



ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDENCIA DE
PLANEJAMENTO E GESTÃO
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO
GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DO SUS



**PLANO DAS REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE SANTA
CATARINA NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA FOZ DO RIO ITAJAÍ
COMPONENTE DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**



Ministério
da Saúde



PLANO DE AÇÃO REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS ATENÇÃO HOSPITALAR

MUNICÍPIOS QUE COMPÕE A REGIÃO: Balneário Camboriú; Balneário Piçarras; Bombinhas; Camboriú; Ilhota; Itajaí; Itapema; Luis Alves; Navegantes; Penha; Porto Belo.

Equipe de Elaboração:

ARNALDO SCHIMITT NETO

GERENTE DE SAÚDE

17ª Gerência Regional de Saúde

RITA DE CÁSSIA TEIXEIRA RANGEL

17ª Gerência Regional de Saúde

TECNICOS

- CLAUDIA GONSALVES – 17ª GERSA
- MARGARETH CADORE - 17ª GERSA
- FABIANA BIANCHET - MS
- DEYSI SOUZA - ITAPEMA
- RICARDO REISER – ITAJAÍ
- ANA LUIZA TOTTI - ITAJAÍ
- FRANCISNARA ZAVASKE – BALNEÁRIO CAMBORIÚ
- JANETE TEIXEIRA - CAMBORIÚ
- JULIANA WUST – LUIS ALVES
- NADIA BINS - NAVEGANTES
- REGIANE BASSO - PENHA
- JULIO KELLER – BALNEÁRIO PIÇARRAS
- MARCIA GASPARY – PORTO BELO
- ANTONIO CARLOS DA SILVA - BALNEÁRIO PIÇARRAS
- ANA CAROLINA PINHEIRO - BOMBINHAS

- Pactuado no grupo de condução do PAR – Plano de ação Regional da região da Foz do Rio Itajaí em reunião dia 03 de junho de 2013.

Apresentado e aprovado na reunião da CIR Foz do Rio Itajaí: 03 de junho de 2013.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO	7
2.1 Análise Situacional da Região da Foz do Rio Itajaí.....	11
2.2 Atenção Básica.....	11
2.3 Atenção Hospitalar e na urgência.....	18
2.4 Análise da Infra Estrutura de Saúde da Região.....	43
3 OS PROCESSOS DE GESTÃO E PACTUAÇÃO REGIONAL	44
3.1 Plano Municipal de Saúde.....	44
3.2 Relatório Anual de Gestão.....	45
3.3 O pacto de gestão nos municípios.....	46
4 OBJETIVOS	49
5 JUSTIFICATIVA	49
6 DESENHO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	50
6.1 Organização e descrição do fluxo de acesso aos componentes da RUE.....	52
6.1.1 Componente Hospitalar.....	52
6.1.2 Unidades de pronto Atendimento- UPA.....	61
6.1.3 Salas de Estabilização- SE.....	63
6.1.4 Serviço atendimento móvel de urgência- SAMU.....	66
6.1.5 Atenção Domiciliar- AD.....	70
6.1.6. Complexo de regulação de leitos.....	72
6.1.7. Atenção Básica em Saúde.....	73
6.1.8 Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde.....	74
6.2 Linhas de Cuidado Prioritárias.....	74
6.2.1 Cardiovascular.....	74
6.2.2 Traumatologia-Ortopedia.....	76

6.2.3 Neurologia.....	77
7 CRONOGRAMA FÍSICO/FINANCEIRO DETALHADO DE IMPLANTAÇÃO DO PLANO REGIONAL.....	79
8 APROVAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO REGIONAL –PAR	85
9 REFERÊNCIAS.....	86

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01: População total por sexo – região de saúde Foz do Rio Itajaí – 2012..

QUADRO 02: Municípios e população da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí-2012

QUADRO 03: População Residente por Faixa Etária - Foz do Itajaí, 2012

QUADRO 04: Características da Atenção Básica na Região da Foz do Rio Itajaí, 2012

QUADRO 05: Municípios da RMF com suas unidades hospitalares, segundo o porte e as respectivas habilitações/2012.

QUADRO 06: Relação de Hospitais Privados com a distribuição de leitos – 2013

QUADRO 07: Relação de Hospitais conveniados/ SUS com a distribuição de leitos - 2013

QUADRO 08: Hospital desativado conveniados/ SUS com a distribuição de leitos - 2012

QUADRO 09: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Balneário Camboriú 2012.

QUADRO 10: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Camboriú - 2012.

QUADRO 11: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Itajaí - 2012.

QUADRO 12: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Itapema - 2012.

QUADRO 13: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Luis Alves - 2012

QUADRO 14: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Navegantes - 2012

QUADRO 15: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Penha - 2012

QUADRO 16: Leitos de UTI em hospitais públicos e ou conveniados ao SUS na Região da Foz do Rio do Itajaí - 2012

QUADRO 17: Leitos de UTI em hospitais públicos e ou conveniados ao SUS na Região da Foz do Rio do Itajaí - 2012

QUADRO 18: Internações nos Hospitais da Região da Foz do Rio Itajaí de acordo com o município de procedência do paciente - Jan de 2008 à Dez de 2012.

QUADRO 19: Internação da Região da Foz do Rio Itajaí com o diagnóstico de IAM no ano de 2012.

QUADRO 20 Frequência por Ano da Notificação segundo Agravos Notificados da Foz do Rio Itajaí de 2008 a 2012

QUADRO 21: Descrição dos procedimentos de media complexidade de acordo com o grupo de procedimento descrito PDR 2008.

QUADRO 22: Descrição das referências dos procedimentos de media complexidade de acordo com o grupo de procedimento na Região da Foz do Rio Itajaí - descrito PDR 2008.

QUADRO 23: Descrição dos procedimentos de alta complexidade de acordo com o grupo de procedimento descrito PDR 2008.

QUADRO 24: Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular

QUADRO 25: Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia- Ortopedia

QUADRO 26: Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Nefrologia

QUADRO 27: Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Neurologia

QUADRO 28: Fluxo da Rede Estadual de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

QUADRO 29: Fluxo da Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Auditiva

QUADRO 30: Fluxo da Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência Física

QUADRO 31: Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia

QUADRO 32: Fluxo da Rede Estadual de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional

QUADRO 33: Fluxo da Rede Estadual de Assistência Especializada em Serviços Odontológicos

QUADRO 37: Atendimento por unidade do SAMU (ambulâncias USB e USAS) na Região da Foz do Rio Itajaí, 2012.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Distribuição de internações, segundo os municípios da Região da Foz do Rio Itajaí e especialidade, 2012.

TABELA 02: Distribuição de internações, segundo os municípios de outras regiões de saúde e especialidade, 2012.

TABELA 03: Proporção de internações segundo município de residência na Região da Foz do Rio Itajaí, 2012

TABELA 04: Internação nos Hospitais da Região da Foz do Rio Itajaí com o diagnóstico de IAM no ano de 2012.

TABELA 05: Proporção de Internação nos Hospitais da Região da Foz do Rio Itajaí com o diagnóstico de AVC nos anos de 2012.

TABELA 06: Proporção de Mortalidade Geral por causas da Região da Foz do Rio Itajaí no ano de 2012.

TABELA 07: Proporção de Mortalidade por Causas Externas por causas da Região da Foz do Rio Itajaí no ano de 2012.

1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) se aparenta como uma provocação já antevista na Constituição Federal de 1988, ao avalizar a saúde como direito de todos e dever do Estado e também na Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui uma política pública de saúde.

O SUS, em sua deliberação legal estabelece um sistema de saúde que afiance o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, promulgado no Art. 196 da Constituição; bem como, exerça as diretrizes do Art. 198 ao garantir assistência integral à saúde, com prioridade às atividades de prevenção, no entanto sem depreciar a assistência curativa; assistência à saúde de forma equânime; descentralização político-administrativa em cada esfera de governo; e participação da comunidade em seu cotidiano (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

O SUS é apontado como um processo social em construção, em pleno curso de mudanças. São notórios os progressos conseguidos nessas duas décadas, apesar disso, se faz necessário debater as configurações de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que deliberam os modos de se produzir saúde, e, além disso, proteger seus princípios e empregá-los de acordo com as dinâmicas sociais, sanitárias e econômicas do Brasil, pois ainda permanece o desafio de concretizar o SUS como um sistema público universal, equânime e de boa qualidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007; BRASIL, 2009 b).

Os amplos desafios do SUS pautados pelos secretários municipais e estaduais de saúde são: o desafio da universalização, o desafio do financiamento, o desafio do modelo institucional, o desafio do modelo de atenção à saúde, o desafio da gestão do trabalho, e o desafio da participação social.

O Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram um documento tripartite como forma de completar o plano de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde para diminuir a divisão em segmentos entre serviços e a fragmentação do cuidado à saúde.

A metodologia de organização do serviço de saúde é o modo de desenvolver as práticas sanitárias, para isso utilizam-se modelos de cuidado, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde (MENDES, 2007; ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998), estes procedimentos de atenção precisam estar

estruturados com base no perfil epidemiológico de uma população de uma região e que calculam as necessidades sociais de saúde verificados historicamente (PAIM, 2006).

Mendes (2002) aponta duas formas principais para formar sistemas de serviços de saúde: os sistemas fragmentados e os sistemas integrados de serviços de saúde. A fragmentação dos sistemas se dá pela (des)organização através de um conjunto de pontos de atenção a saúde separados um dos outros e carentes de comunicação. O modelo da atenção primária à saúde é frágil, e não desempenha sua função de proporcionar cuidado ininterrupto às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada (MENDES, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a organização em redes combinadas por pontos de atenção à saúde, com a atenção primária à saúde como o centro de diálogo da rede. Os pontos compõem os nós da rede. Não há hierarquização entre os nós, nem entre eles e o centro de comunicação.

O processo de disposição das Redes de Atenção à Saúde em Santa Catarina teve começo no município de Joinville recomendado pelo então Governador do Estado na época. A primeira etapa foi em 2007 com a realização de Oficina de Sensibilização.

Esse processo de transformação organizacional tem sido um aprendizado complexo e difícil em graus variados, tem envolvido o desenvolvimento de novas e mais contrabalançadas relações entre hospital e atenção primária, entre especialistas e Médicos de Família e Comunidade, entre a atenção primária e domiciliar, e, em uma série de espaços, entre formas de atendimento hospitalar e ambulatorial. Esses tipos de ajuste estrutural no aparelhamento dos sistemas de saúde são, por seu próprio caráter, esforços de longo prazo e seu progresso solicita a persistência e o foco de todos os envolvidos.

Segundo Mendes, (2002); Mendes (2007) e a Organização Mundial da Saúde, (2003) a metodologia de assistência adequada à situação de saúde da população brasileira necessita atender, de modo coordenado e delineada, para atender a tripla carga de doenças, tem a obrigação de continuar atendendo às condições agudas, às urgências e emergências, entretanto necessita de forma paralela e prioritária, atender às condições crônicas de saúde.

Mendes (2002) ainda afirma que é através de uma rede associada de serviços de saúde que se possibilita um atendimento das necessidades de saúde dentro do o

ciclo de vida de uma condição de saúde, com competência para gerar intervenções de acesso da saúde, cuidado de agravos, redução do risco evolutivo das condições de saúde, tratamento, reabilitação, conservação e apoio individual e familiar para autocuidado.

A Comissão Intergestores Regional – CIR da região da Foz do Rio Itajaí coaduna-se com objetivos estratégicos estabelecidos pelo Governo Federal visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Como o desenho da CIR Foz do Rio Itajaí é o mesmo da região de saúde, a SES e os gestores deste CIR elaboraram este Plano Operativo para as redes de Urgência e Emergência, por ser uma das prioridades, visando buscar os recursos das Portarias que disciplinam a RUE.

Destaca-se ainda, que a conformação da Rede de Atenção às Urgências deva estar em consonância com a Portaria nº 4.279/GM, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e demais regulamentações que orientam e respaldam o sistema de saúde pública brasileiro.

Foi nesse caminho que buscamos o apoio dos técnicos e dirigentes das áreas envolvidas e de forma especial das representações institucionais dos gestores estaduais e municipais em uma verdadeira força tarefa para institucionalizar os esforços de integração. Assim foi construída a **REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** coordenada pela Atenção Primária à Saúde, como condição para atingir a integralidade do cuidado.

O modo de construção do presente Plano operativo é resultado de articulação regional, envolvendo os áreas da urgência da SES e dos hospitais existentes neste território, além dos 11 municípios desta Região.

A elaboração esta sendo realizada coletivamente com todos os municípios que compõem a Região de Saúde. Esta proposta foi submetida à aprovação da Comissão Intergestores Municipais (CIR) em 03 de junho de 2013 e homologada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) **em 23 de junho de 2013.**

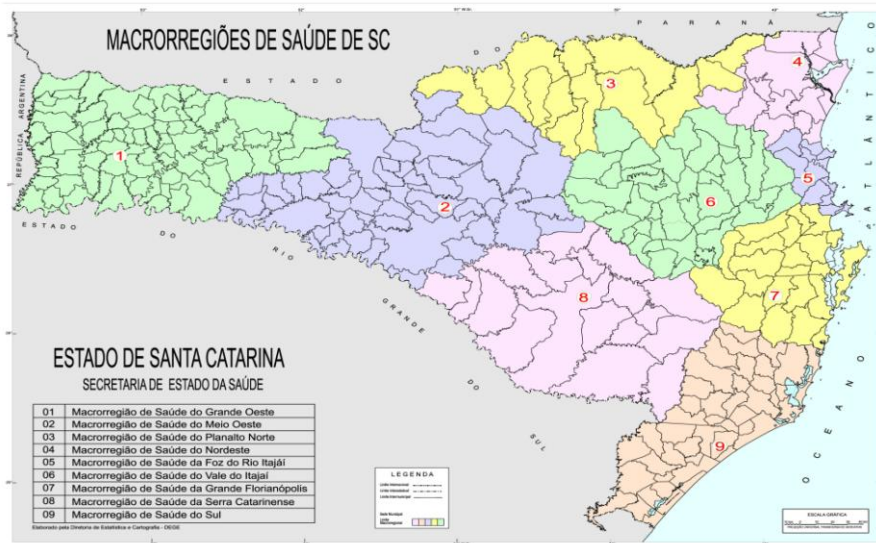


FIGURA I: Composição Das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina

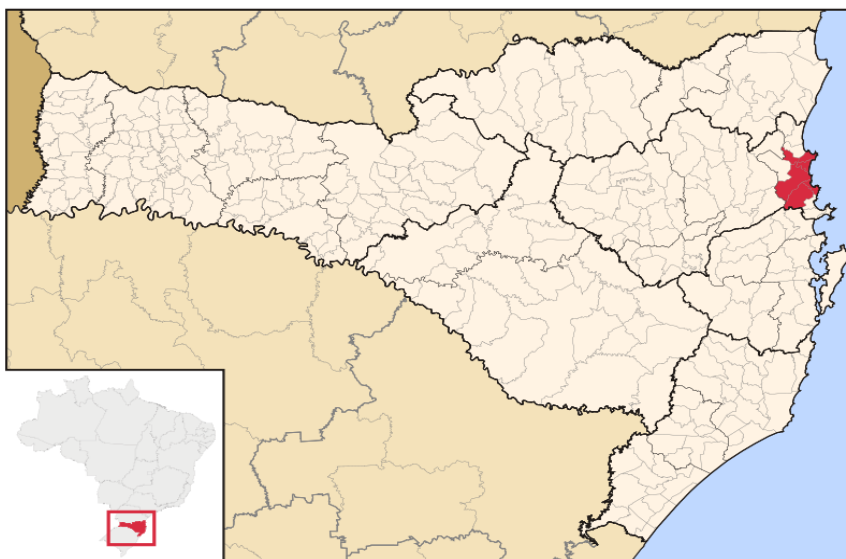


FIGURA II: COMPOSIÇÃO DA MACRORREGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ

Figura 4: Mapa com a configuração das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina

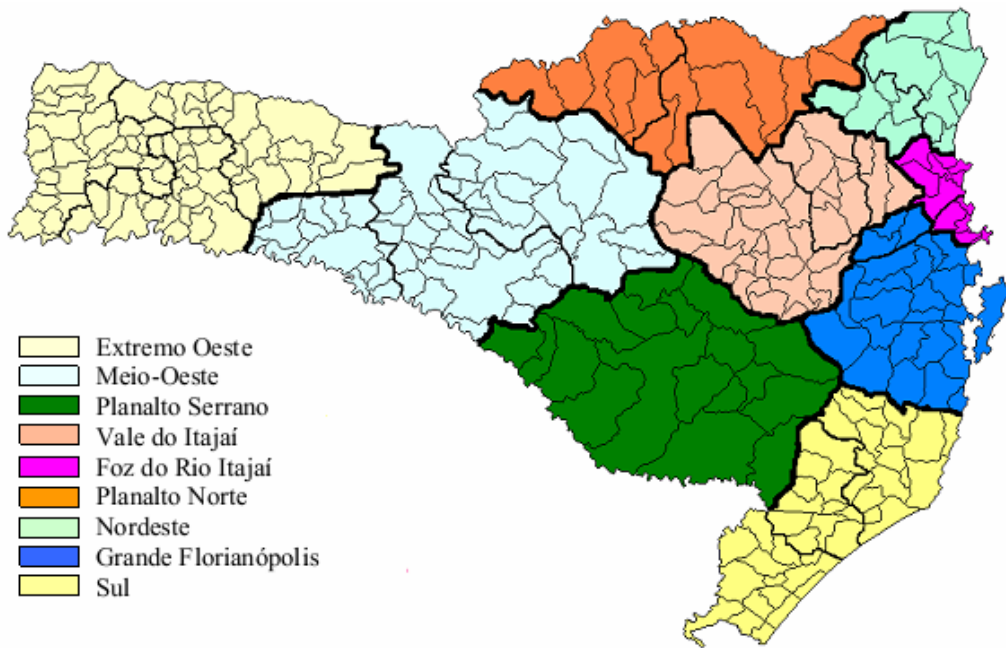


FIGURA III: COMPOSIÇÃO DA MACRORREGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ

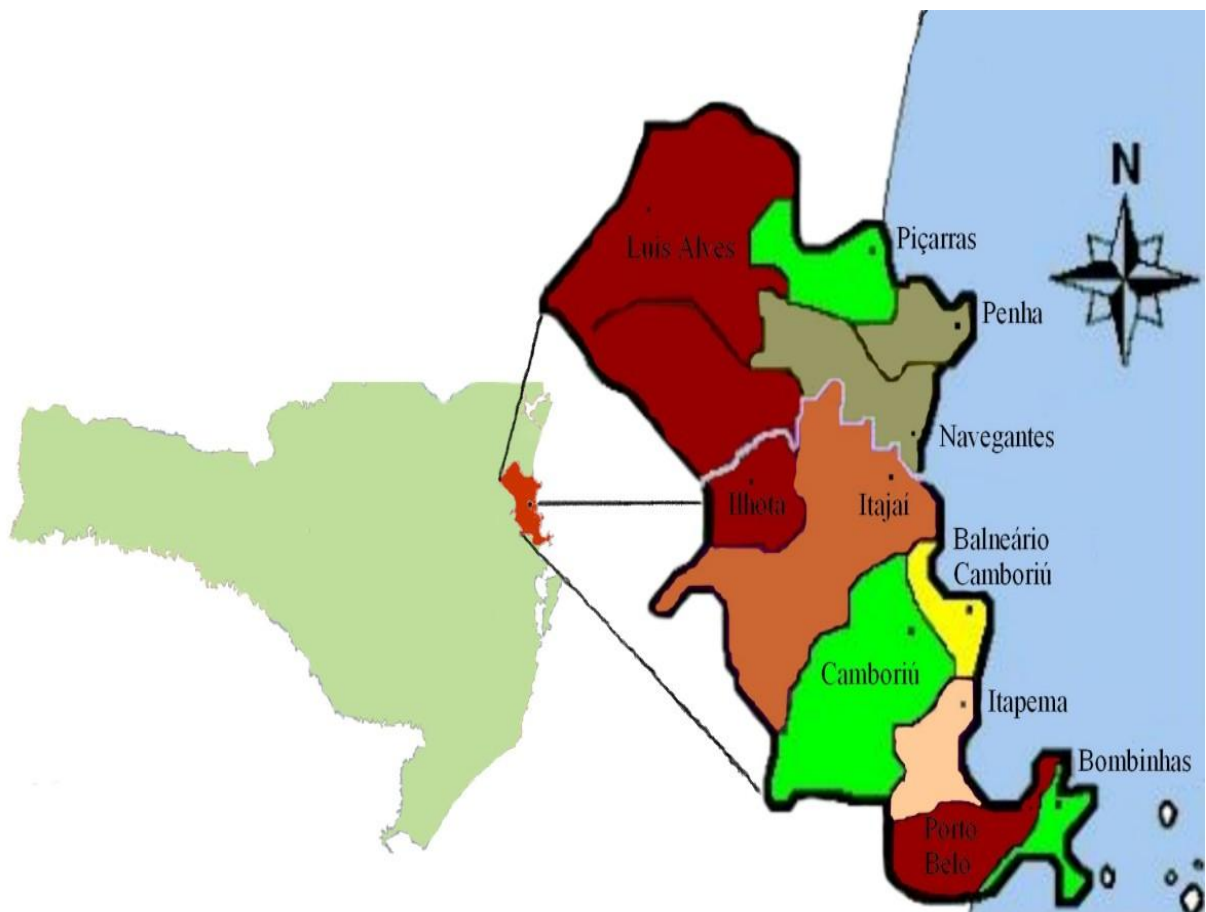


FIGURA IV: COMPOSIÇÃO DA MACRORREGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ

2 - CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO

2.1 Análise Situacional da Região Foz do Rio Itajaí

A Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí é composta por 01 (uma) Região de Saúde e 01 (uma) Secretarias de Desenvolvimento (SDR) com uma população de referência de **579.946** habitantes divididos em 11 municípios: Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luis Alves, Navegantes, Penha e Porto Belo. Possui uma área de 1525,17 km², abrangendo 11 municípios.

