



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

# **PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

**MACRORREGIÃO DO VALE DO ITAJAÍ**  
**ATUALIZAÇÃO 2020**



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA  
SAÚDE





ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE  
PLANEJAMENTO E GESTÃO DIRETORIA DE  
PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO  
GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DO SUS  
COSEMS MACRORREGIÃO DO VALE DO ITAJAI  
MACRORREGIONAL E SUPERVISÃO DE SAÚDE  
MÉDIO E ALTO VALE DO ITAJAÍ



## PLANO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO DO VALE DO ITAJAÍ



**Redes de Atenção à Saúde  
"Somos Nós"**



Ministério  
da Saúde





**SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SANTA  
CATARINA  
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**



## **PLANO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO DO VALE DO ITAJAÍ**

Trabalho construído pelo Grupo Técnico da Rede de Urgência e Emergência, para implementação das ações da RUE na região do Vale do Itajaí, que compreende 42 municípios das regiões do Alto Vale do Itajaí.

Vale do Itajaí, 2020

## MUNICÍPIOS DA MACROREGIÃO DO VALE DO ITAJAÍ

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

## **GRUPO TÉCNICO DA REDE DE URGÊNCIA DO VALE DO ITAJAÍ**

Alvaro de Carvalho – Secretaria Municipal de Brusque

Ana Paula Sebold Zimmermann – Supervisão Regional de Saúde  
de Rio do Sul

Arnaldo Gonçalves Munhoz Jr – Secretaria Municipal de Gaspar

Enilson Erley de Freitas – Secretaria Municipal de Ascurra

Evair Siever – Coordenador CIR Alto Vale do Itajaí

Guilherme Daniel Pupo – COSEMS Alto Vale do Itajaí

Josélis Mafra Santiago – Supervisão Regional de Saúde de Rio do Sul

Kalica Schwartz – Macrorregional de Saúde de Blumenau

Neide Rosália de Barcelos – Secretaria Municipal de Indaial

Raquel Faller – Suoervisão Regional de Saúde de Rio do Sul

Ronie G. Loewen – Secretaria Municipal de Saúde de Benedito Novo

Roselita Sebold – CIES Alto Vale do Itajaí

Rosimeri Geremias Farias – UNIDAVI/ SMS de Petrolândia

## **SUMÁRIO**

- 1 INTRODUÇÃO**
- 2 OBJETIVOS**
- 3 DIAGNÓSTICO**
  - 3.1 Diagnóstico Situacional da Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí
- 4 PORTA-ENTRADA**
- 5 LEITOS RETAGUARDA**
- 6 LEITOS CUIDADOS PROLONGADOS (UCP)**
- 7 UTI ADULTO**
- 8 UTI PEDIATRICO**
- 9 UNIDADE CORONARIANA - UCO**
- 1 LEITOS U-AVC**
- 0**

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Municípios e população que compõem a região do Vale do Itajaí	14
Quadro 02	População residente do Vale do Itajaí	15
Quadro 03	Percentual de óbitos por causas – capítulo CID 10	16
Quadro 04	Números absolutos de óbitos por causas externas	16
Quadro 05	Proporção de internações hospitalares	17
Quadro 06	Cobertura da Atenção Básica	18
Quadro 07	Capacidade Hospitalar Instalada	21
Quadro 08	Distribuição de Leitos	23
Quadro 09	Relação de bases do SAMU-USB	26
Quadro 10	Relação de bases do SAMU-USA	26
Quadro 11	Numero de unidades de pronto atendimentos desenhadas no PAR	27
Quadro 12	Numero de unidades de Pronto Atendimentos do Vale aguardando habilitação	27
Quadro 13	Numero de equipes de atenção domiciliar	28
Quadro 14	Hospitais do Vale do Itajaí, habilitados Porta-Entrada RUE	29
Quadro 15	Hospitais do Vale do Itajaí, com novas inclusões no PAR 2018 Porta de Entrada	29
Quadro 16	Hospitais leitos de retaguarda habilitados	31
Quadro 17	Hospitais que aguardam habilitação como Leitos de Retaguarda	32
Quadro 18	Hospitais com leitos de retaguarda incluídos no PAR 2018	32
Quadro 19	Hospitais com leitos de UCP Habilitados	33
Quadro 20	Hospitais com leitos de UCP redimensionados na RUE	34
Quadro 21	Leitos UTI Adulto tipo II – já qualificados	34
Quadro 22	Leitos UTI Adulto tipo III – já qualificados	35
Quadro 23	Leitos UTI Adulto tipo II – aguardando habilitação	35
Quadro 24	Reclassificação de leitos de UTI	36
Quadro 25	Leitos UTI Adulto incluídos no PAR 2018	36
Quadro 26	Leitos UTI pediátrico, já qualificados	37
Quadro 27	Leitos UTI pediátrico incluídos no PAR 2018	37
Quadro 28	Leitos unidade coronariana – UCO aguardando habilitação	38
Quadro 29	Leitos U-AVC habilitados	39
Quadro 30	Leitos AVC aguardando habilitação	39

Quadro 31	Leitos AVC incluídos PAR 2018	40
-----------	-------------------------------	----

7



## 1 INTRODUÇÃO

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas e agudas, levou ao desenvolvimento de modelos de atenção à saúde.

A ideia de Rede está implícita nos princípios e diretrizes do SUS, e na Lei Nº 8.080 e implica em superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde que configuram um contínuo coordenado de serviços para atendimento a uma população definida. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser coordenados, geosanitariamente de forma integrada. A atenção aos quadros agudos e principalmente às urgências constitui-se em importante componente da assistência à saúde sendo causadora de grande impacto na população e apresentando-se como principal porta de entrada aos serviços de saúde. Contudo, neste sentido, acaba por apresentar baixa resolutividade tendo em vista suas limitações para avaliação e continuidade de tratamento de casos mais complexos que necessitam investigação e procedimentos não disponibilizados neste tipo de atendimento em unidades de emergência.

A Portaria Ministerial Nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência. E também promover a melhora na articulação e na comunicação entre os diversos pontos de atenção às urgências e emergências, tornando o atendimento mais ágil e eficaz, e desta forma reduzindo o número de óbitos ou sequelas ao paciente. A elaboração e efetivação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências visam a criação de pontos de atenção sinérgicos, complementares e cooperativos, envolvendo todos os componentes do sistema de saúde necessários ao tratamento adequado e resolutivo das patologias que mais acometem a população.

Dentre as Redes Temáticas prioritárias, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se sobressai, tendo em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros.

Desde dezembro de 2010, por meio da Portaria nº 4.279, o MS já acenava para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do

acesso, além da transparência na alocação de recursos. Esta portaria já destacava os fundamentos conceituais essenciais para a organização das RAS nos territórios

como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

A implementação da RUE se dá de forma pactuada entre as três esferas de gestão, permitindo uma melhor organização da assistência, articulando os diversos pontos de atenção e definindo os fluxos e as referências adequados, buscando transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, além do dimensionado pautado na oferta de serviços. Este modelo tem se mostrado insuficiente e pouco efetivo para dar conta dos desafios sanitários atuais e é insustentável para o que se desenha para o futuro.

O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas inclui ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados paliativos.

Portanto, este Plano da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na macrorregião do Vale do Itajaí, tem como objetivo central apresentar, esclarecer e orientar os gestores, trabalhadores e usuários sobre os principais normativos e diretrizes norteadores para a implantação/implementação da RUE no respectivo território adscrito.

A revisão foi realizada pelos Grupos Técnicos formados no Alto Vale e Médio Vale do Itajaí, e posteriormente compilado e encaminhado para as CIRs das respectivas regiões, conforme anexo.

## 2. OBJETIVOS

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



Figura 01 – Desenho da Rede de Urgência e Emergência

### 3. ASPECTOS GERAIS E HISTORICOS DA REGIAO DO VALE DO ITAJAI

A região do Vale do Itajaí, localiza-se mais ao centro do estado de Santa Catarina e compreende uma macrorregião com 42 municípios. Possui aproximadamente 14.859 km<sup>2</sup>, subdivididas em duas microrregiões: Alto Vale do Itajaí (303.747 hab) e Médio Vale do Itajaí (808.053 hab) totalizando 1.111, 80 habitantes, e possui taxa de crescimento na ordem de 1,48% ao ano e densidade demográfica de 73,2 hab/km<sup>2</sup>. Com relação a altitude, mínima de 18 metros acima do nível do mar em Gaspar e máxima de 718 metros acima do nível do mar em Imbuia.

Em relação ao clima, a região apresenta variações do clima mesotérmico úmido com temperatura média de 18,5° C e o clima temperado com médias entre 15° C e 27° C.

A na região predomina na região a colonização de origem italiana e alemã. Também registra-se a significativa presença da colonização cabocla e polonesa.

Conforme dados do IBGE, relativos a 2009, a movimentação econômica dos 42 municípios da Macrorregião, segundo a composição do PIB, foi de aproximadamente R\$ 16,9 bilhões, o equivalente a 13,0% do PIB estadual e alcançando o 3º maior no comparativo entre as nove macrorregiões que existiam naquele momento.

Com relação ao cenário empresarial, segundo informações do Ministério do Trabalho e Emprego referentes ao ano de 2011, a Macrorregião Vale do Itajaí apresentava um total de 56.897 empresas, que geraram no mesmo ano, 298.318 empregos formais. Blumenau respondia por 42% das empresas da Macrorregião, Rio do Sul por 9% e Gaspar por 7%. Estes três municípios geraram 61% dos empregos formais da Macrorregião.

Em 2011, as micro e pequenas empresas representavam respectivamente, 93,2% e 5,9% dos estabelecimentos formais e representavam 59,8% dos empregos da Macrorregião.

A Macrorregião é a maior produtora de estadual batata doce com 58,43% da produção. Na pecuária respondeu, em 2010, por 30,32% da criação catarinense de codornas e por 22,31% da de coelhos.

Cabe mencionar que o segmento das Indústrias de transformação é responsável por 134.296 empregos formais, o equivalente a 45% dos postos de trabalho da Macrorregião Vale do Itajaí.

## 4. DIAGNÓSTICO

**(fonte de informações: Plano Estadual de Saúde de SC 2020-2023)**

**4.1 Aspectos Demográficos, socioeconômicos, ambientais e epidemiológicos de Santa Catarina e da região do Vale do Itajaí**

Santa Catarina está situada na região sul do Brasil, suas dimensões territoriais abrangem uma área de 95.730,921 km<sup>2</sup>, conforme cálculos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Diário Oficial da União nº 53 de 19/03/2019), e densidade demográfica de 73,90 habitantes por km<sup>2</sup>, distribuídos em 295 municípios. Faz divisa com o Paraná e Rio Grande do Sul, fronteira com a Argentina e tem 450 quilômetros de costa oceânica no Atlântico. A população estimada pelo IBGE no ano de 2018 é de 7.075.494, sendo a sua maioria residente em áreas urbanas (84%) e uma taxa de crescimento da população de 1,4% ao ano. A região do Vale do Itajaí, possui 14.859 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 73,2 hab/km<sup>2</sup> e população estimada de 1.093.190 habitantes.

A taxa de fecundidade de 1,75 filhos por mulher em 2015 tem previsão de manutenção até 2020 pelo IBGE no Estado, já na região do Vale a taxa é de 1,77. Tem a maior esperança de vida ao nascer do país para ambos os sexos, 79,7 anos e segundo o IBGE deverá se manter nesta posição ao longo dos próximos anos. O Censo 2010 apontou que 50,4% da população residente é do sexo feminino e que 4,1% da população feminina se encontra na faixa dos 10 aos 14 anos. Tanto na pirâmide estadual como na nacional constata-se que a base se estreita cada vez mais, concentrando a população nas idades mais avançadas. Na região do Vale, 49,7% da população é do sexo masculino, e 51,3% do sexo feminino. As faixas etárias mais populosas são respectivamente as de 20 à 29 anos (18,8%) e de 30 à 39 anos (16,26%).

O envelhecimento da população demanda de alteração da agenda das políticas sociais voltadas para a terceira idade, como a saúde, acessibilidade, ocupação e lazer. Em Santa Catarina a proporção de homens acima de 65 anos corresponde a 8,0% e de mulheres, 10,1%, demonstrando o quanto o século XX se caracterizou por profundas e radicais transformações. O aumento de cerca de 30 anos ao longo do século, da expectativa de vida é o fato mais significativo no âmbito da saúde pública e provocou uma profunda revolução da demografia e da saúde pública. A garantia de vida com qualidade para este contingente populacional é um desafio que reclama modelos inovadores e

sintonizados com a contemporaneidade.

Santa Catarina se destaca como maior longevidade do país, com 3,2 anos acima da média nacional, o que tem relação com a qualidade de vida nos municípios catarinenses. Na região do Vale do Itajaí, 10,55% da população possui 60 anos ou mais. Nesta qualidade incluem-se fatores como renda, educação, alimentação, atividade física e acesso a serviços de saúde.

O perfil epidemiológico da população de Santa Catarina, bem como da região do Vale do Itajaí idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças, com forte predomínio das condições crônicas. O modelo de atenção às condições crônicas, têm uma elevada prevalência de mortalidade e morbidade por condições agudas, decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos são portadores de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social.

Os índices sociais estão entre os melhores do país. Santa Catarina é o sexto Estado mais rico da Federação, com uma economia diversificada e industrializada. Importante polo exportador e consumidor é um dos responsáveis pela expansão econômica nacional, respondendo por 4% do Produto Interno Bruto (PIB) do país. O percentual da população catarinense que se encontra em extrema pobreza segundo o censo IBGE 2010 é de 1,49, no entanto, o PIB per capita em 2013 foi de 32.290,00 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,774, superior ao do país que apresentou 0,755. Ainda assim existem desigualdades regionais, as regiões do Planalto Norte e Serra Catarinense concentram os municípios com menor IDH. Em Santa Catarina 50 municípios tem o IDH abaixo da média do Estado. Um dos fatores que eleva o IDH tanto de Santa Catarina como do Brasil é a esperança de vida ao nascer que no ano de 2017 foi de 79,4 anos e no país 76 anos. Santa Catarina também se destaca com a menor desigualdade de renda entre os Estados, com Índice de Gini de 0,421 sendo que no Brasil é de 0,546 em 2017. Em 2010, dois municípios da região do Vale do Itajaí ficaram entre os melhores classificados em relação ao IDH: Florianópolis (0,847); Balneário Camboriú (0,845); Joaçaba (0,827); Joinville (0,809); São José (0,809); **Blumenau (0,806)**; Rio Fortuna (0,806); Jaraguá do Sul (0,803); **Rio do Sul (0,802)**; São Miguel do Oeste (0,801). Os piores IDHM do Estado são: Campo Belo do Sul (0,641); São José do Cerrito (0,636); Vargem (0,629); Calmon (0,622); Cerro Negro (0,621).

As desigualdades entre o rendimento domiciliar per capita teve uma média nacional de R\$1.373,00 em 2017. Santa Catarina é o 4º Estado com o maior rendimento, R\$ 1.597,00. A renda média em SC é 25,9% mais alta do que a brasileira.

A renda total apropriada pelos 10% com maiores rendimentos é de 2,1 vezes maior que o total apropriado pelos 40% com menores rendimentos (Índice de Palma) em 2017, enquanto no país é de 3,5 vezes.

Segundo a linha de pobreza proposta pelo Banco Mundial (rendimento de até US\$5,5 por dia), o Estado tem menor proporção da população vivendo abaixo da linha de pobreza, são 8,5% dos catarinenses que vivem com menos de R\$ 406,00/mês. Santa Catarina tem 1,7% de pessoas com renda inferior a US\$1,90 por dia, que estariam na extrema pobreza, a menor taxa do país.

O Estado possui 202.452 pessoas analfabetas e, em comparação com os achados do Censo de 2000, houve um decréscimo de 2,2% no número de pessoas com 15 anos ou mais que não sabem ler e escrever. A proporção de pessoas de 25 a 34 anos com ensino superior completo em 2017 foi de 19,7%.

A economia catarinense é bastante diversificada, assim como a região do Vale do Itajaí, e está organizada em vários pólos distribuídos por diferentes regiões do Estado. A diversidade de climas, paisagens e relevos estimula o desenvolvimento de inúmeras atividades, da agricultura ao turismo, atraindo investidores de segmentos distintos e permitindo que a riqueza não fique 22 concentrada em apenas uma área. A Grande Florianópolis destaca-se nos setores de tecnologia, turismo, serviços e construção civil. O Norte é polo tecnológico, moveleiro e metal-mecânico. O Oeste concentra atividades de produção alimentar e de móveis. O Planalto Serrano tem a indústria de papel, celulose e da madeira. O Sul destaca-se pelos segmentos do vestuário, plásticos descartáveis, carbonífero e cerâmico. No **Vale do Itajaí**, predomina a indústria têxtil e do vestuário, naval e de tecnologia. O turismo é outro ponto forte da economia catarinense.

No que tange a qualidade da água, a Portaria de Consolidação GM/MS Nº 05 de 2017 Anexo XX, determina que a água para consumo humano deve ser isenta de *Escherichia coli* em qualquer situação, caracterizando risco a saúde da população, especialmente dos grupos mais vulneráveis.

De acordo com relatórios gerados no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) referente ao período de 2015 a 2018 aproximadamente 16% das amostras coletadas anualmente têm apresentado resultados não conformes com a norma vigente para potabilidade da água no que se refere ao percentual de coliformes totais. Além disso, as amostras analisadas no mesmo período apresentaram uma média anual de 6% de amostras com presença de *Escherichia coli*, o mais preciso indicador da contaminação da água por material fecal, sendo a sua presença um indício da ocorrência de outros microrganismos patogênicos.

No período de 2015 a 2018, aproximadamente 20 % da população do Estado não possuía informações no SISAGUA sobre as formas de abastecimento e tratamento realizado na água para consumo humano, e apesar de vir apresentando uma relativa melhora na alimentação do sistema, até dezembro de 2018, 16% dos municípios catarinenses não monitoravam o teor de cloro residual livre nas amostras, este que é o principal indicador de desinfecção da água tratada.

Esse quadro se agrava ainda mais quando são analisados os resultados obtidos para as soluções alternativas coletivas, por meio das quais na maioria das vezes a água bruta é captada e distribuída à população sem qualquer tipo de tratamento, como também as soluções alternativas individuais, as quais necessitam de uma atenção especial do setor saúde. Neste último caso é disponibilizado pela Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVS) frascos de 50 ml de hipoclorito de sódio a 2,5% para os municípios distribuírem à população que não dispõe de água tratada.

## 4.2 Perfil Epidemiológico

Para iniciar as análises escolhemos indicadores de mortalidade, que apesar de serem medidas negativas, são ainda utilizadas como indicadores de saúde, pois podem refletir a situação atual e as mudanças de saúde dos grupos populacionais. Na saúde pública tem especial importância o estudo das mortes por grupos de causas ocorridas nas populações, a mortalidade materna e a infantil que precisam ser acompanhadas com o objetivo de mudar o cenário de saúde que a população se encontra.

### 4.2.1 Mortalidade Materna

Santa Catarina tem indicadores melhores que a média brasileira em relação à mortalidade materna, conforme os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Enquanto que o Brasil, em 2016, teve 64 óbitos de mulheres por 100.000 nascidos vivos (NV), por causas ligadas à gestação, o Estado teve 32 óbitos de mulheres por 100 mil nascidos vivos (dados corrigidos por fator de correção entre 1,07 e 1,15).

Apenas SC dentre as Unidades da Federação apresentou Razão de Mortalidade Materna (RMM) abaixo da meta do Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) de 35,8 (Brasil, 2019). Apesar de ter um bom indicador quando a análise é desagregada por Regiões de Saúde



percebe-se que algumas tem a RMM mais elevada que a média do Estado, entre elas: Xanxerê, Foz do Rio Itajaí, **Médio Vale do Itajaí**, Alto Uruguai Catarinense, Serra Catarinense e o Extremo Sul que no último ano teve a maior razão de mortalidade materna.

As principais causas da mortalidade materna estão ligadas a hipertensão, complicações no trabalho de parto (hemorragias) e as infecções puerperais. A importância da análise desse indicador está em saber claramente as causas para então, atuar na diminuição dessas mortes. A garantia da atenção integral e de qualidade à mulher, desde a orientação quanto à saúde reprodutiva, planejamento familiar, assistência adequada ao pré-natal, referência às gestantes de risco, vinculação e acompanhamento de qualidade ao parto e ao puerpério até o tratamento das emergências obstétricas são desafios a serem superados pela gestão na redução deste desfecho trágico.

**Quadro 1 - Distribuição dos óbitos maternos por Região de Saúde em residentes de SC de 2016 a 2018**

<b>Região de Saúde</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018*</b>
Extremo Oeste	0	2	1
Oeste	0	2	1
Xanxerê	1	2	3
Alto Vale do Itajaí	2	0	0
Foz do Rio Itajaí	6	4	8
Médio Vale do Itajaí	4	2	4
Grande Florianópolis	6	4	5
Meio Oeste	0	1	0
Alto Vale do Rio do Peixe	4	3	0
Alto Uruguai Catarinense	0	2	1
Nordeste	2	3	3
Planalto Norte	1	5	0
Serra Catarinense	2	3	2
Extremo Sul Catarinense	0	1	4
Carbonífera	1	2	0
Laguna	0	2	0
<b>Santa Catarina</b>	<b>29</b>	<b>38</b>	<b>32</b>

Fonte: SIM \* 2018: Dados Preliminares

#### 4.2.2 Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade Infantil (TMI) estima o risco de um indivíduo morrer em seu primeiro ano de vida e tem o potencial de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações da atenção ao pré-natal e parto, e é um indicador utilizado para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU), o mundo ainda não está fazendo o suficiente para prevenir novas mortes. Em 2016 o Brasil apresentou TMI de 14,0 óbitos de crianças menores de 01 ano a cada 1.000 nascidos vivos, um aumento de 4,8% em relação ao ano anterior. O Estado vem apresentando queda na TMI de 11,7 óbitos por 1.000 NV em 2011 para 9,9 em 2017. Apesar da redução a maior proporção de 55% ocorreu no período neonatal precoce (0 a 27 dias), sendo que destes 74,5% por causas originadas no período perinatal. Os fatores que determinam estes óbitos estão relacionados a qualidade do pré-natal e da assistência hospitalar ao parto e ao recém-nascido.

As crianças na faixa etária de 28 a 364 dias tiveram a TMI de 27,7 óbitos, sendo 28,1% atribuído às malformações congênitas seguida das causas originadas no período perinatal com 22,5%.

Existem diferenças substanciais e preocupantes quando as TMI são avaliadas por Regiões de Saúde. O Extremo Oeste, Xanxerê, Foz do Rio Itajaí, Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Planalto Norte, Serra Catarinense, Extremo Sul Catarinense 27 apresentam as taxas mais elevadas, acima da média estadual, com destaque para a Serra Catarinense.

O fato da maior parte dos óbitos se concentrar no primeiro mês de vida evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto para a redução da mortalidade na infância. O fortalecimento da rede de atenção perinatal, com a continuidade do cuidado integral desde o pré-natal da gestante à assistência neonatal é uma estratégia importante que deve ser incentivada.

Ainda com relação às taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil é importante considerar que a Secretaria desenvolve desde 2015 uma ação de qualificação da vigilância do óbito materno, infantil e fetal com capacitação das equipes dos serviços de atenção primária à saúde, vigilância epidemiológica e serviços hospitalares para qualificação de informação nesta área e melhoria do processo de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento.

Quadro 2 - Taxa de mortalidade infantil por Regiões de Saúde em residentes de SC, de 2016 a 2018

<b>Região de Saúde</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018*</b>
Extremo Oeste	10,0	11,4	13,5
Oeste	11,2	10,4	8,9
Xanxerê	10,2	10,9	10,6
Alto Vale do Itajaí	6,9	13,6	6,1
Foz do Rio Itajaí	9,3	9,7	10,3
Médio Vale do Itajaí	7,5	9,1	9,6
Grande Florianópolis	7,2	9,1	7,5
Meio Oeste	12,7	8,7	10,4
Alto Vale do Rio do Peixe	14,3	10,4	11,7
Alto Uruguai Catarinense	8,6	13,0	6,8
Nordeste	6,5	9,1	8,9
Planalto Norte	6,4	9,2	10,2

Fonte: SINASC/SIM

#### 4.2.3 Morbimortalidade por Doenças e Agravos não Transmissíveis

As doenças do aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes Mellitus, são os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis, e são responsáveis pelas principais causas de óbito no mundo e no Brasil. Para o Ministério da Saúde, esses grupos de doenças podem ter seu impacto diminuído, através de ações amplas de promoção da saúde que busquem a redução de seus fatores de risco, além da melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

Em Santa Catarina no período de 2014 a 2017 ocorreram 92.069 óbitos causados por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo 39.871 por mortes prematuras de 30 a 69 anos.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade por DCNT em Santa Catarina. No período analisado, a taxa mais elevada entre os adultos de 30 a 69 anos foi de 177,8 óbitos/100 mil habitantes em 2014 na Região da Serra Catarinense, e em 2015 chegou a 182,7 na mesma região. No Extremo Sul Catarinense 29 em 2016 (165,9) e em 2017 na Região

Carbonífera (157,0). As menores taxas ocorreram, consecutivamente, na Região do Alto Uruguai Catarinense.

Quadro 3 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos por 100.000 hab.) por Doenças Cardiovasculares nas Regiões de Saúde, SC, 2014-2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	99	87,4	114	99,4	135	116,3	103	87,1
Oeste	128	78,1	145	87,2	170	99,0	146	83,2
Xanxerê	115	125,6	80	86,0	87	92,1	91	94,1
Alto Vale do Itajaí	204	151,0	188	136,6	212	151,4	161	113,2
Foz do Rio Itajaí	362	119,8	355	112,9	395	119,8	341	99,9
Médio Vale do Itajaí	349	97,5	351	95,5	373	98,6	385	100,1
Grande Florianópolis	678	122,3	692	120,9	724	122,1	714	117,7
Meio Oeste	89	98,5	91	99,1	98	105,2	103	109,1
Alto Vale do Rio do Peixe	175	134,0	154	116,0	176	130,7	171	124,5
Alto Uruguai Catarinense	55	75,9	59	78,9	68	92,6	46	66,9
Nordeste	535	116,7	542	114,8	550	113,2	560	112,9
Planalto Norte	257	147,7	256	144,3	259	144,4	230	125,0
Serra Catarinense	243	177,8	252	182,7	228	163,1	214	150,5
Extremo Sul Catarinense	127	137,9	130	138,3	159	165,9	149	152,7
Carbonífera	338	167,1	295	142,4	320	151,0	339	157,0
Laguna	255	145,2	228	127,2	268	144,5	257	137,6
<b>Santa Catarina</b>	<b>4009</b>	<b>123,3</b>	<b>3932</b>	<b>118,0</b>	<b>4222</b>	<b>123,4</b>	<b>4010</b>	<b>114,9</b>

Fonte: SIM/DIVE/SES/SC; IBGE

Observa-se que as regiões do Alto Vale e do Médio Vale possuem taxas elevadas de mortes prematuras por doenças cardiovasculares (113,2 e 100,1 respectivamente), apesar de estarem abaixo da média estadual.

Quadro 4 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos por 100.000 hab.) por Neoplasias nas Regiões de Saúde, SC, 2014-2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	130	114,8	156	136,0	166	143,1	183	156,2
Oeste	202	124,3	212	127,5	237	139,6	228	131,7
Xanxerê	120	131,1	139	149,4	129	136,6	121	126,5
Alto Vale do Itajaí	187	138,5	210	152,6	222	158,5	213	149,8
Foz do Rio Itajaí	388	128,4	423	134,6	455	139,4	388	114,7
Médio Vale do Itajaí	464	129,6	500	136,0	463	122,8	541	140,0
Grande Florianópolis	745	134,3	778	135,9	791	134,0	859	141,3
Meio Oeste	136	150,6	105	114,4	104	111,6	99	104,9
Alto Vale do Rio do Peixe	151	115,6	180	135,6	168	124,7	188	137,7
Alto Uruguai Catarinense	104	140,9	109	145,9	106	140,3	112	146,8
Nordeste	545	118,9	562	119,0	606	124,7	630	126,1
Planalto Norte	293	168,4	266	149,9	265	146,6	288	156,5
Serra Catarinense	236	172,7	222	160,9	245	176,1	257	183,3
Extremo Sul Catarinense	145	157,5	135	143,6	148	154,4	142	145,5
Carbonífera	296	146,4	299	144,4	317	149,6	297	137,1
Laguna	257	146,4	261	145,7	252	138,0	258	138,7
Santa Catarina	<b>4399</b>	<b>135,3</b>	<b>4557</b>	<b>136,7</b>	<b>4674</b>	<b>136,9</b>	<b>4804</b>	<b>137,6</b>

Fonte: SIM/DIVE/SES/SC; IBGE

Como observado no quadro 4, as taxas de mortalidade por neoplasias mais elevadas ocorreram na Região da Serra Catarinense em todos os anos analisados: 2014, 2015, 2016 e 2017 sendo respectivamente 172,7; 160,9; 176,1 e 183,3 óbitos por 100.000 habitantes. Foi observado que as menores taxas ocorreram em 2014 no Extremo Oeste (114,8 óbitos/100 mil hab.); em 2015 na Região Meio Oeste (114,4); em 2016 e 2017 no Meio Oeste com (111,6) e (104,9), respectivamente. Região do Alto Vale apresenta taxa de mortalidade superior a média estadual, onde no ano de 2015 alcançou a casa dos 150 óbitos/100mil hab.

Na análise abaixo das doenças respiratórias crônicas na faixa etária dos 30 a 69 anos, de acordo com a quadro 5, foi observada a taxa de mortalidade mais elevada na Região do Alto Vale do Itajaí em 2014 e 2015 com (31,1 e 25,4 óbitos/100 mil hab.). Em 2016 na Região do Alto Vale do Rio do Peixe, a taxa de 31,2 foi a mais alta do referido ano e todo período analisado e na Serra Catarinense em 2017 atingiu (30,0 óbitos/100 mil hab.).

Quadro 5 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos por 100.000 hab.) por doenças respiratórias crônicas por 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014- 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	29	25,6	18	15,7	30	25,9	27	23,0
Oeste	27	16,6	19	11,4	26	15,3	30	17,3
Xanxerê	23	25,1	16	17,2	26	27,5	20	20,9
Alto Vale do Itajaí	42	31,1	35	25,4	34	24,3	42	29,5
Foz do Rio Itajaí	53	17,5	52	16,5	65	19,9	70	20,7
Médio Vale do Itajaí	50	14,0	71	19,3	73	19,4	53	13,7
Grande Florianópolis	77	13,9	76	13,3	75	12,7	69	11,3
Meio Oeste	16	17,7	18	19,6	24	25,8	19	20,1
Alto Vale do Rio do Peixe	40	30,6	33	24,9	42	31,2	30	22,0
Alto Uruguai Catarinense	17	23,0	17	22,7	17	22,5	17	22,3
Nordeste	72	15,7	65	13,8	56	11,5	74	14,8
Planalto Norte	45	25,9	40	22,5	43	23,8	46	25,0
Serra Catarinense	39	28,5	31	22,5	36	25,9	42	30,0
Extremo Sul Catarinense	19	20,6	23	24,5	13	13,6	22	22,5
Carbonífera	26	12,9	42	20,3	32	15,1	35	16,2
Laguna	32	18,2	30	16,7	30	16,4	36	19,4
<b>Santa Catarina</b>	<b>607</b>	<b>18,7</b>	<b>586</b>	<b>17,6</b>	<b>622</b>	<b>18,2</b>	<b>632</b>	<b>18,1</b>

Fonte: SIM/DIVE/SFS/SC- IRGE

As menores taxas de mortalidade registradas foram: 12,9 óbitos/100.000 habitantes na região Carbonífera em 2014; 11,4 no Oeste em 2015; 11,5 na região Nordeste em 2016 e na Grande Florianópolis 11,3 em 2017.

A Região de Saúde com a mais elevada taxa de mortalidade por Diabetes *Mellitus* foi Laguna com (40,4 óbitos/100 mil hab.) no ano de 2014, seguida da Serra Catarinense nos anos seguintes: 2015 (49,3), 2016 (41,7) e 2017(42,1). Enquanto as menores taxas ocorreram nas regiões da Grande Florianópolis nos anos de 2014 (8,8), 2015 (11,5) e 2016 (8,8). Em 2017, o Extremo Oeste e a Região Carbonífera apresentaram 12,0 (óbitos/100 mil hab.). No ano de 2017, as regiões do Alto Vale e do Médio Vale, tiveram respectivamente taxa de 14,8 e de 18,4, esta última próxima

a media estadual de 18,7%.

Quadro 6 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos por 100.000 hab.) por diabetes *mellitus* por 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014-2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	14	12,4	14	12,2	28	24,1	14	12,0
Oeste	18	11,1	23	13,8	29	17,1	24	13,9
Xanxerê	14	15,3	18	19,3	25	26,5	13	13,6
Alto Vale do Itajaí	32	23,7	23	16,7	42	30,0	21	14,8
Foz do Rio Itajaí	87	28,8	89	28,3	81	24,8	73	21,6
Médio Vale do Itajaí	86	24,0	75	20,4	71	18,8	71	18,4
Grande Florianópolis	49	8,8	66	11,5	52	8,8	79	13,0
Meio Oeste	12	13,3	21	22,9	23	24,7	16	16,9
Alto Vale do Rio do Peixe	38	29,1	33	24,9	26	19,3	45	33,0
Alto Uruguai Catarinense	9	12,2	14	18,7	14	18,5	16	21,0
Nordeste	60	13,1	77	16,3	85	17,5	65	13,0
Planalto Norte	48	27,6	59	33,3	54	29,9	41	22,3
Serra Catarinense	50	36,6	68	49,3	58	41,7	59	42,1
Extremo Sul Catarinense	28	30,4	20	21,3	24	25,0	24	24,6
Carbonífera	37	18,3	33	15,9	29	13,7	26	12,0
Laguna	71	40,4	64	35,7	65	35,6	67	36,0
<b>Santa Catarina</b>	<b>653</b>	<b>20,1</b>	<b>697</b>	<b>20,9</b>	<b>706</b>	<b>20,7</b>	<b>654</b>	<b>18,7</b>

Fonte: SIH,IBGE

### 4.3 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde

As Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (CSAP) são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz.

Quando a atenção primária à saúde não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui um percentual de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), um indicador indireto que vem sendo utilizado na saúde. O ICSAP permite analisar os serviços de saúde, a capacidade de resolução por parte da atenção primária, auxiliar no planejamento e organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária e da gestão. O indicador deve ser analisado conjuntamente com outras informações em saúde tais como: número de pessoas por equipe, acesso a outros serviços de saúde e da rede de atenção à saúde, vulnerabilidade do território e da população e outros dados epidemiológicos.

