



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

MACRORREGIÃO DO MEIO OESTE
ATUALIZAÇÃO 2020



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA
SAÚDE





PLANO DE AÇÃO MACRORREGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS



MACRORREGIÃO DO MEIO OESTE CATARINENSE

REVISÃO: 2020



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

CARLOS MOISÉS DA SILVA - GOVERNADOR
DANIELA CRISTINA REINEHR – VICE-GOVERNADORA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANDRÉ MOTTA RIBEIRO – SECRETÁRIO

SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
RAMON TÁRTARI – SUPERINTENDENTE

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
CARMEM REGINA DELZIOVO – SUPERINTENDENTE

SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SAULE LUIZ PASTRE JUNIOR – SUPERINTENDENTE

COORDENADORIA MACRORREGIONAL DE SAÚDE DE JOAÇABA
LUIZ MARTINHO ÁVILA - COORDENADOR

ELABORAÇÃO

IVANICE ANGELA PECCIN
JARDEL DAL ZOTTO
JOERCIO DAL MORO
LUIZ MARTINHO ÁVILA
ELISABETE DE FATIMA LIMA
MARCELO ANTONIO PASOLINI
MIRIAN KOWALCZKI
CAETANO PHAFEL CARDOSO

COLABORAÇÃO

ALESSANDRA DAROS NUNES - APOIADOR COSEMS
SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DA SAÚDE

ATUALIZAÇÃO

JACQUELINE BORTOLI – CENTRAL DE REGULAÇÃO DA
MACRORREGIÃO MEIO OESTE

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo Geral	6
2.2 Objetivos Específicos	6
3 HISTÓRICO.....	7
4 ANALISE SITUACIONAL DA REGIÃO	10
4.1 MACRORREGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE	10
4.1.1. Região de Saúde do Meio Oeste.....	11
4.1.2. Região de Saúde do Alto Vale Uruguai.....	12
4.1.3. Região de Saúde do Alto Vale do Rio Do Peixe.....	13
5 PERFIL EPIDEMIOLOGICO.....	14
5.1 Principais Causas de Internações Hospitalares.....	21
5.2 Acidente Vascular Cerebral (AVC).....	24
5.2.1 Classificação dos AVEs.....	24
5.2.2 Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH).....	25
6 ATENÇÃO BASICA	27
7 POLÍTICA HOSPITALAR CATARINENSE	31
8 ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIAS.....	32
8.1 Dimensionamento das Demandas do SUS	40
9 REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SAMU	42
10 ORGANIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO FLUXO DE ACESSO AOS COMPONENTES DA RUE.....	46
10.1 – Unidades de Pronto Atendimento- UPA	46
10.2 Atendimento de Urgência e Emergência	48
10.3 – Componente Hospitalar	48
11 UNIDADE DE REFERENCIA NO TRATAMENTO CARDIOVASCULAR E UNIDADE DE REFERENCIA AO TRATAMENTO DE URGÊNCIA DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	53
11.1 Atenção Domiciliar.....	54
11.2 Atenção Psicossocial na Rede de Urgência e Emergência.....	55
12 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DA MACRO MEIO OESTE.....	57
13 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
14 REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção, e constituem-se em três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. A rede de urgência e emergência tem a finalidade de integrar e articular todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

A implantação das redes de atenção à saúde, para provocar uma mudança radical no SUS, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e as agudas e os eventos agudos decorrentes de agudizações das condições crônicas. O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado.

A estruturação da rede de atenção às urgências e às emergências integrando os serviços em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O sistema de classificação de riscos é uma potente ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação na rede, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços.

Um modelo de atenção à saúde, que tenha uma atenção primária resolutiva, levando-se em consideração as estratégias de prevenção e promoção da saúde em todos os níveis de complexidade da rede, conjugando a uma política de atenção às urgências baseadas na conformação de uma rede de cuidados, funcionando de forma integrada, se consolida uma nova estrutura para o enfrentamento da situação atual.

Redes em essência correspondem à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e as relações entre os atores que atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da rede. Os usuários do SUS “circulam” nestas redes para buscar atenção à sua saúde, e dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas.

Com base na situação da saúde do estado, com elevada morbi-mortalidade por causas externas e por doenças crônicas, definiu-se como estratégia para o enfrentamento deste problema, a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em todas as regiões

de saúde conforme as portarias/MS preconizam, estabelecendo uma atenção integrada com encaminhamento correto dos pacientes, considerando a unidade adequada para cada caso e que promova a assistência mais eficaz no menor tempo possível.

Para que todas as portas de entrada da Rede de Urgências e Emergências atuem adequadamente é essencial uma estrutura de atendimento e processo de classificação de risco em todas as unidades de saúde. Há necessidade de novo desenho do fluxo de encaminhamento após a classificação de risco, atribuindo tempos de espera para atendimento médico, definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída, avaliando a necessidade de estrutura física do atendimento, modificando os fluxos e processos de trabalho e mensurando os resultados obtidos.

Como proposta de organização da Rede de Urgência e Emergência para macrorregião, o pressuposto fundamental é garantir que em todas as regiões a população tenha acesso a um dos pontos de atenção da rede, seja este um ponto de atenção fixo (unidade de atenção primária à saúde, unidade de pronto atendimento, pronto socorro), ou móvel (SAMU), na menor distância e tempo possíveis.

Estudos demonstram que a regionalização da resposta ao trauma é o maior fator de redução de mortalidade: redução de 50% de mortalidade em alguns estudos. Sistemas “maduros” reduzem em 15% a 20% a mortalidade em relação a sistemas incipientes. (WHO, 2004).

Para isso, a organização de um sistema de resposta se baseia em algumas premissas: gravidade, tempo de resposta, concentração de recursos (escala) e descentralização de transporte e um potente sistema de regulação assistencial que permitirá a gestão de casos e o encaminhamento dos pacientes para o ponto de atenção mais adequado de acordo com as suas necessidades.

Diante disto, como deve ser a rede de urgência e emergência da macrorregião quanto às necessidades de serviços de saúde? Sendo que temos um sistema único e público de atenção à saúde que deveria atender toda a população em sua integralidade.

Para organizar esta rede buscamos saber o perfil epidemiológico, a capacidade hospitalar instalada, a cobertura da atenção básica através das ESF e Unidades de Saúde, o SAMU e seu complexo regulador, os NASF's, os CAPS, os CEOs e os serviços de pronto atendimento 24 horas, sendo estas as portas de entrada, que constituem os serviços de atendimento integral a saúde e de onde se originará a rede de urgência e emergência da macrorregião meio oeste.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implantar serviços da Rede de Urgência e Emergência na Macrorregião do Meio Oeste Catarinense.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organização para Provimento de todas as especialidades dentro da Macrorregião de Saúde.
- Ampliar a atenção primária em saúde (ESF), como ordenadora do sistema das redes de atenção, que possam minimizar as necessidades de atendimentos de urgências e emergências.
- Organizar o fluxo de acesso nos serviços de urgência e emergência, modificando os processos de trabalho e mensurando os resultados obtidos.
- Regular no menor tempo possível, com base nos sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação.
- Controlar e acompanhar os pontos de atenção secundários ambulatoriais (UPA's, PA's), leitos hospitalares e o sistema de transporte.
- Estabelecer as competências de cada ponto de atenção às urgências;
- Implantar um programa de capacitação permanente dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e demais profissionais envolvidos) que atuam nos serviços de urgência e emergência da Macrorregião.

3 HISTÓRICO

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 aperfeiçoar o projeto de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde para reduzir a segmentação entre serviços e a fragmentação do cuidado à saúde.

Para isso o caminho apontado deverá ser a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país. Estas serão definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MS, 2010a).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção tendo como o centro de comunicação a Atenção Primária em Saúde (APS); pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização com a atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010a).

Buscando a consecução deste objetivo estratégico fundamental para a Secretaria de Atenção à Saúde, qual seja a indução à implementação das RAS no SUS, o Ministério da Saúde definiu como compromissos prioritários de governo a organização das Redes Materno-Infantil (Rede Cegonha), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede de Atenção Psicossocial com ênfase no enfrentamento do crack e outras drogas.

Para isso, será necessária a decisão política do conjunto dos gestores do SUS para estímulo à organização e implementação das RAS, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança.

Desta forma, considerando o imperativo de prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências, o Ministério da Saúde propõe uma reformulação da política no sentido de se trabalhar e estimular a constituição das Redes de Atenção à Urgência e Emergência-RUE nas regiões de saúde do país.

A atenção às urgências trata-se de tema complexo, que não deve ser tratado de forma pontual e por um único tipo de serviço. Desse modo no âmbito do SUS, as urgências devem ser abordadas a partir da constituição de uma Rede de Atenção, que atravesse os diversos níveis de complexidade do sistema, além de compor vários serviços diferentes, organizados a partir das necessidades dos usuários.

Desse modo, integram a Rede de Atenção às Urgências desde salas de observação, funcionando na atenção primária à saúde até os leitos de retaguarda nos hospitais, passando pela organização do SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e similares e a proposta de Atenção Domiciliar.

Dentro desta compreensão a proposta da RUE incorpora diversos componentes para sua constituição: a promoção e prevenção; a atenção primária em saúde através das suas unidades básicas, ESF's; o SAMU e seus complexos reguladores; as UPA's e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; as portas de entrada hospitalares de urgência; as enfermarias de retaguarda aos atendimentos de urgências (leitos clínicos resolutivos, unidades de cuidado intensivo, leitos crônicos, etc.) e algumas inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e trauma); e o programa de atenção domiciliar. Todas estas portas tendo como norte a ser seguido: a proposta do acolhimento com classificação do risco, qualidade e resolutividade na atenção.

Estes diversos componentes têm interfaces entre si e são transversalizados por algumas vertentes consideradas fundamentais para garantir a integração e integralidade da atenção nesta rede, são elas: a promoção e prevenção enquanto eixos que devem atravessar todos os componentes; a qualificação profissional para dar conta da complexidade dos problemas apresentados na rede; e a informação e a regulação como eixos estruturantes da RUE.

No estado de Santa Catarina a primeira reunião com o Ministério da Saúde ocorreu em setembro de 2007, quando o Diretor de Articulação das Redes de Atenção à Saúde - DARAS, apresentou a proposta de formação de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde e orientou sobre a elaboração de projeto para o estado.

O processo de organização das Redes de Atenção à Saúde em Santa Catarina teve início no município de Joinville em 2007, região norte.

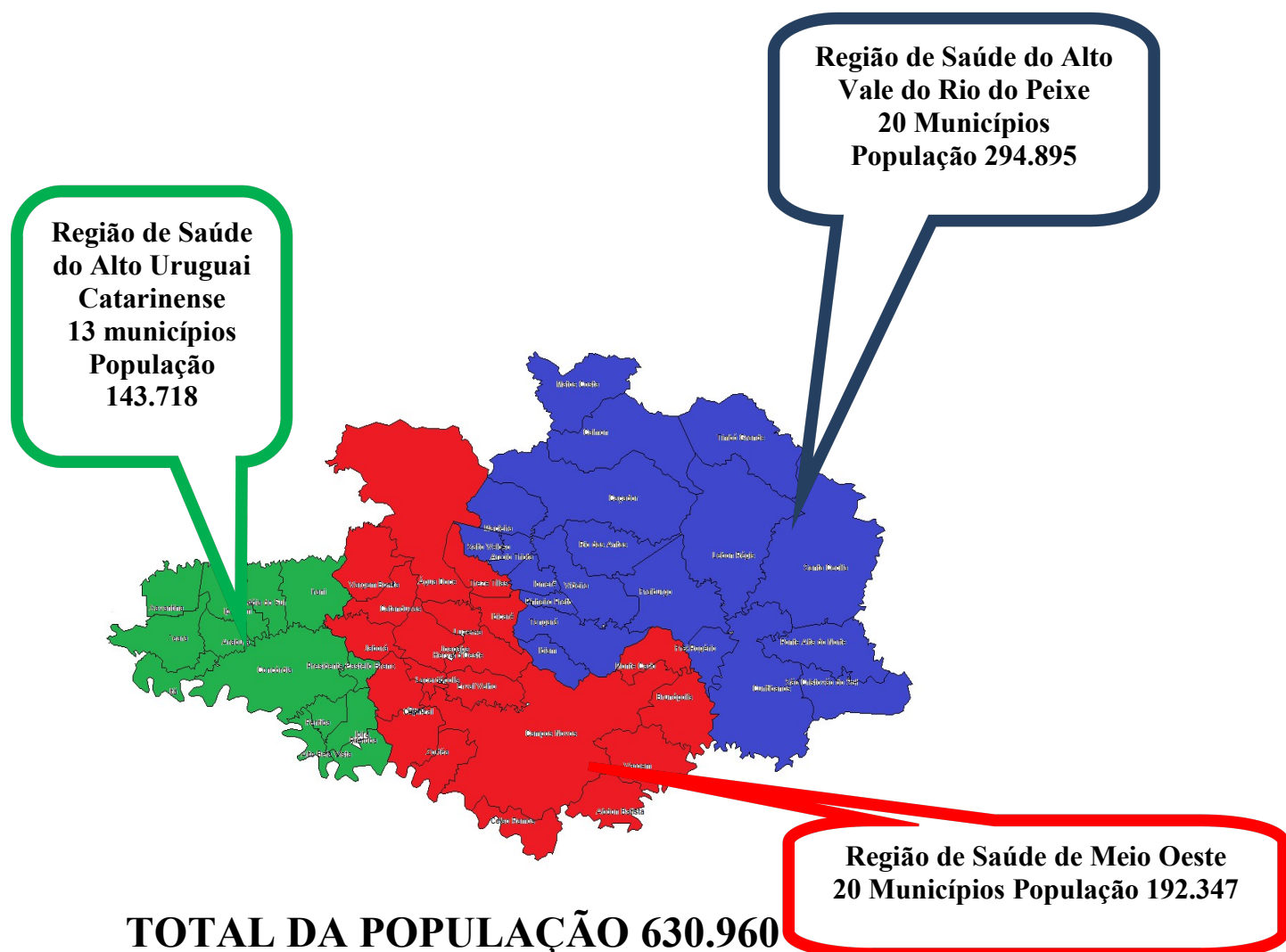
A Macrorregião meio Oeste, em 2013 começa a articular-se para construir A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS da região, aprovada em reunião com as CIR da macrorregião em 23 de maio de 2013 com a presença de representantes do

Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Cinco anos depois convoco o grupo condutor regional, os gestores municipais de saúde e os prestadores de serviços para uma atualização de dados e ampliação dos serviços.

4 ANALISE SITUACIONAL DA REGIÃO

4.1 MACRORREGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE

A Macrorregião de Saúde do Meio Oeste é composta por 03 (três) Regiões de Saúde com uma população de referência de 630.960 (Estimativa IBGE 2019).



