



Prefeitura de Joinville
Secretaria Municipal da Saúde
Sistema Único de Saúde



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

Elaboração e Informações:

Secretaria Municipal da Saúde

Gabinete

Setor de Planejamento

Tel: (47) 3481-5170

E-mail: planejamento.saudejoinville@gmail.com

Homepage: <http://saude.joinville.sc.gov.br>

Colaboração:

Gerência da Unidade de Atenção Básica – GUAB

Gerência da Unidade Administrativa e Financeira - GUAF

Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria – GUPCAA

Gerência da Unidade de Serviços de Referência – GUSR

Gerência da Unidade de Vigilância em Saúde - GUVS

Secretaria do Conselho Municipal de Saúde

Equipe de elaboração:

Setor de Planejamento da Secretaria Municipal da Saúde

Selma Cristina Franco

Denise Vizzotto

Guilherme Carvalho dos Reis Lima

Terezinha Hillesheim

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da Univille

J74p Joinville. Prefeitura Municipal.
Plano municipal de saúde 2014-2017 / Prefeitura Municipal de Joinville. – Joinville, SC : / Prefeitura Municipal de Joinville, Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

32 p. : tabs. grafs.

1. Saúde - Joinville. 2. Indicadores de saúde - Joinville. 3. Saúde pública – Administração - Joinville I. Título.

CDD 362.1

Missão da Secretaria Municipal da Saúde

“Oferecer serviços de saúde com vigilância e assistência ao cidadão joinvillense”.



Visão da Secretaria Municipal da Saúde

“Ser um forte sistema de saúde, informatizado e interconectado, que promova a integralidade, a universalidade, a equidade e a ética, contribuindo decisivamente para a qualidade de vida da população”.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

SUMÁRIO

Apresentação	5
CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE	6
Identificação do município	6
Caracterização sociodemográfica	6
Componentes IDHM	7
Dados demográficos	7
Infra-Estrutura	8
Educação	8
Renda	9
Trabalho	10
Vulnerabilidade Social	11
Ambiente Físico	11
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	12
Atenção Básica	12
Atenção Especializada	12
Apoio e Diagnóstico Terapêutico	13
Assistência Farmacêutica	13
INDICADORES DE SAÚDE	13
Mortalidade Infantil	13
Morbidade Infantil	14
Mortalidade de Mulheres em idade fértil	15
Taxa de Fecundidade	15
Mortalidade Geral	15
Morbidade em Idosos	17
PROCESSO DE GESTÃO	18
Planejamento	18
Regulação	18
Programação	19
Financiamento	19
Educação Permanente	19
Ouvidoria	19
Controle Social	20
Problemas que afetam a saúde e a atenção à saúde	20
Diretrizes e Estratégias 2014-2017	21
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE	21
APÊNDICES	26
Apêndice 1- Processo de elaboração do Plano Municipal	26
Apêndice 2- Técnicos que participaram da Elaboração do Plano Municipal	39
Apêndice 3 - Resolução de aprovação do Plano	31

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde constitui o instrumento de gestão mais importante do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo 'as intenções e os resultados que serão buscados pela gestão' no próximo quadriênio. Com base nesta premissa do Planejasus, na Lei complementar 141/2012 e no Relatório Anual de Gestão/2011, a equipe de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville deu início ao processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, delineando uma proposta que foi prontamente acolhida pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Assim, coordenou uma série de encontros que tiveram ampla participação de atores sociais de forma transparente e democrática. O entendimento era de que mais do que cumprir uma legislação, era preciso estar comprometido com sua elaboração e embasá-lo tecnicamente a partir dos problemas relacionados às condições de saúde, à organização institucional e às tecnologias disponíveis para enfrentá-los. Assim, o resultado aqui apresentado expressa os anseios e o grau de amadurecimento político dos profissionais de saúde, dos técnicos que atuam junto à gestão e da sociedade representada pelo Conselho Municipal de Saúde. Entretanto, é necessário reiterar que o Plano apenas demarca um caminho a ser seguido pela gestão e representa o início de uma nova etapa de esforços para concretizá-lo, tirá-lo da gaveta, buscando torná-lo real nos próximos 1.460 dias. Para que isso aconteça, a participação de todos os sujeitos interessados na consolidação de um SUS ético, igualitário, universal e de qualidade é fundamental! Convidamos todos para esse desafio!

Dezembro de 2013

CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE

Identificação do município

O município de Joinville localiza-se na região nordeste do Estado de Santa Catarina e configura-se como o terceiro polo econômico do sul do Brasil, atrás apenas das capitais do Paraná e do Rio Grande do Sul. As atividades da indústria, principalmente metal-mecânica, movimentam a economia da cidade, destacando-se atualmente o setor terciário, sobretudo com a abertura de comércio e serviços.

Figura 1: Mapa com localização de Joinville

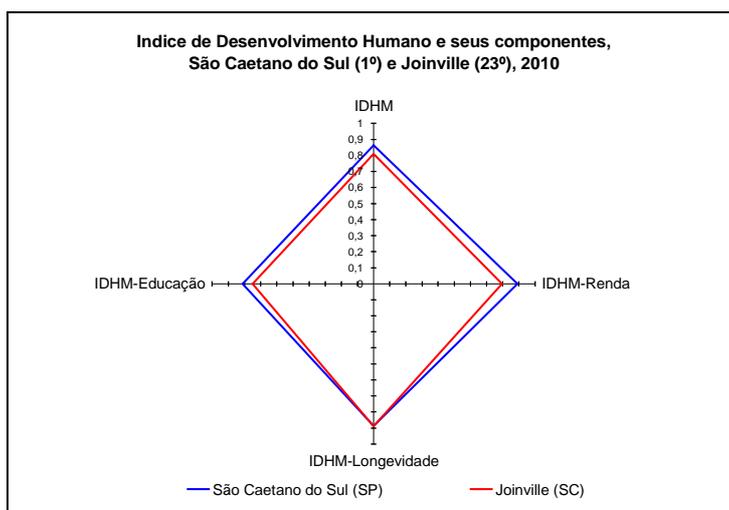


Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

Caracterização sociodemográfica do município de Joinville

Com um IDH (2013) de 0,809, considerado muito alto, ocupa o 21º lugar entre os municípios brasileiros e o 4º lugar entre os catarinenses. A renda per capita média de Joinville cresceu 41,52% no período entre 2000 e 2010, sendo atualmente R\$ 1.126,74, acima da média nacional. A extrema pobreza corresponde a 0,29% da população.

Figura 2: IDH de Joinville e componentes



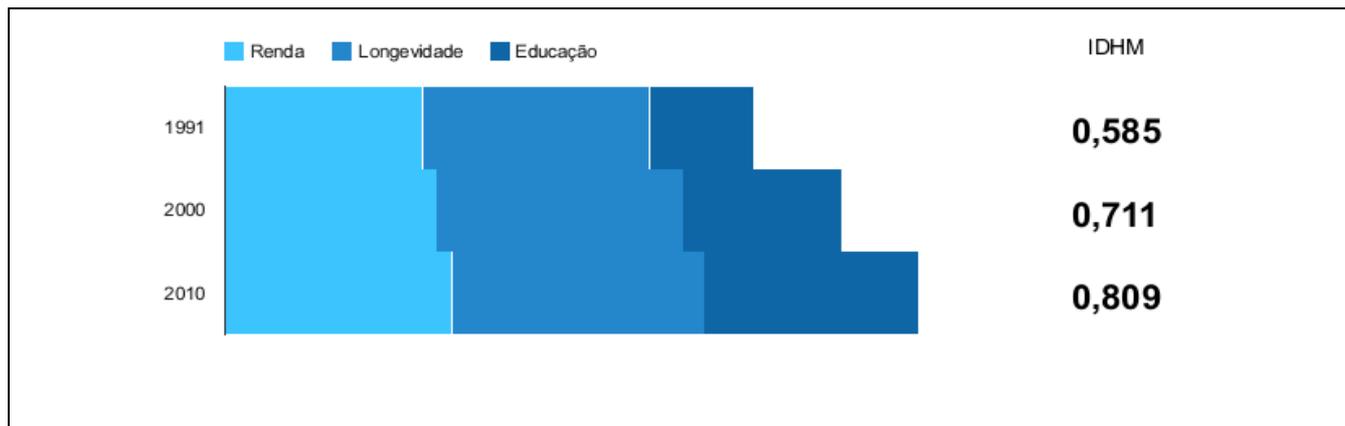
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

Componentes IDHM

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Joinville é 0,809, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (IDHM entre 0,8 e 1). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,189), seguido por Renda e por Longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,195, seguida por Longevidade e por Renda.

