade	Quantidade
Lages	2504316	Sociedade Mae da Divina Providência - Hospital Nossa Senhora dos Prazeres	Porta de Entrada Tipo II	UTI Adulto Tipo II	10	8
				Leitos Avc	12	-
Lages	2662914	Hospital Infantil Seara do Bem	Porta de Entrada Tipo II	UTI Pediátrica Tipo II	7	4
São Joaquim	2300516	Hospital de Caridade Coração de Jesus	Porta de Entrada Tipo Geral	Cuidados Prolongados	15	-
Lages	2504332	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos	Não se Aplica	UTI Adulto Tipo II	37	17
Urubici	2300516	Hospital São José de Urubici	Não se Aplica	Cuidados Prolongados	15	-

Fonte: SES/SC, 2024

4.4.11 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 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 (RENEME), que estabelece diretrizes mais amplas.

Entre os benefícios da disponibilização de uma REREME podem ser citados: promoção de maior eficiência no uso de recursos públicos, facilitação da programação

e da aquisição de medicamentos, redução das desigualdades regionais no acesso a tratamentos e estimulação do uso racional de medicamentos, além de racionalizar o uso do recurso público facilitando a compra compartilhada.

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

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

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

4.5.1. Fluxos e Protocolos de Acessos e Regulação

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

- Fluxos de Acesso da Regulação Ambulatorial

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

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

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

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

Todos deliberações e fluxos estão disponíveis na página da SES: www.saude.sc.gov.br
(HOME REGULAÇÃO - SUR, DELIBERAÇÕES)
(<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/regulacao/deliberacao-da-regulacao2?highlight=WyJyZWd1bGFcdTAwZTdcdTAWZTNvliwicmVndWxhciJd>).

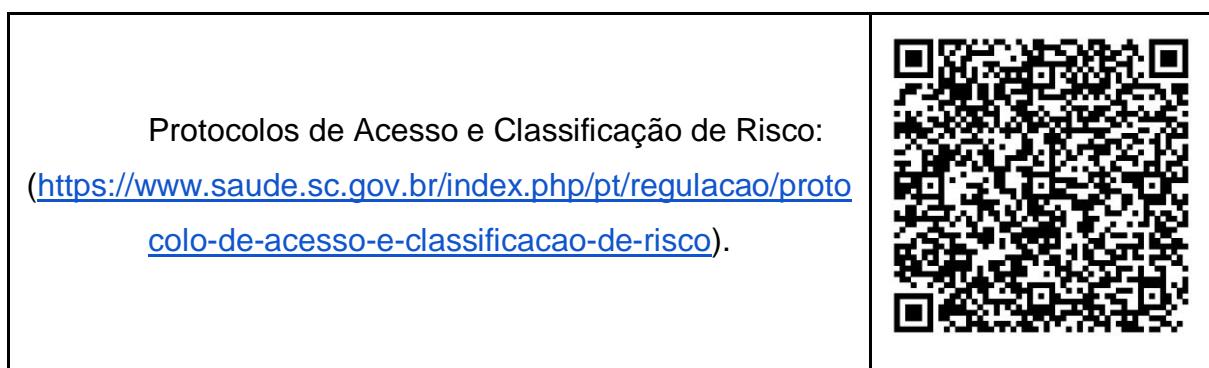


- Mapa de Atendimentos Ambulatorial da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA), o documento na íntegra e atualizado está no anexo V.

Os Protocolos de Acesso e de Regulação Ambulatoriais são construídos com base nos protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Na ausência destes, utilizam-se os protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou aqueles formulados com base na medicina baseada em evidências.

Eles são compostos por duas partes, uma voltada para a Assistência, com orientações de como o profissional assistente deverá encaminhar o paciente para a especialidade e a outra, voltada para os médicos reguladores, que indica ao profissional como classificar o risco referente aos casos encaminhados pela Assistência, sendo ambas as partes complementares e em constante processo de revisão.

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



- 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, retificada 05/09/2024, disponível no site www.saude.sc.gov.br, no menu “Profissionais de Saúde”, submenu “Regulação”, acesso em:
<https://antigo.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/delicoes-cib/delicoes-2018-cib/12413-delicao-066-cib-18/file>



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

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



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

- Fluxo de Regulação de Internação Hospitalar

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

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

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

<p>Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares: https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/regulacao/cerih</p>	
---	--

4.5.2. Linhas de cuidado

As Linhas de Cuidado caracterizam-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Também viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando a continuidade assistencial.

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 70: 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 160CIB/2022
Linha de cuidado Materno Infantil	DELIBERAÇÃO 286/CIB/18
Linha de cuidado à pessoa com Sobre peso 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.

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

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

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

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

Quadro 71: Unidades habilitadas para o atendimento ambulatorial especializado em DRC.

Região de Saúde	Municípios	Estabelecimentos	1506 Unidade de Atenção Especializada em DRC nos estágios 4 e 5 (Pré-Dialítico)
Serra Catarinense	Lages	9438653 Clínica do Rim e Hipertensão	01

Fonte: GEARS/SPS/SES, 2021.

Em relação ao Fluxo de Atendimentos na Linha de Cuidado da Pessoa com DRC na Atenção Ambulatorial Especializada, na Serra Catarinense há duas clínicas,

sendo o Centro de Terapia Renal (CNES 2543028) e a Clínica do Rim e Hipertensão (CNES 9438653).

Quadro 72: Fluxo de Atendimentos na Linha de Cuidado da Pessoa com DRC na Atenção Ambulatorial Especializada.

Estimativa Anual de incidência		
	Estágio 4	Estágio 5
Centro de Terapia Renal SC Ltda		
Clínica do Rim e Hipertensão	211	30

Fonte: GEARS/SPS/SES, 2021.

Quadro 73: - Referência por Unidade que Aceitou Fazer parte da Linha de Cuidado a Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos Estágios 3, 4 e 5 (mesmo não habilitada).

CNES	Estabelecimento	Município	Macrorregião	Estágio 4	Estágio 5
9438653	Clínica do Rim e Hipertensão	Lages	Serra Catarinense	106	15
2543028		Lages	Serra Catarinense	106	15

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.

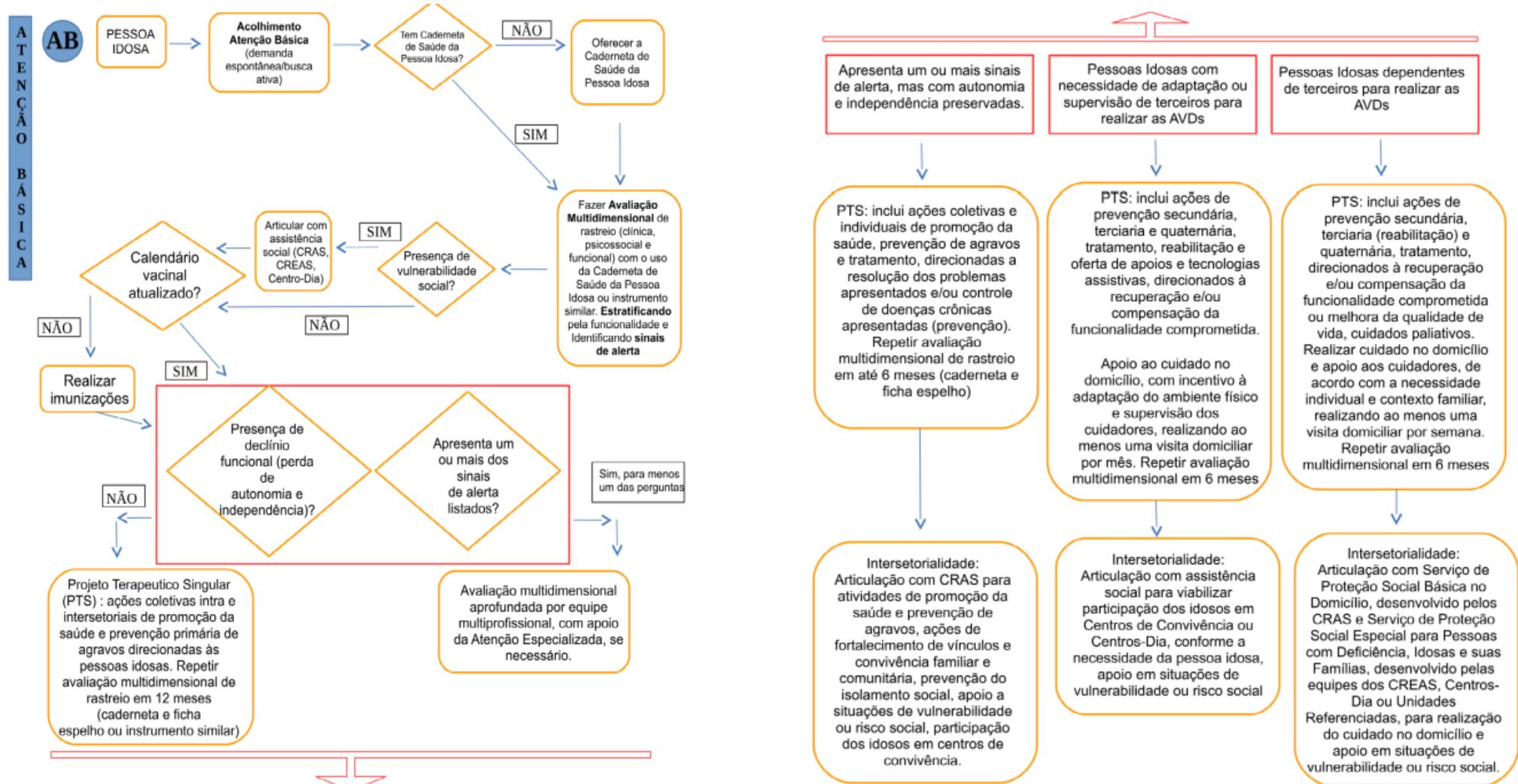
Objetivo: Reorganização de fluxos e serviços.

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 24: Fluxograma de acesso da Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa

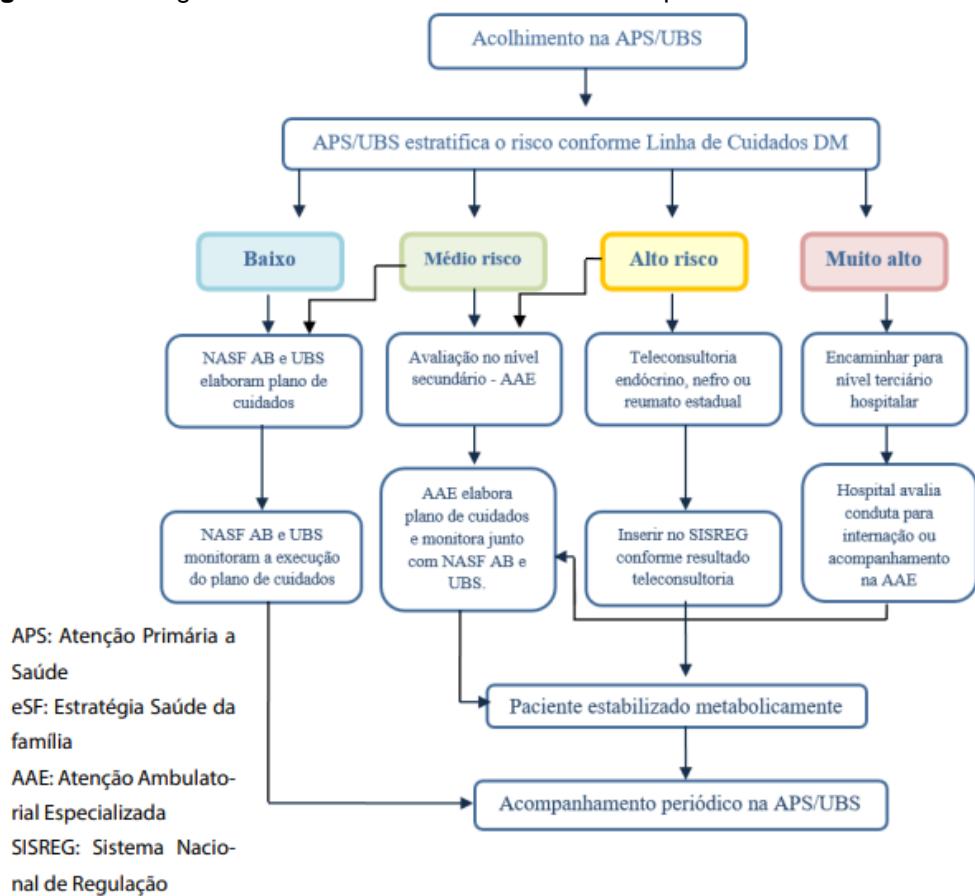


Fonte: SES, 2024.

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

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

Figura 25: Fluxograma de acesso da Linha de Cuidado à pessoas com Diabete Mellitus



Fonte: SES, 2024.

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

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

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 Sobre peso 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

Quadro 74: Deliberações CIB referentes aos fluxos e acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial
 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 75: Deliberações CIB referentes aos fluxos e acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial

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

Fonte: SES, 2024.