4.1.1. Região de Saúde do Meio Oeste

A Região é composta por 20 (vinte) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 192.347 habitantes

Tabela 01: População por município da Região de Saúde do Meio Oeste

Município	População
Abdon Batista	2.563
Água Doce	7.145
Brunópolis	2.420
Campos Novos	36.244
Capinzal	22.848
Catanduvas	10.861
Celso Ramos	2.728
Erval Velho	4.412
Herval d'Oeste	22.606
Ibicaré	3.202
Jaborá	3.936
Joaçaba	30.118
Lacerdópolis	2.246
Luzerna	5.685
Monte Carlo	9.866
Ouro	7.295
Treze Tílias	7.840
Vargem	2.477
Vargem Bonita	4.492
Zortéa	3.363

Fonte: Estimativa IBGE/2019

4.1.2. Região de Saúde do Alto Vale Uruguai

A região é composta por 13 (treze) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 143.718 habitantes.

Tabela 02: População por município da Região de Saúde do Alto Vale Uruguai

Município	População
Alto Bela Vista	1.937
Arabutã	4.267
Concórdia	74.641
Ipira	4.446
Ipumirim	7.593
Irani	10.419
Itá	6.169
Lindóia do Sul	4.563
Peritiba	2.787
Piratuba	3.854
Presidente Castello Branco	1.568
Seara	17.541
Xavantina	3.933

Fonte: Estimativa IBGE/2019

4.1.3. Região de Saúde do Alto Vale do Rio Do Peixe

A Região é composta por 20 (vinte) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 294.895 habitante.

Tabela 03: População por município da Região de Saúde do Alto Vale do Rio Do Peixe

Município	População
Arroio Trinta	3.550
Caçador	78.595
Calmon	3.346
Curitibanos	39.745
Fraiburgo	36.443
Frei Rogério	2.023
Ibiam	1.957
Iomerê	2.945
Lebon Régis	12.107
Macieira	1.775
Matos Costa	2.520
Pinheiro Preto	3.555
Ponte Alta do Norte	3.414
Rio das Antas	6.205
Salto Veloso	4.718
Santa Cecília	16.830
São Cristóvão do Sul	5.549
Tangará	8.676
Timbó Grande	7.877
Videira	53.065

Fonte: Estimativa IBGE/2019

5 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

Para organizar uma rede que atenda os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência/emergência é necessário olhar e considerar o perfil epidemiológico na nossa região. Segundo dados do IBGE 2012 (última atualização no Datasus), a população na macrorregião se distribuía como 297.748 do sexo masculino e 299.558 são do sexo feminino.

A Tabela 04, a seguir, representa a distribuição da população da macrorregião por faixa etária.

Tabela 04: Distribuição da população por faixa etária

Faixa Etária	Meio Oeste
Menor de um ano	8.326
01 a 04 anos	32.157
05 a 09 anos	45.133
10 a 14 anos	53.440
15 a 19 anos	52.694
20 a 29 anos	100.010
30 a 39 anos	90.045
40 a 49 anos	85.703
50 a 59 anos	62.154
60 a 69 anos	38.974
70 a 79 anos	20.571
80 anos e mais	8.099
Total	597.306

Fonte: (2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus)

Os indicadores de mortalidade geral na macrorregião possibilitam constatar que 57,04% das causas estão associadas às doenças do aparelho circulatório (24,42%), às neoplasias (21,75%) e as doenças do aparelho respiratório (10,87%). Na Tabela 05, a seguir, estão expostos tais indicadores.

Tabela 5: Distribuição do percentual de Causas da Mortalidade da Macrorregião Meio Oeste.

Causas de Mortalidade na Macrorregião Meio Oeste	Geral (%)
Doenças do aparelho circulatório	24,42
Neoplasias (tumores)	21,75
Causas externas	10,20
Doenças do aparelho respiratório	10,87
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9,17
Doenças do aparelho digestivo	5,11
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,01
Mal Definidas	2,99
Doenças do sistema nervoso	4,29
Doenças do aparelho geniturinário	3,09
Algumas afec originadas no período perinatal	1,29
Transtornos mentais e comportamentais	1,62
Anomalias congênitas	0,94
Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	0,42
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	0,47
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,22
Gravidez parto e puerpério	0,02
Doenças do olho e anexos	0,00
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,02
Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas	0,02
Total	100,00

Fonte: SIM/ MS 2019

Os indicadores de morbidade por caráter de atendimento na macrorregião possibilitam constatar que 54,34% das causas estão associadas às neoplasias eletivas (30,29%), às doenças do aparelho respiratório por caráter de urgência (13,77%) e às doenças do aparelho circulatório por caráter eletivo (10,28%). Na Tabela 06, a seguir, estão expostos tais indicadores.

Tabela 06: Percentual de morbidade por caráter de atendimento (Urgência e Eletivo)

Causas de Morbidade na Macrorregião Meio Oeste	Eletivo (%)	Urgência (%)
Doenças do aparelho circulatório	6,14	10,28
Neoplasias (tumores)	30,29	5,09
Causas externas	0,00	0,00
Doenças do aparelho respiratório	4,28	13,77
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,37	2,13
Doenças do aparelho digestivo	17,11	9,41
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0,38	6,10
Mal Definidas	0,00	0,00
Doenças do sistema nervoso	2,77	2,11
Doenças do aparelho geniturinário	7,29	7,65
Algumas afec originadas no período perinatal	0,074	2,11
Transtornos mentais e comportamentais	0,037	4,87
Anomalias congênitas	0,00	0,00
Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	0,61	1,03
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	12,22	1,90
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,25	1,21
Gravidez parto e puerpério	0,20	17,67
Doenças do olho e anexos	1,42	0,10
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,31	0,23
Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas	5,64	11,20
Total	100,00	100,00

Fonte: SIM/ MS 2019

As causas externas de mortalidade na Macrorregião Meio Oeste correspondem a 76,76% do total de óbitos, sendo que 38,63 correspondem aos acidentes de transportes, 19,55% ao suicídio e 18,58% aos acidentes/quedas. Na Tabela 07 constam os indicadores de mortalidade por causas externas da macrorregião Meio Oeste.

Tabela 07: Distribuição do percentual de mortalidade por Causas Externas na Macrorregião Meio Oeste (%)

Causas Externas	Macrorregião Meio Oeste (%)
Acidentes de Transportes	38,63
Suicídio	19,55
Acidentes/Quedas	18,58
Homicídio	12,46
Acidentes-exposição a forças inanimadas	3,17
Acidentes-Afogamento	2,20
Acidentes-riscos a respiração	1,71
Acidentes-exposição a corrente elétrica	0,97
Complicações de assistência médica e cirúrgica	0,97
Eventos cuja intenção é indeterminada	0,73
Demais causas externas	0,48
Acidentes-exposição ao fogo e às chamas	0,24
Acidentes-Outros	0,24
Total	100,00

Fonte: SIM/MS 2019

No Brasil e nossa região as causas externas (que incluem os acidentes e violências) são responsáveis pela 4^o causa de morte na população geral e 1^a causa de morte na faixa etária entre 30 a 39 anos (BRASIL, 2018). Outro dado relevante em relação aos acidentes de trânsito

refere-se ao aumento crescente e progressivo da taxa de acidentes envolvendo motociclistas em todo o país.

A Hepatites Virais ainda é o agravo que representa a maior causa de notificação compulsória na Macrorregião Meio Oeste, seguido das Aids, Tuberculose e Meningites, conforme descrito na Tabela 08, a seguir.

Tabela 08: Principais causas de notificação compulsória na Macrorregião Meio Oeste

Causas Notificação Compulsória	Macrorregião Meio Oeste
Aids	157
Hepatites Virais	286
Tuberculose	91
Meningites	34

Fonte: Departamento de Informática do SUS - DATASUS 2019

O principal agravo notificado na Macrorregião Meio Oeste entre os anos de 2018 e 2019 esteve associado a violência doméstica, sexual e/ou outras formas de violências. Do total de 7.261 agravos notificados, 2.471 ou 34,03% a este aspecto se referiam.

A violência, provavelmente, sempre fez parte da experiência humana. Seu impacto pode ser visto mundialmente por varias formas. A cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de auto-agressões, de agressões interpessoais ou violência coletiva. No mundo, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte entre as idades de 15 a 44 anos (Dahlberg e Krug, 2016). Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2002) define que a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na vida real, contra si própria, contra outra pessoa ou contra um grupo/comunidade que resulte ou seja capaz de resultar sofrimento, morte, dano psicológico, crescimento prejudicado ou privação.

Embora a violência tenha estado sempre presente, a população não deve aceita-la como um aspecto inevitável da condição humana. A fim de preveni-la sempre houve participações dos sistemas religiosos, psicólogos e comunidades em geral que contribuíram completamente para esse processo (Dahlberg e Krug, 2016).

Dahlberg e Krug, 2016, pag. 1.164 “A violência pode ser evitada, e suas consequências reduzidas, da mesma forma que a saúde pública conseguiu prevenir e reduzir, em todo o mundo, as complicações relacionadas a gravidez, aos ferimentos em locais de trabalho, às doenças contagiosas e enfermidades causadas por alimentos e águas contaminados”.

Segundo Dahlberg e Krug, 2016 concluíram que o objetivo da saúde pública é criar comunidades seguras e sadias em todo mundo. Visando assim, as autoridades da saúde pública podem fazer muito para estabelecer planos e políticas nacionais para prevenção contra a violência, realizando parcerias entres os vários setores e assegurando benefícios em recursos para as ações preventivas.

Seguido da violência doméstica, sexual e/ou outras formas de violências, o segundo agravo com maior quantitativo de notificações no período compreendido entre 2018 e 2019 foi a intoxicação exógena, com 1.611 notificações (22,18%). A Tabela 09, a seguir, estão distribuídos os agravos e respectivas quantidades que foram notificados entre os anos de 2018 e 2019.

Tabela 09: Distribuição dos agravos e respectivas quantidades notificados entre os anos de 2018 e 2019 relativos a população da Macrorregião Meio Oeste.

Agravos confirmados	2018	2019
B019 Varicela	0	0
B19 Hepatites Virais	243	286
G039 Meningite	31	34
A630 Candiloma Acuminado (Verrugas Anogenitais)	0	0
B269 Caxumba (Paritidite Epidemica) sem complic.	0	0
Y59 Eventos Adversos Pós-Vacinação	0	0
A379 Coqueluche	18	8
T659 Intoxicação Exógena	686	925
B69 Cisticercose	4	0

O981 Sífilis em Gestante	199	172
R36 Síndrome do Corrimento Uretal em Homem	28	18
N72 Síndrome do Corrimento Cervical em Mulheres	0	0
A279 Leptospirose	107	139
A53 Sífilis em Adulto (excluída a forma primária)	0	0
A90 Dengue	38	83
E43 Desnutrição Protéico-Calórica Grave não espec.	0	0
Y09 Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências	918	1.553
A539 Sífilis Não Especificada	859	735
A60 Herpes Genital (apenas o primeiro episódio)	0	0
A988 Hantavirose	60	100
B54 Malária	4	13
A35 Tétano Acidental	0	0
Total	3.195	4.066

Fonte: Departamento de Informática do SUS - DATASUS 2019

5.1 Principais Causas de Internações Hospitalares

Apresentamos abaixo o quadro das principais causas de internações hospitalares no ano de 2019 na Macrorregião do Meio Oeste Catarinense.

Tabela 10: Principais causas de Internação em 2019 no Meio Oeste Catarinense

Principais Causas de Internação	Internações
Total	51.481
Tratamento de doenças do ouvido/apófise mastoide e vias aéreas	5.492
Parto cesariano/normal	3.717
Tratamento de doenças cardiovasculares	2.628
Tratamento de doenças infecciosas e parasitárias	2.560
Tratamento de doenças do aparelho digestivo	2.488
Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	2.317
Tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico	2.139
Tratamento em nefrologia em geral	1.803
Gerais em oncologia	1.401
Quimioterapia - procedimentos especiais	1.324
Tratamento durante a gestação, parto e puerpério	1.222
Tratamento das doenças do aparelho geniturinário	1.211

Fonte: SIH/SUS 2019

Observando os dados demonstrados acima podemos perceber que o Tratamento de doenças do ouvido/apófise mastoide e vias aéreas aparecem como a primeira causa de internação, seguida do Parto cesariano/normal que segue como segunda principal causa.

Tabela 11: Número de IAM com angina na macrorregião do Meio Oeste no ano de 2018

Diag CID10 (categ)	IAM
I20 Angina pectoris	2
I21 Infarto agudo do miocárdio	223
I22 Infarto do miocárdio recorrente	1
I24 Outras doenças isquêmicas agudas do coração	7
I25 Doenças isquêmica crônica do coração	27
Total	260

Fonte: SIH/SUS 2018

Nos dados demonstrados acima, as doenças do aparelho circulatório ainda são a primeira causa de morte e terceira causa de internação na Macrorregião do Meio Oeste. Dentre elas, destacamos o Infarto Agudo do Miocárdio, num total de 223 casos com angina e 287 sem angina. Vale ressaltar que na região não há hospital habilitado em alta complexidade em Cardiologia que atenda a demanda, sendo os pacientes encaminhados na Região Oeste, Alto Vale do Itajaí e Grande Florianópolis.

Enfim, a Comissão Intergestores Regional Meio Oeste, através da Deliberação 013/CIR/2019 e no uso de suas atribuições, resolve aprovar a habilitação e implantação do serviço em assistência em alta complexidade cardiovascular no Hospital Maicé, na cidade de Caçador/SC. Habilita o serviço para acesso da região em Serviço de Assistência de Alta Complexidade em cirurgia cardiovascular, serviço de assistência de alta complexidade em procedimento de cardiologia intervencionista, serviço de assistência de alta complexidade em marca-passo, serviço de assistência de alta complexidade em serviços ambulatorial pré e pós operatório, serviço de assistência de alta complexidade exame de ergonomia, serviço de assistência de alta complexidade exame Holter, serviço de assistência de alta complexidade exame de ecocardiograma, serviço de assistência de alta complexidade exame ecocardiogramatranesofagico, serviço de assistência de alta complexidade exame eletrocardiograma, serviço de assistência de alta complexidade cateterismo cardíaco, serviço de assistência em alta complexidade revisão de marcapasso, serviço de assistência de alta complexidade exame ultrassografia com doppler colorido de três vasos, serviço de assistência

de alta complexidade em cirurgia vascular, serviço de alta complexidade em cirurgia endovascular, serviço de alta complexidade em cirurgia neuroendovascular. Conforme Termo de compromisso de assistência de alta complexidade cardiovascular (PORTARIAS GM/MS nº 1.169 e SAS/MS nº 210 de 15/06/04). No entanto, vale frisar que já foi aprovado em CIR e CIB os serviços de Cardiologia Clínica, Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Cardiovascular e Cirurgia Vascular ao Hospital Maicê de Caçador, onde o mesmo demonstra que tem capacidade em atender a demanda da Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe e do Meio Oeste, oferecendo os serviços citados para esse tipo de assistência e outros serviços relacionados como no tratamento Endovascular tanto para Cardiologia, quanto para a Neurocirurgia.