Enquanto reduções nas proporções ou taxas de ICSAP sugerem possíveis melhorias na atenção primária à saúde, valores altos para estes indicadores não são necessariamente indicativos de deficiências na atenção básica, mas um sinal de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde elas ocorrem.

Para a construção do ICSAP utiliza-se a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária - publicada pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008), contempla todos os 19 (dezenove) grupos de causas, com os diagnósticos classificados de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10, sendo assim abrangente o que torna o indicador mais sensível.

Em Santa Catarina no período de 2016 a 2018 (quadro 11) observamos que o indicador vem se mantendo estável, indicando que do total de internações hospitalares SUS, 40% delas são causadas por condições ou causas que poderiam ser tratadas na Atenção Primária em Saúde (APS), na porta de entrada do SUS com acesso a serviços de qualidade e em tempo adequado.

As regiões de Saúde do Alto Uruguai Catarinense, **Médio Vale do Itajaí**, Grande Florianópolis, Planalto Norte e Nordeste apresentam percentuais menores em relação ao Estado e as Regiões Extremo Sul Catarinense, Carbonífera, Laguna e **Alto Vale do Itajaí** os maiores percentuais.



**Quadro 6 - Proporção de ICSAP em Santa Catarina de 2016 a 2018**

<b>Região de Saúde SC</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Extremo Oeste	41,7	42,0	41,7
Alto Uruguaí Catarinense	35,6	33,5	32,2
Meio Oeste	47,8	44,1	42,0
Alto Vale do Rio do Peixe	40,1	39,2	38,8
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>42,7</b>	<b>44,0</b>	<b>45,8</b>
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>37,1</b>	<b>34,6</b>	<b>36,1</b>
Grande Florianópolis	37,8	36,8	36,9
Laguna	44,4	46,2	45,0
Carbonífera	49,1	45,9	48,4
Extremo Sul Catarinense	45,3	47,7	47,1
Nordeste	36,7	36,1	37,5
Planalto Norte	36,2	35,9	36,1
Serra Catarinense	44,4	44,8	42,6
<b>Santa Catarina</b>	<b>45,6</b>	<b>40,2</b>	<b>40,1</b>

Fonte: SIH/SUS

Quando analisamos o número absoluto de ICSAP por grupo de causas (quadro 12) destacamos que as internações do Grupo 15 – Infecção no Rim e Trato Urinário possuem os maiores números nos três últimos anos, totalizando 32.859 internações, seguidas de doenças pulmonares, insuficiências cardíacas e pneumonias bacterianas. Essas internações poderiam ser reduzidas ou até evitadas se a APS fosse oportuna e eficaz.

**Quadro 7 - Número de ICSAP por ano internação segundo grupo CID 10/ICSAP em Santa Catarina de 2016 a 2018**

<b>Grupo CID 10/ICSAP</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>

15-Infecção no Rim e Trato Urinário	10.408	11.215	11.236
8-Doenças pulmonares	9.218	9.516	9.189
11-Insuficiência Cardíaca	9.587	9.321	8.622
6-Pneumonias bacterianas	8.555	8.215	8.386
12-Doenças Cerebrovasculares	8.185	8.200	8.128
2-Gastroenterites Infecciosas e complicações	8.051	7.486	7.151
13-Diabetes <i>mellitus</i>	4.438	4.152	4.127
16-Infecção pele e tecido subcutâneo	2.961	3.358	3.655
10-Angina	3.433	3.339	3.137
7-Asma	2.267	2.471	2.561
19-Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	1.932	2.201	2.167
9-Hipertensão	1.954	2.017	2.140
14-Epilepsias	1.861	1.734	1.709
18-Úlcera gastrointestinal	1.464	1.703	1.631
5-Infecções de ouvido, nariz e garganta	1.067	1.440	1.455
4-Deficiência Nutricionais	1.416	1.407	1.303
17-Doenças Inflamatória órgãos pélvicos femininos	806	869	929
1-Doenças preveníveis por imunização e cond sensíveis	614	653	713
3-Anemia	309	345	387
<b>Total</b>	<b>78.526</b>	<b>79.642</b>	<b>78.626</b>

Fonte: SIH/SUS

No ano de 2019, **na região do Vale do Itajaí**, ocorreram 3861 internações por doenças ou causas sensíveis a atenção primária em saúde.

Sendo as principais:

Infecções do trato urinário ou renal: 713

Pneumonia: 476

Insuficiência cardíaca: 407

## **Violência Sexual**

A violência sexual resulta em grande impacto na saúde física, psíquica e na vida produtiva da pessoa agredida e demais membros da família, produzindo vulnerabilidades e insegurança. As pessoas agredidas vivenciam situações de medo, pânico, fragilidades emocionais e perda da autonomia. Pode ainda estar associada com traumatismos físicos, gravidez indesejada, aborto, complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis, transtornos de estresse pós-traumático e complicações relacionadas à gravidez, como o aborto espontâneo, o trabalho de parto prematuro e o baixo peso ao nascer. A atenção integral à saúde das pessoas vítimas de violência requer a organização de serviços com equipes multiprofissionais, articuladas a outros serviços da rede de atenção.

É importante destacar que, segundo dados da Secretaria de Segurança Pública, o Estado de Santa Catarina teve a segunda maior taxa de estupro do país, com 57,0 agressões para cada 100 mil mulheres em 2017. A taxa nacional de estupros é de 29,4 por cada 100 mil mulheres. Com relação a tentativa de estupro, a taxa nacional é de 2,9 para cada 100 mil mulheres, Santa Catarina ocupa o primeiro lugar no *ranking* nacional, com 10,8 tentativas de estupro para cada 100 mil mulheres.

Na área da saúde, os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual são de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pelos profissionais de saúde da rede pública e privada; sendo que, desde 2003 (Lei nº 10.778/2003) são de notificação imediata.

De acordo com os dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina (DIVE), nos anos de 2010 a 2015, foram notificados 5.103 casos de violência sexual, o que equivale a 10% do total de 51.933 casos de todos os tipos de violência notificados no mesmo período. Em relação à violência sexual, 4.628 dos casos foram de pessoas do sexo feminino e 777 do sexo masculino, atingindo predominantemente o sexo feminino de 10 a 14 anos, seguidas das crianças de 5 a 9 anos de idade.

Contudo, nem todos os casos são notificados, o que gera a subnotificação, ou seja, algumas pessoas procuram apenas os serviços de segurança pública e outras não buscam nenhum tipo de atendimento. Faz-se necessário uma rede estruturada e organizada para a atenção em tempo oportuno, em até 72 horas da agressão, para as vítimas de violência sexual, reduzindo os danos causados pela agressão. Em Santa Catarina temos alguns serviços que vêm prestando atenção nesta

área, mas, ainda não temos rede regionalizada organizada em todas as Regiões do Estado. Esta rede de atenção demanda ação intersetorial em especial entre Saúde, Segurança Pública, Assistência Social, Conselho Tutelar e Ministério Público. Trabalhar com a população para intervir diminuindo os atos violentos e em especial as agressões sexuais demanda também ação intersetorial em especial envolvendo a educação e os meios de comunicação.

### Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho

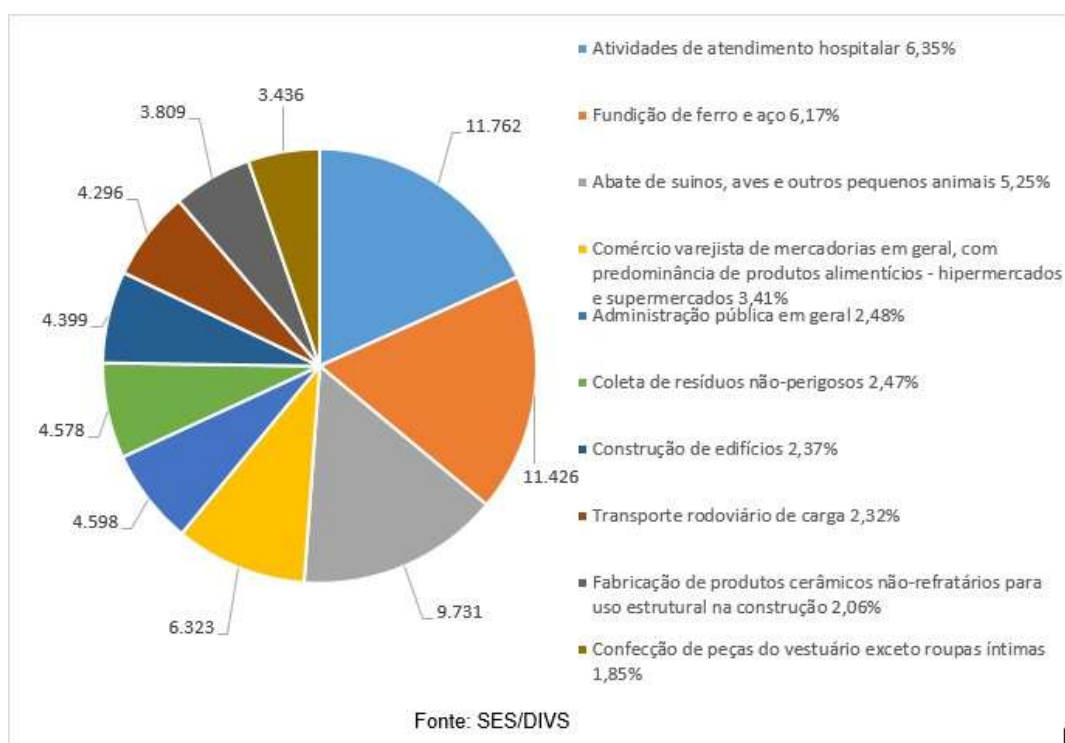
Desde o ano de 2017 o Ministério Público do Trabalho (MPT) disponibiliza uma inovadora ferramenta de gestão, o Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho (MPT-OIT), com indicadores de incidência, número de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT's), gastos previdenciários acumulados, dias perdidos de trabalho, mortes acidentárias, localização geográfica, ramos de atividade e perfil das vítimas para serem utilizados na elaboração de políticas públicas de prevenção de acidentes e doenças no trabalho (Figuras 7 a 10).

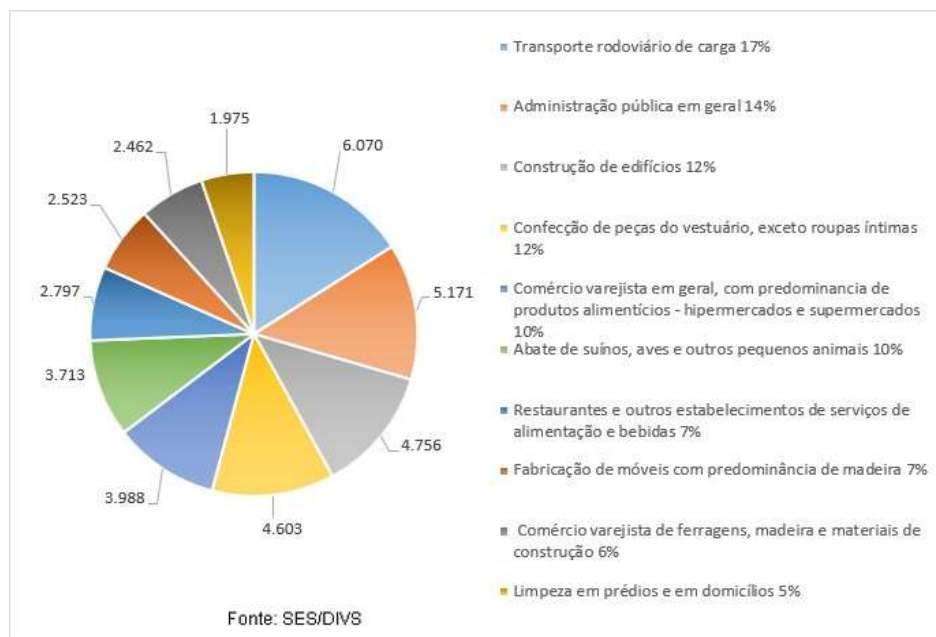
Segundo os registros, em Santa Catarina no período de 2012 a 2018 foram gastos com benefícios acidentários ativos R\$79.000.041.558, ainda que anteriormente concedidos. Somente considerando as novas concessões no período, o valor é de R\$29.145.635.014.

Os dados de acidentes no mesmo período apontam 4.503.631 registros de acidentes de trabalho, sendo que foi notificado o total de 16.455 mortes acidentárias.

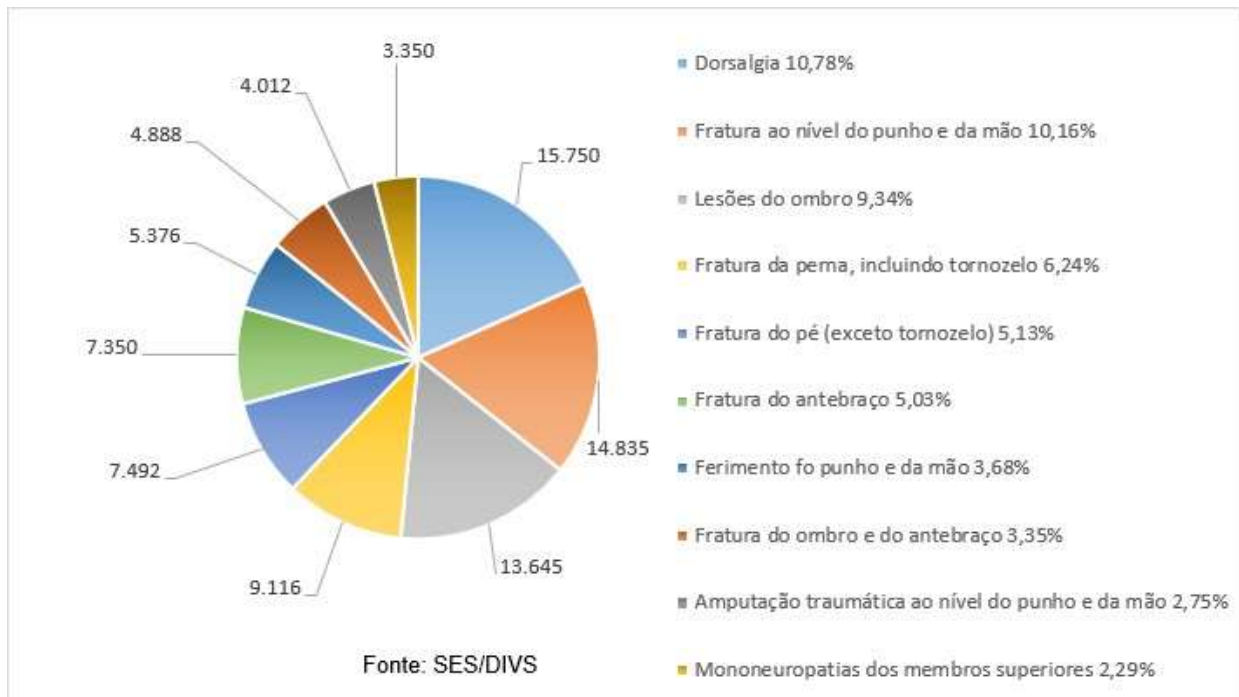
O impacto previdenciário dos afastamentos no Estado foi de R\$ 1.628.275.553,79, com a perda de 351.796.758 dias de trabalho.

**Figura 1 - Setores econômicos com mais registros de comunicações de acidentes**

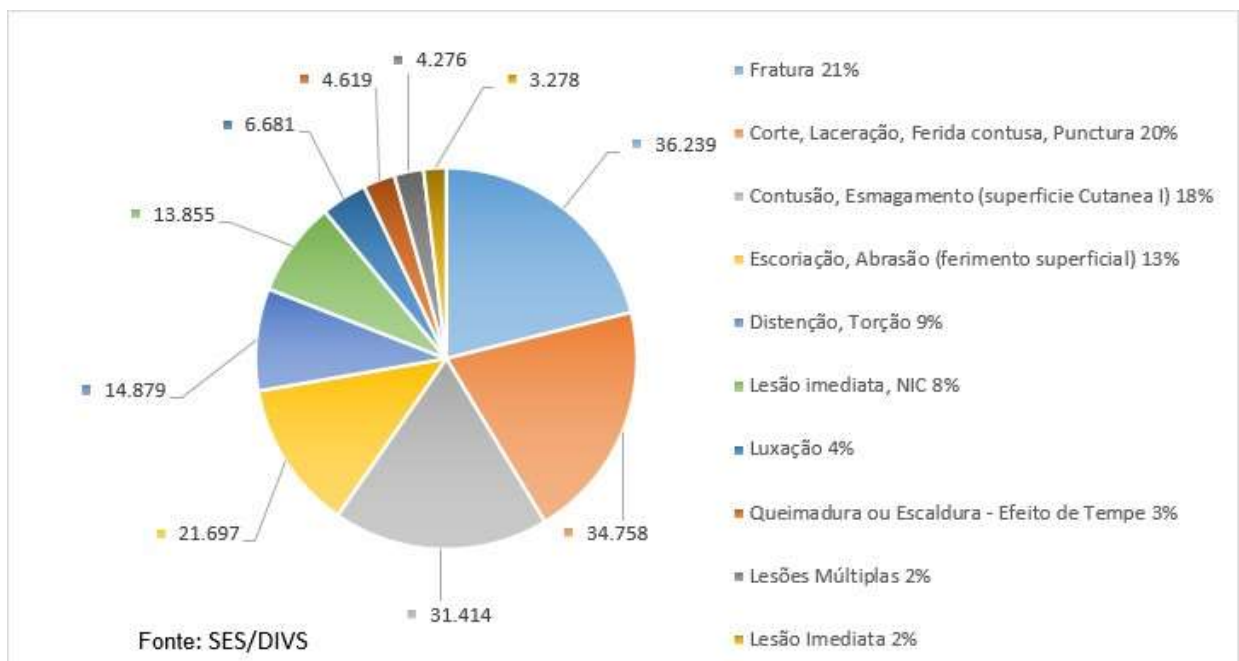


**Figura 2 - Setores Econômicos com mais Registros de Afastamento do Trabalho**

**Figura 3 - Motivos mais frequentes (acidentes e doenças)**



**Figura 4 - Lesões mais frequentes**



Os dados relacionados aos Setores Econômicos com maior registro de comunicações de acidentes de trabalho na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, apontam os seguintes resultados, por ordem de ocorrência:

**Quadro 8 - Macrorregião do Vale do Itajaí**

<b>Classificação</b>	<b>Atividade Econômica</b>
1º	Confecção de peças do vestuário, exceto roupas íntimas
2º	Administração pública em geral
3º	Desdobramento de madeira
3º	Distribuição de energia elétrica
4º	Acabamento em fios, tecidos e artefatos têxteis
4º	Fabricação de estrutura de madeira e de artigos de carpintaria para a construção
4º	Transporte rodoviário de carga
5º	Abate de pequenos suínos, aves e pequenos animais
5º	Comércio varejista de mercadorias em geral com predominância de produtos alimentício hipermercados e supermercados
5º	Fabricação de madeira laminada e de chapas de madeira compensada, pensada e aglomerada

Fonte: SES/DIVS/IBGE

**Mortalidade por Acidentes de Transportes Terrestres**

Os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) correspondem às lesões causadas pelo trânsito de veículos e pessoas. Segundo a OMS, os ATT apresentam uma carga alta de mortalidade em todo o mundo. Os meios de transporte motorizados são responsáveis por um total de 15 milhões de mortes e 79,6 milhões de anos de vida saudável perdidos anualmente, conforme publicação recente do Banco Mundial e do Instituto de Métrica em Saúde e Avaliação dos Estados Unidos.

No Estado de Santa Catarina 6.406 óbitos ocorreram em consequência dos ATT nos anos de 2014 a 2017.

De acordo com a quadro 20, a taxa de mortalidade por ATT no ano de 2014 foi mais

elevada no Meio Oeste (44,8), enquanto as regiões do Alto Vale do Itajaí e Serra Catarinen<sup>34</sup> apresentaram as mesmas taxas em 2015 (36,5). No ano de 2016 (33,2) e 2017 (34,6) em Xanxerê. A região que registrou menor taxa foi a Carbonífera nos anos de 2014 (20,7) e 2015 (17,3), seguida pela Grande Florianópolis em 2016 (18,2), 2017 (16,6).

**Quadro 9 - Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre (por 100.000 hab.) nas 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014-2017**

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	69	30,0	73	31,6	58	25,1	46	19,8
Oeste	97	28,4	74	21,4	90	25,7	99	28,0
Xanxerê	61	31,0	66	33,4	66	33,2	69	34,6
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>94</b>	<b>33,0</b>	<b>105</b>	<b>36,5</b>	<b>90</b>	<b>31,0</b>	<b>89</b>	<b>30,4</b>
Foz do Rio Itajaí	150	23,7	121	18,6	135	20,3	142	20,8
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>227</b>	<b>31,0</b>	<b>175</b>	<b>23,5</b>	<b>146</b>	<b>19,3</b>	<b>169</b>	<b>21,9</b>
Grande Florianópolis	253	22,8	218	19,3	210	18,2	194	16,6
Meio Oeste	84	44,8	50	26,5	51	26,9	47	24,6
Alto Vale Rio do Peixe	69	24,1	71	24,6	68	23,4	64	21,9
Alto Uruguai Catarinense	38	26,0	30	20,5	32	21,8	37	25,1
Nordeste	274	28,7	210	21,6	200	20,2	200	19,8
Planalto Norte	105	28,4	99	26,6	69	18,5	65	17,3
Serra Catarinense	111	38,2	106	36,5	72	24,8	71	24,5
Extremo Sul Catarinense	63	32,7	41	21,1	37	18,8	46	23,1
Carbonífera	86	20,7	73	17,3	90	21,1	84	19,5
Laguna	93	26,3	76	21,3	100	27,7	84	23,1
<b>Santa Catarina</b>	<b>1874</b>	<b>27,9</b>	<b>1588</b>	<b>23,4</b>	<b>1514</b>	<b>22,0</b>	<b>1506</b>	<b>21,6</b>

Fonte: SIM/DIVE/SES/SC; IBGE



O número de óbitos por ATT, conforme quadro 21, foi de 5.189 na população do sexo masculino e 1.297 no sexo feminino entre 2014 e 2017. Para os homens, o maior número de mortes foi observado nas faixas etárias de 20-29 anos (1.363) e 30-39 anos (1.000), e para as mulheres 308 e 220, respectivamente.

**Quadro 10 - Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre por sexo e faixa etária. Santa Catarina, 2014-2017**

Sexo	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+
Ma s	8	29	40	64	454	1363	1000	853	681	405	214	78
Fe m	10	26	31	25	123	308	220	149	159	119	80	47
SC	18	55	71	89	577	1671	1220	1002	840	524	294	125

Entre os anos de 2014 e 2018, na região do Vale do Itajaí, ocorreram 1344 obitos por acidentes de transportes terrestres, destes 78% destes obitos, foram do sexo masculino. Lembrando, que a região do Vale tem em toda sua extensão, a BR 470, uma das vias com maior numero de acidentes do país, com alto fluxo de caminhões que fazem o transporte de mercadorias e cargas tanto internamente no estado, como entre os estados da região sul do país.

Os indicadores apresentados refletem a necessidade de uma vigilância e monitoramento sistemáticos dos ATT. Esses agravos precisam ser discutidos e inseridos como tema de grande relevância nos diversos níveis de gestão para definir ações intra e intersetoriais de prevenção e redução da mortalidade prematura, visto que foi observado que de forma geral que os ATT vitimam a população numa faixa etária jovem e produtiva.

#### 4.4 Morbimortalidade por Agravos Imunopreveníveis

##### Influenza

Avaliando-se as Regiões de Saúde, as maiores incidências ocorreram no ano de 2016 na Região do Extremo Sul Catarinense com 50 casos e incidência de 25,4/100.000 hab, e de Laguna com 79 casos e incidência de 21,9/100.000 hab. Durante a sazonalidade o vírus da influenza circulou em todo o Estado e nos anos de 2014 a 2017 a distribuição de casos entre as Regiões de Saúde mostrou-se uniforme, sem grandes variações, conforme quadro 22.

**Quadro 11 - Incidência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por vírus influenza, SC, 2014 a 2017**

Região de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Nº	Incidência	Nº	Incidência	Nº	Incidência	Nº	Incidência
Extremo Oeste	8	3,5	10	4,3	43	18,6	12	5,2
Oeste	8	2,3	6	1,7	64	18,3	12	3,4
Xanxerê	0	0,0	1	0,5	7	3,5	3	1,5
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>3</b>	<b>1,1</b>	<b>3</b>	<b>1,0</b>	<b>11</b>	<b>3,8</b>	<b>18</b>	<b>6,2</b>
Foz do Rio Itajaí	29	4,6	9	1,4	52	7,8	26	3,9
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>10</b>	<b>1,4</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>82</b>	<b>10,8</b>	<b>31</b>	<b>4,1</b>
Grande Florianópolis	28	2,5	35	3,1	66	5,7	39	3,4
Meio Oeste	0	0,0	3	1,6	4	2,1	1	0,5
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0,0	16	5,5	12	4,1	25	8,6
Alto Uruguai Catarinense	4	2,7	0	0,0	9	6,1	2	1,4
Nordeste	29	3,0	10	1,0	112	11,3	27	2,7
Planalto Norte	8	2,2	1	0,3	46	12,3	29	7,8
Serra Catarinense	4	1,4	4	1,4	54	18,6	8	2,8
Extremo Sul Catarinense	10	5,2	7	3,6	50	25,4	8	4,1
Carbonífera	8	1,9	5	1,2	57	13,4	18	4,2
Laguna	20	5,6	9	2,5	79	21,9	40	11,1
<b>Santa Catarina</b>	<b>169</b>	<b>2,5</b>	<b>121</b>	<b>1,8</b>	<b>748</b>	<b>10,8</b>	<b>299</b>	<b>4,3</b>

Fonte : SES /DIVE/SinanNEt – dados atualizados em agosto 2018

Em relação aos tipos de vírus Influenza predominantes em 2014 em Santa Catarina, ocorreu maior circulação do vírus Influenza A (H3N2), com 146 casos e 9 óbitos. Em 2015, ocorreu uma baixa circulação de ambos os vírus. Em 2016, houve o predomínio do vírus Influenza A (H1N1) pdm09, com 722 casos e 114 óbitos. Em 2017, o vírus que circulou foi o A (H3N2), com 233 casos e 29 óbitos (quadro 23). Os subtipos H3N2 e H1N1, que circularam no Estado são

**Quadro 12 - Casos e óbitos confirmados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por influenza segundo classificação final, SC, 2014 - 2017**

Classificação Final	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
SRAG por influenza	174	13	119	20	758	117	303	39
Influenza A (H1N1)pdm09	21	4	54	16	722	114	1	0
Influenza A (H3N2)	146	9	47	2	1	0	233	29
Influenza B	7	0	18	2	27	3	67	10

Fonte: SINAN INFLUENZA WEB. Dados atualizados em 20/08/2018

### **Doenças Exantemáticas Febris Sarampo e Rubéola**

O monitoramento das ações de vigilância das doenças exantemáticas febris (sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita) é realizado mediante a análise de indicadores expressos através de dados mensuráveis, sensíveis e confiáveis permitindo fazer comparações com parâmetros recomendados (metas), norteando os profissionais na definição de prioridades e na tomada de decisões. Historicamente o Estado vem cumprindo os indicadores estabelecidos pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) pactuados internacionalmente por serem doenças de grande impacto em saúde pública e estarem em fase de eliminação na região das Américas.

No período de 2014 a 2017 foram notificados 1.121 casos suspeitos de doenças exantemáticas febris (187 suspeitos de sarampo e 934 de rubéola), sem registro de casos confirmados. A taxa de notificação variou de 5,1 a 2,5 acima da meta preconizada de 2 ou mais casos por 100.000 habitantes.

Entre os 8 indicadores preconizados 6 (75%) apresentaram resultados acima do pactuado entre os quais a investigação oportuna em até 48 horas após a notificação do caso, coleta oportuna até 28 dias após a notificação, envio oportuno de amostras ao Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) em até 5 dias após a coleta, notificação negativa semanal de rotina mesmo na ausência de casos. O encerramento por critério de laboratório foi o indicador que além de ultrapassar a meta se manteve no mesmo patamar durante os quatro anos avaliados (quadro 24).

Com relação ao indicador de resultado oportuno liberado pelo Lacen/SC, existiram alguns

fatores nos anos de 2016 e 2017 que dificultaram o alcance destas metas entre os quais atraso na entrega e falta de Kits para sorologia, Kits de reagentes enviados pelo Ministério da Saúde que fazem reação cruzada com diferentes vírus (arbovirus, parvovirus, etc.) levando a amostra a que ser retestada várias vezes com a conseqüente liberação de resultado com atraso. Atualmente esta situação está mais controlada, no entanto, é necessário garantir a regularidade dos insumos para o Laboratório Central do Estado.

**Quadro 13 - Indicadores de qualidade do sistema de vigilância de Doenças Exantemáticas Febris Sarampo e Rubéola, SC em 2014 a 2017**

Indicadores	Meta	2014	2015	2016	2017
Taxas de notificação	>2/100mil hab.	5,1	4,4	4,3	2,5
Investigação oportuna (até 48 horas)	80,0	92,3	90,8	92,5	92,0
Coleta oportuna (até 28 dias)	80,0	97,3	88,1	90,5	100,0
Envio oportuno (até 5 dias)	80,0	93,0	87,2	88,0	94,0
Resultado oportuno (até 4 dias)	80,0	70,5	78,0	48,0	66,6
Notificação negativa oportuna	80,0	84,0	82,6	83,5	90,0
Encerramento por critério laboratorial	100,0	100,0	100,0	100	100,0
Homogeneidade da cobertura vacinal	70,0	76,0	66,7	62,3	63,5

Fonte: SES/DIVE/LACEN SC, dados atualizados em agosto/2018 sujeitos a revisão

**Meningite e Doença Meningocócica**

A distribuição da meningite é mundial e sua incidência varia conforme a região. A doença está relacionada à existência de aglomerados, aspectos climáticos, circulação do agente no ambiente e características socioeconômicas. As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus, são as mais importantes do ponto de vista da Saúde Pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos e por sua letalidade. No Brasil, a meningite é considerada uma doença endêmica, deste modo, casos da doença são esperados ao longo de todo o ano, com a ocorrência de surtos e epidemias ocasionais. Em 2014 a incidência das meningites em geral (exceto meningocócica) no Estado foi de 11,25 casos/100.000 hab. Observa-se a partir de então um decréscimo pouco significativo em relação aos anos posteriores e voltando a aumentar em 2017 com 13,50 casos por 100.000 hab. As maiores incidências têm ocorrido na

Região Nordeste com 2,48 casos/100.000 hab em 2014, e chegou a 3,47 casos/100.000 hab no ano de 2017.

A Região da Grande Florianópolis mostrou um crescimento importante, em 2014 apresentou 1,74 casos/100.000 habitantes chegando a 2,57 casos/100.000 habitantes em 2017. Na Região Foz do Rio Itajaí também apresentou aumento na incidência dos casos chegando a 2,10 casos por 100.000 habitantes no ano de 2017 (quadro 26).

**Quadro 14 - Casos e taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de meningites (geral) segundo regiões. SC, 2014-2017**

Região de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência
Extremo Oeste	5	0,07	6	0,09	19	0,27	9	0,13
Oeste	25	0,37	22	0,32	20	0,29	42	0,60
Xanxerê	5	0,07	6	0,09	7	0,10	9	0,13
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>11</b>	<b>0,16</b>	<b>19</b>	<b>0,28</b>	<b>25</b>	<b>0,36</b>	<b>22</b>	<b>0,31</b>
Foz do Rio Itajaí	75	1,11	121	1,77	102	1,48	147	2,10
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>105</b>	<b>1,56</b>	<b>94</b>	<b>1,38</b>	<b>74</b>	<b>1,07</b>	<b>88</b>	<b>1,26</b>
Grande Florianópolis	117	1,74	117	1,72	125	1,81	180	2,57
Meio Oeste	28	0,42	11	0,16	13	0,19	5	0,07
Alto Vale Rio do Peixe	13	0,19	7	0,10	12	0,17	11	0,16
Alto Uruguai Catarinense	8	0,12	10	0,15	8	0,12	15	0,21
Nordeste	167	2,48	166	2,43	167	2,42	243	3,47
Planalto Norte	23	0,34	16	0,23	16	0,23	19	0,27
Serra Catarinense	6	0,09	11	0,16	4	0,06	3	0,04
Extremo Sul Catarinense	24	0,36	18	0,26	9	0,13	24	0,34
Carbonífera	113	1,68	86	1,26	62	0,90	93	1,33
Laguna	32	0,48	35	0,51	12	0,17	35	0,50
<b>Santa Catarina</b>	<b>757</b>	<b>11,25</b>	<b>745</b>	<b>10,93</b>	<b>675</b>	<b>9,77</b>	<b>945</b>	<b>13,50</b>

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

A doença meningocócica é endêmica e de baixa incidência, porém tem valor epidemiológico importante devido a sua magnitude e capacidade de provocar surtos. Observa-se um aumento na incidência deste agravo nestes últimos 4 anos em praticamente todas as Regiões de Saúde. A maior incidência nos respectivos anos de 2014 e 2017 foram na Região da Grande Florianópolis que passou de 0,13 casos/100.000 hab. em 2014 para 0,21 casos/100.000 hab. em 2017. Na Região Foz do Rio Itajaí a incidência passou de 0,06 casos/100.000 hab. em 2014 para 0,26 casos/100.000 hab. no ano de 2017 (quadro 27).

**Quadro 14 - Casos e taxa de incidência (por 100 mil hab) de doença meningocócica segundo regiões.SC, 2014-2017**

Região de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência
Extremo Oeste	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Oeste	1	0,01	0	0,00	0	0,00	2	0,03
Xanxerê	0	0,00	7	0,10	1	0,01	3	0,04
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>1</b>	<b>0,01</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
Foz do Rio Itajaí	4	0,06	4	0,06	9	0,13	18	0,26
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>5</b>	<b>0,07</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>3</b>	<b>0,04</b>	<b>8</b>	<b>0,11</b>
Grande Florianópolis	9	0,13	13	0,19	12	0,17	15	0,21
Meio Oeste	0	0,00	1	0,01	0	0,00	0	0,00
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0,00	0	0,00	1	0,01	0	0,00
Alto Uruguai Catarinense	0	0,00	0	0,00	1	0,01	0	0,00
Nordeste	2	0,03	0	0,00	4	0,06	4	0,06
Planalto Norte	2	0,03	1	0,01	1	0,01	1	0,01
Serra Catarinense	2	0,03	0	0,00	1	0,01	2	0,03
Extremo Sul Catarinense	0	0,00	2	0,03	2	0,03	1	0,01
Carbonífera	2	0,03	1	0,01	2	0,03	1	0,01
Laguna	4	0,06	1	0,01	3	0,04	4	0,06
<b>Santa Catarina</b>	<b>32</b>	<b>0,48</b>	<b>30</b>	<b>0,44</b>	<b>40</b>	<b>0,58</b>	<b>59</b>	<b>0,84</b>

A introdução das vacinas Hib, Meningo C e Pneumococos, reduziram significativamente a incidência deste agravo desde 2009. Outras ações como quimioprofilaxia oportuna e diagnóstica precoce também são ações que visam prevenir surtos e diminuir a letalidade da doença. A identificação do agente etiológico através de exames laboratoriais como cultura, e o exame que mede a proteína C reativa (PCR) se fazem necessários para decidir as medidas profiláticas conforme o tipo de meningite e na mesma lógica nos casos de doença meningocócica, classificar o sorotipo, importante para identificação de surtos.