Tem uma população de **579.946** habitantes, sendo 49,15 % do sexo masculino e 50,85 % do sexo feminino.

QUADRO 01: População total por sexo – região de saúde Foz do Rio Itajaí - 2012

Masculino	%	Feminino	%	TOTAL	%
285.047	49,15	294.899	50,85	579.946	100

Fonte: IBGE, 2010

QUADRO 02: Municípios e população da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí-2012

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	%
Balneário Camboriú	113.319	19,54
Balneário Piçarras	18.010	3,10
Bombinhas	15.136	2,61
Camboriú	65.520	11,30
Ilhota	12.624	2,18
Itajaí	188.791	32,55
Itapema	48.807	8,41
Luiz Alves	10.811	1,87
Navegantes	63.764	11,00
Penha	26.268	4,53
Porto Belo	16.896	2,91
42005 FOZ DO RIO ITAJAÍ	579.946	100

Fonte: IBGE, 2010

QUADRO 03: População Residente por Faixa Etária - Foz do Itajaí, 2012

Faixa Etária	Foz do Rio Itajaí
Menor 1 ano	8.093
1 a 4 anos	31.517
5 a 9 anos	41.521
10 a 14 anos	49.043
15 a 19 anos	50.452
20 a 29 anos	108.981
30 a 39 anos	94.321
40 a 49 anos	80.454
50 a 59 anos	60.007
60 a 69 anos	33.021
70 a 79 anos	16.127
80 anos e mais	6.409

Fonte: IBGE, 2010

A distribuição da população na Região da Foz do Rio Itajaí se configura em:

- de 10.001 até 20.000 hab. - 5 municípios (45, 46%);
- de 20.001 até 50 000 hab. - 2 municípios (18,18%);
- de 50.001 até 100 000 hab. - 2 municípios (18,18%) e,
- acima de 100.000 hab. - 2 municípios (18,18%).

O número de habitantes dos municípios da Região da Foz do Rio Itajaí, está apresentada no quadro nº 02.

É importante destacar que 32,55% da população desta região localizam-se no município de Itajaí, 19,54% em Balneário Camboriú e 11,30% e 11,00% nos municípios de Camboriú e Navegantes respectivamente. Os demais municípios são de pequeno porte.

2.2 Atenção Básica

Compreendendo a Atenção Básica em saúde como ordenadora do Sistema de Saúde, a sua capacidade instalada bem como as ações realizadas são determinante para o desempenho do trabalho em rede. O Estado de Santa Catarina entende a Estratégia de Saúde da Família- ESF- como substitutiva ao modelo de atenção convencional e vem, desde 1994 sustentando a reordenação do modelo.

Apresentamos a seguir uma breve análise da capacidade instalada da Atenção Básica na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí, a Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e UBS (Unidades Básicas de Saúde). (Quadro 03).

A Macrorregião Foz do Rio Itajaí, é formada por 01 (uma) região de Saúde: com um total de 11 municípios. A cobertura populacional em ESF dessa Macrorregião é de 67,33%, um dos motivos dessa cobertura deve-se ao fato de o município de Balneário Camboriú, com uma população maior, apresenta baixa cobertura, de 34,27% o que reduz o percentual de cobertura da Macrorregião de Saúde. Ressaltamos que na Macrorregião 05 (cinco) municípios possuem cobertura populacional de ESF de 100%, são eles: Balneário Piçarras, Bombinhas, Ilhota, Luis Alves e Porto Belo, o que nos mostra que quase metade dos municípios da Macrorregião estão com 100% cobertura populacional em ESF.

Em relação à Atenção Básica em Saúde Bucal a Macrorregião da Foz do rio Itajaí apresenta 63 Equipes de Saúde Bucal, sendo 61 do Tipo I e 02 do Tipo II, com uma cobertura populacional de saúde bucal estimada de 37,74%. Apenas os municípios de Balneário Piçarras, Bombinhas e Porto Belo apresentam cobertura de 100%. O menor índice de cobertura é do município de Itajaí (11,12%). Dos 11 municípios da região, 7 apresentam índice de cobertura acima de 45%, estipulada no Estado.

QUADRO 04: Características da Atenção Básica na Região da Foz do Rio Itajaí, 2012

Município	População Coberta %	Teto de Equipes ESF e ESB	Nº Equipes SF	Nº Equipes SF assentamento	Nº Equipes SB 1	Nº Equipes SB 1 assentamento	Nº Equipes SB 2	Nº ACS	CEO DE REFERÊNCIA	NASF MS MOD. 1	Nº Equipe com adesão no PMAQ (ESFS, E, SB)
Balneário Camboriú	34,27	46	14	--	04	--	--	72	01	--	13
Balneário Piçarras	100	07	07	--	06	--	--	36	--	01	07
Bombinhas	100	06	05	--	05	--	--	25	--	01	02
Camboriú	64,72	27	12	--	07	--	--	104	--	--	11
Ilhota	100	05	05	--	--	--	--	25	--	01	03
Itajaí	70,44	78	38	--	06	--	02	305	02	--	44
Itapema	87,48	20	13	--	10	--	--	62	01	01	13
Luiz Alves	100	04	04	--	04	--	--	24	--	01	04
Navegantes	66,57	26	12	--	12	--	--	52	01	01	11
Penha	80,50	11	06	--	03	--	--	46	--	--	04
Porto Belo	100	07	06	01	06	01	--	31	--	--	03
TOTAL	67,33	237	122	01	60	01	02	763	05	07	115

Fonte: Atenção Básica SES - 2013

Atenção Especializada em Saúde Bucal é realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas dos municípios de Balneário Camboriú, Itajaí, Itapema e Navegantes. Em relação aos Laboratórios de Prótese dental, o município de Bombinhas, Camboriú, Navegantes, Itapema e Itajaí são habilitado para a produção de próteses dentais.

No Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ/AB, a Região da Foz do Rio Itajaí teve 100% de adesão dos municípios, com 115 Equipes de Atenção Básica (EAB) cadastradas para participarem deste programa.

No que diz respeito aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, na modalidade NASF Federal temos habilitados os municípios de Balneário Piçarras, Bombinhas, Itapema, Ilhota, Luis Alves e Navegantes.

Na Região da Foz do Rio Itajaí a estrutura de CAPS é a seguinte: em Itajaí temos habilitados e em funcionamento: 01 CAPS II, 01 CAPS ad, e 1 CAPSi; . no município de Balneário Camboriú: 01 CAPS II e 01 CAPS ad; já nos municípios de Camboriú; Itapema e Navegantes 01CAPS I em cada respectivamente e em Balneário Piçarras 01 CAPS I microrregional com o município de Luis Alves.

2.3 Atenção Hospitalar e na urgência

A Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí é composta por 13 (treze) Unidades Hospitalares, são unidades privadas em sua maioria, não temos nenhuma Unidade do Estado sob gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Uma das Unidades Hospitalares situada no município de Itajaí é do tipo II com a maior quantidade de leitos disponível ao SUS.

Observando-se o quadro percebe-se que 04 municípios não possuem hospitais existe 1 hospital desativado em Balneário Camboriú, 07 municípios possuem hospitais. Em relação ao numero de leitos: 8 hospitais estão cadastrados com menos de 50 leitos, 03 hospitais de 51 a 100 leitos, 01 hospitais com 101 leitos até 200 leitos este no momento desativado, e 01 hospitais com mais de 200 leitos. A maioria dos hospitais (05) são de pequeno e médio porte. Apenas 01 unidade é de grande porte (acima de 200 leitos) com características de hospital Geral, mas habilitado em diversas especialidade em alta complexidade. Este

hospital é referências em média e alta complexidade e esta demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes, altera a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.

O único hospital público desta região é referências em média complexidade para população residente.

Esta Região, possui uma unidade hospitalar habilitada pela Portaria 210 do MS em Cardiologia, o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen como unidade em alta complexidade em Cardiologia.

Nesta Região, temos uma unidade contemplada na Rede da Neurologia, o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen que já possui habilitação.

Na rede do Trauma, temos o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, habilitado em Traumatologia-Ortopedia.

QUADRO 05: Municípios da RMF com suas unidades hospitalares, segundo o porte e as respectivas habilitações/2012.

MUNICÍPIOS	UNIDADE HOSPITALAR	PORTE HOSPITALAR	HABILITAÇÕES
Itajaí	Hospital E Maternidade Marieta Konder Bornhausen (HMMKB)	VI	<ul style="list-style-type: none"> • Acomp. Pós-Transplante • Atend. Tratamento de AIDS • Atendimento de Urgência e Emergência – Tipo II • Atendimento em UTI Adulto Especializada – Tipo II • Atendimento em UTI Neonatal – Tipo II • Busca Ativa e Captação de Órgão • Cirurgia Cardiovascular • Cirurgia Vascular • Hospital Cadastrado como Amigo da Criança • Neurocirurgia/Neurologia • Oncologia - UNACON • Proced. de Cardiologia Intervencionista • Terapia Nutricional Enteral / Parenteral • Traumatologia-Ortopedia – Antebraço, punho e mão • Traumatologia-Ortopedia – Cintura Escapular, braço e cotovelo • Traumatologia-Ortopedia – Cintura Pélvica, quadril e coxa • Traumatologia-Ortopedia – Coluna • Traumatologia-Ortopedia – Coxa, joelho e perna • Traumatologia-Ortopedia – Perna, tornozelo e pé • Tratamento de Glaucoma (clínica).
Luis Alves	Hospital Hoscola	I	
Navegantes	Hospital Nossa Senhora Dos Navegantes	I	
Penha	Hospital Nossa Senhora Da Penha Ltda	I	Laqueadura e Vasectomia Esterilização
Balneário Camboriú	Hospital Santa Inês*	II	<ul style="list-style-type: none"> • Atend. Tratamento de AIDS • Atendimento em UTI Adulto Especializada – Tipo II • Atendimento em UTI Neonatal – Tipo II • Hospital Cadastrado como Amigo da Criança • Laqueadura e Vasectomia Esterilização • Neurocirurgia/Neurologia • Terapia Nutricional Enteral / Parenteral
Balneário Camboriú	Hospital Ruth Cardoso**	II	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento em UTI Adulto Especializada – Tipo II • Atendimento em UTI Neonatal – Tipo II • Laqueadura e Vasectomia Esterilização • Terapia Nutricional Enteral / Parenteral
Camboriú	Fundacao Hospitalar De Camboriu	I	
Itajaí	Hospital Universitario Pequeno Anjo	II	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento em UTI Neonatal – Tipo II • Atendimento em UTI Pediátrica – Tipo II • Terapia Nutricional Enteral / Parenteral
Itapema	Hospital Santo Antonio	I	

Fonte: PDR – SC 2008.

*Hospital desativado.

**Hospital não consta no PDR 2008.

No quadro nº 05, encontra-se elencado os municípios, com suas unidades hospitalares, segundo o porte e as respectivas habilitações levantadas a partir do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) e confrontadas com dados atualizados das Contratualizações da SES descritas no PDR 2008.

QUADRO 06: Relação de Hospitais Privados com a distribuição de leitos - 2013

CNES	HOSPITAL	MUNICÍPIO	MACRO	PORTE	Leito Ñ SUS	Leito SUS	Total
3718395	HOSPITAL UNIMED	Balneário Camboriú	FRI	I	20	--	20
3425398	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUISA	Balneário Camboriú	FRI	I	31	--	31
3119289	HOSPITAL DO CORAÇÃO	Balneário Camboriú	FRI	II	49	--	49
2336464	HOSPITAL DE OLHOS DE SANTA CATARINA	Balneário Camboriú	FRI	I	02	--	02
TOTAL							102

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 07: Relação de Hospitais conveniados/ SUS com a distribuição de leitos - 2013

CNES	HOSPITAL	MUNICÍPIO	MACRO	PORTE	Leito Ñ SUS	Leito SUS	Total
2672154	HOSPITAL HOSCOLA	Luiz Alves	FRI	I	2	38	40
2674327	HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	Navegantes	FRI	I	3	34	37
2691469	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PENHA LTDA	Penha	FRI	I	6	26	32
6854729	HOSPITAL RUTH CARDOSO	Balneário Camboriú		I	00	102	102
2691523	FUNDACAO HOSPITALAR DE CAMBORIU	Camboriú	FRI	II	4	72	76
2744937	HOSPITAL UNIVERSITARIO PEQUENO ANJO	Itajaí	FRI	II	21	52	73
2303167	HOSPITAL SANTO ANTONIO	ITAPEMA	FRI	I	00	27	27
2522691	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	Itajaí	FRI	IV	106	180	286
TOTAL					142	531	673

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 08: Hospital desativado conveniados/ SUS com a distribuição de leitos - 2012

CNES	HOSPITAL	MUNICÍPIO	MACRO	PORTE	Leito Ñ SUS	Leito SUS	Total
	HOSPITAL SANTA INES	Balneário Camboriú	FRI	III	21	111	132

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 09: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Balneário Camboriú 2012.

CODIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO				
1	BUCO MAXILO FACIAL	2	1	1
2	CARDIOLOGIA	3	2	1
3	CIRURGIA GERAL	33	25	8
4	ENDOCRINOLOGIA	1	0	1
5	GASTROENTEROLOGIA	1	0	1
6	GINECOLOGIA	18	10	8
8	NEFROLOGIAUROLOGIA	1	0	1
9	NEUROCIRURGIA	1	0	1
11	OFTALMOLOGIA	4	2	2
12	ONCOLOGIA	1	0	1
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	10	9	1
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	3	2	1
15	PLASTICA	3	0	3
16	TORAXICA	1	0	1
TOTAL		82	51	31
CLÍNICO				
31	AIDS	2	1	1
32	CARDIOLOGIA	12	2	10
33	CLINICA GERAL	51	25	26
35	DERMATOLOGIA	1	0	1
38	HEMATOLOGIA	1	0	1
40	NEFROUROLOGIA	3	2	1
42	NEUROLOGIA	8	2	6
44	ONCOLOGIA	6	0	6
46	PNEUMOLOGIA	3	2	1
TOTAL		87	34	53
COMPLEMENTAR				
66	UNIDADE ISOLAMENTO	9	8	1
74	UTI ADULTO - TIPO I	10	0	10
75	UTI ADULTO - TIPO II	10	0	10
80	UTI NEONATAL - TIPO I	17	0	17

95	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	2	2	0
TOTAL		48	10	38
OBSTÉTRICO				
10	OBSTETRICIA CIRURGICA	20	20	0
43	OBSTETRICIA CLINICA	8	0	8
TOTAL		28	20	8
PEDIATRICO				
45	PEDIATRIA CLINICA	15	15	0
68	PEDIATRIA CIRURGICA	5	5	0
TOTAL		20	20	0
OUTRAS ESPECIALIDADES				
47	PSIQUIATRIA	1	0	1
TOTAL		1	0	1
HOSPITAL DIA				
7	CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	19	10	9
TOTAL		19	10	9
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		169	85	84
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR		237	135	102

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 10: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Camboriú - 2012.

CODIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO				
3	CIRURGIA GERAL	29	29	0
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	10	10	0
15	PLASTICA	1	0	1
TOTAL		40	39	1
CLÍNICO				
33	CLINICA GERAL	15	14	1
TOTAL		15	14	1
COMPLEMENTAR				
66	UNIDADE ISOLAMENTO	2	0	2
TOTAL		2	0	2
OBSTÉTRICO				
10	OBSTETRICIA CIRURGICA	6	5	1
43	OBSTETRICIA CLINICA	5	4	1
TOTAL		11	9	2
PEDIATRICO				
45	PEDIATRIA CLINICA	10	10	0
TOTAL		10	10	0

OUTRAS ESPECIALIDADES				
47	PSIQUIATRIA	173	0	173
TOTAL		173	0	173
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		55	53	2
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR		249	72	177

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 11: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Itajaí - 2012.

CODIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO				
1	BUCO MAXILO FACIAL	4	1	3
2	CARDIOLOGIA	22	16	6
3	CIRURGIA GERAL	37	31	6
4	ENDOCRINOLOGIA	2	1	1
5	GASTROENTEROLOGIA	2	1	1
6	GINECOLOGIA	8	5	3
8	NEFROLOGIAUROLOGIA	3	1	2
9	NEUROCIRURGIA	18	12	6
11	OFTALMOLOGIA	2	1	1
12	ONCOLOGIA	16	10	6
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	36	21	15
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	2	1	1
15	PLASTICA	5	1	4
16	TORAXICA	4	1	3
TOTAL		161	103	58
CLÍNICO				
31	AIDS	18	14	4
32	CARDIOLOGIA	28	21	7
33	CLINICA GERAL	8	5	3
35	DERMATOLOGIA	3	1	2
36	GERIATRIA	8	4	4
37	HANSENOLOGIA	2	1	1
38	HEMATOLOGIA	5	2	3
40	NEFROUROLOGIA	4	3	1
41	NEONATOLOGIA	2	1	1
42	NEUROLOGIA	11	8	3
44	ONCOLOGIA	5	4	1
46	PNEUMOLOGIA	9	6	3
TOTAL		103	70	33
COMPLEMENTAR				
65	UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL	8	8	0

66	UNIDADE ISOLAMENTO	4	3	1
75	UTI ADULTO - TIPO II	30	20	10
78	UTI PEDIATRICA - TIPO II	6	6	0
81	UTI NEONATAL - TIPO II	14	12	2
92	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	10	0	10
TOTAL		72	49	23
OBSTÉTRICO				
10	OBSTETRICIA CIRURGICA	24	15	9
43	OBSTETRICIA CLINICA	6	4	2
TOTAL		30	19	11
PEDIATRICO				
45	PEDIATRIA CLINICA	54	33	21
TOTAL		54	33	21
OUTRAS ESPECIALIDADES				
34	CRONICOS	5	3	2
47	PSIQUIATRIA	1	1	0
49	PNEUMOLOGIA SANITARIA	5	3	2
TOTAL		11	7	4
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		264	173	91
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR		359	232	127

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 12: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Itapema - 2012.

CODIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO				
3	CIRURGIA GERAL	2	2	0
6	GINECOLOGIA	1	1	0
11	OFTALMOLOGIA	1	1	0
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1	0
TOTAL		5	5	0
CLÍNICO				
33	CLINICA GERAL	12	12	0
TOTAL		12	12	0
COMPLEMENTAR				
66	UNIDADE ISOLAMENTO	1	1	0
TOTAL		1	1	0
OBSTÉTRICO				
10	OBSTETRICIA CIRURGICA	1	1	0
43	OBSTETRICIA CLINICA	3	3	0
TOTAL		4	4	0

PEDIATRICO				
45	PEDIATRIA CLINICA	5	5	0
TOTAL		5	5	0
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		17	17	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR		26	26	0

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 13: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Luis Alves - 2012

CODIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO				
3	CIRURGIA GERAL	15	15	0
TOTAL		15	15	0
CLÍNICO				
33	CLINICA GERAL	14	12	2
TOTAL		14	12	2
COMPLEMENTAR				
66	UNIDADE ISOLAMENTO	2	2	0
TOTAL		2	2	0
OBSTÉTRICO				
43	OBSTETRICIA CLINICA	5	2	3
TOTAL		5	2	3
PEDIATRICO				
45	PEDIATRIA CLINICA	4	3	1
TOTAL		4	3	1
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		29	27	2
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR		38	32	6

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 14: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Navegantes - 2012

CODIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO				
3	CIRURGIA GERAL	12	10	2
TOTAL		12	10	2
CLÍNICO				
33	CLINICA GERAL	17	16	1
TOTAL		17	16	1
COMPLEMENTAR				
66	UNIDADE ISOLAMENTO	1	1	0
TOTAL		1	1	0
OBSTÉTRICO				
43	OBSTETRICIA CLINICA	10	10	0
TOTAL		10	10	0
PEDIATRICO				
45	PEDIATRIA CLINICA	14	14	0
TOTAL		14	14	0
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		29	26	3
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR		53	50	3

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 15: Distribuição de leitos, segundo os municípios e especialidade, Penha - 2012

CODIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO				
3	CIRURGIA GERAL	7	4	3
TOTAL		7	4	3
CLÍNICO				
33	CLINICA GERAL	14	14	0
TOTAL		14	14	0
OBSTÉTRICO				
43	OBSTETRICIA CLINICA	6	4	2
TOTAL		6	4	2
PEDIATRICO				
45	PEDIATRIA CLINICA	4	4	0
TOTAL		4	4	0
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		21	18	3
TOTAL GERAL		31	26	5

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

Observa-se que a maior concentração de leitos está localizada nos municípios de maior população (Balneário Camboriú e Itajaí), abarcando leitos em 3 unidades hospitalares públicas e ou conveniadas ao SUS e 3 unidades hospitalares privadas que abarcam 563 leitos.

O número de leitos existentes nesta região é de 775, com todos os leitos incluindo os privados.

Utilizando o parâmetro mínimo de leitos a necessidade total de leitos segundo a OMS, (de 2,5 leitos para cada 1000 habitantes), é de 1.450 leitos. Comparando este dados com os leitos cadastrado, obtemos uma proporção de 1,296 leitos SUS p/1.000 hab. Portanto a necessidade de leitos na região para alcançarmos a necessidade do parâmetro mínimo é de 675 leitos.

SITUAÇÃO DESEJADA DE LEITOS HOSPITALARES PARA A REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ

Nº de Leitos Gerais = 1.450

Nº de Leitos Gerais SUS (85%) = 1.232

Fazendo uma análise inicial, estamos muito abaixo do parâmetro estabelecido pela OMS não atendendo minimamente as necessidades regionais. E se observarmos nas **tabela 01 e 02**, sem contarmos com o atendimento realizado de 7,8% de internações a paciente provenientes de outras regiões de saúde do estado e do país, pois a região é turística, com um fluxo grande de turistas principalmente nos meses de verão.