Legenda:

eSF-Equipe da estratégia Saúde da Família
 eSB-Equipe de Saúde Bucal

PNAISP-Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional CAPS-Centro de Atenção Psicossocial

LRDP-Laboratório Regional de Prótese Dentária

CEO-Centro de Especialidades Odontológicas

PROCIS-Programa Catarinense de Inclusão Social Descentralizado.

A Deliberação 121/CIB/2024 aprova o Termo de Adesão do Estado de Santa Catarina ao projeto "A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde", intitulado PlanificaSUS, por meio do 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. Além disso, aprova a continuidade e a implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde, proposta pelo CONASS, nas Macrorregiões (Foz do Rio Itajaí e Serra Catarinense), que participaram do PlanificaSUS nas Fases I (2018-2020) e II (2021-2023), com expansão no triênio 2024-2026 para o desenvolvimento de um piloto em Saúde Mental na APS, visando apoiar a gestão estadual e municipal na organização da linha de cuidado dessa área, utilizando a metodologia da Planificação de Atenção à Saúde (PAS).

<p>Todas as Linhas de cuidado estão disponíveis na página da SES:</p> <p>https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/linhas-de-cuidado</p>	
--	---

4.5.3 Fluxos do Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

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

O benefício consiste em disponibilizar o deslocamento e ajuda de custo para pacientes (e acompanhante, se necessário) atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS que necessitem de assistência ambulatorial e hospitalar cujo procedimento seja de média ou alta complexidade. O TFD só será

autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do próprio município/região e/ou Estado; e quando houver garantia de atendimento pelo SUS no município de referência, com horário e data definidos previamente.

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

O Manual também está disponível na página da SES, www.saude.sc.gov.br, no menu Profissionais de Saúde, sub menu Regulação, item TFD: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/tfd-tratamento-fora-de-domicilio>.

<p>O Manual também está disponível na página da SES (www.saude.sc.gov.br), no menu “Profissionais de Saúde”, sub menu “Regulação”, item TFD: https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/regulacao/tratamento-fora-do-domicilio-tfd</p>	
---	--

- Fluxo TFD Intraestadual

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 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 do processo ficar 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.

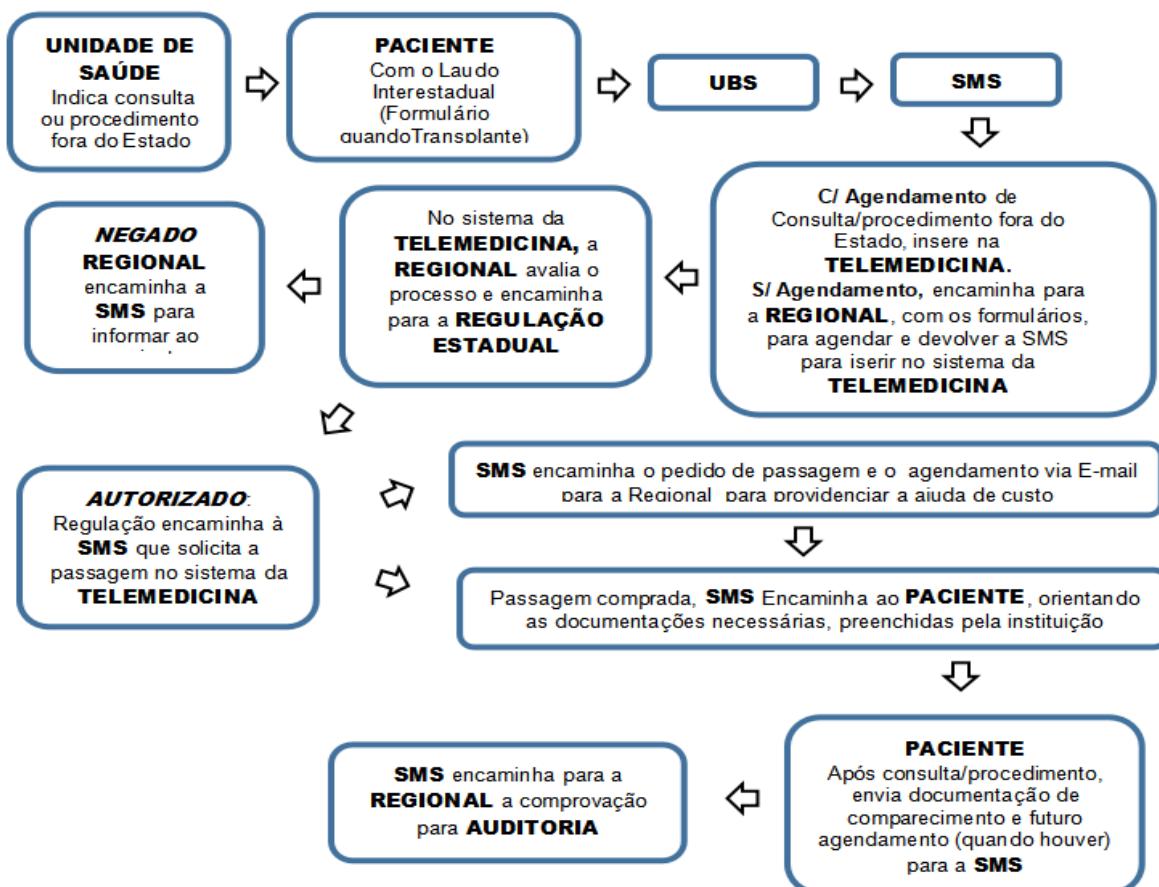
Para os casos de inclusão na CNRAC, o processo deverá seguir as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde disponíveis no site

<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.

Figura 26 - Fluxograma TFD Interestadual

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD INTERESTADUAL FLUXOGRAMA



Fonte: DELIBERAÇÃO 136/CIB/2020 - RETIFICADA EM 07/12/23

4.6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

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

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

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

Quadro 76: Macroproblemas Plano Estadual de Saúde- SC 2024-2027

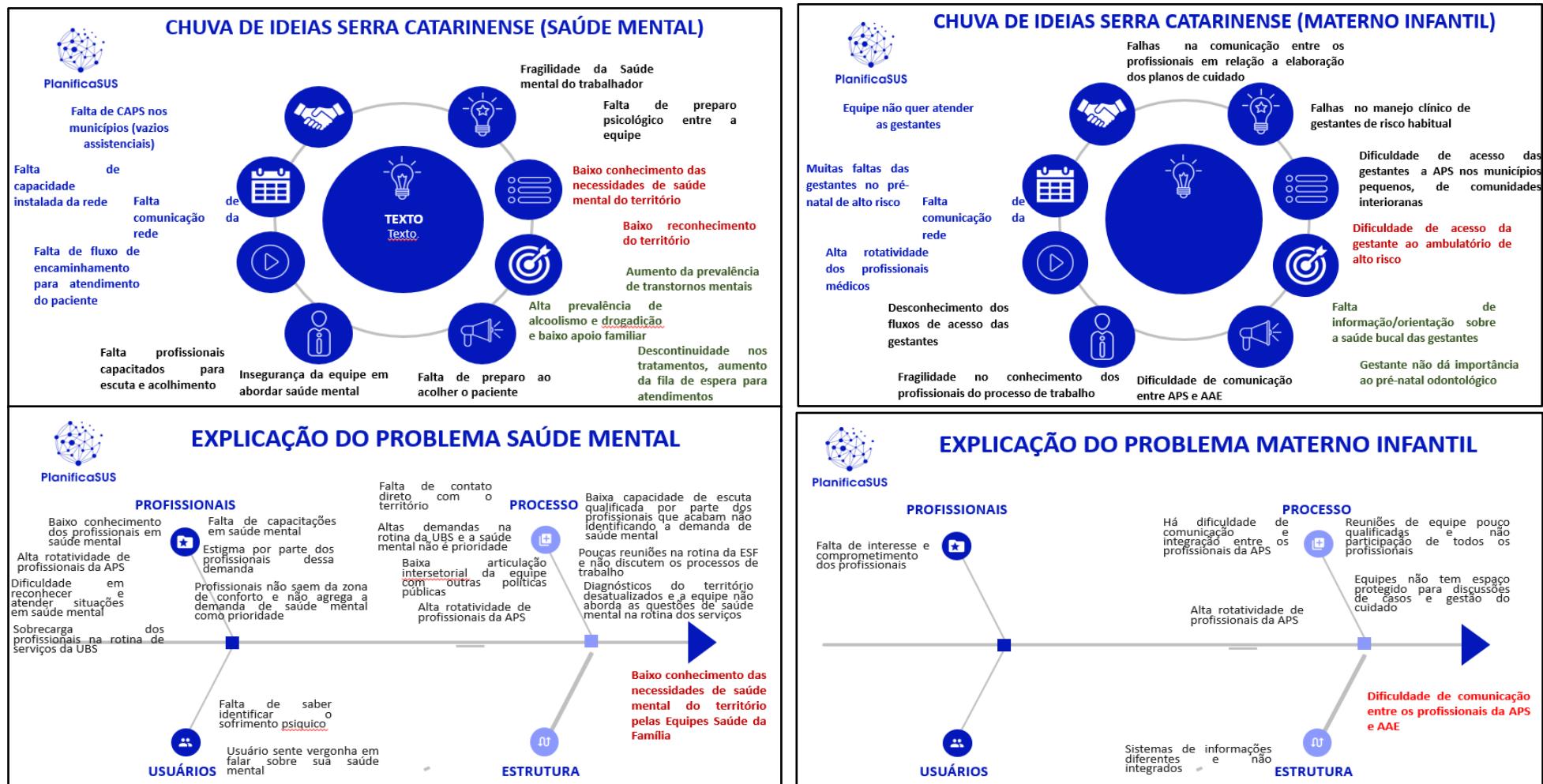
PERSPECTIVAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	MACROPROBLEMAS SC
SOCIEDADE	1. Implementar as políticas de saúde, com especial atenção às populações em situação de vulnerabilidade	1.1. Propiciar o acesso a ações e serviços de saúde, em tempo oportuno, considerando as pessoas em situação de vulnerabilidade.	Iniquidades regionais, sociais e culturais no acesso à saúde
	2. Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população	2.1. Reduzir a taxa de morbimortalidade por causas externas no estado	Elevada morbimortalidade por causas externas
		2.2. Reduzir a incidência e morbimortalidade por arboviroses conforme o perfil epidemiológico do Estado	Aumento de incidência e morbimortalidade por arboviroses
		2.3. Reduzir a incidência e morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT	Aumento de incidência e morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis - dcnt
		2.4. Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis	Aumento de incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis
		2.5. Ampliar a cobertura vacinal	Diminuição da cobertura vacinal
	3. Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério	3.1. Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil	Aumento da taxa de mortalidade materno infantil
PROCESSO	4. Garantir a atenção integral, qualificada e humanizada às pessoas com deficiências e neuro divergentes	4.1. Desenvolver ações para atendimento às pessoas com deficiência e neuro divergentes	Despreparo e oferta insuficiente dos serviços de saúde para o atendimento às pessoas neuro divergentes e com deficiência
	5. Promover a regionalização como forma de concretizar os princípios da equidade, integralidade e universalidade	5.1. Implementar o processo de planejamento regional com base na situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada	Fragilidade no processo de regionalização
		6.1. Aprimorar a Regulação do Acesso à Assistência	Fragilidade na regulação de acesso aos serviços de saúde
		6.2. Qualificar a assistência hospitalar do ponto de vista da estrutura, processo e resultados eficientes	Baixa qualidade na assistência em saúde
		6.3. Promover ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes e condicionantes que impactam na saúde	Insuficiência de ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes sociais que impactam na saúde

PERSPECTIVAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	MACROPROBLEMAS SC
		6.4. Fortalecer e ampliar a Atenção Especializada em Saúde	Baixa qualidade na assistência em saúde
		6.5. Reorganizar os processos de trabalho e articulações intersetoriais das ações de vigilância em saúde de acordo com os determinantes sociais	xxx (análise da situação d e saúde)
		6.6. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e implantar as linhas de cuidado	Fragilidade na ras
		6.7. Qualificar a demanda existente na lista de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas	Fragilidade na regulação de acesso aos serviços de saúde
		6.8. Ampliar as ações de prevenção e promoção da saúde	Ações insuficientes de prevenção e promoção da saúde
		6.9. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial	Política de saúde mental insuficiente
		6.10. Aprimorar a Assistência Farmacêutica no território	Fragilidade na execução da assistência farmacêutica no território catarinense
		6.11. Fortalecer a referência e contrarreferência dos serviços de saúde	Ausência de sistema de referência e contrarreferência
		6.12. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado	Fragilidade da aps nas ações de promoção, de prevenção e de coordenadora do cuidado
		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
		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
GESTÃO	7. Promover a eficiência nos processos organizacionais, por meio de ações estratégicas e inovadoras		

PERSPECTIVAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	MACROPROBLEMAS SC
		7.5. Articular as áreas de planejamento, gestão e licitação de forma a acelerar e qualificar os processos 7.6. Promover a reestruturação física das unidades administrativas e estabelecimentos de saúde da SES	Desarticulação das áreas técnicas com planejamento, gestão de licitação e compras 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 8.2. Reduzir a judicialização em saúde	Fragilidade na política de comunicação 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)
FINANCIERO	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 12.2. Implementar estratégias para captação de recursos	Gestão deficiente na captação, planejamento, alocação e destinação orçamentária para o financiamento das políticas públicas de saúde Insuficiência de recursos

Fonte: PES 2024-2027.