Figura 3: Evolução dos componentes do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

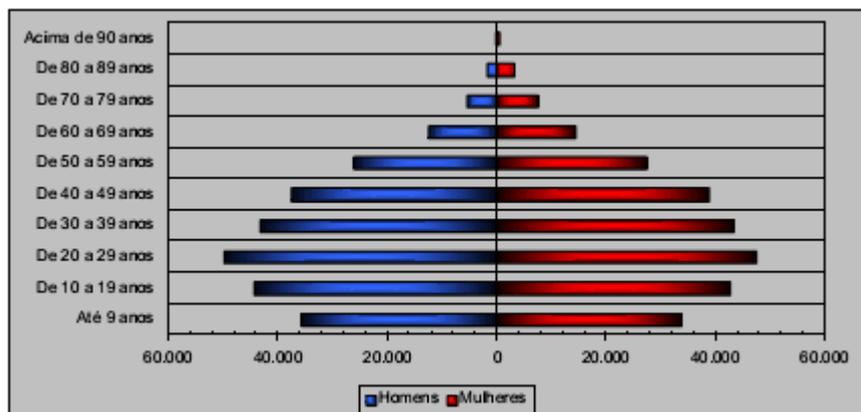


Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

Dados demográficos

A população em 2013 é de 526.338 habitantes, com 96,6% vivendo na área urbana. A razão de dependência vem diminuindo nos últimos anos e atualmente é de 37,6%. Já, o índice de envelhecimento vem aumentando e atualmente é de 4,2%. A população menor de 15 anos representa 21,8%, a feminina 50,4% e a de idosos, 9,3%.

Figura 4: Distribuição da população residente segundo sexo e faixa etária, Joinville, 2010.



Fonte: IPPUJ, 2012

Entre 2000 e 2010, a população de Joinville teve uma taxa média de crescimento anual de 1,61%. No Estado, estas taxas foram de 1,02% entre 2000 e 2010. No país, foram de 1,01% entre 2000

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

e 2010. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 0,66%. A taxa de fecundidade é de 1,8 filhos por mulher, semelhante à média nacional.

A esperança de vida ao nascer aumentou 5,8 anos nas últimas duas décadas, passando de 72,6 anos em 1991 para 78,3 anos em 2010, ou seja, 4,4 anos acima da média brasileira. A média para o estado de Santa Catarina é de 76,6 anos e, para o país, de 73,9 anos.

Infra-estrutura

A população atendida com água encanada é de 98,16% e de esgoto sanitário 16,5% (IPPUJ, 2010).

Tabela 1: Cobertura populacional de água, energia elétrica e coleta de lixo, Joinville, 2010

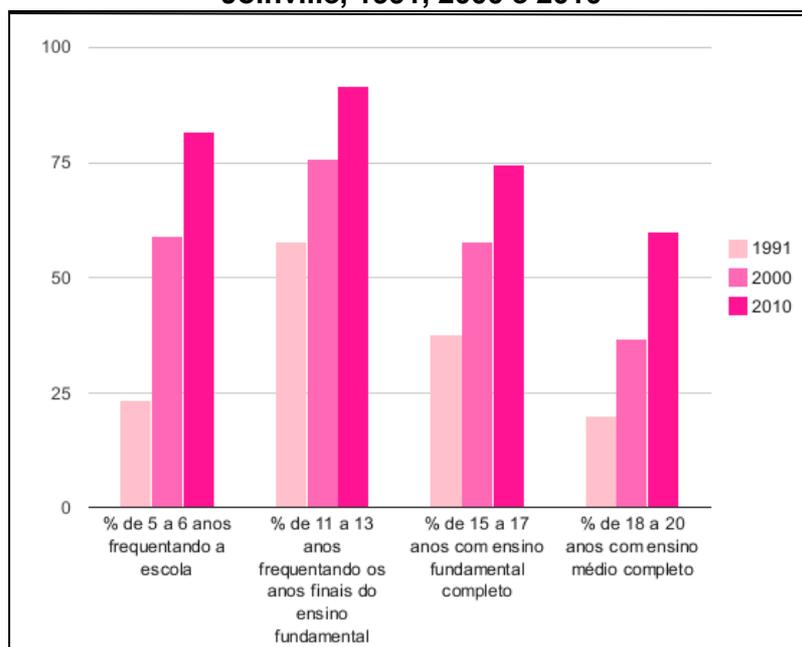
	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	96,79	97,64	98,16
% da população em domicílios com energia elétrica	98,87	99,67	99,93
% da população em domicílios com coleta de lixo*	92,97	99,47	99,92

Fonte: IPPUJ, 2010.

Educação

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 38,44%, a proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 29,01% e a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 63,15%. Em 2010, 67,46% dos alunos entre 6 e 14 anos de Joinville estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Nota-se que, em 2010, 2,66% das crianças de 6 a 14 anos não freqüentava a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 15,72%.

Figura 5: Evolução da frequência escolar por faixa etária, Joinville, 1991, 2000 e 2010

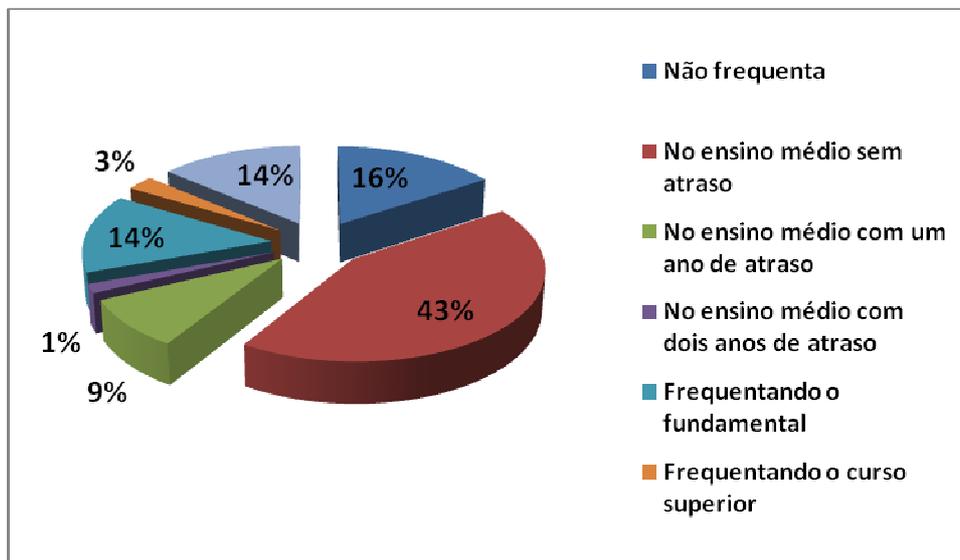


Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 3,35% nas últimas duas décadas e atualmente é de 2,2%, com um acúmulo nas faixas etárias mais elevadas.

Figura 6: Frequência escolar de 15 a 17 anos, Joinville, 2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

A escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM Educação. Em 2010, 70,87% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 51,41% o ensino médio. Em Santa Catarina, 58,87% e 40,41% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 3,35% nas últimas duas décadas e atualmente é de 2,2%, com um acúmulo nas faixas etárias mais elevadas.

Renda

A renda per capita média de Joinville cresceu 90,27% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 592,18 em 1991 para R\$ 796,17 em 2000 e R\$1.126,74 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 34,45% no primeiro período e 41,52% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 2,34% em 1991 para 1,69% em 2000 e para 0,29% em 2010.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

Tabela 2: Renda pobreza e desigualdade, Joinville, 1991, 2000 e 2010

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	592,18	796,17	1.126,74
% de extremamente pobres	2,34	1,69	0,29
% de pobres	10,24	7,83	1,67
Índice de Gini	0,49	0,54	0,49

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

Tabela 3. Porcentagem de renda apropriada Por extratos da população. Joinville - SC

	1991	2000	2010
20% mais pobres	4,38	3,79	4,92
40% mais pobres	12,96	11,26	13,90
60% mais pobres	25,99	22,69	26,72
80% mais pobres	45,65	40,84	45,53
20% mais ricos	54,35	59,16	54,47

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

Trabalho

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 68,21% em 2000 para 74,21% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 13,54% em 2000 para 4,28% em 2010. Dados estes demonstrados nas tabelas a seguir:

Tabela 4. Ocupação da população de 18 anos ou mais. Joinville, SC

	2000	2010
Taxa de atividade	68,21	74,21
Taxa de desocupação	13,54	4,28
Grau de formalização dos ocupados – 18 anos ou mais	71,67	79,53

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

Tabela 5. Nível educacional dos ocupados. Joinville, SC

	2000	2010
% dos ocupados com fundamental completo	64,06	79,11
% dos ocupados com médio completo	40,24	59,39

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

Tabela 6. Rendimento Médio. Joinville, SC

	2000	2010
% dos ocupados com rendimento de até 1 s. m.	19,53	6,85
% dos ocupados com rendimento de até 2 s. m.	58,63	52,87

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

Em 2010, a maior parte dos adultos trabalhavam no setor de serviços (41,5%), seguidos pelo setor industrial (28,4%), comércio (16,6%), construção (6,5%) e outros.

Vulnerabilidade social

Entre 2000 e 2010, houve uma redução de diversos indicadores que evidenciam a situação de vulnerabilidade social. Houve redução do percentual de crianças fora da escola, de pessoas entre 15 e 24 anos vulneráveis à pobreza e da taxa de atividade de crianças de 10 a 14 anos. Chama a atenção o aumento da proporção de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos, de 0,21% a 0,37%.