Na distribuição dos leitos da Região da Foz do Rio Itajaí, observa-se uma concentração de leitos nos municípios de Itajaí (359) e Balneário Camboriú (204 sem contar com os leitos desativados do Hospital Santa Inês), tanto nas clínicas básicas como nas demais especialidades conforme quadro nº 09 e 11.

Com relação aos leitos psiquiátricos, o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, estadual, localizado no município de São José, atende doentes agudos, podendo também receber crises de reagudização de crônicos de nossa região,

pois até o presente momento não temos leitos psiquiátricos em nossa rede hospitalar e nem perspectiva frente a situação apresentada pelo déficit de leitos encontrados.

QUADRO16: Leitos de UTI em hospitais públicos e ou conveniados ao SUS na Região da Foz do Rio do Itajaí - 2012

UNIDADE DE SAÚDE	MUNICÍPIO	TIPO UTI	Nº UTI'S	TOTAL
Hospital Marieta K. Bornhausen	Itajaí	Adulto	16	24
		Neonatal	08	
Hospital Pequeno Anjo	Itajaí	Pediátrico	6	8
		Neonatal	2	
TOTAL*				32

Fonte:CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 17: Leitos de UTI em hospitais públicos e ou conveniados ao SUS na Região da Foz do Rio do Itajaí - 2012

CNES	HOSPITAL	MUNICÍPIO	Tipo UTI	Nº UTI's	Total
3425398	Hospital e Maternidade Santa Luisa	Balneário Camboriú	Neonatal	07	07
3119289	Hospital do Coração	Balneário Camboriú	Adulto	10	10
TOTAL					17

Fonte:CNES - DATASUS, 2013

SITUAÇÃO DESEJADA DE LEITOS DE UTI REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ

8% do total de leitos

Nº de Leitos UTI Total = 116

Nº de Leitos UTI SUS = 99 (98,56)

A região da Foz do Rio Itajaí é uma região com muito pouco agrupamento de

hospitais públicos e conseqüentemente o déficit de leitos ora apresentado. Considera-se importante haver ampliação, pois é frequente a necessidade de deslocamento de pacientes para outras regiões de saúde. Neste sentido, existe uma necessidade vigente de pelo menos mais 55 leitos de UTI adulto.

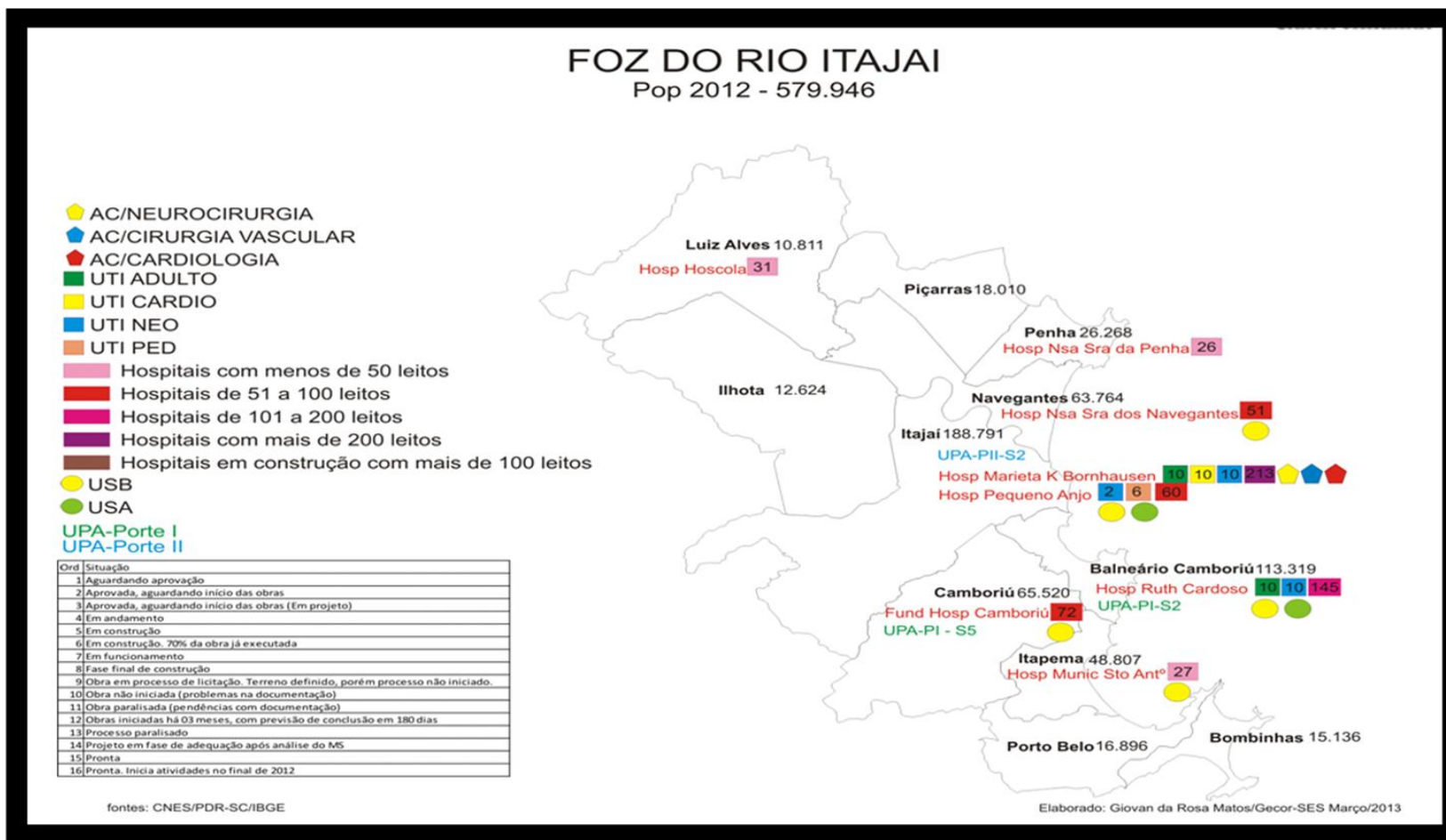


Figura: Figura 4 - Distribuição dos hospitais por porte em número de leitos, UPAS existentes, em construção e pactuadas, na macrorregião de Florianópolis em julho/20

TABELA 01: Distribuição de internações, segundo os municípios da Região da Foz do Rio Itajaí e especialidade, 2012.

MUNICÍPIO RESIDÊNCIA	CIRÚRGICO	%	OBSTÉTRICOS	%	CLÍNICO	%	PEDIÁTRICOS	%	TOTAL	%
420820 Itajaí	4124	43,00	2196	22,90	2213	23,08	1057	11,02	9590	100
420200 Balneário Camboriú	1757	40,27	874	20,03	1470	33,70	261	6,00	4362	100
421130 Navegantes	1081	28,91	953	25,48	973	26,02	732	19,57	3739	100
420320 Camboriú	1353	36,23	1028	27,53	1161	31,09	192	5,14	3734	100
420830 Itapema	649	36,93	291	16,56	723	41,14	94	5,35	1757	100
421250 Penha	648	47,29	252	18,39	402	29,34	68	4,96	1370	100
421280 Balneário Piçarras	278	37,56	234	31,62	164	22,16	64	8,64	740	100
421000 Luiz Alves	266	38,77	96	13,99	241	35,13	83	12,09	686	100
420245 Bombinhas	268	50,85	104	19,73	135	25,61	20	3,79	527	100
420710 Ilhota	255	51,61	69	13,96	121	24,49	49	9,91	494	100
421350 Porto Belo	273	57,12	53	11,08	129	26,98	23	4,81	478	100
TOTAL	10.952		6.150		7.732		2.643		27.477	

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

TABELA 02: Distribuição de internações, segundo os municípios de outras regiões de saúde e especialidade, 2012.

INTERNAÇÕES DE OUTRAS REGIÕES DE SAÚDE	CIRÚRGI CO	OBSTÉTRI CO	CLÍNICO	PEDIÁTRI CO	TOTAL
Outros Municípios de Santa Catarina	1.929	87	141	79	2236
Estado do Paraná	13	3	12	4	32
Estado do Rio Grande do Sul	11	1	9	6	27
Estado de São Paulo	7	0	7	3	19
Outros municípios do Brasil	1	0	3	0	04
TOTAL	1961	91	172	92	2.318

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

TABELA 03: Proporção de internações segundo município de residência na Região da Foz do Rio Itajaí, 2012

MUNICÍPIO RESIDÊNCIA	TOTAL DE INTERNAÇÕES	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES
420820 Itajaí	9590	34,9
420200 Balneário Camboriú	4362	15,9
421130 Navegantes	3739	13,6
420320 Camboriú	3734	13,58
420830 Itapema	1757	6,4
421250 Penha	1370	4,99
421280 Balneário Piçarras	740	2,69
421000 Luiz Alves	686	2,5
420245 Bombinhas	527	1,91
420710 Ilhota	494	1,8
421350 Porto Belo	478	1,73
TOTAL	27.477	100

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

A tabela nº 01 demonstra que a maioria das internações são em decorrência de procedimentos cirúrgicos para municípios da região (10.952), seguidos das internações clínicas (7.732) e pelas internações obstétricas (6.150). Segundo o gestor do município de Itajaí, atualmente encontram-se aguardando cirurgias eletivas na regulação do município 1200 pacientes para agendamento de Cirurgias Gerais de média complexidade e 950 pacientes aguardam cirurgias ortopédicas também de média complexidade.

QUADRO 18: Internações nos Hospitais da Região da Foz do Rio Itajaí de acordo com o município de procedência do paciente - Jan de 2008 à Dez de 2012.

TIPO DE PROCEDÊNCIA	NÚMERO INTERNAÇÕES DE PACIENTES PROCEDENTES DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ		NÚMERO DE INTERNAÇÕES DE PACIENTES DE FORA DA REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HMMKB	64.695	97,70	1.797	2,30	66.492	100
HRC	5.139	97,35	140	2,65	5.279	100
HSF	11.645	87,72	1.631	12,28	13.276	100
HNSN	8.589	96,32	328	3,68	8.917	100
HNSP	2.937	37,50	4.893	62,50	7.830	100
HSA	2.138	92,87	165	7,13	2.303	100
HUPA	11.433	98,21	208	1,79	11.641	100
HH	2.971	78,37	820	21,63	3.791	100
HSI	16.664	98,05	332	1,95	16.996	100
TOTAL	126.211	100	10.314	100	136.525	100

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

Em relação às internações nos Hospitais da Região da Foz do Rio Itajaí de acordo com o município de procedência do paciente - Jan de 2008 à Dez de 2012, observamos no quadro 18, que os hospitais vocacionados para cirurgias de média complexidade atende grande proporção de pacientes de fora da região.

Se analisarmos o déficit de leitos em nossa região a lógica seria impedirmos este acesso e transformarmos estes hospitais em retaguarda para a região. Nas oficinas de construção do PAR – RUE ficou pactuado que enquanto não for implementado esta política com as portarias, estes hospitais vão continuar atendendo as PPI (programação pactuada e integrada) com municípios de outras regiões e os termos de compromisso assinado para as cirurgias de campanhas.

TABELA 04: Internação nos Hospitais da Região da Foz do Rio Itajaí com o diagnóstico de IAM no ano de 2012.

MUNICÍPIO RESIDÊNCIA	IAM	%
420200 Balneário Camboriú	108	21,25
421280 Balneário Piçarras	13	2,56
420245 Bombinhas	10	1,98
420320 Camboriú	81	15,94
420710 Ilhota	01	0,2
420820 Itajaí	140	27,55
420830 Itapema	43	8,5
421000 Luiz Alves	20	3,93
421130 Navegantes	46	9,05
421250 Penha	31	6,10
421350 Porto Belo	11	2,16
Outras localidades	04	0,78
TOTAL	508	100

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 19: Internação da Região da Foz do Rio Itajaí com o diagnóstico de IAM no ano de 2012.

DIAG CID10 (CATEG) - ANO 2012	4204 FOZ DO RIO ITAJAÍ
I20 Angina pectoris	759
I21 Infarto agudo do miocardio	199
I22 Infarto do miocardio recorrente	28
I24 Outr doenc isquemias agudas do coracao	4
I25 Doenc isquemica cronica do coracao	5
Total	995

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

As internações em decorrência de patologias ligadas às doenças cardiovascular (IAM), em nossa região estão acima do parâmetro utilizado na portaria nº 655 de abril de 2012, pois em 2012 a região apresentou mais de 500 internações como preconiza a portaria para poder solicitar habilitação da linha de cuidado. O HMMKB já esta habilitado para tratamento de alta complexidade em doenças cardiovasculares.

TABELA 05: Proporção de Internação nos Hospitais da Região da Foz do Rio Itajaí com o diagnostico de AVC nos anos de 2012.

MUNICÍPIO RESIDÊNCIA	AVC 2012	%
420200 Balneário Camboriú	127	21,75
421280 Balneário Piçarras	21	3,60
420245 Bombinhas	15	2,56
420320 Camboriú	55	9,42
420710 Ilhota	9	1,54
420820 Itajaí	215	36,82
420830 Itapema	34	5,82
421000 Luiz Alves	8	1,37
421130 Navegantes	55	9,42
421250 Penha	30	5,14
421350 Porto Belo	15	2,56
TOTAL	584	100

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

As internações em decorrência de patologias ligadas às doenças cerebrovascular (AVC), em nossa região estão abaixo do parâmetro utilizado na portaria nº 655 de abril de 2012, pois em 2012 a região apresentou menos 800 internações como preconiza a portaria para poder solicitar habilitação de 20 leitos/mês na rede de AVC.

TABELA 06: Proporção de Mortalidade Geral por causas da Região da Foz do Rio Itajaí no ano de 2012. (%)

MORTALIDADE POR CAUSAS GERAIS	FOZ DO RIO ITAJAÍ
Doenças do aparelho circulatório	27,19
Neoplasias (tumores)	17,87
Causas externas	15,23
Doenças do aparelho respiratório	11,20
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6,28
Doenças do aparelho digestivo	4,96
Alg dças infecciosas e parasitárias	4,67
Mal Definidas	3,25
Doenças do sistema nervoso	2,93
Doenças do aparelho geniturinário	1,36
Algumas afec originadas no período perinatal	1,71
Transtornos mentais e comportamentais	1,61
Anomalias congênitas	0,68
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,11
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,43
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,29
Gravidez parto e puerpério	0,18
Doenças do olho e anexos	0,04
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,04
Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,00
TOTAL	100,00

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

A mortalidade proporcional por grupo de causas analisadas através da consolidação dos dados do ano de 2012 (tabela 06) apontou que somente três grupos de causas foram responsáveis por mais de 60,29% das mortes: Doenças do aparelho circulatório (27,19%), Neoplasias (17,87%) e Causas externas (15,23%). As doenças crônicas (Neoplasias, Doenças endócrinas e Doenças do Ap. Circulatório) se somadas segundo óbito por causas CID-10, teremos um total de óbitos que compreende um percentual de 62,54% do total de óbito no período.

TABELA 07: Proporção de Mortalidade por Causas Externas por causas da Região da Foz do Rio Itajaí no ano de 2012. (%)

CAUSAS EXTERNAS	FOZ DO RIO ITAJAÍ
Acidentes de Transportes	35,60
Homicídio	30,91
Suicídio	12,88
Acidentes-Quedas	8,43
Acidentes-Afogamento	4,68
Acidentes-exposição a forças inanimadas	0,47
Eventos cuja intenção é indeterminada	2,81
Acidentes-exposição a corrente elétrica	0,70
Acidentes-riscos a respiração	0,23
Acidentes-exposição ao fogo e às chamas	0,00
Demais causas externas	1,64
Acidentes-Envenenamento	0,00
Acidentes-Outros	0,00
Complicações de assistência médica e cirúrgica	0,47
Intervenções Legais e operações de guerra	0,94
Acidentes- Não especificados	0,00
Acidentes-Contato com animais e plantas venenosas	0,23
TOTAL	100,00

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

A mortalidade proporcional por grupo de causas externas analisadas através da consolidação dos dados do ano de 2012 (tabela 07) observamos que 35,60% estão relacionadas a acidentes de transporte, o que nos põe em alerta para ampliarmos e implantarmos a Rede de Urgência e Emergência com qualificação o que nos proporcionará em um futuro a diminuição de óbitos e sequelas na população jovem.

QUADRO 20 Frequência por Ano da Notificação segundo Agravos Notificados da Foz do Rio Itajaí de 2008 a 2012

Agravos Confirmados	2008	2009	2010	2011	2012	Total
B019 VARICELA	1381	701	1599	1284	1123	6088
A279 LEPTOSPIROSE	253	70	20	46	19	408
A630 CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	214	191	147	187	139	878
B19 HEPATITES VIRAIS	193	248	225	208	163	1037
T659 INTOXICACAO EXOGENA	113	91	144	146	193	687
G039 MENINGITE	95	94	108	70	62	429
N72 SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES	89	87	61	55	11	303

O981 SIFILIS EM GESTANTE	37	45	57	63	44	246
A53 SIFILIS EM ADULTO (EXCLUIDA A FORMA PRIMARIA)	28	57	83	108	155	431
B269 CAXUMBA [PAROTIDITE EPIDEMICA] SEM COMPLICACOES	24	12	25	20	36	117
R36 SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM	22	10	21	47	38	138
A90 DENGUE	8	3	29	12	7	59
N485 SINDROME DA ULCERA GENITAL (EXCLUIDO HERPES GENITAL)	6	10	14	11	9	50
A60 HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISODIO)	6	6	8	11	14	45
E43 DESNUTRICAO PROTEICO-CALORICA GRAVE NAO ESPECIFICADA	6	11	4	2	1	24
A779 FEBRE MACULOSA / RICKETTSIOSES	2	3	3	2	5	15
B54 MALARIA	2	1	4	1	3	11
Y09 VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS	1	35	137	680	586	1439
A35 TETANO ACIDENTAL	1	2	1	3	1	8
B69 CISTICERCOSE	1	0	1	0	0	2
A829 RAIVA HUMANA	0	0	0	0	34	34
J11 INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDEMICO)	0	0	0	0	27	27
A379 COQUELUCHE	0	0	0	4	21	25
A080 ROTAVIRUS	0	15	4	2	4	25
A539 SIFILIS NAO ESPECIFICADA	0	0	3	4	18	25
O986 DOENCAS CAUSADAS POR PROTOZOARIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ, O PARTO E O PUERPERIO	0	0	2	2	0	4
A810 DOENCA DE CREUTZFELDT-JACOB	0	1	1	0	0	2
A988 HANTAVIROSE	0	1	0	0	0	1
P371 TOXOPLASMOSE CONGENITA	0	0	0	0	1	1
Total	2482	1694	2701	2968	2714	12559

Fonte: SINAN, 2012.

Em relação ao quadro 20 frequência por Ano da Notificação segundo Agravos notificados da Foz do Rio Itajaí de 2008 a 2012, observamos notificações de DSTs e algumas doenças transmissíveis e que não apresentam imunização autorizada no sistema público de saúde. O que destacamos de mais importância para a Rede de Urgência e Emergência são as notificações de Violência doméstica e Sexual e outras violências, a rede deve estar preparada para além da notificação o tratamento e encaminhamento necessários para as vítimas.

2.4 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

2.4.1 Unidades de Saúde

O quadro apresenta as unidades de saúde existentes conforme o cadastro no CNES por região de saúde referente ao ano de 2012.

QUADRO 21: Consolidado por Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí - Rede Física cadastrada no CENES, 2012.

MUNICÍPIO	SDR	2012	HOSPITAIS	UPA/PA	CAPS
Balneário Camboriú	17 ^a	113.319	0	02	01
Balneário Piçarras	17 ^a	18.010	--	01(18horas)	01
Bombinhas	17 ^a	15.136	--	01(18horas)	--
Camboriú	17 ^a	65.520	01	01	01
Ilhota	17 ^a	12.624	--	--	--
Itajaí	17 ^a	188.791	02	04	03
Itapema	17 ^a	48.807	01	01	01
Luiz Alves	17 ^a	10.811	01	01	--
Navegantes	17 ^a	63.764	01	01	01
Penha	17 ^a	26.268	01	01	--
Porto Belo	17 ^a	16.896	--	01(18horas)	--

Fonte: CNES - DATASUS, 2013

QUADRO 22: Descrição dos procedimentos de media complexidade de acordo com o grupo de procedimento descrito PDR 2008.

Procedimentos	Grupos	Descrição
Procedimentos de Média Complexidade	7C	Consultas Especializadas
	8	Cirurgias Ambulatoriais
	9	Traumato-Ortopédicos
	CEO	Centro de Especialidade Odontológica
	10	Ações Especializadas em Odontologia
	11	Patologia Clínica
	12	Anatomo Patológica e Citopatologia
	13	Radiodiagnóstico
	14	Exames Ultra-sonográficos
	17	Diagnose
	18	Fisioterapia
	19	Terapia Especializada
	21	Prótese e Órtese
	22	Anestesia

Fonte: PDR – SC 2008.

No Plano Diretor de Regionalização do Estado de Santa Catarina, aprovado em 2008, está demonstrado a capacidade física existente para procedimentos de média e alta complexidade.

Os quadros nº 22 e 23 demonstram os procedimentos que cada região de saúde possui. Nos campos em verde limão, estão apresentados os procedimentos de alta complexidade correspondentes aos grupos da tabela do SUS (Quadro19), conforme numeração descrita.