Figura 27: Material Desenvolvido no PROADI - Planifica-SUS



Fonte: Disponibilizado pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde - 2024

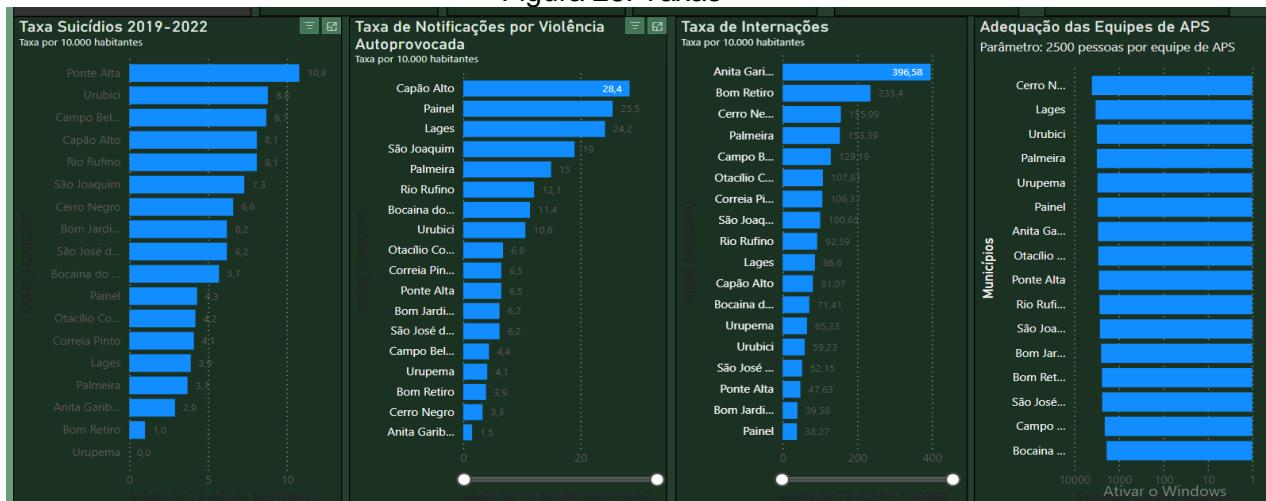
- Identificação de Necessidades no Planifica SUS

Indicadores selecionados para atuação nos ciclo de melhoria do Planifica SUS:

- Taxa de incidência de sífilis congênita
- Taxa de mortalidade por suicídio
- Ambulatório multiprofissional gestação alto risco no Hospital Tereza Ramos
- Dificuldade de comunicação entre os profissionais da APS e AAE.

Os dados que justificam a escolha dos indicadores:

Figura 28: Taxas



Fonte: Disponibilizado pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde - 2024

Figura 29: Dados Sociodemográficos e disponibilidade de serviços de APS

Dados Sociodemográficos e Disponibilidade de Serviços de APS

Região Saúde	Nome do Município	IDHM	IDHM Renda	População Estimada IBGE	Pessoas Cadastradas	Equipes de APS	Pessoas por Equipe	TX ICSAP/10.000 hab	TI
Serra Catarinense	Anita Garibaldi	0,69	0,83	6783	8778	3	2926	396,58	RuralAdj
Serra Catarinense	Bocaina do Sul	0,65	0,77	3501	3751	2	1876	71,41	RuralAdj
Serra Catarinense	Bom Jardim da Serra	0,70	0,84	4801	4976	2	2488	39,58	RuralAdj
Serra Catarinense	Bom Retiro	0,70	0,87	10153	9561	4	2390	235,40	RuralAdj
Serra Catarinense	Campo Belo do Sul	0,64	0,77	6889	8253	4	2063	129,19	RuralAdj
Serra Catarinense	Capão Alto	0,65	0,80	2467	0	0	0	81,07	RuralAdj
Serra Catarinense	Cerro Negro	0,62	0,83	3013	4022	1	4022	155,99	RuralAdj
Serra Catarinense	Correia Pinto	0,70	0,80	12315	0	0	#DIV/0!	106,37	Urbano
Serra Catarinense	Lages	0,77	0,87	157158	146101	44	3320	86,60	Urbano
Serra Catarinense	Otacílio Costa	0,74	0,84	19201	17356	6	2893	107,81	Urbano
Serra Catarinense	Painel	0,66	0,81	2352	2985	1	2985	38,27	RuralAdj
Serra Catarinense	Palmeira	0,67	0,83	2673	3099	1	3099	153,39	RuralAdj
Total				287549					



Fonte: Disponibilizado pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde - 2024

Municípios com casos de suicídio Lages, São Joaquim, Otacílio Costa, Ponte Alta e São Joaquim.

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 com o levantamento de informações, a definição das prioridades sanitárias para o Plano Regional da Macrorregião pauta-se no Plano Estadual de Saúde 2024-2027, considerando suas diretrizes e objetivos estratégicos e os cenários apresentados por cada Macrorregião. Como mecanismo de priorização, utiliza-se a metodologia da Matriz RUF-V (adaptada) para definir os macroproblemas a serem 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 importantes e urgentes sejam priorizados.

Quadro 77 - Matriz RUF-V Adaptada para identificação de pontos de priorização

Matriz RUF-V Adaptada para identificação de pontos de priorização	
Relevância	Mostra o impacto do problema no quadro social, político e institucional
Urgência	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.
Viabilidade	Considera a existência de capacidade (recursos, informações, estruturas para resolver o problema e a governabilidade (dependência ou não de outros atores) sobre o problema
Todos os critérios pontuam no intervalo entre 0 e 3, da seguinte forma:	
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: https://ensino.ensp.fiocruz.br/MeA/temas/tema3.html	

Fonte: GPLAN, 2024.

Quadro 78 - Matriz RUF-V Adaptada para identificação de pontos de priorização

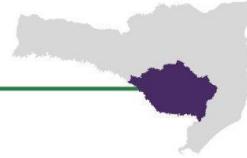
Problemas Consolidados	Relevância	Urgência	Viabilidade	Total
2.1. Reduzir a taxa de morbimortalidade por causas externas no estado	3	3	3	9
2.3. Reduzir a incidência e morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT	3	3	3	9
2.4. Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis	3	2	3	8
2.5. Ampliar a cobertura vacinal	3	2	3	8
3.1. Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil	3	3	3	9
6.6. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e implantar as linhas de cuidado	3	2	2	7
6.9. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial	3	3	3	9
6.11. Fortalecer a referência e contrarreferência dos serviços de saúde	3	1	2	6
6.12. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado	3	1	2	6
7.2. Fortalecer e ampliar as ações de Educação Permanente em Saúde	3	1	2	6
7.6. Promover a reestruturação física das unidades administrativas e estabelecimentos de saúde da SES	3	1	1	5

Fonte: GERSA, 2024.

- Matriz de Macroproblemas Priorizados

Quadro 79: Apresentação dos Macroproblemas elencados pela Macrorregião

MACRORREGIÃO SERRA CATARINENSE			
PERSPECTIVAS	DIRETRIZES	OBJETIVOS	MACROPROBLEMAS
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
SOCIEDADE	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
SOCIEDADE	2. Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população	2.3. Reduzir a incidência e morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT	Aumento de incidência e morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis - dcnt
SOCIEDADE	2. Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população	2.4. Reduzir a incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis	Aumento de incidência e morbimortalidade por doenças transmissíveis
SOCIEDADE	2. Planejar e implementar medidas para a proteção, prevenção e controle de doenças, bem como para a promoção da saúde da população	2.5. Ampliar a cobertura vacinal	Diminuição da cobertura vacinal
SOCIEDADE	3. Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério	3.1. Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil	Aumento da taxa de mortalidade materno infantil
PROCESSO	6. Propiciar à população catarinense, acesso a ações e serviços de saúde, qualificados, no âmbito do SUS	6.9. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial	Política de saúde mental insuficiente



Fonte: Apresentação Prévia do PRI, 2024

Seguem os cenários e propostas de cada macroproblema priorizado pela Macrorregião Serra Catarinense:

MACROPROBLEMA AUMENTO DA TAXA DE MORTALIDADE MATERNO INFANTIL

• Cenário

Aumento da Taxa de Mortalidade Materna: A taxa de mortalidade materna na Macrorregião Serra Catarinense tem sido uma preocupação crescente. Em 2024, essa taxa foi de 53,2 óbitos por 100.000 nascidos vivos, evidenciando as falhas no sistema de saúde no atendimento à gestante, principalmente nas situações de risco. Esse índice reflete a fragilidade do acompanhamento durante a gestação, a falta de infraestrutura e a demora no atendimento adequado às complicações durante o parto e pós-parto. A dificuldade de acesso a serviços de saúde especializados e a insuficiente capacitação dos profissionais da saúde contribuem para esses números elevados, resultando em mortes evitáveis de mulheres em idade fértil.

Aumento da Taxa de Mortalidade Infantil: A taxa de mortalidade infantil também apresenta desafios significativos, com uma média de 10 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2024. Embora essa taxa seja relativamente mais baixa em comparação à taxa materna, ainda representa uma grande preocupação em termos de cuidados neonatais e acesso a serviços de saúde de qualidade. A mortalidade infantil está intimamente relacionada a fatores como prematuridade, complicações no parto, doenças infecciosas e a falta de acompanhamento adequado após o nascimento. O sistema de saúde da região enfrenta dificuldades em oferecer serviços eficazes de cuidado neonatal, especialmente nas áreas mais remotas e com menor acesso a unidades de saúde especializadas.

• Propostas

Para reduzir a taxa de mortalidade materna, é essencial implementar uma série de ações coordenadas e integradas. Primeiramente, deve-se intensificar as medidas de capacitação contínua dos profissionais da atenção básica, garantindo que eles estejam preparados para identificar e tratar complicações desde o início da gestação. Além disso, é necessário promover campanhas informativas e de conscientização

sobre os sinais de alerta durante a gestação e no pós-parto, para que as mulheres busquem atendimento precocemente. A capacitação dos profissionais de urgência e emergência hospitalar para atender complicações de parto e pós-parto também é crucial para evitar óbitos evitáveis. Outra medida importante é garantir o monitoramento e a investigação oportuna dos óbitos maternos, com emissão de relatórios de alerta, para identificar falhas no processo de atendimento e implementar melhorias contínuas nos serviços. Essas ações, coordenadas entre os diferentes níveis de gestão de saúde, têm o potencial de melhorar significativamente a qualidade do atendimento materno e infantil, reduzindo as taxas de mortalidade na região.

MACROPROBLEMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INSUFICIENTE

• Cenário

A política de saúde mental na Macrorregião da Serra Catarinense enfrenta sérias limitações, especialmente devido ao baixo número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento e à insuficiência de recursos e infraestrutura nas unidades existentes. A falta de CAPS devidamente equipados e com equipes qualificadas compromete a oferta de atendimento especializado e contínuo para pessoas com transtornos mentais graves, como dependência química e transtornos psiquiátricos severos. Isso resulta em uma sobrecarga nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que acaba assumindo funções que deveriam ser atendidas pelos CAPS, além de aumentar a demanda por leitos psiquiátricos e internações em hospitais gerais. A escassez de recursos e a falta de serviços especializados comprometem a continuidade e a qualidade do cuidado, prejudicando o acesso ao tratamento adequado e eficaz para os pacientes em sofrimento psíquico.

• Propostas

Para melhorar a política de saúde mental na macrorregião da Serra Catarinense, é necessário adotar um conjunto de medidas que fortaleçam a rede de atenção psicossocial e garantam um atendimento integral e de qualidade. A implementação de novos leitos de saúde mental nas unidades hospitalares é essencial para garantir o atendimento adequado durante as crises, enquanto a

continuidade do tratamento pós-alta, por meio da Atenção Primária à Saúde, é fundamental para evitar recaídas e promover a recuperação dos pacientes. Além disso, é imperativo ampliar o número de CAPS na região, respeitando os critérios técnicos e estruturais necessários para um atendimento eficaz. A capacitação dos profissionais da rede de saúde nas linhas de cuidados prioritários deve ser intensificada, proporcionando ferramentas e conhecimentos essenciais para a prática efetiva na saúde mental. Por fim, a formação de multiplicadores para disseminar o conhecimento adquirido é crucial, criando uma rede de profissionais capacitados para ampliar as qualificações e melhorar a qualidade do atendimento psicossocial na região.