Tabela 7: Vulnerabilidade social em Joinville

Crianças e jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	18,20	13,80	9,30
% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	-	62,53	29,11
% de crianças de 6 a 14anos fora da escola	15,80	5,19	2,66
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza	-	7,26	2,25
% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos	0,11	0,21	0,37
% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos	4,54	6,06	4,43
Taxa de atividade – 10 a 14 anos (%)	-	5,26	4,04
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos	8,22	9,70	9,83
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	1,47	1,09	0,48
% de crianças extremamente pobres	3,54	3,02	0,58
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	30,92	23,54	7,98
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	34,05	19,41
Condição de Moradia			
% de pessoa em domicílio com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	0,65	0,28	0,34

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013

Ambiente físico

Joinville é uma grande cidade, de economia industrial (fundição, plásticos e componentes industriais) e de serviços (informática, comércio e turismo de eventos), associada a um intenso movimento imigratório a partir da década de 70. Isso implica na atração de imigrantes, na importância dos acidentes de trabalho e no risco de catástrofe envolvendo produtos químicos utilizados ou residuais dos processos industriais.

A região oeste do município corresponde a dois terços de sua superfície, é montanhosa e origem do abastecimento de água do município. Por sua vez, a região leste é plana, formada por baixios quase ao nível do mar. O grande desnível do terreno e a proximidade do mar propiciam grande pluviosidade,

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

com chuvas intensas, sujeitando a cidade a freqüentes inundações. A grande umidade tem também impacto na proliferação de fungos e na conseqüente ocorrência de quadros alérgicos respiratórios.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM JOINVILLE

O Município de Joinville está dividido em nove Regionais de Saúde, áreas geográficas delimitadas segundo o conceito de Distrito Sanitário, território que agrega um conjunto de unidades sanitárias organizados em uma rede hierarquizada de complexidade, que prestam assistência à população ali residente.

Atenção Básica

Compreende 53 unidades básicas de saúde (anteriormente eram 55, porém foram fechadas unidades Roraima e Estevão de Matos), sendo que 33 funcionam segundo o modelo da Estratégia Saúde da Família, 13 segundo o modelo da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e 7 segundo o modelo convencional. As coberturas populacionais de cada modelo estão na tabela a seguir:

Tabela 8: Tipos de Unidades Básicas de Saúde e população coberta, Joinville, 2013

Tipo de UBS	População	% de Cobertura
Convencional (Rede)	127.907	23,39%
EACS	212.841	38,91%
ESF	206.233	37,70%
Total	546.981	100,00%

FONTE: Cadastramento e Acompanhamento do usuário SUS/ GUAB. Nov/2013.

Atenção Especializada

Abrange 19 serviços ambulatoriais e hospitalares que oferecem atenção especializada e servem de retaguarda à atenção básica, dando suporte no diagnóstico, tratamento de doenças e condições específicas de certos grupos populacionais, tais como portadores de necessidades especiais, patologias labiopalatais, distúrbios psíquicos, entre outros. Além disso, há 3 Pronto Atendimentos (PAs) municipais localizados nas regiões sul, norte e leste que funcionam 24 horas. A rede hospitalar é formada por oito hospitais, sendo 3 públicos, 1 filantrópico e 4 privados.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

Apoio e Diagnóstico Terapêutico

Os exames de patologia clínica são realizados no laboratório municipal que atende cerca de 50% da necessidade dos usuários do SUS. Os demais são realizados em laboratórios privados contratados e hospitais no atendimento de emergência.

Assistência Farmacêutica

É organizada em conformidade com a Política Nacional, havendo demoras administrativas para o acesso a alguns medicamentos. Há dificuldade da supervisão profissional e, dessa forma, sua atuação não é articulada com o restante da assistência.

O gasto na assistência farmacêutica básica é superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde exigindo um comprometimento maior dos recursos municipais. Além disto, as decisões judiciais implicam em um gasto elevado em medicamentos especiais, fora da competência municipal ou simplesmente não padronizados.

INDICADORES DE SAÚDE

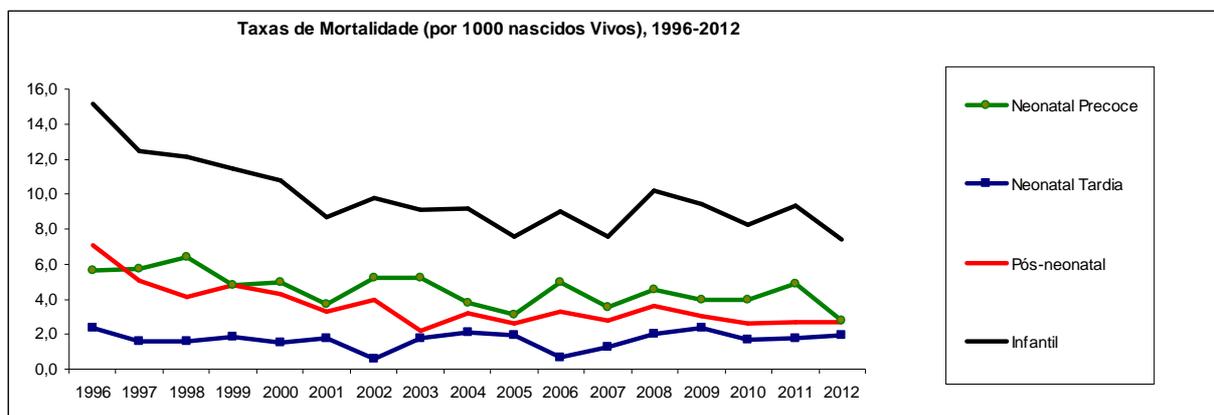
Mortalidade Infantil

Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do Estado e do país eram 11,5 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

Em Joinville a mortalidade infantil reduziu 32%, passando de 13,8 por mil nascidos vivos em 2000 para 9,3 por mil nascidos vivos em 2010. Em 2012 a taxa de mortalidade infantil foi de 7,4 por mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade na infância (crianças até 5 anos), foi de 8,7 por mil nascidos vivos.

As principais causas de mortalidade infantil em Joinville são as afecções perinatais associadas à prematuridade, seguidas das malformações congênitas. Os óbitos fetais têm aumentado, apesar da mortalidade perinatal estar mantendo-se estável nos últimos anos.

Figura 7: Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos), 1996-2012



Fonte: SES. Informações em Saúde. Cadernos de Informações em Saúde. Acesso outubro 2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

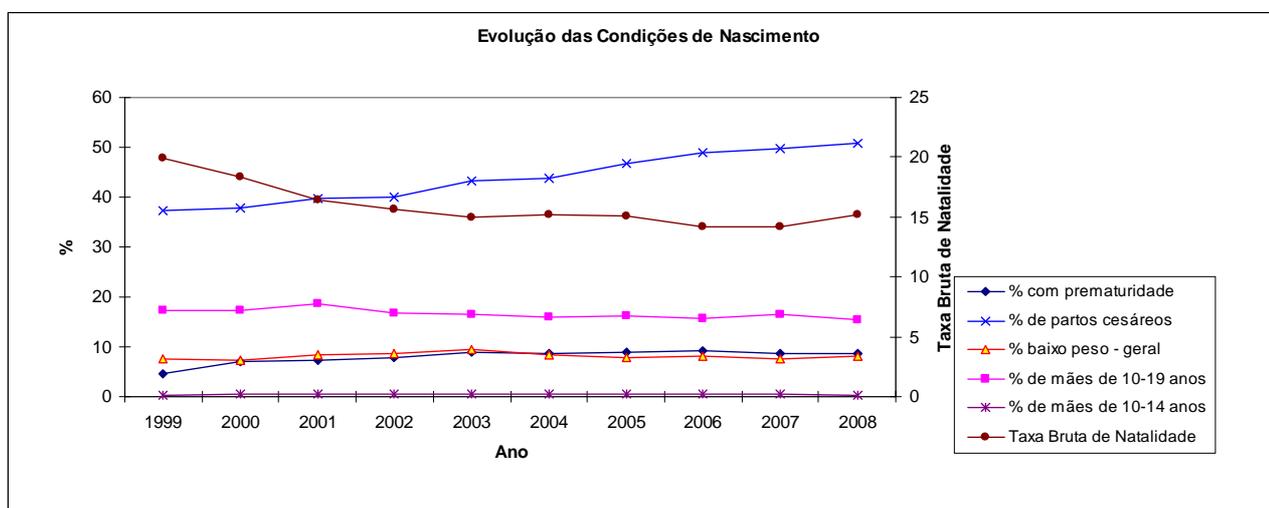
Morbidade Infantil

Entre as principais causas de internação hospitalar entre crianças estão as doenças do aparelho respiratório, seguidas do aparelho digestivo e de causas externas. Estas últimas ficam mais importantes à medida que a idade vai aumentando.

A proporção de prematuridade é de 8,7%, acima do Brasil, 6,7% (2008). A proporção de gestantes adolescentes é de 15,4%, abaixo do Brasil onde alcança 20,4% (2008). Vale ressaltar a existência de disparidades deste índice entre as Regionais de Saúde.

A proporção de partos cesáreos é de 50,9%, acima do Brasil onde atinge 48,5% (2008). Nos hospitais privados, este índice atinge cerca de 80%.