Analisando a configuração da PPI programação pactuada integrada, observa-se que na Região da Foz do Rio Itajaí existe poucos municípios que são referência. O município de Itajaí é referência em média complexidade para todos os municípios da Região em alguns procedimentos, assim como Balneário Camboriú que só não é referência para Itajaí.

Os municípios se destacam como referência, em alguns procedimentos ambulatoriais são Itajaí, Balneário Camboriú e Navegantes.

Alguns procedimentos de alto custo, a capital é referência para os 293 municípios do Estado, como é o caso de densitometria óssea e coleta de material por meio de punção/biópsia percutânea guiada.

Embora exista uma concentração de serviços nos dois maiores municípios da região, há falta de oferta para vários procedimentos (consultas especializadas e internação).

QUADRO 23: Descrição das referências dos procedimentos de média complexidade de acordo com o grupo de procedimento na Região da Foz do Rio Itajaí - descrito PDR 2008.

Região de Saúde de Balneário Camboriú																	
Municípios de Referência	Municípios que encaminham	SDRs	Média Complexidade														
			7	7C	8	9	10	11	12	13	14	17	18	19	21	22	
Balneário Camboriú	Bombinhas	17	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X		X
	Camboriú	17	X	X	X	X		X		X	X	X		X		X	
	Ilhota	15									X						
	Itapema	17	X	X	X	X	X			X	X	X					X
	Luiz Alves	15								X	X						
	Navegantes	17	X								X						
	Penha	17									X						
	Piçarras	17									X	X					
	Porto Belo	17	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X		X
Camboriú	Nenhum	-															
Itapema	Porto Belo	17		X													
Itajaí	Balneário Camboriú	17		X					X	X		X	X				
	Bombinhas	17	X	X	X						X	X	X	X			
	Camboriú	17		X	X			X	X	X	X	X	X	X	X		
	Ilhota	15	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	Itapema	17		X	X				X	X	X	X			X		
	Luiz Alves	15	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Navegantes	17	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Penha	17	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Piçarras	17	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X
	Porto Belo	17	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X		
Navegantes	Ilhota	15									X						
	Luiz Alves	15									X						
	Penha	17									X						
Balneário de Piçarras	Nenhum	-															

Fonte: PDR – SC 2008.

Pela deliberação da CIB nº 092/2008 são procedimentos obrigatórios: Patologia Clínica, Radiodiagnóstico e Ultrassom, além da consulta médica especializada e dos procedimentos de Odontologia, destacados no quadro desse capítulo em amarelo. Na cor laranja, os grupos de procedimentos que o próprio município realiza.

Os municípios que atendem os critérios acima e ofertam esses grupos para, no mínimo, 02 (dois) municípios circunvizinhos são identificados como municípios de referência. O quadro está agrupado por região de saúde e grifado com um “X” os grupos de procedimentos que os municípios encaminham para o município de referência.

Este quadro demonstra que a Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí possui

QUADRO 25: Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular

Macrorregião/ População	Regiões de Saúde	População Região/2007	Composição	Unidades de Referência em Alta Complexidade em Cardiologia	Unidades de Referência em Alta Complexidade em Cirurgia Vascular
Foz do Rio Itajaí 478.812	Região de Saúde de Itajaí	271.299	Luiz Alves e Ilhota	Blumenau	Blumenau
			Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí
	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo		

Fonte: PDR – SC 2008.

QUADRO 26: Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Traumato- Ortopedia

Macrorregião/ População	Regiões de Saúde	População Região/2007	Composição	Unidades de Referência em Alta Comple- xidade de Traumato-Orto- pédia Adulto	Unidades de Referência em Alta Comple- xidade de Traumato-Orto- pédia Infantil
Foz do Rio Itajaí 478.812	Região de Saúde de Itajaí	271.299	Luiz Alves, Ilhota		
			Balneário Piçarras, Penha, Nave- gantes e Itajaí	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí	Hospital Infantil Joana de Gusmão -Floria- nópolis
	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo		
	Região de Saúde de Brusque	115.184	Brusque, Botuverá e Guabiruba	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí	

Fonte: PDR – SC 2008.

QUADRO 27: Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Nefrologia

Macrorregião/ População	Regiões de Saúde	População Região/2007	Composição	Unidades de Referência em Nefrologia
Foz do Rio Itajaí 478.812	Região de Saúde de Itajaí	271.299	Luiz Alves, Ilhota, Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	Unidade Renal - Itajaí
	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo	Fundação Pró-Rim/SC - Balneário Camboriú

Fonte: PDR – SC 2008.

QUADRO 28: Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Neurologia

Macrorregião/ População	Regiões de Saúde	População Região/2007	Composição	Unidades de Referência em Alta Complexidade de Neurocirurgia
Foz do Rio Itajaí 478.812	Região de Saúde de Itajaí	271.299	Luiz Alves, Ilhota, Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	IPMMI - Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí
	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo	Hospital Santa Inês S/A - Balneário Camboriú

Fonte: PDR – SC 2008.

QUADRO 29: Fluxo da Rede Estadual de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

Macrorregião/ População	Regiões de Saúde	População Região/2007	Composição	UNACON Sem Radioterapia	UNACON Com Radioterapia
Foz do Rio Itajaí 478.812	Região de Saúde de Itajaí	271.299	Luiz Alves, Ilhota, Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	IPMMI - Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí *	Hospital Santa Isabel - Blumenau
	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo		

Fonte: PDR – SC 2008.

QUADRO 30: Fluxo da Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Auditiva

Macrorregião/ População	Regiões de Saúde	População Região/2007	Composição	Serviços de Referência em Atenção à Saúde Audi- tiva - Média Complexidade	Serviços de Referência em Atenção à Saúde Auditiva - Alta Comple- xidade
Foz do Rio Itajaí 478.812	Região de Saúde de Itajaí	271.299	Luiz Alves, Ilhota, Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	UNIVALI - Itajaí	Centrinho - Joinville
	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo		

Fonte: PDR – SC 2008.

QUADRO 31: Fluxo da Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência Física

Macrorregião/ População	Regiões de Saúde	População Região/2007	Composição	Nível Intermediário
Foz do Rio Itajaí 478.812	Região de Saúde de Itajaí	271.299	Luiz Alves, Ilhota, Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	01 Unidade
	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo	

Fonte: PDR – SC 2008.

QUADRO 32: Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia

Macrorregião/ População	Regiões de Saúde	População Região/2007	Composição	Unidades de Atenção Especiali- zada em Oftalmologia
Foz do Rio Itajaí 478.812	Região de Saúde de Itajaí	271.299	Luiz Alves, Ilhota, Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	02 Unidades
	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo	01 Unidade

Fonte: PDR – SC 2008.

QUADRO 33: Fluxo da Rede Estadual de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional

Macrorregião/ População	Regiões de Saúde	População Região/2007	Composição	Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Enteral	Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Parenteral
Foz do Rio Itajaí 478.812	Região de Saúde de Itajaí	271.299	Luiz Alves, Ilhota, Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	Fundação Universitária Vale do Itajaí - Itajaí Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí	Fundação Universitária Vale do Itajaí - Itajaí Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí
	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo	Hospital Santa Inês - Balneário Camboriú	Hospital Santa Inês - Balneário Camboriú

Fonte: PDR – SC 2008.

QUADRO 34: Fluxo da Rede Estadual de Assistência Especializada em Serviços Odontológicos

Macrorregião/ População	Regiões de Saúde	População Região/2007	Composição	Centros de Especialidade Odontológica
Foz do Rio Itajaí 478.812	Região de Saúde de Itajaí	271.299	Luiz Alves, Ilhota, Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	CEO Tipo II - UNIVALI - Itajaí CEO Tipo I - Itajaí
	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo	CEO Tipo II - Balneário Camboriú CEO Tipo I - Itapema

Fonte: PDR – SC 2008.

A Alta Complexidade Hospitalar da Região é atendida atualmente no HMMKB nas especialidades Cardiovascular, Traumato- Ortopedia, Neurologia e Oncologia (quimioterapia), a Radioterapia está habilitado o Hospital Santa Isabel em Blumenau.

A terapia Renal Substitutiva é realizado em duas unidades localizadas na Região: a Pró Rim em Balneário Camboriú que atende os pacientes de Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Porto Belo e Bombinhas; já a Renal Vida localizada no município de Itajaí atende os pacientes de Itajaí, Navegantes, Ilhota, Luis Alves,

Penha e Balneário Piçarras.

Em relação ao atendimento à Pessoa Portadora de Deficiência Auditiva é esta assistência é realizado na própria região, a UNIVALI é habilitada para atender todos os municípios da região, realizando diagnóstico e protetização.

A SC Transplantes – Central de Captação, Notificação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina foi criada pelo Decreto Estadual nº 553/1999 de 21 de setembro de 1999 e Credenciada pelo Ministério da Saúde em 27 de outubro de 1999 através da Portaria SAS nº 604, sendo inaugurada em 16 de dezembro de 1999.

Atualmente é uma gerência da Superintendência de Serviços Especiais e Regulação da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina que funcionando como agência executiva do Sistema Nacional de Transplantes tendo a função de coordenar as atividades de transplante em âmbito estadual, centralizando e coordenando todas as ações que envolvam captação e transplante no estado, e atuando no gerenciamento das listas únicas de receptores de órgãos e tecidos, nos processos de captação e distribuição de órgãos e tecidos, além de formular políticas de transplantes para o estado.

Santa Catarina foi o primeiro estado do país a ultrapassar a marca de 15 doações efetivas por milhão de população (p.m.p.). No Brasil, a média atual é de 8,7 doadores efetivos p.m.p.

Nos últimos quatro anos, Santa Catarina liderou o ranking nacional de doadores. Santa Catarina é o Estado que realiza o maior número de transplantes de fígado e rins com doadores falecidos, proporcionalmente à sua população. Isso representa uma economia em escala com reflexo em várias áreas, já que, além de ter muito mais qualidade de vida, quem recebe um órgão automaticamente desafia outros serviços de saúde, como o de diálise. No quadro nº 11 encontra-se elencados os transplantes realizados em 2012 até abril, com praticamente 1/3 dos procedimentos relacionados ao transplante de córnea.

2.4.3. Serviço móvel de urgência (SAMU)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um serviço de saúde desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde,

organizado macrorregionalmente.

QUADRO 35: Distribuição de ambulâncias USAS na Região da Foz do Rio Itajaí, 2012.

REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ 579.946	MUNICÍPIO	USA	MUNICÍPIOS ATENDIDOS
	Balneário Camboriú	01	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Porto Belo e Bombinhas
Itajaí	01	Itajaí, Ilhota, Navegantes, Luis Alves, Penha e Balneário Piçarras.	

Fonte: Gerencia do SAMU, 2012

QUADRO 36: Distribuição de ambulâncias USB na Região da Foz do Rio Itajaí, 2012.

REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ 579.946	MUNICÍPIO	USA	MUNICÍPIOS ATENDIDOS
	Balneário Camboriú	01	Balneário Camboriú
	Itajaí	01	Itajaí e Ilhota
	Navegantes	01	Navegantes, Luis Alves, Penha e Balneário Piçarras.
	Camboriú	01	Camboriú
	Itapema	01	Itapema e Porto Belo
	Bombinhas	02	Bombinhas

Fonte: Gerencia do SAMU, 2012

Os municípios da Região da Foz do Rio Itajaí são atendidas pela central de regulação do SAMU de Balneário Camboriú que faz parte de um Sistema Regionalizado e Hierarquizado, capaz de atender, dentro da região de abrangência, todo enfermo, ferido ou parturiente em situação de urgência ou emergência, e transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar do sistema. Além disto, atua intermediando através da central de regulação médica das urgências, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, promovendo a ativação das equipes apropriadas e a transferência do paciente.

Com exceção do município de Luis Alves, que apesar de fazer parte da Região da Foz do Rio Itajaí, a referência em Regulação do SAMU é de Blumenau, mais as pactuações para atendimento da população no serviço é no município de Navegantes em unidade básica (USB) e Itajaí em unidade avançada (USA) como indicado nos quadros 35 e 36.

A distribuição das Centrais de Regulação, das Unidades de Suporte Avançado de Vida (UTI Móveis) e das Unidades de Suporte Básico de Vida segue critérios estabelecidos pelo Gestor Estadual, no caso das Centrais de Regulação e das Unidades de Suporte avançado de Vida (UTI Móveis), e pelos gestores municipais organizados regionalmente para a distribuição das Unidades de Suporte Básico de Vida, sendo que a configuração inicial foi detalhada no Plano de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina.

As USB e USA que atendem os municípios da Região da Foz do Rio Itajaí estão apresentadas nos quadros 35 e 36.

Nossa Região de abrangência constitui-se por 12 municípios dos quais recebemos chamados para atendimentos de urgência e emergência pré-hospitalar e para transferências de pacientes graves, dos locais com recursos insuficientes. À saber, estes municípios são do Sul ao Norte, por ordem, Bombinhas, Porto Belo, Itapema, Camboriú, Balneário Camboriú, Itajaí, Ilhota, Navegantes, Penha e Piçarras. O Município de Luis Alves neste momento ainda faz parte da regulação do SAMU de Blumenau. Já a Regulação desta Região sediada em Balneário Camboriú regula o fluxo de atendimento dos Municípios de Brusque e Guabiruba, os quais não fazem parte da região de saúde.

Ainda segundo informações do coordenador médico do SAMU, durante o ano de 2012, mais de 13 mil chamados foram atendidos (QUADRO 37), constituindo uma das regiões com maior número de chamados de emergência em todo o Estado de Santa Catarina, naquele ano.

O coordenador regional do SAMU da Foz do Rio Itajaí, esclarece que não existe até o momento registros de tempo resposta do atendimento do SAMU.

Este profissional explica em relatório que os atendimentos do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) existem algumas unidades hospitalares que realizam a aplicação de trombolítico como rotina e registram, porém não como um protocolo instituído. A maioria das unidades encaminha via SAMU para as unidades de referência em cardiologia.

QUADRO 37: Atendimento por unidade do SAMU (ambulâncias USB e USAS) na Região da Foz do Rio Itajaí, 2012.

MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
SAMU													
USA	338	332	251	289	254	330	270	396	420	344	295	291	3.810
USB	1.279	1.186	1.198	1.112	1.026	926	960	1.127	1.168	1.168	1.078	1.223	13.451
TOTAL	1.617	1.518	1.449	1.401	1.280	1.256	1.230	1.523	1.588	1.512	1.373	1.514	17.261

Fonte: SAMU – SC, 2013.

Atualmente na Região da Foz do rio Itajaí, contamos com unidades de atendimento do SAMU nas cidades de Bombinhas (uma unidade básica), Itapema (uma unidade básica), Camboriú (uma unidade básica), Balneário Camboriú (uma unidade básica e uma unidade avançada), Navegantes (uma unidade básica) e Itajaí (uma unidade básica e uma unidade avançada), totalizando 6 unidades básicas e 2 unidades avançadas para atendimento de urgências e emergências (quadro 35 e 36).

O município de Itajaí, maior município da região, de onde se origina o maior número de chamados, conta com duas unidades de pronto atendimento, nos bairros Cordeiros e São Vicente, além de Hospital referência em alta complexidade para Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e procedimentos hemodinâmicos para adultos, que atende como porta de entrada para Itajaí e região, Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, além de Hospital Pediátrico Universitário de média complexidade, Hospital Universitário Pequeno Anjo, que, apesar de não possuir cadastro como porta de entrada para atendimento de urgências e emergências, atua e funciona como tal, drenando grande parte dos atendimentos pediátricos de toda a região de atendimento de nossa central de regulação.

No município de Balneário Camboriú, segundo maior município da região e segundo em número de atendimentos prestados, temos o Hospital Municipal Ruth Cardoso, que se encontra nos limites deste município com o município de Camboriú e atende como porta de entrada, drenando pacientes dos municípios de Camboriú, Itapema, Porto Belo e Bombinhas, principalmente por dispor de recursos terapêuticos e diagnósticos como tomografia computadorizada e suporte de atendimentos de especialidades clínicas e cirúrgicas, além de pediatria, maternidade, UTI neonatal e UTI adulto geral.

Por fim, com relação ao município de Ilhota não há disposição de serviço de atendimento de urgências e emergências do município; nos municípios de Penha,

Piçarras, Porto Belo e Bombinhas, há apenas pequenas estruturas de pronto atendimento que, em geral, não ficam abertos durante 24h durante a semana e em finais de semana; em Itapema e Camboriú há pequenos hospitais municipais, com estrutura e condições de atendimento pequenas, sem sistema de internação com funcionamento adequado, sem sobreavisos de especialidades e com recursos diagnósticos e terapêuticos escassos, sendo que Itapema recebe, durante a noite, todos os atendimentos necessários para Porto Belo e Bombinhas, visto a insuficiência de recursos destes últimos e do fechamento de seus pronto atendimentos neste período. Por fim, em Navegantes, há um hospital pequeno, com internação clínica e cirúrgica, porém também com recursos terapêuticos e diagnósticos escassos.

Segundo o Coordenador médico do SAMU primeiro ponto crítico a ser verificado diz respeito ao município de Navegantes. Apesar de ser um município de porte pequeno, possui aeroporto de porte internacional o que possibilita grandes catástrofes e acidentes aéreos, além da demanda de atendimentos necessários, por vezes, aos viajantes que ali desembarcam. Além disto, este município constitui local de fácil acesso à BR-101, podendo escoar atendimentos e transferências com facilidade. Nesta lógica o município de Navegantes foi contemplado com uma UPA - Unidade de Pronto Atendimento, a qual está em processo de construção.

O segundo ponto crítico, ainda segundo este técnico, a ser verificado diz respeito ao município de Itapema. Município em plena ascensão e crescimento, que drena atendimentos das localidades de Porto Belo e Bombinhas, sendo cortado pela BR – 101, que conta com acidentes de maior magnitude e tendo distância pequena de Balneário Camboriú, porém agravada pelo verão, o que, também, justifica a implantação de Unidade de Pronto Atendimento que possa drenar os atendimentos dos municípios de Bombinhas e Porto Belo, diminuindo a demanda de Balneário Camború e dando condições de estabilizar e atender pacientes graves que possam ser oriundos dos municípios referidos (Bombinhas, Porto Belo e Itapema).

Este ressalta que 30% das transferências em toda nossa região de pacientes graves, por insuficiência de recursos, advêm de Bombinhas, Porto Belo e Itapema, que têm sua população aumentada em mais de 10 vezes no verão.

Quanto ao município de Itajaí, este recebe mais de 50% de todas as transferências realizadas em vaga zero ou não de nossa região. Conta com duas

unidades de pronto atendimento (Cordeiros e São Vicente), além de dois hospitais que atendem como porta de entrada na região, o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen e o Hospital Universitário Pequeno Anjo. Apesar da estrutura maior de atendimento, carece de investimentos em aumento do número de leitos e de repasses, devido à grande demanda de atendimento que supera em muito a capacidade das instituições que possui.

Em relação ao município de Balneário Camboriú, a existência de um hospital Municipal que atua como porta de entrada para a região, drenando atendimento de, pelo menos, 4 outros municípios (Itapema, Porto Belo, Bombinhas e Camboriú) e uma unidade de pronto atendimento (bairro da Barra), com projeto de abertura de nova unidade no bairro das nações, necessita, também, de investimentos para aumento de número de leitos e repasse de recursos, visto que também encontra-se lotado e com insuficiência de recursos para atender às demandas da região. Vale ressaltar que a primeira causa de solicitação de transferências na região é referente à necessidade de neurocirurgia, especialidade que inexistente no referido município, o que aumenta a demanda de transferências em direção ao hospital de Itajaí.

O Município de Camboriú, que faz limites com Balneário Camboriú, e que possui hospital de pequeno porte e infra-estrutura construída para abertura de uma unidade de pronto atendimento, possui, nos limites de sua cidade, o Hospital Municipal Ruth Cardoso, porta de entrada do SUS para atendimento na região, o coordenador do SAMU sugere a abertura de leitos de retaguarda e de internação de longa permanência na Fundação Hospitalar Camboriú, hospital existente na região e que possui unidade de pronto atendimento 24h.

Os municípios de Porto Belo e Bombinhas encontram-se no extremo sul de nossa região e, ambos, próximos à Itapema, porém, durante o verão, as distâncias, principalmente de Bombinhas até Itapema, apesar de pequenas, em função de possuir único acesso e em pista simples, sem acostamento e possibilidade de passagem rápida por unidades de atendimento de emergência, demandam tempos, por vezes, de mais de horas para que se possa realizar o deslocamento de pacientes graves. Durante este mesmo período o município recebe mais de 150mil pessoas, o que agrava a situação. Em função disto, justifica-se a abertura de sala de estabilização no município de Bombinhas (que fica ilhado do resto da região).

O município de Porto Belo que faz divisa com os municípios de Itapema e

Bombinhas, estando estrategicamente colocado ao centro do deslocamento dos dois, possui tempo resposta ideal para instalação de nova unidade avançada de atendimento móvel para possibilitar atendimento rápido e adequado no pré-hospitalar aos solicitantes, assim como as transferências necessárias advindas destes municípios.

Os municípios de Penha e Piçarras, por sua vez no extremo Norte de nossa região, apesar de pequenos, possuem distância considerável de nossos serviços de atendimento, visto que a unidade de atendimento do SAMU mais próxima encontra-se em Navegantes e sendo ambos os municípios próximos à BR 101, onde há risco de acidentes com vítimas graves e que demandem atendimento e disponibilidade de recursos escassos e ausentes na região. Justifica-se, tecnicamente, diante do exposto, a abertura de sala de estabilização em um dos dois municípios, além de aquisição de nova viatura para atendimento básico pré hospitalar no outro.

Por fim, o município de Ilhota, apesar de não possuir unidade de atendimento do SAMU e nem unidade de atendimento municipal com recursos adequados, é atendido pelas unidades básicas do SAMU de Itajaí e Navegantes, tendo seus pacientes encaminhados para o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, em Itajaí, não necessitando, de imediato, de investimentos adicionais quanto às redes de urgências e emergências.