O Hospital Maicê segue o Fluxo do Processo de Credenciamento/Habilitação, frente a estes serviços de saúde de sua competência junto ao Ministério da Saúde para a inclusão dos serviços no CNES, tendo como prazo de conclusão em meados de 2021.

Convém ainda mencionar que a referência nesta especialidade para a Região do Alto Uruguai Catarinense, permanecerá no Hospital São Paulo de Xanxerê.

Convém deixarmos registrado que o Hospital São Francisco de Concórdia manifestou interesse em habilitar uma Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, nos seguintes serviços de cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos endovasculares extracardíacos e laboratório de eletrofisiologia, onde se dispõem a atender a demanda da Região do Alto Uruguai Catarinense, sendo que hoje essas demandas estão sendo encaminhadas a Região do Oeste.

Tabela 12: Número de IAM sem angina na macrorregião do Meio Oeste no ano de 2018

Diag CID10 (categ)	IAM
I21 Infarto agudo do miocárdio	201
I22 Infarto do miocárdio recorrente	1
I24 Outras doenças isquêmicas agudas do coração	6
I25 Doenças isquêmica crônica do coração	23
Total	231

Fonte: SIH/SUS 2018

Em relação a esta patologia (IAM) destacamos a importância da Atenção Básica na prevenção de doenças do aparelho circulatório. Ações preventivas, juntamente com a promoção da saúde para a população, devendo haver uma verdadeira diminuição nestes índices.

5.2 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O acidente vascular encefálico se caracteriza pela instalação de um déficit neurológico focal, repentino e não convulsivo determinado por uma lesão cerebral, secundária a um mecanismo vascular e não traumático. Podemos encontrar, conseqüentemente, AVEs secundários a embolia arterial e processos de trombose arterial e/ou venosa, causando, assim isquemia e/ou hemorragia cerebral.

5.2.1 Classificação dos AVEs

Podemos classificar o AVE em dois tipos: isquêmico e hemorrágico.

Acidente vascular cerebral isquêmico (AVEI): pode ser causado por embolia ou trombose arterial e subdividimos de acordo com a duração do déficit em:

- Ataque isquêmico transitório (AIT): apresenta quadro agudo com perda de função de uma região encefálica ou retiniana, regredindo em menos de 24 horas, atribuindo a suprimento sanguíneo inadequado em território carotídeo ou vertebro basilar.
- Déficit neurológico isquêmico reversível: ocorre quando a reversão do quadro neurológico se dá em tempo superior a 24 horas e inferior a três semanas;
- AVE em progressão: este se dá quando o déficit focal piora ou melhora, em um determinado período de tempo. Por isso, nestes casos, torna-se necessária uma reavaliação periódica do paciente em 30 a 60 minutos;
- Infarto cerebral ou AVE completa: ocorre quando o déficit neurológico persistir por mais de três semanas.

5.2.2 Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH)

- Hemorragia intracerebral: corresponde a presença de lesão intraparenquimatosa, (hematoma) levando a sinais e sintomas neurológicos secundários;
- Hemorragia subaracnóidea: neste caso não observamos sinais de sofrimento cerebral intraparenquimatoso, somente se houver complicações posteriores.

Tabela 13: AVC 2019 MACRO MEIO OESTE

Diag CID10 (categ)	ANO 2019
G45 Acid. Vasc. Cerebr. isquêmicos trans sindr. corr	0
G46 Sindr. Vasc. Cerebr. q ocorr doenc. cerebrovasc	110
G81 Hemiplegia	0
G82 Paraplegia e tetraplegia	0
I63 Infarto cerebral	104
I64 Acid. Vasc Cerebr NE como hemorrag isquêmico	542
I65 Oclus/esten art pre-cereb q n res inf cereb	0
I66 Oclusão/estenose art. Cereb. q n res inf. cereb.	0
I67 Outr. doenças cerebrovasculares	89
I68 Transt. cerebrovasculares em doenças COP	0
Total	846

Fonte: SIH/MS 2019

A partir dos dados apresentados, foi possível conhecer, de maneira abrangente, o perfil epidemiológico da Macrorregião, sendo que se destaca nas causas gerais como principais motivos de óbitos as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e causas externas destacando os acidentes de trânsito.

De maneira geral, estes resultados esboçam uma necessidade de criar melhores condições para fundamentar a prática do planejamento em informações epidemiológicas dos serviços de saúde que traz consequências futuras para a formulação de políticas de saúde.

De maneira geral estes resultados esboçam uma necessidade de se implementar as ações de vigilância epidemiológica com análise periódica dos indicadores de saúde para uma redefinição de estratégias e definição de novas ações.

6 ATENÇÃO BÁSICA

Na reorganização das práticas de saúde, no nível local, na perspectiva da integralidade da atenção é inevitável a identificação dos problemas de saúde da população. Equacionar a oferta de serviços, baseada numa análise técnica da situação.

Entendendo a Atenção Básica como ordenadora do sistema, a sua capacidade instalada bem como as ações realizadas são muito importantes para a execução do trabalho em rede. Santa Catarina entende a Estratégia de Saúde da Família como substitutiva ao modelo de atenção convencional e vem, desde 1994 apoiando a reordenação do modelo.

Apresentamos a seguir uma breve análise da capacidade instalada da Atenção Básica na Macrorregião Meio Oeste, contendo a Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, adesão ao 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).

A Macrorregião de Meio Oeste atende um total de 53 municípios, com população de 630.960 mil habitantes e a cobertura populacional da Atenção Básica é de 81,20%.

Para a Região de Saúde do Meio Oeste a cobertura é de 79,21%, desta podemos destacar os municípios de Capinzal e Catanduvas que não atingem cobertura de 50% de Estratégia Saúde da Família.

Na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense a cobertura perfaz um total de 78,50%, sendo o município de Concórdia com apenas 60,09% de cobertura de Estratégia Saúde da Família e Lindóia do Sul com 75,61% e os demais municípios possuem uma cobertura de 100%.

Na Região do Alto Vale do Rio do Peixe a cobertura é de 77,59%, sendo o município de Arroio Trinta perfaz um total de 97,18%, Caçador 65,84%, Curitibanos 69,44%, Fraiburgo 85,20%, Santa Cecília 82,00% e Videira com 65,01% e os demais municípios atingem uma cobertura de 100%.

Abaixo as tabelas 14, 15 e 16 descrevem melhor a capacidade instalada da Atenção Básica, NASF, ACS e PMAC das regiões respectivas.

Ressaltamos que os municípios que possuem baixa cobertura na Atenção Básica se comprometem reestruturar aumentando a cobertura de atendimento pela Estratégia Saúde da Família, havendo por parte das gerências de saúde um maior incentivo neste aspecto. Também é necessário criar um fluxo de acesso de referência e contra referência, utilizando a

classificação de risco para os atendimentos na Atenção Básica, referenciando os casos necessários aos Hospitais de porta de entrada ou salas de estabilização, melhorando assim o acesso a população aos serviços de saúde.

Tabela 14: Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, CAPS da Região Meio Oeste

MUNICÍPIO	ESF	UBS	NASF	ACS	CAPS
ABDON BATISTA	1	1	1	10	-
ÁGUA DOCE	3	1	1	09	1
BRUNÓPOLIS	1	2	1	10	-
CAMPOS NOVOS	8	14	0	53	1
CAPINZAL	3	1	0	14	1
CATANDUVAS	3	5	1	21	-
CELSO RAMOS	1	1	1	10	-
ERVAL VELHO	2	1	1	10	-
HERVAL D'OESTE	8	1	1	39	1
IBICARÉ	2	1	1	8	-
JABORÁ	2	2	1	10	-
JOAÇABA	10	3	1	51	1
LACERDÓPOLIS	1	1	1	4	-
LUZERNA	2	1	1	12	-
MONTE CARLO	4	1	1	24	-
OURO	2	2	0	8	1
TREZE TÍLIAS	2	2	1	16	-
VARGEM	1	1	1	11	-
VARGEM BONITA	2	2	1	13	-
ZORTÉA	1	1	1	7	-
TOTAL	55	121	17	341	6

Fonte: IBGE, GEABS – SES – SC, CNES, FNS -2020

Tabela 15: Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, CAPS, da Região do Alto Vale Uruguai

MUNICIPIO	ESF	UBS	NASF	ACS	CAPS
ALTO BELA VISTA	1	1	1	5	-
ARABUTÃ	2	-	1	10	-
CONCÓRDIA	13	17	1	39	1
IPIRA	2	3	1	15	-
IPUMIRIM	3	4	1	16	-
IRANI	4	-	1	18	-
ITÁ	3	-	1	17	-
LINDÓIA DO SUL	1	-	-	10	-
PERITIBA	1	-	1	6	-
PIRATUBA	2	-	1	15	-
PRES. CASTELO BRANCO	1	-	1	4	-
SEARA	6	4	1	39	1
XAVANTINA	2	3	1	10	-
TOTAL	41	32	12	204	2

Fonte: IBGE, GEABS – SES – SC, CNES, FNS -2020

Tabela 16: Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, CAPS, do Alto Vale do Rio do Peixe

MUNICÍPIO	ESF	UBS	NASF	ACS	CAPS
ARROIO TRINTA	1	1	1	8	-
CAÇADOR	13	15	-	70	2
CALMOM	2	2	1	16	-
CURITIBANOS	8	9	0	45	1
FRAIBURGO	9	1	1	49	1
FREI ROGERIO	1	1	1	8	-
IBIAM	1	1	-	4	-
IOMERÊ	1	1	-	6	-
LEBON RÉGIS	4	4	1	25	-
MACIEIRA	1	2	1	4	-
MATOS COSTA	1	1	1	8	-
PINHEIRO PRETO	2	1	1	9	-
PONTE ALTA DO NORTE	1	1	1	4	-
RIO DAS ANTAS	2	2	1	10	-
SALTO VELOSO	2	1	-	8	-
SANTA CECILIA	4	9	1	19	1
SÃO CRISTOVÃO DO SUL	2	1	-	9	-
TANGARÁ	3	2	1	22	-
TIMBÓ GRANDE	4	3	1	13	-
VIDEIRA	10	1	1	29	1
TOTAL	72	59	14	438	6

Fonte: IBGE, GEABS – SES – SC, CNES, FNS – 2020

7 POLÍTICA HOSPITALAR CATARINENSE

A Política Hospitalar Catarinense está baseada em critérios estabelecidos por normativas vigentes no Sistema Único de Saúde e organizada a partir da definição dos serviços de interesse de saúde que, de forma regionalizada, são referência para o atendimento das necessidades de saúde da população, com destaque para as linhas de cuidado urgência e emergência, materno infantil e atenção psicossocial. Estes serviços receberão incentivo financeiro mensal de acordo com o porte em que estão classificados e a valoração do seu desempenho. Foram elencados nove (9) critérios para classificação de cinco (5) portes hospitalares. A partir da definição destes portes, foi elaborada uma matriz de avaliação de desempenho para definir o valor do incentivo financeiro, oriundo de recurso próprio do tesouro do Estado, que será destinado para as unidades hospitalares da rede dos hospitais públicos e filantrópicos vinculados ao SUS.

Sem dúvida, esta proposta, para sua efetivação, pressupõe a modificação da lógica da relação entre a gestão pública e os prestadores de serviços. Assim, como condicionante central, estabelece-se a consolidação da contratualização desses hospitais como instrumento de gestão de caráter legal, normativo e de transparência dos objetivos e metas a serem alcançados para a organização e estruturação da rede de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina.

Em 2018 a Comissão Hospitalar/CIB iniciou a construção de critérios para definição dos portes hospitalares que foram aprimorados pela Comissão Hospitalar de 2019. Na sequência foi elaborada pela SES/SC a matriz de avaliação de desempenho, sendo apresentada e discutida nas Câmaras Técnicas Hospitalar e de Gestão/CIB, com as Associação e Federações dos Hospitais Filantrópicos e com os Gestores que tem hospitais municipais.

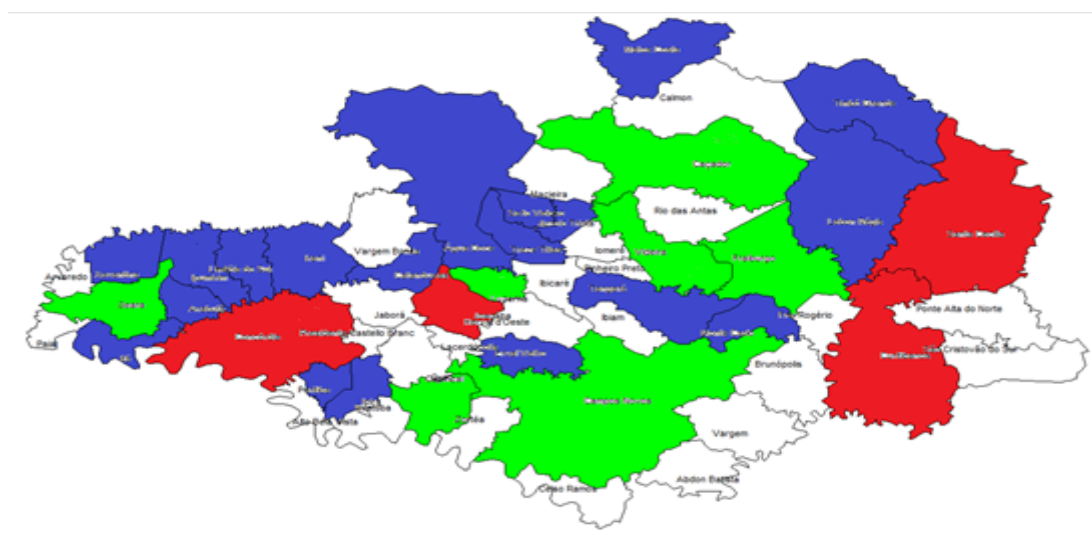
A mesma visa estabelecer a política hospitalar para o Estado de Santa Catarina visando ampliar o acesso e a qualidade dos serviços ofertados, com o intuito de estabelecer critérios para repasse de recursos financeiros como incentivo estadual para os serviços hospitalares, elencar os serviços que compõe a política hospitalar catarinense, definir e ampliar os serviços hospitalares que compõem a rede de atenção psicossocial, materno infantil e de urgência e emergência, acompanhar o desempenho das unidades hospitalares por meio de uma matriz de avaliação de desempenho e, publicizar os critérios para repasse do incentivo financeiro da Política Hospitalar e o desempenho das unidades hospitalares.

8 ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIAS

A Macrorregião do Meio Oeste é composta por 27 (vinte e sete) Unidades Hospitalares, sendo que 04 Hospitais possuem Porta de Entrada Aberta de Urgência e Emergência, e bem como serviços de média e alta complexidade, sendo: Hospital Universitário Santa Teresinha em Joaçaba, Hospital São Francisco em Concórdia, Hospital Maicé em Caçador e Hospital Hélio Anjos Ortiz em Curitibaanos. Estes possuem especialidades médicas com atendimento 24 horas e que são referência para os municípios pertencentes a regiões do Alto Vale do Rio do Peixe, Alto Uruguai Catarinense e Meio Oeste.