### Tétano Neonatal e Tétano Acidental

Em relação ao tétano neonatal, o último caso ocorreu no ano de 1998 na Região Oeste no município de Ipumirim. Atribui-se esta queda expressiva de 75% na ocorrência de casos no país ao Plano Nacional de Erradicação do Tétano Neonatal. É oportuno lembrar o importante papel desempenhado pela APS através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em consonância com o Programa Nacional de Vacinação para o alcance de adequadas coberturas vacinais em gestantes.

Quanto ao Tétano Acidental a análise situacional, indica que a distribuição do número de casos confirmados, tem se mostrado estável nos últimos anos. Todas as 16 Regiões de Saúde rotineiramente registram casos confirmados de tétano. A região que mais registrou casos de tétano no período de 2014 a 2018 foi a Grande Florianópolis com 9 casos, seguido pela Região Nordeste 7 casos e as Regiões Médio e Alto Vale do Itajaí, ambas com 6 casos. A taxa de incidência manteve-se a cada ano, no patamar de 2,0 casos por 100.000 habitantes. No período avaliado ocorreram 14 óbitos, sendo o ano de 2016 com maior número (5 óbitos) e taxa de letalidade de 41,7, superando a média nacional que é de 31% (Quadro 28).

Quadro 15 - Distribuição dos Casos, Incidência (Inc.) e Letalidade (Letal.) de Tétano Acidental pelas 16 Regiões de Saúde 2014 a 2017 - SC

Região de Saúde	2014			2015			2016			2017		
	Casos	Inc.	Letalidade	Casos	Inc.	Letalidade	Casos	Inc.	Letalidade	Casos	Inc.	Letalidade
Extremo Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,4	0
Oeste	0	0	0	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0
Xanxerê	1	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>2</b>	<b>0,7</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>100</b>

Foz do Rio Itajaí	1	0,1	0	0	0	0	3	0,4	66,6	0	0	39 0
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>0,3</b>	<b>33,3</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>100</b>
Grande Florianópolis	3	0,2	0	1	0	0	0	0	0	5	0,4	20
Meio Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alto Vale do Rio do Peixe	1	0,3	100	0	0	0	0	0	0	2	0,6	50
Alto Uruguai Catarinense	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste	1	0,1	0	2	0,2	0	3	0,3	33,3	1	0,1	0
Planalto Norte	1	0,2	0	2	0,5	50	1	0,2	0	0	0	0
Serra Catarinense	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extremo Sul Catarinense	0	0	0	1	0,5	100	0	0	0	0	0	0
Carbonífera	0	0	0	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0
Laguna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>2,2</b>	<b>18,2</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>1,8</b>	<b>41,7</b>	<b>12</b>	<b>2,1</b>	<b>33,3</b>

### Situação da Cobertura Vacinal

O Estado apresentou até o ano de 2016 coberturas vacinais adequadas na maioria das vacinas preconizadas para crianças menores de 1 ano e 1 ano de idade no calendário de vacinação. Porém, em 2017, houve queda na cobertura vacinal (CV) de todas as vacinas (figura 11).

Consideramos que alguns fatores podem estar contribuindo para este declínio, sendo estes, o sucesso das ações de imunização pode estar causando falsa sensação de segurança, o desconhecimento individual sobre a importância e benefícios das vacinas, a incompatibilidade



entre as novas rotinas familiares e o horário de funcionamento das unidades de saúde, circulação de falsas notícias, movimentos anti- vacinas e mudança do sistema nacional de informação em imunização.

Outro indicador importante é a homogeneidade, ou seja, a manutenção das coberturas em no mínimo 70% (206/295) dos municípios catarinenses (quadro 29).

### Quadro 15 - Homogeneidade nas coberturas vacinais em SC de 2014 a 2017

Ano	BCG	rota	Pen C	Penta	Pn 10	Polio	Hep A	VTV	Tetra viral	FA**
2014	9,83	4,23	7,45	0,67	3,05	8,64	1,52	6,61	56,6 1	46,29
2015	5,59	7,28	0,5	5,42	6,77	5,76	1,35	2,37	26,1	46,91
2016	2,54	3,55	7,45	5,76	1,18	4,91	0	6,67	61,6 9	52,46
2017	4,4	2,03	6,1	7,62	3,55	6,61	5,59	3,05	55,2 5	45,67

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

Legenda: BCG: bacilo de Calmette e Guérin (vacina contra a tuberculose); Rota: Rotavírus Humano;

Men C: Meningocócica C;

Penta: Pentavalente;

Pn 10: Pneumocócica valente 10; Polio: Poliomielite;

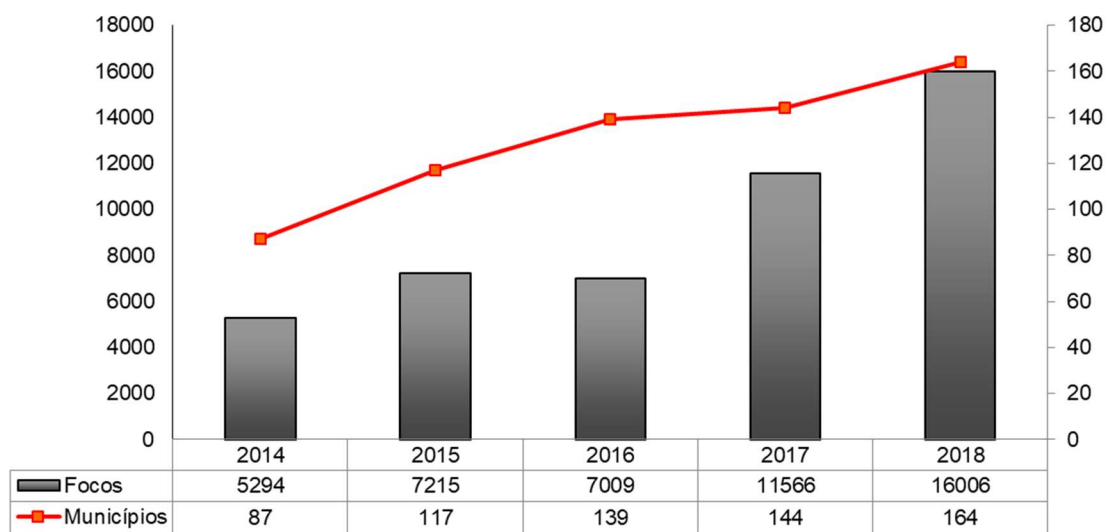
Hep A: Hepatite A;

VTV: Tríplice Viral (vacina contra o sarampo, a caxumba, a rubéola); Tetra viral: vacina contra o sarampo, a caxumba, a rubéola e catapora; FA: Febre Amarela

## Dengue, Febre de Chikungunya e Zika Vírus

No período de 2014 a 2018 foram identificados 47.090 focos do *Aedes aegypti* no Estado de Santa Catarina, conforme Figura 14. Percebe-se um aumento no número de focos identificados ao longo do período, assim como dos municípios com sua presença, sendo que em 2018, 164 municípios registraram a presença do mosquito. Quando se compara o mesmo período dos anos de 2017 e 2018 (janeiro a dezembro) há um aumento de 37,4% na presença de focos detectados.

**Figura 5 - Focos de *Aedes aegypti* e municípios com a presença do vetor, Santa Catarina, 2014 a 2018**



Fonte: Vigilantes/DIVE

Na análise realizada por Região de Saúde, observa-se que as regiões da Foz do Rio Itajaí, Oeste, Xanxerê, Extremo Oeste e Grande Florianópolis representam 95,7% dos focos detectados nesse período (quadro 33). Essa mudança no perfil entomológico do Estado contribuiu para a transmissão autóctone de dengue, febre de chikungunya e zika vírus nessas regiões, como será apresentado adiante.

**Quadro 16 - Focos de *Aedes aegypti* por Região de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2018**

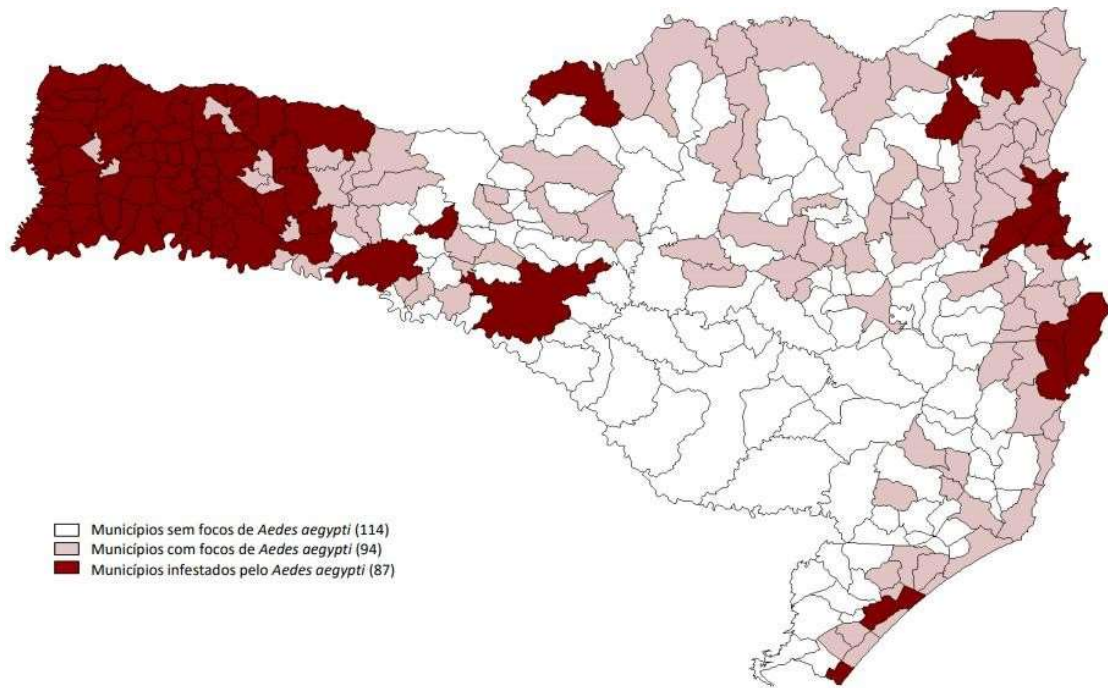
Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL FOCOS	TOTAL %
	Focos	%	Focos	Focos	Focos	3%	Focos	4%	Focos	5%		
FOZ DO RIO ITAJAÍ	786	14,8	2337	32,5	1685	24,1	3704	32	4973	40,1	13485	31,3
OESTE	2846	53,8	1429	19,9	1205	17,3	2047	17,7	3108	25,1	10635	24,3
EXTREMO OESTE	597	11,3	1125	15,7	1368	19,6	1803	15,6	2223	17,9	7116	16,4
XANXERÊ	381	7,2	1107	15,4	1446	20,7	2010	17,4	1785	14,4	6729	15,5
GRANDE FLORIANÓPOLIS	209	3,9	440	6,1	510	7,3	762	6,6	1628	13,1	3549	8,2
NORDESTE	294	5,6	298	4,1	221	3,2	364	3,1	915	7,4	2092	4,8
PLANALTO NORTE	22	0,4	60	0,8	170	2,4	456	3,9	321	2,6	1029	2,4
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	44	0,8	126	1,8	126	1,8	179	1,5	412	3,3	887	2,0
ALTO URUGUAI	26	0,5	36	0,5	48	0,7	50	0,4	344	2,8	504	1,2
EXTREMO SUL	21	0,4	109	1,5	44	0,6	69	0,6	136	1,1	379	0,9
CARBONÍFERA	24	0,5	76	1,1	65	0,9	31	0,3	40	0,3	236	0,5
LAGUNA	21	0,4	34	0,5	33	0,5	25	0,2	44	0,4	157	0,4
MEIO OESTE	15	0,3	16	0,2	36	0,5	38	0,3	41	0,3	146	0,3
ALTO VALE DO ITAJAÍ	5	0,1	6	0,1	17	0,2	24	0,2	16	0,1	68	0,2
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE	1	0	16	0,2	30	0,4	3	0	17	0,1	67	0,2
SERRA	2	0	0	0	5	0,1	1	0	3	0	11	0

CATARINENSE												
Total/Ano	529 4	100	7215	100	7009	100	11566	10 0	16006	10 0	470 90	100

Fonte: Vigilantes/DIVE

Associado a essa condição, o Estado vem registrando um aumento no número de municípios considerados infestados pelo mosquito (figura 15 e quadro 34). A infestação é definida quando existe a disseminação e manutenção de focos em determinada área do município. A Macrorregião de Saúde do Grande Oeste (composta por Regiões de Saúde do Extremo Oeste, Oeste e Xanxerê) soma 77% dos municípios considerados infestados. Quando a Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí é incluída, esse percentual atinge 86%.

**Figura 5 - Mapa dos municípios segundo situação entomológica. Santa Catarina, 2019**



**Quadro 17 - Número de municípios infestados pelo *Aedes aegypti*, por Região de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2018**

<b>Ano</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Oeste	2	11	14	20	28
Xanxerê	2	6	10	12	13
Foz do Rio Itajaí	3	3	4	6	7
Extremo Oeste	1	5	14	17	18
Grande Florianópolis	-	1	2	2	3
Extremo Sul	-	1	1	1	1
Nordeste	-	1	1	1	1
Alto Uruguai Catarinense	-	-	1	1	2
Meio Oeste	-	-	1	1	1
Alto Vale do Rio do Peixe	-	-	1	-	-
Planalto Norte	-	-	1	1	1
<b>Médio Vale do Rio Itajaí</b>	-	-	-	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Santa Catarina</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>50</b>	<b>63</b>	<b>76</b>

Fonte: Vigilantes/DIVE

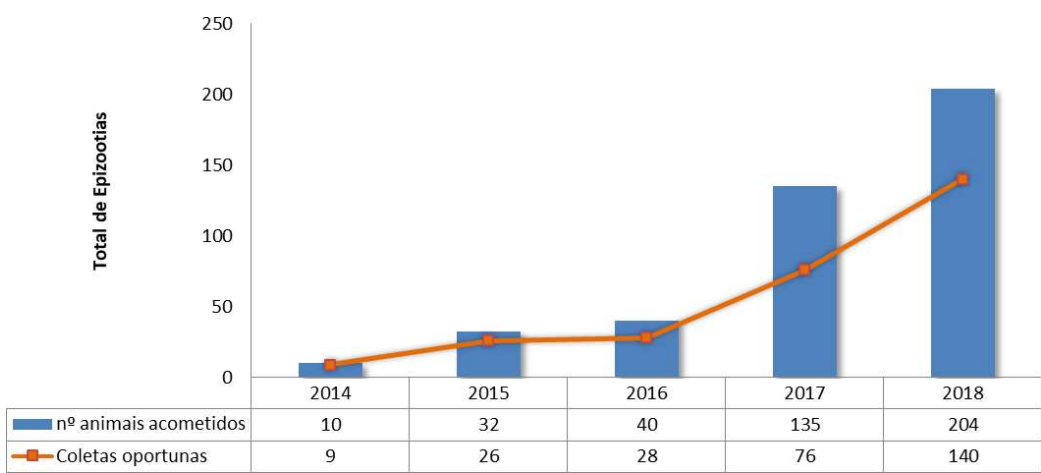
Em relação ao mesmo período de 2017 (janeiro a dezembro), há um aumento de 20,6% no número de municípios nesta condição em 2018. O monitoramento do Índice de Infestação Predial (IIP) obtido no Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti* (LIRAA), atividade que é realizada pelos municípios infestados, pode ser visualizado no quadro 35. Percebe-se que no início do ano a proporção de municípios com médio e alto risco é maior, condição que pode estar associada as questões climáticas que favorecem a reprodução do mosquito. No LIRAA realizado no final do ano, a proporção de municípios com baixo risco acaba sendo maior, embora isso não ocorreu no ano de 2015, condição que contribuiu para a transmissão de dengue, febre de chikungunya e zika vírus no Estado em 2016.

### **Febre Amarela**

A vigilância de epizootias no Estado ocorre por meio de captação de informações sobre adoecimento ou morte de Primatas Não-Humanos (PNH) como evento sentinela, priorizando a coleta oportuna de vísceras (em até 24h) para análise laboratorial, com vista a confirmar a presença de circulação do vírus amarelo. No período de 2014 a 2018 foram registradas 421 epizootias em PNH com 279 coletas oportunas de vísceras (66,3%), todas descartadas para febre amarela pelo critério laboratorial.

Entre 2014 a 2016, houve a média de 77% de coletas oportunas de vísceras. No entanto, durante o surto de Febre Amarela ocorrido no Sudeste do Brasil em 2017/2018 e devido à intensificação das ações de sensibilização das equipes de vigilância junto à população de risco (rural e silvestre), verificou-se um aumento da demanda observada nos anos de 2017 e 2018, porém com apenas 56% e 69% de coletas de vísceras em tempo oportuno (Figura 19).

Figura 06 - Número de coletas oportunas de vísceras em PNH. SC, 2014 a 2018



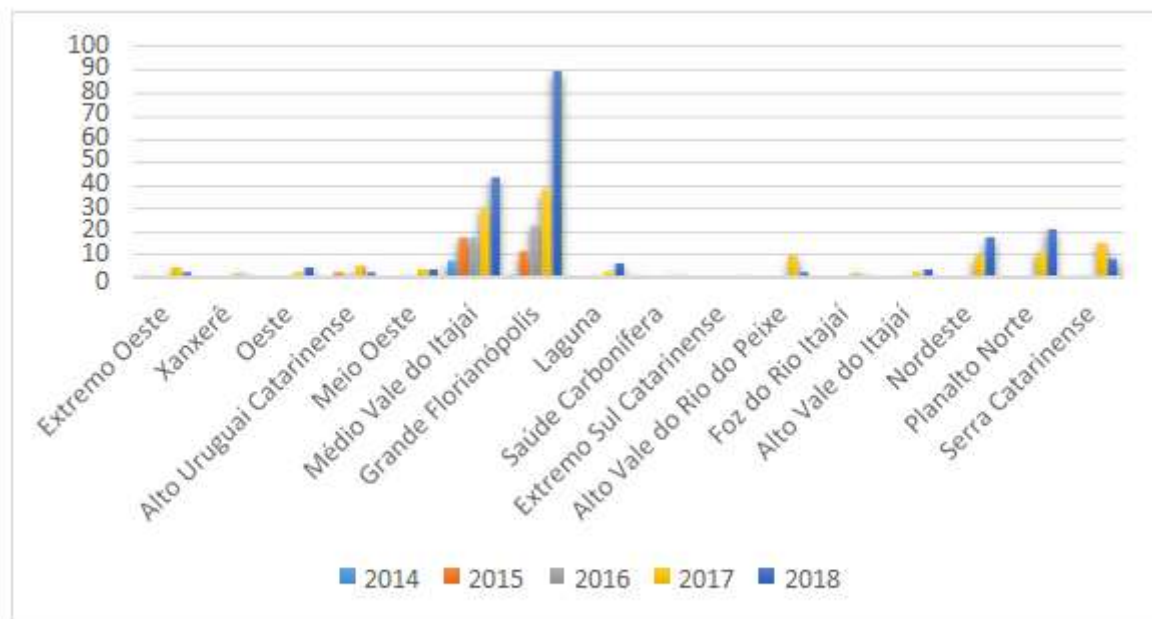
No mesmo período, maior demanda relacionada à notificação de adoecimento e mortes de PNH no Estado de Santa Catarina é mantida na região do Médio Vale do Itajaí (Indaial e Blumenau) e a Grande Florianópolis (Florianópolis), quadro 36 e figura 20.

Quadro 17 - Número de notificações de epizootias de PNH por Região de Saúde. SC, 2014 a 2018<sup>46</sup>

Oeste	0	0	0	2	4	6
Alto Uruguai Catarinense	0	2	1	5	2	10
Meio Oeste	0	1	0	3	3	7
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>30</b>	<b>43</b>	<b>114</b>
Grande Florianópolis	1	11	22	38	89	161
Laguna	0	0	0	2	6	8
Saúde Carbonífera	1	0	0	1	1	3
Extremo Sul Catarinense	0	0	0	0	1	1
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0	0	9	2	11
Foz do Rio Itajaí	0	0	0	2	1	3
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
Nordeste	0	0	0	9	17	26
Planalto Norte	0	0	0	11	21	32
Serra Catarinense	0	1	0	15	8	24
<b>Santa Catarina</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>40</b>	<b>135</b>	<b>204</b>	<b>421</b>

No ano de 2020, a região do Vale do Itajaí teve aumento expressivo no número de epizootias, com 3 confirmações para febre amarela na região do Alto Vale e 14 na região do Médio Vale.

Figura 07 - Notificações de epizootias de PNH por Região de Saúde. SC, 2014 a 2018



Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

Embora as Regiões de Saúde do Estado estejam estruturadas com kits de necropsia, existem apenas 66 profissionais médicos veterinários em seu quadro de servidores e 19 biólogos capacitados em todas as Regionais de Saúde para coleta de vísceras em tempo oportuno. É possível verificar que algumas Regiões de Saúde antes “silenciosas” passaram a notificar epizootias a partir do ano de 2017. Considerando a subnotificação registrada nos anos de 2014 a 2016 e o aumento da demanda em 2017 e 2018, porém, permanece baixo o percentual de coleta oportuna em PNH. Faz-se necessário manter a intensificação das ações de sensibilização da população, bem como, aumentar a rede de profissionais aptos a realizar coleta de amostras para diagnóstico da febre amarela, de forma que ocorra até 24 horas.

Com relação à vigilância de casos humanos, esta é feita por meio da notificação de casos com sintomatologia compatível com a doença. No período de 2014 a 2018, foram notificados 110 casos humanos suspeitos. Apenas um caso importado foi confirmado no município de Gaspar e evoluiu para óbito.



Quadro 18 - Casos humanos notificados de Febre Amarela segundo classificação e evolução. SC, 2014 a 2018

Classificação	Casos		Óbitos	
	Nº	%	Nº	%
<b>Confirmados</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	-	-
Autóctones	0	0	-	-
Importados	1	1	1	100
<b>Descartados</b>	<b>109</b>	<b>99</b>	-	-
<b>Em investigação</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	-	-
<b>Total Notificados</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

Quanto à sensibilidade da rede para detectar casos humanos suspeitos de febre amarela, as Regiões de Saúde que mais notificaram entre os anos de 2014 a 2018 foram: Serra Catarinense, Nordeste, Médio Vale do Itajaí, Planalto Norte e Grande Florianópolis. Isto pode ser explicado por serem regiões que se destacam no pólo turístico, comercial e produtivo do Estado de Santa Catarina, que recebem migrantes de outras Unidades da Federação onde há risco de transmissão da doença.

Quadro 19 - Total de casos humanos suspeitos de febre amarela notificados por Região de Saúde. SC, 2014 a 2018

Regiões de Saúde	Casos humanos notificados					TOTAL
	2014	2015	2016	2017	2018	
Extremo Oeste	1	0	0	0	1	2
Extremo Sul Catarinense	0	0	0	1	1	2
Região de Xanxerê	0	1	0	0	2	3
Região do Alto Uruguai Catarinense	0	0	0	1	2	3
Alto Vale do Rio do Peixe	1	0	1	0	0	2

Região de Laguna	0	1	0	1	1	3
Serra Catarinense	0	0	0	2	8	10
<b>Região do Alto Vale do Itajaí</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
Região Meio Oeste	1	1	1	0	4	7
Região Oeste	0	2	0	1	1	4
Região de Saúde Carbonífera	3	0	1	0	3	7
Região Nordeste	0	1	0	3	6	10
Foz do Rio Itajaí	1	0	1	3	3	8
<b>Região do Médio Vale do Itajaí</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
Região Planalto Norte	1	1	2	3	1	8
Grande Florianópolis	2	4	0	2	16	24
<b>Santa Catarina</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>57</b>	<b>110</b>

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

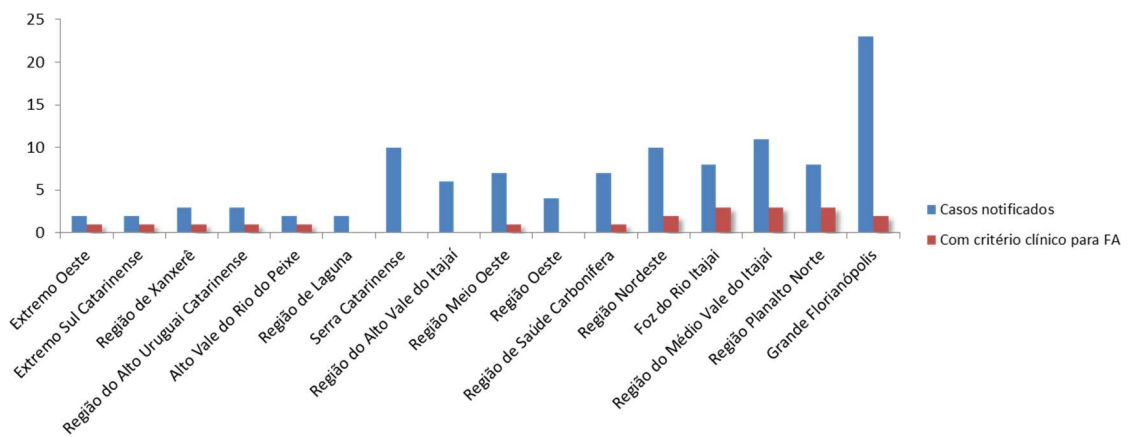
Em 1966 foi registrado o último caso autóctone de febre amarela silvestre na Região de Saúde do Extremo Oeste, região com potencial de exploração florestal e hortifrutigranjeiros e porta de entrada para imigrantes de outros países. Nesta região, notificou-se apenas 01 caso humano suspeito de febre amarela no período de 2014 a 2018. Em 2019 ocorreu um óbito por febre amarela na região nordeste do Estado. Na região do Vale do Itajaí, não houve a ocorrência de nenhum caso autoctones.

Figura 08 - Número de casos humanos notificados suspeitos de febre amarela por Região de Saúde. SC, 2014 a 2018



É possível observar que as redes de atenção à saúde de algumas Regiões de Saúde foram mais sensíveis em detectar casos humanos suspeitos de febre amarela, porém menos específicas, enquanto outras foram sensíveis e específicas (figura 22). Em situações de surto no país, a alta especificidade pode limitar a detecção de casos suspeitos por não identificar casos de febre amarela com quadro clínico leve ou moderado.

Figura 09 - Sensibilidade e especificidade da rede de atenção à saúde em identificar casos humanos com quadro clínico suspeito de febre amarela. SC, 2014 a 2018



**Leptospirose**

A leptospirose é uma doença de grande importância social e econômica por apresentar

51  
elevada incidência em determinadas Regiões de Saúde e óbitos em pessoas em idade produtiva. No período de 2014 a 2018, foram confirmados 1.835 casos de leptospirose, oscilando entre 255 (2018) e 552 (2015), configurando uma variação da incidência de 3,6 a 8,1/100.000 habitantes. Em 2015 houve o registro das maiores taxas de incidência, devido à ocorrência de enchentes naquele ano.

Neste mesmo período ocorreram 53 óbitos, com média de 10,6 óbitos/ano. A letalidade no período variou de 2,3% (2018) a 4,1% (2017). Entre os casos confirmados os mais acometidos são indivíduos do sexo masculino (87,4%), na faixa etária dos 20 a 49 anos (54,8%), ainda que não exista uma predisposição de gênero ou idade para contrair a infecção. Do total de casos confirmados no período 69,2% (1.270) foram hospitalizados, o que sugere suspeição tardia, favorecendo a evolução para quadros moderados e graves, com subnotificação dos casos na fase inicial da doença.

Quadro 20 - Incidência (por 100.000 hab.) e letalidade de leptospirose, SC, 2014 a 2018

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI
Extremo Oeste	27	11,7	26	11,3	27	11,7	29	12,5	25	10,8
Oeste	9	2,6	7	4,9	14	4,0	5	4,2	4	1,1
Xanxerê	1	0,5	3	1,5	3	1,5	0	0,0	4	2,0
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>9</b>	<b>3,2</b>	<b>16</b>	<b>5,6</b>	<b>27</b>	<b>9,3</b>	<b>20</b>	<b>6,8</b>	<b>19</b>	<b>6,5</b>
Foz do Rio Itajaí	16	2,5	21	3,2	24	3,6	20	2,9	15	2,2
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>39</b>	<b>5,3</b>	<b>69</b>	<b>9,3</b>	<b>39</b>	<b>5,1</b>	<b>36</b>	<b>4,7</b>	<b>27</b>	<b>3,5</b>
Grande Florianópolis	87	7,8	73	12,1	73	6,3	75	6,4	74	6,3
Meio Oeste	4	2,1	3	1,6	2	1,1	4	2,1	2	1,0
Alto Vale do Rio do Peixe	5	1,7	3	1,0	2	0,7	5	1,7	1	0,3
Alto Uruguai Catarinense	11	7,5	9	13,3	12	8,4	9	6,1	8	5,4
Nordeste	92	9,6	55	15,9	104	10,5	45	4,5	38	3,8
Planalto Norte	4	1,1	11	3,0	9	2,4	5	1,3	7	1,9
Serra Catarinense	4	1,4	2	0,7	1	0,3	3	1,0	1	0,3
Extremo Sul Catarinense	9	4,7	3	6,7	5	2,5	6	8,0	9	4,5
Carbonífera	7	1,7	5	3,6	7	1,6	2	2,8	6	1,4
Laguna	25	7,1	42	11,8	20	5,5	6	4,4	15	4,1
Santa Catarina	349	5,2	552	8,1	369	5,3	310	4,4	255	3,6

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC (21/05/2019)

Percebe-se a existência de diferenças regionais no comportamento deste agravo em Santa Catarina que necessitam ser acompanhadas e enfrentadas. Podemos observar no Quadro 40 que as Regiões Nordeste, Grande Florianópolis, Alto Uruguai Catarinense, Laguna e Extremo Oeste tiveram taxas elevadas no ano de 2015, o que provavelmente está associado às enchentes citadas anteriormente. A Região Extremo Oeste destaca-se por apresentar taxas de incidências

uniformemente elevadas nos cinco anos.

Os dados levantados mostraram variação da taxa de letalidade nas Regiões de Saúde, destacando-se o Meio Oeste com 33% (2015) e 50% (2016), o Extremo Sul Catarinense com taxa de 18,8% em 2017 e a Região Carbonífera com 16,6% no ano de 2018.

Quadro 21 - Número de óbitos e letalidade de leptospirose por Região de Saúde de residência. SC, 2014-2018

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	TL	Nº	TL	Nº	TL	Nº	TL	Nº	TL
Extremo Oeste	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oeste	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Xanxerê	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>6,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Foz do Rio Itajaí	1	6,7	1	4,8	1	4,2	1	5,0	2	13,3
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>1</b>	<b>2,4</b>	<b>2</b>	<b>2,9</b>	<b>2</b>	<b>5,1</b>	<b>1</b>	<b>2,8</b>	<b>1</b>	<b>3,7</b>
Grande Florianópolis	2	2,3	4	2,9	2	2,7	4	5,3	1	1,4
Meio Oeste	0	0,0	1	33,3	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alto Uruguai Catarinense	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordeste	6	6,5	4	2,6	3	2,9	3	6,4	0	0,0
Planalto Norte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Serra Catarinense	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Extremo Sul Catarinense	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	18,8	1	11,1
Carbonífera	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1	8,3	1	16,6
Laguna	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>2,8</b>	<b>15</b>	<b>2,7</b>	<b>9</b>	<b>2,4</b>	<b>13</b>	<b>4,1</b>	<b>6</b>	<b>2,3</b>

Fonte: SINAN/DIVE/SES/SC

## Raiva Humana

Santa Catarina registrou um óbito por raiva humana em maio de 2019, uma mulher de 58 anos, residente em área rural do município de Gravatal. Santa Catarina não registrava casos de raiva em humanos desde 1981, quando um paciente de Ponte Serrada foi vítima da doença. No entanto, os últimos casos de raiva em cães e gatos foram registrados em 2006, nos municípios de Xanxerê (01 cão e 01 gato), Itajaí (01 cão), e em 2016, em Jaborá (01 cão).

Os acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva se mantêm constantes, em torno de 20.000 atendimentos/ano. A Região de Saúde onde mais ocorrem acidentes é a Grande Florianópolis, seguida pela Região Nordeste. Há equilíbrio entre os sexos, 51% masculino e 49% feminino, sendo a faixa etária mais afetada a de 20-64 anos. No entanto, no Estado são registrados rotineiramente casos em animais de produção (bovinos, equinos, ovinos), além de agressões de morcegos infectados (ciclo silvestre/rural). Esses animais contribuem como sentinelas, indicando a existência do vírus da raiva (quadro 41). Em 2019 ocorreu um caso de raiva humana na Região Sul do Estado. Quanto aos animais envolvidos, os cães são os responsáveis pela grande maioria dos acidentes em todas as Regiões de Saúde (90%), seguidos pelos gatos (8%). Os acidentes com quirópteros representaram menos de 1% e aconteceram em todo o Estado. Desde setembro de 2016, não existe laboratório habilitado em Santa Catarina para realização de diagnóstico de raiva animal proveniente de área urbana. A partir de janeiro de 2018, o Lacen/SC recebe e armazena as amostras, e apenas àquelas de animais fortemente suspeitos e agressores são enviadas para o Instituto Pasteur (referência nacional).