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

- **Cenário**

O aumento da incidência e morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão e diabetes, tem sido uma preocupação crescente na macrorregião Sul. Em relação à hipertensão, a proporção de pessoas com hipertensão que realizam consulta e aferição da pressão arterial no semestre é inferior à desejada, o que compromete o controle da doença e aumenta o risco de complicações graves. Similarmente, a proporção de pessoas com diabetes que têm consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre também está aquém das metas de acompanhamento, impactando diretamente a evolução da doença e sua morbimortalidade. Esses índices refletem lacunas no monitoramento e controle de DCNT, além de evidenciar a necessidade de melhorar a adesão ao tratamento e a regularidade do acompanhamento dessas condições.

- **Propostas**

Para enfrentar esse cenário, a proposta é ampliar o acompanhamento de pacientes com hipertensão e/ou diabetes. Essas metas podem ser alcançadas por meio de ações de educação em saúde, sensibilizando a comunidade sobre a importância do diagnóstico precoce, do controle regular e do seguimento das doenças. A elaboração de estratégias para aumentar a adesão ao tratamento e ao

acompanhamento das DCNT é essencial, como programas de apoio ao paciente e incentivo à mudança de hábitos de vida. Também é necessário promover o acesso regular a consultas médicas com especialistas, garantindo acompanhamento contínuo. Adicionalmente, programas de triagem em pontos estratégicos como escolas e empresas podem ajudar a identificar precocemente casos de hipertensão e diabetes, além de facilitar o acesso da população a cuidados preventivos e de monitoramento.

MACROPROBLEMA AUMENTO DE INCIDÊNCIA E MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

• Cenário

A macrorregião enfrenta um crescimento na incidência e na morbimortalidade por doenças transmissíveis, e com isso evidencia-nos desafios estruturais e operacionais para o fortalecimento da rede de saúde. Dados recentes apontam para o aumento das doenças transmissíveis na população, refletindo possíveis falhas na vigilância epidemiológica, na prevenção e no controle dessas enfermidades.

Imunização, baixa adesão da população a medidas preventivas, contribuem para a disseminação de patologias evitáveis. Além disso, a carência de profissionais capacitados e a fragilidade na integração entre Atenção Primária à Saúde (APS) e vigilância em saúde dificultam a detecção precoce e a intervenção oportuna. A falta de educação em saúde e em saneamento básico em algumas áreas também potencializam os riscos de surtos, sobrecarregando os serviços hospitalares e elevando as taxas de complicações e óbitos.

Esse cenário aponta a necessidade de fortalecer as estratégias de monitoramento, ampliar a cobertura vacinal e melhorar a infraestrutura regional para reduzir o impacto das doenças transmissíveis na saúde pública da Serra Catarinense.

• Proposta

Para enfrentar esse cenário, a proposta é aumentar a taxa de detecção de AIDS e HIV, através de um aumento na testagem precoce e mais acessível, garantindo que mais pessoas possam ser diagnosticadas e tratadas a tempo. Da mesma forma, é fundamental aumentar a taxa de detecção de sífilis em gestantes, o que pode ser

alcançado por meio da ampliação do acesso à testagem e do acompanhamento contínuo nas consultas pré-natais. A implementação de programas de conscientização através das mídias sociais é uma ferramenta poderosa para disseminar informações e mobilizar a população sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce. Além disso, a capacitação dos profissionais da atenção básica e emergências, com ênfase na abordagem sensível e respeitosa às populações vulneráveis, será essencial para melhorar o manejo do HIV e sífilis. Por fim, criar programas de triagem em pontos estratégicos, como escolas, empresas e universidades, pode contribuir para identificar precocemente os casos, promovendo um atendimento mais ágil e eficaz.

MACROPROBLEMA DIMINUIÇÃO DA COBERTURA VACINAL

- **Cenário**

A diminuição da cobertura vacinal é um desafio crescente na macrorregião da serra, refletido na taxa de cobertura vacinal da febre amarela em menores de 1 ano, que permanece abaixo dos níveis desejados, comprometendo a imunização da população infantil contra doenças graves. Da mesma forma, a taxa de cobertura vacinal de Penta (DTP/HepB/Hib), que é essencial para a proteção contra várias doenças infanto-juvenis, também está aquém da meta ideal, prejudicando a prevenção de doenças que podem resultar em complicações severas e até morte. Esses dados evidenciam a necessidade urgente de estratégias eficazes para aumentar a cobertura vacinal, considerando a importância da vacinação como medida preventiva para garantir a saúde pública.

- **Proposta**

Para reverter esse cenário, a proposta é ampliar a cobertura vacinal de febre amarela e Penta, por meio de ações concretas que fortaleçam a imunização da população infantil. A intensificação dos programas de conscientização e promoção de saúde, com o foco na importância das vacinas, será fundamental para aumentar a adesão dos pais e responsáveis à vacinação. Além disso, é essencial facilitar e viabilizar o aumento do número de profissionais capacitados para a vacinação, garantindo que as equipes de saúde estejam bem preparadas para realizar a

imunização de forma eficiente. O apoio técnico às unidades descentralizadas de Vigilância Epidemiológica e aos municípios para monitoramento e avaliação das coberturas vacinais também é crucial, ajudando a identificar os motivos de coberturas inadequadas e adotando estratégias para melhorar o alcance das vacinas. Por fim, ampliar o uso das mídias sociais será uma ferramenta poderosa para disseminar informações confiáveis, desmistificar fake news e incentivar a vacinação de forma contínua e eficaz.

5.2 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES - DOMI

Conforme disposto no *Manual de Planejamento no SUS* (MS, 2016), os elementos que compõem o processo de planejamento apresentam as seguintes definições:

- **Diretrizes:** representam os ideais a serem alcançados e orientam as escolhas estratégicas e prioritárias.
- **Objetivos:** descrevem os resultados esperados, refletindo as situações que se pretende modificar por meio da implementação de estratégias e ações. Expressam “o que se deseja” ao final do período considerado e possibilitam a articulação de iniciativas de forma coordenada.
- **Metas:** correspondem à medida de alcance dos objetivos. Um mesmo objetivo pode ter diferentes metas, de acordo com sua relevância. Recomenda-se que sejam desafiadoras, representando avanços a serem conquistados.
- **Indicadores:** constituem parâmetros que permitem identificar, mensurar, monitorar e comunicar, de maneira simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de aferição periódica, garantindo a avaliação contínua das ações.

A seleção dos indicadores de óbito materno e infantil para a Matriz DOMI do Planejamento Regional Integrado (PRI) deve-se à relevância epidemiológica e ao alinhamento com compromissos internacionais, nacionais e estaduais de saúde para o quadriênio 2024-2027.

No âmbito internacional, os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

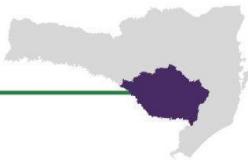
(ODS) – uma agenda global pactuada na ONU para erradicação da pobreza, proteção do planeta e promoção da paz e da prosperidade até 2030 – guiam os compromissos. Dentre eles, o ODS 3, que trata especificamente de Saúde e Bem-Estar, estabelece metas específicas de reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos e eliminar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, assegurando que todos os países alcancem progressos substanciais na saúde materno-infantil.

No cenário nacional, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024-2027 confirma a prioridade na saúde da mulher, da criança e do adolescente. O plano, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 741/2024), define como estratégias centrais a ampliação da qualidade do pré-natal, do parto seguro e do cuidado integral à infância para reduzir a mortalidade materna e infantil.

Alinhada a essa diretriz, a estratégia Rede Alyne (2024) estabeleceu a meta específica de reduzir a mortalidade materna em 25% até 2027 – com um foco específico na redução de 50% para mulheres pretas. A iniciativa visa reposicionar a atenção à saúde materno-infantil no SUS e qualificar a assistência em todo o território nacional.

Em Santa Catarina, o Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027 consolida esse compromisso ao eleger a redução dos óbitos maternos e infantis (com atenção especial ao primeiro ano de vida e à primeira infância) como prioridade estratégica. As diretrizes incluem o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a qualificação da rede de atenção materno-infantil, a promoção da equidade e o cuidado integral ao desenvolvimento da criança.

Dessa forma, a inclusão dos indicadores de mortalidade materna e infantil na Matriz DOMI do PRI oferece aos gestores uma ferramenta estratégica para monitorar a efetividade das políticas públicas de saúde. Esse monitoramento é fundamental para guiar ações que garantam o alcance das metas pactuadas com os ODS, o PNS e o PES, permitindo direcionar esforços regionais para a redução de desigualdades e a promoção da saúde da população.



Quadro 80. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores da Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA SERRA CATARINENSE							
DIRETRIZ: Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério							
Objetivo Estratégico: Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil							
MACROPROBLEMA: Aumento da taxa de mortalidade materno infantil							
Período de Monitoramento: Quadrimestral							
Gestor do Indicador:							
Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Meta prevista				
			2025	2026	2027	2028	
1.1 Proporção de Partos Cesáreos	Reducir de 53,4 para 49,4 a proporção de Partos Cesáreos na Macrorregião até 2028	53,4	52,4	51,4	50,4	49,4	
1.2 Número de Óbitos Maternos	Reducir o número de Óbitos Maternos de 3 para 1 na Macrorregião até 2028	3	3	2	2	1	
1.3 Taxa de prematuridade (<37 semanas)	Reducir a taxa de prematuridade de 10,5% para 8,5% na Macrorregião até 2028	10,5	10,0	9,5	9,0	8,5	
1.4 Proporção de Nascidos Vivos (NV) com muito baixo peso ao nascer (<1.500 gramas)	Reducir a proporção de NV com <1.500g de 1,20% para 1,00% na Macrorregião até 2028	1,2	1,15	1,10	1,05	1,00	
1.5 Taxa de Mortalidade Neonatal (por 1000NV)	Reducir a taxa de Mortalidade Neonatal de 6,2 para 5,7 por 1.000 nascidos vivos na Macrorregião até	6,2	6,0	5,9	5,8	5,7	



MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA SERRA CATARINENSE

DIRETRIZ: Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério

Objetivo Estratégico: Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil

MACROPROBLEMA: Aumento da taxa de mortalidade materno infantil

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador:

	2028.					
1.6 Taxa de Mortalidade Infantil em menores de 1 ano (por 1000NV)	Reducir a taxa de Mortalidade Infantil de 8,8 para 7,8 por 1.000 NV na Macrorregião até 2028	8,8	8,5	8,3	8,0	7,8
1.7 Proporção de gestantes com ≥ 7 consultas de pré-natal (início até 12ª semana)	Aumentar a proporção de gestantes com ≥ 7 consultas de 73,6% para 77,6% na Macrorregião até 2028	73,6	74,6	75,6	76,6	77,6
1.8 Taxa de incidência de Sífilis Congênita (<1 ano)	Reducir a taxa de incidência de Sífilis Congênita de 17,0 para 16,3 por 1.000 NV na Macrorregião até 2028	17	16,8	16,7	16,5	16,3
1.9 Taxa de Mortalidade Infantil na população negra, parda e indígena (por 1000 NV)	Reducir a taxa de Mortalidade Infantil na população negra, parda e indígena de 6,5 para 6,0 por 1000 NV na Macrorregião até 2028	6,5	6,3	6,2	6,1	6,0
1.10 Número de Óbitos Maternos em mulheres negras, pardas e indígenas	Manter em zero o número de Óbitos Maternos em mulheres negras, pardas e indígenas na Macrorregião até 2028.	0	0	0	0	0



MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA SERRA CATARINENSE

DIRETRIZ: Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério

Objetivo Estratégico: Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil

MACROPROBLEMA: Aumento da taxa de mortalidade materno infantil

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador:

Indicador	Descrição da meta	Linha de base 2024	Indicadores de estrutura			
			Meta prevista 2025	Meta prevista 2026	Meta prevista 2027	Meta prevista 2028
1.11 Nº de Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) implantados.	Implantar X Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) na Macrorregião até 2028	0				
1.12 Nº de Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) habilitados.	Habilitar X Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) na Macrorregião até 2028	0				
1.13 Nº de Centro de Parto Normal Intrahospitalar (CPNi) implantados.	Implantar X Centro de Parto Normal Intrahospitalar (CPNi) por Macrorregião até 2028	0				
1.14 Nº de Centro de Parto Normal Intrahospitalar (CPNi) habilitados	Habilitar X Centro de Parto Normal Intrahospitalar (CPNi) na Macrorregião até 2028	0				



MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA SERRA CATARINENSE

DIRETRIZ: Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério

Objetivo Estratégico: Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil

MACROPROBLEMA: Aumento da taxa de mortalidade materno infantil

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador:

1.15 Nº de Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) implantada	Implantar X Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) na Macrorregião até 2028	1				
1.16 Nº de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) habilitada	Habilitar X Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) na Macrorregião até 2028	1				
1.17 Nº de novos Leitos Obstétricos em Hospital de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco (HGPAR) habilitados	Habilitar X novos Leitos Obstétricos em Hospital de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco (HGPAR) na Macrorregião até 2028	9				
1.18 Nº de novos Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) habilitados	Habilitar X novos Leitos de UTIN na Macrorregião até 2028	20				
1.19 Nº de novos Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) habilitados	Habilitar X novos Leitos de UCINCa na Macrorregião até 2028	4				
1.20 Nº de novos Leitos de Unidade de Cuidado	Habilitar X novos Leitos de UCINCo na Macrorregião até 2028	6				



MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA SERRA CATARINENSE

DIRETRIZ: Fortalecer a assistência ao pré-natal, parto e puerpério

Objetivo Estratégico: Reduzir a taxa de mortalidade materno infantil

MACROPROBLEMA: Aumento da taxa de mortalidade materno infantil

Período de Monitoramento: Quadrimestral

Gestor do Indicador:

Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) habilitados						
1.21 Nº de Ambulatório de Seguimento do Recém Nascido e da Criança (A-SEG) implantado	Implantar X Ambulatório de Seguimento do Recém Nascido e da Criança (A-SEG) na Macrorregião até 2028	0				
1.22 Nº de Ambulatório de Seguimento do Recém Nascido e da Criança (A-SEG) habilitados	Habilitar X Ambulatório de Seguimento do Recém Nascido e da Criança (A-SEG) na Macrorregião até 2028	0				
1.23 Nº de novo Banco de Leite Humano (BLH) implantado	Implantar X Banco de Leite Humano (BLH) na Macrorregião até 2028	1				

Observação: As metas referentes aos indicadores apresentados nesta matriz não foram definidas neste momento, uma vez que sua pactuação será realizada nas Regiões e macrorregiões de Saúde, em conjunto com os gestores municipais, no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR). Após este processo, serão estabelecidas e incorporadas as metas para implantação dos serviços na macrorregião.