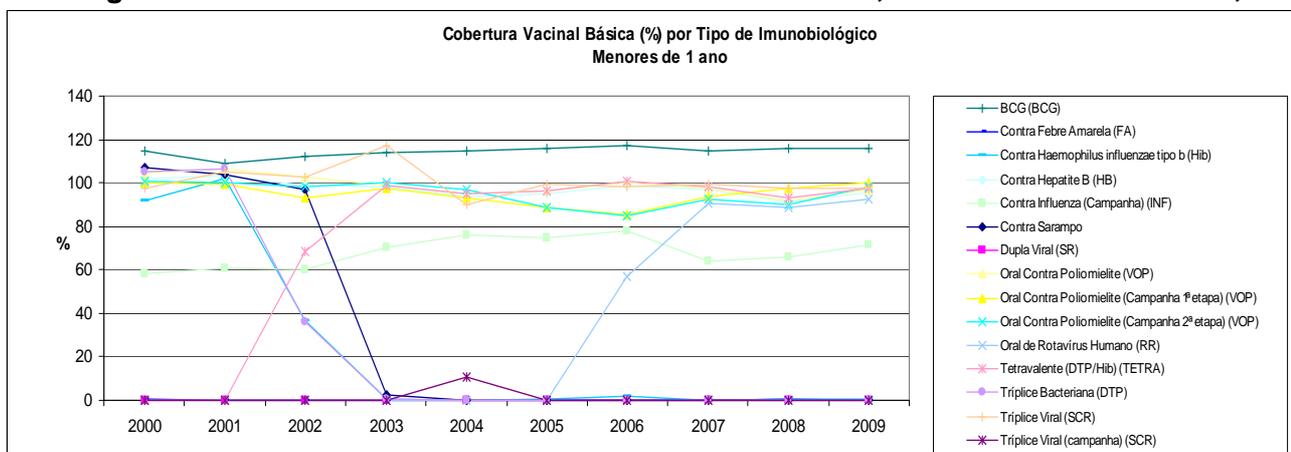
Figura 8: Evolução das Condições de Nascimento 1999 - 2008



Fonte: SES. Informações em Saúde. Cadernos de Informações em Saúde. Acesso outubro 2013.

A cobertura vacinal é boa, mantendo-se ao redor de 95% para as vacinas da faixa etária pediátrica com algumas variações para as demais.

Figura 9: Cobertura Vacinal Básica em Menores de 1 ano, de 2000 a 2009. Joinville, SC



Fonte: SES. Informações em Saúde. Cadernos de Informações em Saúde. Acesso outubro 2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil

A principal causa de morte entre as mulheres em idade fértil é o câncer de mama, seguido do câncer de colo de útero. Destacam-se ainda as doenças do aparelho circulatório e as causas externas.

Figura 10: Mortalidade Proporcional (%) em mulheres de 10 a 49 anos por Principais Grupos de Causas, 2012. Joinville - SC

Grupos de Causas	Nº	
Neoplasias (tumores)	52	33,8
Causas externas	26	16,9
Doenças do aparelho circulatório	31	20,1
Alg. Doenças infecciosas e parasitárias	8	5,2
Doenças do aparelho respiratório	11	7,1
Doenças do aparelho digestivo	7	4,5
D. endócrinas nutricionais e metabólicas	5	3,2
D. do sistema nervoso	4	2,6
D. do aparelho geniturinário	3	1,9
Demais definidas	7	4,5
Sub-total (definidas)	154	
Mal definidas	-	
Total	154	

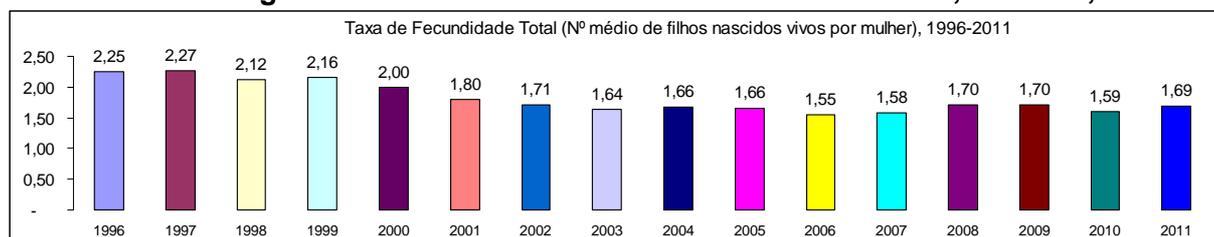
Fonte: SES. Informações em Saúde. Cadernos de Informações em Saúde. Acesso outubro 2013.

As mortes maternas (relacionadas à gestação, parto e puerpério) foram três em 2012. Por serem proporcionalmente poucas, as mortes maternas são analisadas ponderadas para cada 100.000 nascidos vivos. Como em Joinville nascem cerca de 8.000 crianças por ano esse indicador mostra grande flutuação no município.

Taxa de Fecundidade

A taxa de fecundidade (número médio de filhos nascidos vivos por mulher) é de 1,8 filhos por mulher, semelhante à média nacional.

Figura 11: Taxa de Fecundidade Total de 1996-2011, Joinville, SC



Fonte: SES. Informações em Saúde. Cadernos de Informações em Saúde. Acesso outubro 2013.

Mortalidade Geral

As duas principais causas de mortalidade entre idosos no Estado são o acidente vascular cerebral e a doença isquêmica do coração. A hipertensão arterial está associada a essas patologias e o seu controle efetivo é fundamental para reduzir a mortalidade e as internações por estas causas. Por outro lado, é importante não negligenciar o aumento progressivo dos diferentes tipos de câncer,

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

exigindo novas posturas de prevenção e de intervenção precoce. Quase a metade dos óbitos por doenças do aparelho respiratório nessa faixa etária são por bronquite, enfisema e asma, aparecendo a pneumonia em 2ª posição. O diabetes mellitus representa 83% das mortes por doenças endócrinas e metabólicas e apresentam maior incidência entre as mulheres.

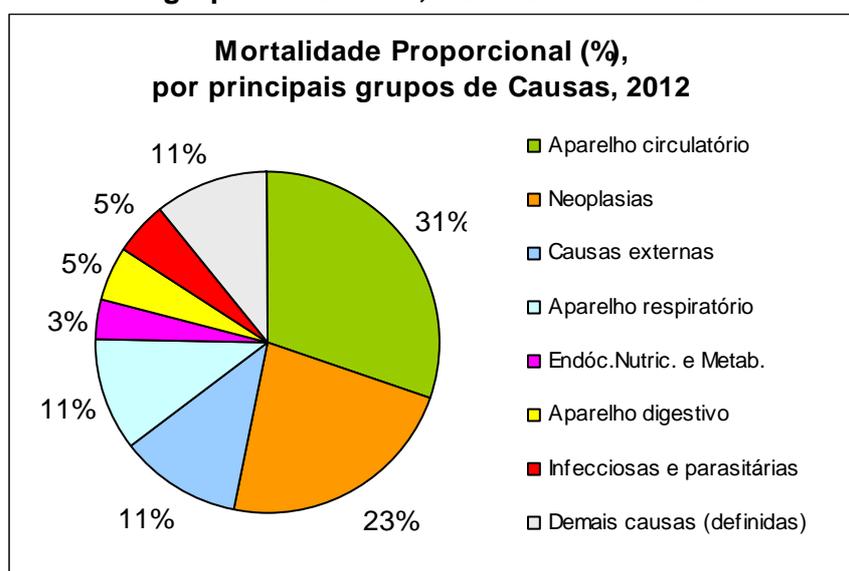
Figura 12: Mortalidade Proporcional em maiores de 60 anos, por Principais Grupos de Causas, 2012, Joinville – SC

Grupos de Causas	Nº	%	
Doenças do aparelho circulatório	611	36,7	
Neoplasias (tumores)	392	23,5	
Doenças do aparelho respiratório	227	13,6	
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	66	4,0	
Doenças do aparelho digestivo	78	4,7	
Causas externas	55	3,3	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	62	3,7	
Doenças do aparelho geniturinário	48	2,9	
Doenças do sistema nervoso	92	5,5	
Demais definidas	35	2,1	
Sub-total (definidas)	1.666	100	
Mal Definidas	24	1,4	
Total	1690	100	

Fonte: SES. Informações em Saúde. Cadernos de Informações em Saúde. Acesso outubro 2013.