Na Macrorregião os hospitais e unidades que possuem pronto atendimento com médico e equipe de enfermagem presencial 24 horas, são Campos Novos, Capinzal, Monte Carlo, Fraiburgo, Seara, Peritiba, Salto Veloso, Rio das Antas, Santa Cecília, Lebon Régis e Ipumirim. Os demais hospitais recebem pacientes oriundos da atenção básica para internações clínicas de média complexidade. Elencamos abaixo um mapa que demonstra qual a localização dos Hospitais relacionados ao número de leitos.

Ilustração 1: Localização dos Hospitais em relação ao número de leitos existentes



Legenda

Hospitais mais 100 leitos	
Hospitais 50 a 100	
Hospitais menos 50	

Tabela 17: Descrição dos hospitais e o número de leitos existentes conforme Unidade Hospitalar

Região	Hospital	Município	Porte	Leito não Sus	Leito sus	Total	Legenda
AVRP	HOSPITAL MAICE	CAÇADOR	IV	25	104	129	
MO	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DR JOSE ATHANASIO	CAMPOS NOVOS	II	23	55	78	
MO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	CAPINZAL	I	11	52	63	
AVU	HOSPITAL SAO FRANCISCO	CONCÓRDIA	IV	87	130	217	
AVRP	HOSPITAL HELIO ANJOS ORTIZ	CURITIBANOS	III	36	143	179	
MO	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA	JOAÇABA	IV	31	160	191	
MO	HOSPITAL SAO ROQUE	LUZERNA	I	5	58	63	
AVRP	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CECILIA	SANTA CECÍLIA	II	7	93	100	
AVRP	HOSPITAL SALVATORIANO DIVINO SALVADOR	VIDEIRA	III	32	101	133	
AVU	HOSPITAL SÃO CAMILO	IPUMIRIM	I	1	12	13	
MO	UNIDADE MISTA DE SAUDE NOSSA SENHORA DE SALETE	MONTE CARLO	I	-	17	17	

AVRP	FUNDAÇÃO MÉDICA SOCIAL RURAL SALTO VELOSO	SALTO VELOSO	I	2	14	16	
AVRP	HOSPITAL BENEFICIENTE SÃO ROQUE	ARROIO TRINTA	I	8	13	21	
AVRP	HOSPITAL MUNICIPAL FREI ROGERIO	TANGARÁ	I	3	21	24	
AVU	HOSPITAL SÃO LUCAS	XAVANTINA	I	7	17	24	
AVU	HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA	LINDÓIA DO SUL	I	6	70	76	
AVU	HOSPITAL PIRATUBA IPIRA	IPIRA	I	8	21	29	
AVU	HOSPITAL SÃO JORGE LTDA	IRANI	II	3	42	45	
AVU	HOSPITAL SÃO ROQUE	SEARA	I	13	40	53	
AVU	HOSPITAL OSVALDO CRUZ	ARABUTÃ	0	6	16	22	
MO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PAZ	ÁGUA DOCE	I	6	26	32	
MO	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO	CATANDUVAS	I	10	23	33	
AVRP	HOSPITAL SÃO LUCAS LTDA	TANGARÁ	I	11	20	31	
AVU	ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE HOSPITALAR SÃO CAMILO PERITIBA	PERITIBA	I	6	27	33	

AVRP	HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTONIO	LEBON RÉGIS	I	0	41	41	
AVU	HOSPITAL SAO PEDRO	ITÁ	I	6	34	40	
AVRP	ACENI	FRAIBURGO	II	9	48	57	

Fonte: tabnet/DATASUS

Legenda

Hospitais com mais de 100 leitos	
Hospitais 50 a 99 leitos	
Hospitais menos 50 leitos	

O número de leitos clínicos existentes nesta macrorregião soma um total 1.163. No entanto para definir o quantitativo de leitos hospitalares necessários o Ministério da Saúde publicou dois conjuntos de parâmetros, a Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002 (vigente até setembro de 2015) e a Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que a substituiu, onde aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.101/02 define que os leitos hospitalares totais devem se encontrar no intervalo de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes, considerando os parâmetros específicos de acordo com a especialidade e para o total, chegando a 1,84 leitos por mil habitantes para o total de leitos clínicos disponíveis na nossa macrorregião. Sendo 2,12 leitos por mil habitantes para leitos gerais (Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia) e 4% a 10% dos leitos para UTI.

A programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes.

Entretanto, nesta macrorregião percebemos que há um déficit de 729 leitos clínicos para atender a demanda populacional. O quadro abaixo mostra a necessidade de leitos especificamente para cada região de saúde conforme os habitantes.

Tabela 18: Dados referentes ao Número de leitos clínicos

	Alto Uruguai Catarinense	Alto Vale do Rio do Peixe	Meio Oeste	Total
População	143.718	294.895	192.347	630.960
Número total de leitos	369	468	326	1.163
Necessidade para a Região	431,1	884,6	577,0	1.892
Déficit de leitos	62,1	416,6	251	729

Fonte: estimativa IBGE 2019 / dados CNES

Tabela 19: Leitos de UTI distribuídos por hospitais da Macrorregião Meio Oeste

Hospital	Município	Adulto	Qualificados leitos UTI Adulto	Adulto Covid-19	Pediátrico	Neonatal	Total
Hospital São Francisco	Concórdia	10	07 leitos qualificados Portaria nº 2.187 de 09.11.2005	16	06	06	38
Hospital Santa Terezinha de Joaçaba	Joaçaba	10	10 leitos qualificados Portaria nº 3.036 de 19/12/2008	10	-	-	20
Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Videira	18	18 leitos qualificados Portaria nº 3.055 de 16/11/2017	10	-	-	20
Hospital Maice	Caçador	20	20 leitos qualificados Portaria nº 2.191 de 30/08/2017	10	-	-	20

Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos	08	08 leitos qualificados Portaria nº 2.187 de 07/05/2008	09	03	07	27
Total		66		45	09	13	125

Fonte: dados CNES

Tabela 20: Parâmetros para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares a cada 1.000 habitantes.

	Habitantes	Leitos Totais (Clínicos)	Leitos Totais/Habitantes (parâmetro: 2,5 a 3 por 1.000 hab.)	Leitos de UTI (Adulto/Ped/Neo)	% de UTI em relação a Leitos Totais Clínicos (parâmetro: 4% a 10%)
Alto Uruguai Catarinense	143.718	369	2,56	22	5,96% (Atende a Portaria)
Alto Vale do Rio do Peixe	294.895	468	1,58	38	8,11% (Atende a Portaria)
Meio Oeste	192.347	326	1,69	28	8,58% (Atende a Portaria)
TOTAL	630.960	1163	1,84	88	7,56% (Atende a Portaria)

Fonte: estimativa IBGE 2019 / dados CNES

Os leitos de UTI existentes na Macrorregião de saúde Meio Oeste são 66 Adultos e 22 Pediátrico e Neonatal, somando um total de 88 leitos em terapia intensiva, o equivalente a 7,56% dos leitos clínicos existentes, portando, dentro do que estabelece a portaria. Mas, destes 66 leitos de UTI Adulto (10 leitos de UTI Adulto do Hospital Maice) e (08 leitos de UTI Adulto do Hospital Salvatoriano Divino Salvador), foram destinados a ala de UTI Covid.

Percebemos que do total de leitos de UTI Adulto já existentes na nossa macrorregião soma 5,73%, e para os leitos UTI Pediátrico e Neonatal soma 1,91%. Concluimos que há déficit de leitos de UTI Pediátrico e Neonatal na nossa macrorregião.

No entanto, a Central de Regulação de Leitos da região Meio Oeste realizou um levantamento de dados de transferências de UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal transcorrida no período de Janeiro a Agosto de 2020, tais foram:

Tabela 21: Transferências UTIs Macro Meio Oeste.

LEITOS DE UTI	NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS
UTI ADULTO	107
UTI ADULTO COVID	29
UTI NEONATAL	96
UTI PEDIÁTRICA	10
UTI PEDIÁTRICA COVID	01

Tabela 22: Número de Leitos de UTI aprovados no PAR

Hospital	Município	Leitos Adulto	Ano Implantação	Leitos Pediátricos	Ano Implantação	Leitos Neonatal	Ano Implantação
Hospital Universitário Santa Terezinha	Joaçaba	10	2021	03	2022	07	2022
Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos	12	Sem previsão pré-definida	03	2023	07	2023
Hospital Dr. José Athanásio	Campos Novos	10	2021	-	-	-	-
Aceni	Fraiburgo	06	Pós pandemia	-	-	-	-
Total		38	-	06	-	14	-

Observamos na Tabela 22 que a Macrorregião Meio Oeste tem a implantar 38 leitos de UTI Adulto tipo II, 06 leitos de UTI Pediátricos e 14 leitos de UTI Neonatal.

Considerando a manifestação enviada pelos prestadores dos hospitais com leitos de UTI:

O Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba, manifestou interesse para ampliação de mais dez (10) leitos de UTI Adulto, conforme PAR (Plano de Atenção as Redes) com previsão de conclusão ainda no primeiro semestre de 2021. Também se mostrou favorável em implantar três (03) leitos de UTI Pediátrico e sete (07) leitos de UTI Neonatal com uma previsão de conclusão para o ano de 2022, pois ainda não dispõe de área específica para sua implantação e precisará readequar a estrutura física existente.

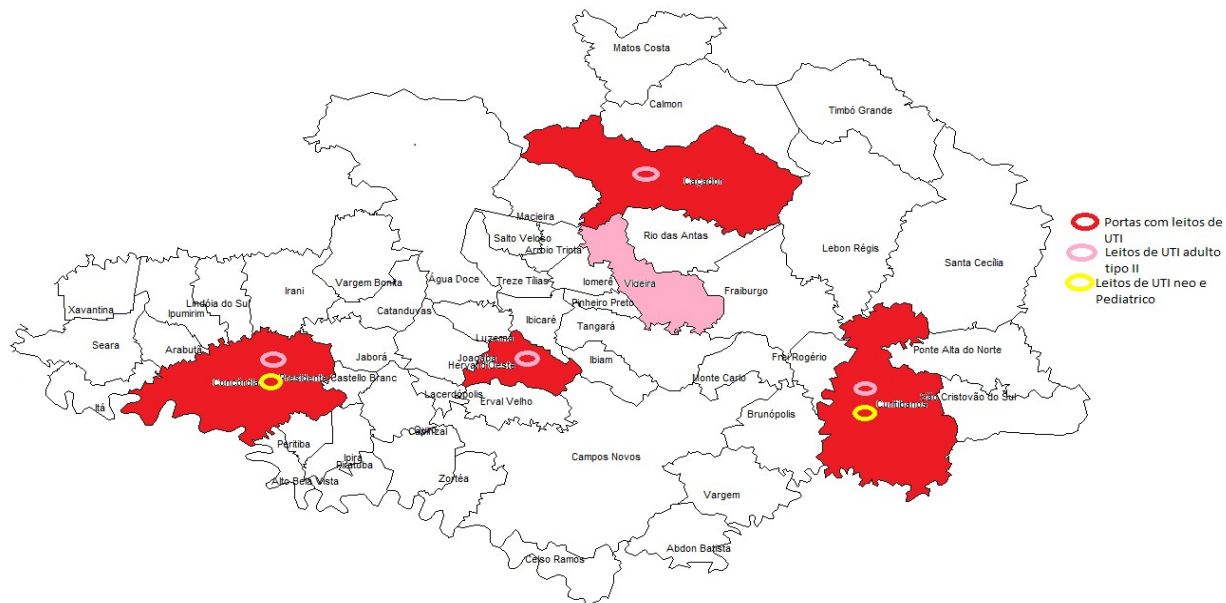
O Hospital Hélio Anjos Ortiz de Curitiba, expressou interesse na manutenção de leitos ativos de UTI Geral Adulto, do qual já tem parecer favorável da CIB para criação de doze (12) novos leitos de UTI Adulto, sendo que para isso o hospital já dispõe da área específica com projeto aprovado pela ANVISA e, que a mesma necessita de adequação (reforma) nas suas dependências, mas no momento sem previsão para início e conclusão da obra e também se mostrou favorável em implantar três (03) leitos de UTI Pediátrico e sete (07) leitos de UTI Neonatal com prazo de conclusão para 2023.

O hospital ACENI – Instituto de Atenção à Saúde e Educação de Fraiburgo, demonstrou interesse frente aos seis (06) leitos de UTI, disponibilizados em razão da Pandemia de Coronavírus.

As demais instituições não mostraram interesses em manter a estrutura posta de leitos de UTI COVID, transformando-as em leitos de UTI Geral no Pós Pandemia.

O Hospital Dr. José Athanásio de Campos Novos, busca criar dez (10) leitos de UTI Adulto, sendo que para isso até o presente momento estão em reforma nessa área específica, tendo previsão de conclusão da obra para o final de 2021.

Ilustração 2: Mapa Visualizando A Distribuição De Leitos De Uti Na Macro



8.1 Dimensionamento das Demandas do SUS

As Portas de Entrada Hospitalar e as UPA's da macrorregião Meio Oeste tem implantado em seu serviço de saúde um Protocolo de Classificação de Risco que vem a organizar, a demanda espontânea no processo de trabalho. Assim ao invés de atender por ordem de chegada, atende-se aquele que tem maior necessidade, conforme a classificação na triagem. O processo de acolhimento com classificação de risco fornece acesso a população e estabelece prioridades para a urgência e emergência. Na Tabela 23, demonstra o quantitativo do acolhimento com a classificação de risco, de acordo com a gravidade do risco por cores, realizados nas UPA's e nas Portas de Entrada Hospitalar.

Tabelas 23: Quantitativo do acolhimento com a classificação de risco

HOSPITAL	AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO	LARANJA	TOTAL
Hospital Universitário Santa Terezinha – Joaçaba	2.139	14.399	9.470	524	1.859	28.391
Hospital São Francisco – Concórdia	5.927	9.995	3.991	302	---	20.215
Hospital Hélio Anjos Ortiz - Curitibanos	5.803	16.902	3.928	169	---	26.802
Hospital Maicé – Caçador	---	---	---	---	---	---

UPA	AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO	LARANJA	TOTAL
UPA Remi Alécio Mascarello - Herval D'Oeste	32.749	22.371	6.761	250	--	62.131
UPA de Caçador - Caçador	25.574	22.626	7.266	183	608	56.257
UPA de Videira - Videira	---	---	---	---	---	---

O Hospital Maicé de Caçador não apresentou os dados mensuráveis do ano de 2019, pois não tinham controle dos mesmos e não possuíam equipamento de triagem e após as instalações do equipamento Tolife – Trius no final do ano 2019, apresentaram alguns problemas, o qual não expressa um número real da classificação de risco.