Em resumo, o coordenador do SAMU da Foz do Rio Itajaí sugere o seguinte:

Investimento e abertura de novos leitos e auxílio de custeio para as unidades: Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, Hospital Universitário Pequeno Anjo, e Hospital Municipal Ruth Cardoso.

Abertura de leitos de reserva e de longa permanência nos hospitais de Navegantes e Camboriú.

Manutenção da abertura das unidades de pronto atendimento dos municípios de Balneário Camboriú e Itajaí.

Abertura de unidades de pronto atendimento nos municípios de Itapema e Navegantes.

Abertura de salas de estabilização nos municípios de Piçarras e Bombinhas.

Aquisição de unidade de suporte avançado de vida do SAMU para colocação de base no município de Porto Belo.

Aquisição de unidade de suporte básico de vida do SAMU para colocação de

base no município de Penha.

2.4.4 Complexo Regulador

Na região existem algumas experiências relacionadas na perspectiva de construção de Complexos Reguladores, especificamente nos municípios de Itajaí e Balneário Camboriú, onde já existem sistemas de informações próprios com o foco, neste momento, no agendamento de consultas especializadas e de exames/procedimentos, sendo que no município de Itajaí já utiliza o SISREG.

A regulação dos casos de Urgência e Emergência se dá exclusivamente pela Central de Regulação Macrorregional do SAMU que abrange todos os 12 municípios, 10 municípios da Região da Foz do Rio Itajaí, 2 municípios da Região de Brusque, já o município de Luis Alves não faz parte da Central de Regulação do SAMU da foz do Rio Itajaí.

Em relação à regulação de leitos, nossa experiência se concentra no controle de leitos de UTI por parte da Regulação Estadual do SAMU que tem como abrangência todo o estado de Santa Catarina. Cabe a Gerência Regional de Saúde (Itajaí) o direcionamento das solicitações de consultas e exames dos municípios para tratamento fora do domicílio (TFD) cuja distribuição se dá com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Cabe ao SAMU Estadual todas as regulações que extrapolam a área de abrangência de cada região, relacionadas aos transportes inter-hospitalares de pacientes graves e quando houver necessidade de regulação de urgência ou de transferência de pacientes graves para outros estados do Brasil. Além disto, o regulador estadual apoia todas as centrais regionais de regulação de urgência do SAMU, orientando os médicos reguladores quando solicitado e ativando todos os meios possíveis para a garantia do bom atendimento e o mais adequado a cada situação.

2.5 Análise da Infra Estrutura de Saúde da Região

A malha rodoviária de Santa Catarina se estende por 106.497,2 km divididos entre 2.546,8 km de estradas federais, 5.739,4 km de estradas estaduais, 1.001,8 km de estradas estaduais transitórias e 97.209,2 km de rodovias municipais.

A Região da Foz do Rio Itajaí possui 05 rodovias estaduais e duas rodovias federais, a BR 101 e a BR 470, sendo a BR 101 (Rodovia Federal) a maior via de acesso, responsável pela maior parte de tráfego de carga entre a região sul e o restante do país.

A infraestrutura rodoviária consolida a ocupação equilibrada do território catarinense, permitindo um crescimento descentralizado que fortalece a economia regional. Vale lembrar que a capital, Florianópolis, não é a maior cidade de Santa Catarina e que nenhum município catarinense reúne mais de 10% da população total do Estado (DEINFRA/2008). A infraestrutura de transporte rodoviário implantado e melhorada viabilizou, não somente a realização das atividades econômicas de interesse regional e estadual, mas também, e principalmente, a efetiva integração territorial, social e econômica de Santa Catarina.

A maior parte dos acidentes ocorre nas passagens por centros urbanos, como a maioria dos municípios da região da Foz do Rio Itajaí é cortado pela BR 101 temos um número expressivo de acidentes, principalmente nas áreas com maior densidade demográfica.

A Região vem recebendo um incremento significativo de novos veículos que aliado a falta de planejamento urbanístico, precária disponibilidade de transporte coletivo e alternativo e diminuição de profissionais responsáveis pela fiscalização das rodovias, está levando a um trânsito mais violento e com congestionamentos.

Apresentamos as distâncias dos municípios em KM da sua origem até os municípios de Itajaí e de Balneário Camboriú para se analisar o tempo resposta sobre o acesso às unidades hospitalares.

QUADRO 38: Distância dos municípios da Região Foz do Rio Itajaí até a cidade de Itajaí – Referência média e alta complexidade.

MUNICÍPIOS	DISTANCIAS
420200 Balneário Camboriú	10
421280 Balneário Piçarras	24
420245 Bombinhas	42
420320 Camboriú	13
420710 Ilhota	19
420830 Itapema	24
421000 Luiz Alves	40
421130 Navegantes	21
421250 Penha	24
421350 Porto Belo	36

Fonte: CIASC, 2013

QUADRO 39: Distância dos municípios da Região Foz do Rio Itajaí até a cidade de Balneário Camboriú – Referência média e alta complexidade.

MUNICÍPIOS	DISTANCIAS
421280 Balneário Piçarras	33
420245 Bombinhas	32
420320 Camboriú	3
420710 Ilhota	28
420820 Itajaí	10
420830 Itapema	13
421000 Luiz Alves	49
421130 Navegantes	30
421250 Penha	33
421350 Porto Belo	26

Fonte: CIASC, 2013

3 OS PROCESSOS DE GESTÃO E PACTUAÇÃO REGIONAL

3.1 Planos Municipal de Saúde

Quanto à elaboração do Plano Municipal de Saúde, do período de 2010-2013 verifica-se que 100% dos municípios aprovaram seus Planos no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Quanto à Programação Anual de Saúde, que é o instrumento que operacionaliza o PMS, nenhum município desta região, apresentou o documento aprovado no CMS.

3.2 Relatórios Anual de Gestão

Já em relação ao Relatório Anual de Gestão de 2012, 100% dos municípios aprovaram este instrumento.

A Região da Foz do Rio Itajaí segue a característica do Estado de Santa Catarina, em que a maioria dos municípios, em relação aos instrumentos de gestão, não realiza a Programação Anual de Saúde.

3.3 O pacto de gestão nos municípios

Quanto à adesão ao Pacto, com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal - TCGM, o Estado de Santa Catarina atingiu 100% de adesão (293 municípios) no segundo semestre de 2010.

Entretanto, ter aderido ao Pacto com a assinatura do TCGM, não significa que os municípios tenham assumido efetivamente a gestão dos seus recursos, sendo que, até o momento, XX municípios assumiram parcial ou totalmente a gestão dos serviços de média complexidade do seu território e 2 já eram Plenos do Sistema pelas normas anteriores.

Dos 11 municípios da Região da Foz do Rio Itajaí, todos assumiram a gestão da média complexidade em suas unidades, ou seja, 100 %.

Porém, o Município de Camboriú que possui Hospital em seu território mantém o mesmo sob gestão estadual.

Há que se considerar que nem todo recurso da PPI vai para o município. São transferidos somente recursos daqueles grupos onde existe produção ou oferta de serviço em seu território, resultando muitas vezes em baixos valores na hora da transferência, não sendo este processo atrativo para os gestores. Igualmente, foram realizadas várias orientações sobre o tema, mas não houve a sensibilização necessária dos gestores municipais, visando o fortalecimento do processo.

Precisamos ainda analisar que com o Decreto 7.580, várias alterações dentro da conformação do Estado necessitarão ser realizadas, e todo este metodologia necessitará ser submetida a um olhar qualificado, focado no planejamento das ações e serviços dentro das Regiões de Saúde.

A situação dos municípios da Região da Foz do Rio Itajaí com relação ao Pacto de Gestão está abaixo descrita:

BALNEÁRIO CAMBORIÚ: Assumiu a gestão de 100% em 2007.

BALNEÁRIO PIÇARRAS: Assumiu a gestão de suas unidades a partir da competência de junho de 2009.

BOMBINHAS: Assumiu a gestão de suas unidades a partir da competência de junho de 2009.

CAMBORIÚ: Assumiu a gestão, em março de 2010, de suas unidades, mantendo o Hospital sob GE.

ILHOTA: Assumiu a gestão de suas unidades a partir da competência de junho de 2012.

ITAPEMA: Assumiu a gestão de suas unidades a partir da competência de junho de 2009.

ITAJAÍ: Assumiu a gestão de 100% em Maio de 2007.

LUIS ALVES: Assumiu a gestão de 100% em junho de 2012.

NAVEGANTES: Assumiu a gestão de suas unidades em Maio de 2010, inclusive a do Hospital, e mantém a APAE sob GE.

PENHA: Assumiu a gestão de suas unidades, em Dezembro de 2011, mantendo o Hospital sob GE.

PORTO BELO: Assumiu a gestão de suas unidades a partir da competência de junho de 2009.

4 OBJETIVOS

- Implantar a Rede a de Atenção Urgência e Emergência, organizando e garantindo a assistência mais eficaz ao ponto de atenção correto em menor tempo possível.
- Implantar as linhas de cuidados prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia), melhorando o acesso e a qualidade da assistência á população.

5 JUSTIFICATIVA

O modelo de cuidado à saúde seguido pelo SUS ressalta o atendimento às condições agudizadas, igual a quase todos os sistemas de saúde universais. Por este motivo, não é adequado para as realidades da ocorrência de saúde no Brasil, onde há tripla carga de doenças, com dominação das condições crônicas, como já destacado (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007; MENDES, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) salienta que a crise gerada por essa contradição só será superada por uma transformação no modelo de atenção à saúde em vigor (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (2003, p. 34) garante que “quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona”. O modelo de atenção do SUS tenta afrontar as condições crônicas com o mesmo desenho que enfrenta as condições agudas, utilizando procedimentos reservados a atender os momentos de agudização de uma condição crônica. Nessa lógica errada, a condição crônica tem seu desenvolvimento de forma silenciosa, levando a ocorrências cada vez mais graves (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007; MERHY, 1998).

Segundo Mendes, (2002); Mendes (2007) e a Organização Mundial da Saúde, (2003) a metodologia de assistência adequada à situação de saúde da população brasileira necessita atender, de modo coordenado e delineada, para atender a tripla carga de doenças, tem a obrigação de continuar atendendo às condições agudas, às urgências e emergências, entretanto necessita de forma paralela e prioritária, atender às condições crônicas de saúde.

Mendes (2002) ainda afirma que é através de uma rede associada de serviços de saúde que se possibilita um atendimento das necessidades de saúde dentro do ciclo de vida de uma condição de saúde, com competência para gerar intervenções de acesso da saúde, cuidado de agravos, redução do risco evolutivo das condições de saúde, tratamento, reabilitação, conservação e apoio individual e familiar para autocuidado.

Já Almeida; Castro; Lisboa (1998) afirmam que a modelagem de atenção deve ser apoiado no diagnóstico e compreensão do processo saúde-doença do

município e/ou da região e nos fatores que originam a condição de saúde e doença existentes no território de ação.

O desenho dos serviços de saúde, que os autores acreditam, julga que a influência dos serviços e profissionais de saúde proporcionará uma abrangência total sobre os tópicos que envolvem a saúde das pessoas, e não somente sobre a enfermidade, seus agravos, a incapacidade ou a morte, com o extrapolado estilo flexneriano de cuidar (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998).

Para prática de um novo padrão de cuidado será indispensável uma modificação de modelo por parte dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários, por este motivo, Merhy (1998) afirma que a alteração do modelo de cuidado à saúde principia com uma deliberação política expressa dos gestores de saúde.

Mendes (2002) afirma que este modelo tem a função de reorganizar a pirâmide em uma rede horizontal e poliárquica, em atenção especial às condições crônicas de saúde, onde todos os pontos de atenção à saúde são importantes e fundamentais para o alcance do objetivo de produzir saúde.

Para este autor é indiscutível a importância de um sistema de serviços de saúde ser organizado a partir de um cuidado primário à saúde de qualidade e organizado num sistema integrado de serviços de saúde. Mendes (2002) ainda refere que uma das principais mudanças entre um modelo assistencial voltado para condições agudas e crônicas é a característica da atenção primária à saúde.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde é necessário aumentar o acesso, mas, sobretudo é necessário melhorar as estruturas físicas dos pontos de atenção da Atenção Primária de Saúde (APS), habilitar os recursos humanos, incorporar novas tecnologias e estruturar os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos, para que a APS possa ser mais eficiente, efetiva e com mais qualidade (BRASIL, 2011).

A condição de saúde da população catarinense, em que pese apresentar bons indicadores gerais nesta área, apresenta, no entanto, desafios a serem superados pelos diferentes pontos de atenção do sistema.

A transição demográfica e epidemiológica ocorrida nestes últimos trinta anos, nos impõe um desafio de enfrentar uma tripla carga de doenças em que se sobrepõe as doenças infecciosas e carências, seguidas das crônicas e das motivadas por causas externas.

Um sistema de saúde que apresente fortes indicativos de fragmentação da

assistência aos seus cidadãos tem grandes dificuldades de atender, principalmente o crescente número de doenças crônicas (pelo envelhecimento populacional), que se caracterizam fortemente pela sobreposição de agravos, em um mesmo indivíduo.

Os Prognósticos serão influenciados de forma decisiva na medida em que o sistema se organiza, otimizando os recursos financeiros disponíveis e os Recursos Humanos valiosos e escassos.

6 DESENHO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Estado de Santa Catarina estabeleceu uma tipologia para os hospitais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências das macrorregiões do Nordeste e Planalto Norte nos termos da Portaria GM/MS nº 1.600 de 07 de julho de 2011 e Portarias complementares a qual foi aprovada pela Deliberação/CIB 314/2010 (anexo 02) e complementado pelas deliberações CIB 363 de 20 de agosto de 2010 (anexo 03).

No ano de 2011 foram publicadas várias portarias de financiamento para a Atenção das Urgências e Emergências. A portaria nº 2.395GM, de 11 de outubro de 2011, organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seguindo estas normativas a Comissão Intergestora Regional da Foz do Rio Itajaí apresenta seu Plano de Ação Regional para a Rede de Urgência e Emergência.

6.1 Componente Hospitalar

Pela Portaria GM/ 2.395 de 11 de outubro de 2011 que define os critérios para a Porta de Entrada Hospitalar, nenhum dos Hospitais da macrorregião do Planalto Norte atende os critérios, porém estas unidades hospitalares são consideradas estratégicas para a Rede de Urgência e Emergência, pois realizam e atendimento ao AVC, Cardiovascular e Trauma.

A Região da Foz do Rio Itajaí possui um hospital com habilitação em alta complexidade pelo Ministério da Saúde, em Cardiologia, Neurologia/Neurocirurgia e Traumato-Ortopedia, atendendo as necessidades da região e sendo referência para outras do estado.

Apresentaremos a proposta de organização da Rede de Atenção a Urgência e Emergência conforme os componentes da Política Nacional, iniciando pelo componente hospitalar (portas de entrada da urgência, leitos de retaguarda clínicos, leitos de longa permanência e os leitos de UTI). Componente pré-hospitalar fixo, móvel (sala de estabilização, UPAs e SAMU) e no componente pós hospitalar através do atendimento domiciliar.

6.1.1 Porta de Entrada das Urgências

Assim procedidas as análises e discussões na região de Saúde da Foz do Rio Itajaí, foram apontadas as Unidades Hospitalares que atuarão enquanto Porta de Entrada.

A) HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN

Hospital localizado na cidade de Itajaí, cumprindo o requisito relativo ao número de leitos.

Hoje se constitui referência para toda a população das 17ª SDR - Foz do rio Itajaí, bem como para a população de municípios da 16 SDR, como Brusque, Guabiruba e Botuverá em procedimentos Traumáticos Ortopédicos.

Com 20 leitos de UTI adultos credenciados pelo SUS e mais 10 leito para pacientes particulares e convênios se constitui numa referência para pacientes que precisam deste aparato tecnológico, sendo que nas internações ocorridas em 2012, apresentados as de maior frequência onde se pode observar claramente a lógica apresentada.

QUADRO 40 - Número de Internações na UTI do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen da Região da Foz do Rio Itajaí – Ano: 2012

MUNICÍPIO RESIDENCIA	UTI ADULTO II	UTI NEONATAL II	UTI DOADOR	TOTAL
420820 Itajaí	628	136	0	764
421130 Navegantes	146	18	0	164
420200 Balneário Camboriú	152	3	1	156
421250 Penha	95	18	0	113
420320 Camboriú	79	6	0	85
421280 Balneário Piçarras	56	12	0	68
420830 Itapema	60	3	0	63
420710 Ilhota	28	9	0	37
420290 Brusque	7	23	0	30
421350 Porto Belo	25	2	0	27
420245 Bombinhas	22	0	1	23
421000 Luiz Alves	15	4	0	19
420210 Barra Velha	9	1	0	10
410690 Curitiba	7	0	0	7
420140 Araranguá	1	5	0	6

420240 Blumenau	6	0	0	6
420590 Gaspar	5	0	0	5
421860 Trombudo Central	4	0	0	4
421060 Massaranduba	1	2	0	3
421820 Timbó	3	0	0	3
420750 Indaial	0	2	0	2
420910 Joinville	1	1	0	2
420930 Lages	2	0	0	2
421800 Tijucas	1	1	0	2
320530 Vitória	1	0	0	1
355030 São Paulo	1	0	0	1
420230 Biguaçu	1	0	0	1
420545 Forquilha	1	0	0	1
420600 Governador Celso Ramos	1	0	0	1
421480 Rio do Sul	0	1	0	1
421530 Salete	1	0	0	1
421580 São Bento do Sul	1	0	0	1
421770 Sombrio	0	1	0	1
421780 Taió	0	1	0	1
431140 Lajeado	1	0	0	1
521880 Rio Verde	1	0	0	1
TOTAL	1362	249	2	1613

Fonte:

Mantém serviços de Alta Complexidade em:

- Oncologia – Cirúrgico e Ambulatorial, com Serviços Quimioterápicos – Referencia para 11 municípios da 17 SDR.
- Cardiovascular – Cirúrgico e Ambulatorial – Referencia para 11 municípios da 17 SDR.
- Neurocirurgia - Cirúrgico e Ambulatorial – Referencia para 11 municípios da 17 SDR.
- Traumatologia - Cirúrgico e Ambulatorial – Referencia para 11 municípios da 17ª SDR e 3 municípios da 16ª SDR.

Além dos credenciamentos em Alta Complexidade acima citados, a Instituição ainda possui habilitação para:

- Busca e Captação de Órgãos.
- Transplante de Esclera.
- Transplante de Córneas.

- Tratamentos de Afecções associadas HIV/AIDS.
- Tratamento de Glaucoma.
- Cuidados Intermediários Neo Natal

Participa ativamente nos programas de formação médica, mantendo serviços de Residência em Clínica Médica e Residência em Ortopedia.

Só pelos serviços que a Instituição desenvolve atualmente, a mesma se configura apta para ser **PORTA DE ENTRADA** das Redes de Atenção de Urgência da Foz do Rio Itajaí, classificando-se como **HOSPITAL ESPECIALIZADO PORTE II**, fazendo jus a investimentos na ordem de **R\$ 3.000.000,00** e custeio mensal de **R\$ 300.000,00**.



Imagem 01: Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen



Imagem 02: Projeto do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Torre Madre Tereza

B) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEQUENO ANJO (HUPA)

Hospital localizado na cidade de Itajaí é mantido pela Fundação Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) - entidade jurídica de direito privado, de finalidade filantrópica e natureza beneficente. Desde a década de 1960, este Hospital faz parte dos serviços da rede de saúde na Região da Foz do Rio Itajaí. A partir de 20 de abril de 2002, a Fundação UNIVALI assume a administração do Hospital. Atualmente, o Hospital Universitário Pequeno Anjo (HUPA) possui 73 leitos, dos quais 54 leitos na Pediatria Clínica, 19 leitos na Pediatria Cirúrgica e 08 leitos de UTI, além de 09 leitos para observação no serviço de urgência e emergência e 03 leitos de recuperação pós-anestésica.

Este cenário do HUPA, apesar de não atender ao disposto na Portaria 2395/2011 quanto ao número de leitos se justifica pelo disposto no § 1º do art. 6º, que considera as Instituições Hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos estabelecidos neste artigo, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, como é o caso do HUPA.

Além disso, a entrada do HUPA na Rede de Urgência e Emergência se justifica por ser o único Hospital Pediátrico da região, configurando-se como HOSPITAL ESPECIALIZADO. Ainda se considera no perfil do seu atendimento as inúmeras notificações de atendimento em H1N1, entre outras doenças infectocontagiosas – o que acarreta uma taxa de ocupação pequena, tendo em vista a necessidade de tornar os quartos isolamentos, desabilitando, assim, inúmeros leitos.

Esta Instituição tem importância considerando, conforme o Quadro 41, o atendimento de pacientes da região e de fora da região em seus leitos de UTI.

QUADRO 41 - Número de Internações na UTI do Hospital Universitário Pequeno Anjo da Região da Foz do Rio Itajaí – Ano: 2012

MUNICÍPIO RESIDÊNCIA	UTI INFANTIL II	UTI DOADOR	TOTAL
420820 Itajaí	58	1	59
421130 Navegantes	17	0	17
420320 Camboriú	11	0	11
421280 Balneário Piçarras	8	0	8
420200 Balneário Camboriú	7	0	7
420290 Brusque	6	0	6
420830 Itapema	6	0	6
420140 Araranguá	3	0	3
421000 Luiz Alves	3	0	3
420240 Blumenau	2	0	2
420710 Ilhota	2	0	2
421250 Penha	2	0	2
410830 Foz do Iguaçu	1	0	1
410960 Guaratuba	1	0	1
420220 Benedito Novo	1	0	1
420280 Braço do Norte	1	0	1
421350 Porto Belo	1	0	1
421580 São Bento do Sul	1	0	1
421630 São João Batista	1	0	1
421800 Tijucas	1	0	1
TOTAL	133	1	134

Atende pediatria clínica e cirúrgica, com destaque para a cirurgia geral, em otorrino e ortopédica, participando de todas as campanhas de mutirão cirúrgico.