Com relação à mortalidade em todas as faixas etárias, observa-se maior proporção das doenças do aparelho circulatório e neoplasias, conforme mostrado a seguir:

Figura 13: Taxa de Mortalidade proporcional por principais grupos de Causas, 2012. Joinville - SC



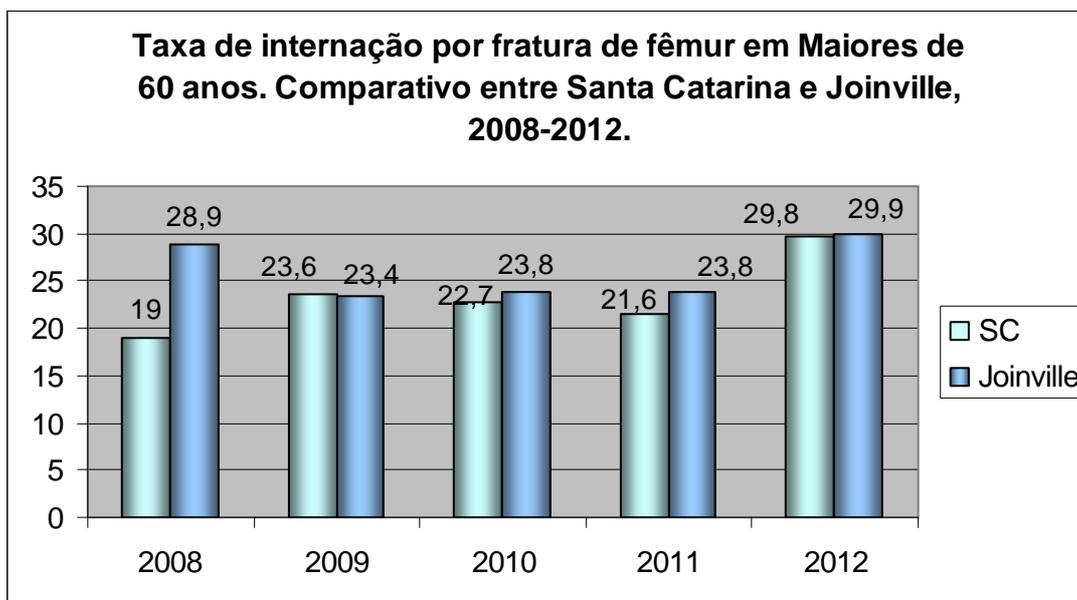
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. SC. 2013. Mortalidade Geral. Período 2002-2008. Joinville.SC

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

Morbidade de idosos

O único indicador de morbidade de idosos monitorado rotineiramente é a taxa de internação por fratura de fêmur a qual vem apresentando oscilações, no entanto, mantendo-se próxima à do Estado com 29,9 fraturas por 10.000 idosos.

Figura 14: Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em maiores de 60 anos, Santa Catarina e Joinville, 2008- 2012.



Fonte: SES. Informações em Saúde. Cadernos de Informações em Saúde. Acesso outubro 2013.

As principais causas de internação hospitalar de adultos acima de 50 anos são doenças cardiovasculares e câncer seguidas das doenças do aparelho respiratório e digestivo. Para a mortalidade, se destacam as doenças cardiovasculares e câncer.

Figura 15: Internações Hospitalares de idosos residentes em Joinville segundo sexo e grupos de causas, 2012.

Grupos de Causas	Masculino		Feminino		Total		Taxa (%)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
D. do aparelho circulatório	884	25,1	749	22,8	1.633	24	24,0
D. do aparelho respiratório	417	11,8	398	12,1	815	12,0	12,0
D. do aparelho digestivo	498	14,1	332	10,1	830	12,2	12,2
Neoplasias (tumores)	532	15,1	545	16,6	1.077	15,8	15,8
D. do aparelho geniturinário	245	7,0	301	9,2	546	8,0	8,0
Alg.doenças infecciosas e parasitárias	151	4,3	149	4,5	300	4,4	4,4
Lesões enven e alg out conseq causas externas	215	6,1	277	8,4	492	7,2	7,2
D. endócrinas nutricionais e metabólicas	87	2,5	78	2,4	165	2,4	2,4
D. sist osteomuscular e tec conjuntivo	71	2,0	80	2,4	151	2,2	2,2
Demais causas	424	12,0	372	11,3	796	11,7	11,7
Total	3.524	100	3.281	100	6805	100	

Fonte: SES. Informações em Saúde. Cadernos de Informações em Saúde. Acesso outubro 2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

A hierarquia das causas de internação hospitalar entre os idosos é muito semelhante à observada para a mortalidade. O número médio de internações na população idosa é muito superior do que entre o restante dos adultos e aumenta gradualmente com a idade, chegando a mais de 3 vezes na faixa etária de 80 e mais anos. A tendência é a redução de hospitalizações entre mais jovens, mas não entre os idosos.

PROCESSO DE GESTÃO

Planejamento

O processo de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde atende à legislação que instituiu o Planejatus, no que se refere à elaboração e monitoramento dos instrumentos de gestão. O setor de Planejamento tem empreendido diversas ações visando aprimorar o processo e comprometer os profissionais de diferentes setores da gestão com o planejamento do trabalho e acompanhamento dos resultados alcançados, visando construir uma cultura de planejamento e avaliação. Percebe-se, nos últimos anos, uma valorização dos profissionais quanto ao planejamento, aos indicadores e ao processo de monitoramento e avaliação das ações realizadas. Entretanto, a falta de disponibilidade de informações de boa qualidade e o atraso tecnológico na informatização da Secretaria ainda constitui graves problemas que dificultam as ações do planejamento e da própria gestão.

O município tem participado de projetos do Ministério da Saúde desde 2007, dentre os quais merece destaque o Plano de Fortalecimento da Atenção Básica e, mais recentemente, a Organização das Redes de Atenção à Saúde, tendo sido piloto na Rede de Urgência e Emergência. Infelizmente, boa parte das ações e metas previstas no primeiro projeto não foi realizada, apesar de constarem do Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Atualmente, a equipe de Planejamento está trabalhando com a nova estratégia do Ministério da Saúde que é o COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública) e, considerando que o município de Joinville desempenha um forte protagonismo assistencial na macrorregião Nordeste, o resultado alcançado dependerá em grande parte da organização de nossos serviços. Aqui, o planejamento juntamente com a programação e o controle e avaliação, tornam-se especialmente importantes para monitorar e fazer ajustes no processo de definição de responsabilidades assistenciais e organizativas junto aos municípios da região de saúde.

Regulação

O setor de Regulação está inserido na gerência de Planejamento, Controle e Avaliação e Auditoria e tem atuado buscando organizar as filas de usuários que são encaminhados para consultas especializadas e exames de média complexidade. Embora tenha sido feito um grande esforço para qualificar as filas de espera, que são longas e históricas em Joinville, estabelecendo critérios de prioridade clínica para cada caso, conforme protocolos existentes, ainda a lógica dominante é voltada para as demandas (pacientes encaminhados) e não para as necessidades de saúde da população. Constata-se, assim como em outros municípios brasileiros, um excesso de encaminhamentos da

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

atenção primária para outros níveis de atenção, evidenciando uma dependência na utilização de tecnologias duras, centradas em equipamentos e procedimentos.

Programação

Este setor também é vinculado à gerência de Planejamento, Controle e Avaliação e Auditoria e atua buscando adequar a oferta de procedimentos para atender às necessidades tanto de Joinville quanto o que foi pactuado com a região. Isso envolve ações de negociação e acompanhamento dos contratos com prestadores públicos e privados, bem como a definição da programação físico-orçamentária (PFO) das unidades próprias. Dentre as principais dificuldades do setor, pode-se citar o conflito entre interesses distintos dos prestadores, as dificuldades de equacionar a oferta com a demanda dos municípios e a insuficiência na equipe de profissionais que atuam no setor.

Financiamento

Nos últimos anos o município tem investido em saúde valores acima dos percentuais previstos na legislação, sendo no ano de 2012 de 28,98%, englobando custeio e investimentos da Secretaria Municipal de Saúde, do Hospital Municipal São José e transferências a outras instituições. Isso correspondeu a uma despesa anual sob a responsabilidade do município de R\$ 740,47 / habitante.

Educação Permanente

O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (Progesus), criado pelo Ministério da Saúde, foi implantado em 2010 e tem como objetivo promover a melhoria dos processos de trabalho e promover ações de educação continuada a todos os servidores lotados na Secretaria Municipal de Saúde. É também responsável pela organização dos estágios curriculares e extra-curriculares das instituições de ensino parceiras da Secretaria Municipal de Saúde.

Ouvidoria

A Ouvidoria em Saúde é um instrumento da gestão pública e do controle social para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo SUS, trazendo para dentro das decisões da gestão as avaliações, as opiniões e as idéias geradas pelos usuários dos serviços públicos de saúde. Foi instituído em Joinville no ano de 2007 e recebe os registros de ocorrência tanto no sistema on-line da Central 156, como também diretamente com o paciente reclamante, estabelecendo um canal de comunicação entre o cidadão usuário SUS e o órgão público. As ocorrências são encaminhadas para os respectivos setores envolvidos com os problemas mencionados, não apenas respondendo às mesmas, mas principalmente buscando soluções. Embora, as respostas sejam feitas na maioria das vezes, os encaminhamentos para solucionar os problemas são ainda bastante morosos e nem sempre usados para subsidiar as tomadas de decisão da gestão.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

Controle Social

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem como objetivo implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social da saúde e a atuação na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde. Em Joinville, o CMS atua assessorado por quatro comissões permanentes: Comissão de Assuntos Internos, Comissão de Assuntos Externos, Comissão Municipal de Saúde do Trabalhador e a Comissão de Capacitação de Conselheiros de Saúde.

Problemas que afetam a saúde e a atenção à saúde

Ao iniciar o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-17, no início de janeiro de 2012, a Secretaria Municipal de Saúde reuniu representantes do Conselho Municipal de Saúde, os quais identificaram os principais problemas que afetam a saúde e a atenção à saúde em Joinville e, a partir destes, foram propostos objetivos, diretrizes e estratégias para o Plano (Apêndice 1).