Enquanto ao percentual de atendimentos de Urgência oriundos de outros municípios, apenas a UPA Remi Alécio Mascarello de Herval D'Oeste, forneceu esses dados, ou seja, dos 62.131 atendimentos de 2019, 32.700 (52,64) atendimentos foram prestados a pessoas residentes nos mais diversos municípios do Estado e do país. E as demais Portas de Entrada Hospitalar e UPA's utilizam um sistema que não gera esse resultado, assim não tem esses dados contabilizados.

9 REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SAMU

A regulação dos casos de Urgência e Emergência se dá exclusivamente pela Central de Regulação Macrorregional do SAMU que abrange todos os 53 municípios.

O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da macrorregião do Meio Oeste Catarinense é oferecido pela central de regulação com sede em Joaçaba - SC e faz parte de um Sistema Regionalizado e Hierarquizado, capaz de transportar o paciente com segurança e acompanhado por profissionais da saúde até a porta de entrada de urgência e emergência mais próxima. Além disto, realiza através da central de regulação médica as transferências inter-hospitalares das referências e contrarreferências conforme portaria 1010 de 21 de Maio de 2012.

No ano de 2019 as Unidades de Suporte Avançado de vida atenderam 4.007 ocorrências sendo tanto de atendimentos primários (atendimento pré-hospitalar) quanto de atendimentos secundários (transportes inter-hospitalares, por exemplo).

As Unidades de Suporte Básico de Vida (USBs), somaram 9.460 atendimentos de Urgência e Emergência no ano de 2019. Algumas unidades como as de Curitibanos e Santa Cecília foram devolvidas ao estado e não contabilizaram atendimentos, outras unidades como a de Matos Costa, foi devolvida ao estado em maio de 2019, tendo realizado apenas 39 atendimentos até então. A unidade de Tangará, encontra-se baixada pelo município desde novembro de 2019, sem previsão de ser reativada.

Apesar da redução do número de viaturas na macrorregião, notou-se um aumento no número de atendimentos, para todas as unidades ativas quando comparados ao ano de 2017 (tabelas 18 e 19). Para as USAs, aumento de 23% no número de atendimentos e de aproximadamente 14% para as USBs. No número global de atendimentos, o aumento ficou em 16% quando comparado ao ano de 2017.

A distribuição das Unidades de Suporte Avançado de Vida (USAs) e das Unidades de Suporte Básico de Vida que atendem a macrorregião Meio Oeste estão apresentadas nos quadros abaixo.

Tabela 24: Distribuição de ambulâncias de USAS na Macrorregião Meio Oeste

Município	USA	Qualificada SIM/NÃO	Municípios Atendidos	Numero Atendim entos Ano 2017	Total Atendime ntos 2019
Região de Saúde Meio Oeste Joaçaba	1	SIM	Abdom Batista, Água Doce, Arabuta, , Campos Novos, Capinzal, Catanduvas, Celso Ramos, Concórdia, Erval Velho, Herval d' Oeste, Ibiam, Ibicaré, Ipira, Ipumirim, Irani, Ita, Jaborá, Joaçaba, Lacerdópolis, Lindóia do Sul, Luzerna, Ouro, Peritiba, Piratuba, Presidente Castelo Branco, Seara, Tangara, Treze Tílias, Vargem Bonita, Vargem, Xavantina, Zortéa,	1.336	1.406 (+5%)
Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe Curitibanos	1	SIM	Brunópolis, Curitibanos, Frei Rogério, Monte Carlo, Ponte Alta do Norte, Santa Cecília, São Cristóvão do Sul.	796	1.258 (+58%)
Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe Caçador	1	SIM	Arroio Trinta, Caçador, Calmon, Fraiburgo, Iomerê Lebon Regis, Maciera, Matos Costa, Pinheiro Preto, Rio das Antas, Salto Veloso, Timbó Grande, Videira	1.143	1.343 (+17%)
Total				3.245	4.007 (+23%)

Tabela 25: Distribuição de ambulâncias de USB na Macrorregião Meio Oeste

Município	USB	Qualificada SIM/NÃO	Municípios Atendidos	Número Atendimentos Ano 2017	Número Atendimentos Ano 2019/ % aumento atendimentos
Campos Novos	1	SIM	Abdon Batista, Celso Ramos, Vargem.	786	1.097 (+39%)
Concórdia	1	SIM	Arabutã, Ipira, Ipumirim, Irani, Lindóia do Sul, Peritiba, Piratuba.	1.259	1.924 (+52%)
Curitibanos	1	SIM	Devolvida a Estado em 16.04.2018	973	0 (-100%)
Fraiburgo	1	SIM	Lebon Regis, Monte Carlo	892	910 (+2%)
Iomere	1	SIM	Arroio Trinta, Maciera, Salto Veloso e Treze Tílias.	203	219 (+7%)
Jaborá	1	SIM	Presidente Castelo Branco.	478	483 (+10%)
Joaçaba	1	SIM	Água Doce, Capinzal, Catanduvas, Erval Velho, Herval d' Oeste, Lacerdópolis, Luzerna, Ouro, Vargem Bonita e Zortéa.	2.005	2.144 (+7%)
Matos Costa	1	NÃO	Devolvida ao estado em maio 2019	73	39 (-53%)
Santa Cecília	1		Baixada desde novembro 2016	0	0 (0%)
Seara	1	SIM	Ita e Xavantina.	180	358 (+98%)
Tangara	1	SIM	Baixada desde novembro 2019	224	501 (+123%)
Videira	1	SIM	Caçador e Rio das Antas.	1.226	1.785 (+45%)
TOTAL	12			8.299	9460 (+14%)

10 ORGANIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO FLUXO DE ACESSO AOS COMPONENTES DA RUE

Apresentaremos à proposta da organização das Redes de atenção as urgências e emergências conformes componentes da política nacional, iniciando pelas UPAs (Unidade de Pronto Atendimento 24horas), Atendimento de Urgência e Emergência, Componente Hospitalar (portas de entrada, Hospitais de retaguarda e Hospitais de longa permanência), UTI, Unidade de Referencia no tratamento cardiovascular e Unidade de referencia ao tratamento de urgência dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral, e Central de Regulação de Leitos.

10.1 – UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO- UPA

Em relação às UPAS, observa-se que possuímos apenas 03 (três) unidades habilitadas e qualificadas no macro Meio Oeste. A UPA de Concórdia foi cancelada por meio da Portaria GM/MS nº360, 16/03/2018, devido aos altos custos mensais o governo municipal fez o pedido ao Governo Federal para que pudesse abrir no empreendimento um “Posto de Saúde”, o pedido foi aceito esse ano de 2020. E a UPA localizada no município de Fraiburgo, teve aprovação da readequação da rede física, e não se configura mais como UPA e sim como Policlínica, onde possui Portaria de Flexibilização para usar em Serviços de Saúde (Atendimento 12 horas/dia). Na Tabela 26, segue o número de atendimentos nas UPAS:

Tabela 26: UPAs na macro Meio Oeste

Região	Município	UPA 24h Habilitada	Qualificação	Porte	Nº atendimento ano 2019
Meio Oeste	Herval d Oeste	UPA – Remi Alécio Mascarello	PORTARIA Nº 1.527, DE 24 DE JUNHO DE 2019 (renova a qualificação e habilitação)	I	61.837
Alto Vale Rio Peixe	Videira	UPA	PORTARIA Nº 307, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2019 (habilitação)	I	81.453
Alto Vale Rio Peixe	Caçador	UPA	PORTARIA Nº 307, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2019 (habilitação)	I	59.853

Ilustração 5: Distribuição das UPAs com Municípios.

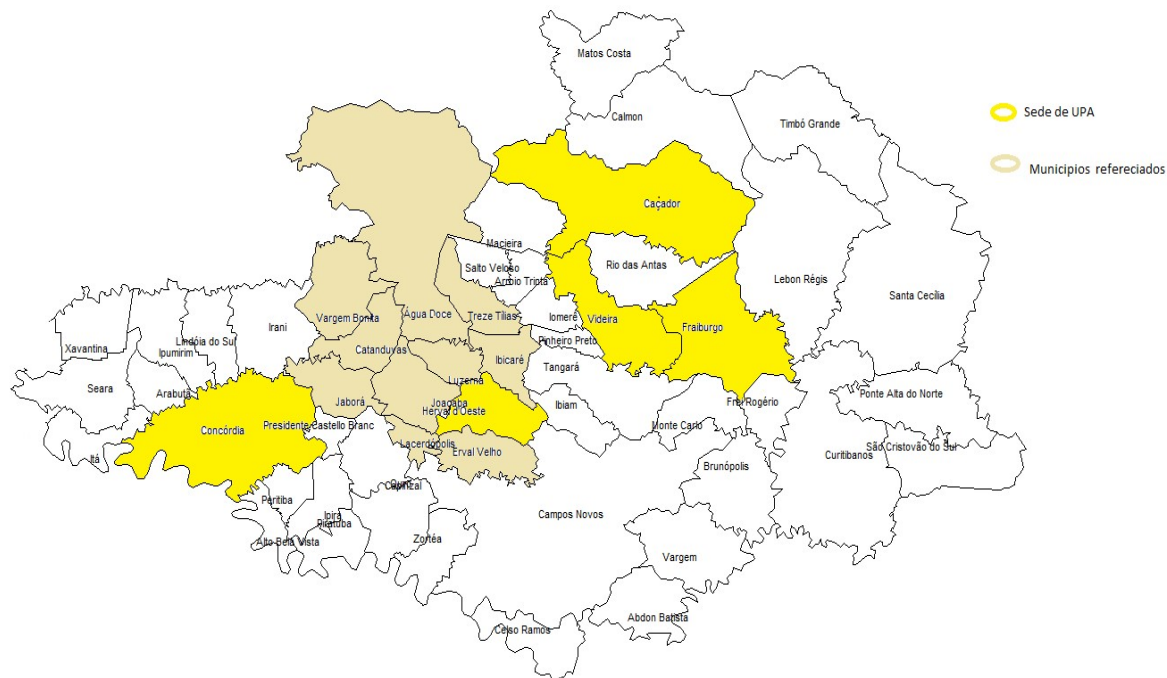


Tabela 27: Municípios com UPA

Município Sede da Unidade (UPA)	Municípios Atendidos
Caçador	Caçador
Herval d' Oeste	Água Doce, Catanduvas, Erval Velho, Ibicaré, Jaborá, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna e Treze Tílias e Vargem Bonita.
Videira	Videira

- Na tabela acima observamos os municípios que possuem UPA e sua área de atendimento.
- O município de Videira tem deliberação na CIR local, que a área de abrangência será somente o município sede, sendo que os demais possuem serviços 24 horas referenciados.

10.2 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Com a saída das Salas de Estabilizações do Plano da Rede de Urgência e Emergência, todos os hospitais devem prestar o primeiro atendimento aos pacientes críticos/graves que chegam na sua porta hospitalar, e após estabilização podem encaminhar para a referência “Porta de Entrada”.

10.3 – COMPONENTE HOSPITALAR

Abaixo o mapa mostra as entidades elencadas como hospitais de porta de entrada, hospitais de retaguarda e Unidades com leitos de longa permanência.

Ilustração 5: Localização Hospitais Porta de Entrada

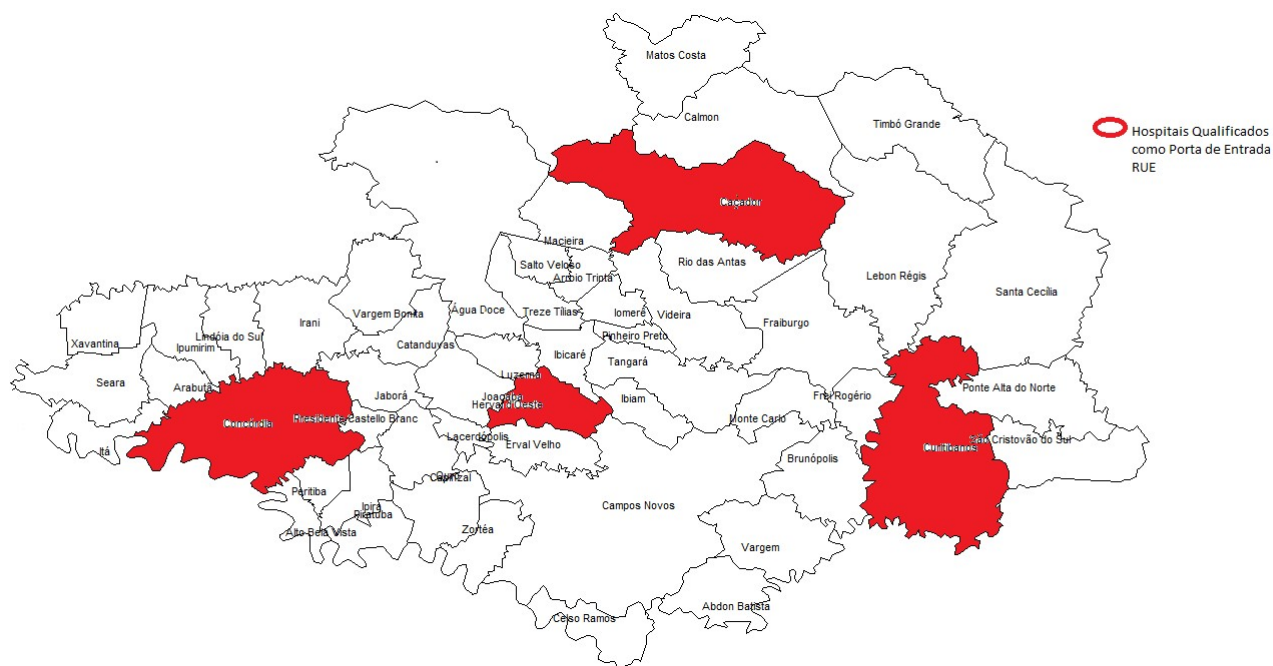


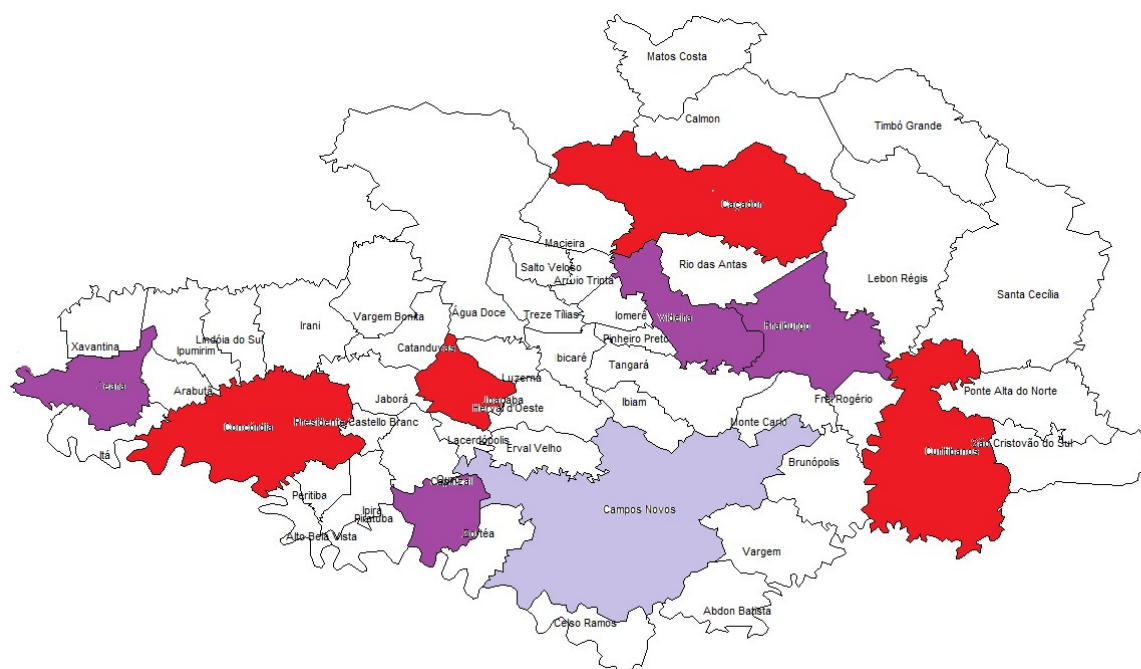
Tabela 29: Componente hospitalar

Região	Município	Unidade Hospitalar	Porte	Porta Aberta	Leitos SUS	Leitos Não SUS	Habilitações
Alto Uruguai	Concordia	Hospital São Francisco	IV	PT GM 821/2016	130	87	Geral, Ortopedia e Neurologia