Integrou-se no atendimento aos pacientes especiais que necessitam de

tratamento odontológico em regime hospitalar, sendo referencia para o CEO, bem como junto ao serviço de saúde Auditiva, realizando exames deste serviço, tais como o BERA, com sedação, em regime hospitalar.

É importante no contexto da formação profissional em saúde, pois a Instituição abriga a Residência Médica em Pediatria - especialidade primordial na saúde da população, pois acompanha desde o nascimento até a adolescência o indivíduo.

Por estas razões, e pela importância que o HUPA – Hospital Universitário Pequeno Anjo tem na saúde da Foz do Rio Itajaí é que indicamos a Instituição para ser **PORTA DE ENTRADA** enquanto **HOSPITAL ESPECIALIZADO TIPO I**, fazendo jus ao recebimento de **R\$ 3.000.000,00** para investimentos e **R\$ 200.000,00** para custeio mensal, integrando a Rede de Urgências da 17ª SDR.



Imagem 03: Hospital Universitário Pequeno Anjo - Pediátrico

C) HOSPITAL MUNICIPAL RUTH CARDOSO

Justificativa para implantação da porta de entrada das Redes de Urgência e Emergência no município de Balneário Camboriú.

Aspectos geográficos

A região da Foz do Rio Itajaí hoje se compõe de 11 municípios (Bombinhas, Porto Belo, Itapema, Balneário Camboriú, Camboriú, Itajaí, Balneário

Piçarras, Ilhota, Luis Alves, Navegantes e Penha).

Em seu artigo 1º o Decreto 7508 de 28 de junho de 2011, se define “portas de entrada – serviços de atendimento inicial a saúde do usuário no SUS”, considerando que, para a implantação das Redes de Urgência e Emergência da macrorregião tanto o município de Balneário Camboriú como o município de Itajaí são áreas territoriais estratégicas para porta de entrada. Hoje, o município de Itajaí é a referência nos atendimentos de alta complexidade para a Macrorregião.

Esta macrorregião, entretanto, é dividida em duas microrregiões onde Itajaí ficaria com uma porta de entrada para atender a Região de Saúde de Itajaí, composta, além deste município, por Ilhota, Luis Alves, Navegantes, Penha e Balneário Piçarras.



Enquanto a porta de entrada do Hospital Municipal Ruth Cardoso seria responsável pelo atendimento da Região de Saúde de Balneário Camboriú, composta pelos municípios de Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Porto Belo e Bombinhas. Ainda neste aspecto, podemos dizer que a BR 101, estrada federal de grande fluxo de veículos e cargas, sendo um elo de ligação de várias regiões nacionais, cruza toda a extensão de nossa macrorregião. Conforme dados da Empresa Autopista Litoral Sul, a rodovia é com frequência local de grandes acidentes com necessidade de encaminhamento das vítimas aos hospitais de média e alta complexidade. Vale ressaltar que o Hospital Municipal Ruth Cardoso encontra-se ainda localizado num ponto mais estratégico, estando às margens desta rodovia.

Ainda pelas informações obtidas pelo relatório do SAMU enviado a esta secretaria em 18 de abril de 2013, as distâncias entre os municípios e médias de

tempo para percorrê-las foram retiradas de acordo com os dados do Google Maps (referencia para implantação da RUE), porém cabe ressaltar que, durante a alta temporada, o tempo percorrido entre alguns municípios, ainda que em código 1 (sirenes ligadas e ambulâncias em atendimento de emergência), pode chegar até 4 horas.

Aspectos turísticos e econômicos

A região da Foz do Rio Itajaí além de comportar o maior porto seco no território nacional, é composta também por diversas praias turísticas, refletindo principalmente num aumento flutuante da população em geral nos finais de semanas, assim como um aumento considerável a partir de novembro a abril. Dentre todas as praias da região, sem sombra de dúvidas o município de Balneário Camboriú é o que apresenta o maior número de visitantes.

O município de Penha abriga hoje o maior Parque Temático do país, sendo também um polo turístico para região. A cidade de Camboriú, sedia anualmente o encontro dos Gideões, maior encontro de protestantes no mundo, deixando a cidade de Camboriú com mais de 100000 habitantes nos períodos de março a abril.

Ressaltamos também que, grande parte das festas de outubro, embora sendo realizadas em cidades próximas a nossa região, acaba por movimentar o turismo local e contribuindo para um aumento na população flutuante.

O porto de Itajaí e a praia de Porto Belo recebem, durante a temporada, dezenas de cruzeiros nacionais e internacionais, sendo que, para este último verão, a expectativa de Itajaí foi de receber 41 cruzeiros, com sua tripulação e passageiros. Por fim, os aspectos econômicos e turísticos da região justificam mais de uma porta de entrada na região.

Aspectos populacionais:

O aumento da população devido ao turismo afeta diretamente o número de atendimentos nos hospitais da região, sendo que hoje temos somente dois hospitais que atendem média e alta complexidade, O Hospital Municipal Ruth Cardoso e o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen.

QUADRO 42: Quantitativo populacional dos municípios da Região da Foz do Rio Itajaí e o seu aumento durante os meses de alta temporada.

CIDADE	POPULAÇÃO	PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO NA ALTA TEMPORADA
BOMBINHAS	15.136 hab	Aprox. 150.000 hab
PORTO BELO	16.896 hab	Aprox. 100.000 hab
ITAPEMA	48.807 hab	Aprox. 450.000 hab
BALNEÁRIO CAMBORIU	113.319 hab *	Aprox. 1.500.000 hab
CAMBORIU	65.520 hab	Aprox. 100.000 hab **
ITAJAÍ	188.791 hab	Não há aumento significativo na temporada
NAVEGANTES	63.764 hab	Aprox. 120.000 hab
PENHA	26.268 hab	Aprox. 100.000 hab
PIÇARRAS	18.010 hab	Aprox. 100.000 hab
LUIS ALVES	10.811 hab	Não há aumento significativo na temporada
ILHOTA	12.624 hab	Não há aumento significativo na temporada

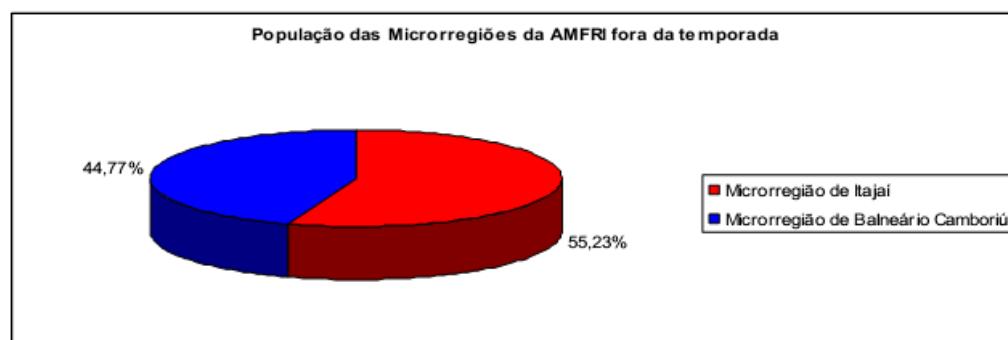
* Balneário Camboriú apresenta uma população flutuante em torno de 150.000hab fora da temporada.

** Aumento compreendido no período dos Gideões.

Fonte: IBGE e Informações Turísticas da Região da AMFRI, 2012.

Do ponto de vista populacional, a Região da Foz do Rio Itajaí hoje conta com um total de 580016 habitantes sendo que na microrregião de Balneário Camboriú – 259678 habitantes e; na microrregião de Itajaí – 320338 habitantes.

GRAFICO 01: Percentual populacional dos municípios da Região da Foz do Rio Itajaí, por divisão em microrregião.



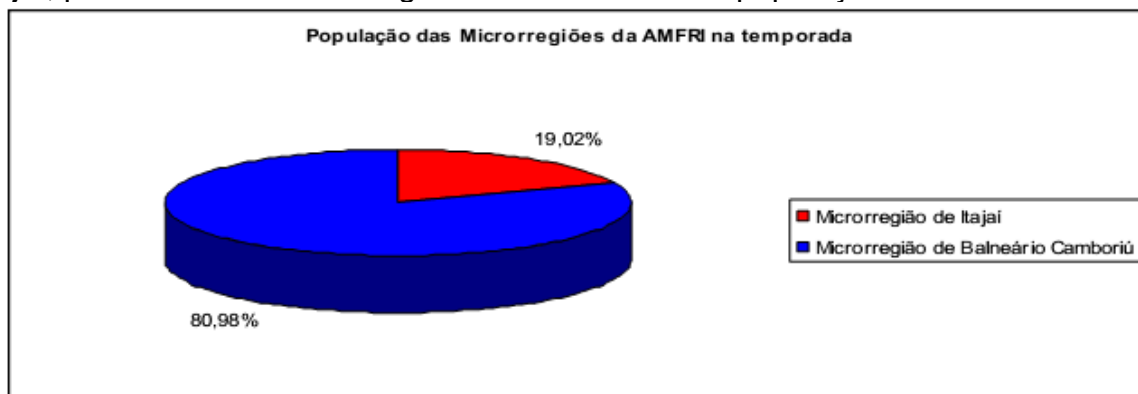
*Vale ressaltar no gráfico acima que não estamos computando a população flutuante de Balneário Camboriú fora da temporada que fica em torno de 150.000 habitantes.

Fonte: IBGE - 2012.

Entretanto, no período de alta temporada, que compreende os meses de dezembro a abril, a região da Foz do Rio Itajaí, com base nas projeções com a populações flutuantes, chegaria a 2.797.746 habitantes, sendo que o aumento

maior e significativo seria na microrregião de Balneário Camboriú onde teríamos em torno de 2.265.520 habitantes, ao passo que na microrregião de Itajaí, teríamos ainda um aumento passando a população de 532.226 habitantes.

GRAFICO 02: Percentual populacional dos municípios da Região da Foz do Rio Itajaí, por divisão em microrregião com acréscimo da população turística.



Fonte: IBGE e Informações Turísticas da Região da AMFRI, 2012.

Concluimos que o aumento é significativo e justifica uma segunda porta de entrada na região sendo esta no município de Balneário Camboriú, haja vista que este já vem sendo porta de entrada para a região, sendo custeado na totalidade pelo município.

Atendimentos prestados na região:

Atualmente em nossa macrorregião, existe apenas um hospital de alta complexidade, nas especialidades abaixo listadas:

1. Neurocirurgia
2. Cardiologia/Cirurgia Cardíaca/Hemodinâmica para adultos
3. Ortopedia e traumatologia para adultos.

Este hospital, o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, apresenta problemas de superlotação e dificuldade em atender toda a demanda, visto que recebe 50% de todas as transferências realizadas na região.

Embora o Hospital Municipal Ruth Cardoso esteja em processo de readequação e atende média complexidade, seu volume de atendimento é imenso

(descrito a seguir), sendo os atendimentos de urgência e emergência principalmente da microrregião de Balneário atendidos neste serviço. Além disso, o Hospital Municipal Ruth Cardoso também apresenta o pronto atendimento pediátrico sendo uma referência desde o fechamento da pronto socorro do Hospital Universitário Pequeno Anjo.

Além do grande fluxo de atendimento destes dois hospitais, outros dados recentes sustentam a colocação de mais de uma porta de entrada na região:

- Conforme dados recentes enviados pelo SAMU, através do seu coordenador, Dr. Gustavo Vinicius Meirelles Tenfen, a 17ª Região de Saúde de Santa Catarina foi a região do Estado que mais atendeu às demandas de solicitação de atendimentos de urgências e emergências pelo telefone 192 durante o ano de 2012 (dados disponíveis no site da secretaria estadual da saúde, na pagina do SAMU);
- A central de regulação (CR) de Balneário Camboriú foi dentre as centrais de Santa Catarina a que maior número de chamados recebeu e atendeu durante o ano de 2012, totalizando 43592 atendimentos neste período;

Atendimentos Realizados no Hospital Ruth Cardoso:

O Hospital Municipal Ruth Cardoso é um hospital 100% SUS que foi inaugurado para atender a demanda da população do Município de Balneário Camboriú. O Hospital possui um Pronto Socorro 24h prestando atendimento nas áreas de clinica médica, clínica cirúrgico adulta e pediátrica, pediatria, ortopedia adulto e pediátrico. Além de um centro obstétrico 24h, 2 UTIs (Adulto e neonatal).

A capacidade operacional instalada hoje no Hospital Municipal Ruth Cardoso é de 102 leitos ativos no CNES, sendo 100% destinados ao Sistema Único de Saúde. Destes 20 são de Unidade Intensiva de Tratamento – UTI 100% SUS, divididos 10 em Leitos de UTI Adulto e 10 Leitos e UTI Neonatal.

Além disso, o Hospital possui um pronto atendimento novo, com instalações adequadas, que poderia atender com maior qualidade e conforto os usuários que dele necessitam, já aprovado pela vigilância sanitária, mas fechado por falta de equipamentos e recursos para mantê-lo funcionando.



Imagem 04: Hospital Ruth Cardoso



Imagem 05: Vista aérea do Hospital Ruth Cardoso

É público e notório que custear um Hospital nos moldes do Ruth Cardoso que é 100% SUS, é extremamente oneroso. Atualmente, o custo real do hospital é de aproximadamente R\$2.400.000,00 ao mês. Deste valor, o município de Balneário Camboriú investe R\$1.900.000,00 ao mês, aproximadamente, sendo esta diferença o quantitativo recebido através da pactuação da microrregião em AIH's e produção através do SIA. Torna-se inviável para o município custear o Hospital sozinho, em detrimento de investimentos, por exemplo, na atenção básica do município, investimento esse necessário se pensarmos que uma atenção básica fortalecida é a principal ferramenta para desafogar o sistema hospitalar.

Vale ressaltar que o município recebe hoje, em sua porta de entrada, além dos usuários residentes no município, pacientes da microrregião onde somos

referência para atendimento, mas recebemos inclusive, pacientes advindos de municípios de outras regiões de saúde, como de Tijucas, por exemplo, e com frequência. Há que se levar em consideração, diante do exposto, que habilitar a porta de entrada no Ruth Cardoso, implica na adequação do espaço físico que atualmente é utilizado, visando melhoria na qualidade dos atendimentos prestados a população ali assistida, bem como dá suporte ao município para custear o serviço.

QUADRO 43: Atendimento realizado em Urgência e Emergência no Hospital Ruth Cardoso – Balneário Camboriú, nos meses de Janeiro a Março de 2013.

Atendimentos realizados pela procedência	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
BALNEARIO CAMBORIU	4816	4029	3947
CAMBORIU	1201	944	927
ITAPEMA	394	283	288
ITAJAI	68	73	84
PORTO BELO	111	71	65
NAVEGANTES	13	10	7
BOMBINHAS	94	75	61
TIJUCAS	15	13	19
OUTRAS CIDADES	211	106	86
OUTROS ESTADOS	624	319	144
OUTROS PAÍSES	31	4	5
TOTAL	7682	6043	5596

Fonte: SMS Balneário Camboriú, 2013.

QUADRO 44: Internação Hospitalar por município de procedência no Hospital Ruth Cardoso – Balneário Camboriú, nos meses de Janeiro a Março de 2013.

Internações realizados pela a procedência	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
BALNEARIO CAMBORIU	373	314	388
CAMBORIU	75	72	75
ITAPEMA	52	52	94
ITAJAI	12	11	4
PORTO BELO	26	15	27
NAVEGANTES	2	2	3
BOMBINHAS	22	23	28
TIJUCAS	3	1	1
OUTRAS CIDADES	17	15	8
OUTROS ESTADOS	15	10	6
OUTROS PAÍSES	-	-	-
TOTAL	597	515	634

Fonte: SMS Balneário Camboriú, 2013.

O quadro funcional do Hospital está sendo readequado através de processo seletivo, o que permite o dimensionamento adequado para aumento de leitos. Além disso, neste mês serão revistos os serviços médicos com a possibilidade de implantação de serviços de alta complexidade em um curto período.

Mediante ao exposto, concluímos que não há como uma região com características tão peculiares ter somente uma porta de entrada, se o principal objetivo das Redes de Urgência e Emergência seria a descentralização dos serviços.

Portanto, não há como a microrregião de Balneário ficar sem uma porta de entrada para a RUE, sendo que o Hospital Municipal Ruth Cardoso já atende a demanda da região.

Com o recurso destinado a porta de entrada da rede de urgência e emergência, o Hospital Municipal Ruth Cardoso poderá equipar e abrir o pronto socorro adequado para atender a demanda da sua microrregião e fornecer um atendimento com mais qualidade a população, contando com um diferencial do Hospital Municipal Ruth Cardoso, que é o serviço de pediatria, oferecendo o pronto atendimento a esta faixa etária.

Para finalizar, aclamamos que o Hospital Municipal Ruth Cardoso seja habilitado como porta de entrada para a Rede de Urgência e Emergência da Região da Foz do Rio Itajaí.

Por estas razões, e pela importância que o Hospital Ruth Cardoso tem na saúde da Foz do Rio Itajaí é que indicamos a Instituição para ser **PORTA DE ENTRADA** enquanto **HOSPITAL GERAL**, fazendo jus ao recebimento de **R\$ 3.000.000,00** para investimentos e **R\$ 100.000,00** para custeio mensal, integrando a Rede de Urgências da 17ª SDR.

QUADRO 45: Plano de ação regional das Redes de Atenção às Urgências/ Atenção Hospitalar

MUNICÍPIO	UNIDADE INSTITUIÇÃO	CNES	PORTA DE ENTRADA				CRONOGRAMA		
			GERAL	TIPO I	TIPO II	REQUALIFICAÇÃO FÍSICA (reforma ou ampliação) e tecnológico (equipamentos)	2013	2014	2015
			Valor de custeio	Valor de custeio	Valor de custeio	VALOR			
ITAJAÍ	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	2522691			R\$ 300.000,00	R\$ 3.000.000,00	X		
ITAJAÍ	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEQUENO ANJO	2744937		R\$ 200.000,00		R\$ 3.000.000,00	X		
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	HOSPITAL RUTH CARDOSO	6854729	R\$ 100.000,00			R\$ 3.000.000,00	X		

a) Cálculo de Leitos Clínicos

Necessidade total de leitos:

População geral = 579.946 habitantes.

3,0 leitos para cada 1000 habitantes (parâmetro Máximo)= 1.739 leitos

2,5 leitos para cada 1000 habitantes (parâmetro Máximo)= 1.450 leitos

População dependente do SUS = 85,0% - 492.954 mil habitantes.

3,0 leitos para cada 1000 habitantes (parâmetro Máximo)= 1.479 leitos

2,5 leitos para cada 1000 habitantes (parâmetro Máximo)= 1.232 leitos

Cadastrados no CNES são 883 sendo que destes leitos de 264 leitos privados/convênios por esta razão ficaríamos com 781 (incluídos os 132 leitos desativados do Hospital Santa Inês).

Contudo ao se analisar a necessidade pelo parâmetro máximo da OMS de 3 leitos por cada 1.000 habitantes a necessidade seria de **1.739 leitos** e parâmetro mínimo da OMS 2,5 leitos por cada 1.000 habitantes **1.450 leitos** e o permanecendo o número muito abaixo da necessidade para esta região.

Os números de leitos existentes nesta região são de 751, se incluirmos os leitos do Hospital Santa Inês desativados no momento, o número real seria de 883 com a inclusão de leitos dos hospitais privados. Utilizando o parâmetro mínimo de leitos a necessidade total de leitos segundo a OMS, (de 2,5 leitos para cada 1000 habitantes), é de 1.450 leitos. Comparando estes dados com os leitos cadastrados, obtemos uma proporção de 1,296 leitos SUS p/1.000 hab.

TABELA 08: Necessidades de leitos hospitalares por especialidades de acordo com os Parâmetros Assistenciais da Portaria 1101/2002.

ESPECIALIDADES	PARÂMETRO DE NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES PORT. 1101/2002	TOTAL
Cirúrgica	0,44	255,1762
Clínica Médica	0,78	452,3579
Cuidados Prolongados	0,18	104,3903
Obstétrica	0,28	162,3849
Pediátrica	0,41	237,7779
Psiquiátrica	0,45	260,9757
Reabilitação	0,14	81,19244
Tisiologia	0,01	5,79946
Psiquiatria Hospital Dia	0,08	46,39568
Fator de Ajuste*	0,17	98,59082
TOTAL		1705,041

Fonte: Calculo portaria 1101/2002.

A necessidade de expansão de leitos considerando a população da Região da Foz do Rio Itajaí é de 675 leitos, considerando o total de leitos (existentes públicos/privados).

A médio e longo prazo temos a ampliação já iniciada do HMMKB com a inclusão de 190 leitos. Além desta possibilidade temos em curto prazo a reabertura dos leitos pelo - Instituto Vida no mês de setembro de 2013.

Mesmo com esta perspectiva a região necessita de investimentos URGENTES para a ampliação da rede hospitalar, com a abertura de 455 Novos leitos.

O CIR da Foz do Rio Itajaí, optou em colocar os leitos de retaguarda em todas as unidades hospitalares em função da necessidade, acreditando que assim, será possível a expansão de leitos SUS para atendimento da demanda de pacientes e minimizando o déficit atual.