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 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

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

Quadro 81: Hospital Nossa Senhora Dos Prazeres (CNES: 2504316)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
801	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Cardiovascular
803	Cirurgia Cardiovascular E Procedimentos Em Cardiologia Intervencionista
1601	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Neurologia/Neurocirurgia
1617	Centro De Atendimento De Urgência Tipo III Aos Pacientes Com AVC
2301	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Terapia Nutricional
2304	Enteral E Parenteral
2501	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Traumato-Ortopedia
2601	UTI II Adulto
2702	Hospital Tipo II Em Urgencia
2902	Programa Nacional De Redução De Filas De Cirurgias Eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 82: Hospital e Maternidade Tereza Ramos (CNES: 2504332)

Código da Habilitação	Descrição do Serviço
202	Unid. De Assist. De Alta Complexidade Ao Paciente Portador De Obesidade Grave
905	Enfermidades Oncologicas
1101	Serviço Hospitalar Para Tratamento Aids
1203	Hospital Dia - Aids

Código da Habilidade	Descrição do Serviço
1404	Hospital Amigo Da Criança
1414	Atenção Hospitalar De Referência A Gestação De Alto Risco Tipo II (Gar II)
1415	Casa Da Gestante, Bebe E Puérpera
1706	Unacon
1707	Unacon Com Servico De Radioterapia
1723	Reconstrução Mamária Pós-Mastectomia Total
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2301	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Terapia Nutricional*
2304	Enteral E Parenteral
2601	Uti II Adulto
2610	Unidade De Terapia Intensiva Neonatal Tipo II - Utin II
2802	Unidade De Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (Ucinco)
2803	Unidade De Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (Ucinca)
2901	Videocirurgias
2902	Programa Nacional De Redução De Filas De Cirurgias Eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 83: Hospital Seara do Bem Materno e Infantil (CNES: 2662914)

Código da Habilidade	Descrição do Serviço
636	Serviços Hospitalares De Referência Para Atenção A Pessoas Com Sofrimento Ou Transtorno Mental Incluindo Aquelas Com Necessidades Decorrentes Do Uso De Álcool E Outras Drogas
1601	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Neurologia/Neurocirurgia*.
2301	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Terapia Nutricional*
2304	Enteral E Parenteral
2501	Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Traumato-Ortopedia*
2603	Uti II Pediátrica
2610	Unidade De Terapia Intensiva Neonatal Tipo II - Utin II
2701	Hospital Tipo I Em Urgência
2902	Programa Nacional De Redução De Filas De Cirurgias Eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 84: Hospital Santa Clara (CNES: 2300486)

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

Fonte: CNES, 2024

Quadro 85: Hospital de Caridade Coração de Jesus (CNES: 2300516)

Código da Habilidade	Descrição do Serviço
908	Unidade De Internação Em Cuidados Prolongados(Ucp)
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia
2902	Programa Nacional De Redução De Filas De Cirurgias Eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 86: Hospital Faustino Riscarolli (CNES: 2300478)

Código da Habilidade	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia

Fonte: CNES, 2024

Quadro 87: Hospital Frei Rogério (CNES: 2300435)

Código da Habilidade	Descrição do Serviço
2902	Programa Nacional De Redução De Filas De Cirurgias Eletivas

Fonte: CNES, 2024

Quadro 88: Hospital Nossa Senhora das Graças (CNES: 2665085)

Código da Habilidade	Descrição do Serviço
1901	Laqueadura
1902	Vasectomia

Fonte: CNES, 2024

Quadro 89: Hospital Nossa Senhora do Patrocínio (CNES: 2691477)

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

Fonte: CNES, 2024

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 Serra Catarinense. Salienta-se que algumas das propostas já foram efetivadas em 2024.

- **Hospital São José de Urubici**

Substituição no número de cirurgias eletivas de ginecologia e obstetrícia por cirurgias ortopédicas, em razão da falta de equipe médica para cumprir metas contratuais.

- **Hospital Santa Clara**

Habilitação do Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico (ultrassonografia).

- **Hospital Nossa Senhora das Graças**

Implantação de dez leitos de saúde mental.

- **Hospital Nossa Senhora do Patrocínio**

Habilitação de três leitos de retaguarda e longa permanência.

- **Hospital Frei Rogério**

Inclusão de Unidade de Suporte Avançado (USA)/SAMU, habilitação de dez leitos de saúde mental feminino e de três leitos de retaguarda.

- **Hospital e Maternidade Tereza Ramos**

Habilitação de mais três leitos de UTI adulto, seis leitos de UTI neonatal, 7 leitos de UCINCo e quatro leitos de UCINCa; abertura da emergência; abertura do Programa de Residência Médica em Oncologia Clínica; abertura do ambulatório de cirurgias eletivas; abertura do ambulatório de ortopedia; contratação de profissional especializado em radiologia intervencionista.

- **Hospital Seara do Bem Materno e Infantil**

Habilitação de mais cinco leitos de UTI pediátrica. Aguarda habilitação do serviço de neurocirurgia de alta complexidade em pediatria.

- **Hospital Nossa Senhora dos Prazeres**

Abertura de mais dez leitos de UTI adulto.

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 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 90: Parametrização leitos de saúde mental

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Leitos Habilitados MS	Parâmetro Portaria	Leitos Adulto PVH	Leitos Infantil PVH
Serra Catarinense	295.210	0	13	30	20
Total	295.210	0	13	30	20

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 da Serra Catarinense não há 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 13 (treze) para esta Macrorregião de Saúde.

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 da Serra Catarinense, há 50 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa, sendo 30 adultos e 20 infantojuvenil. Acredita-se que estes 50 leitos são leitos potenciais para habilitação no Ministério da Saúde. Sendo assim, a Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense conta com 50 leitos para atendimento em saúde mental.

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

Quadro 91: leitos de UTI SUS e PVH adulto

Macrorregião	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS Habilidos	Leitos SUS PVH
Serra Catarinense	Lages	2504316	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres	10	15
	Lages	2504332	Hospital e Maternidade Tereza Ramos	37	0

Fonte: CNES, 2024; DAES/SES, 2024

Quadro 92: parametrização leitos de UTI adulto

Macrorregião	Região de Saúde	População Acima de 15 Anos	Leitos SUS Habilitados	Média do Parâmetro	Leitos SUS PVH
Serra Catarinense	Serra Catarinense	238145	47	48	20
TOTAL		238145	47	48	20

Fonte: CONASS, 2021

Atualmente, a Macrorregião da Serra dispõe de 47 leitos de UTI adulto tipo II habilitados pelo Ministério da Saúde. Para complementar o financiamento desses 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 47 leitos habilitados, 15 recebem o custeio adicional do PVH, todos alocados no Hospital Nossa Senhora dos Prazeres. Além disso, o hospital oferece mais 5 leitos na Unidade Coronariana (UCO), que também recebem aporte do PVH.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a recomendação para leitos de UTI é de 1 a 3 leitos para cada 10.000 habitantes (CONASS, 2021). Para esse cálculo, foram considerados os leitos habilitados pelo Ministério da Saúde (MS). A partir da população acima de 15 anos, conforme os dados do Censo 2022, obtidos através do IBGE e DataSUS, foi possível determinar que a população adulta da região exige, em média, 48 leitos de UTI adulto para atender à demanda da Serra Catarinense. Com isso, observa-se que o número de leitos habilitados pelo Ministério da Saúde está abaixo do parâmetro recomendado.

Vale destacar que o Hospital Nossa Senhora dos Prazeres possui potencial para habilitação de 5 leitos de UTI tipo II, conforme identificado na deliberação CIB 420/2024. Além disso, a deliberação CIB 423/2024 aprovou a habilitação de 5 leitos de Unidade Coronariana (UCO) no mesmo hospital. Mesmo com essas habilitações adicionais, o número de leitos habilitados pelo Ministério da Saúde ainda está aquém do parâmetro estabelecido.

Quadro 93: Parametrização leitos de UTI pediátrico

Macrorregião	Município	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos SUS PVH
Serra Catarinense	Lages	2662914	Hospital Seara do Bem Materno e Infantil	7	7

Fonte: CNES, 2024; DAES/SES, 2024

Quadro 94: parametrização leitos de UTI pediátrico

Macrorregião	Região de Saúde	População 1 até 14 anos	UTI SUS Habilitados	Média do Parâmetro	Leitos de UTI SUS PVH
Serra Catarinense	Serra Catarinense	144.977	7	29	7
TOTAL		144.977	7	29	7

Fonte: CONASS, 2021

Atualmente, a Macrorregião da Serra dispõe de 7 leitos de UTI pediátrica habilitados. Para complementar o financiamento desses 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). Todos os 7 leitos habilitados recebem esse custeio adicional, sendo todos alocados no Hospital Seara do Bem Materno e Infantil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o número de leitos de UTI pediátrica seja de 1 a 3 para cada 10.000 habitantes (CONASS, 2021). Para esse cálculo, foram considerados apenas os leitos habilitados pelo Ministério da Saúde (MS). A partir dos dados do Censo 2022, obtidos nos sites do IBGE e DataSUS, foi possível determinar a população pediátrica da região, abrangendo crianças de 1 a 14 anos. Esse cálculo foi realizado subtraindo-se a população de nascidos vivos da população total de pessoas com 15 anos ou mais.

Com base na média recomendada pela OMS para a população pediátrica, estima-se que seriam necessários 29 leitos de UTI pediátrica para atender adequadamente à demanda da Macrorregião da Serra Catarinense. No entanto, observa-se que o número de leitos habilitados pelo Ministério da Saúde está abaixo do parâmetro recomendado.

7.3. PARAMETRIZAÇÃO DA REDE ALYNE

→ Leitos Obstétricos:

Quadro 95: Parametrização leitos obstétricos

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Serra Catarinense	295.210	1	3.761	4.137	45	49
Total	295.210	1	3.761	4.137	45	49

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense existem 48 leitos obstétricos, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, destes, 45 são habilitados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria nº 1631/2015 estabelece como um método de cálculo para parâmetro leitos obstétricos, sendo: $\{Gestantes Estimadas \times 2,5 \text{ dias (média de permanência)} / [365 \text{ dias} \times 0,70 \text{ (taxa ocupação 70\%)}]\} \times 1,21$ (ajuste para outros procedimentos obstétricos). Desta forma, o número de leitos, segundo parâmetro estabelecido, é de 47 para esta Macrorregião de Saúde. É possível verificar que o número de leitos habilitados está abaixo do parâmetro definido.

Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, em buscar a habilitação dos leitos já existentes.

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

Quadro 96: Parametrização leitos obstétricos de referência para gestação de alto risco

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Serra Catarinense	295.210	1	3.761	4.137	9	15
Total	295.210	1	3.761	4.137	9	15

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião da Serra Catarinense existem 09 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 01 unidade hospitalar, nesta Macrorregião de Saúde, que é referência na atenção hospitalar à gestação de alto risco, por meio da Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite 500/CIB/2014, sendo já habilitada pelo Ministério da Saúde. Esta unidade de saúde está em Lages, no Hospital e Maternidade Tereza Ramos.

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

→ Leitos UTI Neo:

Quadro 97: Parametrização leitos UTI Neonatal.

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Serra Catarinense	295.210	1	3.761	4.137	20	8
Total	295.210	1	3.761	4.137	20	8

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense existem 20 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 07 para esta Macrorregião de Saúde. É possível verificar que o número de leitos habilitados é superior ao parâmetro definido.

Importante destacar que o estado de Santa Catarina aprovou, por meio da Deliberação 745/CIB/2023, a criação e a implementação do Programa de Valorização dos Hospitais - PVH. O qual, dentre outros, estabelece critérios para repasse de

recursos financeiros como incentivo estadual para leitos de UTI neonatal. Este incentivo visa maior sustentabilidade para manutenção e maior indução para a criação de leitos de UTI neo no território catarinense. Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense, há 08 leitos que atendem aos critérios da PVH e já fazem parte do Programa. Estes 08 leitos já estão habilitados pelo Ministério da Saúde.