Quadro 41- Incidência (por 100 mil hab.) de acidentes por animal potencialmente transmissor de raiva, segundo Região de Saúde de residência, SC, 2014-2018

XANXERÊ	695	353,6 2	654	33 1	661	332, 7	714	35 7,5	741	37 1
<b>ALTO VALE DO ITAJAÍ</b>	<b>574</b>	<b>201,3 5</b>	<b>547</b>	<b>19 0</b>	<b>670</b>	<b>230, 6</b>	<b>619</b>	<b>21 1,1</b>	<b>694</b>	<b>236, 7</b>
FOZ DO RIO ITAJAÍ	225 2	355,6 9	211 7	325, 7	216 1	324, 2	235 0	34 4,1	234 0	342, 6
<b>MÉDIO VALE DO ITAJAÍ</b>	<b>236 5</b>	<b>323,2 0</b>	<b>210 7</b>	<b>282, 8</b>	<b>220 1</b>	<b>290, 4</b>	<b>223 2</b>	<b>28 9,5</b>	<b>242 5</b>	<b>314, 5</b>
GRANDE FLORIANÓPOLIS	348 6	313,5 7	366 1	323, 4	381 9	331, 5	361 5	30 8,4	401 3	342, 4
MEIO OESTE	523	279,0 5	460	24 4	631	332, 7	601	31 5	627	328, 6
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE	595	207,6 4	656	227, 4	740	254, 9	645	22 0,7	979	33 5
ALTO URUGUAI CATARINENSE	521	366,7 1	420	294, 7	462	323, 1	504	34 2,3	488	331, 4

NORDESTE	295 6	309,5 6	279 2	287, 1	288 5	291, 4	330 4	32 8	315 7	313, 4
PLANALTO NORTE	119 5	323,6 2	111 1	29 9	121 0	323, 7	121 7	32 3,7	135 0	359, 1
SERRA CATARINENSE	535	184,2 9	499	17 2	610	210, 4	718	24 7,7	926	319, 5
EXTREMO SUL CATARINENSE	553	287,3 4	590	303, 2	651	331	656	33 0	575	289, 3
CARBONÍFERA	137 6	330,5 3	128 1	304, 3	143 2	336, 5	156 1	36 2,9	154 9	360, 1
LAGUNA	107 4	303,4 0	118 8	332, 6	102 0	283	124 2	34 1,6	138 4	380, 7
<b>SANTA CATARINA</b>	<b>2014 6</b>	<b>299,4 7</b>	<b>194 42</b>	<b>285, 1</b>	<b>206 51</b>	<b>298, 8</b>	<b>2178 2</b>	<b>31 1,1</b>	<b>230 84</b>	<b>329, 7</b>

Fonte: Sinan/DIVE/SES/SC

Em 2018, a Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças Transmitidas por Vetores (GEZOO) cedeu as 83 amostras de quirópteros coletadas em 2017, para um projeto de pesquisa do Instituto Federal Catarinense, campus Araquari, das quais resultaram 5 (cinco) morcegos positivos para raiva em área urbana (1 em Blumenau, 2 em Joinville e 1 em Orleans), não suscitando nenhuma ação pelo tempo decorrido entre a coleta e o diagnóstico.

#### 4.5 Morbimortalidade por Agravos e Doenças Transmissíveis

##### Hanseníase

Em 2017 segundo dados da OMS, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial com notificação de 26.875 casos novos. Santa Catarina no mesmo período notificou 117 casos novos, com uma detecção geral de 1,67 casos por 100 mil habitantes, o que lhe coloca em segundo lugar no ranking nacional, conforme parâmetro do Ministério da Saúde, como um dos Estados da federação com a menor taxa de detecção do Brasil. Embora tendo atingido a meta de eliminação segundo critérios da OMS (notificando menos de um caso para cada 10 mil habitantes), a doença continua sendo um problema de saúde pública. No quadro 22 apresenta-se o coeficiente de detecção geral na população, indicador que avalia a carga de morbidade e a magnitude da Hanseníase por Região de Saúde de residência. O Estado com 1,7/100 mil habitantes em 2017, conforme o parâmetro do Ministério da Saúde, evoluiu de média para baixa endemicidade.

As Regiões de Saúde do Extremo Sul Catarinense (100%), Planalto Norte (73,3%), Extremo Oeste (68,4%), Carbonífera (60,0%), Alto Uruguai Catarinense (40,0%), Grande



Florianópolis (33,3%), Nordeste (31,1%), Médio Vale do Itajaí (22,2%) e do Estado (23,5%)<sup>56</sup> apresentaram uma expressiva redução na detecção de casos novos entre os anos de 2014 a 2017. As Regiões de Saúde do Oeste (12,5%), Foz do Rio Itajaí (2,0%), Meio Oeste (66,7%), Alto Vale do Rio do Peixe (66,7%) e Serra Catarinense (100,0%) apresentaram oscilação na taxa de detecção de casos novos, o que pode ser atribuída a subnotificação por conta de contatos de casos antigos não examinados.

A hanseníase quando não diagnosticada e tratada na fase inicial, pode evoluir com diferentes tipos e graus de incapacidade física. Quanto ao grau pode ser classificado em Grau 0 (olhos, mãos e pés com funções preservadas) Grau 1 (diminuição da força muscular olhos, mãos e pés) e Grau 2 (deficiências visíveis em olhos, mãos e pés). Em relação ao grau de incapacidade física, Santa Catarina é o segundo Estado da Região Sul com elevada proporção, denotando diagnóstico tardio dos casos.

Quadro 22 - Coeficiente de detecção dos casos novos de Hanseníase na população geral (por 100.000 habitantes), segundo Regiões de Saúde de residência. Santa Catarina, 2014 a 2017

Regioes de saude	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Xanxerê	4	2,0	7	3,5	3	1,5	4	2,0
Alto Vale do Itajaí	1	0,4	4	1,4	1	0,3	1	0,3
Foz do Rio Itajaí	20	3,2	12	1,9	19	2,9	24	3,5
Médio Vale do Itajaí	9	1,2	19	2,6	9	1,2	7	0,9
Grande Florianópolis	21	1,9	21	1,9	17	1,5	14	1,2
Meio Oeste	3	1,6	3	1,6	3	1,6	5	2,6
Alto Vale do Rio do Peixe	9	3,1	8	2,8	9	3,1	15	5,1
Alto Uruguai Catarinense	5	3,4	5	3,4	2	1,4	3	2,0
Nordeste	29	3,0	30	3,1	31	3,1	20	2,0
Planalto Norte	15	4,1	6	1,6	9	2,4	4	1,1
Serra Catarinense	0	0,0	1	0,3	3	1,0	1	0,4

Extremo Sul Catarinense	3	1,6	1	0,5	1	0,5	0	0,0
Carbonífera	5	1,2	2	0,5	3	0,7	2	0,5
Laguna	2	0,6	1	0,3	4	1,1	2	0,6
<b>Santa Catarina</b>	<b>153</b>	<b>2,3</b>	<b>166</b>	<b>2,4</b>	<b>146</b>	<b>2,1</b>	<b>11 7</b>	<b>1,7</b>

## Tuberculose

Nas últimas décadas desde a reemergência da tuberculose (TB) no mundo, o ano de 2015 tornou-se um novo marco na história da doença quando a Organização Mundial da Saúde propôs acabar com a mesma enquanto problema de saúde pública. O recrudescimento da TB em consequência da epidemia do HIV/AIDS ocasionando alta letalidade, aumento do número de casos de TB resistente aos medicamentos e a doença em populações mais vulneráveis socialmente levaram a priorização no combate em nível global e nacional.

O Estado de Santa Catarina vem buscando nas articulações intersetoriais a resposta para a epidemia concentrada que temos em algumas populações, especialmente na população privada de liberdade, nas pessoas em situação de rua, nas pessoas vivendo com o HIV, população indígena e naqueles vivendo em situação de extrema pobreza, todos com riscos, muitas vezes aumentados, de desenvolver a doença.

Figura 10 - Incidência da Tuberculose Pulmonar Bacilífera (por 100 mil hab.), segundo Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Extremo Oeste	9	3,9	11	4,8	25	10,8	14	6,0
Oeste	30	8,8	28	8,1	33	9,4	37	10,5
Xanxerê	13	6,6	13	6,6	11	5,5	21	10,5
Alto Vale do Itajaí	14	4,9	25	8,7	22	7,6	32	10,9
Foz do Rio Itajaí	294	46,4	251	38,6	285	42,8	296	43,3
Médio Vale do Itajaí	157	21,5	184	24,7	178	23,5	177	23,0
Grande Florianópolis	397	35,7	378	33,4	402	34,9	394	33,6
Meio Oeste	23	12,3	27	14,3	20	10,5	9	4,7
Alto Vale do Rio do Peixe	24	8,4	14	4,9	23	7,9	32	11,0
Alto Uruguai Catarinense	11	7,5	11	7,5	14	9,5	13	8,8
Nordeste	257	26,9	264	27,1	244	24,6	234	23,2
Planalto Norte	52	14,1	48	12,9	51	13,6	61	16,2
Serra Catarinense	40	13,8	39	13,4	23	7,9	44	15,2
Extremo Sul Catarinense	44	22,9	32	16,4	47	23,9	55	27,7
Carbonífera	129	31,0	110	26,1	115	27,0	88	20,5
Laguna	76	21,5	70	19,6	87	24,1	68	18,7
<b>Santa Catarina</b>	<b>1570</b>	<b>23,3</b>	<b>1505</b>	<b>22,1</b>	<b>1580</b>	<b>22,9</b>	<b>1575</b>	<b>22,5</b>

Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SES/SC; IBGE

Em relação a cura que expressa a efetividade das ações cuja meta é curar 85% dos casos, observamos na figura 26 que a proporção vem reduzindo ao longo do período analisado. Em 2017 o resultado apresentado (70,0%) para o Estado foi considerado abaixo da meta e das 16 Regiões de Saúde somente a do Extremo Oeste atingiu a meta. O abandono no ano 2017 se manteve entre 9%, acima do que é preconizado pelo MS que é até 5%. As Regiões de Saúde com elevadas proporções de abandono em 2017, foram a da Grande Florianópolis (15,7%); Alto Vale do Itajaí (13%) e Foz do Rio Itajaí com 12,7%.

Figura 27 - Proporção de cura e abandono nos casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Residência	2014%			2015			2016			2017		
	Casos	% Cura	% Abandono	Casos	% Cura	Abandono	Casos	% Cura	Abandono	Casos	% Cura	Abandono
Extremo Oeste	9	77,8	0,0	11	90,9	0,0	25	60,0	8,0	13	92,3	0,0
Oeste	27	63,0	3,7	30	66,7	3,3	44	54,5	0,0	35	57,1	5,7
Xanxerê	11	81,8	9,1	14	85,7	0,0	10	70,0	10,0	20	70,0	5,0
Alto Vale do Itajaí	14	78,6	7,1	27	81,5	7,4	25	80,0	0,0	31	71,0	12,9
Foz do Rio Itajaí	294	75,2	15,3	245	68,2	14,3	271	69,4	14,0	284	65,5	12,7
Médio Vale do Itajaí	155	88,4	1,9	182	84,1	2,2	180	87,2	2,2	171	77,8	3,5
Grande Florianópolis	392	63,5	16,6	370	62,2	17,3	374	58,6	19,3	375	53,9	15,7
Meio Oeste	24	70,8	4,2	25	72,0	8,0	19	78,9	5,3	8	62,5	12,5
Alto Vale do Rio do Peixe	22	77,3	4,5	14	57,1	0,0	22	77,3	4,5	33	60,6	9,1
Alto Uruguai Catarinense	10	90,0	0,0	12	83,3	8,3	16	70,0	25,0	9	44,4	11,1
Nordeste	253	77,1	9,5	251	81,3	6,8	240	77,1	7,9	226	76,5	6,6
Planalto Norte	51	86,3	0,0	47	72,3	2,1	49	79,6	4,1	59	76,3	11,9
Serra Catarinense	38	81,6	2,6	35	71,4	5,7	27	70,4	11,1	37	56,8	2,7
Extremo Sul Catarinense	43	86,0	2,3	33	63,6	15,2	49	71,4	6,1	54	63,0	5,6
Carbonífera	126	80,2	4,0	104	88,5	0,0	113	75,2	7,1	98	74,5	0,0
Laguna	75	80,0	5,3	72	83,3	1,4	78	76,9	9,0	71	71,8	8,5
<b>Santa Catarina</b>	<b>1544</b>	<b>75,3</b>	<b>9,9</b>	<b>1472</b>	<b>73,8</b>	<b>9,2</b>	<b>1526</b>	<b>71,5</b>	<b>10,8</b>	<b>1524</b>	<b>70,0</b>	<b>9,5</b>

Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SES/SC; IBGE

Quadro 22 - Proporção de testagem HIV e coinfecção nos casos novos de tuberculose por Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2014 a 2017.

Regiões Residência	2014		2015		2016		2017	
	% Test. HIV	% TB/HIV	% Test. HIV	% TB/HIV	% Test. HIV	% TB/HIV	% Test. HIV	% TB/HIV
Extremo Oeste	90,9	9,1	69,2	0	74,1	3,7	82,4	5,9
Oeste	91,7	5,6	92,3	7,7	77,3	9,1	80,5	12,2
Xanxerê	81,3	6,3	77,8	11,1	83,3	8,3	66,7	12,5
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>92,9</b>	<b>10,7</b>	<b>100</b>	<b>15,4</b>	<b>97,6</b>	<b>22</b>
Foz do Rio Itajaí	89,3	19,7	91,3	23,6	91,2	18,2	93,4	19,1

<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>92,1</b>	<b>16,4</b>	<b>97,1</b>	<b>15,7</b>	<b>93,8</b>	<b>10,5</b>	<b>97</b>	<b>13,1</b>
Grande Florianópolis	82,4	25,4	74,8	20,3	78,9	24	77,6	19,8
Meio Oeste	82,1	7,1	75	7,1	86,4	22,7	70	0
Alto Vale do Rio do Peixe	93,1	0	100	11,1	88	4	94,4	13,9
Alto Uruguaia Catarinense	100	16,7	93,3	13,3	88,9	11,1	90	0
Nordeste	93,5	15,2	94,2	15,9	90	14,7	93,2	14,4
Planalto Norte	92,1	4,8	96,4	7,3	84,7	6,8	82	3,3
Serra Catarinense	82,4	29,4	90,9	9,1	76,7	18,6	62,3	22,6
Extremo Sul Catarinense	82,6	6,5	90,2	19,5	87,7	17,5	80	16,4
Carbonífera	94,2	23,4	95,6	19	91,2	13,2	87	13,9
Laguna	93,8	27,1	81,6	18,4	90,6	17,7	90,8	20,7
<b>Santa Catarina</b>	<b>89</b>	<b>19,1</b>	<b>87,9</b>	<b>17,7</b>	<b>86,9</b>	<b>16,8</b>	<b>86,9</b>	<b>16,5</b>

## HIV/AIDS

As ações de vigilância têm como objetivo promover o fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado no âmbito estadual, ampliando ações de prevenção combinada, acesso ao diagnóstico precoce e início do tratamento, bem como, a eliminação da transmissão vertical do HIV.

Neste contexto deve-se manter o foco para as populações-chave e prioritárias aumentando a capacidade e eficiência dos serviços de saúde e expandindo a oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido.

Desde o início da epidemia (1984) foram notificados quase 60 mil casos de HIV/Aids em Santa Catarina. Atualmente encontram-se em tratamento aproximadamente 36 mil pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA).

De 2014 a 2017 foram notificados 7.793 casos de HIV e no período observou-se um aumento progressivo na taxa de detecção (quadro 44). No ano de 2017, entre as Regiões de Saúde 74% dos casos estão na região de Foz do Rio Itajaí, seguida por Grande Florianópolis (53%), Carbonífera (25%) e Médio Vale do Itajaí (24%).

Quadro 22 - Infecção pelo HIV (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	
Extremo Oeste	31	13,5	26	11,3	17	7,3	9	3,9	83
Oeste	51	14,9	69	20,0	74	21,1	49	14,0	243
Xanxerê	11	5,6	22	11,1	21	10,6	41	20,6	95
Alto Vale do Itajaí	47	16,5	57	19,8	68	23,4	50	17,2	222
Foz do Rio Itajaí	243	38,4	374	57,5	430	64,5	498	74,7	1545
Médio Vale do Itajaí	216	29,5	250	33,6	242	31,9	186	24,5	894
Carbonífera	117	28,1	122	29,0	117	27,5	107	25,1	463
Laguna	81	22,9	69	19,3	74	20,5	81	22,5	305
Santa Catarina	1543	22,9	2025	29,7	2146	31,1	2079	30,1	7793

Observa-se na figura 28 que no período de 2014 a 2017, 66,8% dos casos de HIV notificados foram do sexo masculino e a razão de sexos (M:F) foi de 2,0 homens para cada mulher. A maior proporção de casos está entre jovens, em idade economicamente ativa, entre 20 a 49 anos 83,4% e com ensino médio completo 25,9%. Entre os homens, verifica-se predomínio da categoria de exposição heterossexual com 54% dos casos. Porém há tendência de aumento considerável no número de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH).

Quadro 23 - Aids (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	11	4,8	19	8,2	12	5,2	15	6,5	57
Oeste	35	10,2	39	11,3	40	11,4	42	12,0	156
Xanxerê	21	10,7	18	9,1	22	11,1	21	10,6	82
Alto Vale do Itajaí	84	29,5	61	21,2	60	20,7	44	15,1	249
Foz do Rio Itajaí	313	49,4	319	49,1	282	42,3	199	29,9	1113
Médio Vale do Itajaí	218	29,8	223	29,9	159	21,0	176	23,2	776
Grande Florianópolis	441	39,7	478	42,2	521	45,2	402	34,9	1842
Meio Oeste	41	21,9	22	11,7	22	11,6	9	4,7	94
Alto Vale do Rio do Peixe	24	8,4	19	6,6	29	10,0	14	4,8	86
Alto Uruguai Catarinense	25	17,1	9	6,1	9	6,1	3	2,0	46
Nordeste	280	29,3	290	29,8	249	25,1	196	19,8	1015
Planalto Norte	25	6,8	32	8,6	23	6,2	17	4,5	97
Serra Catarinense	48	16,5	69	23,8	40	13,8	52	17,9	209
Extremo Sul Catarinense	37	19,2	47	24,2	48	24,4	40	20,3	172
Carbonífera	127	30,5	120	28,5	120	28,2	96	22,6	463
Laguna	106	29,9	99	27,7	79	21,9	93	25,8	377
<b>Santa Catarina</b>	<b>1836</b>	<b>27,3</b>	<b>1864</b>	<b>27,3</b>	<b>1715</b>	<b>24,8</b>	<b>1419</b>	<b>20,5</b>	<b>6834</b>

Entre 2014 e 2017 foram registrados em Santa Catarina 2.154 óbitos tendo Aids como causa básica (CID 10: B20 a B24). A maior proporção destes óbitos, no ano de 2017 ocorreram nas Regiões Foz do Rio Itajaí (13,7%) da Grande Florianópolis (9,7%), e Laguna (9,4%), quadro 46.

Quadro 24 - Mortalidade por Aids, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	
Extremo Oeste		,2		,0		,3		,7	9
Oeste	5	,4	1	,2	6	,6	4	,0	6
Xanxerê	3	,6		,5		,0		,5	1
Alto Vale do Itajaí	7	,0	5	,7	1	,2	9	,5	2
Foz do Rio Itajaí	8	3,9	24	9,1	00	5,0	1	3,7	03
Médio Vale do Itajaí	0	,8	0	,7	5	,3	1	,4	96
Grande Florianópolis	41	2,7	31	1,6	23	0,7	12	,7	07
Meio Oeste		,7		,2	0	,3		,6	6
Alto Vale do Rio do Peixe	1	,8	5	,2	4	,8	3	,5	3
Alto Uruguai Catarinense		,7		,1		,1		,1	2
Nordeste	4	,7	1	,3	4	,5	7	,8	86
Planalto Norte	1	,0	4	,8	2	,2		,1	5
Serra Catarinense	8	,6	1	0,7	6	,0	1	,2	06
Extremo Sul Catarinense		,1	7	,7	2	,1		,6	4
Carbonífera	6	,6	4	,1	8	,9	1	,3	39
Laguna	3	,3	7	0,4	5	,7	4	,4	39
<b>Santa Catarina</b>	<b>39</b>	<b>,0</b>	<b>96</b>	<b>,7</b>	<b>29</b>	<b>,7</b>	<b>90</b>	<b>,1</b>	<b>154</b>

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

\*Dados sujeitos a alterações

Em Santa Catarina, em 2017, foram notificados 543 casos de gestantes infectadas com HIV. A taxa de detecção de HIV em gestantes foi de 5,4 casos /1.000 nascidos vivos. O quadro 47 mostra as Regiões de Saúde que apresentaram taxas maiores que a estadual: Foz do Rio Itajaí (9,2 casos/1.000 nascidos vivos), Grande Florianópolis (8,2 casos/1.000 nascidos vivos), Carbonífera (5,9 casos/ 1.000 nascidos vivos) e Nordeste (5,8 casos/ 1.000 nascidos vivos).



A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) caracterizada por períodos de manifestações clínicas típicas e marcantes intercaladas por semanas, meses ou mesmo anos de total ausência de sintomas e sinais clínicos. O agente etiológico é a bactéria *Treponema pallidum* que penetra nas mucosas (vaginal, oral, retal) através das microfissuras da pele, produzidas pelo ato sexual.

Outra maneira possível de contágio é a transmissão da sífilis da gestante para o feto, chamada transmissão vertical, que ocasiona a sífilis congênita. Esse importante problema saúde pública reflete falhas no diagnóstico e tratamento desta infecção durante o pré-natal, assim como, na prevenção primária das IST na população em geral. A gravidade da infecção fetal, que pode determinar abortamento, morte neonatal ou graves sequelas (cegueira, surdez, retardo mental e deformidades físicas, entre outras) faz da sífilis um agravo de importância prioritária em âmbito nacional.

Por tratar-se de uma infecção cujo diagnóstico e tratamento são amplamente acessíveis, têm baixo custo e alta eficácia, impactando na redução da incidência dos casos de sífilis congênita, que representa a consequência mais trágica da epidemia, todos os esforços devem ser despendidos para o seu controle e posterior eliminação.

No período de 2014 a 2017, foram informados 29.342 casos de sífilis adquirida, evidenciando um crescimento expressivo no número de casos, em todas as Regiões de Saúde, como observado no quadro 49. A Região Nordeste teve o maior número de notificações, seguida pela Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí, o que representa 56% dos casos do Estado.

Quadro 25 - Sífilis adquirida (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	50	21,7	55	23,8	94	40,6	162	70,0	361
Oeste	238	69,6	329	95,1	565	161,5	807	230,6	1939
Xanxerê	49	24,9	66	33,4	153	77,0	240	120,8	508
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>77</b>	<b>27,0</b>	<b>151</b>	<b>52,5</b>	<b>103</b>	<b>35,5</b>	<b>95</b>	<b>32,7</b>	<b>426</b>
Foz do Rio Itajaí	583	92,1	760	116,9	939	140,9	1149	172,4	3431
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>489</b>	<b>66,8</b>	<b>592</b>	<b>79,5</b>	<b>688</b>	<b>90,8</b>	<b>698</b>	<b>92,1</b>	<b>2467</b>
Grande Florianópolis	987	88,8	1350	119,3	2055	178,4	2579	223,8	6971
Meio Oeste	101	53,9	130	68,9	214	112,8	354	186,6	799
Alto Vale do Rio do Peixe	83	29,0	177	61,4	368	126,7	255	87,8	883
Alto Uruguai Catarinense	49	33,6	61	41,7	99	67,4	185	126,0	394
Nordeste	492	51,5	1109	114,0	1712	172,9	2667	269,4	5980
Planalto Norte	52	14,1	205	55,2	307	82,1	417	111,6	981
Serra Catarinense	199	68,6	347	119,6	329	113,5	516	177,9	1391
Extremo Sul Catarinense	77	40,0	124	63,7	148	75,2	173	88,0	522
Carbonífera	161	38,7	297	70,6	413	97,0	442	103,9	1313
Laguna	125	35,3	245	68,6	233	64,7	373	103,5	976
<b>Santa Catarina</b>	<b>3812</b>	<b>56,7</b>	<b>5998</b>	<b>88,0</b>	<b>8420</b>	<b>121,8</b>	<b>11112</b>	<b>160,8</b>	<b>29342</b>

Quando estratificados segundo o sexo, conforme observado na série histórica de casos notificados de sífilis adquirida, observa-se, em 2017, que 6.408 (57,6%) deles ocorreram em homens (quadro 25).

Quadro 26 - Sífilis em gestantes (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	3	1,0	5	1,7	22	7,6	15	5,0	45
Oeste	51	10,2	97	18,8	119	23,5	155	28,7	422
Xanxerê	12	4,4	47	15,8	69	24,2	99	33,6	227
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>9</b>	<b>2,4</b>	<b>21</b>	<b>5,2</b>	<b>13</b>	<b>3,3</b>	<b>15</b>	<b>3,8</b>	<b>58</b>
Foz do Rio Itajaí	10	10,3	14	14,3	17	16,7	17	16,6	59
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>45</b>	<b>4,7</b>	<b>60</b>	<b>6,2</b>	<b>65</b>	<b>6,7</b>	<b>96</b>	<b>9,5</b>	<b>266</b>
Grande Florianópolis	19	12,7	27	17,5	30	19,9	35	21,7	113
Meio Oeste	11	4,5	35	13,6	49	18,8	56	21,1	151
Alto Vale do Rio do Peixe	35	8,1	53	11,8	94	21,4	102	24,1	284
Alto Uruguai Catarinense	12	6,6	25	13,3	18	10,3	37	18,5	92
Nordeste	13	9,8	23	15,8	23	16,9	31	22,0	92
Planalto Norte	31	6,0	55	10,2	74	14,4	146	28,6	306
Serra Catarinense	50	12,1	10	25,4	78	18,4	120	28,2	353
Extremo Sul Catarinense	18	7,1	17	6,6	23	8,7	26	9,6	84
Carbonífera	31	5,4	54	9,3	75	13,2	85	14,8	245
Laguna	29	6,6	38	8,3	41	8,9	72	14,9	180
<b>Santa Catarina</b>	<b>765</b>	<b>8,2</b>	<b>1270</b>	<b>13,1</b>	<b>1458</b>	<b>15,3</b>	<b>1873</b>	<b>19,0</b>	<b>5366</b>

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

\*Dados sujeitos a alterações

A utilização dos testes rápidos é uma estratégia que tem sido amplamente divulgada e ampliada com o objetivo de agilizar o diagnóstico da sífilis, no âmbito da assistência pré-natal bem como nas maternidades e em todos os serviços de saúde. Por tratar-se de uma infecção cujo diagnóstico e tratamento são amplamente acessíveis, com baixo custo e alta eficácia, todos os esforços devem ser despendidos para a sua redução. Embora a sífilis congênita seja encontrada em todo o

território do Estado, algumas regiões são mais atingidas, conforme demonstrado no quadro 27<sup>67</sup>, que apresenta a distribuição das taxas de incidência da sífilis congênita segundo as 16 Regiões de Saúde.

Quadro 27 - Sífilis congênita (número e taxa de incidência/1000 nascidos vivos) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	1	0,3	2	0,7	9	3,1	8	2,7	20
Oeste	14	2,8	48	9,3	40	7,9	57	10,5	159
Xanxerê	8	2,9	14	4,7	31	10,9	39	13,3	92
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>5</b>	<b>1,2</b>	<b>3</b>	<b>0,8</b>	<b>3</b>	<b>0,8</b>	<b>12</b>
Foz do Rio Itajaí	42	4,3	51	4,9	42	4,1	57	5,3	192
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>11</b>	<b>1,1</b>	<b>17</b>	<b>1,7</b>	<b>16</b>	<b>1,7</b>	<b>32</b>	<b>3,2</b>	<b>76</b>
Grande Florianópolis	121	8,1	166	10,5	157	10,0	215	13,1	659
Meio Oeste	1	0,4	7	2,7	5	1,9	10	3,8	23
Alto Vale do Rio do Peixe	6	1,4	7	1,6	10	2,3	10	2,4	33
Alto Uruguai Catarinense	5	2,7	13	6,9	8	4,6	8	4,0	34
Nordeste	37	2,7	86	5,9	89	6,3	107	7,5	319
Planalto Norte	3	0,6	9	1,7	14	2,7	26	5,1	52
Serra Catarinense	3	0,7	22	5,3	77	18,2	76	17,9	178
Extremo Sul Catarinense	13	5,1	21	8,1	23	8,7	17	6,3	74
Carbonífera	5	0,9	11	1,9	11	1,9	25	4,4	52
Laguna	6	1,4	10	2,2	25	5,4	28	5,8	69
<b>Santa Catarina</b>	<b>277</b>	<b>3,0</b>	<b>489</b>	<b>5,0</b>	<b>560</b>	<b>5,9</b>	<b>718</b>	<b>7,3</b>	<b>2044</b>

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC. \*Dados sujeitos a alterações

A eliminação da sífilis congênita vem sendo perseguida há décadas no Brasil. Avanços foram alcançados em vários sentidos, mas a complexidade dos fatores que interferem na cadeia de transmissão continua a desafiar os serviços de saúde.

Como parte das ações para o enfrentamento da sífilis está uma maior integração entre a vigilância epidemiológica e as equipes profissionais que realizam a assistência nos territórios, o planejamento e implementação de ações conjuntas que visem eliminar a sífilis como problema de saúde pública no Estado.

### Hepatites Virais (B e C)

A hepatite é a inflamação do fígado. Pode ser causada por vírus ou pelo uso de alguns remédios, álcool e outras drogas, assim como por doenças autoimunes, metabólicas e genéticas. Em alguns casos, são doenças silenciosas que nem sempre apresentam sintomas.

De 2014 a 2017 foram 10.146 casos de hepatites virais (B e C), destes, 5.814 (57,3%) são referentes aos casos de hepatite B, 4332 (42,6%) de hepatite C.

As hepatites virais apresentam um perfil epidemiológico heterogêneo, tipicamente caracterizado por uma endemicidade para hepatite B no Oeste Catarinense e hepatite C na Região litorânea, apesar da ocorrência de ambos os agravos nas regiões.

Entre os anos de 2014 e 2017 a taxa de detecção de hepatite B no Estado apresentou tendência de redução. A taxa de hepatite C apresentou elevação a partir de 2015, quando da mudança de definição dos casos para fins de vigilância epidemiológica. Em 2017, as taxas foram de 15,7 e 15,8 casos por 100.000 habitantes para hepatite B e C, respectivamente (quadros 53 e 54).

Quadro 28 - Hepatite B (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	T X	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	27 7	120,4	17 6	76, 3	186	80, 4	136	58, 8	775
Oeste	34 8	101,8	29 0	83, 9	260	74, 3	193	55, 2	1091
Xanxerê	13 3	67,7	10 7	54, 1	76	38, 3	71	35, 7	387

Alto Vale do Itajaí	33	11,6	29	10,1	21	7,2	23	7,9	106
Foz do Rio Itajaí	90	14,2	89	13,7	78	11,7	68	10,2	325
Médio Vale do Itajaí	127	17,4	126	16,9	114	15,0	88	11,6	455
Grande Florianópolis	254	22,8	190	16,8	170	14,8	127	11,0	741
Meio Oeste	68	36,3	44	23,3	38	20,0	33	17,4	183
Alto Vale do Rio do Peixe	38	13,3	32	11,1	35	12,1	22	7,6	127
Alto Uruguai Catarinense	73	50,0	87	59,4	59	40,2	71	48,3	290
Nordeste	201	21,0	235	24,2	159	16,1	113	11,4	708
Planalto Norte	17	4,6	21	5,7	20	5,4	15	4,0	73
Serra Catarinense	14	4,8	8	2,8	24	8,3	22	7,6	68
Extremo Sul Catarinense	23	12,0	24	12,3	17	8,6	10	5,1	74
Carbonífera	75	18,0	61	14,5	72	16,9	67	15,7	275
Laguna	42	11,9	40	11,2	31	8,6	23	6,4	136
<b>Santa Catarina</b>	<b>1813</b>	<b>27,0</b>	<b>1559</b>	<b>22,9</b>	<b>1360</b>	<b>19,7</b>	<b>1082</b>	<b>15,7</b>	<b>5814</b>

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

\*Dados sujeitos a alterações

Quadro 29 - Hepatite C (número e taxa de detecção/100.000hab) segundo Regiões de Saúde, SC, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	1	0,4	13	5,6	7	3,0	13	5,6	34
Oeste	15	4,4	23	6,7	18	5,1	27	7,7	83
Xanxerê	1	0,5	17	8,6	12	6,0	2	1,0	32
Alto Vale do Itajaí	8	2,8	14	4,9	15	5,2	9	3,1	46
Foz do Rio Itajaí	128	20,2	149	22,9	147	22,1	159	23,9	583
Médio Vale do Itajaí	62	8,5	109	14,6	84	11,1	76	10,0	331

Grande Florianópolis	17 0	15, 3	35 5	31, 4	31 4	27, 3	32 5	28, 2	1164
Meio Oeste	4	2,1	21	11, 1	14	7,4	10	5,3	49
Alto Vale do Rio do Peixe	7	2,4	25	8,7	18	6,2	17	5,9	67
Alto Uruguai Catarinense	0	0,0	5	3,4	3	2,0	8	5,4	16
Nordeste	80	8,4	18 0	18, 5	14 1	14, 2	12 8	12, 9	529
Planalto Norte	5	1,4	19	5,1	35	9,4	23	6,2	82
Serra Catarinense	3	1,0	55	19, 0	43	14, 8	21	7,2	122
Extremo Sul Catarinense	56	29, 1	79	40, 6	67	34, 1	60	30, 5	262
Carbonífera	81	19, 5	13 7	32, 5	19 1	44, 9	12 6	29, 6	535
Laguna	71	20, 1	13 8	38, 6	10 1	28, 0	87	24, 1	397
<b>Santa Catarina</b>	<b>69 2</b>	<b>10, 3</b>	<b>13 39</b>	<b>19, 6</b>	<b>12 10</b>	<b>17, 5</b>	<b>10 91</b>	<b>15, 8</b>	<b>4332</b>

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

\*Dados sujeitos a alterações

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil mais de 70% (23.070) dos óbitos por hepatites virais são decorrentes da Hepatite C, seguido da Hepatite B (21,8%) e A (1,7%).

De 2014 a 2017, foram identificados, em Santa Catarina, pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 74 óbitos por hepatite B e 211 óbitos por hepatite C. Em 2017 a taxa de mortalidade no Estado por hepatite B foi de 0,2 por 100.000 habitantes e por hepatite C foi 0,6 por 100.000 habitantes. No mesmo ano, a maior taxa de mortalidade por hepatite B foi identificada na Região Extremo Oeste (0,9 casos/100.000 habitantes) e por hepatite C na Grande Florianópolis (0,9 casos/100.000 habitantes). Nos quadros 55 e 56 as taxas por Regiões de Saúde.