Com a abertura deste leitos a Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí terá

6.1.2 Leitos de retaguarda

Leitos de retaguarda Clínicos

Na tipologia de Santa Catarina foram idealizados com o objetivo de desafogar os hospitais definidos como referência, para que eles possam atender

um número maior de pacientes em alta complexidade. Os pacientes clínicos, que não precisam de atendimento especializado, sejam transferidos para os hospitais desenhados como retaguarda, não estando estes leitos localizados dentro dos hospitais de alta complexidade ou de referência na rede de Urgência e Emergência.

Leitos de retaguarda de longa permanência

Os leitos de retaguarda de longa permanência foram idealizados para os cuidados prolongados, como pacientes acometidos por AVC em fase de recuperação e para tratamentos paliativos a pacientes oncológicos. Estes leitos devem ser 100% regulados.

Apresentamos a seguir, os cálculos conforme Anexo da Portaria 2.395/2011 e orientação do Ministério da Saúde para o cálculo de necessidade de leitos de retaguarda clínico, de longa permanência:

Cálculo de leitos de longa permanência

População geral = 579.946 habitantes.

3,0 leitos para cada 1000 habitantes (parâmetro Máximo)= 1.739 leitos

2,5 leitos para cada 1000 habitantes (parâmetro Máximo)= 1.450 leitos

População dependente do SUS = 85,0% - 492.954 mil habitantes.

3,0 leitos para cada 1000 habitantes (parâmetro Máximo)= 1.479 leitos

2,5 leitos para cada 1000 habitantes (parâmetro Máximo)= 1.232 leitos

- Necessidade de leitos para pacientes crônicos: 5,62% da necessidade total de leitos = 82 leitos

A Portaria nº 2.395/2011 define um valor para estes leitos que serão contratualizados com um teto fixo, conforme memória de cálculo do ANEXO I da Portaria.

Não existem leitos de retaguarda para atendimento de longa permanência, por esta razão iniciaremos **com 15 leitos no HMMKB E 15 NO HUPA em Itajaí e 40 no Instituto Vida na cidade de Balneário Camboriú**. No transcorrer do projeto

conforme a necessidade poderá ser solicitada a qualificação de novas unidades para leitos de longa permanência.

Quanto aos leitos de retaguarda clínicos, apesar da necessidade de 675 novos leitos, devido a exigência da portaria de que para cada leito qualificado seja aberto um leito novo, optou-se por iniciar com a qualificação de **45 leitos existentes e abertura de 95 leitos novos.**

Após a programação de abertura destes novos leitos num curto prazo, e a abertura dos novos leitos no Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen já em processo de construção da Torre Madre Tereza nosso déficit fica em **350 leitos**, que a Região deve em médio em longo prazo buscar junto ao Governo Estado e Governo Federal investimentos para diminuir a defasagem e qualificar o acesso a assistência a saúde nos parâmetro mínimos.

O quadro 47 apresenta o plano para a abertura de Leitos para a assistência Psicossocial, o Instituto Vida se propõe abrir 10 leitos para este atendimento, aos adultos e o HUPA – 5 leitos para atendimento pediátrico.

QUADRO 46: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências/**HOSPITALAR**

MUNICÍPIO	UNIDADE INSTITUIÇÃO	ENFERMARIA CLÍNICAS DE RETAGUARDA				ENFERMARIA LEITOS DE LONGA PERMANÊNCIA				CRONOGRAMA		
		LEITO NOVO INVEST.	LEITO QUALIF.	CUSTEIO/ ANO	CUSTEIO MÊS	LEITO NOVO INVEST.	LEITO QUALIF.	CUSTEIO/ ANO	CUSTEIO MÊS	2013	2014	2015
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	HOSPITAL RUTH CARDOSO	08	04							09/2013		
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	HOSPITAL RUTH CARDOSO	12	06								01/2014	
CAMBORIÚ	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE CAMBORIÚ	5	5							09/2013		
ITAPEMA	HOSPITAL SANTO ANTONIO	7	7								01/2014	
NAVEGANTES	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE NAVEGANTES	5	5								01/2014	
PENHA	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PENHA	6	6								01/2014	
LUIS ALVES	HOSPITAL HOSCOLA	5	5							09/2013		
ITAJAÍ	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN					15 R\$ 150.000,00	15			09/2013		
ITAJAÍ	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN					10 R\$ 100.000,00	10					01/2015
ITAJAÍ	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEQUENO ANJO	7	7			15 R\$ 150.000,00	15			09/2013		
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	INSTITUTO VIDA	40				40 R\$ 400.000,00	40			09/2013		
TOTAL DE LEITOS NOVOS E QUALIFICADOS		95	45				40					135

QUADRO 47: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências/HOSPITALAR - ATENÇÃO PSICOSOCIAL

MUNICÍPIO	UNIDADE INSTITUIÇÃO	ENFERMARIA CLÍNICAS DE RETAGUARDA				CRONOGRAMA		
		LEITO NOVO INVEST.	LEITO QUALIF.	CUSTEIO/ANO	CUSTEIO MÊS	2013	2014	2015
ITAJAÍ	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEQUENO ANJO	R\$ 20.000,00	5	R\$ 320.000,00	R\$ 2.667,00	09/2013		
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	INSTITUTO VIDA	R\$ 40.000,00	10	R\$ 640.000,00	R\$ 5.334,00	09/2013		
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	INSTITUTO VIDA	R\$ 40.000,00	10	R\$ 640.000,00	R\$ 5.334,00		06/2014	

6.1.3. LEITOS DE UTI

Apresentamos a seguir, os cálculos conforme Portaria 1101 de 2002 e orientação do Ministério da Saúde para o cálculo de necessidade de leitos de UTI.

Cálculo de Leitos de UTI

- População Região da Foz do Rio Itajaí - 579.946 mil habitantes
- População SUS (85,0%) = 492.954 mil habitantes.
- Necessidade total de leitos gerais - **2,5 leitos para cada 1000 habitantes = 1.232 leitos**
- Necessidade de leitos de UTI: 8% da necessidade total de leitos gerais = **99 leitos**
- Necessidade de leitos de UTI adulto: 86% da necessidade total de leitos de UTI.= **85 leitos**
- Necessidade de leitos de UTI obstétrico: 28% do total de leitos gerais = **28 leitos** ou 24 leitos SUS.
- **Leitos existentes segundo CNES = 20 leitos (adulto/especializado) HMMKB**
- **Leitos Cardiologia existentes não Cadastrados = 05 leitos (adulto/especializado) HMMKB.**
- **Leitos existentes não Cadastrados = 10 leitos (adulto/especializado) HRC.**

- **Déficit de leitos: necessidade de leitos de UTI (menos UTI adulto e obstétrico) – leitos existentes de UTI = 30 leitos, se contarmos com os 20 leitos do HMMKB e 10 leitos do HRC.**

Apesar de ser GRANDE a necessidade de leitos novos de UTI, o hospital de grande porte existente é referencia para varias especialidades em alta complexidade atendendo demanda de outras regiões, o que resulta em solicitação de leitos pelo SAMU, também devido ao déficit existente nas demais macrorregiões do Estado.

Invariavelmente as emergências gerais tem pacientes graves mantidos nas mesmas por falta de vaga de UTI, ocorrendo em algumas situações a compra de leitos privado de UTI ou o hospital utilizando leitos não aprovados para o

atendimento, com isso gerando rejeição por utilização de diárias superior a contratualizada.

A região da Foz do Rio Itajaí é uma região com muito pouco agrupamento de hospitais públicos e conseqüentemente o déficit de leitos ora apresentado. Considera-se importante haver ampliação, pois é frequente a necessidade de deslocamento de pacientes para outras regiões de saúde. Neste sentido, existe uma necessidade vigente de pelo menos mais 55 leitos de UTI adulto.

O hospital público municipal desta região é referência em média tanto para região como para pacientes de outras regiões, e esta demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes, altera a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente, aumentando o déficit de leitos na região.

Os leitos de UTI adulto localizados em unidades que possuem maternidade (Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen e Hospital Ruth Cardoso), até o presente momento não são referência para intercorrências de gestantes e puérperas, mas as atende, esta referência está pactuado com o Hospital Santo Antonio em Blumenau.

A Proposta é que as unidades hospitalares possam habilitar leitos de UTI pela Portaria 2395/2011, mantendo a proporção prevista na portaria de 80% no privado e 100% no público.

No quadro 48 apresenta-se a abertura em médio/longo prazo de 45 leitos de UTI adulto. Já no quadro 49 2 novos leitos de UTI pediátricos.

QUADRO 48: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências/UTI ADULTO

MUNICÍPIO	UNIDADE INSTITUIÇÃO	UTI					CRONOGRAMA		
		LEITO NOVO INVEST.	LEITO NOVO CUSTEIO ANO	LEITO EXISTENTE CUSTEIO/ANO	LEITO EXISTENTE CUSTEIO/MÊS	LEITOS QUALIFICADOS/EXISTENTES	2013	2014	2015
ITAJAÍ	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	05 R\$ 500.000,00		16		21	08/2013		
ITAJAÍ	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	15 R\$ 1.500.000,00							01/2015
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	HOSPITAL RUTH CARDOSO	10 R\$ 1.000.000,00					08/2013		
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	HOSPITAL INSTITUTO VIDA	10 R\$ 1.000.000,00					09/2013		
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	HOSPITAL INSTITUTO VIDA	10 R\$ 1.000.000,00						02/2014	

QUADRO 49: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências/UTI PEDIÁTRICO

MUNICÍPIO	UNIDADE INSTITUIÇÃO	UTI					CRONOGRAMA		
		LEITO NOVO INVEST.	LEITO NOVO CUSTEIO ANO	LEITO EXISTENTE CUSTEIO/ANO	LEITO EXISTENTE CUSTEIO/MÊS	LEITOS QUALIFICADOS/EXISTENTES	2013	2014	2015
ITAJAÍ	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEQUENO ANJO	R\$ 200.000,00		8		10	09/2013		

QUADRO 50: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências Para Leitos Destinados à **CARDIOLOGIA/UTI**

UNIDADE INSTITUIÇÃO	UTI CARDIOLOGIA					CRONOGRAMA		
	LEITO NOVO INVEST.	LEITO NOVO CUSTEIO	LEITO EXISTENTE CUSTEIO/ANO	LEITO EXISTENTE CUSTEIO/MÊS	LEITOS QUALIFICADOS/ EXISTENTES	2013	2014	2015
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	05 R\$ 500.000,00					09/2013		
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	05 R\$ 500.000,00							01/2015

QUADRO 51: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências Para Leitos Destinados à **AVE**

UNIDADE INSTITUIÇÃO	UNIDADE DE ATENDIMENTO DE AVE					CRONOGRAMA		
	LEITO NOVO INVEST.	LEITO NOVO CUSTEIO	LEITO EXISTENTE CUSTEIO/ANO	LEITO EXISTENTE CUSTEIO/MÊS	LEITOS QUALIFICADOS/ EXISTENTES	2013	2014	2015
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN			10			09/2013		
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	10							01/2015

A publicação da portaria nº 2994 de 13 de dezembro de 2011 que aprova a linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, propiciou a definição dos hospitais habilitados para participação na linha de cuidado do IAM. Com isso, os leitos de Terapia Intensiva Coronarianas (UCO) para regiões de saúde que apresentem maior frequência de IAM/ano, serão financiados e custeados de forma diferenciada segundo parâmetro se os critérios de qualificação estabelecidos. No quadro 43, estabelecemos a possibilidade de habilitação de 05 leitos novos de UCO na Instituição que atende e esta contratualizada e destinados a linha de cuidado.

Portaria Nº. 665, de 12 DE ABRIL DE 2012 que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), nos permite considerar a necessidade de se estruturar as Redes de Atenção à Saúde para esta Linha de Cuidados qualificando o atendimento de doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) instituindo as diretrizes nacionais para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença.

Conforme o Art. 5º desta portaria poderemos habilitar como Centro de Atendimento de Urgência Tipo I para atendimento aos pacientes com AVC, no Hospital Ruth Cardoso e um Centro de Atendimento de Urgência Tipo II o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen.

6.1.4 Unidades de Pronto Atendimento - UPA

Em relação às UPAS, observa-se que no momento apenas Itajaí e Camboriú possuem UPAs 24 horas em processo de habilitação para custeio do MS.

Os municípios de Balneário Camboriú e Navegantes UPAs 24 horas em estão em processo de construção com atraso nas obras.

Os demais municípios não possuem estrutura pré-hospitalar qualificadas.

QUADRO 52: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências/UPA

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	UNIDADE INSTITUIÇÃO	SITUAÇÃO ATUAL DAS UPAS	UPA NOVA HABILITADA					
				PORTE I		PORTE II		PORTE III	
				VALOR CUSTEIO	VALOR INVESTIMENTO	VALOR CUSTEIO	VALOR INVESTIMENTO	VALOR CUSTEIO	VALOR INVESTIMENTO
ITAJAÍ	188.791	Upa 24 horas	Aguarda Habilitação	R\$150.000,00					
ITAJAÍ	188.791	Upa 24 horas	Solicitação Habilitação	R\$150.000,00					
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	113.319	Upa 24 horas	Aguardando Início Das Obras	R\$150.000,00					
CAMBORIÚ	65.520	Upa 24 horas	Aguarda Habilitação	R\$150.000,00					
NAVEGANTES	63.764	Upa 24 horas	Em Construção	R\$150.000,00					

6.1.5 Sala de Estabilização – SE

A Portaria n.º 1.600, de 07 de Julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). A organização da Rede de Atenção às Urgências (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

A Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, observados as seguintes diretrizes:

- I - funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;
- II - equipe interdisciplinar compatível com suas atividades; e
- III- funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

A SE deve ser localizada em unidades ou serviços da Rede de Atenção à Saúde, devendo ser observados os seguintes requisitos para a sua implantação:

- I - cobertura regional do componente SAMU 192 para a localidade de instalação da SE ou configuração da SE como base descentralizada do componente SAMU 192, de suporte avançado ou básico de vida, garantindo complementaridade da assistência local ou por telemedicina;
- II - localização da SE em Município que ocupe posição estratégica em relação à Rede de Atenção às Urgências, objetivando menor tempo-resposta para atendimento e encaminhamento aos demais serviços de saúde referenciados do Plano de Ação Regional;
- III - configuração da SE como serviço de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/graves em locais com grande extensão territorial ou de característica rural ou com isolamento geográfico de comunidades;
- IV - instalação da SE em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte, habilitados ou não, com até 30

(trinta) leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades tipo Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Mista, desde que garantidas as condições para seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana;

V - presença de equipe mínima de saúde composta por um médico, um enfermeiro e pessoal técnico com disponibilidade para assistência imediata na SE aos pacientes críticos/graves admitidos, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; e

VI - treinamento e qualificação da equipe atuante na SE para atendimento de urgências.

A partir destes critérios estabelecidos no Manual Instrutivo para implantação de Salas de Estabilização permitiram que os municípios de Itapema e Luis Alves que conseguirem pontuação adequada, para serem elegíveis conforme pontuação por critérios apresentados no quadro 51 e programado no quadro 52 deste PAR - RUE.

O Município de Bombinhas a pesar de não ter alcançado pontuação de 18 pontos, é indicado por Critérios de Excepcionalidade, sendo indicado por esta CIR para receber investimento e custeio de uma Sala de Estabilização. Esta inclusão esta justificada pelo município em seguida.

QUADRO 53: Pontuação como critério elegível para Sala de Estabilização dos municípios da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí.

MUNICÍPIO	1º CRITÉRIO	2º CRITÉRIO	3º CRITÉRIO	4º CRITÉRIO	5º CRITÉRIO	CRITÉRIO DE EXCEPCIONALIDADE	PONTUAÇÃO TOTAL
BALNEÁRIO PIÇARRAS	2	2	3	3	4		14
BOMBINHAS	2	2	3	3	5	x	15
ILHOTA	2	2	1	3	5		13
ITAPEMA	5	1	5	5	4		20
LUIS ALVES	2	2	5	5	5		19
PENHA	3	1	3	3	4		14
PORTO BELO	2	2	3	3	4		14

Conforme DELIBERAÇÃO 366/CIB/2011 que aprovou O Plano Operativo da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, no que se refere a implantação e instalação de Salas de Estabilização. À medida que os Planos Microrregionais de Atenção às Urgências e Emergências forem sendo elaborados,

algumas Salas de estabilização elencadas nesta Deliberação, poderão ser definidas como prioritárias, excluídas e outras incluídas conforme a construção do plano operativo regional da Urgência.

A seguir apresentaremos as justificativas dos Municípios que se propõe instalar os serviços para fazerem parte da rede de Urgência e Emergência atendendo os objetivos propostos como:

- a organização da rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

JUSTIFICATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) NO MUNICÍPIO DE BOMBINHAS

Considerando a implantação da Sala de Estabilização, como componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a implantação de redes estaduais, regionais e municipais, a fim de ofertar assistência qualificada, dentro de um tempo resposta eficiente ao paciente:

- A população do município de Bombinhas, segundo o censo do IBGE em 2010, é de 15.136 habitantes. No período de verão a população flutuante chega a 200.000 segundo estimativas da SANTUR. Consequentemente há um aumento na demanda dos atendimentos relacionados as urgências e emergências, evidenciando a necessidade do município **melhorar a estrutura do serviço integral as urgências.**
- O município de Bombinhas possui cobertura do serviço SAMU-192 (Unidade Básica) , com garantia de retaguarda hospitalar para atendimento dos casos encaminhados pela central de regulação.
- Possui serviço de Pronto Atendimento na Policlínica Municipal José Olímpio, localizada na Av. Falcão, bairro de Bombas, região central do município, disponibilizado até as 24 h, de segunda-feira à sexta-feira e, finais de semana e feriados das 7h às 19h, o qual é mantido com recursos próprios do município. Esta unidade possui 04 leitos de

observação, sala de emergência, sala de procedimentos, serviço de apoio diagnóstico (radiologia e eletrocardiograma), consultórios médicos.

- O município possui 05 equipes da Estratégia Saúde da Família, tendo 100% de cobertura, tendo a Policlínica Municipal como referência para os casos de urgência e emergência.
- O município de Bombinhas dispõe de projeto de readequação desta estrutura física, no intuito de transformá-la exclusivamente para os atendimentos de urgência e emergência, pois atualmente esta estrutura atende também as especialidades médicas.
- O Hospital de referência mais próximo, Hospital Ruth Cardoso de Balneário Camboriú, fica à 35,5 Km aproximadamente do município, tendo tempo de 35 minutos sem trânsito até a chegar a referida referência, segundo dados coletados do Google Maps. No período de verão há uma grande dificuldade de acesso no transporte do município devido os congestionamentos. Muitas vezes o serviço do PA necessita acionar o apoio via aérea do SAMU-192 / Bombeiros devido a necessidade da emergência, para que o paciente tenha um tempo resposta eficiente, entre a remoção e a chegada no nível terciário.
- Muitas vezes no período de verão as unidades avançadas do SAMU-192 chegam a demorar de duas a quatro horas para chegar ao município durante este período, sendo imprescindível a implantação de uma sala de estabilização.
- O Pronto atendimento possui equipe técnica qualificada garantindo a assistência aos atendimentos das urgências e emergências. A gestão assume o compromisso e a responsabilidade pela capacitação permanente destes profissionais para melhoria da assistência.

Considerando o perfil de morbimortalidade do município, fica claro que os quadros relativos às urgências são de alta relevância epidemiológica e social, conforme demonstram as tabelas abaixo:

Como pode-se observar nas tabelas 1 e 2 demonstram que o município de Bombinhas apresenta indicadores de mortalidade relevantes relacionados à quadros que necessitam adequado e rápido atendimento de urgência e

emergência, principalmente no que se refere à mortalidade por doenças do aparelho circulatório, respiratório e causas externas.

Tabela 09: Óbitos e APVP/óbito por Causas Externas e Ano do Óbito por município de ocorrência. Bombinhas (SC). 2008-2012.

Causas Externas	2008		2009		2010		2011		2012		
	n	APVP	n	APVP	n	APVP	n	APVP	n	APVP	
Acidentes de Transportes	2	33	1	49	3	114	5	241	2	81	13
Acidentes-Afogamento	3	89	1	18	1	9	2	24	0	-	7
Homicídio	3	77	1	39	1	48	1	47	3	109	9
Suicídio	2	96	0	-	0	-	0	-	1	35	3
Eventos cuja intenção é indeterminada	1	49	1	43	0	-	0	-	0	-	2

Fonte: DATASUS, 2013

Tabela 10: Óbito por Causas – Capítulos CID-10 e Ano do Óbito por município de residência. Bombinhas (SC). 2008-2012.

Causas Capítulos	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Total	65	47	51	48	69	280
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	2	0	1	3	7
Neoplasias (tumores)	15	7	10	8	13	53
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	1	0	0	0	0	1
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	0	3	2	4	11
Transtornos mentais e comportamentais	0	2	1	0	2	5
Doenças do sistema nervoso	1	0	4	1	0	6
Doenças do aparelho circulatório	21	20	11	10	20	82
Doenças do aparelho respiratório	4	6	10	9	10	39
Doenças do aparelho digestivo	0	2	3	2	4	11
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	1	1
Gravidez, parto e puerpério	1	1	1	2	2	7
Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0	0	1	1	2
Anomalias congênitas	1	1	2	0	0	4
Mal Definidas	5	1	1	3	2	12
Causas externas	13	5	5	9	7	39

Fonte: DATASUS, 2013

Segundo DATASUS, o nº de internações hospitalares por residência no município de Bombinhas, no período de 2008 à 2012 foi de 3.299 internações, destas 2.503 foram de caráter de urgência, representando 75,87% do total das internações hospitalares. Reforçando a atenção especial ao aprimoramento da rede de urgência e emergência do município com a implantação de uma sala de estabilização.

JUSTIFICATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) NO MUNICÍPIO DE LUIS ALVES

Considerando as Portarias n.º 1.600, de 07 de Julho de 2011, e n.º 2.338, de 03 de outubro de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). A organização da Rede de Atenção às Urgências (RUE) que tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna e estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.

Considerando a implantação da Sala de Estabilização, como componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o intuito de fortalecer a implantação de redes estaduais, regionais e municipais e, a expansão da Rede Nacional SAMU-192 e a necessidade de dar retaguarda adequadamente estruturada, qualificada e pactuada ao atendimento pré-hospitalar móvel, justifica:

- O município de Luis Alves possui cobertura do serviço SAMU, pactuado com o município de Navegantes com garantia de retaguarda hospitalar para atendimento dos casos encaminhados pelas centrais reguladoras;
- Luís Alves apresenta uma grade organizada de referência e contra-referência hospitalar, pactuada em nível locorregional, integrando as unidades de saúde, hospitais de porta de entrada urgência/emergência, SAMU e retaguarda, garantindo o acolhimento necessário aos diferentes níveis de atenção.
- O município de Luís Alves já disponibiliza de Pronto Atendimento 24 h, todos os dias da semana, alocado anexo a Fundação Hospitalar, no qual o plantão médico é mantido com recursos próprios do município, os insumos, materiais e espaço físico pela Fundação Hospitalar; apresentando uma localização privilegiada, com fácil acesso para os munícipes.

- Esta unidade apresenta estrutura física e instalações adequadas, dispondo de consultório médico, sala de emergência, sala de procedimentos, sala de observação com 06 leitos, sendo 03 masculinos e 03 femininos e serviço de apoio diagnóstico (radiologia, eletrocardiograma e laboratório 24 horas).
- O município assume a responsabilidade enquanto gestão, para garantir equipe funcional, com retaguarda médica 24 horas, bem como, equipe técnica e de apoio, devidamente capacitada, possibilitando o primeiro atendimento/estabilização a pacientes acometidos por qualquer tipo de urgência,
- O quantitativo populacional do município de Luís Alves, segundo o censo do IBGE em 2010, é de 10.454 habitantes, enquadrando-se desta forma, dentro dos parâmetros pré-estabelecidos pela Portaria acima, que determina quantitativo populacional menor que 50 mil habitantes para implantação de SE.
- Nosso Pronto Atendimento localiza-se a 37 Km de uma Central de Atendimento SAMU -192 Básico, enquanto o hospital de referência mais próximo, Hospital Marieta Konder Bornhausen de Itajaí, fica a aproximadamente 54 km, dificultando o acesso e conseqüente demora no transporte dos pacientes acometidos por situações de emergência.
- Com a implantação SE no município, garantimos ponto de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/graves, e servindo de referência pré-hospitalar nas situações de urgência da população.
- A cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no município de Luís Alves atinge hoje 100% da população sendo que o atendimento em saúde está distribuído por todos os quadrantes do território. Assim, a implantação da SE viria corroborar com a atenção primária e favorecer a regionalização e interiorização do acesso aos cuidados urgentes.

Considerando o perfil de morbimortalidade do município, fica claro que os quadros relativos às urgências são de alta relevância epidemiológica e social, conforme demonstram as tabelas abaixo:

TABELA 11: Óbitos e APVP/óbito por Causas Externas e Ano do Óbito por município de ocorrência. Luis Alves (SC). 2008-2012.

Causas Externas	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	APVP	n	APVP	n	APVP	n	APVP	n	APVP	n	APVP
Acidentes de Transportes	5	167	6	211	1	0,0	6	228	7	206	25	41,6
Acidentes-Quedas	0	0,0	0	0,0	3	0,0	1	0,0	2	0,0	06	0,0
Acidentes-Afogamento	0	0,0	1	35	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	35,0
Homicídio	0	0	1	39	0	0,0	1	38	2	85	4	162
Suicídio	2	92	2	39	1	50,0	1	8,0	2	22	8	211
Eventos cuja intenção é indeterminada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	7	37,0	10	32,4	5	50,0	9	24	13	24,0	44	449

Fonte: DATASUS, 2013.

TABELA 12: Óbito por Causas – Capítulos CID-10 e Ano do Óbito por município de residência. Porto Belo (SC). 2008-2012.

CAUSAS CAPÍTULOS	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	31	34	44	42	29	180
Neoplasias (tumores)	16	27	22	09	07	81
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	04	04	03	03	02	16
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	12	08	21	21	22	84
Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	01	02	3
Doenças do sistema nervoso	07	09	02	03	02	23
Doenças do aparelho circulatório	249	351	367	326	331	1.624
Doenças do aparelho respiratório	397	170	132	135	122	956
Doenças do aparelho digestivo	141	209	203	181	132	866
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	26	30	33	13	113
Gravidez, parto e puerpério	22	17	18	07	04	68
Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0	0	0	0	0
Anomalias congênitas	3	0	0	02	0	5
Mal Definidas	0	0	0	0	0	0
Causas externas	0	0	0	0	0	0
Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0
Total						4.014

Fonte: DATASUS, 2013

Como pode ser observado nas tabelas 1e 2 o município de Luis Alves apresenta indicadores de mortalidade relevantes relacionados à quadros que necessitam adequado e rápido atendimento de urgência e emergência, principalmente no que se refere à mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Como também ao número de casos de acidentes por causas externas, como transportes, quedas, homicídios, e principalmente os suicídios. Evidenciando a necessidade de manutenção de um serviço de atenção às urgências, já que estes

conferem problemas de saúde que necessitam intervenção imediata.

É de conhecimento que os serviços de urgência e emergência têm função primordial não apenas de tratamento, mas igualmente de prevenção de problemas, deste modo é necessário a implantação de um protocolo de atendimento, acolhimento e classificação de risco na chegada do usuário aos hospitais porta de entrada para urgência/emergência, este projeto de implantação da S.E. acontece simultaneamente com o desenho das redes na macro região.

JUSTIFICATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) NO MUNICÍPIO DE ITAPEMA

A Sala de Estabilização é um equipamento estratégico para RUE (Rede de Urgência e Emergência), por se tratar de um ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.

Diante desta situação, visto que em nossa cidade nos deparamos com uma estatística grande de acidentes de trânsito decorrente da localização às margens da BR 101, sendo que nossa instituição serve de primeiro atendimento a pacientes críticos/graves regulados pelo SAMU e Auto Pista Litoral Sul; visualizamos a necessidade de tal recurso visando à melhora no atendimento da população em situação de emergência.

Considerando ainda que de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde na Portaria Nº 2.338, de 03 de Outubro de 2011, o Município de Itapema se enquadra nas especificações por ter população aproximada de 48.000 habitantes segundo último Censo IBGE, por possuir médico e enfermeiro 24h/dia inclusive finais de semana, por possuir Hospital de pequeno porte (Hospital Santo Antonio) e pela distância entre a SE (Sala de Estabilização) e Hospital Pólo (Referência do serviço) ser até 15 km, bem como a cobertura do SAMU que garante a cobertura do transporte adequado às necessidades do paciente e em tempo oportuno.

A partir destes dados ratificamos a importância desta estratégia para nosso

município, com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade em pacientes críticos e/ ou graves dando um suporte ao serviço de emergência existente em nossa instituição de saúde.

QUADRO 54: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às urgências / Salas de Estabilização priorizadas

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	UNIDADE INSTITUIÇÃO	SALA ESTABILIZAÇÃO		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO		
			VALOR CUSTEIO VALOR INVESTIMENTO	VALOR CUSTEIO VALOR INVESTIMENTO	2013	2014	2015
BOMBINHAS	15.136		R\$ 25.000,00	R\$ 100.000,00	X		
ITAPEMA	48.807		R\$ 25.000,00	R\$ 100.000,00	X		
LUIS ALVES	10.811		R\$ 25.000,00	R\$ 100.000,00	X		

6.1.6 Atenção Domiciliar – EMAD E EMAP

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

A Portaria nº 2029, de 24 de agosto de 2011, institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando as normas para cadastro e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e os valores do incentivo para o seu funcionamento.

O SAD se organizará em três modalidades, de acordo com os níveis de complexidade e frequência de atendimento:

- Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1),
- Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e
- Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

Uma EMAD poderá prestar assistência, simultaneamente, a pacientes inseridos nas modalidades de atenção domiciliar tipo 2 e tipo 3 e deverá ter a seguinte composição mínima:

- I - 2 médicos (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 médico (a) com carga horária de 40 horas semanais;
- II - 2 enfermeiros (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 enfermeiro (a) com carga horária de 40 horas semanais;
- III - 1 (um) fisioterapeuta com carga horária de mínima de 30 horas por semana ou 1 (um) ou assistente social com carga horária mínima de 30 horas por semana; e
- IV - 4 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de 40 horas por semana.

Cada EMAD deve atender a uma população adscrita de 40 mil habitantes, utilizando como parâmetro de referência uma equipe de EMAD para 60 (sessenta).

Uma EMAP poderá prestar assistência, simultaneamente, a pacientes inseridos nas modalidades de atenção domiciliar tipo 2 e tipo 3 e será constituída por, no mínimo, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária

semanal mínima de 30 horas, eleitos entre as seguintes categorias: Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Farmacêutico e Terapeuta Ocupacional.

Para a organização da Atenção Domiciliar como componente da Rede de Atenção às Urgências serão obedecidas as fases para a sua constituição, previstas na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 2011 da Rede de Atenção às Urgências.

Para a Habilitação dos Serviços, criação de equipes e/ou ampliação de equipes de serviços já habilitados nas modalidades AD2 e AD3 deverá descrever o detalhamento do plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, devidamente aprovado na CIB e CIR especificando o número de serviços e/ou equipes EMAD e EMAP, que estão sendo criados ou ampliados com o impacto financeiro, observando o critério populacional de 40.000 habitantes para cada EMAD e, no mínimo, 300.000 habitantes para cada EMAP; Os critérios iniciais de adesão são para os Municípios com população acima de 100 mil habitantes, ou Municípios com população entre 40 mil e 100 mil habitantes que estejam localizados em região metropolitana com SAMU e possuam hospital de referência. Neste primeiro momento 05 municípios elegíveis para implantar este programa nestas duas Macrorregiões, conforme quadro nº 21.

Os recursos na forma de incentivo mensal no valor de R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil e quinhentos e sessenta reais) para cada EMAD que prestar atendimento nas modalidades AD2 e AD3 e o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para cada EMAP, após recebimento de documentação pelo Ministério da Saúde enviada pela CIB, que comprove a aprovação da habilitação do serviço e a criação de cada equipe

QUADRO 55: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências/**ATENÇÃO DOMICILIAR**

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	UNIDADE INSTITUIÇÃO	EMAD AD 2 E AD 3		EMAP		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO		
			Nº EQUIPES	VALOR CUSTEIO VALOR	Nº EQUIPES	VALOR CUSTEIO VALOR	2013	2014	2015
ITAJAÍ	188.791		01	R\$ 34.560,00				X	
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	113.319		01	R\$ 34.560,00				X	
CAMBORIÚ	65.520		01	R\$ 34.560,00				X	
NAVEGANTES	63.764		01	R\$ 34.560,00					X
ITAPEMA	48.807		01	R\$ 34.560,00					X
PENHA	26.268				01	R\$ 6.000,00			X

6.1.7 Serviço atendimento móvel de urgência- SAMU

O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - é um serviço de saúde desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde organizadas macrorregionalmente. Neste Plano Regional contempla uma Região de Saúde atendidas pela central de regulação do SAMU Foz do Rio Itajaí.

A Regulação dos Atendimentos de Urgência, pelo Atendimento Móvel de Urgência da Região, e pelas transferências de pacientes graves da região. Faz parte do Sistema Regionalizado e Hierarquizado, capaz de atender, dentro da região de abrangência, todo enfermo, ferido ou parturiente em situação de urgência ou emergência, e transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar do Sistema.

Além disto, atua intermediando através da central de regulação médica das urgências, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, promovendo a ativação das equipes apropriadas e a transferência do paciente.

A distribuição das Centrais de Regulação, das Unidades de Suporte Avançado de Vida (UTI Móveis) e das Unidades de Suporte Básico de Vida seguiram critérios estabelecidos pelo Gestor Estadual, no caso das Centrais de Regulação e das Unidades de Suporte Avançado de Vida (UTI Móveis), e pelos gestores municipais organizados regionalmente para a distribuição das Unidades de Suporte Básico de Vida, sendo que a configuração inicial foi detalhada no Plano de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina.

Alem dos SAMUs regionais existe uma equipe do SAMU Estadual e uma outra equipe do SAMU Aéreo. Cabe ao SAMU Estadual todas as regulações que extrapolem a área de abrangência de cada região, relacionadas aos transportes inter-hospitalares de pacientes graves e quando houver necessidade de regulação de urgência ou de transferência de pacientes graves para outro estado do Brasil. Além disto, o regulador estadual apoia todas as centrais regionais de regulação de urgência do SAMU, orientando os médicos reguladores quando solicitado e ativando todos os meios possíveis para a garantia do bom atendimento e o mais adequado a cada situação. Todas as unidades móveis são apenas habilitadas e não existe previsão de nova implantação.

Atualmente o SAMU está com uma Gestão organizada por uma Organização Social (OS)

. É proposta deste plano é a qualificação da central de regulação e de todas as unidades básicas e avançadas além de a inclusão de um novo Veículo de intervenção rápida, são viaturas 4x4 (geralmente pickups ou SUV) compostas por equipe médica e material para suporte avançado de vida, mais ágeis e com capacidade de acessar locais de difícil trânsito, onde a ambulância normal poderia demorar a chegar, este veículo está programado para o município de Camboriú conforme o quadro descritivo a seguir:

QUADRO 56: Plano de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências/ SAMU

MUNICÍPIO	CENTRAL DE REGULAÇÃO HABILITADA				CENTRAL DE REGULAÇÃO QUALIFICADA	UNIDADES MÓVEIS HABILITADAS		UNIDADES MÓVEIS HABILITADAS E QUALIFICADA		CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO		
	População	Valor de custeio	Valor de ampliação	Valor de construção	Valor de custeio	Tipo	Valor de custeio	Tipo	Valor de custeio	2013	2014	2015
Balneário Camboriú	113.319	R\$ 49.000,00	R\$ 150.000,00		R\$ 81.830,00	USA	R\$ 27.500,00	USA	R\$ 45.925,00			
Balneário Camboriú	113.319					USB	R\$12.500,00	USB	R\$20.850,00			
Bombinhas	15.136					USB	R\$12.500,00	USB	R\$20.850,00			
Camboriú	65.520					USB	R\$12.500,00	USB	R\$20.850,00			
Camboriú	65.520					VIR	R\$ 27.500,00	USA	R\$ 45.925,00		X	
Itajaí	188.791					USA	R\$ 27.500,00	USA	R\$ 45.925,00			
Itajaí	188.791					USB	R\$12.500,00	USB	R\$20.850,00			
Navegantes	63.764					USB	R\$12.500,00	USB	R\$20.850,00			
Itapema	48.807					USB	R\$12.500,00	USB	R\$20.850,00			

6.1.8. Complexo de regulação exames e consultas

O SISREG entrou em produção no dia **25/10/2006**, integrando todos os municípios com PPI com o município de Itajaí. Inicialmente, o sistema dispunha apenas da oferta de algumas especialidades que atuavam isoladamente em algumas unidades Especializadas e na sede do Antigo PAM – Posto de Atendimento Médico – Unidade Especializada Federal, municipalizada em **2002** pela SMS de Itajaí.

No ano de 2008 o SISREG foi ampliado, com a inclusão dos exames de patologia clínica, que passaram a ser marcados pelo sistema. Este ano foi também fundamental para a consolidação da equidade de acesso à atenção especializada, em especial pela adoção da fila de espera via sistema de regulação.

No período de 2006 a 2010 foram investidos esforços para a capacitação dos técnicos dos municípios e do nível central da SES, a equipe técnica do complexo regulador de Florianópolis realizou a capacitação de todos os municípios envolvidos por compreender a necessidade para a implantação e desenvolvimento do complexo regulador regionalmente, conforme demonstra a figura nº 06.

O Ministério da Saúde veio ao longo dos últimos cinco anos, investindo fortemente no fortalecimento da Política Nacional de Regulação. Com o estabelecimento dos cinco blocos de financiamento, incluindo um bloco exclusivamente para a Gestão e liberação de linhas de financiamento para projetos relacionados às áreas de Planejamento, Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Ouvidoria, possibilitaram aos municípios transformar seus projetos em realidade.

Atualmente dos os municípios desta região da Foz do Rio Itajaí operam o SISREG para o agendamento de consulta e exames pelo complexo regional operado pelo município de Itajaí.

O estado possui também uma central de Leitos de UTI criada durante a gripe H1N1. Porém, atua ainda de forma incipiente, pois não regula 100% dos leitos de UTI. Ela é acionada quando os municípios que possuem UTI, estão em falta de leito e a regulação estadual que em consonância com o SAMU faz

a regulação e o deslocamento deste paciente, podendo inclusive efetuar compra de leito privado quando na inexistência de leito público disponível.

6.1.9 Atenção Básica em Saúde

A atenção à demanda espontânea na atenção básica objetiva ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

A atenção básica seu diagnóstico foi apresentado no diagnóstico situacional deste plano e na proposta apresentada ela é parte integrante desta rede sendo necessário a sua estruturação imediata para que possa desempenhar seu papel nesta de urgência e emergência e nas demais redes que estão sendo constituídas nesta Região.

6.2 LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para a implantação do modelo de atenção baseado em Redes, faz-se necessário a definição e delimitação das áreas focais nas quais se concentrarão os esforços e recursos, visando às transformações e as melhorias almejadas. Neste sentido aumenta a importância da delimitação das Regiões de Saúde no Estado, conforme preconizado pelo Decreto 7 508 de 28/06/2011.

Independentemente do protocolo adotado para a classificação do risco, a Rede estabelecerá fluxos e estruturas regulatórias e de transporte a serem pactuados pelos serviços, permitindo assim o acompanhamento e integração da assistência a ser prestada, tanto horizontal quanto verticalmente necessária, pois unifica a conduta e a linguagem diminuindo a possibilidade de encaminhamentos indevidos.

O Plano Operativo da Organização da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular de Santa Catarina foi elaborado com a

finalidade de organizar e implantar a Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular em Santa Catarina, delimitando o papel do Estado nesta área da atenção à saúde, bem como as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho desta função. Seguiu as orientações normativas da Política Nacional de Atenção:

6.2.1 Cardiovascular

Cardiovascular de Alta Complexidade (Portaria GM/MSnº 1.169, de 15 de junho de 2004) e adotou os conceitos, prazos, fluxos e exigências mínimas para a conformação da rede de atenção cardiovascular estabelecidos na Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004, e Portaria SAS/MS nº 123, de 28 de fevereiro de 2005. (Brasil, 2004b, 2004c e 2005a)

A rede estadual é composta por unidades de assistência e centros de referência, que realizam serviços de assistência em alta complexidade cardiovascular:

Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, Cirurgia Vascular, Procedimentos da Cardiologia Intervencionista, Laboratório de Eletrofisiologia.

Os Procedimentos Endovasculares Extracardíacos são realizados no Centro de Referência em Alta Complexidade, o Instituto de Cardiologia, em São José.

Após a recente publicação da portaria nº 2994 de 13 de dezembro de 2011 que aprova a linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas.

6.2.2 Traumato-Ortopedia

O Plano Operativo para Organização da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia de Santa Catarina foi elaborado a partir da instituição da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Trauma-Ortopedia (Portaria MS/GM nº 221, de 15 de fevereiro de 2005). O plano seguiu, também, as normativas da Portaria SAS/MS nº 95, de 14 de fevereiro de 2005, que conceituou serviços, estabeleceu prazos, fluxos e

exigências mínimas, para que os estabelecimentos de saúde pudessem integrar essa rede, composta por unidades de assistência e centros de referência em alta complexidade em Traumatologia-Ortopedia. (Brasil, 2005b, 2005c)

Em Santa Catarina, o Hospital Governador Celso Ramos em Florianópolis foi aprovado pelas instâncias gestoras como o Centro de Referência em Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia e o Hospital Infantil Joana de Gusmão, como o Centro de Referência em Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia Infantil. O Hospital Regional Homero de Miranda Gomes em São José, o Hospital Florianópolis, o Hospital Governador Celso Ramos e o Hospital Infantil Joana de Gusmão, todos na região metropolitana de Florianópolis.

Para uma melhor direcionamento e conformação do desenho desta linha de cuidado, estamos aguardando a publicação da portaria específica.

Fluxo da Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.

6.2.3 Neurologia

A Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade em Neurologia foi aprovada pelas instâncias gestoras junto ao Plano Operativo de Atenção ao Portador de Doença Neurológica em Santa Catarina. Sua elaboração seguiu as recomendações descritas na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.161, de 07 de junho de 2005, bem como as definições estabelecidas na Portaria SAS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005, sobre conceitos, prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar a rede estadual de assistência ao paciente neurológico na alta complexidade. (Brasil, 2005d, 2005e)

Em Santa Catarina foram aprovados três Centros de Referência em Alta Complexidade em Neurologia, localizados nos municípios de Florianópolis (Hospital Governador Celso Ramos), Joinville (Hospital Municipal São José) e Blumenau (Hospital Santa Isabel). O Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, é o Centro de Referência em Alta Complexidade em Neurologia Pediátrica.

Considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado. Desta forma, a portaria 665 de 12 de abril de 2012, instituiu e aprovou as Linhas de Cuidados em AVC como atendimento de Urgência nos estabelecimentos hospitalares habilitados.

A RMF não atinge o parâmetro preconizado de internações por AVC acima de 800/ano, para os leitos de UAVC agudo e UAVC- integral, sendo possível habilitar-se como centros de Atendimento de Urgência Tipo 1 ao AVC, não modificando o desenho atualmente adotado.