→ Leitos UCINCo:

Quadro 98: Parametrização leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo.

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Serra Catarinense	295.210	1	3.761	4.137	6	8
Total	295.210	1	3.761	4.137	6	8

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense existem 07 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo, em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS, destes, 06 são habilitados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria nº 930/2012 estabelece como parâmetro 02 leitos para cada 1.000 nascidos vivos. Sendo assim, o número de leitos, segundo parâmetro estabelecido, é de 07 para esta Macrorregião de Saúde. É possível verificar que o número de leitos habilitados está abaixo do parâmetro definido, em 01 leito.

Há a possibilidade de buscar a habilitação dos existentes, resultando em uma equivalência entre os leitos habilitados e parametrizados.

→ Leitos UCINCa:

Quadro 99: Parametrização leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Leitos Habilitados	Parâmetro
Serra	295.210	1	3.761	4.137	4	4

Catarinense						
Total	295.210	1	3.761	4.137	4	4

Fonte: SES, 2024.

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense existem 04 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 04 para esta Macrorregião de Saúde. É possível verificar que o número de leitos habilitados está em equivalência com o parâmetro definido.

→ Casa da Gestante, bebê e puérpera:

Quadro 100: Parametrização Casa da gestante, bebê e puérpera.

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Casa Habilitada	Parâmetro*
Serra Catarinense	295.210	1	3.761	4.137	1	1
Total	295.210	1	3.761	4.137	1	1

Fonte: SES, 2024.

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

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense existem 01 casa da gestante, bebê e puérpera habilitada pelo Ministério da Saúde. É possível verificar que o número de casas habilitadas está em equivalência com o parâmetro definido.

→ Centro de parto normal:

Quadro 101: Parametrização Centro de Parto Normal.

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Centro de Parto Normal Habilitados	Parâmetro*
--------------	------------------	--	----------------------	-------------------------------	------------------------------------	------------

Serra Catarinense	295.210	1	3.761	4.137	0	1
Total	295.210	1	3.761	4.137	0	1

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,).

Há 02 estabelecimentos com habilitação do Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento - Centro De Parto Normal. Contudo, nenhum com habilitação Unidade De Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar Tipo I 3 PPP (CPNI I 3 PPP) (código 1410).

→ Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco:

Quadro 102: Parametrização Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	Amb. de Gestação e Puerpério de Alto Risco	Parâmetro*
Serra Catarinense	295.210	1	3.761	4.137	0	0
Total	295.210	1	3.761	4.137	0	0

Fonte: SES, 2024.

*01 ambulatório para cada 5 mil nascidos vivos e capacidade anual de 1.500 gestantes de alto risco (Portaria 5.350/24).

Não há estabelecimento com habilitação de A-SEG na Macrorregião. Porém os 01 hospital referência para alto risco, realiza atendimento de ambulatório GAR, em Lages, no Hospital e Maternidade Tereza Ramos. Há o desafio, para esta Macrorregião de Saúde, em buscar habilitação do estabelecimento que já é referência para a Macro. Não tem parâmetro de nascidos vivos para ter o serviço habilitado. Será necessário justificar no PAR a implantação do serviço.

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

Quadro 103: Parametrização Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança.

REGIÃO SAÚDE	Nº de Habitantes	Nº Hospital Maternidade para Gestação Alto Risco	Nº de Nascidos Vivos	Estimativa total de Gestantes	A-SEG habilitado	Parâmetro
Serra Catarinense	295.210	1	3.761	4.137	0	0
Total	295.210	1	3.761	4.137	0	0

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. Não tem parâmetro de nascidos vivos para ter o serviço habilitado. Será necessário justificar no PAR a implantação do serviço.

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.

O Plano de Ação Regional (PAR) da Rede Cegonha construído entre os anos 2012 e 2013 em cada região de saúde contém uma matriz diagnóstica composta por quatro grupos de indicadores: mortalidade e morbidade, atenção, gestão e a capacidade hospitalar instalada.

Com a publicação da nova portaria da Rede Alyne, que altera a portaria da Rede Cegonha, o PAR está em fase de atualização em cada região de saúde, mas é possível apresentar dados atuais conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e PAR para a especificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa).

A definição de leitos UTI Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCO) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA) deverão obedecer ao previsto no artigo 7º da portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, hoje contida no título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017, que propõe os seguintes parâmetros para o cálculo de necessidades:

A análise da assistência neonatal na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense revela a necessidade de ampliar o número de leitos de UCINCa (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru). Além disso, a região conta com uma quantidade adequada de leitos de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) e UCINCO (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional), mas a expansão nas unidades de atendimento aos neonatos é crucial para atender à demanda crescente e garantir um atendimento de qualidade para todos os recém-nascidos.

A publicação da Portaria da Rede Alyne, que reformula as diretrizes da Rede Cegonha, juntamente com a atualização do Plano de Ação Regional, oferece uma oportunidade para a reestruturação dos serviços e a habilitação de novos leitos, fortalecendo o atendimento dos neonatos da Macrorregião de Saúde, promovendo um cuidado neonatal de maior qualidade, abrangendo desde o atendimento intensivo até o cuidado intermediário.

A atenção hospitalar de referência, da Macrorregião da Serra Catarinense, com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos habilitados para gestação de alto risco, é responsável pelo acompanhamento e pelas ações de saúde que requerem atenção especializada e acesso a recursos hospitalares de média e alta complexidade. Conforme apresentado, a Macrorregião de Saúde possui serviço hospitalar habilitado como referência para as gestantes de alto risco.

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

Atualmente, com a publicação da Portaria da Rede Alyne, estamos oferecendo uma reestruturação da rede de saúde, abrindo a possibilidade de novas habilitações para atendimento a gestantes de alto risco na Macrorregião de Saúde.

Na Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense, no Hospital e Maternidade Tereza Ramos, contamos com um Ambulatório especializado no atendimento a gestantes de alto risco, no modelo PASA, este ambulatório é composto por uma equipe multidisciplinar que acompanha gestantes de diversos municípios da macrorregião, garantindo um cuidado integral e de qualidade.

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado destinada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de vulnerabilidade ou risco, identificada pela Atenção Básica ou Especializada. Uma de suas principais características é a vinculação a um hospital de referência em Atenção à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco.

Observe-se que a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), é um dispositivo essencial na rede de cuidados para gestantes, puérperas e recém-nascidos, e está presente na Macrorregião de saúde. Esse serviço é fundamental para oferecer suporte adequado às gestantes.

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.

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.

A produção da Atenção especializada ambulatorial registrada no mês de novembro de 2024 está registrada em anexo neste documento.

7.5 PRODUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

• Arboviroses

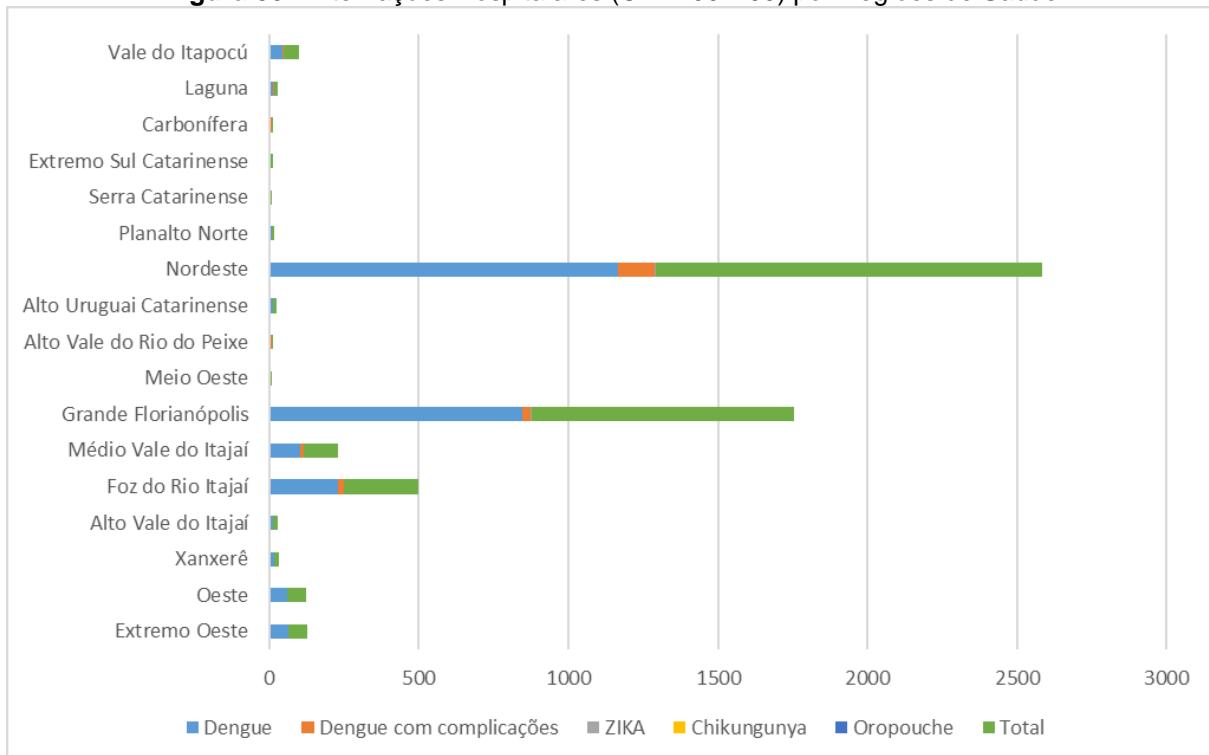
A tabela representa o número de internações hospitalares por município de residência, com base nos dados DATASUS (TabWin), referentes ao ano de 2023, no estado de Santa Catarina. Detalhamento realizado por Classificação Internacional de Doenças (CID), relacionados ao grupo “Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais” (A90 - A99), descritos na primeira coluna e sua distribuição pelas regiões de saúde.

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

Regiões de Saúde	Dengue	Dengue com complicações	ZIKA	Chikungunya	Oropouche	Total
Extremo Oeste	63	0	0	0	0	63
Oeste	61	1	0	0	0	62
Xanxerê	17	0	0	0	0	17
Alto Vale do Itajaí	11	3	0	0	0	14
Foz do Rio Itajaí	232	18	0	0	0	250
Médio Vale do Itajaí	103	12	1	0	0	116
Grande Florianópolis	847	27	3	0	0	877
Meio Oeste	3	1	0	0	0	4
Alto Vale do Rio do Peixe	5	2	0	0	0	7
Alto Uruguai Catarinense	12	0	0	0	0	12
Nordeste	1166	123	2	0	1	1292
Planalto Norte	8	1	0	0	0	9
Serra Catarinense	4	0	1	0	0	5
Extremo Sul Catarinense	6	0	0	0	0	6
Carbonífera	6	1	0	0	0	7
Laguna	11	4	0	0	0	15
Vale do Itapocu	46	3	0	0	0	49
Total	2601	196	7	0	1	2805

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

A análise dos dados, complementada pelo Tabela 01, demonstra a maior incidência de internações relacionadas às arboviroses com maior concentração em algumas regiões de saúde, sendo a região Nordeste a mais acometida, seguindo respectivamente pelas regiões de saúde da Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí.

Figura 30: Internações Hospitalares (CID A90-A99) por Regiões de Saúde


Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

- **Diabetes Mellitus (DM)**

A tabela abaixo foi elaborada com base nos dados do DATASUS (TabWin) e detalha o número de internações hospitalares por município de residência no ano de 2023, em Santa Catarina. Os dados foram coletados por grupos de Classificação Internacional de Doenças (CID), para Diabetes Mellitus (DM), ao qual é composto pelos CID E10 a E14, descritos na primeira linha, respectivamente, e sua distribuição pelas regiões de saúde do estado.