Houve grande destaque para a falta de informação sobre a situação epidemiológica e sobre ações realizadas pela rede assistencial, prejudicando o planejamento, o monitoramento e a avaliação de desempenho tanto da gestão como da rede de serviços. Nesse aspecto, a informatização da Secretaria foi mencionada como uma necessidade urgente e sem a qual as soluções possíveis para enfrentar o problema das informações ficam inviabilizadas.

Outro problema entendido como prioritário foi a ausência de uma política de gestão de pessoas adequada às peculiaridades do SUS que valorize os profissionais compromissados. A não profissionalização da gestão é outro ponto que traz conseqüências negativas para o desempenho da gestão, visto que muitos gerentes e coordenadores não possuem as habilidades e conhecimentos necessários para quem ocupa cargos de liderança dentro da secretaria. A articulação com as entidades formadoras de profissionais de saúde (escolas profissionalizantes e universidades) também é quase inexistente e necessita ser construída.

A fragmentação do cuidado é um problema histórico que afeta diretamente a população e precisa ser enfrentado com as redes de atenção. Buscar a integralidade, rever pactuações com outros municípios, articular os diversos pontos de atenção com outros setores da sociedade foram ações sugeridas para minimizar este problema.

O fortalecimento da atenção básica foi outra recomendação dos conselheiros, com o intuito de mudar o modelo assistencial no qual identifica-se predomínio da atenção às urgências. A regulação da oferta de exames e procedimentos de média e alta complexidade é uma questão urgente para qualificar a atenção.

Apontou-se ainda o subdimensionamento da rede assistencial em algumas áreas da cidade e o problema das instalações físicas inadequadas como problemas que demandam investimentos para serem corrigidos.

Muitos processos de trabalho precisam ser revistos e aprimorados, falta descrição das vocações e competências das unidades assistenciais. Além disso, o controle social tem sido pouco

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

atuante, com conselheiros pouco comprometidos com o conjunto do município e com diversas unidades básicas sem conselho local instituído.

Finalmente, mencionou-se a falta de cultura de planejar e avaliar as ações realizadas e as metas buscadas, bem como a falta de transparência na alocação de recursos.

Diretrizes e Estratégias 2014-2017

EIXO DE GESTÃO: Compreende um conjunto de estratégias para mudar a cultura institucional, buscando aprimorar os processos das atividades que são inerentes à gestão pública: planejamento e regulação.

Diretriz 1 - Informatização da rede assistencial e os serviços de apoio e logística

- 1.1. Integrar e desenvolver os sistemas de informação
- 1.2. Prover estrutura física de informática (hardware e conectividade)

Diretriz 2 – Aprimoramento da política de gestão de pessoas*

- 2.1. Definir e manter atualizado o quadro ideal de profissionais por unidade de saúde e serviços para atender suas finalidades
- 2.2. Estruturar a educação permanente
- 2.3. Consolidar a política de inserção dos formandos na rede assistencial

Diretriz 3 – Aperfeiçoamento do monitoramento de resultados, ações e recursos pelos profissionais e conselheiros

- 3.1. Implementar o controle contínuo das transferências e aplicações de recursos por programa
- 3.2. Reduzir o comprometimento financeiro com processos judiciais
- 3.3. Aperfeiçoar o monitoramento das ações com comprometimento dos resultados

Diretriz 4 – Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e as instituições de saúde, com ênfase na corresponsabilidade

- 4.1. Fortalecer o controle social
- 4.2. Aperfeiçoar a comunicação interna e externa

EIXO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS: Compreende as estratégias diretamente ligadas às atividades fins, ou seja, oferta de serviços de saúde.

Diretriz 5 – Efetivação da Atenção Básica ampliando a cobertura e provendo meios para sua resolutividade

- 5.1. Focar ações de atenção primária à saúde aos membros das famílias de risco
- 5.2. Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família

Diretriz 6 – Instituição do Cuidado em Redes de Atenção

- 6.1. Fortalecer comissões temáticas de áreas estratégicas
- 6.2. Pactuar o papel de cada ponto de atenção e profissionais nas linhas de cuidado
- 6.3. Construir a cultura do planejamento intersetorial visando 'Políticas Públicas Saudáveis'
- 6.4. Integrar a Rede Hospitalar
- 6.5. Rever as pactuações com os demais municípios

Diretriz 7 – Adequação da oferta de serviços às necessidades locais

- 7.1. Dimensionar as Unidades e Serviços de Saúde considerando a Organização da Rede, as determinações

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

legais e o perfil epidemiológico

7.2. Manter os serviços em funcionamento, com aquisição de equipamentos, manutenção preventiva predial e de equipamentos

DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

EIXO DE GESTÃO

DIRETRIZ 01: Informatização da rede assistencial e serviços de apoio e logística

OBJETIVO: Disponibilizar a todos, em tempo real, indicadores consolidados, rotinas e informações operacionais.

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
1.1. Integrar e desenvolver os sistemas de informação	Proporção de Bases de Dados integradas	Nenhuma base de dados integrada	2014	39%
			2015	67%
			2016	94%
			2017	100%

FONTE: Relatório da Tecnologia de Informação/ UAF

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
1.2. Prover estrutura física de informática (hardware e conectividade)	Proporção de Pontos de Trabalho fixos dos serviços próprios com acesso a intranet	50% dos Pontos de Trabalho fixos com acesso a intranet	2014	75%
			2015	95%
			2016	95%
			2017	95%

FONTE: UAF\TI - Relatório de Implantação

DIRETRIZ 02: Aprimoramento da política de gestão de pessoas

OBJETIVO: Comprometer os serviços com seus resultados em saúde e satisfação do usuário

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
2.1. Definir e manter atualizado o quadro ideal de profissionais por Unidade de Saúde e Serviço para atender suas finalidades	Proporção de gerências, áreas de coordenações e serviços com descrição de atribuições setoriais	Nenhuma gerência área e serviço com descrição de atribuições setoriais	2014	40%
			2015	50%
			2016	60%
			2017	100%

FONTE: Setor PROGESUS (publicação das Atribuições Setoriais na intranet)

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
2.2. Estruturar a educação permanente	Proporção de unidades de saúde e setores que participaram do processo de educação permanente	55% das unidades e setores	2014	60%
			2015	70%
			2016	80%
			2017	90%

FONTE: PROGESUS, Relatório da Educação Permanente

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
2.3. Consolidar a política de inserção dos estagiários na rede assistencial	Número de reuniões da Comissão Permanente de Integração entre os Serviços de Saúde da SMS e as instituições de ensino	Não há um cronograma de reuniões estabelecido	2014	4
			2015	6
			2016	6
			2017	6

FONTE: PROGESUS Relatório da Integração com Instituições de Ensino

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

DIRETRIZ 03: Aperfeiçoamento do monitoramento de resultados, ações e recursos pelos profissionais e conselheiros

OBJETIVOS: Melhorar a transparência da disponibilidade na alocação dos recursos
Responsabilizar os envolvidos no alcance dos objetivos e metas programadas

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
3.1. Implementar o controle contínuo das transferências e aplicações de recursos por programa	Proporção de Projetos com Recursos Federais específicos acompanhados no modelo de Sistema de Gestão Orientada por Resultados (SIGEOR)	Somente as obras (construção/reforma) inseridas no SIGEOR	2014	30%
			2015	70%
			2016	90%
			2017	100%

FONTE: Planejamento - Relatório de Desenvolvimento do SIGEOR

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
3.2. Reduzir o comprometimento financeiro com os processos judiciais	Proporção dos gastos com medicamentos devido a demandas judiciais	50%	2014	40%
			2015	37%
			2016	35%
			2017	33%

FONTE: UAF\ Contabilidade - Relatório por Centro de Custo

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
3.3. Aperfeiçoar o monitoramento das ações com comprometimento dos resultados	Proporção de indicadores pactuados que alcançaram a meta	41%	2014	45%
			2015	50%
			2016	60%
			2017	70%

FONTE: Planejamento - Indicadores de Monitoramento

DIRETRIZ 04: Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e as instituições de saúde, com ênfase na co-responsabilidade.

OBJETIVO: 'Empoderar' as comunidades.

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
4.1. Fortalecer o controle social	Proporção de participação de técnicos das equipes de saúde (excluindo ACS e ASP) como representantes nas reuniões do CLS		2014	70%
			2015	75%
			2016	80%
			2017	85%

FONTE: Secretaria Executiva do CMS - Relatório de Atividades dos CLS.

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
4.2. Aperfeiçoar a comunicação interna e externa	Proporção de recursos de informática implantados na comunicação interna e externa	0%	2014	25%
			2015	50%
			2016	75%
			2017	100%

FONTE: Relatório da Tecnologia de Informação/ UAF

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

EIXO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS

DIRETRIZ 05: Efetivação da Atenção Básica, ampliando a cobertura e provendo meios para sua resolutividade.