Meio Oeste	Joaçaba	Hospital Universitário Santa Terezinha	IV	PT GM 821/2016	160	31	Geral e Neurologia
Alto Vale Rio do Peixe	Caçador	Hospital Maicé	IV	PT GM 821/2016	104	25	Geral, Ortopedia e Neurologia
Alto Vale Rio do Peixe	Curitibanos	Hospital Hélio Anjos Ortiz	III	PT GM 821/2016	143	36	Hospital Geral

Na macrorregião do Meio Oeste foi habilitada as seguintes unidades hospitalares conforme Portaria nº 821, de 25 de abril de 2016, como porta de entrada: Hospital Universitário Santa Terezinha em Joaçaba, Hospital São Francisco em Concórdia, Hospital Hélio Anjos Ortiz em Curitibanos e Hospital Maicé de Caçador. Destacamos que estes serviços já existiam e foram vocacionados conforme seu porte e capacidade.

Ilustração 5: Hospitais retaguarda e sua localização



Hospitais Porta de Entrada	
Hospitais com leitos de retaguarda habilitados	
Hospital com leito de retaguarda aguardando publicação de portaria	

Como Hospitais de retaguarda regido pela portaria GM/MS no 2.395 de 10 de novembro de 2011, foram elencados Hospitais de pequeno porte, sendo que estes já possuem médico 24 horas de forma presencial, juntamente com equipe e suporte hospitalar adequado para a necessidade. Abaixo estão relacionados os Hospitais e a Porta de entrada que o mesmo dará suporte.

Tabela 30: Hospitais com Porta de Entrada x Hospitais Retaguarda

Região de Saúde	Hospital Porta de Entrada	Hospitais Retaguarda	Número de Leitos Habilitados
Meio Oeste	Hospital Santa Terezinha	Fundação Hospitalar Dr Jose Athanazio – Campos Novos	18 leitos PT GM nº 3.717 de 23/12/2019
		Hospital Nossa Senhora das Dores - Capinzal	24 leitos PT GM nº 3.062 de 17/11/2017
Alto Vale Uruguai	Hospital São Francisco	Hospital São Roque - Seara	14 leitos PT GM nº 4.041 de 29/12/2017
Alto Vale do Rio do Peixe	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Hospital Salvatoriano Divino Salvador - Videira	38 leitos PT GM nº 2.988 de 13.11.2017
	Hospital Maice		
	Hospital Hélio Anjos Ortiz	ACENI - Fraiburgo	30 leitos PT GM nº 2.156 de 21/10/2016
Total			124

Considerando a Portaria nº 2.809, de 7 de setembro de 2012, que estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à RUE e as demais redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do SUS. De acordo com a referida Portaria, os Cuidados Prolongados têm por objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia

potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Para calcular a necessidade de leitos em Cuidados Prolongados será da seguinte forma (3 leitos/1000 habitantes). Considerando os parâmetros específicos de acordo com a especialidade e para o total, a Macrorregião Meio Oeste chega a um total de 0,071 leitos por mil habitantes.

Entretanto, nesta macrorregião percebemos que há um déficit de 1532 leitos de Cuidados Prolongados para atender a demanda populacional. O quadro abaixo mostra a necessidade de leitos de acordo com a população.

Tabela 31: Déficit de leitos de UCP

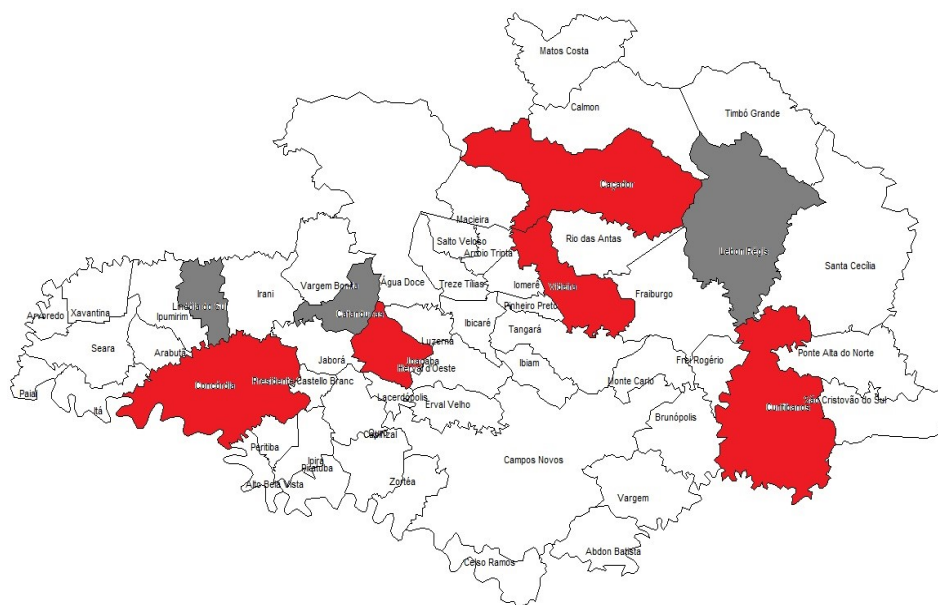
População	Nº de leitos UCP	Leitos Totais /Habitantes (parâmetro: 3 /1.000 hab.)	% leito UCP em relação a Leitos Totais Clínicos	Necessidade de leitos	Déficit de leitos
630.960 hab.	45	0,071	3,86%	1577	1532

Tabela 32: Hospitais com leitos de UCP – Macro Meio Oeste

Região de Saúde	Hospitais com UCP	Número de leitos habilitados
Meio Oeste	Hospital São Roque - Luzerna	15 leitos habilitados PT GM nº 848 28/03/2018
Alto Vale Uruguai	Hospital Izolde Hubner Dalmora – Lindoia do Sul	30 leitos habilitados PT GM nº 2.607 de 02/10/2019
Alto Vale do Rio do Peixe	Hospital e Maternidade Santa Cecilia – Santa Cecilia	20 buscando habilitação
Total		65

Obs.: Hospital e Maternidade Santa Cecília está dependendo da alteração do PAR sem impacto financeiro para solicitar habilitação, que tem deliberação CIR.

Ilustração 6: Hospitais habilitados/aprovado leitos de Cuidados Prolongados e sua localização



Legenda

Hospitais Leitos Cuidados Prolongados	■
Hospitais Porta Entrada	■

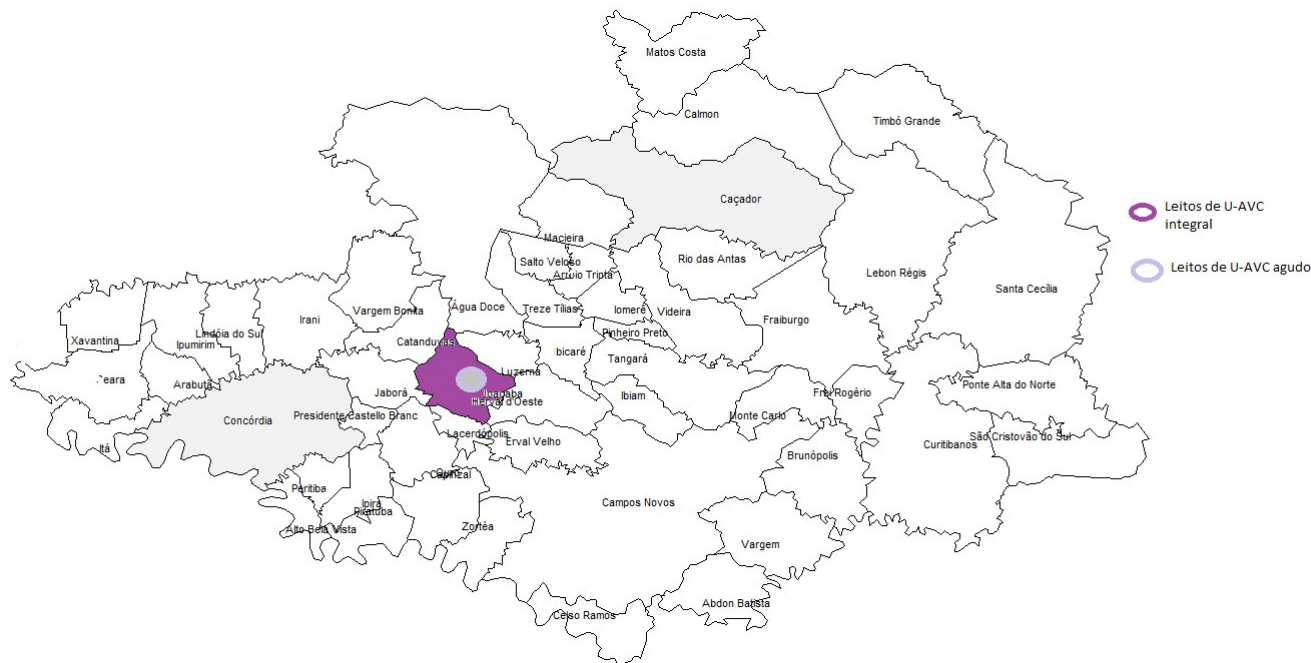
11 UNIDADE DE REFERENCIA NO TRATAMENTO CARDIOVASCULAR E UNIDADE DE REFERENCIA AO TRATAMENTO DE URGÊNCIA DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A Unidade de tratamento primário cardiovascular tipo I, II e III será implantada no Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba, conforme Portaria 2.994 de 2011, este possui tempo de acesso superior a sessenta minutos das Unidades de referencia em cardiovascular (Centro de referencia em alta complexidade e unidade de referencia em alta complexidade). Na nossa macrorregião tivemos em 2018 o total de 424 Infartos Agudo do Miocárdio, justificando assim o credenciamento de uma Unidade de tratamento primário cardiovascular.

Conforme dados epidemiológicos anteriormente mencionados, tivemos um total de 542 AVC's (acidente Vascular Cerebral) no ano de 2019 o que demonstra um numero significativo. Em relação a esta patologia foi solicitado o credenciamento para o Hospital Maicé de Caçador, como centro de Atendimento de Urgência tipo III, para Unidade de referencia ao tratamento de urgências aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral.

O Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba, pretende implantar cinco (05) leitos de UAVC para caso agudo e dez (10) leitos de UAVC para caso integral até o ano de 2022. O hospital já dispõe do local para essa unidade, mas atualmente está sendo utilizada para atendimento ao COVID-19 e aguarda para liberação dos mesmos.

Ilustração 7: Mapa Unidade de referência cardiovascular



11.1 ATENÇÃO DOMICILIAR

Segundo critérios estabelecidos na portaria 825 de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema.

Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - cuidador: pessoa (s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta (s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá (ão) estar presente (s) no atendimento domiciliar. Na macrorregião os municípios de Videira e Caçador tem interesse em habilitar equipes.

11.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A oferta de serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em situação de urgência/emergência oriundos das portas de entrada da rede definidos Portaria 3.588 de 21 de dezembro 2017, sendo módulos de 08 leitos e não ultrapassando 20% dos números totais de leitos existentes em hospitais gerais, até o máximo de 30 leitos. Diante destes parâmetros propomos para a região:

Tabela 33: Atenção Psicossocial

Hospital	Nº leitos existentes	Percentual de 20 %	Leitos Saúde Mental Regulados	Situação
Hospital São Roque-Luzerna	63	12	30	Habilitado
Hospital São Francisco-Concordia	217	43	17	Habilitado/Gestão plena
Hospital Hélio Anjos Ortiz-Curitiba	179	35	20	Habilitado
Hospital e Maternidade Santa Cecília-Santa Cecília	100	20	30	Habilitado
Hospital Izolde Hubner Dalmora-Lindoia do Sul	76	15	16	Habilitado PT GM 53 de 09/01/2020
TOTAL	524	102	113	

A Macro Meio Oeste possui 113 leitos de Saúde Mental, destes 17 leitos do Hospital São Francisco não são regulados pela Central de Regulação de Internações Hospitalares, por ser Gestão plena. Dos 96 leitos de Saúde Mental atende uma demanda de 630.960 habitantes da Macro Meio Oeste e 288.162 habitantes da região da Serra Catarinense.

Tornando-se como referência a Portaria nº 1.101/2002 que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial, recomenda-se a concentração de (0,45 leitos/1000 habitantes).

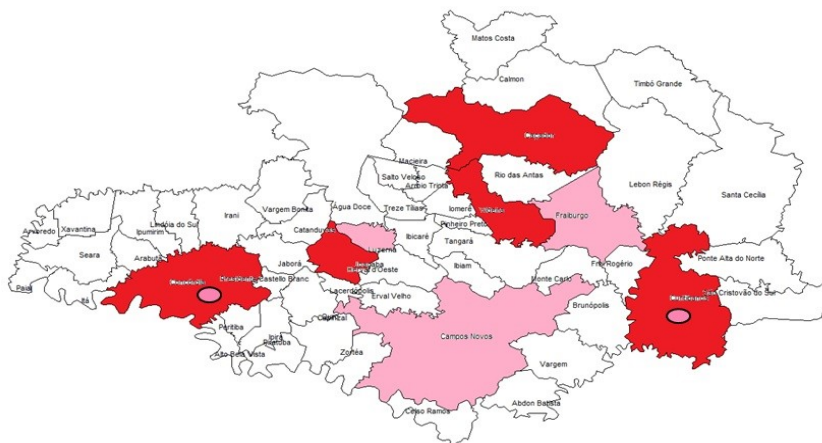
Entretanto, com a junção das duas macrorregiões percebemos que há um déficit de 317 leitos de Saúde Mental para atender a demanda populacional.

Tabela 34: Déficit de leitos de Saúde Mental

REGIÃO	Total de População	Nº de leitos	Necessidade de leitos	Déficit de leitos
Macrorregião Meio Oeste / Serra Catarinense	630.960 / 288.162 = 919.122 hab	96	413	317

Obs.: O Hospital e Maternidade Santa Cecília, do município de Santa Cecília, que já possui habilitação para atendimento Saúde Mental SUS com disponibilidade de 30 leitos, tem interesse em ampliar mais 10 leitos. Conforme contato com administração do mesmo estão investindo em estrutura física e recursos humanos para ampliação. Também o Hospital Municipal de Lebon Régis, município de Lebon Régis, hospital geral tem interesse em implantar 20 leitos de Saúde Mental para atendimento SUS dos usuários da região do Meio Oeste e Serra Catarinense que atualmente possui demanda reprimida.

Ilustração 8: Hospitais Referenciados para Leitos Psicossocial



Legenda

Hospitais Leitos de Psicossocial	
Hospitais Porta Entrada	

12 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DA MACRO MEIO OESTE

A regulação de sistemas de saúde definidas a partir dos princípios e diretrizes do SUS, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços a população e definida como uma estrutura operacional que, atua sobre a demanda e ofertas disponíveis da atenção a saúde sendo capaz de oferecer a melhor resposta possível para um problema assistencial específico, organizada em rede informatizada, regionalizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial.

A Central de Regulação Regional abrange os 53 municípios da Macrorregião Meio Oeste, e regula os fluxos pactuados das demandas recebidas da rede de urgência e emergência. Sua fundamentação está baseada nas portarias nº 1559 de 01/08/2009, nº 2.655 de 21/11/2012, nº 1.792 de 22/0/2012 e nº 1299 de 21/11/2012.

Organizar o fluxo para uma melhor otimização de leitos ambulatoriais ou de Unidade de Tratamento Intensivo, distribuídos em toda a Macrorregião baseado em protocolos clínicos de atendimento e de regulação, classificação de risco e critérios de priorização, garantindo a qualidade da assistência prestada.

A central terá o mapeamento da rede e conhecendo a sua real capacidade, bem como a conhecerá a situação contratual dos estabelecimentos de saúde

Possuir um mapa dos leitos, instrumento dinâmico que mostra a situação da ocupação dos leitos em tempo real.

A regulação assistencial desta forma estará viabilizando a real e efetiva hierarquização da rede de serviços de saúde, estará qualificando a gestão e contribuindo para a garantia da integralidade e da equidade da atenção. Garantir a adequada referência regulada para os pacientes que tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível da rede necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção.

A regulação deve encaminhar corretamente o paciente, ao ponto de atenção mais certo, pronto para a assistência mais eficaz no menor tempo possível.

Essa Central atende, diretamente, solicitações de leitos provenientes de Estabelecimentos de Saúde situados na Macrorregião (CIR's Joaçaba, Concórdia e Videira). Abaixo mapas dos fluxos regulados pela Central de Regulação Hospitalar.

Imagem 1: Central de Regulação



Com a aprovação dos serviços da Rede de Urgência, em 01 de maio de 2014 a macrorregião juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde implantou a Central Macrorregional de Regulação de Leitos, esta funciona com quadro compatível a portaria nº 1.559 de 01 de agosto de 2008 *Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS*.

Convém mencionar que a Central Macrorregional de Leitos, a partir deste ano começou a basear-se na ferramenta disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde o “SES Leitos”, que trouxe um avanço na transparência quanto à divulgação de ocupação de leitos. Os dados exibidos no painel são alimentados pelas próprias unidades hospitalares por meio deste sistema e atualizados duas vezes ao dia para controle da Taxa de Ocupação nas diversas Unidades de Saúde, este formato permite acompanhar a ocupação específica de cada hospital, município ou região, permitindo distinguir os tipos de leitos (adulto, pediátrico ou neonatal), além da possibilidade de verificar dados específicos das vagas destinadas ao tratamento de Covid-19, além das informações relacionadas aos leitos de enfermaria.

Planilha 1: Porta de Entrada Habilitada

Portas de Entrada Hospitalares da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina HABILITADAS							
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	CLASSIFICAÇÃO (Geral, Tipo I, Tipo II, Tipo III)
Meio Oeste	Joaçaba	256077 1	Hosp. Universitário Santa Terezinha	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	Tipo I
Alto Uruguai	Concordia	230389 2	Hosp. São Francisco	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal	Tipo II
Alto Vale Rio do Peixe	Curitibanos	230210 1	Hosp. Hélio dos Anjos Ortiz	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	Geral
Alto Vale Rio do Peixe	Caçador	230183 0	Hospital Maice	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	Tipo II

Planilha 2: Porta de Entrada revisão 2018

Portas de Entrada Hospitalares da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina incluídas no PAR a partir da revisão de 2018							
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	CLASSIFICAÇÃO (Geral, Tipo I, Tipo II, Tipo III)
Alto Vale Rio do Peixe	Videira	2302500	Hosp. Divino Salvador	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	Geral

Planilha 3: Leitos de retaguarda clínico

leitos de retaguarda clínica aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016 habilitados e qualificados									
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL
Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	2302500	Hosp. Divino Salvador	Entidade Beneficente e sem fins lucrativos	Privada	Estadual	19	19	38
Alto Vale	Fraiburgo	7274351	AFSC-Hosp.Fraiburgo	Entidade Beneficente	Privada	Estadual	15	15	30

leitos de retaguarda clínica aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016 habilitados e qualificados

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL
do Rio do Peixe			o	e sem fins lucrativos					
Alto Uruguai	Seara	2304155	Hosp. São Roque	Entidade Beneficent e sem fins lucrativos	Privada	Estadual	7	7	14
Meio Oeste	Capinzal	2380331	Hosp. Nossa Senhora das Dores	Entidade Beneficent e sem fins lucrativos	Privada	Estadual	12	12	24

Obs. Na nota técnica 404/2016 no quadro 2 consta como aprovado no desenho da Rede de Urgência 15 leitos novos e 15 leitos qualificados, porem por solicitação do prestador o mesmo solicitou habilitação de 14 leitos, 7 novos e sete qualificados, restando um saldo de 16 leitos. Este saldo físico e financeiro a região deliberou em reunião de CIR, conforme orientação do Ministério da Saúde, para transformar em leitos de UCP, pois a região já foi monitorada pelo Ministério em novembro 2016 e temos demandas reprimida, com lista de espera, como também pelo resultados apresentados aos pacientes na sua recuperação.

Planilha 4: Leitos de retaguarda clínica aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016. não hab / qual.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL
Meio Oeste	Campos Novos	2379767	Fundação Hospitalar Dr. Jose Athanasio	Administração direta de saúde	Municipal	Estadual	12	6	18

Planilha 5: Leitos de retaguarda clínica incluídos no PAR a partir da revisão de 2018

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL
Alto Uruguai Catarinense	Ita	2691566	Hospital São Pedro	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	7	7	14

Planilha 6: leitos de cuidados prolongados aprovados na Rede Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016 Hab/Qualificados

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS APROVADOS
Alto Uruguai	Lindoia do Sul	2691876	Hosp. Izolde Dalmora	Empresa Privada	Privada	Estadual	15
Alto Vale do Rio do Peixe	Lebon Regis	2691833	Hosp. Maternidade Santo Antonio	Administração Direta de saúde	Municipal	Dupla	20
Meio Oeste	Luzerna	2300184	Hosp. São Roque	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	15

OBS. Estes leitos já têm deliberação CIR, anexo para alteração para Hospital de Santa Cecilia.

Planilha 8: Leitos de Cuidados Prolongados incluídos no PAR a partir da revisão de 2018

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS APROVADOS
Meio Oeste	Agua Doce		Hospital Nossa Sra. Paz	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	15
Alto Uruguai Catarinense	Peritiba	2689863	Asso. Beneficente Peritiba	Entidade Beneficente sem fins lucrativo	Privada	Estadual	15

Obs. Estes leitos do quadro da Região do Alto Vale do Rio do Peixe estão redesenhados, pois este hospital em CIR deliberou que repassaria o que já estava aprovado no PAR 2013 para Hospital e Maternidade Santa Cecília e seria incluído leitos novos quando da alteração do Plano.

Planilha 9: Leitos de UTI Adulto

Leitos de UTI Tipo Adulto aprovados na Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, já Qualificados												
REGIÃO DE SAÚDE	DE MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II			TIPO III		
							LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hosp. Universitário Santa Terezinha	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual		8	10	-		-
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hops. São Francisco	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal		6	7	-	-	-
Alto Vale Rio do Peixe	Videira	2302500	Hosp. Salvatoriano Divino Salvador	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	10	6	18	-	-	-
Alto Vale Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	14	14	20	-	-	-
Alto Vale Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio dos Anjos Ortiz	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	-	6	8	-	-	-

Planilha 10: Leitos de UTI Tipo Adulto aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016, não Hab/ Qualificados.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II			TIPO III		
							LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL
Alto Vale Rio do Peixe	Videira	2302500	Hosp. Salvatoriano Divino Salvador	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadua 1	2	2	2	-	-	-
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hosp. Universitário Santa Terezinha	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadua 1	10	10	10	-	-	-
Alto Vale Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio dos Anjos Ortiz	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadua 1	12	12	12	-	-	-
Meio Oeste	Campos Novos	2379767	Fundação Hopsitalar Dr. Jose Athanasio	Administração direta de saúde	Municipal	Estadua 1	10	10	10	-	-	-

Planilha 11 Leitos de UTI Tipo Adulto incluídos no PAR a partir da revisão de 2018

REGIÃO SAÚDE	DE MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II			TIPO III		
							LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hosp. São Francisco	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal	10	10	10	-	-	-
Alto Vale Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	10	10	10	-	-	-

Planilha 12: Leitos de UTI Tipo Pediátrico aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016, já Qualificados

REGIÃO DE SAÚDE	DE MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II			TIPO III		
							LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hosp. São Francisco	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal	-	5	6	-	-	-
Alto Vale Rio do Peixe	Curitibanos	2302101	Hospital Helio dos Anjos Ortiz	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	-	2	3	-	-	-
leitos de UTI Tipo Pediátrico aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016, não Qualificados.												
REGIÃO DE SAÚDE	DE MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II			TIPO III		
							LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Obs. Não há leitos de UTI pediátrica aprovados e não qualificados

Planilha 13 leitos de UTI Tipo Pediátrico incluídos no par a partir da revisão de 2018

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II			TIPO III		
							LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL
Meio Oeste	Joaçaba	2560771	Hosp. Universitário Santa Terezinha	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadua 1	3					

Obs. A instituição pretende completar com 7 leitos Neonatal totalizando 10 leitos.

Planilha 14: Leitos de U-CO incluídos no par a partir da revisão de 2018

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS UCO
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	Entidade beneficent e sem fins lucrativos	Privada	Estadua al	10

Planilha 15: Leitos de U-AVC

Leitos de AVC Pactuados na Rede de Urgência e Emergência conforme Nota Técnica 404/2016, já Qualificados								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	U-AVC AGUDO	U-AVC INTEGRAL
XX	XX	X	XX	X	X	X	X	X
Leitos de AVC pactuados na Rede de Urgência e Emergência conforme Nota Técnica 404/2016, não Qualificados								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	U-AVC AGUDO	U-AVC INTEGRAL
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hosp. São Francisco	Entidade beneficente e sem fins lucrativos	Privada	Municipal	-	25

OBS. Estes leitos serão redistribuídos no quadro a seguir:

Planilha 16 Leitos AVC incluídos no PAR a partir da revisão de 2018

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	U-AVC AGUDO	U-AVC INTEGRAL
Alto Uruguai	Concordia	2303892	Hosp. São Francisco	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Privada	Municipal	05	-
Meio	Joaçaba	2560771	Hosp.	Entidade	Privada	Estadual	05	10

Oeste			Universitá rio Santa Terezinha	beneficente sem fins lucrativos				
Alto Vale Rio do Peixe	Caçador	2301830	Hospital Maice	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Privada	Estadual	05	-

Planilha 17: UPAs - Novas Inclusões no PAR

Região Saúde	de	Município	Endereço	Gestão	UPA I	UPA II	UPA III
x		x		X	x	x	

Planilha 18 SAMU- Novas Inclusões no PAR

Região de Saúde	Município	USA	USB
Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	USA	-----
Alto Uruguaí Catarinense	Concórdia	USA	-----
Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	USA	-----
Meio Oeste	Campos Novos	USA
Alto Vale do Rio do Peixe	Timbo Grande	-----	USB
Meio Oeste	Capinzal	-----	USB

Planilha 19 Atenção Domiciliar – Melhor em Casa -Novas Inclusões no PAR

Região	Município	EMAD N°	Tipo	Município	EMAP N°
Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	01	2	Videira	
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	01	1	Caçador	

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Redes de Atenção a Saúde constituem-se como Políticas Públicas já consolidadas na região, desde a sua implantação.

A RUE assim como as demais RAS contribuem significativamente para o controle de indicadores de mortalidade geral, específico a população indiscriminadamente.

A interdependência existente entre RAS e AB é inegável portanto os avanços de uma repercutem positivamente na outra, as duas áreas encontram-se otimizadas quando bem articuladas. A AB deve ainda ser a ordenadora do cuidado.

O estabelecimento de fluxos praticáveis na região para o atendimento aos usuários do SUS nas condições que exigir atuação imediata do serviço de urgência e emergência é requisito básico para o processo aconteça.

Os benefícios com a oferta e acesso a níveis mais complexos de saúde, adequados e integrais ao cidadão contribui para a otimização dos recursos alocados em saúde, sejam eles materiais, humanos, tecnológicos, financeiros.

Na macrorregião do Meio Oeste Catarinense o Plano da RUE contempla realidade e necessidades construídas e elencadas por diferentes atores em seus diferentes olhares, com vistas a contemplação de um serviço organizado e resoluto.

Por fim, foi solicitada a manifestação dos hospitais que são Portas de Entrada da Macrorregião Meio Oeste, para buscar quais especialidades os mesmos teriam interesse e condições de implantar em seu serviço de saúde.

Conforme retorno dos hospitais, tivemos os seguintes interesses:

O Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba, no seu planejamento prevê e solicita inclusão no PAR até 2024, o seguinte: cinco (05) leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e três (03) leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), com previsão de conclusão para o ano de 2022, pois ainda não dispõe de área específica para a sua implantação e precisará readequar a estrutura física existente. Além disso, pretende implantar uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia, pois atualmente com a nova equipe de ortopedia realizam em média sessenta e dois (62) cirurgias/mês pela Porta de Entrada; também está em fase de construção a unidade de radioterapia para Oncologia, com previsão de término no final de 2021.

O Hospital São Francisco de Concórdia tem firme propósito de obter credenciamentos em Alta Complexidade, integrando as Redes do Estado de Santa Catarina, para atendimentos às Regiões do Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe e Alto Uruguai Catarinense e outras, dos seguintes serviços: Unidade de Assistência de Alta Complexidade aos pacientes Portadores de Obesidade Grave, inclusive com realização de cirurgias bariátricas; Unidade de Assistência em Alta em Oncologia Clínica; Serviços de Cirurgia Torácica e Serviços de Cirurgia Geral Pediátrica, para o ano de 2023.

O Hospital Hélio Anjos Ortiz de Curitiba, informa a pretensão em novas habilitações, em Ortopedia de Alta Complexidade e Neurocirurgia.

14 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão Interna. Brasília: Mimeo; 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet] 2019 [Acesso em: 03 de novembro de 2019]. Disponível em: www.ibge.gov.br

CNES. Cadastro de Estabelecimentos de Saúde. [Internet] 2020 [Acesso em: 02 de outubro de 2020]. Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br

DALBERG, Linda L; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1163-1178, 2016.

MENDES; Eugenio Vilaça. Rede de atenção à saúde. Instrumento modelo fornecido pela Diretoria de Planejamento da SES/SC;

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS.2002.

Política Nacional de Atenção Básica;

Política Hospitalar Catarinense;

Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010;

Portaria nº 2.809/GM/MS, de 07 de dezembro de 2012;

Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012;

Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011;

Portaria nº 2.395/GM/MS, de 10 de novembro de 2011;

Portaria nº 2.527/GM/MS de 27 de outubro de 2011;

Portaria nº 1.559/ GM/MS de 01 de agosto de 2009;

Portaria nº 2.655/GM/MS de 21 de novembro de 2012;

Portaria nº 1.792/GM/MS de 22 de fevereiro de 2012;

Portaria nº 1.299 GM/MS de 21 de novembro de 2012;

Portaria nº 148 GM/MS de 31 de janeiro de 2012.

Portaria nº 3.588 GM/MS de 21 de dezembro 2017.

Site: www.saude.sc.gov.br – Secretaria de Estado da Saúde;

Site: www.coronavirus.sc.gov.br – Governo do Estado de Santa Catarina

Site: www.saude.gov.br – Ministério da Saúde



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE SAÚDE
COORDENADORIA MACRORREGIONAL DE SAÚDE DO MEIO OESTE

DELIBERAÇÃO Nº 01/MACRORREGIONAL MEIO OESTE

APROVOU-SE: Em conformidade com o resultado do Processo Democrático de votação referente a propositura de atualização, ajustes e **novas inclusões de serviços** no **PLANO DE AÇÃO MACRORREGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**, conforme as diligências do Ministério da Saúde, convém salientar de forma conjunta, foram apreciados e posteriormente **APROVADO** os Pleitos da Rede Macrorregional de Urgências e Emergências do Meio Oeste Catarinense, envolvendo as Regiões de Saúde do Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do rio do Peixe.

Tal feito se deu na sessão extraordinária de CIR Ampliada, realizada através de videoconferência na data de 09 de dezembro de 2020, com a participação dos Secretários Municipais da Saúde, Apoiadores Regionais do COSEMS e do Coordenador Macrorregional de Saúde de Joaçaba.

Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação revogada as disposições em contrário.

Joaçaba, 09 de dezembro de 2020.

KAMILLE SARTORI BEAL
CIR MEIO OESTE

IVANICE ÂNGELA PECIN
CIR ALTO VALE DO RIO DO PEIXE

FLÁVIO ZOLET
CIR ALTO URUGUAI CATARINENSE

COMISSÃO INTERGESTORA MACRORREGIONAL
MEIO OESTE



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE SAÚDE
COORDENADORIA MACRORREGIONAL DE SAÚDE DO MEIO OESTE

DELIBERAÇÃO Nº 01/MACRORREGIONAL MEIO OESTE

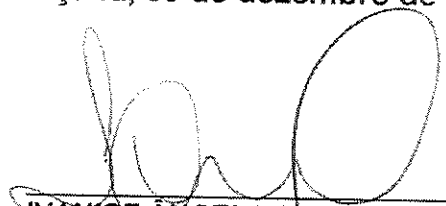
APROVOU-SE: Em conformidade com o resultado do Processo Democrático de votação referente a propositura de atualização, ajustes e **novas inclusões de serviços** no **PLANO DE AÇÃO MACRORREGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**, conforme as diligências do Ministério da Saúde, convém salientar de forma conjunta, foram apreciados e posteriormente **APROVADO** os Pleitos da Rede Macrorregional de Urgências e Emergências do Meio Oeste Catarinense, envolvendo as Regiões de Saúde do Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do rio do Peixe.

Tal feito se deu na sessão extraordinária de CIR Ampliada, realizada através de videoconferência na data de 09 de dezembro de 2020, com a participação dos Secretários Municipais da Saúde, Apoiadores Regionais do COSEMS e do Coordenador Macrorregional de Saúde de Joaçaba.

Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação revogada as disposições em contrário.

Joaçaba, 09 de dezembro de 2020.

KAMILLE SARTORI BEAL
CIR MEIO OESTE



IVANICE ÂNGELA PECIN
CIR ALTO VALE DO RIO DO PEIXE

FLÁVIO ZOLET
CIR ALTO URUGUAI CATARINENSE

COMISSÃO INTERGESTORA MACRORREGIONAL
MEIO OESTE



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE SAÚDE
COORDENADORIA MACRORREGIONAL DE SAÚDE DO MEIO OESTE

DELIBERAÇÃO Nº 01/MACRORREGIONAL MEIO OESTE

APROVOU-SE: Em conformidade com o resultado do Processo Democrático de votação referente a propositura de atualização, ajustes e **novas inclusões de serviços** no **PLANO DE AÇÃO MACRORREGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**, conforme as diligências do Ministério da Saúde, convém salientar de forma conjunta, foram apreciados e posteriormente **APROVADO** os Pleitos da Rede Macrorregional de Urgências e Emergências do Meio Oeste Catarinense, envolvendo as Regiões de Saúde do Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do rio do Peixe.

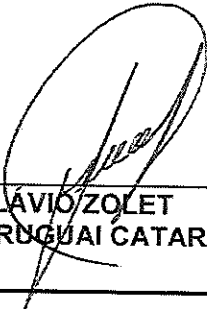
Tal feito se deu na sessão extraordinária de CIR Ampliada, realizada através de videoconferência na data de 09 de dezembro de 2020, com a participação dos Secretários Municipais da Saúde, Apoiadores Regionais do COSEMS e do Coordenador Macrorregional de Saúde de Joaçaba.

Esta Deliberação entrará e, vigor na data de sua publicação revogada as disposições em contrário.

Joaçaba, 09 de dezembro de 2020.

KAMILLE SARTORI BEAL
CIR MEIO OESTE

IVANICE ÂNGELA PECIN
CIR ALTO VALE DO RIO DO PEIXE



FLÁVIO ZOLET
CIR ALTO URUGUAI CATARINENSE

COMISSÃO INTERGESTORA MACRORREGIONAL
MEIO OESTE



DELIBERAÇÃO 143/CIB/2020

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 244ª reunião ordinária de 10 de dezembro de 2020, Considerando:

Considerando o art. 2º da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando art. 1º do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo III, Livro II, Título I – Do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS;

Considerando o Capítulo II- do Financiamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, da Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo III, Livro II, Título VIII da linha de cuidados em AVC e dos critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centro de atendimento de urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo III, Livro II, Título IX da linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio- IAM e dos protocolos clínicos sobre síndromes Coronarianas Agudas (SCA), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria de Consolidação nº 06/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, Título III, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando que o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PAR) da RUE é o documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores, pactuado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), que aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação desta rede temática, elaborado pelos Grupos Condutores Macrorregionais, com apoio da Coordenação Estadual da RUE/Superintendência de Urgência e Emergência;

Considerando que o PAR da RUE das Macrorregiões foram elaborados entre os anos de 2012 e 2013;

Considerando atualização do PAR da RUE enviado em 2018 a Coordenação- Geral de Urgência/DAHU/SAES/MS;

Considerando que a Coordenação-Geral de Urgência/DAHU/SAES/MS, emitiu devolutiva da análise do aditivo ao PAR das macrorregiões de saúde, por meio de pareceres e notas técnicas, e solicitou as adequações conforme os critérios elencados na Nota Informativa 01/2019 CGURG/ DAHU/SAES/MS;

APROVA

As atualizações e revisão do Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção à Urgência/RUE, da Macrorregião Planalto Norte / Nordeste, Grande Oeste, Meio Oeste, Planalto Serrano, Foz do Rio Itajaí, Vale do Itajaí, Sul e Grande Florianópolis

(assinado digitalmente)

ANDRÉ MOTTA RIBEIRO
Secretário de Estado da Saúde
Coordenador CIB/SES

ALEXANDRE
LENCINA
FAGUNDES:4862
9448091

Assinado de forma digital
por ALEXANDRE LENCINA
FAGUNDES:48629448091
Dados: 2020.12.11
12:35:28 -03'00'

(assinado digitalmente)

ALEXANDRE FAGUNDES
Presidente do COSEMS
Coordenador CIB/COSEMS

MACRORREGIÃO DO MEIO OESTE

Abaixo relação do Componente Hospitalar, Pré-Hospitalar Móvel conforme discussão do Grupo Condutor e Deliberação da CIR, conforme as aprovações contidas da Nota Técnica 404/2016 referente à Macrorregião do Meio Oeste, e novas inclusões conforme revisão do PAR/RUE para habilitações na Rede de Atenção às Urgências;

→ COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR

PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - SAMU				
UF	MUNICÍPIO	DESCRIÇÃO	TIPO DE GESTÃO	VALORES CUSTEIO ANUAL
SC	Vieira	USA HABILITAÇÃO	Estadual	R\$38.500,00
SC	Concórdia	USA HABILITAÇÃO	Estadual	R\$38.500,00
SC	Curitibanos	USA HABILITAÇÃO	Estadual	R\$38.500,00
SC	Campos Novos	USA HABILITAÇÃO	Estadual	R\$38.500,00
SC	Timbo Grande	USB HABILITAÇÃO	Municipal	R\$13.125,00

SC	Capinzal	USB HABILITAÇÃO	Municipal	R\$13.125,00
----	----------	--------------------	-----------	--------------

→ **COMPONENTE HOSPITALAR**

PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - PORTA DE ENTRADA							
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES / IBGE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	CLASSIFICAÇÃO	VALORES
							CUSTEIO ANUAL
Alto Vale do Rio do Peixe	Vieira	2302500 / 4219309	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Privada	Dupla	Geral	R\$ 1.200.000,00

PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO									
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES / IBGE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II			VALORES
						LEITOS HAB.	LEITOS QUAL.	TOTAL	CUSTEIO ANUAL
Alto Vale do Rio do Peixe	Vieira	2302500 / 4219309	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Privada	Dupla	2**	-	2**	R\$ 525.600,00
Meio Oeste	Joaçaba	2560771 / 4209003	Hospital Universitário Santa Terezinha	Privada	Estadual	10**	-	10**	R\$ 2.628.000,00

Alto Vale do Rio do Peixe	Curitibanos	2302101 / 4204806	Hospital Hélio dos Anjos Ortiz	Privada	Estadual	12**	-	12**	R\$ 3.153.600,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Campos Novos	2379767 / 4203600	Fundação Hospitalar Dr. José Athanasio	Municipal	Estadual	10**	-	10**	R\$ 2.628.000,00
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892 / 4204301	Hospital São Francisco	Privada	Municipal	10	-	10	R\$ 2.628.000,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830 / 4203006	Hospital Maice	Privada	Dupla	10	-	10	R\$ 2.628.000,00

() - Leitos aprovados em Nota Técnica 404/2016.**

PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICO									
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES / IBGE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II			VALORES
						LEITOS HAB.	LEITOS QUAL.	TOTAL	CUSTEIO ANUAL
Meio Oeste	Joaçaba	2560771 / 4209003	Hospital Universitário Santa Terezinha	Privada	Estadual	3	-	3	R\$ 788.400,00

PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - LEITOS DE AVC								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES / IBGE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	U-AVC AGUDO	U-AVC INTEGRAL	VALORES CUSTEIO ANUAL
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	2303892 / 4204301	Hospital São Francisco	Privada	Municipal	5**	-	R\$ 574.875,00
Meio Oeste	Joaçaba	2560771 / 4209003	Hospital Universitário Santa Terezinha	Privada	Estadual	5**	10**	R\$ 1.660.750,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830 / 4203006	Hospital Maice	Privada	Dupla	5**	-	R\$ 574.875,00

() - Leitos aprovados em Nota Técnica 404/2016.**

PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - LEITOS DE UNIDADE U-CO							
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES / IBGE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS U-CO	VALORES CUSTEIO ANUAL
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	2301830 / 4203006	Hospital Maice	Privada	Dupla	10	R\$ 2.628.000,00

PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICA

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES / IBGE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS HAB.	LEITOS QUAL.	TOTAL	VALORES CUSTEIO ANUAL
Alto Uruguai Catarinense	Ita	2691566 / 4208005	Hospital São Pedro	Privada	Estadual	7	7	14	R\$ 1.085.875,00

PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES / IBGE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS HAB.	VALORES CUSTEIO ANUAL
Alto Vale do Rio do Peixe	Lebon Regis	2691833 / 4209706	Hospital Maternidade Santo Antônio	Municipal	Dupla	20**	R\$ 1.427.150,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Agua Doce	2380188 / 4200408	Hospital Nossa Senhora da Paz	Privada	Estadual	15	R\$ 1.070.362,50
Alto Uruguai Catarinense	Peritiba	2689863 / 4212601	Asso. Beneficiente Peritiba	Privada	Estadual	15	R\$ 1.070.362,50

() - Leitos aprovados em Nota Técnica 404/2016 – Os leitos aprovados para o Hospital Maternidade Santo Antônio de Lebon Regis foram remanejados para o Hospital e Maternidade Santa Cecília (CNES 2302748).**

PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - ATENÇÃO DOMICILIAR

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	TIPO DE GESTÃO	TIPO	VALORES CUSTEIO ANUAL
Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	Municipal	EMAD TIPO II	R\$ 408.000,00
Alto Vale do Rio do Peixe	Caçador	Municipal	EMAD TIPO I	R\$ 600.000,00

DESCRIÇÃO	TOTAL ANUAL
Total de custeio aprovado para macrorregião meio oeste (N.T. 404/2016)	R\$ 46.759.623,34
Valores já habilitados na RUE	R\$ 29.664.252,80
(**) Valores para novas habilitações (aprovados em N.T. 404/2016)	R\$ 13.172.850,00
Valores para novas habilitações (sem aprovação em N.T. 404/2016)	R\$ 14.107.000,00