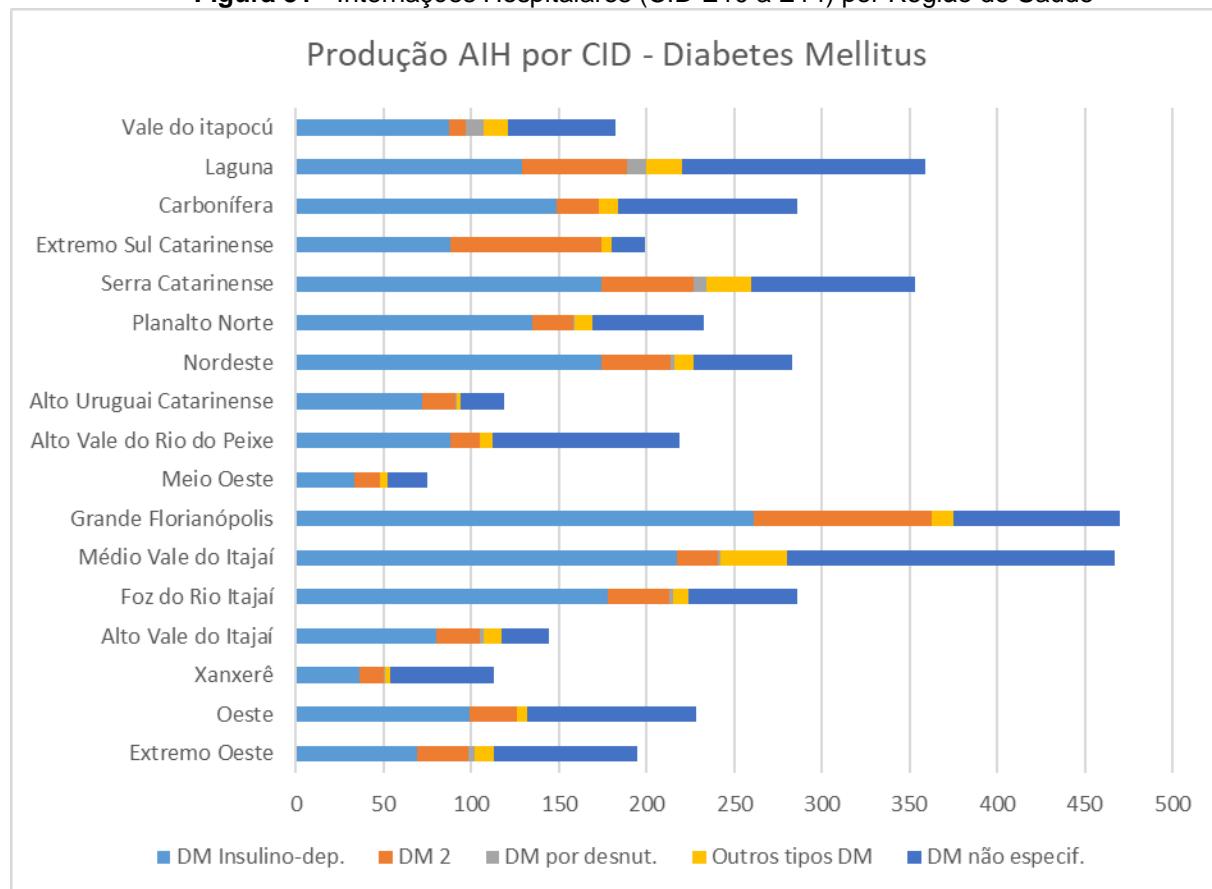
Tabela 02 - Internações Hospitalares (CID E10 a E14) por Regiões de Saúde

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

Regiões de Saúde	DM insulino-dep.	DM	DM relac. desnutrição.	Outros tipos DM	DM não especificado	Soma
Médio Vale do Itajaí	217	24	1	38	187	467
Grande Flps	261	102	0	12	95	470
Meio Oeste	33	15	0	4	23	75
Alto Vale do Rio do Peixe	88	17	0	7	107	219
Alto Urug. Catarinense	72	19	1	2	25	119
Nordeste	174	40	2	11	56	283
Planalto Norte	135	23	1	10	64	233
Serra Catarinense	174	53	7	26	93	353
Extremo Sul Catarinense	88	86	0	6	19	199
Carbonífera	149	24	0	11	102	286
Laguna	129	60	11	20	139	359
Vale do Itapocú	87	10	10	14	61	182
Total	2069	603	42	200	1297	4211

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

A análise dos dados, complementada pelo gráfico da tabela 02, 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 31 - Internações Hospitalares (CID E10 a E14) por Região de Saúde


Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

- **Doenças Cardiovasculares**

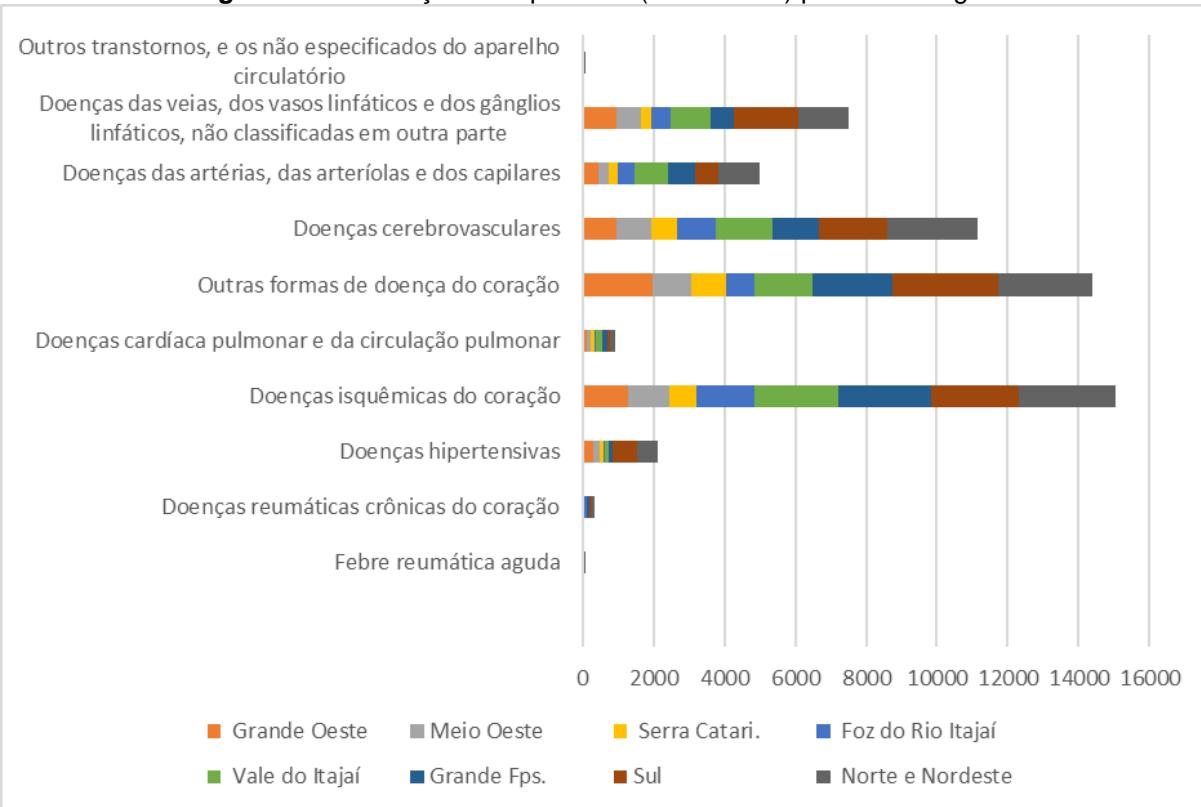
A tabela a seguir detalha o quantitativo de internações hospitalares em Santa Catarina no ano de 2023. Os dados, obtidos do banco de dados DATASUS através da ferramenta TabWin, se referem a pacientes residentes em cada município do estado. As internações foram classificadas de acordo com os grupos de 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
Total	6078	4543	3222	4776	1935	7978	10696	11374

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023

A análise dos dados, complementada pela Tabela 03 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 32 - Internações Hospitalares (CID 100-199) por Macrorregiões


Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

- **Gestacionais**

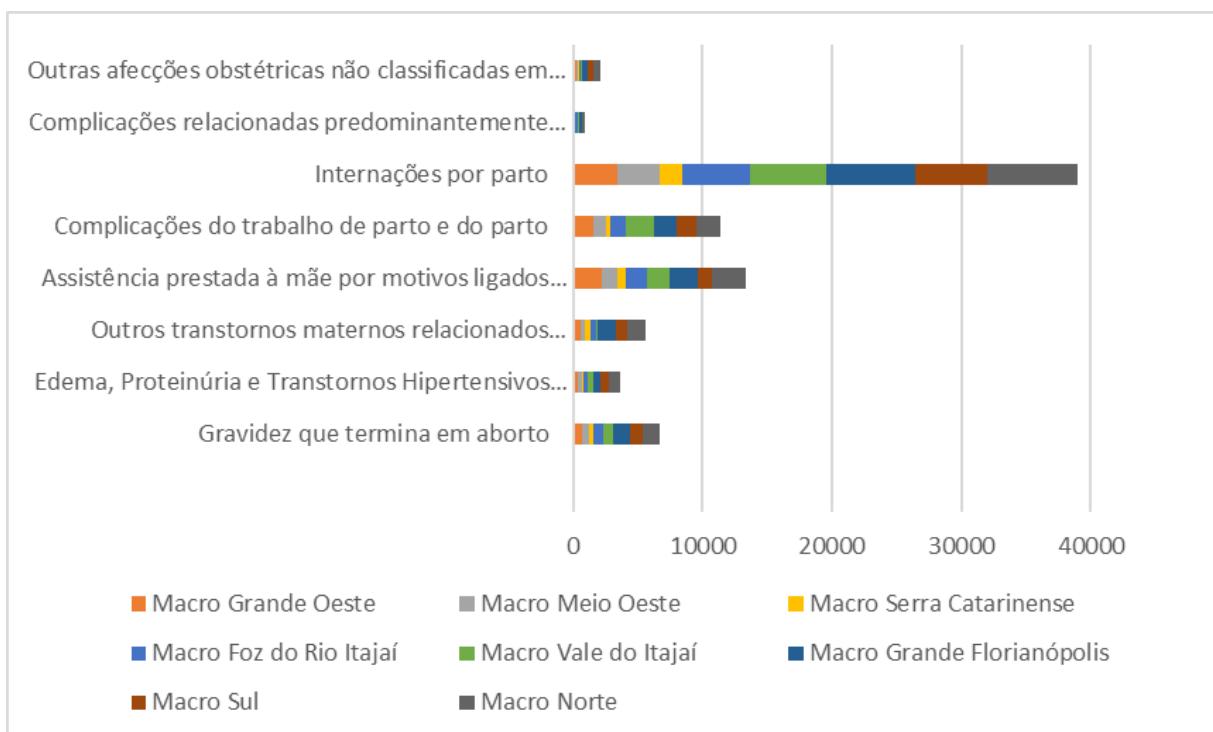
A tabela a seguir, apresenta o número de internações hospitalares por município de residência, com base nos dados DATASUS (TabWin), referentes ao ano de 2023, em Santa Catarina. Os dados foram coletados por grupos de Classificação Internacional de Doenças (CID), relacionados a Gravidez, Parto e Puerpério, CID (O00-O99), descritos na primeira coluna e sua distribuição pelas macrorregiões de saúde.

Tabela 04 - Internações Hospitalares (CID 000-099) por Regiões de Saúde

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

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

A análise dos dados, complementada pela Figura a seguir, 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 33 - 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.

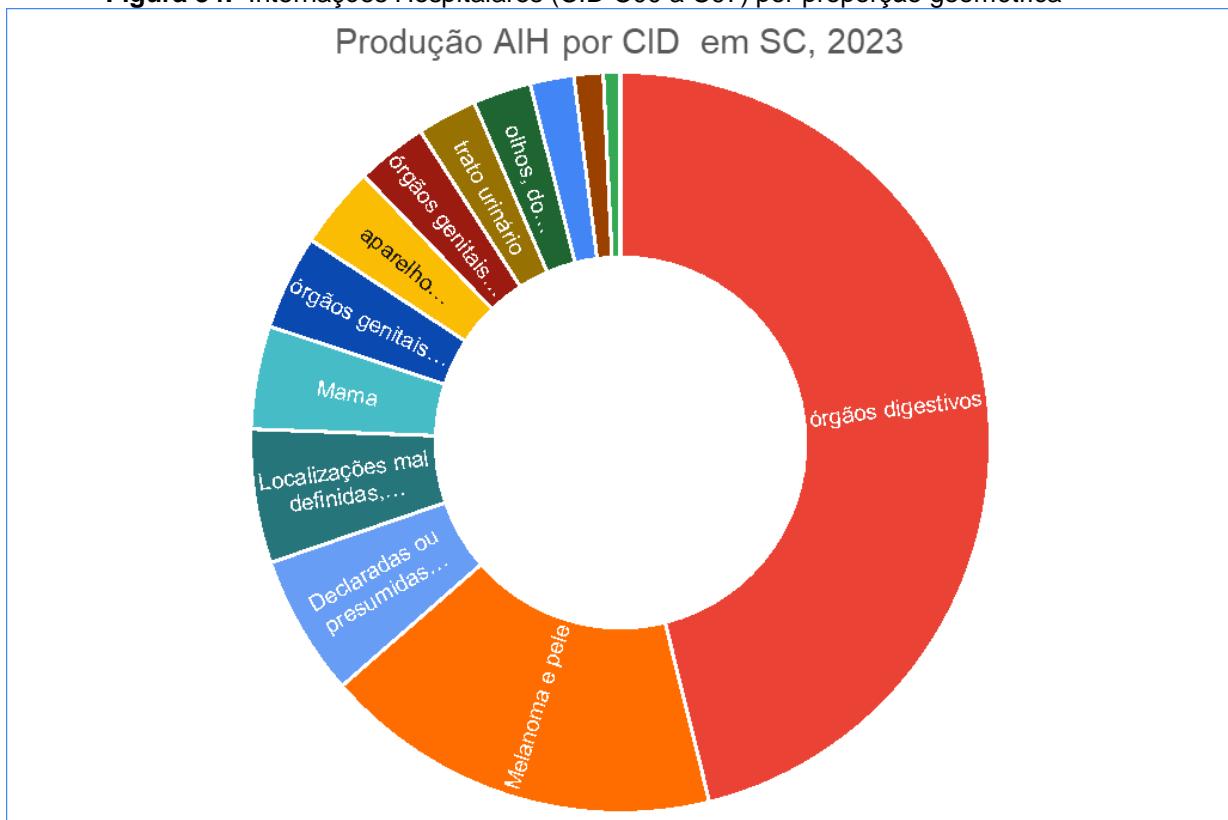
Tabela 05: Relação de Internações Hospitalares por Neoplasias Malignas, 2023

Neoplasias Malignas	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flps	Sul	Norte e Nord.
Lábio, cavidade oral e faringe	121	177	93	153	168	186	226	272
Órgãos digestivos	2918	1659	531	1457	1614	1304	1329	1573
Aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	227	184	226	194	324	491	396	478
Ossos e das cartilagens articulares	45	31	20	62	124	129	91	137

Neoplasias Malignas	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flps	Sul	Norte e Nord.
Melanoma e pele	1103	603	264	320	1327	426	453	1234
Mama	285	287	236	455	751	739	586	638
Órgãos genitais femininos	261	249	147	297	557	453	266	492
Órgãos genitais masculinos	196	133	92	135	218	209	195	278
Trato urinário	166	122	84	208	229	225	273	384
Olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	161	115	87	134	245	410	171	301
Tireóide e de outras glândulas endócrinas	81	62	22	81	89	138	201	95
Localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	369	251	123	290	314	333	370	393
Declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	390	278	200	259	822	887	475	780
Localizações múltiplas independentes (primárias)	2	4	2	2	4	3	3	35
TOTAL	6325	4155	2127	4047	6786	5933	5035	7090

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023.