OBJETIVO: Fortalecer a Atenção Básica

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
5.1. Focar ações de atenção primária a saúde aos membros das famílias de risco (gestão de casos)	Proporção de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela AB	47,4%	2014	90%
			2015	90%
			2016	90%
			2017	90%

FONTE: UAB/NAT – Relatório do Acompanhamento do Programa Bolsa Família

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
5.2. Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família	Proporção da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família	29,3%	2014	40%
			2015	50%
			2016	60%
			2017	70%

FONTE: Relatório do SIAB

DIRETRIZ 06: Instituição do Cuidado em Redes de Atenção integrando as ações de Saúde com outras Políticas Públicas

OBJETIVOS: Organizar a Rede (Pontos de Atenção, Pontos e Apoio, Logística e Gestão)
Intervir nos determinantes sociais de saúde (promoção de saúde)
Priorizar o atendimento da população residente em Joinville

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
6.1. Fortalecer comissões temáticas de áreas estratégicas	Número de Redes Temáticas implantadas	2	2014	3
			2015	4
			2016	5
			2017	5

FONTE: Coordenador do Grupo de Condução de Redes - Relatório de Implantação das Redes.

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
6.2. Pactuar o papel de cada Ponto de Atenção e profissionais nas Linhas de Cuidado	Proporção de Pontos de Atenção explicitando suas competências e ações nas Redes de Atenção	0	2014	50%
			2015	60%
			2016	70%
			2017	80%

FONTE: (1) Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ); (2) Coordenador do Grupo de Condução de Redes - Relatório de Implantação das Redes

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
6.3. Construir a cultura do planejamento intersetorial visando 'Políticas Públicas Saudáveis'	Nº de Projetos de Rede Temática ou Programa Assistencial com ações sobre determinantes de saúde junto com outras instituições externas ao Setor Saúde.	6	2014	6
			2015	7
			2016	8
			2017	9

FONTE: Coordenador do Grupo de Condução de Redes - Relatório de Implantação das Redes.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
6.4. Integrar a rede hospitalar	Proporção alcançada dos Planos de Trabalho do Hospital Municipal São José	75%	2014	90%
			2015	90%
			2016	90%
			2017	90%

FONTE: UPCAA/Controle e Avaliação.

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
6.5. Rever as pactuações com os demais municípios	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade	0,98	2014	1,0
			2015	1,0
			2016	1,0
			2017	1,0

FONTE: UPCAA/Regulação

DIRETRIZ 07: Adequação da oferta de serviços às necessidades locais

OBJETIVO: Instituir uma rede assistencial eficiente e dimensionada a necessidade de serviços

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
7.1. Dimensionar as Unidades e serviços de Saúde considerando a Organização da Rede, as determinações legais e o perfil epidemiológico	Proporção de Unidades de Saúde próprias e alugadas com alvará sanitário	16,3%	2014	20%
			2015	25%
			2016	30%
			2017	35%

FONTE: UAF/Patrimônio

ESTRATÉGIA	INDICADOR	SITUAÇÃO ATUAL	METAS	
7.2. Manter os serviços em funcionamento, com aquisição de equipamentos, manutenção preventiva predial e de equipamentos	Proporção de Unidades de Saúde próprias que alcançam a sua Programação Físico Orçamentária (PFO)	0%	2014	10%
			2015	20%
			2016	30%
			2017	40%

FONTE: UPCAA/Controle e Avaliação

APÊNDICE - 1

Processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Com a promulgação da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro/12 e finalização do Relatório Anual de Gestão/2011, no final de janeiro, a equipe do planejamento iniciou a discussão interna sobre a proposta de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-17 e delineou uma proposta para ser apresentada junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Em fevereiro (13/02/2012) a proposta foi apresentada à Secretaria do CMS, considerando que:

- O CMS tem a prerrogativa legal de propor as Diretrizes para o PMS 2014-17;
- O CMS pode solicitar, caso necessário, auxílio dos técnicos da SMS;
- A SMS tem a responsabilidade de detalhar as ações e estimar metas visando contemplar as Diretrizes propostas.

Esta proposta foi levada à plenária do CMS, sendo aprovada pelos seus representantes. Foi definida uma comissão composta por 10 conselheiros, para facilitar o processo, que ficou assim composta:

Representantes do Governo:

Heloisa Hoffmann – Maternidade Darcy Vargas;

Representantes dos Prestadores de Serviço:

Marcia Schneider – IELUSC;

Giscard Conte – SINDLAB.

Representantes dos Profissionais da Saúde:

Nelson Renato Esteves – AJACS

Representantes dos Usuários:

Josafá Távora – CLS Pirabeiraba;

José Declarindo dos Santos – CLS Jardim Edilene;

Rosinete Fátima Ferreira Neto – MOPS/SC.

Secretaria do CMS:

Felipe Luiz Beninca

Giseli Tamar Voltolini Teixeira

Sandra Helena Camilo Bado da Cruz

Apoio da SMS - Setor de Planejamento

Denise Vizzotto

Guilherme Carvalho dos Reis Lima

Terezinha Hillesheim

Em reunião com a Comissão a equipe do Planejamento elaborou um cronograma de oficinas, com temas sugeridos pelos conselheiros e com base nas orientações do PlanejaSUS, visando fornecer-lhes o embasamento necessário para a elaboração das Diretrizes do Plano.

17/03/2012 - 1ª oficina

Avanços e desafios na Execução do PMS 2010-13

Palestrante: Michele Souza Andrade – Gerência Unidade Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria.

31/03/2012 - 2ª oficina

Vigilância em Saúde e Vigilância Epidemiológica

Palestrante: Tadiana Moreira – Coordenação Serviço de Vigilância Epidemiológica.

21/04/2012 - 3ª oficina

Avaliação das resoluções aprovadas pelo CMS, período 2008-2011.

05/05/2012 - Estudo das resoluções em sub-grupos.

12/05/2012 - 4ª oficina

Determinantes e Condicionantes da Saúde

Palestrante: Janine Guimarães – Gerência da Unidade de Atenção Básica.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

21/05/2012 - 5ª oficina

Processos de Gestão

Palestrante: Guilherme Carvalho dos Reis Lima

Em junho ocorreram reuniões internas entre os integrantes da Comissão, para fazer o compilado das diretrizes propostas, com participação da equipe do Planejamento.

Em julho (16/07/2012) as diretrizes elaboradas pela Comissão foram apresentadas em Plenária, para aprovação do CMS. Aprovadas, o documento foi encaminhado para o Planejamento, que iniciou o processo de discussão com os técnicos.

Em 15 de agosto 2012, a equipe do planejamento organizou oficina, com Gerentes, Coordenações de Serviços, Coordenações de Regionais e Técnicos responsáveis pelos Programas, para apresentação das diretrizes e elaboração das ações.

15/08/2012 - 6ª oficina

Planejamento Integrado em Saúde – a experiência de Minas Gerais'

Palestrante: Fernando Leles - Coordenador de Projetos/OPAS

Processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-17 e relatório do grupo de trabalho do CMS.

Palestrante: Equipe do Planejamento

Depois das exposições, foram organizados grupos de trabalho para discussão das diretrizes/objetivos e elaboração das ações.

A partir desta oficina, os participantes assumiram o compromisso de multiplicá-la em seus respectivos locais de trabalho o que ocorreu durante os meses de agosto e setembro, nas Unidades de Saúde ou Regionais e Serviços.

Em outubro, a equipe do Planejamento compilou os resultados das oficinas, que foram apresentados ao Colegiado (Secretário e Gerentes), em duas reuniões (17/10 e 24/10), para alinhar as propostas.

Em novembro (06/11/12) foi realizada Audiência Pública, com coordenação do Planejamento, para tornar público o debate sobre o Plano, com participação da Secretária, Gerentes, multiplicadores, profissionais e população em geral. Depois da Audiência Pública, o Plano foi disponibilizado para consulta pública na homepage da Secretaria de Saúde, no período de 06/11/12 a 07/12/12.

Em dezembro, após inclusão das propostas da Audiência Pública e consulta pública, o Plano foi novamente apresentado ao Colegiado pelo Planejamento.

Em janeiro de 2013, o Plano foi apresentado ao Secretário da nova Gestão, alinhado com o Plano de Governo e, em fevereiro de 2013, foi apresentado em Plenária do CMS, sendo aprovado.

De Abril a Outubro de 2013 a equipe do Planejamento coordenou reuniões periódicas com as todas as Gerências, para alinhamento dos indicadores e pactuação das metas propostas para cada ano do PMS 2014-17.

Em outubro o Plano foi publicado na Intranet e Homepage da SMS.

Material de Apoio disponibilizado à Comissão de Conselheiros:

- i. Caderno do PlanejaSUS volume 2 (BRASIL, 2009)¹;
- ii. Plano Municipal de Saúde 2009-13;
- iii. Relatório Anual de Gestão 2010;
- iv. Plano Municipal de Saúde 2009-13, capítulo 'Avaliação da Situação de Saúde', seção 'Condições de Saúde da População' (22 páginas);
- v. Perfil Epidemiológico – Primeira Etapa: SIM e SINASC (28 páginas);

¹ BRASIL\ Ministério da Saúde\ Secretaria-Executiva\ Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2). Brasília: _____, 2009;

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

- vi. Apresentação 'MULTIPLICAÇÃO - Oficina UE Selma...'.PPT (47 slides) – resumo do alinhamento teórico das Oficinas de Fortalecimento da Atenção Básica e Oficinas de Organização da Rede de Urgência e Emergência (2007-9);
- vii. Deliberação CIB 314/10 – estabelece normas gerais de implantação do Incentivo para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- viii. Relatório de Gestão 2007, seções '4.3 Saneamento', '4.4 Demografia', '4.5 Renda', '4.6 Educação' (2 páginas);
- ix. Relato da Oficina da Capacidade Institucional 2009 (9 páginas);
- x. Descrição resumida da Regionalização, Hierarquização e Financiamento do SUS (janeiro 2009 - 5 páginas);
- xi. Lei 8.080/90, art.35;
- xii. Portaria MS\GM 698/ 06 – Blocos de Financiamento;
- xiii. Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Anexo I (Pacto pela Saúde, 2009 – 1 página);
- xiv. Programação Pactuada e Integrada (PPI) ambulatorial e hospitalar;
- xv. Relatórios do Sistema de Informações do Orçamento Público em Saúde (SIOPS);
- xvi. Relatório Anual de Gestão 2010, seção '9. Orçamento' (4 páginas);
- xvii. Relatórios das Conferências Municipais de Saúde;
- xviii. Relatório Anuais de Gestão, seção 'Resoluções do Conselho Municipal';

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

APÊNDICE – 2

TÉCNICOS QUE PARTICIPARAM DA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

Participaram da elaboração deste Plano Municipal:

1) Grupo de Trabalho do Conselho Municipal de Saúde – nomeado pela Resolução 003/2012

Representantes do Governo: Heloisa Hoffmann – Maternidade Darcy Vargas;
Representantes dos Prestadores de Serviço: Marcia Schneider – IELUSC;
Giscard Conte – SINDLAB;
Representantes dos Profissionais da Saúde: Nelson Renato Esteves – AJACS;
Representantes dos Usuários: Josafá Távora – CLS Pirabeiraba;
José Declarindo dos Santos – CLS JEdilene;
Rosinete Fátima Ferreira Neto – MOPS-SC.

2) Gerentes

Janine Guimarães
Júlio César Ribeiro Malschitzky
Michele de Souza Andrade
Rosilei Teresinha Weiss Baad
Sandra Lucia Vitorino

3) Coordenadores e técnicos

Alexandre Ulrich	Jarbas Borges
Allan Abuabara	Joécio de Castro
Álvaro Moreira	Josué Fernandes
Álvaro Peixoto	Karina Viana Pereira
Ana Beatriz Pimentel Montagner	Kátia Fortuna
Ana Maria da Silva Felix	Lais Martins
Ana Marise Fagundes Roeder	Lauro Junior
Ana Paula A. Concatto	Leila Narloch Graudin
Ana Paula Pinheiro	Lisiane Cribari R. Cyrino
Anderson Luis Zacharias	Luci Léia Honorato
André Luis Maia	Luciane Almeida
Andrea Vargas	Marcela Boing
Andrey Aluizio Rodrigues Gollo	Marcelo Fernandes
Angela Schier	Márcia da Rosa
Aroldo Leandro S. Reeck	Marcia Regina De S. Schvambachi
Audrey Santos	Marcos Bhur
Berenice Tamanini	Maria Magdalena Branco Gayoso
Bernadete Santos	Neves
Bernadete Severino Borges	Maria Solange Ferreira Alves
Camila Cristina Debortoli	Mariana Passerine
Carlos Eduardo Pinarrel Arruda	Marilena Baumgarten
Carlos Ernesto Lima	Marilu Valério
Cassia Zuanazzi	Marlene Bonow
Cátia Miranda Souza	Marlise Bittencourt
Cecília Peixoto	Mellissa Avelar Castanho
Christine Bohm da Costa	Michele Tesch
Claudete Scholze	Micheli Henrich
Crislei Bosco	Micheli Scheidt Manteuffel
Cristiane Cardoso	Nasser Haidar Barbosa
Denis de Oliveira	Neide Bussmann
Denise Maria Cardoso Daniel	Patricia Teochi

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

Denise Oliveira	Regina Lande de Medeiros Sá
Denise Vizzotto	Renato Ricci
Diogo Fiorello Foppa	Rogério Cordeiro
Edna Campigoto	Rosemeri Aparecida Maciel
Eliete De Almeida	Rossana
Elisabeth Brunkem Klemann	Sabrina Floriani
Elvira Guerra	Salézio Soethe
Fabiana Cidral	Sayonara Salete Zucchetti
Fabiana Da Silva	Selma Cristina Franco
Fabiane Rocha e Silva	Sidnei Bruski
Fábio de Oliveira	Silvia Beatriz de Leão Betat
Fátima Mucha	Silvia Karina Moreira
Florentina Goinski	Simone Afra de Farias
Fredolino Brutus	Sylvia de Pol Poniwas
Gabriel Luckmann	Tânia Cristina Jeller
Guaraciaba	Tania Regina B. de Souza Jacob
Guilherme Lima	Tatiane Pedrelli
Gyovana da Rosa Goulart	Telma Lehmert
Heliete Rocha	Terezinha Hillesheim
Ignez Clarisse Schuster Moreira	Vanessa Cardoso
Isaac Oliveira	Vanessa Leopoldino
Isabela Cunha	Vanessa da Silva
Izaura Krammel	Vera Lúcia de Azevedo Paula
Janaína Martins	Vera Lucia de Leão
Janayna Andrade	Vivian Cavalheri
	Vivian Ellen Tácito Gouvêa

Além destes, participaram ainda profissionais representando todos os serviços da Unidade de Vigilância em Saúde e da Unidade de Serviços de Referências.

Resolução de aprovação do Plano pelo Conselho Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 041/2013

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

O Conselho Municipal de Saúde, consubstanciado no Parecer 004/2013, da Comissão de Assuntos Internos e por maioria dos votos dos Conselheiros presentes na CCXXV 225ª Assembleia Geral Ordinária do Conselho Municipal de Saúde, de 25 de fevereiro de 2013 e considerando,

- que o Plano Municipal de Saúde configura-se como um instrumento de auxílio ao gestor no processo de tomada de decisão, tendo suas prioridades, metas e estratégias sido estabelecidas em consonância com as propostas do Plano Plurianual - PPA 2014-2017;

- que o Conselho Municipal de Saúde acompanhou a discussão e a elaboração do plano através da constituição de um grupo de trabalho (Resolução 03/12) que participou de oficinas coordenadas pelo setor de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, no período de março a julho de 2012, cujo objetivo foi analisar a atual situação do setor saúde em Joinville, definir prioridades e elaborar propostas de diretrizes e estratégias para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Após conclusão dos trabalhos o resultado foi submetido à aprovação da plenária do conselho.

- que em outubro de 2012, a equipe do Planejamento compilou os resultados das oficinas, que foram apresentados ao Colegiado (Secretário e Gerentes da Secretaria Municipal de Saúde), em duas reuniões (17/10 e 24/10), para alinhar as propostas;

- que em 06 de novembro de 2012 foi realizada Audiência Pública, com os conselhos locais de saúde, coordenação do setor planejamento, Gerentes, multiplicadores, profissionais e população em geral. Depois da Audiência Pública, o Plano foi disponibilizado para consulta pública no site da Secretaria Municipal de Saúde, no período de 06/11/12 a 07/12/12.

- que em dezembro de 2012, após inclusão das propostas da Audiência Pública e consulta pública, o Plano foi novamente apresentado ao Colegiado pelo Planejamento.

Em janeiro de 2013, o Plano foi apresentado ao Secretário da nova Gestão, alinhado com o Plano de Governo e, em fevereiro de 2013, foi apresentado em Plenária do CMS, sendo aprovado.

De Abril a Outubro de 2013 a equipe do Planejamento coordenou reuniões periódicas com as todas as Gerências, para alinhamento dos indicadores e pactuação das metas propostas para cada ano do PMS 2014-17.

Em outubro o Plano foi publicado na Intranet e na página da Secretaria Municipal de Saúde.

RESOLVE APROVAR O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017.

Assim, o Secretário Municipal de Saúde, em cumprimento ao que determina o Inciso III, Parágrafo 2º do Art. 9º da Lei Municipal n.º 5.290 de 2º de setembro de 2005 e o Parágrafo 2º do Artigo 1º da Lei Federal n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Assina a presente Resolução do Conselho e a

*Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde - Rua: Araranguá, 397 - Térreo - América - Cep.: 89204-310 - Joinville - SC
Contato: (47) 3481-5181 e_mail: secms@saudejoinville.sc.gov.br*



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017

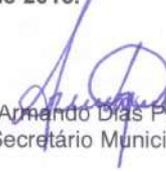
fl. nº 02 da Res. 041/13/CMS

encaminha para que no prazo, instituído na legislação vigente, esta seja devidamente Homologada e Publicada.

Joinville, 30 de outubro de 2013.

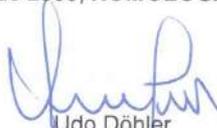


Valmor João Machado
Presidente do Conselho Municipal de Saúde



Armando Dias Pereira Junior
Secretário Municipal de Saúde

O Prefeito, dando Cumprimento ao que determina o Inciso III, Parágrafo 2º do Art. 9º da Lei Municipal n.º 5.290 de 2º de setembro de 2005, **HOMOLOGA A PRESENTE RESOLUÇÃO.**



Udo Döhler
Prefeito