Quadro 30 - Óbitos por hepatite B como causa básica (número e taxa de mortalidade/100.000hab) segundo 16 Regiões de Saúde, Santa Catarina, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	
Extremo Oeste	2	0,9	0	0	1	0,4	3	1,3	6
Oeste	2	0,6	2	0,6	1	0,3	1	0,3	6
Xanxerê	1	0,5	1	0,5	1	0,5	1	0,5	4
Alto Vale do Itajaí	0	0	1	0,3	1	0,3	1	0,3	3
Foz do Rio Itajaí	2	0,3	2	0,3	3	0,5	4	0,6	11
Médio Vale do Itajaí	3	0,4	0	0	3	0,4	2	0,3	8
Grande Florianópolis	2	0,2	3	0,3	2	0,2	1	0,1	8
Meio Oeste	4	2,1	0	0	2	1,1	0	0	6
Alto Vale do Rio do Peixe	0	0	2	0,7	0	0	0	0	2
Alto Uruguai Catarinense	1	0,7	1	0,7	1	0,7	1	0,7	4
Nordeste	4	0,4	4	0,4	1	0,1	2	0,2	11
Planalto Norte	0	0	1	0,3	0	0	0	0	1
Serra Catarinense	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extremo Sul Catarinense	1	0,5	1	0,5	0	0	0	0	2
Carbonífera	1	0,2	0	0	1	0,2	0	0	2
Laguna	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Santa Catarina</b>	<b>23</b>	<b>0,3</b>	<b>18</b>	<b>0,3</b>	<b>17</b>	<b>0,2</b>	<b>16</b>	<b>0,2</b>	<b>74</b>

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

\*Dados sujeitos a alterações



Quadro 31 - Óbitos por hepatite C como causa básica (número e taxa de mortalidade/100.000 hab.) segundo Regiões de Saúde, SC, 2014 a 2017

Regiões de Saúde	2014		2015		2016		2017		Total
	N	T X	N	TX	N	TX	N	T X	
Extremo Oeste	0	0	0	0	1	0,4	0	0	1
Oeste	0	0	0	0	1	0,3	0	0	1
Xanxerê	1	0,5	1	0,5	0	0	1	0,5	3
Alto Vale do Itajaí	1	0,4	1	0,3	3	1,0	0	0	5
Foz do Rio Itajaí	10	1,6	4	0,6	9	1,4	11	1,7	34
Médio Vale do Itajaí	8	1,1	4	0,5	3	0,4	1	0,1	16
Grande Florianópolis	14	1,3	18	1,6	7	0,6	15	1,3	54
Meio Oeste	1	0,5	0	0	0	0	2	1,1	3
Alto Vale do Rio do Peixe	1	0,3	0	0	0	0	0	0	1
Alto Uruguai Catarinense	0	0	0	0	1	0,7	0	0	1
Nordeste	6	0,6	5	0,5	2	0,2	3	0,3	16
Planalto Norte	0	0	2	0,5	2	0,5	0	0	4
Serra Catarinense	2	0,7	1	0,3	1	0,3	0	0	4
Extremo Sul Catarinense	7	3,6	4	2,1	3	1,5	4	2,0	18
Carbonífera	4	1,0	3	0,7	16	3,8	0	0	23
Laguna	10	2,8	9	2,5	4	1,1	4	1,1	27
<b>Santa Catarina</b>	<b>65</b>	<b>1,0</b>	<b>52</b>	<b>0,8</b>	<b>53</b>	<b>0,8</b>	<b>41</b>	<b>0,6</b>	<b>211</b>

Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

\*Dados sujeitos a alterações

Vale ressaltar que sendo as hepatites virais doenças consideradas silenciosas, quando se manifestam os sintomas o portador já apresenta certo grau de comprometimento do fígado. Desta forma, reforçamos a importância do oferecimento e realização do teste rápido em todas as unidades de saúde, bem como ampliação das estratégias de vacinação da Hepatite B para toda a população.

### **Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis**

Com a responsabilidade de fomentar respostas sustentadas nos princípios e diretrizes da Rede SUS, o Núcleo Equidade da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade em parceria com as Regionais de Saúde, Ministério da Saúde, gestores municipais e participação social, desenvolve ações de cuidado no fortalecimento de respostas biopsicossociais no “modo de fazer e pensar saúde”.

O Núcleo Equidade foi pensado visando contribuir com necessidades, multiplicidades e especificidades as singularidades, subjetividades de cada sujeito ou grupo social, de forma a reconhecer que as desiguais realidades de vida, trabalho, habitação, renda, acesso à educação, lazer, cultura além dos serviços públicos impactam diretamente na saúde. O preconceito, sabemos todos, impõe limitações de forma a não garantir escuta aos equipamentos de saúde em conformidade com os princípios do SUS, além da equidade, da universalidade e integralidade.

Com isso, o Núcleo Equidade reafirma por meio de suas ações, o reconhecimento por políticas públicas ancoradas na diminuição das diferenças sociais ofertando cuidado em saúde desigual para necessidades desiguais, voltados a justiça social, defesa da vida, preconizado por um dos princípios SUS - equidade.

O fortalecimento por políticas de promoção da equidade em saúde, à atenção na oferta do cuidado a partir de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde, objetivando seu enfrentamento às iniquidades de saúde, nas políticas: pessoas em situação de rua, população do campo, quilombolas, cigana, Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT), negros, indígenas e do homem, com respostas às suas necessidades plurais por políticas sociais de promoção da equidade em saúde.

Assim, o Núcleo Equidade em Saúde tem como preceito contribuir que o respeito à pluralidade e a garantia da melhoria das condições de saúde – via garantia do atendimento na Rede

SUS ao cidadão catarinense vivendo em situação de vulnerabilidade.

Para isso, buscamos trabalhar em parcerias fomentando o diálogo com Atenção Primária, no reconhecimento do processo de trabalho das equipes na oferta do acesso e na resolutividade e integralidade do cuidado em saúde, considerando sempre as especificidades e necessidades tanto regional quanto do município.

As atribuições do Núcleo Equidade em Saúde estão em promover a implantação/implementação de políticas públicas vigentes para estes segmentos populacionais, que ora é de responsabilidade do núcleo, consolidando cuidado em saúde no território.

### **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**

Instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde adotada pelo Estado de Santa Catarina, publicada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de dezembro de 2017 (Origem: GM/MS nº 992/2009) visa promover a melhoria das condições de saúde da população negra, reconhecendo que as iniquidades em saúde são resultantes de uma injusta cultura predominantemente racista, corroborando efetivamente com a morbimortalidade desta população.

Ampliar e fortalecer o diálogo no território buscando consolidar parceria junto à atenção primária e gestores, objetivando fomentar ações de cuidado em saúde que fortaleçam a socialização de preceitos e diretrizes da PNSIPN, o Núcleo Equidade objetiva contribuir para a efetiva promoção de igualdade racial.

Com isso, o Núcleo Equidade reafirma garantir por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde visando garantir a escuta em conformidade com os princípios SUS, tendo como uma de suas atribuições orientar a implementação desta política, com a elaboração do Iº Plano de Ação, respeitando às especificidades e necessidades do território.

### **Política Nacional População de Etnia Cigana**

O Ministério da Saúde por meio da Portaria Nº 1.315, de 23 de novembro de 2016, dispõe sobre as diretrizes para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para os Povos Ciganos – PNP/Ciganos, objetivando respostas as desigualdades raciais.

Ainda com esse propósito, em parceria com a Associação Internacional Maylê Sara Kali, disponibiliza no mesmo ano a Cartilha: “Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano”, tendo como objetivo central produzir “conhecimento para o conjunto dos trabalhadores de saúde”, aos

que ofertam cuidado em saúde no SUS em todos os seus espaços de cuidado, garantindo escuta e acesso.

Com a IV Conferência de Promoção da Igualdade Racial – IV CONAPIR – que aconteceu em maio de 2018, Brasília, foi lançado o Guia de Políticas Públicas para Povos Ciganos, com o propósito de conquistar visibilidade à cultura e suas necessidades enquanto sujeitos. Comemora-se no dia 24 de maio o dia nacional do cigano.

### **Comunidades Quilombolas**

Instituída pelo Decreto nº 6261, de 20 de novembro de 2007, dispõe sobre a gestão integrada para desenvolvimento da agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola (PBQ).

A Agenda Social Quilombola (ASQ) cultiva ações inclusivas sustentadas por 5 (cinco) eixos: acesso à terra; infraestrutura e qualidade de vida; inclusão produtiva e desenvolvimento local; e cidadania.

A pauta da população quilombola entrou pela primeira vez em um Plano Plurianual do governo federal em 2004, e com o Guia de Políticas Públicas para as Comunidades Quilombolas, lançado em julho de 2013, vem sendo construído a importância de políticas sociais que garantam o modo de viver em respeito à cultura e especificidades desta população e, assim, contribuir para que o direito ao acesso à saúde seja uma realidade de cidadania.

### **Política Nacional para População em Situação de Rua**

A Atenção Primária para todos os usuários é a porta preferencial de entrada do cuidado em saúde, segue sendo também para aqueles que vivem em situação de rua. Com a responsabilidade de promover a equidade no cuidado à saúde desta população, o Ministério da Saúde criou uma política pública em convergência com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e a lógica da atenção psicossocial, que se concretiza por meio do “Consultório na Rua” (Portaria de Consolidação nº 2/2017. Anexo XVI)

A estratégia Consultório na Rua (eCR) visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. As eCR são equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral à saúde para a população em situação de rua. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local, por compartilhar o cuidado de casos extremamente

complexos com a RAS. As eCRs apresentam-se em três modalidades: I, II, III, de acordo com o número de profissionais da equipe, sendo que o MS repassa custeio mensal para o serviço, variando o valor para cada uma das modalidades.

O Estado possui 05 (cinco) Consultórios na Rua implantados por portaria ministerial (quadro 31) e de acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), há a possibilidade de credenciar mais 02 (dois) eCR nos municípios de Balneário Camboriú e São José.

Quadro 31 - Municípios com Consultórios de Ruas implantados, segundo modalidade e valor de custeio, 2019

MUNICÍPIOS	MODALIDADE	VALOR DE CUSTEIO
Criciúma	modalidade II	R\$ 27.300,00
<b>Blumenau</b>	<b>modalidade II</b>	<b>R\$ 27.300,00</b>
Itajaí	modalidade III	R\$ 35.200,00
Florianópolis	modalidade I	R\$ 19.900,00
Joinville	modalidade II	R\$ 27.300,00

Fonte: MS,2019

Na Resolução 31/2017, o MS e a CIT, dispõe sobre o IIº Plano Operativo (2017- 2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do SUS, tendo como eixos: I - Acesso à Saúde Integral da População em Situação de Rua; II - Promoção e Vigilância em Saúde; III- Educação Permanente e Educação Popular em Saúde; IV - Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social; V - Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População em Situação de Rua.

Nesta perspectiva, está entre as ações do Núcleo de Equidade em Saúde a formalização de um Plano de Ação voltada a população em situação de rua, como também ações inclusivas de incentivo, apoio, mediação e articulação com os gestores regionais e municipais, objetivando a implementação dos Consultórios na Rua em consonância com portarias vigentes, bem como, fomentar o cuidado integral à saúde das pessoas que vivem em situação de rua no território catarinense por meio de uma Atenção Primária à Saúde fortalecida.

## **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT):**

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de adoecimento decorrente do preconceito e estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, levando estes à marginalização e por sua vez, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Para a transposição das barreiras de acesso e cuidado à saúde existentes nesta população, é instituído em 2011 por meio da Portaria Ministerial nº 2.836, institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, consolidada na Portaria de Consolidação nº2/2017, Anexo XXI.

Na Resolução 26/2017, o MS e a CIT, dispõe sobre o IIº Plano Operativo (2017- 2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo como eixos: I - Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; II - Promoção e vigilância em saúde; III - Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; IV - Mobilização, articulação, participação e controle social; e, V - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Entretanto, a efetivação dos direitos civis da população LGBT, dentre eles, o direito à atenção integral à saúde, garantido constitucionalmente, muitas vezes ainda é negligenciado nas tentativas de sua implementação. Assim, o Núcleo de Equidade em Saúde tem como norte de suas ações a proposta pactuada e expressa na Resolução supracitada, sendo sua responsabilidade de apoiar a execução das políticas públicas de saúde vigente através da educação permanente, subsidiando os profissionais da rede SUS nas ações de cuidado em saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), bem como, ação para o cotidiano do trabalho.

## **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)**

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) fundamenta o cuidado em saúde nos preceitos e diretrizes a partir de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde, amparada nos princípios SUS, sustentada nas especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos e, seus direitos territoriais.

A organização dos serviços é realizada por meio de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, onde atenção primária e os serviços de referência se institucionalizam.

Portanto, é nas aldeias que a atenção primária é ofertada por Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência (Unidade Básica de Saúde já existente na rede de serviços do município). A maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida nesse nível.

Quanto ao acesso à atenção a média e alta complexidades, a referência é a Rede SUS, em comunhão com cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Esta Rede já instituída, com localização geográfica articulada e incentivada a ofertar atendimento a estas populações, tem como parâmetro a realidade socioeconômica, a cultura de cada povo indígena, além de diferentes tipos de financiamento.

Importante pontuar que a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) realiza as suas ações de rotina, como atendimentos, visitas domiciliares, rodas de conversa e, ao mesmo tempo, verifica a necessidade de referenciar para serviços de maior complexidade, solicitando e repassando ao setor de Referência e Contrarreferência do Pólo Base os encaminhamentos.

O Pólo Base repassa ao município que realiza o agendamento na sua rede municipal de referência do SUS. Após o agendamento realizado, o Pólo Base repassa a EMSI as informações, de modo que o Agente Indígena de Saúde possa informar ao paciente.

O Pólo Base assume a responsabilidade por realizar o deslocamento da aldeia ao município, este por sua vez realiza o deslocamento do indígena até a referência – o Pólo Base pode assumir o deslocamento até a referência para tal, cabe a Chefia do Pólo realizar as articulações necessárias, junto do apoiador institucional. Quando necessário, o Pólo Base solicita ao DSEI a hospedagem e alimentação para atendimentos em outros municípios. Após o retorno, a EMSI recebe a contrarreferência e realiza a visita de acompanhamento, bem como, repassa ao Pólo Base as informações pertinentes.

O fluxo dos serviços é constituído por referências. A primeira referência se orienta a partir das ações dos AIS que desenvolvem ações primárias de saúde, orientações, educação em saúde, sendo os olhos e ouvidos atentos da EMSI nas aldeias, e encaminha pacientes para a Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI). A segunda referência é a UBSI, dotada de equipamentos básicos para atendimento e sob responsabilidade de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena localizados em aldeias, onde executa suas ações, atendimentos e procedimentos de rotina. A terceira referência acontece na rede municipal do SUS, onde são realizados atendimentos com as especialidades médica e odontológica, além da referência a outros serviços especializados. Os casos

mais graves são encaminhados para referências hospitalares locais do SUS.

### **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**

Instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) tem como objetivo geral garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no Sistema Único de saúde.

Constitui objetivo específico da referida política, promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral; garantir autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade; qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como, com as de Justiça Criminal; e fomentar e fortalecer a participação e controle social. A adesão à PNAISP se dá por intermédio da pactuação do Estado e do Distrito Federal com a União, sendo garantido àquele que promover a adesão a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo.

De acordo com o que preconiza a Portaria nº 1, a adesão municipal à referida política é facultativa. Essa previsão legal constitui a principal dificuldade enfrentada para a implantação da política, visto que, por não constituir uma obrigatoriedade, alguns gestores optam por não aderir à PNAISP. O quadro 60 mostra os municípios que aderiram ao PNAISP a partir da implantação em 2014.



Quadro 31 - Municípios que aderiram ao PNAISP desde 2014

<b>Municípios</b>	<b>Portaria de Adesão à PNAISP</b>
Araranguá	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
Barra Velha	PORTARIA Nº 2.277, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Biguaçu	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
<b>Blumenau</b>	<b>PORTARIA Nº 2.275, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014</b>
<b>Brusque</b>	<b>PORTARIA Nº 2.276, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014</b>
Caçador	PORTARIA Nº 961, DE 22 DE MAIO DE 2019
Campos Novos	PORTARIA Nº 155, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2016
Canelinha	PORTARIA Nº 2.277, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Canoinhas	PORTARIA Nº 961, DE 22 DE MAIO DE 2019
Chapecó	PORTARIA Nº 2.276, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Concórdia	PORTARIA Nº 2.277, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Criciúma	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
Imbituba	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
Itajaí	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
<b>Jaraguá do Sul</b>	<b>PORTARIA Nº 2.276, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014</b>
Joinville	PORTARIA Nº 2.276, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Lages	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
Laguna	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
Mafra	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
Maravilha	PORTARIA Nº 155, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2016
Porto União	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
<b>Rio do Sul</b>	<b>PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014</b>
São Cristóvão do Sul	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
São Joaquim	PORTARIA Nº 2.518, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014
São José do Cedro	PORTARIA Nº 675, DE 3 DE JUNHO DE 2015
São Miguel do Oeste	PORTARIA Nº 2.277, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
São Pedro de Alcântara	PORTARIA Nº 2.276, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014
Tijucas	PORTARIA Nº 961, DE 22 DE MAIO DE 2019
Videira	PORTARIA Nº 961, DE 22 DE MAIO DE 2019
Xanxerê	PORTARIA Nº 2.277, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014

Fonte: Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional (COPRIS) Coordenação Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária. Departamento de Saúde da Família

Apesar de 30 municípios terem aderido somente 19 se habilitaram a Política do PNAISP e permanecem recebendo custeio mensal e desenvolvendo as atividades, sendo que Xanxerê solicitou a desabilitação em 2016, quadro 32.

Quadro 32 - Municípios e Portaria de habilitação ao PNAISP e valor mensal recebido

MUNICÍPIOS	CNES	INE	EA BP	VALOR MENSAL	PORTARIA
BARRA VELHA	405767 8	1554352	50	R\$5.975,83	Nº 139 - 11/02/2015
BIGUAÇU	739748 8	1550195	51	R\$10.252,90	Nº 139 - 11/02/2015
<b>BLUMENAU</b>	<b>693006 9</b>	<b>1550557 1</b>	<b>54</b>	<b>R\$51.969,45</b>	<b>Nº 139 - 11/02/2015</b>
<b>BRUSQUE</b>	<b>251364 1</b>	<b>1580248</b>	<b>50</b>	<b>R\$ 5.184,33</b>	<b>Nº 1.741 - 12/07/2017</b>
CAMPOS NOVOS	782276 6	1608991	50	R\$5.184,33	Nº 1.741 - 12/07/2017
CANOINHAS	249105 2	1607960	50	R\$ 5.184,33	Nº 3.854 - 27/12/2017
CHAPECÓ	753142 7	1549375	54	R\$51.969,45	Nº 139 - 11/02/2015
IMBITUBA	238574 0	1551957	50	R\$5.184,33	Nº 139 - 11/02/2015
ITAJAÍ	731084 6	1575074	54	R\$ 51.969,45	Nº 1.741 - 12/07/2017
ITAJAÍ	735378 2	1574620	54	R\$ 51.969,45	Nº 1.741 - 12/07/2017
JARAGUÁ DO SUL	282043 9	1570072	52	R\$ 25.141,06	Nº 1.741 - 12/07/2017
JOINVILE	791146 7	1599240	54	R\$ 51.969,45	Nº 1.741 - 12/07/2017
LAGUNA	233656 1	1570188	50	R\$ 5.184,33	Nº 1.741 - 12/07/2017
MAFRA	748701 0	1577913	53	R\$ 37.509,64	Nº 1.741 - 12/07/2017
MARAVILHA	921414 3	1622188	50	R\$ 5.184,33	Nº 3.854 - 27/12/2017
PORTO UNIÃO	758756 2	1574636	50	R\$ 5.184,33	Nº 1.741 - 12/07/2017
<b>RIO DO SUL</b>	<b>903584 2</b>	<b>1609173</b>	<b>52</b>	<b>R\$ 25.141,06</b>	<b>Nº 532 - 11/04/2019</b>
SÃO CRISTÓVÃO DO SUL	796394 7	1608762	54	R\$ 56.264,45	Nº 1.741 - 12/07/2017
SÃO JOSÉ DO CEDRO	237872 8	1593986	51	R\$ 8.215,90	Nº 1.741 - 12/07/2017
SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA	662081 7	416649	54	R\$ 68.719,94	Nº 1.741 - 12/07/2017

XANXERÊ - PORTARIA Nº 1.163, DE 16 DE JUNHO DE 2016 - Desabilita Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II com saúde mental, CNES 2411326, INE 1553097 - A pedido da Gestão Municipal.

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

Em consonância com o que preconiza a Portaria N° 1.082/2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade.

Para tanto, a portaria estabelece que a atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. Assim, todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica, com vistas a favorecer a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade, atendendo aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de incompletude institucional e reinserção social dos adolescentes em privação de liberdade.

Cumprir destacar que a PNAISARI é uma política de fortalecimento da Atenção Básica, e que na perspectiva de trabalho intersetorial com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) possui como princípio norteador a incompletude institucional.

Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência deverá promover articulação com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde pública externa, com o fito de garantir a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde, na lógica do SUS.

A Portaria n° 1.083 institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde. Quadro 33.

**Quadro 34 - Incentivo financeiro mensal para Atenção Básica de referência**

UNIDADE	POPULAÇÃO	VALOR MENSAL
Semiliberdade	Independente	R\$ 3.208,50
Internação/Internação Provisória	Até 40 adolescentes	R\$ 7.486,50
Internação/Internação Provisória	Entre 40 e 90 adolescentes	R\$ 8.566,00
Internação/Internação Provisória	Acima de 90 adolescentes	R\$ 10.695,00

Fonte: MS, 2019

O incentivo financeiro de custeio deve ser utilizado para o desenvolvimento das ações de saúde junto aos adolescentes em conflito com a lei.

No que concerne à situação atual de Santa Catarina, 17 (dezessete) municípios do Estado são passíveis de habilitação. Contudo, atualmente, apenas 05 (cinco) estão habilitados: Concórdia, Joaçaba, Rio do Sul, São José do Cedro e Xanxerê.

A dificuldade preponderante para a não implantação dos demais municípios é o fato de que a lei faculta ao gestor a adesão à política.

### *5.1 Vigilância em Saúde*

A Vigilância em Saúde (VS) é definida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. Objetiva o planejamento, implementação de medidas de políticas públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como, a promoção da saúde.

Na evolução histórica da vigilância a busca pela integralidade de atenção à saúde, através da integração da VS e à atenção básica é ainda um desafio a ser superado. A descentralização que ocorreu de forma desigual entre a assistência e a vigilância, geraram defasagem na ampliação da capacidade de resposta no campo da promoção, vigilância, controle de doenças e resposta às emergências em saúde pública. Diante dos progressos ocorridos no repasse de recursos financeiros fundo a fundo, a pressão da mídia e da população para ampliação do acesso aos serviços de média e alta complexidade, os gastos com as ações de VS ficam muitas vezes aquém das necessidades reais. A ampliação dos objetos de estudo e intervenção da VS, no decorrer dos anos vêm ampliando, aumentando a capacidade de predição, intervenção e integração entre as diversas áreas da vigilância.

O fortalecimento do diálogo entre gestão e equipes de Atenção Básica e da Vigilância em Saúde é condição fundamental para a construção da integralidade do cuidado sob a lógica das redes de atenção à saúde. Para que haja uma efetiva integração das ações, os profissionais necessitam trabalhar com a lógica de risco, utilizando a epidemiologia como ferramenta para mapear vulnerabilidades do território. A adoção de medidas de prevenção e controle da doenças e agravos, bem como, riscos decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde são as estratégias utilizadas para o enfrentamento dos problemas e eleição de prioridades.

### *5.2 Atenção Primária à Saúde*

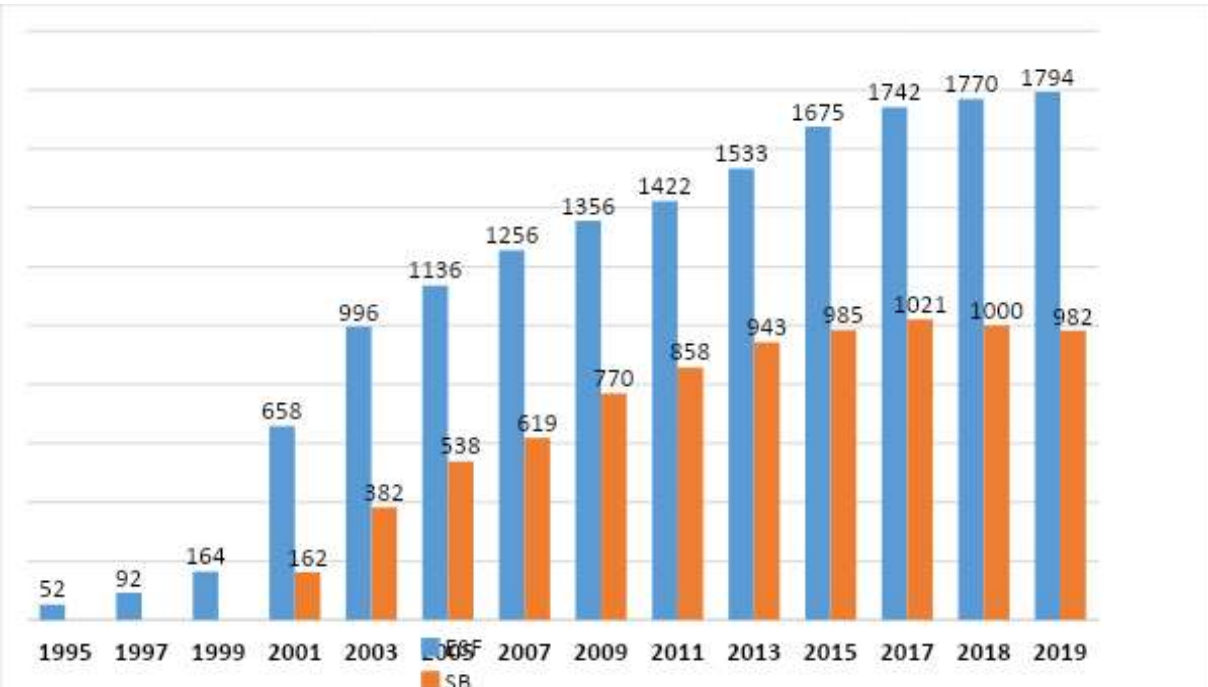
Internacionalmente a Atenção Primária à Saúde (APS) é tida como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

No Brasil, desde 1994, a Estratégia Saúde da Família é escolhida como reordenadora do modelo assistencial, consolidando-se como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado, firmando-se como fundamental na estruturação das Redes de Atenção à Saúde. A ESF busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social, e constitui importante pilar para a ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde.

Uma APS forte é aquela que conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS) acessíveis aos cidadãos que precisam de atendimento; que oferece um conjunto amplo e atualizado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; que está preparada para lidar com os problemas de saúde mais prevalentes da população sob sua responsabilidade; e também está apta a coordenar o cuidado dos usuários que precisem ser encaminhados para outros níveis de atenção do sistema de saúde.

A SES vem apostando na mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de toda a Rede de Atenção à Saúde para o entendimento ampliado e atendimento das necessidades de saúde da população, valorizando a expansão da APS como porta preferencial de acesso facilitado, como observa-se na evolução do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) e da Saúde Bucal (eSB) no período de 1995 a 2019, conforme figura 12.

**Figura 12 - Evolução do número de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal. Santa Catarina, 1995 a maio/2019**



Fonte: APS/MS

Neste sentido, para que os atributos da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, centralidade na família e orientação familiar) sejam efetivados na prática, é de competência das Secretarias Estaduais de Saúde “a elaboração de estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, de forma complementar às existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitadas as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria” Os gestores em todos os níveis (municipal, estadual e federal) devem ter em mente que a correta e plena ampliação da cobertura, implementação de serviços de APS implica na redução de internações hospitalares, mortalidade infantil, morte prematuras por causas evitáveis, anos produtivos de vida perdido por causas evitáveis e busca por serviços de urgência e emergência, constituindo não só um direito de todo cidadão catarinense, mas ainda estratégia humanitária de prestação de serviços.

O Estado tem uma cobertura populacional estimada na Atenção Básica (AB) de 89,36% e de cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal Atenção Básica (SB AB) de 58,08% com 9.203 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 300 Núcleos Ampliados a Saúde da Família (NASF- AB) conforme Quadro .

Quadro 35 - Nº de equipes e cobertura populacional de ESF e equivalentes, Saúde Bucal e equivalentes, ACS e equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família

Região de Saúde	População	Nº equipes (eSF + eAB + equipes parametrizadas)	Cobertura AB	Nº equipes (eSB + eAB + equipes parametrizadas)	Cobertura SB AB	Nº de ACS	Nº de equipes de NASF-AB
Extremo Oeste	231.848	86	98,38%	71	92,84%	531	30
Oeste	360.933	111	96,37%	68	67,92%	646	28
Xanxerê	200.114	69	96,65%	49	84,55%	364	20
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>295.201</b>	<b>99</b>	<b>96,22%</b>	<b>54</b>	<b>66,18%</b>	<b>558</b>	<b>27</b>
Foz do Rio Itajaí	698.912	161	90,84%	83	57,81%	753	13
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>782.458</b>	<b>180</b>	<b>93,16%</b>	<b>88</b>	<b>48,90%</b>	<b>728</b>	<b>14</b>
Grande Florianópolis	1.189.947	283	90,21%	111	47,27%	1.173	42
Meio Oeste	191.303	58	95,22%	50	92,48%	292	16
Alto Vale do Rio do Peixe	293.133	71	84,79%	37	57,39%	387	15
Alto Uruguai Catarinense	143.337	38	92,55%	30	81,71%	208	11
Nordeste	1.023.135	207	79,65%	50	26,49%	866	10
Planalto Norte	376.993	90	84,34%	50	56,52%	469	9

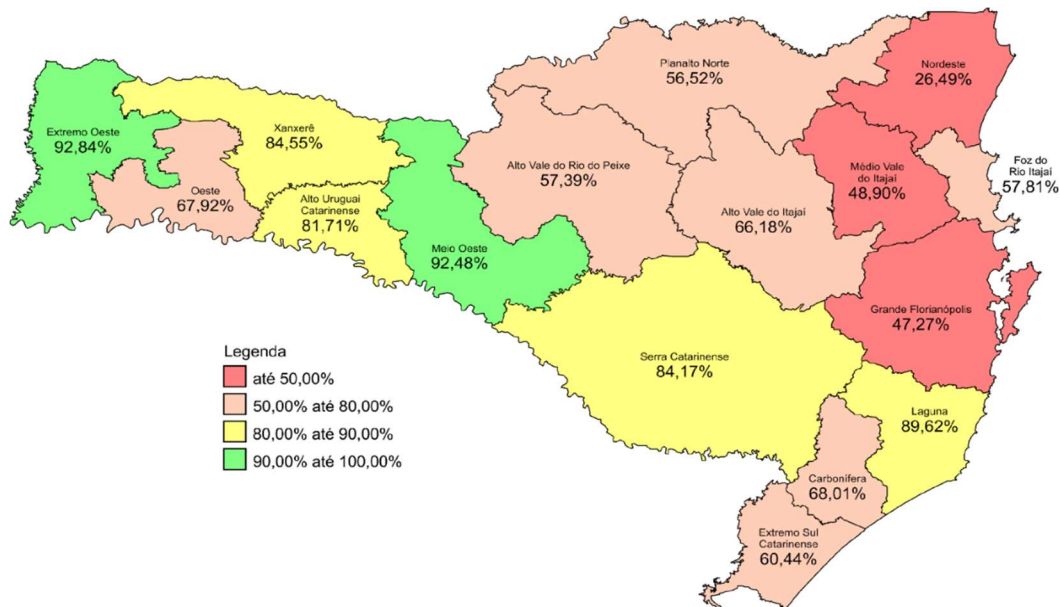
Serra Catarinense	288.479	75	88,79%	65	84,17%	553	10
Extremo Sul Catarinense	200.339	52	84,94%	36	60,44%	288	13
Carbonífera	433.675	113	86,57%	76	68,01%	637	15
Laguna	365.687	120	98,54%	100	89,62%	750	19
<b>Santa Catarina</b>	<b>7.075.494</b>	<b>1.812</b>	<b>89,73%</b>	<b>1.017</b>	<b>58,05%</b>	<b>9.203</b>	<b>300</b>

Fonte: e-Gestor Atenção Básica (mai/2019), DAB/MS (mai/2019)

A cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica por Região de Saúde (Figura 32) indica que em algumas Regiões a cobertura é inferior a 60%, mostrando que é necessária a ampliação de equipes de saúde bucal para melhor atendimento da população.

Ao analisar a cobertura populacional estimada na Atenção Básica (composta pelas equipes de saúde da família, equipes parametrizadas e equipes de atenção básica) por Região de Saúde (Figura 14), verifica-se que a menor cobertura está em 26,49%, o que nos mostra uma boa cobertura populacional para atenção primária, o desafio é manter a cobertura estadual próxima ou acima de 90%.

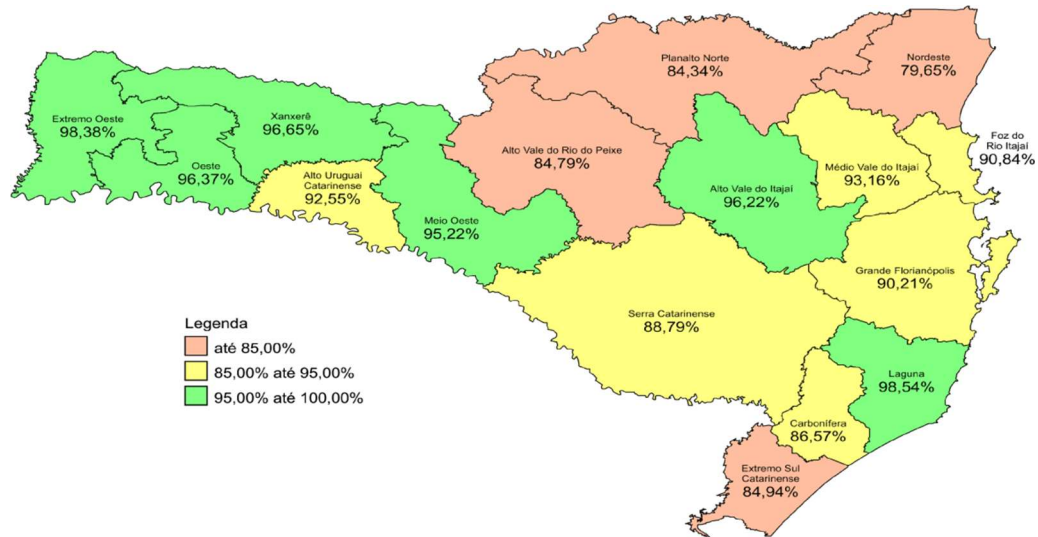
**Figura 14 - Mapa de cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal Atenção Básica por Região de Saúde, maio de 2019, Santa Catarina**



Fonte: e-Gestor Atenção Básica (mai/2019)



**Figura 15 - Mapa de cobertura populacional estimada na Atenção Básica (AB) por Região de Saúde, maio de 2019, SC**



Fonte: e-Gestor Atenção Básica (mai/2019)

Em Santa Catarina, a implantação de equipes de saúde bucal iniciou em 2001 com 162 e atualmente apresenta 1037 equipes, com cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal Atenção Básica de 58,05% (2019).

Na região do Vale do Itajaí, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (APS) está em 89,2% com cobertura em saúde bucal em torno de 65%.

A saúde bucal se organiza em rede de atendimento, com base na Política Nacional de Saúde Bucal publicada em 2004 pelo Ministério da Saúde, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD) e Atendimento Odontológico em ambiente hospitalar para pessoas com necessidades especiais.

No Estado, em 2019, encontra-se em funcionamento 49 CEO, 30 aderiram à Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPD) e 135 LRPD, em fase de implantação, 3 CEO e 29 LRPD. Com fluxo regulamentado para o atendimento odontológico hospitalar às pessoas com necessidades especiais, 8 hospitais (Quadro 36 e 37)

**Quadro 36 - Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em SC de 2004 a 2019**

Ano	Quantidade de CEO
2004	03
2010	38
2012	39
2014	43
2015	45
2016	47
2019*	49

Fonte: e-Gestor/MS. \*Julho/2019

**Quadro 37 - Distribuição dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias em SC de 2004 a 2019**

Ano	Quantidade de LRPD
2010	17
2011	22
2013	88
2015	102
2017	126
2018	135
2019*	135

Fonte: e-Gestor/MS

\*Julho/2019

Há necessidade de acompanhamento dos indicadores da saúde bucal na atenção básica, porém persiste a dificuldade em se obter os dados da produção no e-SUS, impedindo a realização do monitoramento e avaliação sistemática. Tendo em vista fatores como alteração do Programa Mais Médicos pelo Ministério da Saúde e a limitação de contratação de profissionais pelos municípios sob a alegação do limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Além disso um outro grande desafio é ampliar o acesso e a qualidade da atenção prestada garantindo a resolutividade proposta para este nível de atenção. Para tal faz-se necessário investimento em formação de profissionais tanto a nível de especialização, residência e em aperfeiçoamento com a implementação de protocolos de atendimento baseados em evidências.

Para ampliar acesso é essencial diversificar e qualificar as formas de comunicação dos usuários com a equipe de saúde, com prioridade para o uso do telefone celular da equipe e correio eletrônico, que devem se transformar em recursos cotidianos de atendimentos, agendamentos e orientações para usuários e profissionais. Como prioridade é necessário diminuir a rigidez das agendas, tornando-as mais flexíveis, ampliando o acesso e procurando “fazer o serviço de hoje, hoje”.

O acesso com qualidade é uma das prioridades da SES para a APS, compreendendo que essa busca da qualidade possui duas dimensões: uma interna, que diz respeito à ampliação do conhecimento e da qualidade do processo de trabalho das equipes multidisciplinares e da gestão – e outra externa, que fala da inserção da APS na rede de atenção para promover a integralidade do cuidado e garantir o melhor resultado para a saúde da população.

A SES vem promovendo em parceria com os municípios e governo federal, a organização da APS ao longo dos anos. No Estado algumas estratégias foram realizadas:

- a) incentivo financeiro estadual ao fortalecimento da atenção básica, incluindo as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) microrregionais;
- b) criação de prêmios aos municípios e às equipes da Saúde da Família visando estimular a avaliação do processo de trabalho e produção (divulgação) dos trabalhos desenvolvidos dos resultados alcançados;
- c) realização de encontros macrorregionais/regionais e Estadual da Saúde da Família;
- d) realização do monitoramento geral das equipes da Estratégia Saúde da Família;
- e) avaliação da atenção primária à saúde, em parceria com Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com o Núcleo de Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS/UFSC), em 2004 e 2015.

Em 2007, em parceria com o CONASS foram realizadas oficinas de planificação da APS nas Macrorregiões Norte e Nordeste.

Em 2009 e 2010 foram realizados cursos presenciais (Curso Introdutório) para as equipes de saúde da família nas Regiões do Meio Oeste, Oeste e Alto Vale do Rio do Peixe numa parceria entre os municípios e o Estado.

Em 2015 e 2016 foram realizadas oficinas de capacitação para as equipes de ESF (Curso Introdutório) nas Regiões do Planalto Norte, Planalto Nordeste, Serra Catarinense, Alto Vale do Itajaí e Sul Catarinense.

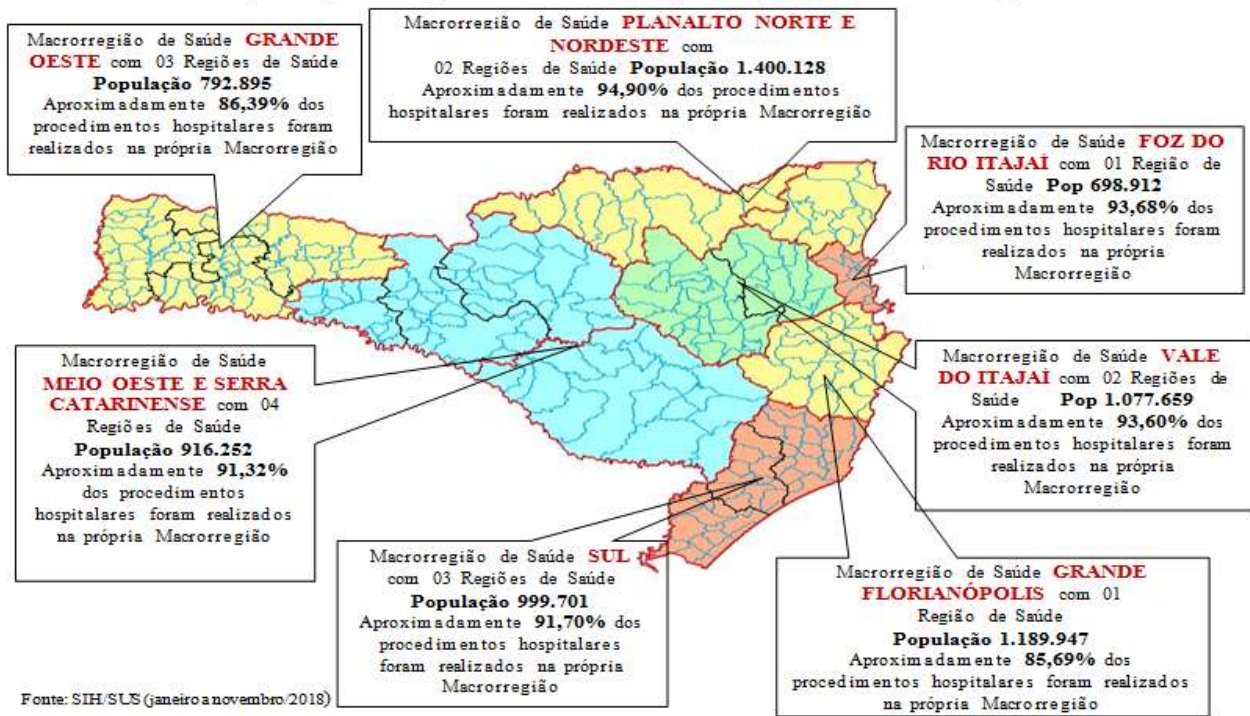
## Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar

### Instituições Assistenciais Hospitalares

O Estado conta com 195 unidades hospitalares, que prestam atendimento, sendo 13 unidades hospitalares com gestão estadual (próprios do Estado) um no município de Ibirama (Alto Vale do Itajaí), 07 com gestão por Organizações Social, 63 gestão municipal e 82 unidades privadas com ou sem fins lucrativos. Dos leitos disponíveis 72% são SUS (10.897) e 28% não SUS (4.123), totalizando 15.020 leitos. As unidades hospitalares próprias do Estado não tem até o momento contrato de gestão. Os que estão na gestão estadual estão contratualizados.

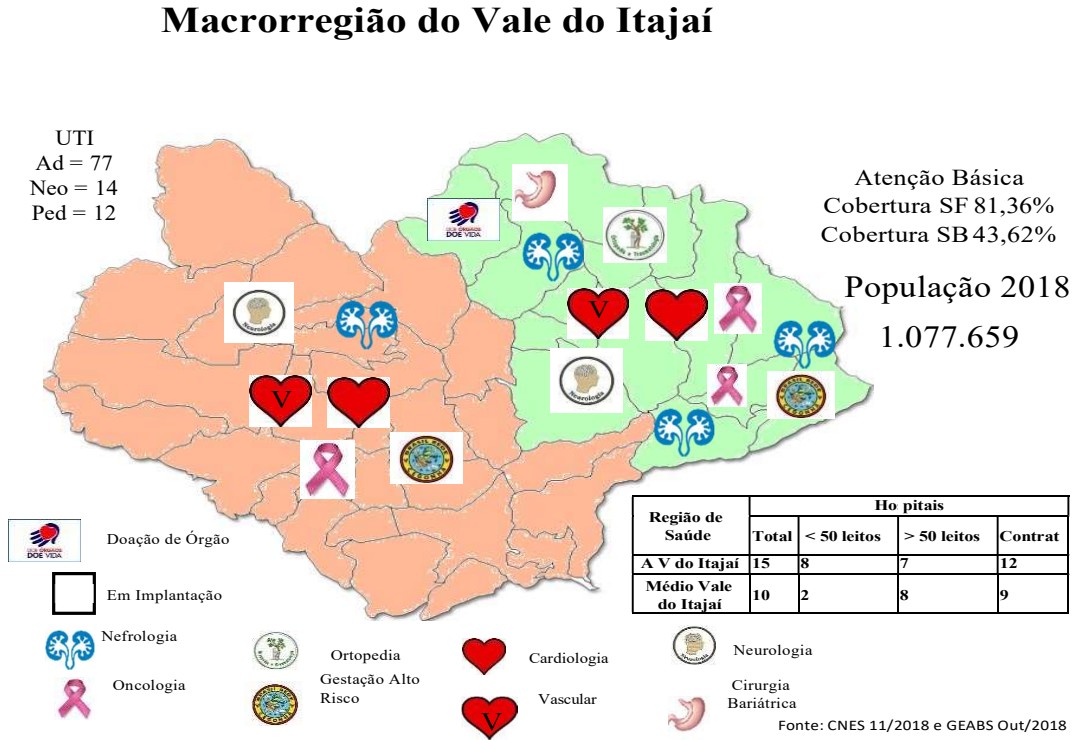
Na análise da regionalização dos atendimentos de saúde da média e alta complexidade observa-se que as 7 Macrorregiões tiveram uma média de 91,04 % produção hospitalar executada dentro da própria macrorregião (figura 34). Aproximadamente 40% das internações hospitalares no SUS/SC são por condições que poderiam ser evitadas com uma APS efetiva e oportuna.

Figura 13 - Distribuição por Macrorregião da produção hospitalar, de acordo com a população em 2018



O mapa a seguir mostra a capacidade instalada de Atenção à Saúde na Macrorregião do Vale do Itajaí e as possibilidades de novas habilitações.

Figura 14 - Capacidade instalada de Atenção à Saúde na Macrorregião do Vale do Itajaí



Quadro 36 - Habilitações nos Hospitais da Macrorregião do Vale do Itajaí

2558246 Hospital Santa Isabel - Blumenau	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	0805 Cirurgia Vascular
	0806 Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardiácos
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1617 Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC
	1707 UNACON com Serviço de Radioterapia
2558254 Hospital Santo Antônio - Blumenau	0202 Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave
	1414 Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II
	1706 UNACON
	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
2568713 Hospital Regional Alto Vale - Rio do Sul	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular
	0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista
	0805 Cirurgia Vascular
	1414 Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II
	1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
	1706 UNACON

As possíveis habilitações em serviços e procedimentos para os hospitais da Macrorregião do Vale do Itajaí compreendem:

- ✓ Oftalmologia;
- ✓ Serviço de Radioterapia;
- ✓ UCINCa,
- ✓ UCINCo.

#### Capacidade Instalada de Leitos Hospitalares SUS

A Portaria GM/MS nº 1.631/2015 estabelece os parâmetros para as áreas de Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria Clínica, Pediatria Cirúrgica, Adulto Clínica 15 a 59 anos, Adulto Clínica 60 anos e mais, Adulto Cirúrgica 15 a 59 anos e Adulto Cirúrgica de 60 anos e mais. A Portaria atual recomenda que a necessidade de leitos seja calculada em quatro cenários com valores progressivos, de forma a situar a realidade em relação aos leitos do Estado.

Os leitos de internação são as camas destinadas à internação de um paciente no hospital,

excluindo-se os leitos complementares (UTI e Unidades Intermediárias), os leitos de observação e dos leitos da categoria hospital dia.

A análise da capacidade instalada de leitos por Macrorregiões de Saúde deve considerar a proporção de leitos localizados em hospitais com menos de 50 leitos, representando 61,7% no Estado (quadro 83). Esta avaliação é necessária tendo em vista que os hospitais de pequeno porte podem apresentar baixa resolutividade nas internações e na taxa de ocupação.



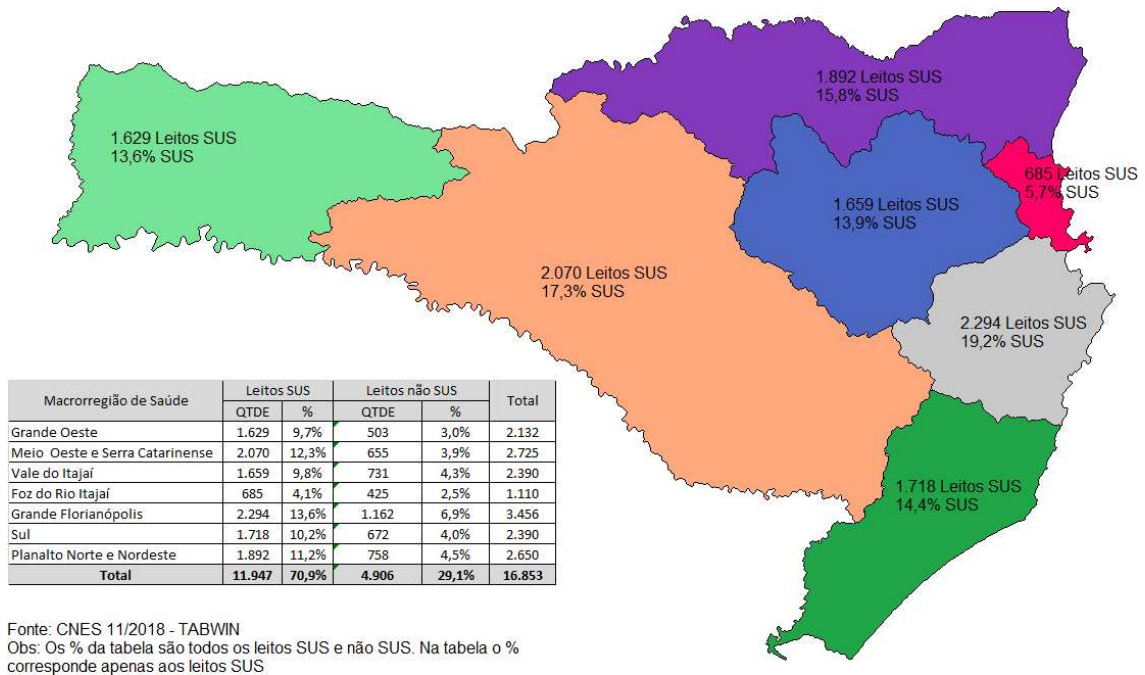
Quadro 36 - Relação de hospitais por leito nas Macrorregiões em 2018, SC

<b>Macrorregião de Saúde</b>	<b>Até 50</b>	<b>51 a 100</b>	<b>101 a 200</b>	<b>&gt;200</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% da Rede</b>
Grande Oeste	28	4	1	1	34	18,9
Meio Oeste e Serra Catarinense	24	6	7	0	37	20,6
Vale do Itajaí	14	7	3	1	25	13,9
Foz do Rio Itajaí	5	1	1	1	8	4,4
Grande Florianópolis	13	4	8	2	27	15,00
Sul	14	5	3	2	24	13,3
Planalto Norte e Nordeste	17	4	4	0	25	13,9
<b>TOTAL DE UNIDADES</b>	<b>111</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>9</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>
<b>% por Quantidade de Leitos</b>	<b>61,7</b>	<b>17,8</b>	<b>15,5</b>	<b>5,00</b>	<b>100,00</b>	

Fonte: CNES/2018

O mapa abaixo mostra a proporção de leitos SUS ofertados por Macrorregiões do Estado (Figura 15).

**Figura 15 - Mapa com a distribuição dos leitos hospitalares SUS por Macrorregião, SC, 2018**



Observa-se que as Macrorregiões que possuem a menor proporção de leitos SUS são: Foz do Rio Itajaí (5,7%), Grande Oeste (13,6%) e **Vale do Itajaí (13,9%)**.

As informações referentes aos leitos existentes são atualizadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e com isto sofrem variações na medida em que os serviços e procedimentos são habilitados. Na tabela 2 apresenta a distribuição dos leitos existentes no Estado (SUS e não SUS), dados atualizados em julho/2019.

Tabela 2 - Distribuição dos leitos existentes por categoria, SC, 2019

Descrição	Leito não		Total
	Leito SUS	SUS	
<b>Pediátrico</b>			
Clínico	799	240	1039
Cirúrgico	113	46	159
Total	912	286	1198
<b>Obstétricos</b>			
Clínico	631	219	850
Cirúrgico	562	250	812
Total	1193	469	1662
<b>Clínicos Adultos</b>			
Clínicos	4585	1466	6051
<b>Cirúrgicos Adultos</b>			
Cirúrgicos	3043	1462	4505
<b>Outras Especialidades</b>			
Crônicos	210	13	223
Psiquiatria	867	410	1277
Reabilitação	48	16	64
Pneumologia Sanitária	29	1	30
Acolhimento Noturno	10	0	10
Total	1164	440	1604
<b>Total Geral</b>	<b>10897</b>	<b>4123</b>	<b>15020</b>

Fonte: CNES, Jul/2019

## Laboratório Estadual

Laboratório Central de Saúde Pública - parte integrante do SISLAB - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, executa ações no contexto da Vigilância em Saúde na medida em que propicia o conhecimento de doenças que afetam individual ou coletivamente os cidadãos; realiza a vigilância laboratorial dos patógenos causadores de doenças emergentes e reemergentes que podem afetar a coletividade causando surtos, epidemias, etc; verifica a qualidade dos produtos (alimentos, medicamentos, saneantes, etc) de interesse de saúde pública; analisa o padrão de conformidade de amostras ambientais . h

Os dados produzidos a partir dos resultados dos testes subsidiam a implementação de políticas públicas de saúde e a adoção de medidas que tem por objetivo a proteção da população.

## Centro de Informações e Assistência Toxicológicas (Ciatox)

As intoxicações e envenenamentos são frequentes e na maioria das vezes levam a busca por atendimentos em serviços de saúde. O suporte de um Centro de Informação e Assistência Toxicológica na decisão clínica durante o atendimento de pacientes expostos é fator de redução de custos e maior benefício ao paciente.

O Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina é um serviço disponível no Estado, através de ligação gratuita e ininterrupto, para o suporte aos profissionais de saúde, à população em geral e às instituições, através da informação e assistência toxicológica, visando à redução da morbimortalidade por intoxicações e envenenamentos.

De janeiro de 2014 a dezembro de 2018 foram registrados 65.567 atendimentos de casos humanos. A maior parte das solicitações foi realizada por profissionais da área da saúde, provenientes de Hospitais (65,4%), Unidades de Pronto Atendimento (16,9%) e Unidades Básicas de Saúde (6,3%). A ligação das residências foi em 7,3% dos casos.

Com relação à faixa etária observa-se predominância das exposições em crianças de 1 a 4 anos (15,6%), decorrentes de exposições principalmente acidentais a medicamentos e produtos domissanitários. Nos adultos jovens de 20 a 29 anos (17,9%) e de 30 a 39 anos (15,9%), principalmente com medicamentos nas tentativas de suicídio e acidentes com animais peçonhentos.

Segundo informações obtidas no SIM foram registrados no Estado, no período de 2014 a 2017, 18 óbitos associados ao contato com animais peçonhentos e 355 casos cuja causa estabelecida foi decorrente de intoxicações acidentais ou intencionais. No mesmo período, foram registrados no CIATox/SC, 8 óbitos por animais peçonhentos e 225 óbitos por intoxicação por outros agentes.

Pela especificidade e importância, a implantação de uma linha de cuidado em toxicologia é necessária e essencial para o planejamento, execução e monitoramento de ações adequadas na abordagem ao paciente intoxicado e na prevenção das intoxicações no Estado de Santa Catarina.

Dessa forma, entende-se como macroproblema relacionado ao CIATox/SC a ausência de uma linha de cuidado na área de toxicologia, junto a SES e, como forma de suprir a necessidade de solucionar esse problema, foram elaborados os seguintes objetivos:

- ✓ Elaborar linha de cuidado nos atendimentos toxicológicos (intoxicações e envenenamentos);
- ✓ Ampliar a assistência do CIATox/SC aos casos de intoxicação e envenenamentos em SC;
- ✓ Promover equidade da realização dos exames toxicológicos de urgência;
- ✓ Promover ações de educação e prevenção relacionadas aos casos de envenenamentos e de intoxicações;
- ✓ Revisar e consolidar a política estadual de antídotos;
- ✓ Elaborar e divulgar relatórios estatísticos contendo informações sobre os casos de intoxicação e de envenenamentos;
- ✓ Aprimorar o sistema informatizado DATATOX como ferramenta de registro dos casos de intoxicação, trazendo agilidade no processo de atendimento;
- ✓ Obter recurso financeiro para a manutenção do Centro, conforme disponibilizado na Portaria 1678 - MS de outubro de 2015.

Exames de Apoio Diagnóstico

### **Equipamentos para Tomografias**

Pelo parâmetro vigente para aparelhos de tomografia o Estado já possui o suficiente extrapolando a necessidade em 34 equipamentos, a necessidade seria de mais 3 ou 4 aparelhos de Tomografia PET SCAN, pois a relação é de 1 aparelho para cada 1.500.000 habitantes e o Estado possui apenas um aparelho SUS em Maravilha no Grande Oeste (quadro 90).

### **Quadro 37 - Quantitativo de tomografias disponível por Macrorregiões, SC**

Macrorregião	Região de Saúde	POP 2018	Parâmetro PT 1.631	EQP SUS
Grande Oeste	Extremo Oeste	231.848	2,3	4
	Oeste	360.933	3,6	8
	Xanxerê	200.114	2,0	2
	Meio Oeste	191.303	1,9	2

Meio Oeste e Serra Catarinense	Alto Vale do Rio do Peixe	293.133	2,9	5
	Alto Uruguai Catarinense	143.337	1,4	1
	Serra Catarinense	288.479	2,9	6
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	295.201	3,0	5
	Médio Vale do Itajaí	782.458	7,8	11
Foz do Rio Itajaí	Foz do Rio Itajaí	698.912	7,0	12
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	1.189.947	11,9	17
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	1.023.135	10,2	8
	Planalto Norte	376.993	3,8	9
Sul	Extremo Sul Catarinense	200.339	2,0	1
	Carbonífera	433.675	4,3	5
	Laguna	365.687	3,7	9
<b>TOTAL</b>		<b>7.075.494</b>	<b>70,8</b>	<b>105</b>

Fonte: CNES

### Equipamentos de Ressonância Magnética

Pelo parâmetro vigente o Estado também extrapola a necessidade de equipamentos de ressonância magnética estando distribuídos em todas as Macrorregiões de saúde (quadro 38).

Quadro 38 - Quantitativo de Ressonância Magnética disponível por Macrorregiões, SC

Macrorregião	Região de Saúde	Pop 2018	Equipamento SUS	Parâmetro PT 1.631
Grande Oeste	Extremo Oeste	231.848	3	1,4
	Oeste	360.933	4	2,2
	Xanxerê	200.114	0	1,2

Meio Oeste e Serra Catarinense	Meio Oeste	191.303	3	1,1
	Alto Vale do Rio do Peixe	293.133	3	1,8
	Alto Uruguai Catarinense	143.337	1	0,9
	Serra Catarinense	288.479	4	1,7
Vale do Itajaí	Alto Vale do Itajaí	295.201	4	1,8
	Médio Vale do Itajaí	782.458	6	4,7
Foz do Rio Itajaí	Foz do Rio Itajaí	698.912	4	4,2
Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	1.189.947	9	7,1
Planalto Norte e Nordeste	Nordeste	1.023.135	7	6,1
	Planalto Norte	376.993	6	2,3
Sul	Extremo Sul Catarinense	200.339	0	1,2
	Carbonífera	433.675	2	2,6
	Laguna	365.687	4	2,2
<b>TOTAL</b>		<b>7.075.494</b>	<b>60</b>	<b>42,5</b>

Fonte: CNES

### Equipamentos para Mamografia

O Estado também extrapola o parâmetro de mamógrafos estando distribuídos em todas as Regiões de Saúde (quadro 39).

Quadro 39 - Quantitativo de Mamografia disponível por Macrorregiões, SC

REGIÃO	POP 2018	Mamógrafo com Comando Simples	Mamógrafo com Estereotaxia	Mamógrafo computadorizado	Eqp SUS	PT 1.631
--------	----------	-------------------------------	----------------------------	---------------------------	---------	----------

Extremo Oeste	231.848	3	2	2	7	1,4
Oeste	360.933	8	1	3	12	2,0
Xanxerê	200.114	2	1	0	3	1,1
Meio Oeste	191.303	3	0	0	3	1,1
Alto Vale do Rio do Peixe	293.133	5	2	1	8	1,6
Alto Uruguai Catarinense	143.337	2	0	0	2	0,9
Serra Catarinense	288.479	2	2	1	5	1,7
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>295.201</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>1,6</b>
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>782.458</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>4,4</b>
Foz do Rio Itajaí	698.912	14	2	2	18	3,5
Grande Florianópolis	1.189.947	8	3	1	12	6,6
Nordeste	1.023.135	5	1	5	11	5,4
Planalto Norte	376.993	5	1	1	7	2,1
Extremo Sul Catarinense	200.339	5	0	0	5	1,1
Carbonífera	433.675	4	1	1	6	2,6
Laguna	365.687	6	1	5	12	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>7.075.494</b>	<b>88</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>131</b>	<b>39,2</b>

### Equipamentos de Ultrassonografia

Todas as Regiões de Saúde possuem equipamentos de ultrassonografia acima do preconizado pelos parâmetros da Portaria 1.631 (quadro 40).

Região de Saúde	POP 2018	Ultrassom Doppler Colorido	Ultrassom Ecógrafo	Ultrassom Convencional	EQP SUS	PT 1.631
Extremo Oeste	231.848	10	4	15	29	11,5
Oeste	360.933	14	7	22	43	17,9
Xanxerê	200.114	3	4	11	18	9,9
Meio Oeste	191.303	6	2	3	11	9,5
Alto Vale do Rio do Peixe	293.133	7	8	6	21	14,5



Alto Uruguai Catarinense	143.337	5	1	9	15	7,1
Serra Catarinense	288.479	11	8	10	29	14,3
<b>Alto Vale do Itajaí</b>	<b>295.201</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>14,6</b>
<b>Médio Vale do Itajaí</b>	<b>782.458</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>29</b>	<b>68</b>	<b>38,8</b>
Foz do Rio Itajaí	698.912	17	15	32	64	34,7
Grande Florianópolis	1.189.947	29	25	44	98	59,0
Nordeste	1.023.135	18	16	20	54	50,8
Planalto Norte	376.993	14	8	20	42	18,7
Extremo Sul Catarinense	200.339	2	4	5	11	9,9
Carbonífera	433.675	20	8	20	48	21,5
Laguna	365.687	11	7	12	30	18,1
<b>TOTAL</b>	<b>7.075.494</b>	<b>200</b>	<b>139</b>	<b>272</b>	<b>611</b>	<b>351</b>

### **Equipamentos de Raio X**

Segundo a Portaria 1.101/2002 o parâmetro para equipamento de Raio X é um para cada 25 mil habitantes, observa-se que em SC esse parâmetro está extrapolado (quadro 41).

**Quadro 41 - Quantitativo de Ressonância Magnética disponível por Macrorregiões, SC**

Macrorregião de Saúde	Raio X até 100 mA	Raio X de 100 a 500 mA	Raio X mais de 500mA	Raio X Dentário*	Raio X com Flúor	Raio X para Densit. Óssea	Raio X para Hemod	Qtde. Apare.	Pop 2018	Pop. X Hab.
										*Exceto Dentário
Grande Oeste	17	26	11	53	4	4	1	116	792.895	12.586
Meio Oeste e Serra Catarinense	22	29	14	52	2	6	1	126	916.252	12.382
<b>Vale do Itajaí</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>49</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>111</b>	<b>1.077.659</b>	<b>17.382</b>
Foz do Rio Itajaí	8	21	7	27	2	2	1	68	698.912	17.047
Grande Florianópolis	5	27	17	37	8	6	4	104	1.189.947	17.761
Sul	14	31	18	61	3	8	2	137	999.701	13.154
Planalto Norte e Nordeste	16	33	18	66	5	10	5	153	1.400.128	16.094
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>190</b>	<b>102</b>	<b>345</b>	<b>28</b>	<b>43</b>	<b>16</b>	<b>815</b>	<b>7.075.494</b>	<b>15.055</b>

Fonte: CNES

## 6. ANÁLISE SITUACIONAL DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO VALE DO ITAJAÍ

A Macrorregião do Vale do Itajaí é composta por 42 (quarenta e dois) municípios, organizados em 02 (duas) regiões de saúde: Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí com 28 (vinte e oito) municípios e população de 303.747 mil habitantes, Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí com 14 (quatorze) municípios e população de 808.053 mil habitantes. A população total é de 1.111.80 mil habita mil habitantes (IBGE 2020), que corresponde a 15,3% da população do estado de Santa Catarina.

### Dados Demográficos

Quadro 36 - Municípios e população que compõem a Região do Vale do Itajaí

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO 2016
Agrolândia	11.013
Agronômica	5.509
Atalanta	3.195
Aurora	5.683
Braço do Trombudo	3.769
Chapadão do Lageado	3.006
Dona Emma	4.186
Ibirama (SDR)	19.096
Imbuia	6.241
Ituporanga (SDR)	25.355
José Boiteux	5.007
Laurentino	7.063
Lontras	12.300
Mirim Doce	2.283
Petrolândia	5.905
Pouso Redondo	17.712
Presidente Getúlio	17.726
Presidente Nereu	2.283
Rio do Campo	5.902
Rio do Oeste	7.520
<b>Rio do Sul (SDR)</b>	<b>72.006</b>
Salete	7.659
Santa Terezinha	8.773
Taió	18.486
Trombudo Central	7.434
Vidal Ramos	6.329
Vitor Meirelles	4.943
Witmarsum	3.998
Apiuna	10.849
Ascurra	7.978
Benedito Novo	11.775

Botuverá	5.322
<b>Blumenau (SDR)</b>	<b>361.855</b>
Brusque	<b>136.689</b>
Doutor Pedrinho	4.115
Gaspar	70.793
Guabiruba	24.372
Indaial	70.900
Pomerode	34.010
Rio dos Cedros	11.808
Rodeio	11.600
Timbó	44.977
Total	<b>1.111.80</b>

Fonte: IBGE 2020

As cidades com maior população são Blumenau, Brusque e Rio do Sul respectivamente, sendo que nas cidades de Blumenau e Rio do Sul estão localizadas as referências hospitalares da macrorregião, definidas como porta de entrada de urgência e emergência pelos critérios da portaria MS 2395/2011.

Segundo o quantitativo populacional, a região do Vale do Itajaí se configura na seguinte distribuição:

- Até 10 mil habitantes – 22 municípios (52,38%)
- De 10.001 até 50 mil habitantes – 14 municípios (33,33%)
- De 50.001 até 100 mil habitantes – 03 municípios (7,14%)
- De 100.001 até 150.000 – 01 município (2,38%)
- A partir de 150.001 mil habitantes – 01 (2,38%)

Quadro 02 – População residente do Vale do Itajaí, segundo faixa etária – Ano base 2016

FAIXA ETÁRIA	VALE DO ITAJAÍ
0 a 4 anos	65.592
5 a 9 anos	68.794
10 a 14 anos	73.439
15 a 19 anos	80.989
<b>20 a 29 anos</b>	<b>186.620</b>
<b>30 a 39 anos</b>	<b>168.211</b>
<b>40 a 49 anos</b>	<b>145.609</b>
50 a 59 anos	119.078
60 a 69 anos	72.366
70 a 79 anos	34.974
80 anos e mais	16.075

Fonte: Tabwin

A população da faixa etária residente do Vale do Itajaí apresenta-se com maior população na faixa etária de 20 a 29 anos.

### A) Dados epidemiológicos

Quadro 37 –Número de óbitos por causa por Causas - Capítulos CID10 Vale do Itajaí – Ano base 2014-2018

<b>Causas-Capítulos CID10</b>	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.014
<b>Neoplasias (tumores)</b>	<b>6.391</b>
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	131
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.891
Transtornos mentais e comportamentais	408
Doenças do sistema nervoso	993
<b>Doenças do aparelho circulatório</b>	<b>7.895</b>
<b>Doenças do aparelho respiratório</b>	<b>3.816</b>
Doenças do aparelho digestivo	1.332
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	90
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	118
Doenças do aparelho geniturinário	935
Gravidez parto e puerpério	22
Algumas afec originadas no período perinatal	413
Malf. congênitas e anomalias cromossômicas	240
Mal Definidas	816
<b>Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios)</b>	<b>3.189</b>
Total	29.706

Fonte: Tabwin

Observa-se que as quatro maiores causas de óbitos por ordem decrescente é respectivamente:

- Doenças do aparelho circulatório
- Neoplasias
- Doenças do aparelho respiratório
- Causas externas

Quadro 38 - Números absolutos de óbitos por causas externas, conforme tipologia, ocorridos na região do Vale de Itajaí - Ano base 2014-2018

<b>Causas-Capítulos CID10</b>	<b>Números absolutos</b>
<b>Acidentes de Transporte</b>	<b>1.344</b>
Outros acidentes	745
Homicídios	368
<b>Suicídios</b>	<b>633</b>
Eventos cuja intenção é indeterminada	53
Demais causas externas	46
<b>Total</b>	<b>3.189</b>

Fonte: Tabwin

O maior causador de óbitos por causas externas é os acidentes de transporte em acidentes de, sendo um dado de relevante importância para a estruturação das redes de atenção às urgências e emergências. Observa-se uma significativa crescente no número de suicídios, justificando ainda mais a necessidade das Redes, e a articulação entre elas.

## B) Atenção Básica

A utilização da Estratégia Saúde da Família como ferramenta de organização da atenção básica, é observada através da expansão do número de equipes na Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí, apresentando uma excelente cobertura populacional. Cobertura da Atenção Básica /Atenção Primária no Alto Vale do Itajaí/Atenção Básica Instalada.

Quadro 38 - Cobertura da Atenção Básica

A	Município	População coberta	Teto de equipes ESF e ESB	Nº de equipes SF	Nº das Equipes SF assentamento	Nº de equipes SB 1	Nº de equipes SB 2	Nº de ACS	CEO de referência	NASF MS MOD. 1	Nº Equipe com adesão no PMAQ (ESF E SB)
	Agrolândia	100%	5/5	5	0	1	0	24	Ituporanga	0	5/1
	Agronômica	63,45%	3/3	1	0	1	0	12	Rio do Sul	0	1/1
	Atalanta	100%	2/2	1	0	1	0	8	Ituporanga	0	1/1
	Aurora	100%	3/3	2	0	1	0	13	Ituporanga	0	2/1
	Braço do Trombudo	100%	2/2	2	0	1	0	8	Rio do Sul	0	2/1
	Chapadão do Lageado	100%	1/1	1	0	1	0	7	Ituporanga	0	1/1
	Dona Emma	100%	2/2	2	0	2	0	9	Ibirama	0	2/2
	Ibirama	100%	9/9	7	0	5	0	41	Ibirama	1	7/5
	Imbuia	100%	3/3	3	0	1	0	14	Ituporanga	0	3/1
	Ituporanga	100%	12/12	9	0	9	0	56	Ituporanga	1	9/9
	José Boiteux	100%	2/2	2	0	2	0	12	Ibirama	0	2/2
	Laurentino	100%	3/3	2	0	1	0	14	Rio do Sul	0	2/1
	Lontras	100%	6/6	4	0	1	0	20	Ibirama	0	4/1
	Mirim Doce	100%	1/1	1	0	1	0	6	-	0	1/1
	Petrolândia	100%	3/3	2	0	2	0	14	Ituporanga	0	2/2
	Pouso Redondo	100%	8/8	7	0	3	0	38	-	0	7/3
	Presidente Getúlio	100%	8/8	5	0	5	0	34	Ibirama	1	
	Presidente Nereu	100%	1/1	1	0	1	0	6	Ibirama	0	1/1
	Rio do Campo	100%	3/3	3	0	2	0	15	-	0	3/2



Rio do Oeste	100%	4 / 4	3	0	1	0	12	Rio do Sul	0	3/ 1
Rio do Sul	79,78 %	34/34	16	0	1	0	81	Rio do Sul	2	1 5/ 1
Santa Terezinha	78%	4 / 4	2	0	3	0	19	-	0	2/ 3
Salete	100%	4 / 4	3	0	2	0	19	-	0	3/ 2
Taió	100%	9 / 9	6	0	3	0	44	-	0	6/ 3
Trombudo Central	95,69 %	4 / 4	2	0	1	0	14	Rio do Sul	0	2/ 1
Vidal Ramos	100%	3 / 3	3	0	2	0	16	Ituporanga	0	3/ 2
Vitor Meireles	100%	3 / 3	3	0	1	0	12	Ibirama	0	3/ 1
Witmarsum	100%	2 / 2	2	0	1	0	9	Ibirama	0	2/ 1
Apiúna	100%	7	4	0	3	0	25	Ibirama	1	4/ 3
Ascurra	100%	4	2	0	2	0	13	Ibirama	0	2/2 2/2
Benedito Novo	100%	5	5	0	1	0	24	Gaspar	0	5/5
Blumenu	65,70 %	116	66	0	7	25	234	Blumenu	0	34/32
Botuverá	100%	2	3	0	1	0	09	Brusque	1	2
Brusque	89,66 %	6 3	31	0	19	0	124	Brusque	2	29/19
Doutor Pedrinho	100%	2	1	0	0	0	08	--	0	1/0
Gaspar	83,37 %	3 3	16	0	7	0	95	Gaspar	1	16/7
Guabiruba	79,18 %	6	6	0	0	0	14	--	1	6
Indaial	67,45	3 3	13	0	0	0	39	Gaspar	1	10
Pomerode	96,01 %	1 4	8	1	3	3	63	--	1	8/6
Rio dos Cedros	100%	5	4	0	0	0	20	--	0	3/1
Rodeio	100%	5	5	0	2	0	28	--	1	4/2

Timbó	100%	1 4	14	0	10	0	62	--	2	12/10
-------	------	--------	----	---	----	---	----	----	---	-------

## **Atenção Hospitalar Atual**

A Macrorregião Região do Vale do Itajaí conta com Unidades Hospitalares. Analisando a distribuição dos hospitais na região constata-se que 24 municípios não possuem hospitais. Do total de 24 unidades hospitalares, 12 hospitais apresentam menos de 50 leitos; 06 hospitais possuem de 50 a 100 leitos; 06 hospitais com mais de 100 leitos.

Na macrorregião no município de Blumenau, o Hospital Santo Antônio, está habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia, oncologia, gestação de alto risco e cirurgia bariátrica, já o Hospital Santa Isabel está habilitado para: neurologia e neurocirurgia, transplantes, cardiovascular, cirurgia cardiovascular, procedimentos intervencionista e oncologia.

No município de Rio do Sul, o Hospital Regional Alto vale possui habilitação para neurocirurgia, cirurgia vascular, cardiovascular, oncologia e Gestação de Alto Risco.

Os demais hospitais são hospitais gerais de pequeno porte.

Quadro 37 – Capacidade Hospitalar instalada na macrorregião do Vale do Itajaí

Região	Município	Unidad e Hospital ar	Porte	Porta Aberta	Leitos SUS	Leitos Nã SUS	Habilitações
Alto Vale do Itajaí	Agrolândia	FUNDACAO HOSPITALAR ALEX KRIESER	Pequeno	Não	27	11	
Alto Vale do Itajaí	Imbuia	FUNDACAO HOSPITALAR DE IMBUIA	Pequeno	Não	11	01	
Alto Vale do Itajaí	Petrolândia	FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL DE SANTA CATARINA	Pequeno	Não	14	02	
Alto Vale do Itajaí	Pouso Redondo	HOSPITAL DE POUSO REDONDO	Pequeno	Não	34	07	
Alto Vale do Itajaí	Presidente Getúlio	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA AUXILIADORA	Pequeno	Não	42	02	LEITOS DE RETAGUARDA
Alto Vale do Itajaí	Rio do Campo	SOCIEDADE CULTURAL E BENEFICENTE SÃO JOSE	Pequeno	Não	32	01	
Alto Vale do Itajaí	Salete	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA TEREZINHA	Pequeno	Não	32	00	
Alto Vale do Itajaí	Taió	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA LISETTE	Pequeno	Não	34	02	
Alto Vale do Itajaí	Vidal Ramos	HOSPITAL VIDAL RAMOS	Pequeno	Não	21	01	
Alto Vale do Itajaí	Vitor Meireles	ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI	Pequeno	Não	15	02	
Alto Vale do Itajaí	Ibirama	HOSPITAL DR WALDOMIRO COLAUTTI	Médio	Em processo de habilitação	94	00	AGURDA HAB LEITOS DE RETAGUARDA; AGUARDA HABILITAÇÃO PORTA DE ENTRADA
Alto Vale do Itajaí	Ituporanga	HOSPITAL BOM JESUS	Médio	Não	60	07	LEITOS DE RETAGUARDA; UTI ADULTO TIPO II, AGUARDA HAB PORTA DE ENTRADA ESTRATEGICA E

							AMPLIAÇÃO DE 01 LEITO UTI TIPO II
Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	HOSPITAL SAMARIA	Médio	Não	65	40	LEITOS DE RETAGUARDA
Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	Grande	Sim	160	43	PORTA DE ENTRADA; UTI ADULTO (19); UTI PEDIATRICO (02), LEITOS UCO (06); LEITOS AVC INTEGRAL (11);

Região	Município	Unidade Hospitalar	Leitos clínicos	Leitos cirúrgicos	Leitos UTI	Leitos Obstétricos	Leitos Outros
Médio Vale do Itajaí	Indaial	Hospital Beatriz Ramos	22	17	00	17	32
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santa Izabel	105	60	24	01	03
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santo Antônio	45	45	40	31	43
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Misericórdia	24	07	00	01	01
Médio Vale do Itajaí	Pomerode	Hospital e Maternidade Rio do Texto	20	12	00	05	03
Médio Vale do Itajaí	Timbó	Hospital e Mat. Oase	24	20	10	06	15
Médio Vale do Itajaí	Gaspar	Hospital de Gaspar	44	38	00	14	04

Fonte CNES

Entre 2013 e 2018 foram desativados 06 hospitais, dos seguintes municípios: José Boiteux, Rio do Oeste, Aurora, Benedito Novo, Guabiruba e Rio dos Cedros que depois foi reaberto. Juntos somavam aproximadamente 111 leitos, sendo 95 leitos SUS.

A grande maioria dos Hospitais são de caráter filantrópico, e temos na região um Hospital de Gestão Estadual, que é o Hospital Dr. Waldomiro Colautti situado na cidade de Ibirama.

**C) Distribuição de Leitos no Vale do Itajaí conforme especialidades**

Quadro 08 – Distribuição de Leitos

Região	Município	Unidad e Hospital ar	Leitos clínicos	Leitos cirúrgicos	Leitos UTI	Leitos Obstétricos	Leitos Outros
Alto Vale do Itajaí	Agrolândia	FUNDACAO HOSPITALAR ALEX KRIESER	21	02	00	04	02
Alto Vale do Itajaí	Imbuia	FUNDACAO HOSPITALAR DE IMBUIA	05	00	00	00	05
Alto Vale do Itajaí	Petrolandia	FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL DE SANTA CATARINA	12	00	00	00	02
Alto Vale do Itajaí	Pouso Redondo	HOSPITAL DE POUSO REDONDO	12	02	00	06	14
Alto Vale do Itajaí	Presidente Getúlio	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA AUXILIADORA	24	10	00	04	04
Alto Vale do Itajaí	Rio do Campo	SOCIEDADE CULTURAL E BENEFICENTE SÃO JOSE	16	02	00	05	07
Alto Vale do Itajaí	Salete	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA TEREZINHA	27	00	00	02	03
Alto Vale do Itajaí	Taió	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA LISETTE	17	09	00	03	06
Alto Vale do Itajaí	Vidal Ramos	HOSPITAL VIDAL RAMOS	08	02	00	03	04
Alto Vale do Itajaí	Vitor Meireles	ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA	08	02	00	02	03

		MENEGHELLI					
Alto Vale do Itajaí	Ibirama	HOSPITAL DR WALDOMIRO COLAUTTI	22	26	<b>20 LEITOS 10 (UTI ADULTO) + 10 UTI COVID</b>	18	08

Alto Vale do Itajaí	Ituporanga	HOSPITAL BOM JESUS	22	06	<b>15 LEITOS 10 UTI TIPO II E 05 LEITOS UTI COVID</b>	13	06
Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	HOSPITAL SAMARIA	17	16	00	00	34
Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	42	44	<b>36 LEITOS: 20 UTI GERAL TIPO II 02 UTI PEDIATRICO 04 UTI NEO 10 LEITOS UTI COVID</b>	17	26

Médio Vale do Itajaí	Indaial	Hospital Beatriz Ramos	2 2	17	00	17	32
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santa Izabel	1 0 5	60	24	01	03
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santo Antônio	4 5	45	40	31	43
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Misericórdia	2 4	07	00	01	01
Médio Vale do Itajaí	Pomerode	Hospital e Maternidade Rio do Texto	2 0	12	00	05	03

24

Médio Vale do Itajai	Timbó	Hospital e Mat. Oase	24	20	10	06	15
<b>TOTAL</b>			<b>579</b>	<b>340</b>	<b>129</b>	<b>177</b>	<b>297</b>



O número de leitos SUS existentes Na macrorregião do Vale de Itajaí é de 1.527 leitos disponíveis. Segundo a OMS, há a necessidade de 3,0 leitos para cada 1000 habitantes, para atender as demandas da população da região. Fazendo o dimensionamento destes leitos, a macrorregião de saúde deveria ter aproximadamente 3.098 leitos, o que significa 49,28% dos leitos SUS necessários, ficando um déficit de 1.571 leitos SUS.

Temos ainda que considerar a posição geográfica do Vale do Itajaí, que tem uma malha viária com muita circulação de veículos, especialmente os de transportes de cargas, o que aumenta ainda mais a necessidade de leitos, considerando o alto índice de acidentes de trânsito.

### D) Regulação de Urgência e Emergência - SAMU

Na Macrorregião do Vale do Itajaí existe uma Central de Regulação (CR) do SAMU, instalada junto a Polícia Militar no município de Blumenau, funcionando 24 horas, com a presença de médico regulador para atender os 42 municípios.

### E) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Quadro 09 – Relação de bases do SAMU-USB na Macro Região do Vale do Itajaí

Região	Município	Nº USB	Qualificação o Sim / Não	Municípios atendidos	Nº atendimento ano (2017)
ALTO VALE	Ituporanga	01	SIM	08	1150
	Taió	01	SIM	05	418
	Rio do Sul	01	SIM	08	1680
	Ibirama	01	SIM	05	1200
	Witmarsum	01	SIM	03	288
MÉDIO VALE	Ascurra	01	NÃO	03	768
	Timbó	01	NÃO	04	1094
	Indaial	01	NÃO	01	637
	Pomerode	01	NÃO	01	1098
	Blumenau	03	NÃO	01	25601
	Gaspar	01	SIM	01	1491
	Brusque	01	SIM	03	1287
	<b>TOTAL</b>		<b>14</b>		<b>36.7</b> <b>12</b>

Fonte: SAMU

Quadro 10 – Relação de bases do SAMU-USA no Vale do Itajaí

Região	Município	Nº USA	Qualificação Sim / Não	Municípios atendidos	Nº atendimento ano
VALE DO ITAJAI	Rio do Sul	01	SIM	28	1800
MÉDIO VALE	Blumenau	01	SIM	14	4258
MÉDIO VALE	Brusque	01	SIM		

Fonte: SAMU

Na região do Alto Vale do Itajaí, são 05 unidades de SAMU, sendo 5 USB com bases nas cidades de Ituporanga, Taió, Ibirama, Rio do Sul e Witmarsum e uma USA com base na cidade de Rio do Sul.

Na região do Médio Vale, são 08 unidades de SAMU, sendo 6 USB com bases nas cidades de Ascurra, Timbó, Indaial, Blumenau, Pomerode, Gaspar e Brusque e duas USAs com base na cidade de Blumenau.

Também por consequência da malha viária e de ser uma região com grande fluxo de veículos, inclusive tendo um dos piores trechos da BR 470, há uma necessidade muito grande de atendimentos do SAMU. O serviço é compartilhado com equipes do CBM e de algumas equipes de Bombeiros Voluntários.

#### F) Unidade de Pronto Atendimento 24h – UPAs

Quadro 11 – Número de Unidades de Pronto Atendimento desenhadas no PAR Vale do Itajaí - 2016

Região	Município	UPA 24h Habilitada Portaria	Qualificação o Portaria	Porte	Opção	Nº atendimento o ano	Curso ano
VALE DO ITAJAI	Rio do Sul	PT 2.214 de 20/07/2018	PT 309 DE 25/02/2019	Tipo I	III	42.825	1.200.000.00

Fonte: CNES

Quadro 12 – Número de Unidades de Pronto Atendimento do Vale do Itajaí, aguardando habilitação

Região	Mun.	UPA 24h Habilitada	Porte	Endereço	Obra concluída
Vale do Itajaí	Brusque	Unidade de Pronto Atendimento	Porte II	AV. Beira Rio, n. 740 Bairro Santa Rita	Solicitado readequação física (processo DESID/SE/MS)

### I) Atenção Domiciliar

Na região do Alto Vale do Itajaí, não consta o serviço de atenção domiciliar.

Quadro 13 – Número de equipes de atenção domiciliar SAD - Vale do Itajaí – 2020

Região	Município	Tipo	Quantidade	Portaria	Valor de Custeio Anual
Médio Vale	Blumenau	EMAD I	03	PT GM N. 825, de 25/04/2016	R\$ 1.872.000,00
		EMAP	01		
Médio Vale	Gaspar	EMAD I	01	PT GM N. 2.572, de 29/11/2016	R\$ 600.000,00
Medio Vale	Brusque	EMAD I	01	PT N° 306, de 25/02/2019	R\$672.000,00
		EMAP	01		

Fonte: CNES

## 7. Desenho da Rede de Urgência e Emergência na Macrorregião – Atenção Hospitalar – Porta de Entrada

### 7.1 Hospitais Habilitados como Porta de Entrada

#### Quadro 38 – Hospitais do Vale do Itajaí, habilitados como Porta de Entrada na RUE

Quadro 1: 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)	Portaria
VALE DO ITAJAÍ	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	Entidade sem fins lucrativos	Privada	Municipal	Tipo II	PT GM 821 DE 25/04/2016
VALE DO ITAJAI	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	Tipo II	PT GM 2157 de 17/10/2016
VALE DO ITAJAI	Blumenau	2558246	Hospital Santa Izabel	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	Tipo II	PT GM 821 DE 25/04/2016
VALE DO ITAJAI	Brusque	2522411	Hospital Azambuja	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	Geral	PT GM 2157 de 17/10/2016

## 7.2 Hospitais com novas inclusões no PAR 2020 como Porta de Entrada:

Quadro 39 – Hospitais do Vale do Itajaí, com novas inclusões no PAR-2020 como Porta de Entrada na RUE

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)	VALOR DE CUSTEIO
VALE DO ITAJAÍ	Ibirama	2691884	Hospital Dr. Waldomiro Colautti	Administração Direta da Saúde	Estadual	Estadual	Geral	R\$ 1.200.000,00
VALE DO ITAJAI	Indaial	2521873	Hospital Beatriz Ramos	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	Geral	R\$ 1.200.000,00
VALE DO ITAJAI	Timbó	2537192	Hospital OASE	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	Geral	R\$ 1.200.000,00
VALE DO ITAJAI	Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	Sem fins lucrativos	Privada	Dupla	Geral	R\$ 1.200.000,00

Houveram três (04) novas solicitações para inclusão de Hospitais como PORTA DE ENTRADA na RUE do Vale do Itajaí. Segue abaixo algumas justificativas.

**HOSPITAL DR. WALDOMIRO COLAUTTI**, localizado no município de Ibirama, o mesmo é de gestão-administração pública estadual e tem seus atendimentos totalmente vinculados ao SUS. Possui 94 leitos ativos, sendo 27 cirúrgicos, 23 clínicos e 20 de UTI Geral. O Hospital atende 37 municípios do Alto e Médio Vale do Itajaí (88% dos atendimentos são de residentes de municípios vizinhos), sendo que a média mensal de atendimentos no Pronto Socorro é de 4.000 atendimentos ao mês. O Hospital é estratégico em sua região, por ser o Hospital com maior aporte e capacidade nos atendimentos em sua microrregião e também por ser de fácil acesso aos atendimentos de Urgências ocorridas na BR 470 num longo trecho que percorre o Alto e Médio Vale do Itajaí, sendo referência para o SAMU para as cidades vizinhas, possui equipe de profissionais médicos 24 hrs de Segunda à Domingo nas especialidades Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia e Anestesiologia. Com a abertura da UTI no final de 2017, os atendimentos aumentaram justamente por passar a ser referência para vítimas de acidentes que são de grande volume em função do Hospital estar inserido nesta malha viária.

**HOSPITAL BEATRIZ RAMOS**, localizado na cidade de Indaial e a uma distância aproximada de 5 Km da BR-470, atendendo toda a demanda de acidentes entre as cidades de Blumenau e Apiúna, é referência para o SAMU para as cidades vizinhas, possui equipe de profissionais médicos 24 hrs de Segunda à Domingo nas especialidades Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia e Anestesiologia. Além de ser um hospital estratégico para os atendimentos, principalmente nos acidentes da BR 470, também possui 117 leitos hospitalares (sendo 88 SUS e 28 não SUS) e realiza uma média mensal superior a 4.000 atendimentos no seu Pronto Socorro.

**HOSPITAL OASE**, localizado na cidade de Timbó e sendo referência para 5(cinco) municípios e a uma distância de 11 Km da BR-470, atendendo toda a demanda da região que é referência e também de apoio aos acidentes entre as cidades de Blumenau e Apiúna, é referência para o SAMU para as

idades vizinhas, possui equipe de profissionais médicos 24 hrs de Segunda à Domingo nas especialidades Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia/Obstetrícia e Anestesiologia. Além de também ser um hospital estratégico para os atendimentos, também possui os 100 leitos hospitalares, realiza uma média mensal superior a 3.500 atendimentos no seu Pronto Socorro, atendendo mais de 10% da população de outros municípios.

**HOSPITAL BOM JESUS**, localizado na cidade de Ituporanga é um Hospital Geral de Media Complexidade ambulatorial e de internação. Atende nas seguintes especialidades: Clínica geral, Obstetrícia, Traumatologia/ortopedia, Neonatologia, Infectologia, Terapia Intensiva (10 leitos UTI tipo II e 05 leitos UTI covid), Oftalmologia, otorrinolaringologia, anestesiologia, pronto socorre, possui serviço de hemodialise, tomografia, ultrassonografia e endoscopia. Cerca de 95% dos diversos atendimentos realizados pelo SUS, sendo referência para 08 municípios, é referencia em Porta de Entrada de Pronto socorro para a região (população aproximada de 50 mil pessoas). O serviço de atendimento do Pronto Socorro, possui uma media de 2.700 atendimentos/sus/mês, sendo que 69% destes atendimentos são de residentes dos municípios visinhos.

## 8. Desenho da Rede de Urgência e Emergência na Macrorregião – Atenção Hospitalar – LEITOS DE RETAGUARDA

### 8.1 Hospitais leitos de retaguarda HABILITADOS E QUALIFICADOS

Quadro 16 - Hospitais leitos de retaguarda HABILITADOS

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	PORTARIA
VAL E DO ITAJ AÍ	Indaial	2521873	Hospital Beatriz Ramos	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	05	05	10	PT 3056/2017
	Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	Sem fins lucrativos	Privada	Dupla	05	05	10	PT 2526/2014
	Presidente Getúlio	2377330	Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora	Sem fins lucrativos	Privada	Dupla	05	05	10	PT 2525/2014
	Blumenau	2522209	Hospital Misericórdia	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	05	05	10	PT 1864/2016
	Brusque	2522411	Hospital Azambuja	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	10	10	20	PT 2360/2014
	Timbó	2537192	Hospital Oase	Sem fins lucrativos	Privada	Estadual	08	08	16	PT 1862/2016
	Rio do Sul	2379627	Hospital Samária	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	05	10	10	PT 758/2016
	Gaspar	2691485	Hospital de Gaspar	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	10	10	20	PT 2988/2017



## 8.2 Hospitais leitos de Retaguarda Clínica AGUARDANDO HABILITAÇÃO

Quadro 17 – Hospital aprovados no desenho pela NT 404/2016 que aguarda HABILITAÇÃO como Leitos de Retaguarda Clínica.

Leitos de retaguarda clínica aprovados no desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016. <i>Não</i> hab / qual.										
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	VALOR DE CUSTEIO
VALE DO ITAJAÍ	Ibirama	26911884	Hospital Dr. Waldomiro Colautti	Publica	Publica	Estadual	05	05	10	R\$ 775.625,00

**Hospital Dr. Waldomiro Colautti está em processo de habilitação/qualificação desses leitos na RUE.**

## 8.3 Hospitais com leitos de Retaguarda Clínica incluídos no PAR a partir da revisão de 2020

Quadro 18 – Hospitais incluídos no PAR a partir da revisão de 2020 (recurso novo)

Leitos de retaguarda clínica incluídos no PAR a partir da revisão de 2020										
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS NOVOS	LEITOS QUALIFICADOS	TOTAL	VALOR DE CUSTEIO
VALE DO ITAJAÍ	Pomerode	2513838	Hospital e Maternidade Rio do Testo	Sem fins lucrativos	Privada	Estadual	05	05	10	R\$ 775.625,00

**EXCLUIDO SOLICITAÇÃO DE:**

Taio	2377616	Hospital Dona Lizette	Sem fins lucrativos	Privada	Estadual	05	05	10	R\$ 775.625,00
------	---------	-----------------------	---------------------	---------	----------	----	----	----	----------------

Conforme deliberação da CIR Alto Vale, retirado solicitação de leitos de retaguarda clinica do Hospital Dona Lizette de Taíó, pois este não cumpre os requisitos minimos da Portaria de Leitos de Retaguarda Clinica. Taxa de ocupação inferior à 45%.

## 9. Hospitais leitos de cuidados prolongados (UCP):

### 9.1 Hospitais com leitos de cuidados prolongados habilitados na Rede Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016 **já habilitados/qualificados**

Leitos de cuidados prolongados habilitados na Rede Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016 já Hab/Qual.								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS APROVADOS	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
VALE DO ITAJAÍ	Trombudo Central	2377373	Hospital de Trombudo Central	Sem fins lucrativos	Privada	Dupla	60	R\$4.281.450,00

Quadro 19 – Hospitais com Leitos de UCP

Leitos de cuidados prolongados aprovados na Rede Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016 <i>não</i> Hab / Qual.								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS APROVADOS	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
VALE DO ITAJAÍ	Gaspar	2691485	Hospital de Gaspar	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	15	R\$ 1.070.362,50
	Rio dos Cedros	6273874	Hospital Dom Bosco	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	40	R\$ 2.854.300,00

O Hospital de Gaspar passou por reestruturação administrativa e promoveu as adequações para atender os requisitos da portaria.

O Hospital de Rio dos Cedros, embora tenha sido avalizado por equipe técnica da SES, solicitou redução para 15 leitos e assim ter uma melhor adequação dentro do seu novo projeto de reestruturação iniciado em 2018. Os 25 (vinte e cinco) leitos restantes foram remanejados para o Hospital OASE do município de Timbó, CNES n.2691884.

Quadro 20 – Hospitais com leitos de UCP redimensionados na RUE

Leitos de Cuidados Prolongados							
ADITIVO - REDIMENSIONADO				ADITIVO - REDIMENSIONADO			
MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	CNES	LEITOS conforme desenho do PAR	Aditivo - leitos redimensionados	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	CNES
Rio dos Cedros	Hospital Dom Bosco	6273874	40	15	Rio dos Cedros	Hospital Dom Bosco	6273874
				25	Timbó	Hospital OASE	2691884

15 leitos para Hospital Dom Bosco de Rio do Cedros

25 leitos para Hospital OASE de Timbó

## 10. Leitos de UTI Adulto

### 7.1 – Leitos de UTI Adulto HABILITADOS

Quadro 21 - Leitos de UTI Tipo Adulto aprovados na Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, já Qualificados

Leitos de UTI Tipo II Adulto aprovados na Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, já Qualificados									
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II		PORTARIA
							LEITOS QUALIFICADOS		
VAL E DO ITAJ AI	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativo	Privada	Municipal	15		PT GM 821/2016 de 25/04/2016
	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	08 QUALIFICADOS	05 NOVOS	PT GM 821/2016 de 25/04/2016 PT GM 786/2018
	Blumenau	2558246	Hospital Santa Isabel	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	03		PT GM 821/2016 de 25/04/2016
	Brusque	2522411	Hospital Azambuja	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	04 QUALIFICADOS	03 NOVOS	PT GM 821/2016 de 25/04/2016

	Timbó	2537192	Hospital e Maternidade de OASE	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadua l	08	PT GM 4143 de 30/12/17 (8 leitos)
	Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Dupla	07	PT GM 3408 de 29/12/2016
	Ibirama	2691884 / 4206900	Hospital Dr. Waldomiro Callauti	Pública	Estadual	Estadual	07	07 leitos para qualificação no aditivo do PAR no valor R\$ 738.783,36 Aguarda habilitação

Quadro 22 - Leitos de UTI Tipo III Adulto aprovados na Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, já Qualificados

Leitos de UTI Tipo III Adulto aprovados na Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, já Qualificados								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	TABELAMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO III	
							LEITOS QUALIFICADOS	PORTARIA
VALE DO ITAJAI	Blumenau	2558246	Hospital Santa Isabel	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	08	PT GM 821/2016 de 25/04/2016

7.2 – Leitos de UTI Adulto aprovados em NT 404/16, **não habilitados**QUADRO - Leitos de UTI Tipo II Adulto aprovados na Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, conforme NT 404/2016, *não habilitados*

Leitos de UTI Tipo II Adulto aprovados na Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, conforme NT 404/2016, <i>não habilitados</i>								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II	
							LEITOS NOVOS	VALOR ANUAL DE CUSTEIO
VALE DO ITAJAI	Blumenau	2558246	Hospital Santa Isabel	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	11	R\$ 2.890.800,00
	Timbó	2537192	Hospital e Maternidade OASE	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	02	R\$ 525.600,00
	Indaial	25211873	Hospital Beatriz Ramos	Privada	Municipal	Municipal	10	2.628.800,00
TOTAL							32	R\$ 8.935.200,00

Leitos de UTI Tipo II Adulto aprovados na Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, conforme NT 404/2016, <i>não habilitados</i>								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II	
							LEITOS NOVOS	VALOR ANUAL DE CUSTEIO
VALE DO ITAJAI	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativo	Privada	Municipal	4	R\$ 1.051.200,00

Leitos de UTI Tipo II Adulto aprovados na Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina, <b>NÃO APROVADO</b> NT 404/2016, <b>proposta de qualificação</b>								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II	
							LEITOS NOVOS	VALOR ANUAL DE CUSTEIO
	Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Dupla	01	

Quadro 24 – Reclassificação de leitos de UTI

RECLASSIFICAÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO - TIPO II PARA TIPO III								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES / IBGE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO III		VALORES
						RECLASSIFICAÇÃO TIPO II PARA TIPO III (cfe Parecer Técnico 1268/2019)	TOTAL	CUSTEIO ANUAL
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558246 / 4202404	Hospital Santa Isabel	Privada	Municipal	4	4	R\$ 382.860,18

\*A UTI já está em funcionamento como Tipo III, por esse motivo existe a necessidade de redefinir no PAR como III.



Leitos de UTI Adulto incluídos no PAR 2020 a partir da revisão

Quadro 25 - Leitos de UTI Adulto incluídos no PAR 2020 a partir da revisão

Quadro 4.2: Leitos de UTI Tipo Adulto incluídos no PAR a partir da revisão de 2020								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II	
							LEITOS NOVOS	VALOR DE CUSTEIO ANO
Vale do Itajaí	Ibirama	2691884	Hospital Dr. Waldomiro Colautti	Pública	Pública	Estadual	10	R\$ 2.628.000,00
	Timbó	2537192	Hospital e Maternidade OASE	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	08	R\$ 2.102.400,00
	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antonio	Privada	Municipal	Municipal	05	R\$ 1.314.000,00
	Brusque	2522411	Hospital Azambuja	Privada	Municipal	Municipal	10	R\$ 2.628.000,00
	Gaspar	2691485	Hospital de Gaspar	Privada	Estadual	Estadual	10	R\$ 2.628.000,00
	TOTAL							

A UTI Adulto do Hospital Dr. Waldomiro Colautti, iniciou as atividades assistenciais no final do ano de 2017. Essa inclusão no PAR foi solicitada para o MS por meio do Ofício n. 043/SUR-RUE de 30 de novembro de 2017. Importante serviço na região, pelo fato do Hospital estar situado as margens da BR 470 e de ser referência para 28 municípios do Alto e Médio Vale do Itajaí. Hospital tenta habilitação para Porta de Entrada e para Leitos de Retaguarda Clínica. Atendimento médio mensal de Pronto Socorro é de 4.500 atendimentos.

## 11. Leitos de UTI Pediátricos

8.1 - 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.

Quadro - Leitos de UTI Tipo Pediátrico conforme Nota Técnica 404/2016, já Qualificados.

Leitos de UTI Tipo II Pediátrico Conforme desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina aprovados na Nota Técnica 404/2016, já Qualificados								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNE S	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO II	
							LEITOS QUALIFICADOS	PORTARIA
VALE DO ITAJAÍ	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	02	PT GM 821/2016 de 25/04/2016
	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	08	PT GM 821/2016 de 25/04/2016

## 8.2 - Leitos de UTI Tipo Pediátrico incluídos no PAR 2020

Quadro 27 – Leitos de UTI Pediátrico incluídos no PAR 2020

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	
							LEITOS NOVOS	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
VALE DO ITAJAÍ	Blumenau	2558254	Hospital Santo Antônio	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	02	R\$ 525.600,00

O Hospital concluiu a ampliação da sua nova estrutura físico, onde no projeto contempla os novos leitos de UTI Pediátricos.

**12. Leitos de Unidade Coronariana – UCO**

9.1 Leitos de Unidade Coronariana – UCO Conforme desenho da Rede de Urgência e Emergência, aprovados na NT 404/2016  
**Não habilitados**

Quadro 28 - Leitos de Unidade Coronariana – UCO aprovados na NT 404/2016 não habilitados

Leitos de U-CO aprovados no Desenho da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Santa Catarina conforme Nota Técnica 404/2016, <i>não HABILITADOS</i>								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	LEITOS UCO	VALOR DE CUSTEIO ANUAL
Vale do Itajaí	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	06	R\$ 1.576.800,00
	Blumenau	2558246	Hospital Santa Isabel	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	06	R\$ 1.576.800,00

\*Os leitos de UCO permanecem no PAR

## 10) Leitos de U-AVC

### 10.1 Leitos de U-AVC habilitados

Quadro 29 - Leitos de U-AVC habilitados

Leitos de AVC Pactuados na Rede de Urgência e Emergência aprovados na Nota Técnica 404/2016, Habilitados								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	U-AVC INTEGRAL	Portaria
Vale do Itajaí	Blumenau	2558246	Hospital Santa Isabel	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	10	PT GM 782/2018

### 10.2 Leitos U-AVC pactuados em NT 404/2016 não habilitados

Quadro 30 – Leitos de AVC pactuados em NT 404/2016 não habilitados

Leitos de AVC Pactuados na Rede de Urgência e Emergência conforme Nota Técnica 404/2016, não Habilitados								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	U-AVC INTEGRAL	VALOR CUSTEIO ANUAL
Macro Região	Rio do Sul	2568713	Hospital Regional Alto Vale	Sem fins lucrativos	Privada	Municipal	11	R\$ 1.194.462,50
	Blumenau	2558246	Hospital Santa Isabel	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	01	R\$ 108.587,50

## 10.3 Leitos AVC incluídos no PAR a partir da revisão de 2020

Quadro 31 - Leitos AVC incluídos no PAR a partir da revisão de 2020

Leitos AVC incluídos no PAR a partir da revisão de 2020								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	U-AVC AGUDO	VALOR DE CUSTEIO
Médio Vale	Brusque	2522411	Hospital Azambuja	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	05	R\$ 574.875,00
Médio Vale	Timbó	2537192	Hospital OASE	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	05	R\$ 574.875,00

Excluído Leitos AVC PAR pois o hospital não mantém mais serviço de neurologia

Alto Vale	Ituporanga	2377829	Hospital Bom Jesus	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Dupla	05	R\$ 574.875,00
-----------	------------	---------	--------------------	--	---------	-------	----	----------------

**Total (habilitados) + (novas inclusões) ao ano = R\$**

Quadro 31 – Total Aprovado no novo termo aditivo NT 404/2016

Total Aprovado no novo Termo Aditivo (TA) aos PAR de SC- NOTA TÉCNICA 404/2016		
Macrorregião	Total de custeio aprovado por Macrorregião	
	Mensal	Anual
VALE DO ITAJAI		

Este valor se refere ao que já está em Portaria

Quadro 31 – Total de recursos financeiros após aprovação do MS ano novo termo aditivo aos PAR de SC

Total de Recurso Financeiro Após Aprovação do MS ao Novo Termo Aditivo (TA) aos PAR de SC		
Macrorregião	Total de custeio com impacto	
	Mensal	Anual
VALE DO ITAJAI		

Este valor é a soma do que está em Portaria + o que foi incluído no novo PAR 2108



**GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR**  
**REGIÃO DE SAÚDE DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ**

**DELIBERAÇÃO N.º. 34/2018 - CIR MÉDIO VALE DO ITAJAÍ**

DISPÕE SOBRE A APROVAÇÃO DO PLANO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO DO VALE DO ITAJAÍ - 2018.

A Comissão Intergestora Regional do Médio Vale do Itajaí, no uso de suas atribuições, em reunião ordinária do dia 06 de setembro de 2018:

**RESOLVE:**

**Art. 1º.** Aprovar o Plano da Rede de Urgência e Emergência da macrorregião do Vale do Itajaí - versão 2018, proposto pelo Grupo Técnico da Rede de Urgência e Emergência, anexo único integrante desta deliberação.

**Art. 2º.** Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Blumenau / SC, 04 de outubro de 2018.



**RONIE GILBERTO LOEWEN**  
Coordenador da CIR Médio Vale do Itajaí

*Secretário Municipal de Saúde e  
Assistência Social de Benedito Novo*



Agrolândia - Agronômica - Abaíania - Aurora - Braço do Trombudo - Chapadão do Lageado - Dona Emma - Itarama - Ituba  
Ituporanga - José Botelho - Laurentino - Lontras - Mirim Doce - Petrolândia - Pousa Redonda - Presidente Getúlio  
Presidente Nereu - Rio do Campo - Rio do Oeste - Rio do Sul - Saletó - Santa Terezinha - Taó  
Trombudo Central - Vidal Ramos - Vilor Meireles - Witmarsum

## DELIBERAÇÃO 10/2018

A Comissão Intergestores Regional do Alto Vale do Itajaí, em reunião ordinária no dia 10/09/2018, no uso de suas atribuições;

APROVA:

O Plano Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência, da região do Vale do Itajaí, que sofreu atualização pelo Grupo Condutor, neste ano vigente.

Rio do Sul, 10 de setembro de 2018.

Antônio Pedroso  
Coordenador da CIR Alto Vale do Itajaí



## ATA DA REUNIÃO DA CIR DO ALTO VALE DO ITAJAÍ REALIZADA NO DIA 26 DE NOVEMBRO DE 2020

Aos vinte seis dias do mês de novembro de dois mil e vinte, às 14:30 horas, reuniram-se por intermédio da sala de reuniões virtual, através do aplicativo Google Meeting, os Gestores Municipais de Saúde do Alto Vale, para reunião, agendada previamente, com a seguinte pauta do dia: **1- Aprovação das Indicações de prestadores para habilitação junto a rede de atenção as Urgências- Apresentação pela Ana Paula Sebold 2- Devolutiva dos prestadores em relação as inconformidades do monitoramento de 2019 da RUE- Apresentação pela Ana Paula Sebold 3- Informes da Regional de Saúde/SES- Apresentação pela Raquel Faler; 4- Informes COSEMS; 5- Assuntos Regionais.** Dando início à reunião, o Sr. Evair Sievers, coordenador da CIR cumprimentou os Gestores, agradecendo a presença de todos, informando também da participação do Senhor Guilherme Pupo – Apoiador do COSEMS na região do Alto Vale e das Senhoras Ana Paula Sebold e Raquel Faler – da Gerência Regional de Saúde – GERSA. O Senhor Evair passou a palavra a Sr Ana Paula que explanou acerca do do Plano de Ação Regional-PAR da rede de atenção as Urgências ponderando as seguintes alterações: Inclusão de solicitação da habilitação do componente Porta de Entrada Geral para o Hospital Bom Jesus de Ituporanga ,Inclusão de solicitação de ampliação de 01 leito de UTI tipo II aos 07 já habilitados, do Hospital Bom Jesus de Ituporanga,Retirada do Plano a solicitação de habilitação dos leitos AVC do hospital Bom Jesus de Ituporanga, por não disporem do profissional médico neurologista,Retirada do PAR da solicitação de leitos clínicos retaguarda do Hospital dona Lisete de Taió, por não disporem dos requisitos mínimos, como taxa de ocupação de leitos abaixo dos cinquenta por cento, sendo assim o Sr Evair coloca em votação as alterações, não havendo manifestação contrária, deliberado e aprovado o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção as Urgências-PAR com estas alterações/inclusões. Sr Evair passa a palavra para a Sr Raquel a qual explana sobre o ofício encaminhado aos municípios sobre a febre amarela, reforça aos gestores sobre a importância da realização do Inquérito da Síndrome gripal. Sr Evair passa a palavra para o Sr Guilherme , o qual passou os informes do COSEMS E, nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada pelo Sr. Evair e eu Roberta Hochleitner, na qualidade de secretária lavrei a presente ata.

  
Evair Sievers  
Coordenador da CIR do Alto Vale do Itajaí



**Memória de Reunião**  
**XXVIII Reunião Extraordinária de 2020**  
**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL - CIR**  
**Médio Vale do Itajaí**

O que: Reunião Extraordinária de CIR.

Quando: 09/12/2020 às 15h30.

Onde: Sala Virtual - [meet.google.com/pzd-txkc-kri](https://meet.google.com/pzd-txkc-kri)

**Participantes:**

**Gestores**

Apiúna - Marlene  
Benedito Novo- Ronie  
Enilson- Ascurra  
Brusque-Humberto  
Guabiruba - Patricia  
Indaial - Alexandre  
Pomerode - Lígia  
Rio dos Cedros - Miria  
Rodeio - Rafael

Timbó - Alfredo

**Apoio**

CISAMVI - Alexandra  
CISAMVI - Cleones  
Brusque - Alessandra  
Blumenau - Uira  
Blumenau - Rubia  
Indaial- Dulcineia

**PAUTA**

- 1. Aprovação da ata anterior:** aprovada.
- 2. Apresentação da proposta de Prestação de Serviços em “Consultoria em matriciamento na saúde mental” para articulação e enfrentamento a pandemia na região (documento anexo):** Dulcineia traz a proposta encaminhada pelo Dr Felipe conforme solicitado pela CT de atenção psicossocial partindo do pedido dos prefeitos e do parecer da FURB encaminhado a Comissão Regional de Governança. Apresentado o orçamento que já foi encaminhado aos gestores juntamente com a convocação da reunião de CIR. Dulcinei faz a leitura dos dados do objeto do orçamento que atende as demandas levantadas na região: Considerando o exposto no ofício 007/CTRAPS/2020 da Câmara Técnica da Rede de Atenção Psicossocial, em detrimento das ações concretas que contemplam os cuidados integrais das pessoas em sofrimento mentais, propostas à Comissão Intergestora Regional (CIR), e definindo como prioridade o investimento na Atenção Primária em saúde (APS), acreditamos que as necessidade destas entidades, poderão ser atendidas pela FGC saúde por meio de treinamento aos profissionais das APS, para desenvolvimento da ferramenta que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferta chamada matriciamento, ou apoio matricial. Regime de execução: **a.** As intervenções previstas: Aplicação de Seminários interativos, on-line, por plataforma de vídeo chamada aos representantes da CTRAPS, além de profissionais das APS;**b.** Público envolvido: Médicos, Enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes comunitários,



**GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR**  
**MÉDIO VALE DO ITAJAÍ**

Administrativos de UBS/ESF, além dos representantes da Câmara Técnica da Rede de Atenção Psicossocial; **c.** Os objetivos e resultados esperados: Desenvolvimento de ações concretas para o fortalecimento e apropriação das equipes em UBS/ESF no enfrentamento dos transtornos psíquicos, a fim de proporcionar ampliação no atendimento aos usuários da APS com relação ao sofrimento psíquico crescente da população, em agravamento devido surto de COVID-19; **d.** Detalhamento das fases ou etapas do projeto e profissionais envolvidos na sua realização: Primeira fase: Apresentação de instrumentos de estratificação de risco (modelo SES-PR) por meio de 5 palestras de aproximadamente 2 horas cada, por vídeo chamada. Dessas palestras a primeira será para os representantes da CTRAPS, e as restantes separadas em 2 palestras teóricas e 2 palestras práticas, com prazo de realização até fevereiro de 2021. Segunda fase: Apresentação do Matriciamento (matriz diagnóstica, diretrizes, atribuições, sistemática de monitoramento e avaliação do apoio matricial) por meio de 6 palestras de aproximadamente 3 horas cada; **e.** Recursos necessários para executar o projeto: disponibilização de plataforma para realização das palestras de forma on-line. **f.** Prazo para realização das atividade serão de fevereiro a junho de 2021, com datas e horários exatos a serem definidas com a CTRAPS. Todo o desenvolvimento da proposta será desenvolvido na região pela câmara técnica e a articulação dos municípios e os servidores, para no futuro fazer uma análise e planejamento das ações em saúde mental. Apresentado os valores da proposta: O valor desse formato de apresentações terá o custo de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais) para as 11 palestras. Este valor fica condicionado à realização de todas as 11 palestras, não sendo possível a realização de menor número de palestras ou com fracionamento das etapas. Sob a necessidade de mais palestras, o valor unitário por palestra, será de R\$ 3.000,00 (três mil reais) até o prazo de finalização previsto em junho de 2021. Tendo como prazo para execução de fevereiro a junho de 2021. Necessidade de curto prazo que vem de encontro às necessidades da região e foi levantado este orçamento. Ligia coloca em votação a proposta para os gestores deliberarem. Alexandre achou esta proposta muito interessante para realizar nos municípios da nossa região, mas tem uma preocupação quanto a pandemia em 2021 diante das perspectivas atuais importante levantar que o prazo de início de fevereiro de 2021 talvez seja um empecilho e uma dúvida se efetivamente poderá ser aplicado visto que a preocupação é com pandemia. Dulcineia trás que foi apresentado uma proposta de curto prazo para adesão dos municípios diante dos recursos financeiros disponíveis e que possivelmente possam ser utilizados para custeio desta proposta, por isso a necessidade de apresentar de curto prazo este cronograma. Ligia questiona se tem somente um orçamento desta proposta e Dulcineia trás, que diante da necessidade de apresentar a proposta e execução a curto prazo foi levantado um único orçamento visto a qualidade do serviço bem como na região seja uma única empresa que preste este tipo de serviço, nos moldes a atender as necessidades e expectativas da região e dos técnicos da câmara técnica. Ligia questiona o Cleones se é possível aprovar esta proposta se possível contratar via consórcio para rateio entre os municípios da região. Cleones trás que é possível sim este credenciamento em forma de inelegibilidade, pois tens itens que justifiquem a contratação. Ligia questiona se tem algum problema de aprovação agora no fim de ano visto que tem troca de gestão no próximo ano. Ligia trás que importante



este tema a ser realizado na região. Alexandra trás que o tema foi amplamente discutido na câmara técnica e que essa demanda partiu de uma solicitação dos prefeitos e da comissão regional de governança. Dulcineia trás que estas questões foram discutidas pelos técnicos da câmara técnica e a necessidade de instrumentalizar os profissionais da atenção primária, devido o aumento dos casos de saúde mental e o aumento dos encaminhamentos aos especialistas e até mesmo o encaminhamento para a “porta errada”. A necessidade deste matriciamento para a atenção primária à saúde, qualificação para o encaminhamento para a “porta certa” até mesmo a capacitação dos médicos quanto ao manejo clínico e medicamentoso para os profissionais médicos. Ligia coloca a proposta do orçamento apresentado em votação pelos gestores, a maioria estando presente na reunião e aprovaram a proposta por unanimidade.

- 3. Apresentação e Aprovação da Proposta de Planejamento do CISAMVI Gestão 2021/2022 (documento anexo):** Cleones trás que estas propostas são necessárias para serem levadas para os prefeitos na reunião de amanhã, caso necessite modificar as metas no próximo ano, mas importante deixar aprovado ainda em 2020. Cleones apresenta e faz a leitura de todos os pontos do documento. 1. Captação de Recursos para a Região: Utilizar os recursos políticos da região para captar junto aos legisladores federais e estaduais emendas parlamentares para custear serviços de média e alta complexidade para os municípios consorciados. 2. Comissão de Processos Administrativos de Responsabilidade: Ampliar a Comissão de Processos Administrativos de Responsabilidade para permitir a análise simultânea de mais processos administrativos, a ponto de que possamos analisar as ocorrências em tempo de corrigi-las na vigência do próprio registro de preços, evitando transtorno aos compradores. 3. Regulação Consorciada: Contratar um profissional de enfermagem para dar suporte aos serviços de regulação, atuando como intermediador do médico regulador e dos municípios solicitantes, propondo e elaborando protocolos de regulação para qualificar e profissionalizar a rede de saúde solicitante. Atendimento Especializado Local: Buscar profissionais médicos interessados em atendimento local, sob demanda de agendas concentradas, em cooperação com as Secretarias Municipais de Saúde, para executar exames e consultas em especialidades médicas. Fomentar ações que visem realizar mutirão, visto que os valores não foram ajustados já a 2 anos e hoje o prestador acaba aceitando e ganhando na quantidade. Sede Própria: Elaborar o projeto e plano de ação para execução dos serviços de forma sustentável nos quesitos operacional, financeiro e logístico; e elaborar o projeto físico para servir de orientação na busca por recursos para o investimento e custeio. Onde posso ter uma estrutura e um espaço público como se fosse uma policlínica a exemplo do Paraná. Sendo possível aumentar o número de atendimentos e serviços. Importante montar uma comissão para discutir a possibilidade e a necessidade desta sede e listar as necessidades e os custos de se manter. Sala de Situação e Apoio ao Gestor: Manter a assessoria técnica em saúde oferecida via CISAMVI e concluir o BI de Informações Regionais para Planejamento em Saúde. Hoje está sendo desenvolvido uma ferramenta de BI para facilitar os dados dos municípios de uma forma proativa e foi solicitado uma integração com o SES leitos do Estado, mas ainda não tivemos resposta, mas está em discussão. Educação Continuada: Promover os



**GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR**  
**MÉDIO VALE DO ITAJAÍ**

cursos e capacitações pendentes de 2020 em sala de vacina, organizar as capacitações para o planejamento dos próximos quatro anos: Planos Municipais de Saúde e Plano Plurianual, e novas demandas do Colegiado de Saúde. Necessário manter e ampliar estas capacitações conforme a necessidade e as demandas dos municípios. Compras Compartilhadas para Saúde: Ampliar a equipe interna do departamento de compras do CISAMVI, visando aumentar o número de pregões eletrônicos e registros de preços realizados, diversificando a oferta de itens licitados e oportunizando mais economia financeira e de recursos humanos aos municípios. Licitações foi ampliado muito o número de licitações no ano de 2020 é necessário continuar a ampliação dos itens para baratear os valores. Controle de Zoonoses: Continuar as discussões sobre o assunto com foco: (a) em regulamentação regional, (b) ações de educação nas escolas, (c) ações permanentes de castração e (d) ações específicas de adoção. Zoonoses edital de credenciamento de serviços será apresentado aos prefeitos, tendo aprovação será encaminhado o edital de credenciamento para publicação. Compras Compartilhadas para a Administração: Ampliar a equipe interna do departamento de compras do CISAMVI, incluindo a contratação temporária de especialistas, visando aumentar o número de pregões eletrônicos e registros de preços realizados, diversificando a oferta de itens licitados e oportunizando mais economia aos municípios. Seguindo algumas necessidades da região mas a prioridade sempre será os itens de saúde. Foi solicitado pelos prefeitos o pedido de licitar via consorcio outros itens além dos itens da saúde como por exemplo peças de carro, aluguel de carro e serviços de manutenção. Informatização Interna do CISAMVI: Implantar um sistema de processo eletrônico que permita utilizar todos os fluxos construídos e validados no CISAMVI, de modo 100% digital e on-line eliminado 100% do uso de papel nas atividades internas do consórcio. Informatizar todos os processos para acabar com as guias de papel, ficando unicamente uma guia impressa que necessita a assinatura do usuários os demais ficará tudo na forma digital. Captação de Recursos para a Região: Ao longo de 2020 o CISAMVI recebeu R\$ 746 mil em convênios com os municípios de Blumenau e Brusque. Estes convênios foram efetivados com repasses de emendas parlamentares destinadas ao consórcio. O objeto foi o custeio de procedimentos e serviços de média e alta complexidade. Ainda em fase de conclusão está um convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina para a transferência de R\$ 1.553.546,19 para o CISAMVI, também para ser aplicado ao longo dos próximos 6 meses em serviços do média e alta complexidade para os municípios consorciados. A busca por recursos para o custeio de média a alta complexidade precisa ser constante, pois somente nos 10 primeiros meses de 2020, os municípios aplicaram mais de R\$ 6,5 milhões de recursos próprios em atendimentos que já deveriam ser suportados pelo Estado e União. Há ainda o agravante da pandemia do Novo Coronavírus, em que os municípios dispensaram recursos financeiros próprios para fortalecer o combate à pandemia, seja com reforços nos recursos humanos, compras de EPIs, aquisição de testes de detecção de COVID19, ou trabalhando em conjunto com seus prestadores de serviços locais. Ao longo de 2020, em virtude do cenário posto, a suspensão dos serviços médicos, públicos e privados, incluindo as cirurgias eletivas, ampliaram as filas de espera, agravando ainda mais a situação de quem aguarda por uma consulta especializada, um diagnóstico ou a realização de uma cirurgia. Utilizar os



recursos políticos da região para captar junto aos legisladores federais e estaduais emendas parlamentares para custear serviços de média e alta complexidade para os municípios consorciados. Cleones finaliza a apresentação e abre a palavra aos gestores para se manifestarem quanto a esta pauta. Não houve nenhuma manifestação contrária, então considerada apreciada pelos gestores.

**4. Agendamento de procedimentos via CISAMVI - Absenteísmo e planejamento:**

Cleones traz os dados do absenteísmo nas consultas e exames que vem aumentando nos últimos tempos. Tendo um grande número de faltas os prestadores têm se manifestado quando o risco de romperem o contrato ou não prestarem mais o serviço. Será solicitado o telefone do usuário na guia do consórcio e por amostragem será feito contato com o usuário do município para questionar o motivo da falta no atendimento que foi agendado. Cleones questiona os gestores se alguém é contra esta ação de fazer contato com o usuário do município para levantar os motivos destas faltas e caso seja especificado o motivo da falta, como por exemplo a falta de planejamento será orientado e feito contato com o usuário. Humberto trás que em Brusque foi feito contato com uma empresa de Florianópolis para instalar e utilizar um sistema que monitora e envia um recado via whats para lembrar do agendamento, buscando assim baixar o absenteísmo. Humberto comunica que vai afastar do cargo de gestor de Brusque mas que vai deixar como proposta para a próxima gestão a aquisição deste software que é uma ferramenta útil nestes casos. Cleones trás que o sistema que hoje é utilizado para o agendamento já tem este dispositivo de encaminhar envio de SMS via telefone, mas o principal problema é a desatualização dos dados no cadastro do município. No cadastro do usuário tem muitos dados incompletos principalmente no número de telefone/celular e no CEP. É um problema de cadastro e um problema de atualização dos dados dos cadastros. Informado que a cada 10 agendamentos será feito contato com 1 usuário que estava agendado e faltou no atendimento, para fazer por amostragem este levantamento destas informações.

**5. Análise da Evolução da Pandemia: Cleones** traz que hoje na região a ocupação está em 100%, e com o novo resultado permanecemos no risco gravíssimo. Quanto ao número de óbitos continua a subir comparado com as semanas anteriores, o número de casos ativos e confirmados que vinham aumentando nesta semana tiveram uma estabilizada nos números. Quanto à média de casos confirmados estamos em uma estabilidade. Casos suspeitos diminuíram comparado com a última semana, número de recuperados vem se mantendo comparado com os dados da semana anterior. UTI covid está com 100% de ocupação em nossa região. A projeção de óbitos das próximas semanas é de 80 óbitos a mais do que temos na data de hoje até 27/12, isto em uma projeção mais pessimista, os dados de hoje de óbitos estão acima da pior projeção da nossa região. Ligia trás que estava participando da reunião com a SES quanto ao financiamento via Estado dos leitos de UTI Covid que foram desabilitados pela União. Arnaldo permaneceu na reunião representando a RUE da nossa região.

**6. Assuntos Gerais:** Ligia traz uma tabela da RUE da nossa região, quanto aos dados já confirmados com os gestores da região quanto ao PAR da RUE. Arnaldo fez este



**GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR**  
**MÉDIO VALE DO ITAJAÍ**

levantamento dos dados da região e ficou faltando os dados do município de Brusque que Lígia solicita ao Humberto que seja atualizado estes dados no PAR. Humberto informa que recebeu esta tabela para atualizar estes dados e está sendo levantado pelo responsável no município. Lígia trás que como a RUE tem um prazo para apresentar estes dados é importante que Brusque compile e envie esses dados para o Arnaldo. Lígia apresenta os dados da nossa região quanto a atualização da PAR da RUE, feito a leitura de todos os dados da planilha atualizada. Lígia traz dados da reunião que aconteceu no dia de hoje e que ainda está acontecendo e que Arnaldo está participando. Apresentado os dados de que Santa Catarina ficou na divisão nacional com a ampliação de 170 leitos de UTI covid para habilitar em todo o Estado. Estes dados das novas habilitações dos leitos UTI covid foi apresentado hoje aos coordenadores da CIR e para os coordenadores da RUE. Estado traz que não será incluso estes leitos de UTI nos hospitais da SES e que a ideia é instalar estes leitos nos hospitais menores e não nos grandes hospitais onde está concentrado a alta complexidade. No plano do Estado ficou 30 leitos para a região dos leitos de UTI covid, sendo 10 leitos para Indaial, 10 leitos Gaspar e 10 leitos em Brusque que serão custeados pelo Estado em parcela única pelo período dos próximos 12 meses. Estes leitos hoje habilitados pelo Estado para leitos de UTI covid e após a pandemia ficariam como UTI adulto. Estes dados antes de finalizados e apresentados pelo Estado foram feito contato com os hospitais e com os coordenadores da RUE e estes dados serão passados na CIB de amanhã dia 09/12. Lígia trás que foi questionado quanto ao aumento de leitos de UTI covid da nossa região que chegaram até 144 leitos e hoje estão em 120 leitos disponíveis. Para que estes leitos sejam custeados pelo Estado, o estado já garantiu o custeio e tem que estar disponível no sistema de regulação tem que estar disponível para a regulação. Tem que estar disponível para regulação bem como no eSUS-VE leitos UTI. Os municípios que estão com menos leitos disponíveis na regulação do que implantados nos hospitais necessitam atualizar estes dados visto que só serão pagos os leitos que estiverem disponíveis na regulação. Humberto trás que em Brusque terá uma troca de gestor da saúde e que o próximo gestor será o Dr Osvaldo. Humberto agradece a todos por todo o tempo que esteve à frente da secretaria de saúde de Brusque durante estes 4 anos. Humberto que o consórcio mantenha-se e seja exemplo para as demais regiões nas articulações junto aos gestores nesse papel tão importante. Lígia agradece a participação do Humberto e os demais gestores felicitam o Humberto pelo trabalho e desempenho como gestor durante todos estes anos. Lígia orienta Blumenau e Timbó para conversarem com os gestores dos hospitais para verificarem quanto aos leitos de UTI que não estão na regulação e que necessitam estar. Lígia trás que Arnaldo passou que a reunião foi finalizada e que deliberaram com a proposta inicial apresentada e que amanhã será deliberado em CIB. Lígia trás que foi encaminhado no grupo quanto ao funcionamento das unidades de saúde no fim do ano, recomendando que não fechem todas as unidades de saúde no fim do ano e Pomerode recebeu uma notificação do MP onde solicita informações de como será o fim do ano no município. Pomerode irá apresentar o plano de plantão de Pomerode para verificar se atende as recomendações. Lígia fez a leitura dos pontos levantados pela CRG trazendo como recomendações aos gestores: necessidade de levantamento dos decretos municipais e Estadual quanto aos prazos de vigência da pandemia. Necessidade de



**GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR**  
**MÉDIO VALE DO ITAJAÍ**

encaminhamentos quanto a solicitação do custeio dos leitos UTI Covid que não estão habilitados e sensibilizar os hospitais em manter os leitos abertos mesmo sem a prorrogação de habilitação. Lotação dos leitos de UTI e necessidade de identificar o município de residência: item residência não obrigatório no SES leitos, não sendo possível emitir relatório somente consulta manual um a um sendo inviável este levantamento diante do cenário atual. Ocupação máxima dos leitos de UTI e espera de vagas com leitos montados nas emergências dos hospitais, sendo que até as 14hrs de hoje temos UTI COVID+UTI GERAL: 9 pacientes adultos em busca de leito de UTI e não tem leitos em tela até este momento. Orientação aos gestores e prestadores de serviço quanto às cirurgias eletivas a suspensão da realização das cirurgias diante da ocupação de leitos de UTI acima de 80%. Reforçar e orientar quanto a atualização dos planos de contingência covid dos municípios. Revisar e atualizar os planos incluindo ações que atendam às necessidades de organização dos espaços e salas de vacina para receber as vacinas covid (ex: aquisição de geradores de energia, geladeiras e câmaras frias para vacina). Necessidade de atualizar no plano de contingência e de prever a sobrecarga do serviço funerário diante do risco de aumento de mortes em ambientes domiciliares, mortes sem assistência médica e/ou hospitalar diante do aumento de casos graves e lotação das UTIs. Necessidade de alertar quanto prever aquisição e/ou aluguel de câmaras frias caso tenha-se o aumento das mortes e acúmulo de cadáveres aguardando laudos e outros encaminhamentos como para o serviço funerário. Inquérito Epidemiológico Covid: a ser realizado em 6 municípios da região irão realizar o inquérito de 8 a 13 de dezembro. Solicitar aos gestores apoio na divulgação da pesquisa em mídias locais e aos servidores da saúde. Cleones trás que em uma pesquisa no SES leitos e os hospitais estão preenchendo os dados de residência dos usuários que estão internados, mas hoje como não é um dado obrigatório o local de residência do usuário o SES leitos não consegue gerar o relatório. O correto seria que a SES atualizasse os SES leitos para que este relatório seja emitido com estes dados visto que hoje é possível levantar esses dados somente entrando em cada internação feito manualmente. Alexandra relembra aos gestores a importância de finalizar a gestão nos municípios com os instrumentos de gestão com os dados da pandemia tendo a necessidade de atualizar o plano municipal de saúde e a programação anual de saúde de 2020. Ronie relembra quanto a recomendação de não fechar as unidades de saúde com férias coletivas no fim do ano, como os municípios estão se organizando. No grupo de gestores no whats cada gestor já apresentou um resumo de como ficará a parada de fim do ano nos municípios.

Médio Vale – SC, 10 de dezembro de 2020.

***ATA APROVADA EM REUNIÃO ORDINÁRIA DE CIR DE 16/12/2020.***

**LÍGIA HOEPFNER**  
Coordenadora da CIR

Secretária Municipal de Saúde de Pomerode





## 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 VALE DO ITAJAÍ

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

### → COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR

<b>PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - UPA</b>					
UF	MUNICÍPIO	DESCRIÇÃO	TIPO DE GESTÃO	OPÇÃO DE CUSTEIO	VALORES
					CUSTEIO ANUAL
SC	Brusque	UPA	Municipal	-	-
Solicitou a Readequação da Rede Física da Obra. O processo está em análise no DESID					

### → COMPONENTE HOSPITALAR

<b>PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - PORTA DE ENTRADA</b>							
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES / IBGE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	CLASSIFICAÇÃO	VALORES CUSTEIO ANUAL

Alto Vale do Itajaí	Ibirama	2691884 / 4206900	Hospital Dr. Waldomiro Callauti	Estadual	Estadual	Geral	R\$ 1.200.000,00
Médio Vale do Itajaí	Indaial	2521873 / 4207502	Hospital Beatriz Ramos	Privada	Municipal	Geral	R\$ 1.200.000,00
Médio Vale do Itajaí	Timbó	2537192 / 4218202	Hospital e Maternidade OASE	Privada	Estadual	Geral	R\$ 1.200.000,00
Alto Vale do Itajaí	Ituporanga	2377829 / 4208500	Hospital Bom Jesus	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
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558246 / 4202404	Hospital Santa Isabel	Privada	Municipal	11**	-	11**	R\$ 2.890.800,00
Médio Vale do Itajaí	Indaial	2521873 / 4207502	Hospital Beatriz Ramos	Privada	Municipal	10**	-	10**	R\$ 2.628.000,00
Médio Vale do Itajaí	Timbó	2537192 / 4218202	Hospital e Maternidade OASE	Privada	Estadual	2**	-	2**	R\$ 525.600,00

Médio Vale do Itajaí	Timbó	2537192 / 4218202	Hospital e Maternidade OASE	Privada	Estadual	8	-	8	R\$ 2.102.400,00
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558254 / 4202404	Hospital Santo Antônio	Privada	Municipal	5	-	5	R\$ 1.314.000,00
Médio Vale do Itajaí	Brusque	2522411 / 4202909	Hospital Azambuja	Privada	Municipal	10	-	10	R\$ 2.628.000,00
Médio Vale do Itajaí	Gaspar	2691485 / 4205902	Hospital de Gaspar	Privada	Estadual	10	-	10	R\$ 2.628.000,00
Alto Vale do Itajaí	Ituporanga	2377829 / 4208500	Hospital Bom Jesus	Privada	Dupla	-	1	1	R\$ 105.540,48
Alto Vale do Itajaí	Ibirama	2691884 / 4206900	Hospital Dr. Waldomiro Callauti	Estadual	Estadual	10	-	10	R\$ 2.628.000,00

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

RECLASSIFICAÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO - TIPO II PARA TIPO III								
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES / IBGE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	TIPO III		VALORES
						RECLASSIFICAÇÃO TIPO II PARA TIPO III	TOTAL	CUSTEIO ANUAL
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558246 / 4202404	Hospital Santa Isabel	Privada	Municipal	4	4	R\$ 382.860,18

**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 CUSTEIO ANUAL
						LEITOS HAB.	LEITOS QUAL.	TOTAL	
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558254 / 4202404	Hospital Santo Antônio	Privada	Municipal	2**	-	2**	R\$ 525.600,00

(\*\*) - Leitos aprovados no Parecer Técnico 1268/2019.

**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
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558246 / 4202404	Hospital Santa Isabel	Privada	Municipal	-	1**	R\$ 108.587,50
Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	2568713 / 4214805	Hospital Regional Alto Vale	Privada	Municipal	-	11**	R\$ 1.194.462,50
Médio Vale do Itajaí	Brusque	2522411 / 4202909	Hospital Azambuja	Privada	Municipal	5	-	R\$ 574.875,00
Médio Vale do Itajaí	Timbó	2537192 / 4218202	Hospital e Maternidade OASE	Privada	Estadual	5	-	R\$ 574.875,00

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

Excluído Leitos AVC PAR pois o hospital não mantém mais serviço de neurologia

Alto Vale	Ituporanga	23778 29	Hospital Bom Jesus	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Dupla	05	R\$ 574.875,00
-----------	------------	-------------	--------------------	--	---------	-------	----	----------------

**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 Itajaí	Rio do Sul	2568713 / 4214805	Hospital Regional Alto Vale	Privada	Municipal	6**	R\$ 1.576.800,00
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	2558246 / 4202404	Hospital Santa Isabel	Privada	Municipal	6**	R\$ 1.576.800,00

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

**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 Vale do Itajaí	Ibirama	2691884 / 4206900	Hospital Dr. Waldomiro Callauti	Estadual	Estadual	5**	5**	10**	R\$ 775.625,00

Médio Vale do Itajaí	Pomerode	2513838 / 4213203	Hospital e Maternidade Rio do Testo	Privada	Estadual	5	5	10	R\$ 775.625,00
----------------------	----------	-------------------	-------------------------------------	---------	----------	---	---	----	----------------

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

**Reitera-se a solicitação para 5 leitos novos e 5 qualificados para o Hospital Dr. Waldomiro Callauti pois é um hospital público de gestão estadual.**

<b>PEDIDO DE NOVAS HABILITAÇÕES - LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS</b>							
<b>REGIÃO DE SAÚDE</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>CNES / IBGE</b>	<b>ESTABELECIMENTO</b>	<b>ESFERA ADMINISTRATIVA</b>	<b>TIPO DE GESTÃO</b>	<b>LEITOS HAB.</b>	<b>VALORES CUSTEIO ANUAL</b>
Médio Vale do Itajaí	Gaspar	2691485 / 4205902	Hospital de Gaspar	Privada	Estadual	15**	R\$ 1.070.362,50
Médio Vale do Itajaí	Rio dos Cedros	6273874 / 4214706	Hospital Dom Bosco	Privada	Estadual	15**	R\$ 1.070.362,50
Médio Vale do Itajaí	Timbó	2537192 / 4218202	Hospital e Maternidade OASE	Privada	Estadual	25**	R\$ 1.783.937,50

**(\*\*) - Leitos aprovados em Nota Técnica 404/2016 – Sendo que o Hospital Dom Bosco de Rio dos Cedros possui 40 leitos aprovados em N.T. 404/2016 na qual foi remanejado 25 leitos para o Hospital e Maternidade OASE de Timbó.**



<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>TOTAL ANUAL</b>
Total de custeio aprovado para macrorregião vale do Itajaí (N.T. 404/2016)	R\$ 51.772.410,42
Valores já habilitados na RUE	R\$ 33.716562,90
(**) Valores para novas habilitações (aprovados em N.T. 404/2016 e P.T. 1268/2019)	R\$ 15.726.937,50
Valores para novas habilitações (sem aprovação em N.T. 404/2016)	R\$ 17.939.875,50