A análise dos dados, complementada pela tabela 05, 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 34: Internações Hospitalares (CID C00 a C97) por proporção geométrica


Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023

- **Doenças Respiratórias**

A tabela abaixo representa o quantitativo de internações hospitalares por município de residência, segundo dados do DATASUS (TabWin), referentes ao ano de 2023, em Santa Catarina. Os dados foram coletados por grupos de Classificação Internacional de Doenças (CID), inseridos no Capítulo X, que compreende as Doenças respiratórias (J00-J99).

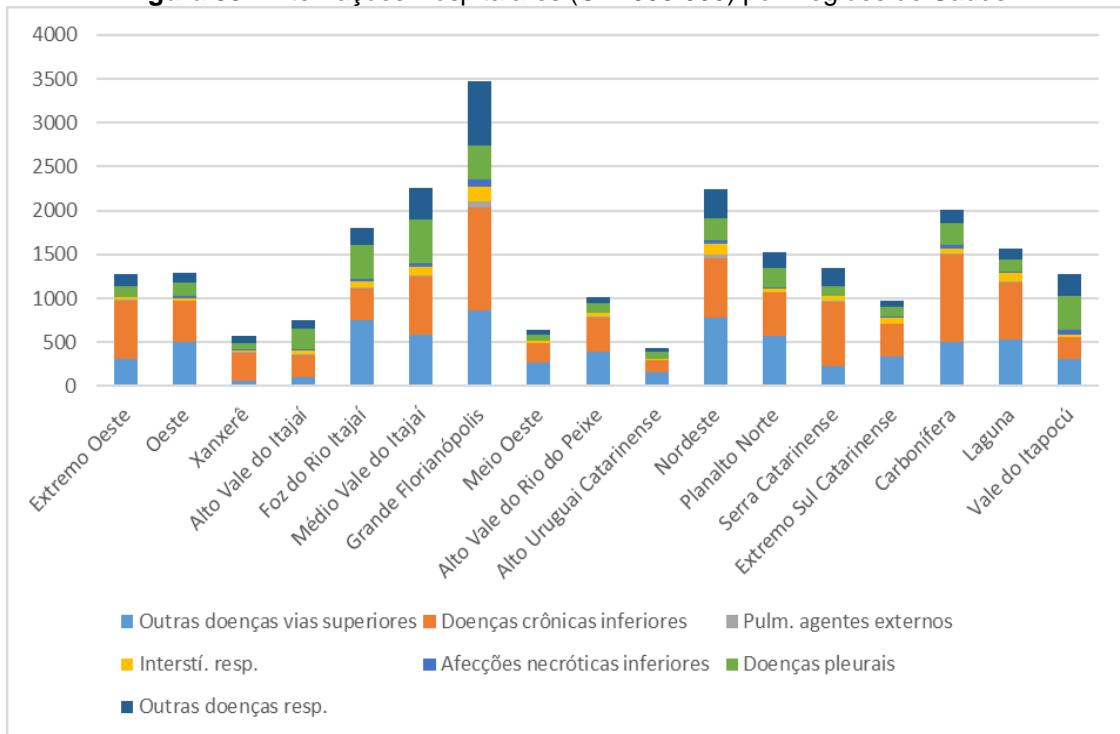
Tabela 06: Internações Hospitalares (CID J00-J99) por Regiões de Saúde

Região de Saúde	Outras doenças vias superiores	Doenças crônicas inferiores	Pulm. agentes externos	Interstí. resp.	Afecções necróticas inferiores	Doenças pleurais	Outras doenças resp.	Total
Extremo Oeste	302	671	19	23	5	120	141	1281
Oeste	506	459	4	32	23	150	116	1290
Xanxerê	64	320	1	24	4	80	74	567

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

Fonte: 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 35: 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.

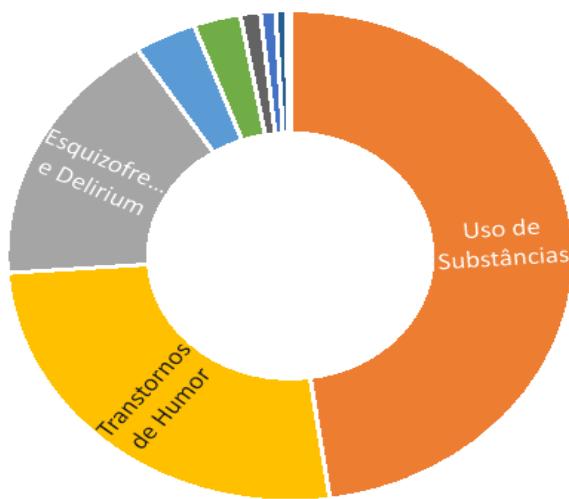
A análise dos dados, corroborada pela tabela a seguir, revela que as internações por transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias (F10-F19) são as mais frequentes, seguidas por transtornos do humor (F30-F39) e esquizofrenia (F20-F29).

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

Transt. Mentais Por CID	Grande Oeste	Meio Oeste	Serra Catar.	Foz do Rio Itajaí	Vale do Itajaí	Grande Flps	Sul	Norte e Nord.
Transtornos Orgânicos	94	70	92	27	287	222	133	179
Uso de Substâncias	1262	895	455	157	804	1319	822	388
Esquizofrenia e Delirium	450	316	189	240	736	1455	719	530
Transtornos de Humor	690	608	276	204	2193	1085	1101	823
Ansiedade e Estresse	23	27	25	5	77	35	37	65
Comport. Associados a Fatores Físicos	0	1	1	1	11	2	5	5
Transt. de Personalidade	71	29	10	25	35	103	60	41
Deficiência Intelectual	16	19	4	9	27	155	31	48
Transt. do Desenv.	2	5	4	7	16	25	15	34
Transtornos da Infância e Adolescência	30	20	11	32	76	29	106	38
Não Especificados	4	0	2	0	4	1	5	1
TOTAL	2642	1990	1069	707	4266	4431	3034	2152

 Fonte:
 Fonte:

Fonte: Movimento de AIH - Tabwin, 2023

Figura 36: Internações Hospitalares (CID F00-F99) por Macrorregiões
Relação AIH por CID - Transtornos Mentais e Comport.


Movimento de AIH - Tabwin, 2023

8. RECURSOS FINANCEIROS PROGRAMADOS

8.1 EMENDAS PARLAMENTARES

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



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

entidades aptas a receber recursos e ter as suas indicações formalizadas, os fluxos existentes para a formalização de suas propostas e as possibilidades na proposição de melhorias para a rede de saúde do Estado. (Cartilha de Propostas para Área da Saúde de SC, 2024. Pg. 38)Disponível em: [Cartilha de Propostas - SES SC](#)

- Cadastro de Propostas dos Estabelecimento Assistenciais de Saúde

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - SES com o intuito de fortalecer a rede de saúde do Estado e de garantir a melhoria contínua dos serviços oferecidos à população e aumentar a qualificação dessa rede, propôs em 2024 a elaboração de um Portfólio de Propostas a serem apresentadas ao legislativo.

Esta ação visa colaborar com o planejamento dos investimentos a serem realizados pelo Governo do Estado e os parlamentares federais e estaduais (emendas

parlamentares) em 2025 com o intuito de captar recursos para a qualificação e promover a expansão dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) das 8 Macrorregiões de Saúde de SC.

Os critérios para deferimento das propostas cadastradas para 2025 são: Atender ao Sistema Único de Saúde (SUS); Os itens solicitados deverão ser de INVESTIMENTOS e estar atrelados às necessidades apontadas no Plano Estadual de Saúde; Os equipamentos solicitados devem ficar vinculados aos serviços existentes ou novo serviço, desde que atrelados às diretrizes do SUS; Os equipamentos solicitados deverão estar de acordo com as normas técnicas dos órgãos reguladores do SUS; A obra solicitada deverá estar atrelada à necessidade de ampliações da rede de saúde e, validada pelos gestores municipais e estadual.



Fonte: Banner acessível em www.saude.sc.gov.br

- Portfólio de Propostas: Parcerias para o Futuro

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



8.3. 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, telededucação, 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. Custo 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 NECESSÁRIO

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 ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS (CEGRAS)

Segue a proposta das atribuições do CEGRAS:

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

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de

Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.
Diário Oficial da União, Brasília, 22 mar. 2018. Seção 1.

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS.**

Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília, 17 out. 2017. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_impri. Acesso em: 18/12/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 7/2021-CGFIP/DGIP/SE/MS.**

Sobre procedimentos aplicáveis diante da ausência de instrumentos de planejamento em saúde. Brasília, 2021. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/1GZcMXwwjifP7aejXNAR9BVMrkHfHjGaXmZ4jhB2.pdf>. Acesso em: 18/12/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações Tripartite para o Planejamento**

Regional Integrado. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>. Acesso em: 3 dez. 2024.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024.**

Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital. Diário Oficial da União, Brasília, 1 mar. 2024. Seção 1, p. 35.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2020.** Aprova as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 24 jun. 2020, Seção 1. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.**

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015.** Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005**. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 jul. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 18 dez. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jan. 2012. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.154, de 26 de maio de 2021**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de maio de 2021. Seção 1, p. 56.

BRASIL. **Portaria nº 1.559 de agosto de 2008**. Dispõe sobre Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da saúde. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 30 mar. 2021. Seção 1, p. 56.

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

CONASS. **Ofício Conjunto CONASS CONASEMS nº 024, Brasília, 28 de outubro de 2021**. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/10/024-A-SE_Incorporac%CC%A7a%CC%83o-de-leitos-de-UTI.pdf. Acesso em: 3 dez. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Direito à Saúde (diversos autores)**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-99-2021-publicada-a-resolucao-cit-n-1-que-consolida-as-resolucoes-da-comissao-intergestores-tripartite-cit-do-sus/>. Acesso em: 3 dez. 2024.

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Guia de apoio à gestão estadual do SUS:** Planejamento Regional Integrado. Brasília: CONASS, 2020. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>. Acesso em: 26 nov. 2024.

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

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

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

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

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

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

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

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 756/CIB/2023**. Aprova a habilitação estadual para a realização do procedimento de trombectomia mecânica para acidente vascular cerebral isquêmico agudo dentro do Plano da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Neurologia em Santa Catarina. Florianópolis, 7 dez. 2023. file:///C:/Users/freireb/Downloads/delibera%C3%87%C3%83o%20cib%20756-07-12-2023%20(1).pdf. 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 de maio de 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 de maio de 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 (dezessete) Regiões de Saúde do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 10 out. 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 039/CIB/2021**. Aprova a atualização dos leitos clínicos e de UTI adulto e pediátrico para atendimento COvid19 em Santa Catarina. Em anexo a planilha com a especificação dos leitos atualizados em 01/04/2024. Florianópolis, 10 de abril de 2021.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços

de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 set. 2017. Seção 1, p. 35.

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

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

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

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

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

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

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

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015.** São Paulo, 2011. Disponível em:
http://bvsms.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 101: 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.

Para acesso direto a página da SES, com todos os Planos, Anexos e Ofícios, [clique aqui.](#)



saudesc.gov.br

 [saudepublicasc](#)

 [saudepublicasc](#)

 [saudesc](#)



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE