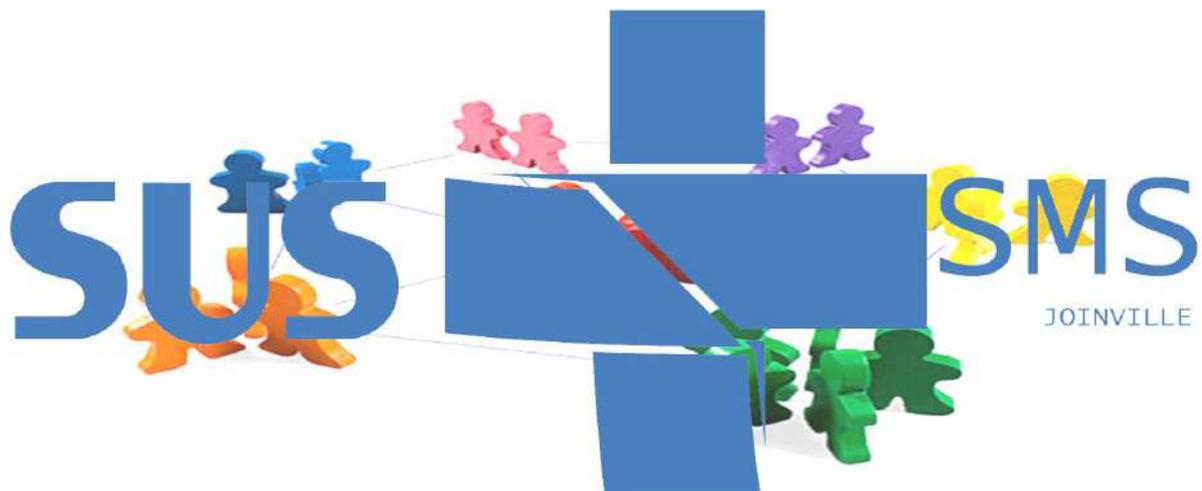




Prefeitura Municipal de Joinville
Secretaria Municipal da Saúde
Sistema Único de Saúde



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-13 JOINVILLE

GOVERNO MUNICIPAL DE JOINVILLE

Carlito Merss
Prefeito de Joinville

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tarcisio Crocomo

Secretário Municipal da Saúde

Adônis Rogério Rosar

Diretor Executivo

Michele de Souza Andrade

Gerente da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria

Janine Guimarães

Gerente da Unidade de Atenção Básica

Agostinho Rosa

Gerente da Unidade de Serviços de Referência

Rosilei Weiss

Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde

Vilson Meier

Gerente de Unidade Administrativa e Financeira



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 eqüidade e a ética, contribuindo decisivamente para a qualidade de vida da população”.

Agradecimentos

Entre janeiro de 2009 e abril de 2011, participaram também da gestão:

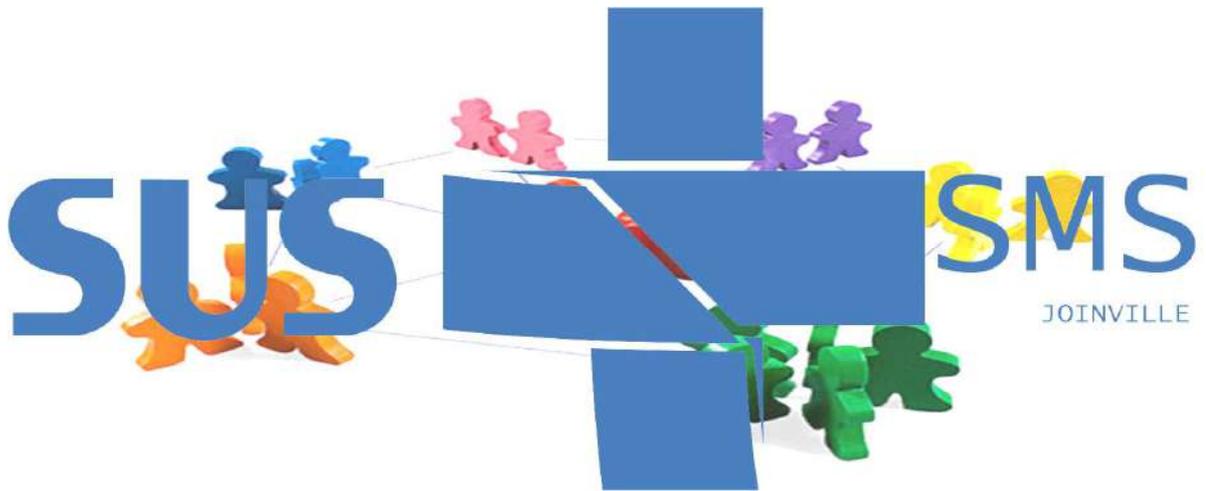
Sr. Hamilton Augusto do Nascimento – Gerente da Unidade de Serviços de Referência até julho de 2009

Sra Ana Maria Brisola – Gerente da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria até abril de 2010

Sra Jeane Regina Vanzuiten Vieira - Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde até março de 2011

Sra Marlene Bonow Oliveira - Gerente da Unidade de Atenção Básica até março de 2011

Sra Virginia Vaz dos Reis - Gerente da Unidade de Serviços de Referência entre janeiro de 2009 e março de 2011



Organização, montagem e elaboração gráfica do Plano

Dra. Selma Cristina Franco

Coordenação de Planejamento e Acompanhamento da Gestão

Equipe de elaboração

Cláudia Lopes de Oliveira

Dr. Guilherme Carvalho dos Reis Lima

Patricia Bernardes

Solange da Silva

Terezinha Hillesheim

Colaborador: Joécio Amorim Castro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	8
<u>CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO</u>	8
<i>Dados demográficos</i>	8
<i>Mortalidade por causas</i>	14
<i>Agravos de Notificação Compulsória</i>	20
<i>Mortalidade Infantil e Mortes devido Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal e por Malformações Congênitas</i>	23
<i>Internações Hospitalares</i>	26
<i>Grupos Vulneráveis</i>	30
<u>SERVIÇOS DE SAÚDE</u>	31
<u>DETERMINANTES DE SAÚDE</u>	34
<i>Ambiente Físico</i>	34
<i>Dados Socioeconômicos</i>	35
<u>PROCESSO DE GESTÃO</u>	37
<i>Planejamento</i>	37
<i>Descentralização e Regionalização</i>	37
<i>Financiamento</i>	37
<i>Participação Social</i>	37
<i>Educação em Saúde</i>	37
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	38
OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS	40
<u>EIXO 1 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO</u>	40
<i>ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DO IDOSO</i>	40
<i>ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DO ADULTO</i>	41
<i>ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DA MULHER</i>	42
<i>ÁREA ESTRATÉGICA - SAÚDE DO JOVEM (10 a 19 ANOS)</i>	43
<i>ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DA CRIANÇA</i>	44
<i>ÁREA ESTRATÉGICA – VIGILÂNCIA EM SAÚDE E CONTROLE DE ENDEMIAS</i>	45
<i>ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE BUCAL</i>	47
<i>ÁREA ESTRATÉGICA – GRUPOS VULNERÁVEIS</i>	48
<u>EIXO 2 - DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE</u>	49
<u>EIXO 3 - GESTÃO EM SAÚDE</u>	50
<i>ESTRATÉGIA – Fortalecer a Atenção Básica e reorientar o modelo de atenção com base no cuidado integral, coordenado e contínuo</i>	50
<i>ESTRATÉGIA – Qualificar a Gestão do Trabalho, segundo as necessidades do SUS</i>	53
<i>ESTRATÉGIA – Informatizar a rede assistencial</i>	54
<i>ESTRATÉGIA – Organização da rede de atenção à urgência e emergência</i>	56
<i>ESTRATÉGIA – Descentralizar e Integrar a Vigilância em Saúde na Rede Assistencial</i>	57
<i>ESTRATÉGIA – Fortalecer a Gestão Pública em Saúde</i>	58
RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO CMS 059/2009	60

APRESENTAÇÃO

Joinville, 29 de junho de 2010

A Secretaria Municipal de Saúde tem o prazer de apresentar à cidade a versão 2010-2013 do Plano Municipal de Saúde. Mais do que o cumprimento das exigências formais previstas nas leis 8.080/90 e 8.142/90, o Plano concretiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS. Trata-se de um trabalho conjunto de profissionais, usuários e dirigentes do SUS, cujo resultado é a interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade.

Além da detida análise da realidade sanitária do município e conjuntural do SUS, este plano teve como referencial básico o Plano Plurianual – PPA, o Relatório de Gestão 2008, as contribuições do Plano de Governo, do Plano de Fortalecimento da Atenção Básica e do Plano de Organização da Rede de Urgência e Emergência e do Pacto pela Saúde.

Ressaltamos que este plano foi baseado em dois princípios fundamentais para sua concretização: a consistência técnica e a coerência.

O primeiro significou a descrição dos principais problemas de saúde encontrados, de ações para o seu enfrentamento e de prazos, sempre visando a integração de mais de uma área da gestão e a valorização da experiência técnica de cada setor, no sentido de melhorar a qualidade de vida e saúde da população de Joinville.

O segundo princípio refere-se à coerência com a realidade do SUS na atualidade e seu financiamento. Apesar de identificação de várias necessidades de expansão da oferta assistencial, verificadas nos diálogos com a sociedade, decidimos por embasar as propostas nas possibilidades concretas de execução, para não tornar este plano uma peça apenas formal. Tal movimento é coerente com o grande esforço feito pela gestão da secretaria em otimizar a utilização dos recursos disponíveis e a disposição política da Prefeitura em manter os patamares atuais de aporte de recursos do tesouro municipal, bem acima dos definidos na Emenda Constitucional 29, o que, por si só, demonstra a prioridade dada pelo atual governo à saúde.

Por fim, é importante ressaltar que este plano expressa também o esforço em conquistar efetivamente a integralidade real da atenção no município lastreado na construção das linhas de cuidado prioritárias.

O Plano Municipal de Saúde encontra-se estruturado em duas partes distintas:

1 – Avaliação da situação de saúde: nesta parte inicial, é realizada a descrição e análise das condições de saúde da população, da estrutura dos serviços de saúde existentes, dos determinantes de saúde e do processo de gestão.

2 – Objetivos, diretrizes e metas: esta segunda parte refere-se aos compromissos da gestão em cada eixo, consoantes com a análise da situação de saúde. Os três eixos são divididos em áreas estratégicas, e para cada área estratégica é descrita a situação a ser alcançada, o indicador, a situação atual e o prazo para execução.

A saúde é um direito de cidadania e é dever de todo gestor, gerar políticas para atender as necessidades da população. A construção deste documento faz parte do cumprimento do nosso dever como gestor público.

Dr. Tarcísio Crocomo
Secretário Municipal de Saúde de Joinville

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

A avaliação da Situação de Saúde é um insumo básico para a identificação de problemas e seleção de prioridades. Na metodologia proposta pelo PlanejaSUS (BRASIL, 2009) compreende o entendimento (a) das condições de saúde da população, (b) da assistência em saúde, (c) a avaliação dos determinantes e condicionantes de saúde e (d) da gestão em saúde. Esses tópicos são abordados a seguir, buscando esclarecer a situação atual e perspectivas da saúde coletiva de Joinville.

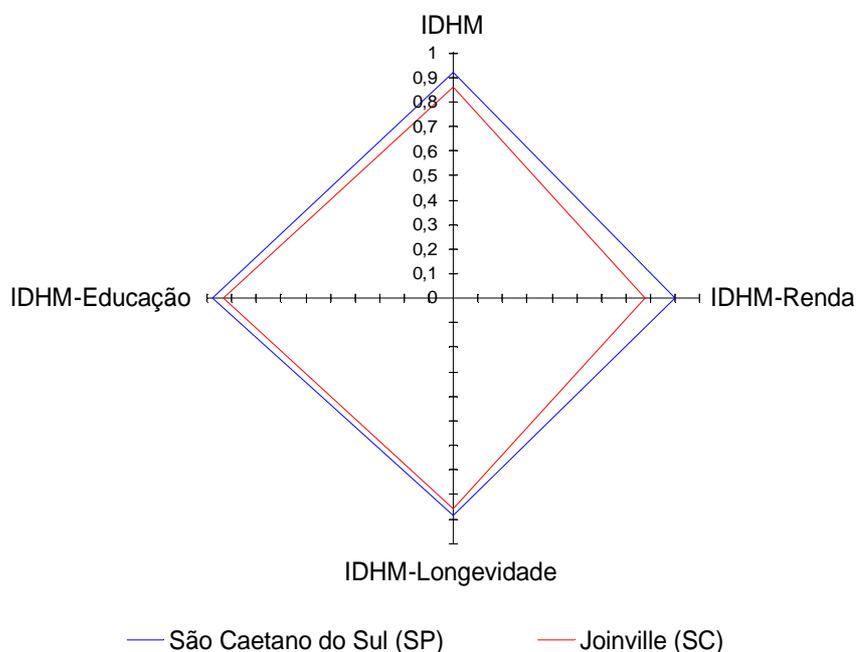
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Dados demográficos

Joinville está no 13º lugar no *ranking* do Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2009) no Brasil no ano 2000, estando sua pontuação apenas 7% abaixo do IDH do 1º lugar, São Caetano do Sul/ SP, devido principalmente ao componente 'renda per-capita' (IDHM-renda). Joinville não é o município mais rico do Brasil nem de Santa Catarina. Em Santa Catarina o IDH de Joinville é superado apenas pelos municípios de Florianópolis (4º no ranking nacional) e de Balneário Camboriú (7º), por conta do componente 'renda per-capita'. Por outro lado, Joinville ultrapassa esses dois municípios no componente 'longevidade', que mais expressa as condições de saúde resultantes das condições de vida.

GRÁFICO 01:

Índice de Desenvolvimento Humano e seus componentes,
São Caetano do Sul (1º) e Joinville (13º), 2000



FONTE: PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [ano de referência 2000]. disponível em <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>, acessado em 20JAN09

A pirâmide etária de Joinville (GRÁFICO 02) tem o formato de um 'pião invertido' assimétrico, indicando que estamos num estágio mais avançado da

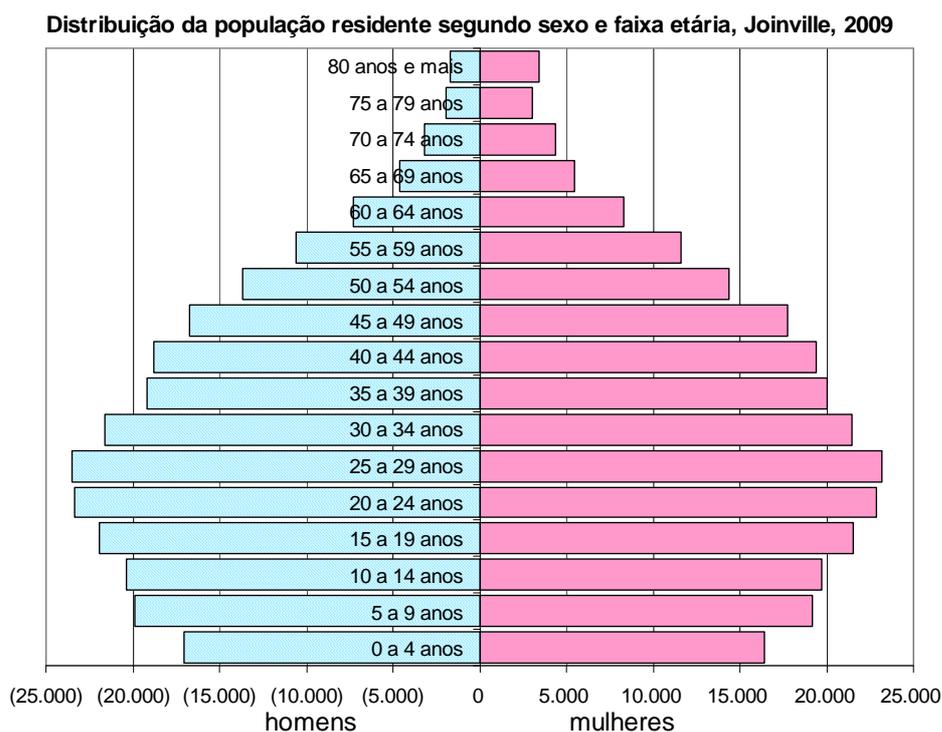
transição demográfica, no qual tende-se a estabilizar a população, com a aproximação do número de óbitos do de nascimentos, devido as pessoas viverem mais e terem menos filhos.

Projeta-se que a população de Joinville começará a reduzir por volta do ano de 2034, até essa época, entretanto, a população crescerá com o aumento da proporção de idosos. Prevê-se que nesse período a população de idosos¹ na população crescerá dos 8,7% em 2006 para 15,6% em 2034 (LIMA e ROCHA, 2008). Essa proporção continuará a crescer inclusive após essa estabilização.

Os idosos correspondem a 8,7% da população em 2009, inferior ao observado nos estados da região Sul (em média 11,5%, PR 10,7%, SC 10,4% e RS 13,0%) e que as capitais (Curitiba 10,4%, Florianópolis 10,9% e Porto Alegre 14,3% - SANTA CATARINA, 2009a e 2009b). Prevê-se um aumento da proporção de idosos em Joinville para 11,7% em 2020, mais uma vez destacando-se a Regional Centro com 20,6% da sua população em 2020 idosa (LIMA e ROCHA, 2008).

A predominância de mulheres em relação ao número de homens, bem perceptível no topo da figura, nas faixas etárias mais avançadas, deve-se a maior mortalidade entre os homens, principalmente na adolescência, mas também acima dos 40 anos.

GRÁFICO 02:

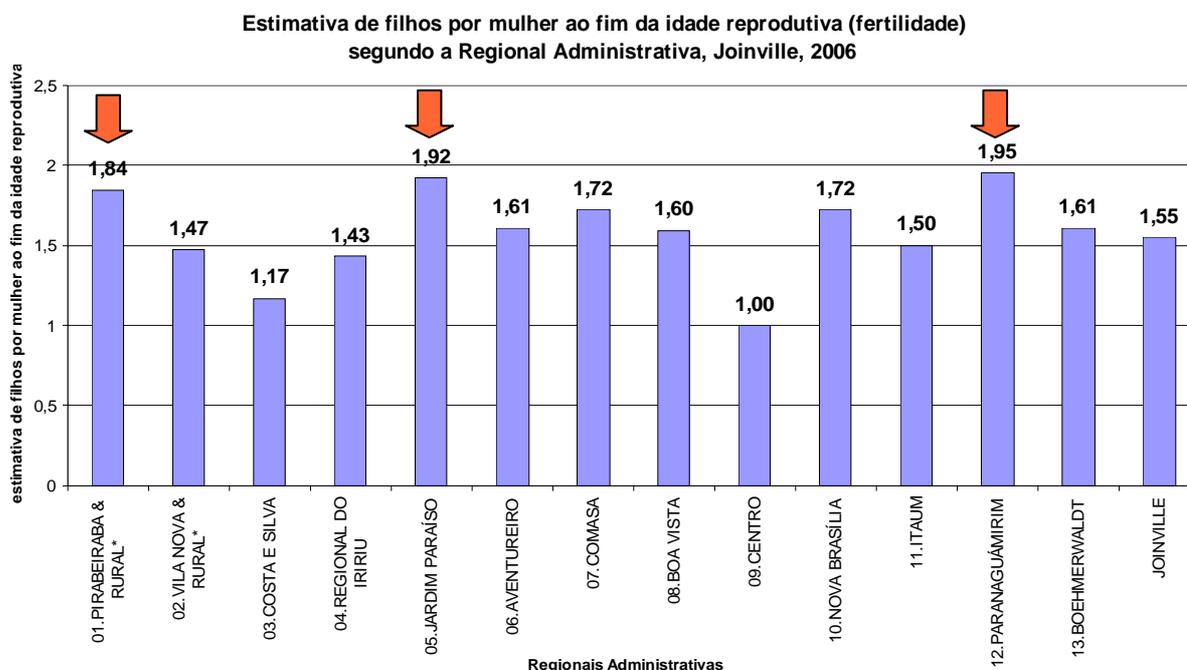


FONTE: IBGE, 'Estimativas [populacionais] elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais', disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popSC.def>, acessado em 14JAN09.

¹ **Índice de Envelhecimento:** proporção de pessoas com 60 anos no total da população (RIPSA, 2002).

Quanto à natalidade, a quantidade de nascimentos por ano pela quantidade de mulheres em idade fértil (fecundidade – RIPSA, 2002), implicando na estimativa de filhos por mulher² tem reduzido, com uma importante variação regional, destacando-se as Regionais Administrativas Pirabeiraba, Jardim Paraíso e Paranaguamirim.

GRÁFICO 03:



FONTE: SES/SC, Sistema de Informações de Nascidos Vivos, base estadual retificada; SMS Joinville\UAB\Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

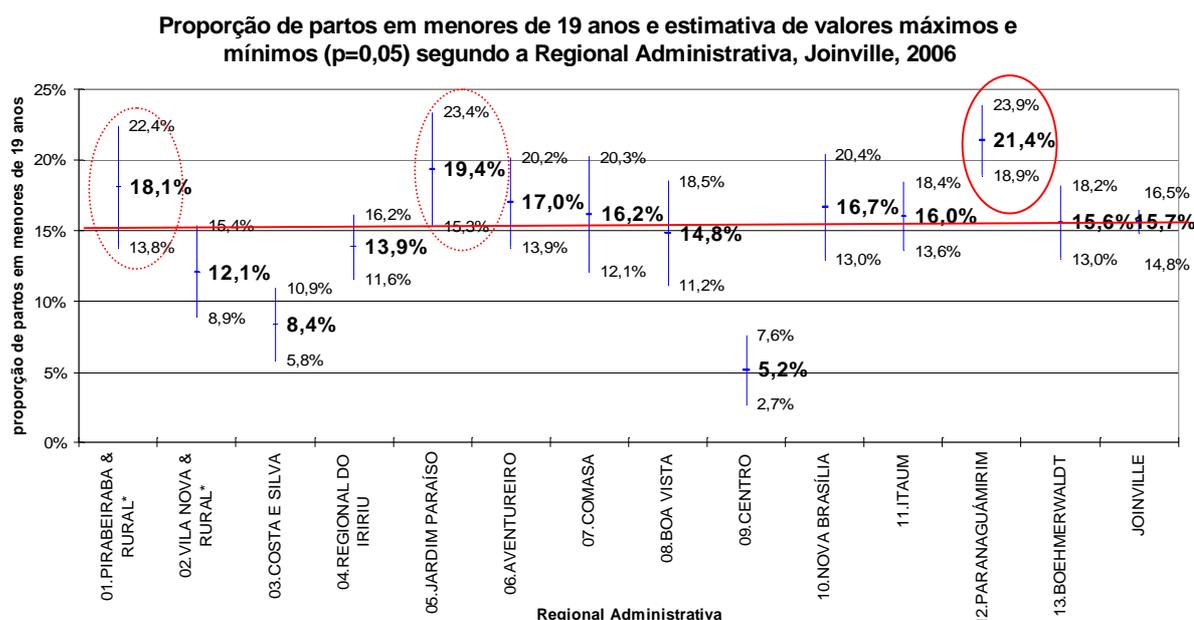
A variação regional na fecundidade tem equivalência na variação regional da proporção de partos em adolescentes (mulheres menores de 19 anos – GRÁFICO 04), com as mesmas três Regionais Administrativas apresentando os maiores resultados. Concluindo-se a relação de o maior número de filhos e a precocidade do primeiro filho. Apesar disso, deve-se destacar que mesmo a Regional Paranaguamirim, com a maior taxa de fertilidade no município, se encontra abaixo da taxa de reposição populacional de dois filhos por casal (ou por mulher), reiterando o estágio do processo de transição demográfica da população de Joinville e a tendência de, como dito acima, no futuro, se estabilizar e reduzir a população.

A fecundidade em Joinville, entretanto, é maior do que a observada nos estados e capitais da região Sul (PR 1,01 filhos, SC 0,94, RS 0,92, Curitiba 0,78, Florianópolis 0,87 e Porto Alegre 0,9), mas a proporção de partos em adolescentes menor (com a exceção de Curitiba – PR 20,7% dos partos em adolescentes, SC 18,2%, RS 18,4%, Curitiba 14,9%, Florianópolis 15,7% e Porto Alegre 17,4% - SANTA CATARINA 2009a e 2009b). O coeficiente de natalidade em Joinville correspondeu a 14,1 nascidos por mil habitantes.

² **Fertilidade:** ‘total fertility rate’, é a projeção da média do número de filhos que uma mulher terá até o fim da idade fértil, considerando uma coorte hipotética que a cada ano de vida terá o número de filhos correspondente a ‘taxa de fecundidade específica’ daquela faixa etária. O cálculo é semelhante ao da ‘esperança de vida ao nascer’. – http://en.wikipedia.org/wiki/Fertility_rate, acessado em 08 de fevereiro de 2010;

Estima-se que as Regionais Administrativas com menor taxa de fecundidade iniciarão mais cedo que as demais a redução de sua população (antes de estabilizarem), o Centro iniciando já em 2017, enquanto as Regionais do Jardim Paraíso e Paranaguamirim deverão estabilizar sua população, respectivamente, em 2047 e 2051. A realização dessa projeção será certamente influenciada pela migração interna entre os bairros e Regionais Administrativas, decorrente da oferta local de imóveis, transporte, infra-estrutura urbana e empregos entre outros (LIMA e ROCHA, 2008).

GRÁFICO 04:



FONTE: SES/SC, Sistema de Informações de Nascidos Vivos, base estadual retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

Quanto às mortes, observa-se também uma importante variação regional no coeficiente de mortalidade geral³ havendo uma mortalidade maior nas Regionais Administrativas do Jardim Paraíso, Paranaguamirim e Boehmerwaldt, com valores significativamente maiores que a média do município (4,6 mortes por 1.000 habitantes no ano de 2006 – GRÁFICO 05). Essa variação regional da mortalidade implica numa variação regional da longevidade em torno da média do município (esperança de vida ao nascer de 76 anos – GRÁFICO 06), com destaque para os extremos da Regional Administrativa do Centro, cujos moradores vivem mais (81 anos), e do Jardim Paraíso, cujos moradores vivem menos (69 anos).

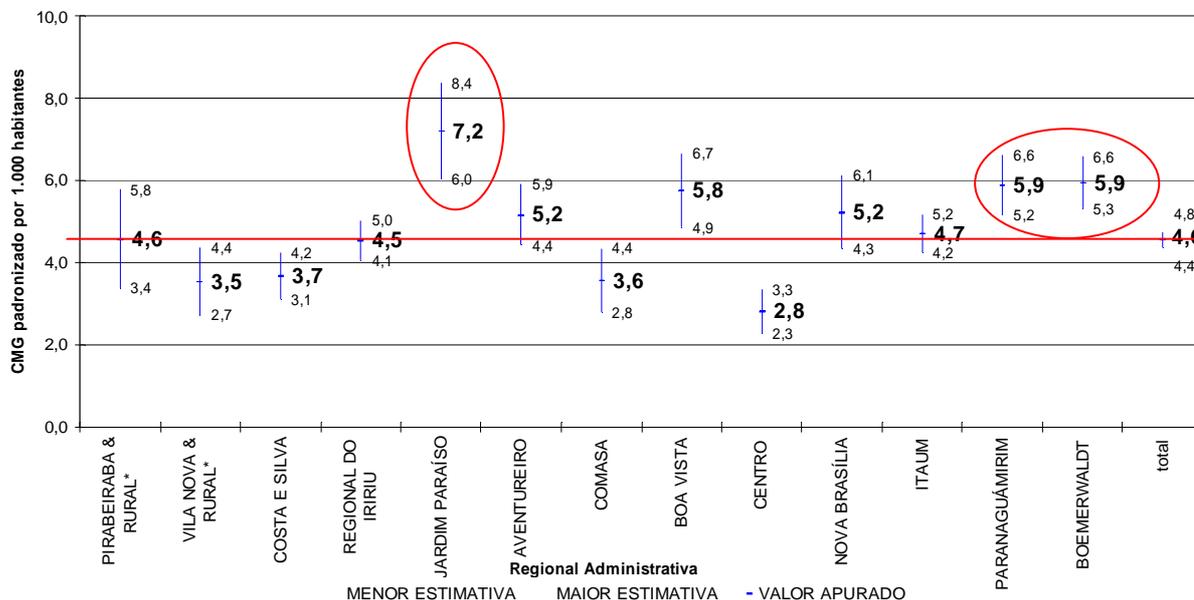
A mortalidade e a esperança de vida têm também uma variação por gênero, onde os homens têm uma mortalidade maior e, conseqüentemente, uma esperança de vida menor (esperança de vida ao nascer dos homens no município de 72 anos em comparação com 80 anos para as mulheres em 2006 – GRÁFICO 07). Esse padrão se repete em todas as Regionais Administrativas, a exceção da

³ Na comparação entre as Regionais Administrativas, utilizou-se o coeficiente de mortalidade geral padronizado, compensando a diferença no perfil etário entre as Regionais Administrativas. O coeficiente de mortalidade geral padronizado é a média ponderada dos coeficientes de mortalidade específicos por faixa etária pela participação proporcional da faixa etária na população geral.

Regional Administrativa do Jardim Paraíso, onde em 2006 a esperança de vida dos homens foi maior do que a das mulheres (respectivamente 72 e 68 anos).

GRÁFICO 05:

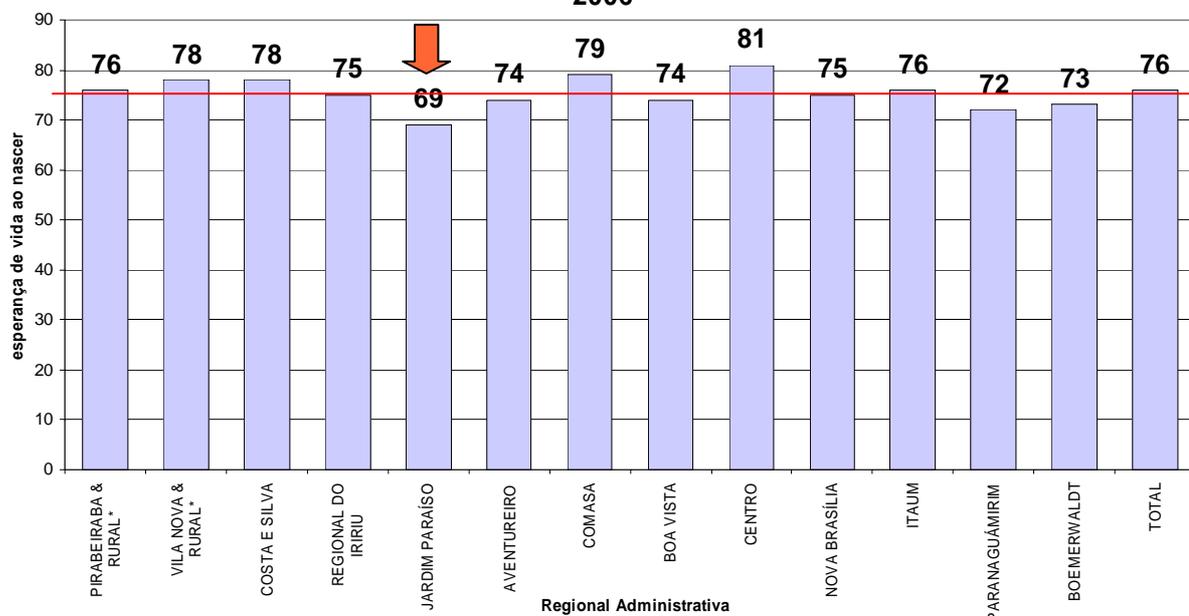
Coefficiente de Mortalidade Geral padronizado por 1.000 habitantes e intervalo de confiança (p=0,05) conforme as Regionais Administrativas, Joinville, 2006



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

GRÁFICO 06:

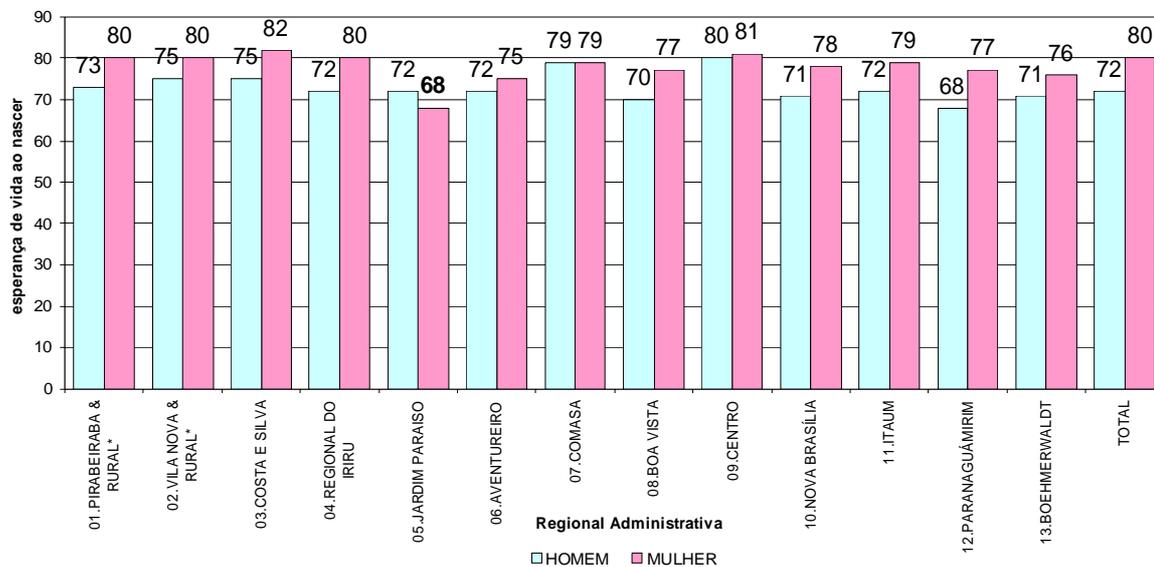
Esperança de vida ao nascer segundo a Regional Administrativa, Joinville, 2006



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

GRÁFICO 07:

Esperança de vida ao nascer segundo o sexo e a Regional Administrativa, Joinville, 2006



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

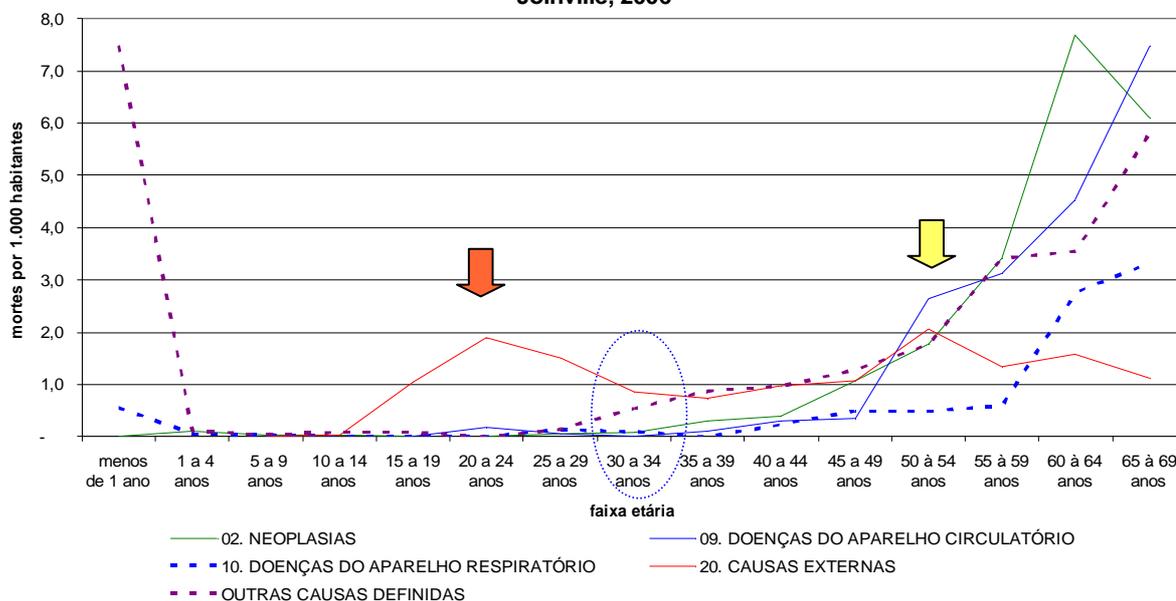
Mortalidade por causas

Observando a mortalidade por gênero, é interessante identificar diferenças das principais causas de morte entre os gêneros e também sua variação entre as faixas etárias. Citando a seguir os dados de mortalidade consolidados por LIMA e ROCHA (2008) temos as seguintes informações:

Entre os homens (GRÁFICO 08) observa-se um pico de mortalidade por Causas Externas na faixa de 15 a 34 anos, com o ápice entre 20 e 24 anos. A mortalidade pelas outras causas apenas aumentam após essa faixa etária, com as causas do Aparelho Circulatório alcançando os mesmos níveis das causas externas após os 50 anos de idade, seguido das mortes por Neoplasia, e do conjunto das outras causas e doenças do Aparelho Respiratório (terceiro principal grupo de causas de morte).

GRÁFICO 08:

Coeficiente de Mortalidade Específica em homens com menos de 70 anos, por mil habitantes, segundo os grupos de causas (capítulo do CID10) e faixa etária, homens, Joinville, 2006

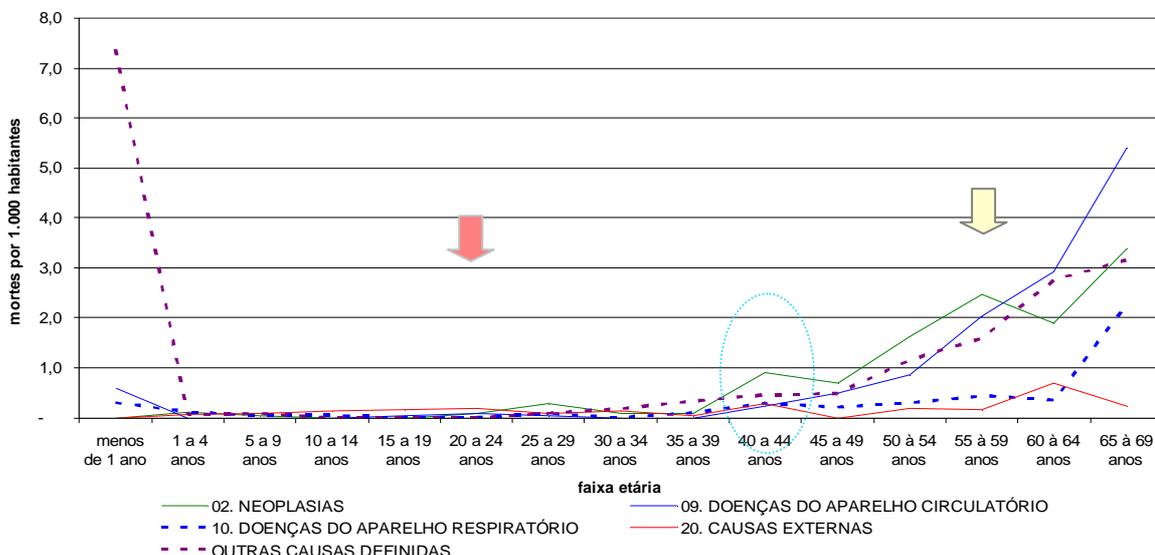


FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

Entre as mulheres (GRÁFICO 09) observa-se a ausência do pico de mortalidade por Causas Externas e o aumento a importância das outras causas de morte mais tardiamente, apenas após os 55 anos alcançando os níveis identificados em homens de 20 a 24 anos.

GRÁFICO 09:

Coefficiente de Mortalidade Específica em mulheres com menos de 70 anos, por mil habitantes, segundo os grupos de causas (capítulo do CID10) e faixa etária, mulheres, Joinville, 2006

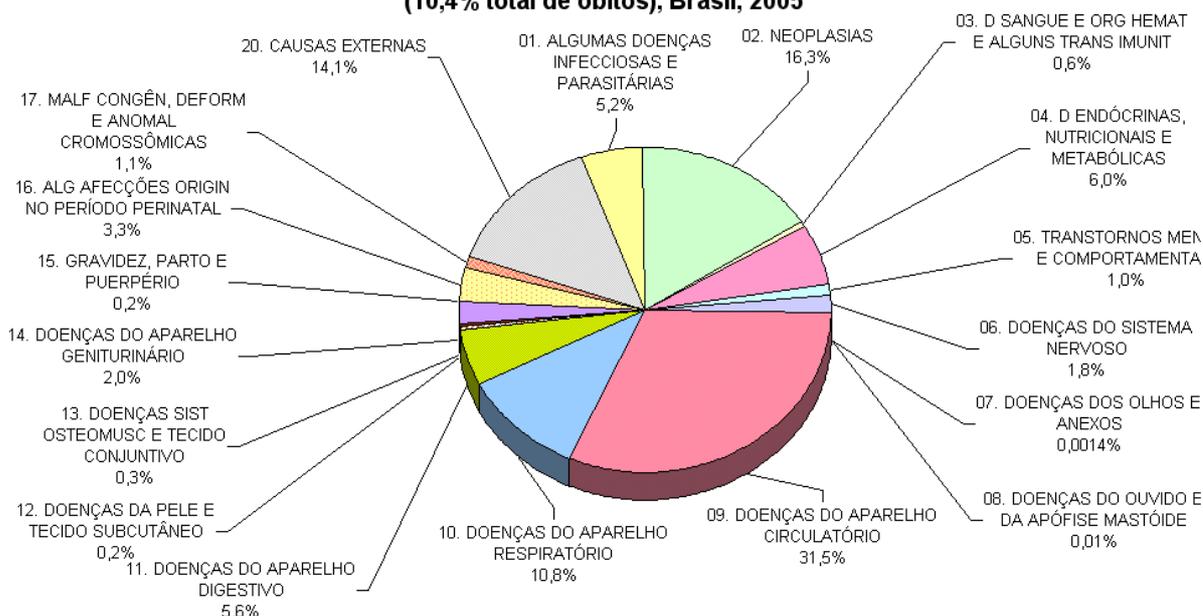


FONTES: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

Considerando todas as faixas etárias e ambos os gêneros (GRÁFICO 10) temos como principal causa as doenças do Aparelho Circulatório, seguida pelas Neoplasias e Causas Externas. Esse é um padrão nacional correspondente a transição demográfica e o envelhecimento da população, com maior susceptibilidade aos dois primeiros grupos.

GRÁFICO 10:

Mortalidade proporcional segundo as causas básicas de morte (capítulos CID10) desconsiderando 'causas mal definidas' (10,4% total de óbitos), Brasil, 2005

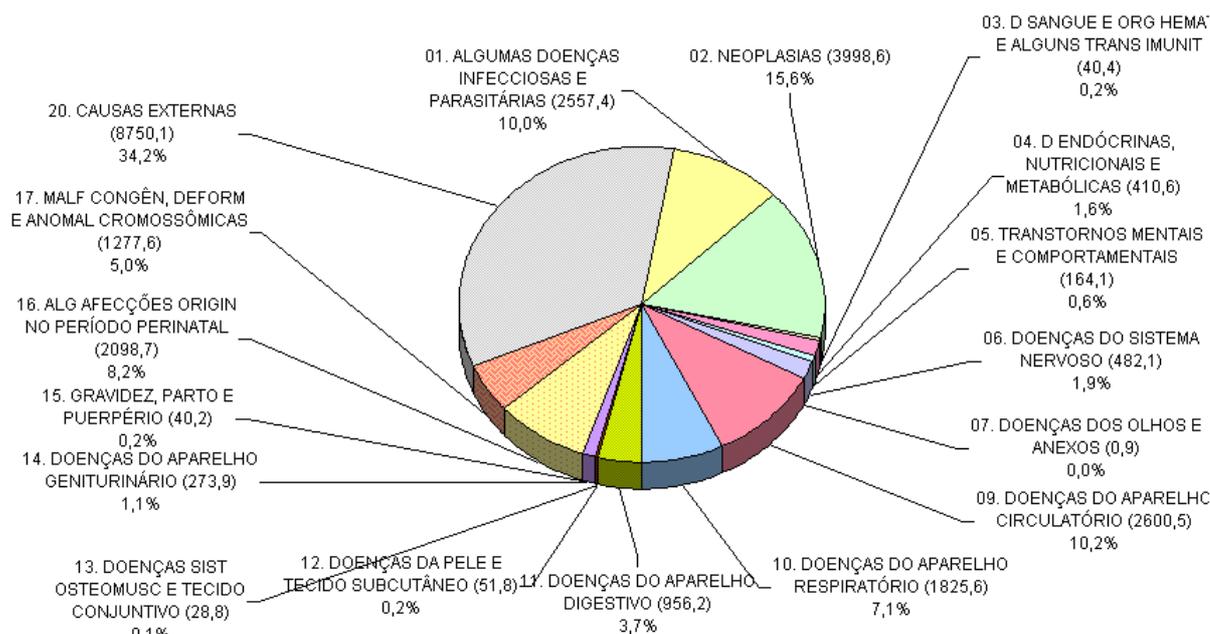


FONTES: Ministério da Saúde\ DATASUS - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM) - acessado através do TABNET

Há uma pequena inversão desse padrão quando se considera as mortes ditas 'precozes' (de pessoas com menos de 70 anos de idade) e se pondera pelos anos potenciais de vida perdidos (APVP), sendo as Causas Externas o principal responsável pelo APVP no município (GRÁFICO 11), devido a precocidade das mortes por Causas Externas, principalmente entre homens.

GRÁFICO 11:

GRÁFICO 31: Proporção dos Anos Potenciais de Vida Perdidos segundo as causas básicas de morte, exceto 'causas mal definidas', (capítulos CID10), Joinville, 2006



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville/ UAB/ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

As mortes por Causas Externas (14,1% das mortes e 34,2% dos APVPs – TABELA 01A), devem-se principalmente aos Acidentes de Transporte. Em relação aos Acidentes de Transporte observa-se que na maior parte dos casos a vítima é piloto ou carona de motocicleta (GRÁFICO 13), seguido por pedestres e motoristas ou pilotos de veículos de passeio.

Quando se considera a faixa etária da vítima segundo o veículo (GRÁFICO 14) observa-se um pico dos 20 aos 24 anos das mortes envolvendo motocicletas e um pico seguinte, mas bem menor, dos 25 aos 29 anos, das mortes envolvendo automóveis. As mortes por atropelamento de pedestres variam menos entre as faixas etárias.

No ano de 2006 não dispomos das mortes por causa externa segundo o local da ocorrência.

TABELA 01A:

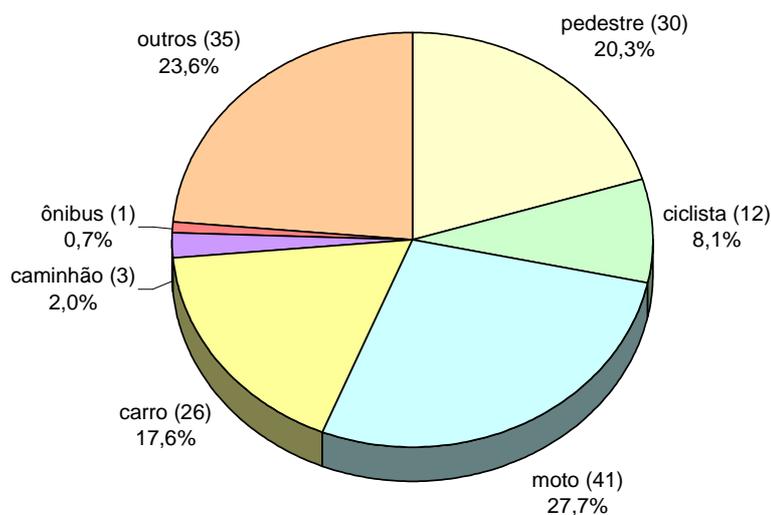
Principais causas de morte pelo CID-BR dentro das seis principais causas de APVP pelos capítulos do CID e respectivas proporção no total de APVPs de causas determinadas, ordem de importância, idade média do óbito (todas as mortes), óbitos em pessoas com menos de 70 anos e proporção no total de mortes em pessoas com menos de 70 anos, Joinville, 2006.

Causa do APVP	%APVP	ordem APVP	idade média (anos)	mortes <70anos	%mortes <70anos
CAUSAS EXTERNAS (CAP.XX)					
Acidentes de Transporte	18,30%	1º	38,3	136	12,8%
Agressões	8,90%	2º	29,2	57	5,4%
Afogamento e submersões acidentais	2,80%	9º	24,5	16	1,5%

FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

GRÁFICO 13:

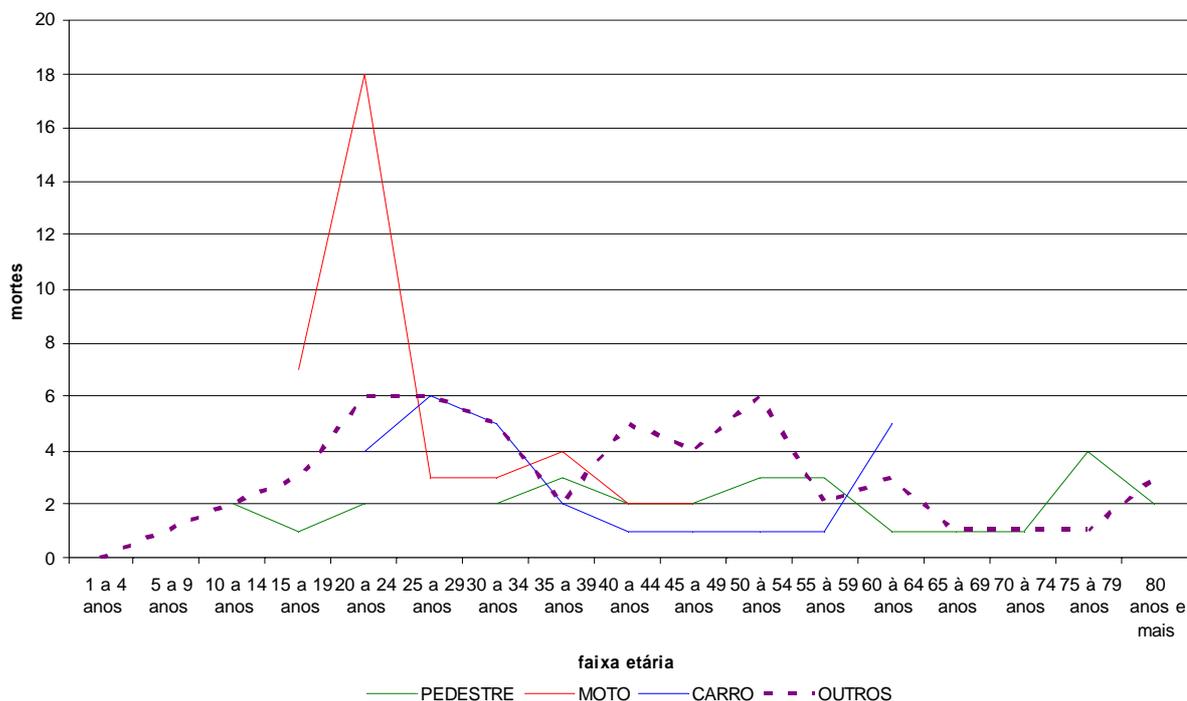
Proporção de mortes por acidentes de trânsito segundo o meio de transporte da vítima, Joinville, 2006



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada e consolidada pelo projeto Perfil Epidemiológico/UVS;

GRÁFICO 14:

Mortes devido a acidentes de trânsito segundo o meio de transporte da vítima e a faixa etária moradores de Joinville, 2006



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada e consolidada pelo projeto Perfil Epidemiológico/UVS;

Em relação às neoplasias (16,2% das mortes e 15,6% dos APVPs – TABELA 01B) observa-se que o câncer de mama e de colo de útero, objeto de Programa de Saúde específico para o seu controle, representam respectivamente 1,5 e 0,7% dos óbitos (27 e 15 mortes) e 1,5 e 0,65% dos APVPs. Sua baixa representação em APVPs deve-se a idade tardia da ocorrência dessas mortes (56,6 e 60,2 anos). Maior impacto em APVP é causado pelas Leucemias, devido a precocidade das mortes (idade média 35,5 anos) e pelas Neoplasias Malignas de Traquéia, Brônquios e Pulmões, diretamente associados ao tabagismo, devido ao número de óbitos.

TABELA 01B:

Principais causas de morte pelo CID-BR dentro das seis principais causas de APVP pelos capítulos do CID ..., Joinville, 2006.

Causa do APVP	%APVP	ordem APVP	idade média (anos)	mortes <70anos	%mortes <70anos
NEOPLASIAS (CAP.II)					
Leucemia	1,80%	16º	35,5	11	1,0%
Neoplasias Malignas da Traquéia, brônquios e pulmões	1,80%	17º	64,8	37	3,5%
Restante de Neoplasias Malignas	1,70%	18º	65,6	32	3,0%

FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

As mortes por Doenças do Aparelho Circulatório (TABELA 01C) tem a hipertensão arterial como a principal fator em comum, sendo que essa doença é caracterizada como causa da morte em 2,3% das mortes e 0,7% do APVP. Por outro lado as Doenças Cerebrovasculares ('acidente vascular cerebral' – AVC), são a terceira causa de morte no município e a primeira causa de morte natural. Sendo 70,6 anos a idade média do óbito por Doenças Cerebrovasculares, sua importância relativa é minimizada quando se considera o APVP.

TABELA 01C:

Principais causas de morte pelo CID-BR dentro das seis principais causas de APVP pelos capítulos do CID ..., Joinville, 2006.

Causa do APVP	%APVP	ordem APVP	idade média (anos)	mortes <70anos	%mortes <70anos
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO (CAP.IX)					
Outras Doenças Cardíacas	3,40%	6º	70,3	53	5,0%
Doenças Isquêmicas do Coração	2,80%	10º	68,3	62	5,8%
Doenças Cerebrovasculares	2,50%	11º	70,6	49	4,6%

FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

O quarto grupo de causas de anos potenciais de vida perdidos são 'Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias' (5,2% das mortes e 10,0% dos APVPs – TABELA 01D) destaca-se a categoria 'Doenças Virais' que, apesar de compreender uma variedade de entidades deve-se principalmente (a exceção de dois casos por Hepatite C) ao infecção pelo 'vírus da AIDS' (HIV).

A maior parte das 'Outras Doenças Bacterianas' referem-se a 'sepsemia' (59 em 69 óbitos), não sendo indicado o foco da infecção. Inclui-se também nessa categoria três (03) mortes por meningococemia (idade média de 34 anos sendo uma criança com menos de um ano de idade) e duas mortes por leptospirose (idade média de 40 anos).

Destaque-se ainda a ocorrência de cinco (05) óbitos por tuberculose (0,4% do APVP), objeto de Programa de Saúde específico para o seu controle.

TABELA 01D:

Principais causas de morte pelo CID-BR dentro das principais causas de APVP pelos capítulos do CID ..., Joinville, 2006.

Causa do APVP	%APVP	ordem APVP	idade média (anos)	mortes <70anos	%mortes <70anos
ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (CAP.I)					
Doenças Virais	5,30%	3º	40,6	46	4,3%
Outras Doenças Bacterianas	3,20%	7º	60,1	39	3,7%
Doenças Infecciosas Intestinais	0,70%	32º	55,3	4	0,4%

FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

Agravos de Notificação Compulsória

Quanto às doenças transmissíveis, deve-se observar que a manutenção da ocorrência de casos novos em níveis baixos depende da constante manutenção de ações de controle, visto a capacidade de propagação dos agentes infecciosos. Citando a seguir os dados de notificação compulsória e investigação de agravos, consolidados pela Área de Vigilância (2009):

Na TABELA 02 é apresentada a série histórica 2003-7 do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em Joinville. Observe-se que o SINAN inclui apenas parte de Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (referidos acima como causas de morte), incluindo também alguns agravos não transmissíveis.

Da análise da série histórica do SINAN, infere-se o bom controle no município das doenças controláveis através do esquema básico de imunização⁴ (TABELA 02A), havendo a predominância da hepatite e da caxumba. No mesmo período ocorreu uma pequena queda da cobertura das vacinas correspondentes (tetraavalente, de 99,1% para 95,1% e tríplice viral, de 117,1% para 95,0%) entretanto em níveis capazes de garantir “imunidade de grupo” e, portanto, a contenção da transmissão das doenças.

Também no período de 2003-7 ocorreu o aumento importante dos casos de hepatite viral (atribuível a melhoria do processo de notificação e registro⁵) e, em 2006 e 2007, de varicela (catapora) para qual ainda não está disponibilizada vacina no esquema básico de imunização.

TABELA 02A:

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR AGRAVO – JOINVILLE-SC PERÍODO 2003 a 2007

AGRAVO	2003	2004	2005	2006	2007
CAXUMBA	30	18	23	33	33
COQUELUCHE	4	7	1	-	-
DOENÇAS EXANTEMATICAS (rubéola)	-	1	-	1	5
TETANO ACIDENTAL	-	-	1	-	2
VARICELA	696	618	1126	2410	896
HEPATITE VIRAL	14	24	41	56	129

FONTE: SINAN, Área de Vigilância Epidemiológica/ UVS/ Secretaria Municipal da Saúde – Joinville/SC

OBS: *Casos Importados

A tuberculose e a hanseníase (TABELA 02B) são doenças cuja propagação é controlada principalmente através do tratamento dos portadores crônicos, sendo observado uma constância dos número de casos novos no período (endemia).

Por seu lado, as meningites (englobando meningites meningocócicas e por *Haemophilus*) são doenças agudas cuja propagação é controlada principalmente

⁴ Formas graves da tuberculose, poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, sarampo, rubéola, cachumba, hepatite B, meningite por *Haemophilus* (e também pneumonia e otite), doença diarreica (rotavírus), gripe sazonal;

⁵ Equivocadamente, antes de 2007, só eram registrados no sistema os casos investigados que, devido a subdimensionamento do serviço, não correspondia a totalidade dos casos notificados. O agravo ‘hepatite viral’, além da hepatite B, objeto de imunização no esquema básico, também compreende a hepatite A (sem vacina no esquema básico) e as hepatites C, D e E (sem vacina disponível) – dessa forma, o indicador aqui apresentado não é um indicador ‘robusto’ do impacto do esquema básico;

através da profilaxia dos contatos do caso. Em situações bem definidas o controle é feito através da aplicação de vacinação específica. No final do período, em 2006 e 2007, houve um aumento importante do número de casos.

Relata-se também uma baixa proporção de coleta de líquido para definição do sorogrupo bacteriano dentre os casos de meningites bacterianas (JOINVILLE, 2010). O exame bioquímico e citológico é realizado no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), enquanto o exame para definir o sorogrupo é realizado no Laboratório Central (LACEN), merecendo discussão do processo de trabalho.

TABELA 02B:

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR AGRAVO – JOINVILLE-SC PERÍODO 2003 a 2007

AGRAVO	2003	2004	2005	2006	2007
HANSENIASE	37	37	40	37	30
TUBERCULOSE	232	221	295	240	224
MENINGITE	125	115	98	280	327
MENINGITE – DOENÇAS MENINGOCOCICAS	-	-	-	-	10

FONTE: SINAN, Área de Vigilância Epidemiológica/ UVS/ Secretaria Municipal da Saúde – Joinville/SC

OBS: *Casos Importados

A AIDS, junto com outras doenças sexualmente transmissíveis (DST - TABELA 02C), são controladas principalmente através da mudança de estilo de vida, com a adoção de práticas sexuais seguras, objeto de ações educativas e da disponibilização de 'preservativos', além do tratamento dos casos diagnosticados. A infecção de gestantes e crianças é de especial atenção, visto a possibilidade da prevenção da transmissão da gestante para o feto (transmissão vertical), através da quimioprofilaxia durante a gravidez e da criança nas primeiras semanas de vida.

No período, observa-se uma constância do número de casos novos de AIDS e gestantes infectadas com o HIV (endemia)⁶ e uma tendência de aumento de casos de outras DST⁷. Ressalva-se aqui estimar-se uma importante subnotificação das DST. Deve-se observar a introdução recente no SINAN da notificação de doença inflamatória do colo do útero, não se dispondo do número de casos antes de 2007.

⁶ Observe o padrão semelhante ao longo dos anos na incidência da AIDS entre adultos, crianças e do HIV em gestantes, com uma queda em 2005 porém tendendo a retornar aos níveis anteriores em 2006-7 (as quedas de incidência em 2005 não tem significância estatística para p=0,05);

⁷ Sífilis congênita e em gestante, sífilis em adultos (excluída a forma primária), outras formas e as não especificadas da sífilis, infecções anogenitais pelo vírus do herpes (herpes simples), síndrome do corrimento cervical, síndrome do corrimento uretral, verrugas anogenitais;

TABELA 02C:**NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR AGRAVO – JOINVILLE-SC PERÍODO 2003 a 2007**

AGRAVO	2003	2004	2005	2006	2007
AIDS ADULTO	227	233	185	262	278
AIDS CRIANÇA	5	8	1	2	4
GESTANTE HIV	59	54	42	53	47
DOENÇA INFLAMATORIA DO COLO DO UTERO	-	-	-	-	21
INFECÇÕES ANOGENITAIS PELO VIRUS DO HERPES (HERPES SIMPLES)	3	9	11	52	38
OUTRAS FORMAS E AS NÃO ESPECIFICADAS DA SIFILIS	21	19	33	17	27
SIFILIS CONGENITA	-	-	2	2	-
SIFILIS EM ADULTOS (EXCLUÍDA A FORMA PRIMÁRIA)	21	19	33	17	27
SIFILIS EM GESTANTE	-	-	-	-	17
SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL	14	23	28	16	21
SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL	4	3	26	20	22
VERRUGAS ANOGENITAIS (VENEREAS)	159	123	127	183	196

FONTE: SINAN, Área de Vigilância Epidemiológica/ UVS/ Secretaria Municipal da Saúde – Joinville/SC

OBS: *Casos Importados

Quanto as doenças transmissíveis por contaminação ambiental ou por vetores (TABELA 02D), destaca-se a ocorrência endêmica de leptospirose com surtos em 2003 e 2004 contrapondo-se a ocorrência de casos esporádicos de febre maculosa e esquistossomose e a ocorrência de casos importados de malária e dengue, cuja propagação é contida pela baixa densidade ou ausência dos vetores responsáveis. Deve-se acrescentar aqui a informação do progressivo aumento de focos de criadouros do mosquito *Aedes aegypti* no município, implicando no alerta quanto ao risco de propagação da dengue.

Merece destaque ainda a ocorrência, em 2006, de um surto de doença de chagas por transmissão oral, através de caldo de cana contaminado. Observa-se a ausência do 'barbeiro' na região, não havendo assim a transmissão vetorial da doença. Acredita-se que a contaminação se deu através da maceração do inseto junto com a cana de açúcar na fabricação do caldo de cana, sendo a cana de açúcar importada de outras localidades para esse fim.

Também deve-se observar no período a constância do número de mordeduras suspeitas (sujeitas a profilaxia contra raiva) enquanto, por outro lado, ocorreu um aumento importante do número de acidentes por animais peçonhentos.

TABELA 02D:**NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR AGRAVO – JOINVILLE-SC PERÍODO 2003 a 2007**

AGRAVO	2003	2004	2005	2006	2007
DENGUE*	4	2	4	5	4
DOENÇA DE CHAGAS*	-	-	5	-	-
ESQUISTOSSOMOSE	1	1	1	-	-
FEBRE MACULOSA	-	-	-	1	-
LEPTOSPIROSE	52	58	33	30	27
MALÁRIA*	3	8	2	10	-
ACIDENTES ANIMAIS PEÇONHENTOS	17	32	57	76	121
ATENDIMENTO ANTI-RABICO	641	695	707	738	643

FONTE: SINAN, Área de Vigilância Epidemiológica/ UVS/ Secretaria Municipal da Saúde – Joinville/SC

OBS: *Casos Importados

A notificação de acidente de trabalho grave e com exposição a material biológico e da pneumoconiose (associados a condições de trabalho – TABELA 02E) foram incorporados ao SINAN em 2007, não se dispondo de dados comparáveis anteriores a essa data.

No período ocorreu um longo intervalo sem notificação de casos de desnutrição grave (implementada em 1996), atribuível a desmobilização do programa. Por outro lado, a ‘intoxicação exógena’ inclui casos de intoxicação alcoólica que, enquanto subnotificadas, representam a maior parte dos casos notificados.

TABELA 02E:**NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR AGRAVO – JOINVILLE-SC PERÍODO 2003 a 2007**

AGRAVO	2003	2004	2005	2006	2007
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO	-	-	-	-	12
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	-	-	-	-	41
PNEUMOCONIOSE	-	-	-	-	4
DESNUÇÃO PROTEICO-CALÓRICA GRAVE NÃO ESPECIFICADA	-	-	-	-	8
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	-	1	-	-	104

FONTE: SINAN, Área de Vigilância Epidemiológica/ UVS/ Secretaria Municipal da Saúde – Joinville/SC

OBS: *Casos Importados

Mortalidade Infantil e Mortes devido a Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal e por Malformações Congênitas

Retornando a discussão da mortalidade (TABELA 01E), a mortes devido a ‘Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal’ e ‘Malformações Congênitas’, por se concentrarem no primeiro ano de vida (tirante dois casos extremos, a idade média do óbito foi de 56 dias) implicam em grande número de anos potenciais perdidos de vida, aumentando sua importância relativa.

Observa-se que essas duas causas de morte juntas respondem por mais da metade de todas as mortes no primeiro ano de vida.

TABELA 01E:**Principais causas de morte pelo CID-BR dentro das principais causas de APVP pelos capítulos do CID ..., Joinville, 2006.**

Causa do APVP	%APVP	ordem APVP	idade média (anos)	mortes <70anos	%mortes <70anos
ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL (CAP.XVI)					
Restante das afecções originadas no período perinatal	3,80%	5º	14 dias	14	1,3%
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	2,40%	12º	27 dias	9	0,8%
Transtornos relacionados à duração gestação e crescimento fetal	1,40%	22º	1,4 dias	5	0,5%
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS (CAP.XVII)					
Restante de malformações congênitas, deformações e anomalias cromossômicas	4,70%	4º	8* anos	15	1,4%
Malformações congênitas do aparelho circulatório	1,30%	23º	4,5 meses	5	0,5%

FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\ UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

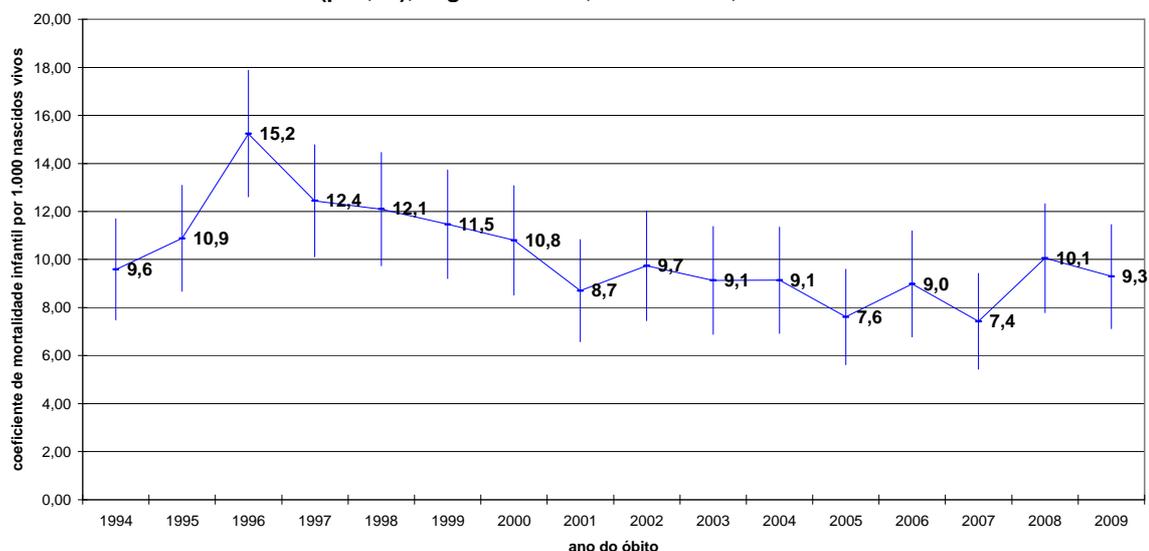
A mortalidade infantil apresenta uma tendência declinante no tempo, com uma quebra dessa tendência em 2008 (GRÁFICO 15)⁸. Por outro lado, a quebra da tendência nesse ano não representa uma diferença estatisticamente significativa em relação aos anos anteriores.

Também, a variação encontrada na mortalidade infantil entre as Regionais Administrativas (GRÁFICO 16), apesar de importante (4,4 a 12,5:1.000 nascidos vivos) não é estatisticamente significativa, não se podendo inferir existir diferenças entre as Regionais quanto aos fatores determinantes do óbito infantil (com o dado de um ano isolado).

⁸ Relate-se aqui o aparente aumento da mortalidade infantil entre 1994 e 1996 decorrente de busca ativas nos cemitérios, visando reduzir o subregistro dos óbitos infantis.

GRÁFICO 15:

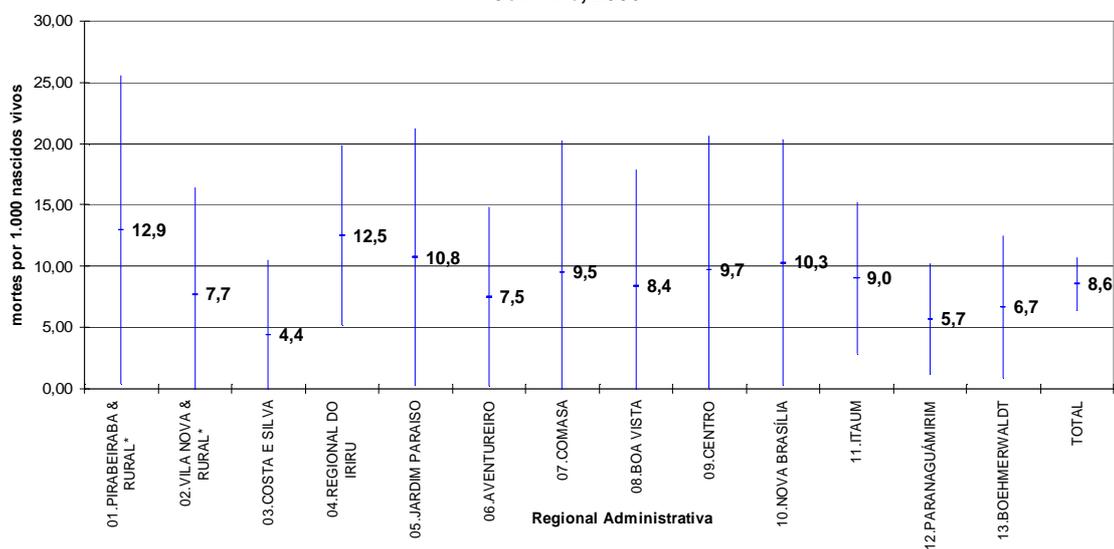
Coefficiente de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos e intervalo de confiança (p=0,05), segundo o ano, Joinville/SC, 1994-2009



FONTE: período 1994-2006: (1) Ministério da Saúde\ DATASUS, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponível em www.datasus.gov.br, acessado em 26FEV10; (2) ____, Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), idem; período 2007-9: (3) Secretaria Municipal de Saúde de Joinville\UVS\ Serviço de Vigilância Epidemiológica, SIM - base local (Relatório de Gestão); (4) ____, SINASC - base local (Relatório de Gestão)

GRÁFICO 16:

Coefficiente de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos e intervalo de confiança (p=0,05) segundo as Regionais Administrativas residência (60 óbitos referenciados), Joinville, 2006



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), base de dados retificada; SMS Joinville\UAB\ Cadastro do Usuário, Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro

Internações Hospitalares

Como a morte é o desenlace extremo da história da doença, o seu registro e das causas da morte esclarecem apenas parcialmente o processo de saúde e doença na população. Mais amplo, o processo do adoecer, no mais das vezes, não conduz ao óbito e não é identificado a partir dele. Quando a pessoa se percebe doente, procura serviços de saúde e esses o acolhem e o assistem, registrando o seu adoecimento. Mesmo esse registro do atendimento nos serviços esclarece ainda parcialmente o processo de saúde e doença, visto nem sempre a pessoa doente demandar espontaneamente aos serviços, bem como a simples existência de um serviço estimular a demanda para o mesmo.

Considerando a oferta de serviços em relação aos parâmetros assistenciais (PRT MS\GM 1.101/02) considerados como 'médios' da população brasileira e, com a ressalva de merecer adaptações conforme as necessidades locais, são usados como referência para o dimensionamento da oferta de procedimentos. Na oferta de serviços públicos deve-se considerar a participação dos serviços privados bem como a especificidade das necessidades de saúde da população não coberta por esses.

Dentro da 'morbidade assistida', as internações hospitalares correspondem tanto a problemas de saúde cuja resolução exige procedimentos hospitalares (ex. correção cirúrgica de hérnia inguinal ou de fratura de colo de fêmur) bem como condições que poderiam ser solucionadas ou controladas com intervenções ambulatoriais que por sua ausência ou a despeito dela evoluem passando a exigir aquelas intervenções (ex. coma hiperosmolar do diabetes mellitus). Representam, nesse último caso, condições mais críticas da história natural da doença.

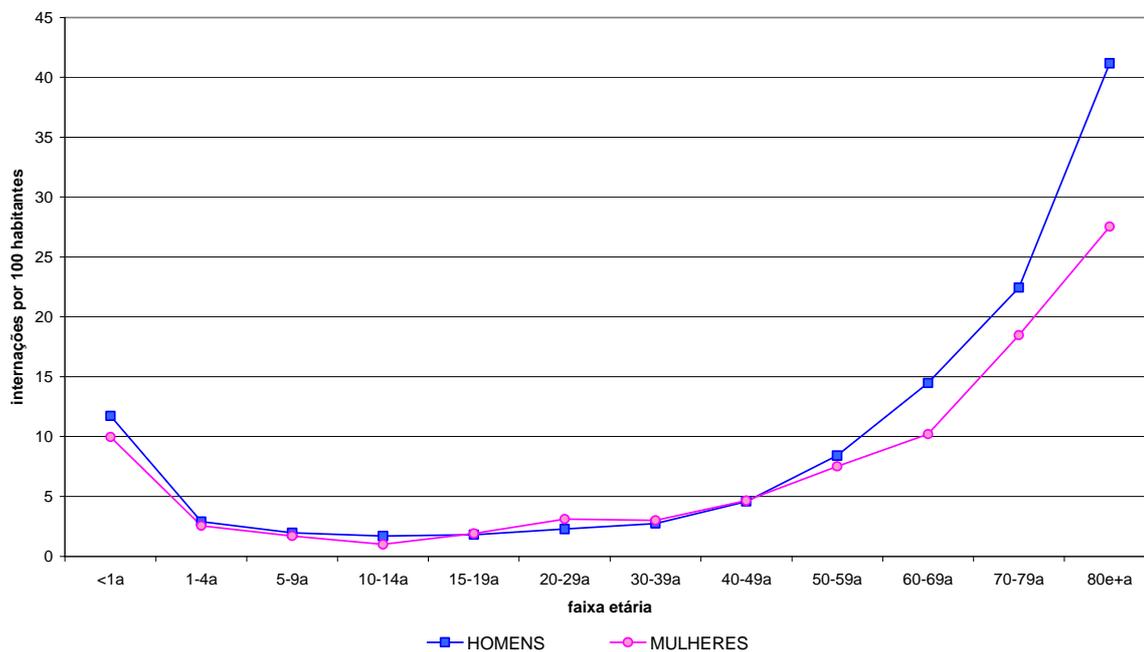
Quanto a internações, considerando esses parâmetros, espera-se que em cada cem pessoas 7 a 9 precisem ser internadas por ano, obedecendo uma proporção entre as diversas especialidades. Santa Catarina adota o parâmetro de 0,07/ internações/ habitante/ ano.

Observando as internações segundo o número de habitantes de cada faixa etária, temos uma curva em 'J' onde são mais hospitalizadas as faixas extremas, sempre predominando o homem, exceto nas faixas etárias de 15 a 39 anos, mesmo quando descontado os partos (GRÁFICO 17). Entretanto, como essa faixa etária representa 45,7% da população, a maior proporção de internações em mulheres nessa faixa etária implica numa pequena superação do coeficiente de internações em mulheres do que em homens no conjunto de todas as faixas etárias (respectivamente 4,08 e 4,06 internações por 100 habitantes). Observe que o coeficiente de internação de joinvillenses é bem abaixo do parâmetro assistencial (58% do parâmetro, 4,07 contra 7,0 internações por 100 habitantes).

Analisando as internações segundo tratar-se de internação cirúrgica ou clínica e de acordo com as faixas etárias (GRÁFICO 18) observa-se um crescimento contínuo do coeficiente de internações para realização de cirurgia com o avanço da idade, enquanto as internações clínicas apresenta o padrão em 'J'. Por outro lado as internações apresentam diferentes gravidades, em parte manifestas no tempo médio de permanência desses pacientes internados que varia conforme a faixa etária e tratar-se de internação clínica ou cirúrgica (GRÁFICO 19). Neste gráfico, contrariando o padrão em 'J', observado anteriormente, verifica-se uma redução do tempo médio de permanência das internações clínicas a partir dos 50 anos de idade.

GRÁFICO 17:

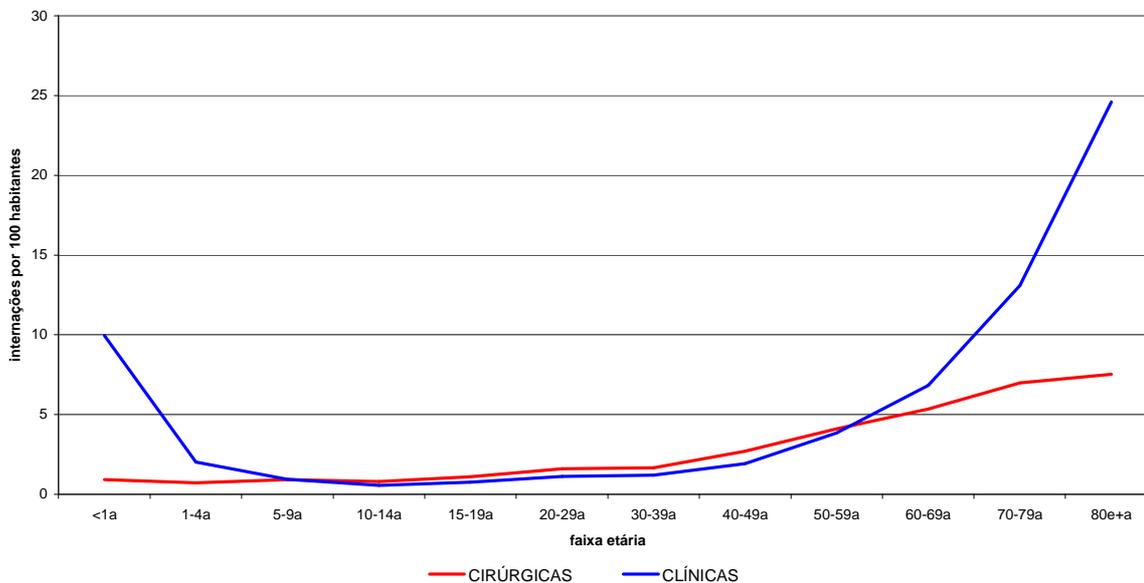
Coeficiente de internação no SUS (exceto partos) para cada cem residentes de Joinville, segundo a faixa etária e sexo, Santa Catarina, 2007



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações Hospitalares (SIH), consolidada pelo UPCA\Planejamento

GRÁFICO 18:

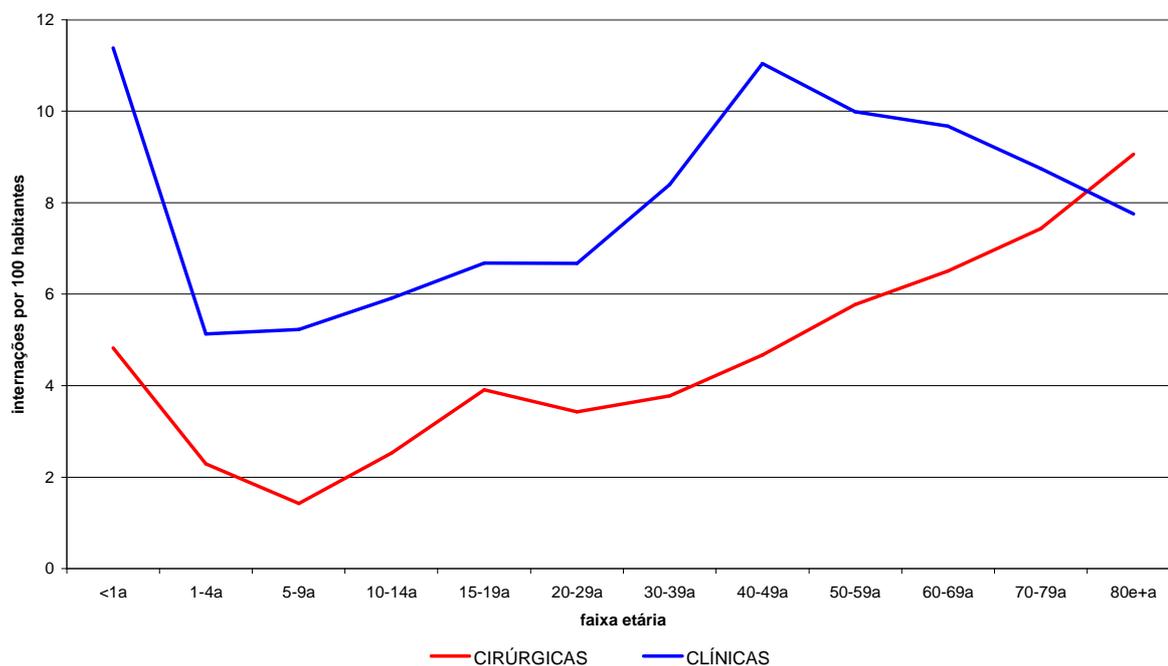
Coeficiente de internação no SUS (exceto partos) para cada cem residentes de Joinville, segundo a faixa etária e se cirúrgico ou não, Santa Catarina, 2007



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações Hospitalares (SIH), consolidada pelo UPCA\Planejamento

GRÁFICO 19:

Tempo Médio de Internação no SUS (exceto partos) para residentes de Joinville, segundo a faixa etária e se cirúrgico ou não, Santa Catarina, 2007



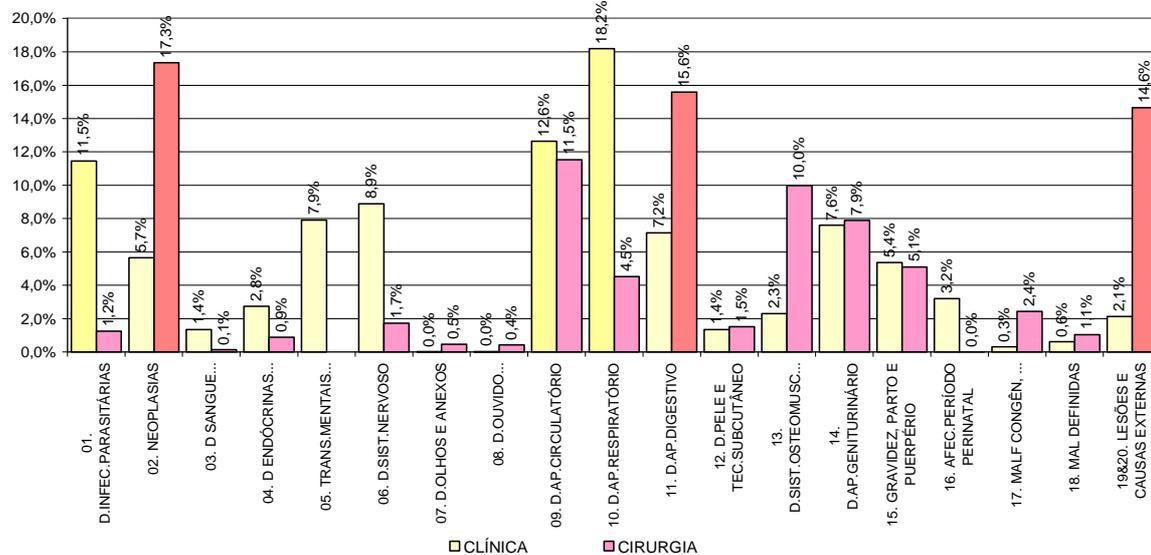
FONTE: SES/SC - Sistema de Informações Hospitalares (SIH), consolidada pelo UPCA/Planejamento

Quanto ao motivo das internações segundo os capítulos do CID (GRÁFICO 20), em números absolutos, destacam-se as internações cirúrgicas por Neoplasias, Doenças do Aparelho Digestivo e Causas Externas e as internações clínicas por Doenças do Aparelho Respiratório, do Aparelho Circulatório e Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias. Entretanto, quando se observa o **tempo total de permanência**⁹ (GRÁFICO 21) destacam-se mais nitidamente as Neoplasias (dentre os motivos de internações cirúrgicas) e os transtornos mentais (dentre as internações clínicas).

⁹ O tempo total de permanência é aqui adotado como uma ponderação do número de internações por sua gravidade da doença, sendo assim uma aproximação da carga da doença na população.

GRÁFICO 20:

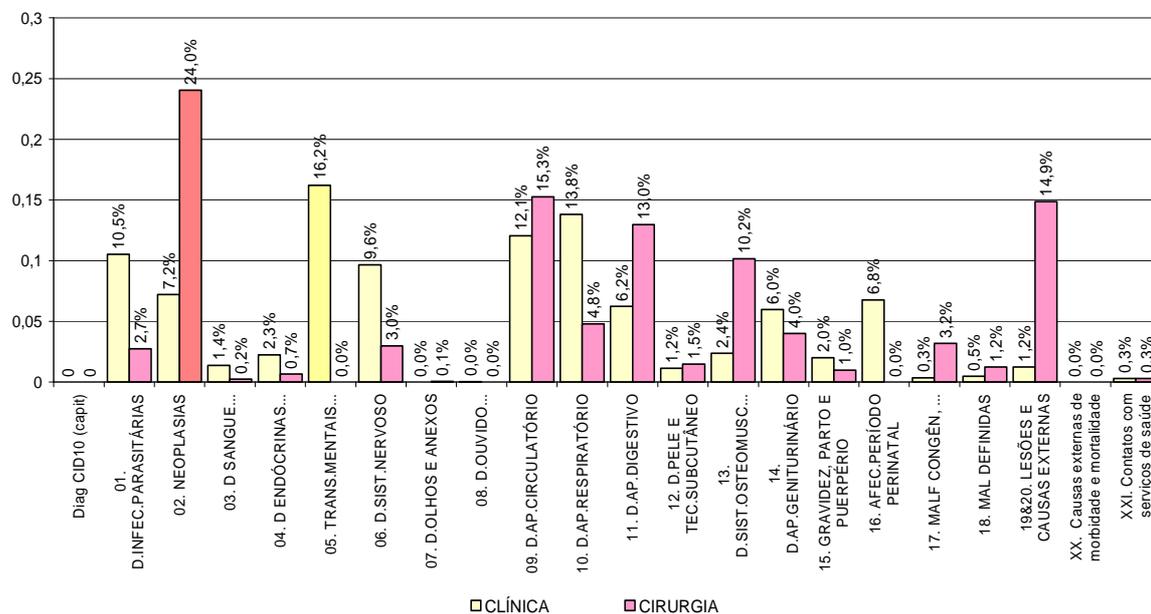
Proporção de internações clínicas e cirúrgicas no SUS (excetuando partos) de residentes de Joinville, segundo o diagnóstico principal, Santa Catarina, 2007



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações Hospitalares (SIH), consolidada pelo UPCA/Planejamento

GRÁFICO 21:

Proporção da permanência total das internações clínicas e cirúrgicas (excetuando partos) de residentes de Joinville, segundo o diagnóstico principal, Santa Catarina, 2007



FONTE: SES/SC - Sistema de Informações Hospitalares (SIH), consolidada pelo UPCA/Planejamento

Grupos Vulneráveis

Como um único tópico da análise das condições de saúde, temos a avaliação de grupos populacionais que devido a sua faixa etária, gênero, estilo de vida, atividade profissional e condição clínica, se encontram mais expostos aos fatores de adoecimento (ex. violência, agentes biológicos,...) ou, vindo a adoecer, enfrentaram maior desvantagem no exercício de atividades do dia a dia, sociais, profissionais e de lazer.

Destacamos quatro grupos: (a) deficiência cognitiva, (b) transtornos mentais e dependência química, (c) deficiência auditiva e (d) os pacientes portadores de fissuras lábio-palatais, que são acompanhados em programas de saúde bem estruturados, coordenados respectivamente pelo NAIPE, pelo Programa de Saúde Mental e, os dois últimos, pelo Centrinho.

Poderíamos acrescentar nessas mesmas condições também (e) os pacientes acamados e cadeirantes e (f) os pacientes em diálise (terapia renal substitutiva) dentre outros. Entretanto esses últimos não se encontram hoje monitorados em programas estruturados.

No momento, dispomos apenas de estudos de prevalência para os pacientes fissurados, prejudicando o aperfeiçoamento da ponderação de prioridades, das metas de cobertura e dos próprios protocolos. Quanto à avaliação desses quatro programas, remetemos ao quadro de indicadores do Plano Municipal de Saúde.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Na avaliação dos serviços de saúde em Joinville, deve-se observar inicialmente que 36,4% da população residente de Joinville dispõem de Plano de Saúde Suplementar de assistência médica¹⁰. Deve-se observar que uma pessoa que dispõe de um Plano de Saúde de assistência médica ainda é usuário do SUS. Sem ter uma estimativa quantitativa, espera-se uma redução da demanda espontânea pelos serviços de atenção básica (ex. consultas em pediatria e clínica médica), mas ainda buscando atendimento no SUS de demandas estimuladas (ex. vacinação, preventivo) e principalmente de serviços de urgência, de referência e de apoio (ex. assistência farmacêutica, consultas médicas especializadas, hemodiálise) além de ser beneficiado pelas ações de vigilância (ex. vigilância sanitária de estabelecimentos manipuladores de alimentos, saúde do trabalhador). Sublinhe-se que mesmo quando o cidadão é atendido por serviços privados a saúde, o SUS ainda é responsável pela sua saúde.

Na análise dos serviços próprios de saúde, avaliamos a Atenção Básica, a Vigilância em Saúde, Assistência Ambulatorial Especializada e Apoio, Assistência Hospitalar, Assistência de Urgência e Emergência e a Assistência Farmacêutica.

A **Atenção Básica** foi avaliada em 2008, através oficinas das várias equipes com questionários estruturados dentro da elaboração do Plano de Fortalecimento da Atenção Básica, subsídio do presente Plano Municipal de Saúde. O resumo da avaliação é apresentado a seguir (GRÁFICO 22), relacionando o desempenho percebido pelos profissionais segundo as atribuições da Atenção Primária em Saúde: [qualidade do] primeiro contato, longitudinalidade [da assistência, garantindo a continuidade através dos vários serviços], integralidade, coordenação [da assistência junto aos demais serviços], centralidade familiar e orientação comunitária. Em todos esses atributos temos um desempenho muito abaixo do ideal, com destaque para a integralidade e a orientação comunitária. Todos as ações e objetivos propostos no Plano de Fortalecimento da Atenção Básica foram incorporados no presente Plano Municipal de Saúde.

Quanto a **Vigilância em Saúde** a Secretaria da Saúde ainda está organizada na dicotomia de ações 'preventivas-curativas'. Dessa forma os serviços da Vigilância em Saúde tem pouca articulação e capilaridade com os demais setores, além de se organizar por tarefas em setores autônomos e não articulados.

Também não é difundida a visão de 'vigilância em saúde' enquanto inteligência e ferramenta administrativa necessária para o planejamento, supervisão e controle das diversas ações em saúde, havendo precariedade no uso gerencial das bases de dados e das informações disponíveis, envolvendo a maioria dos setores e serviços da Secretaria da Saúde.

A **Assistência Ambulatorial Especializada e Apoio** do SUS Joinville, sem computar aí os serviços vinculados aos hospitais, compreende o Laboratório Municipal e treze (13) Unidades e Serviços de Saúde próprios, dez laboratórios (10) e vinte (20) clínicas e centros de diagnóstico privados, contratados de forma

¹⁰ Dados do ANS-TABNET, acessado em junho de 2009, disponível então em www.ans.gov.br ('informações em saúde suplementar'\ ANS TABNET\ 'abrir nova janela com o ANS Tabnet'). Infelizmente, essa página não se encontra mais disponível para consulta.

complementar ao SUS, além da Central de Regulação e do Serviço de Tratamento fora do Domicílio (TFD).

Os serviços de referência se organizam de forma pulverizada, centradas na especificidade dos procedimentos e na oferta. Essa lógica está estabelecida tanto na contratação de serviços complementares como na oferta por serviços próprios.

Ressalve-se as experiências dos serviços de referência de Saúde Mental, do Centrinho e do Núcleo de Atenção ao Paciente Especial, organizados em torno do atendimento integral do paciente selecionado.

Consolidando o segmento de serviços ambulatoriais, apresentamos no GRÁFICO 23 a nossa oferta de serviços frente aos parâmetros da PRT MS\GM 1.101/02 e da Programação Pactuada e Integrada, indicando uma grande disparidade, com destaque a um excedente da oferta de exames laboratoriais (patologia clínica) em relação às necessidades estimadas. Os parâmetros merecem ser revisados através de protocolos clínicos, que estabeleçam a real necessidade da oferta dos diversos procedimentos.

Os hospitais, promotores da **Assistência Hospitalar**, mesmo públicos, organizam-se de forma autônoma, tendo um caráter concorrente entre si e realizam interrupções de oferta não articuladas com as necessidades da rede e da população.

Os hospitais privados não tem articulação com o SUS, prestando pontualmente alguns procedimentos.

Deve-se destacar aqui a existência de um déficit de leitos na região nordeste de Santa Catarina, prejudicando o acesso a esses serviços e a sua oferta em condições precárias (super-lotação, internação nos leitos da emergência e corredores...).

Já a **Assistência de Urgência e Emergência** são organizados em torno dos hospitais, o que repercute nos problemas da Assistência Hospitalar expostos acima. Dispõe-se também de três PA24horas e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

A organização da assistência de urgência e emergência é prejudicada pela indefinição de atribuições das unidades – tanto vertical como horizontalmente – e déficits da estrutura hospitalar.

A **Assistência Farmacêutica** é organizada em conformidade com a Política Nacional, havendo demoras administrativas para o acesso a alguns medicamentos.

Há precariedade 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.

GRÁFICO 22:

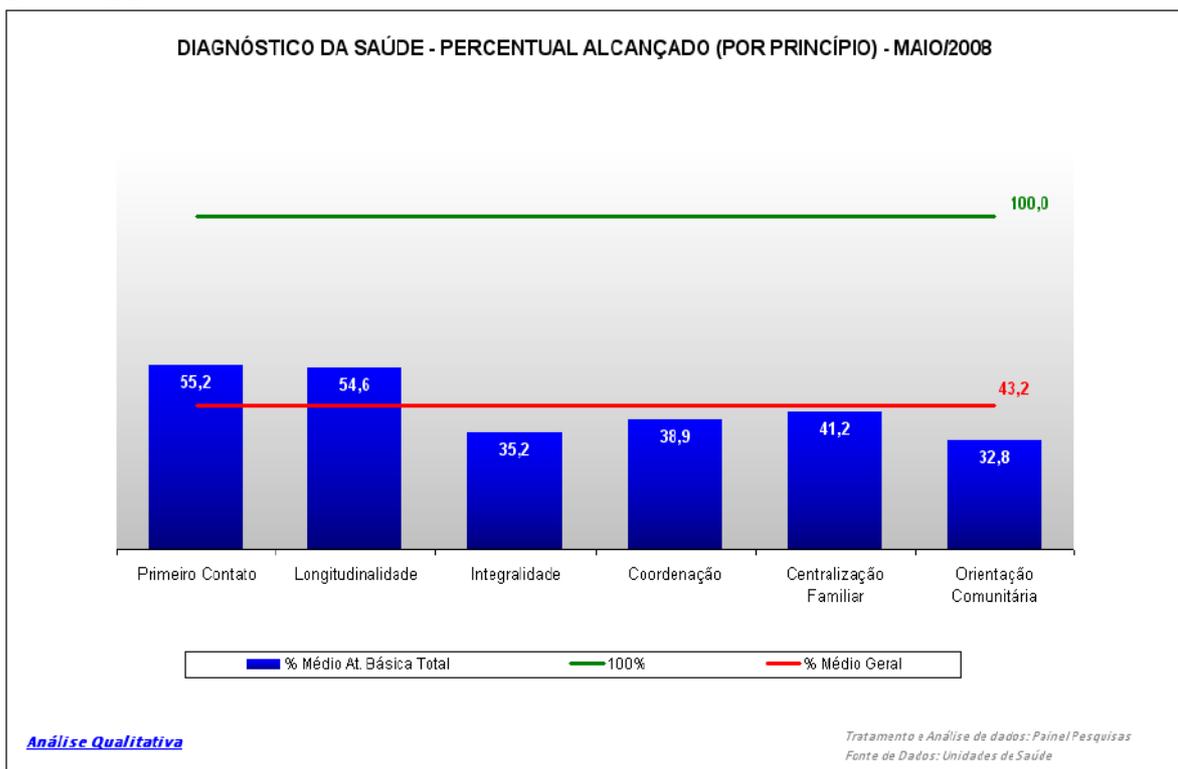
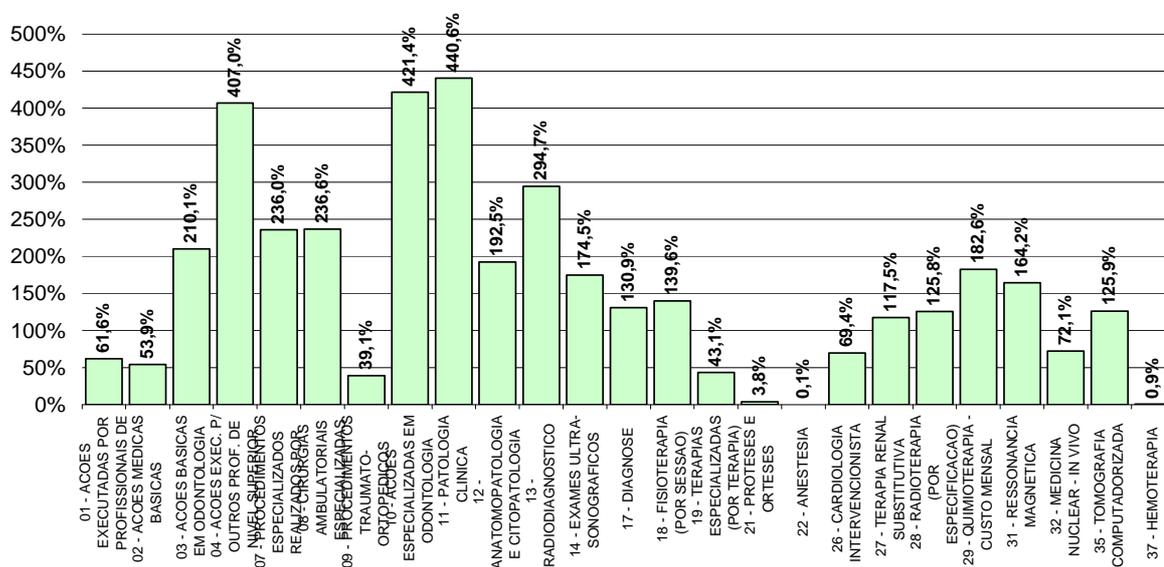


GRÁFICO 23:

Proporção de serviços ambulatoriais ofertados frente às necessidades, segundo os grupos, Joinville, 2009



DETERMINANTES DE SAÚDE

Ambiente Físico

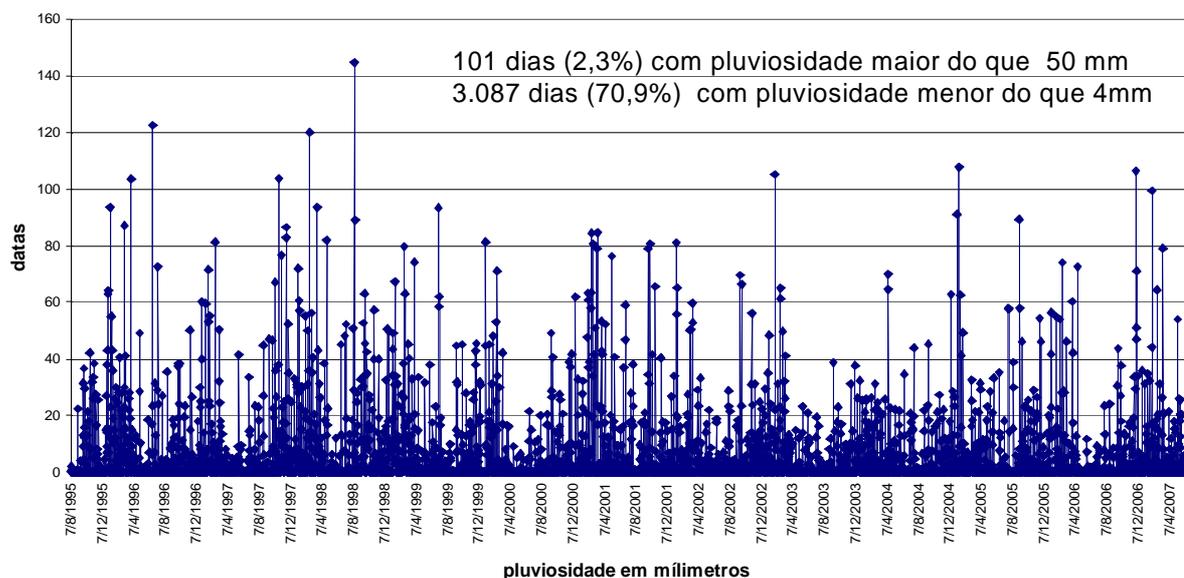
Joinville é uma grande cidade, de economia industrial (fundição, plásticos e componentes industriais)¹¹ e de serviços (informática, comércio e turismo de eventos), associada a um intenso movimento migratório a partir da década de 70. Isso implica na atração de imigrantes, na importância dos acidentes de trabalho e no risco de catástrofe envolvendo produtos químicos utilizados ou residuais dos processos industriais.

Joinville conta hoje com uma população residente estimada em 497.329 habitantes para 2009 (IBGE, 2009a). O município abrange uma área de 1.131km² (IBGE, 2009b). 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, com chuvas intensas (GRAFICO 24), sujeitando a cidade a freqüentes inundações.

A grande umidade tem também impacto na proliferação de fungos e na conseqüente ocorrência de quadros alérgicos respiratórios (sem dados quantitativos disponíveis).

GRAFICO 24:

**Pluviosidade diária em milímetros, Joinville,
agosto de 1985 a junho de 2007**



FONTE: UNIVILLE\ Engenharia Ambiental, Dados da Estação Meteriológica do Bom Retiro

Na região leste, plana e sujeita a inundações, localiza-se a malha urbana, compreendendo uma superfície de 280 km² (24,8%) concentra-se 96,6% dos habitantes do município. Quanto ao saneamento básico, 5,8% da população não são servidos pela rede de água tratada (IBGE, 2001a) sendo que 4,4% da população não

¹¹ Cia Hansen, Buschle & Lepper, Malharia Arp e Laboratório Catarinense; em 1950 surgia a Cònsul (hoje, Multibrás)

é servida nem pela rede de coleta de esgoto nem por fossas sépticas domiciliares, tendo, portanto, destinação inadequada (IBGE, 2001b). Apenas 19,1% da população é atendida pela rede geral de coleta de esgoto (IDEM).

O município é atravessado em sua malha urbana pela rodovia BR 101, tendo ainda um eixo viário norte-sul importante, o que sugere a concentração dos acidentes de trânsito nessas vias.

Dados Socioeconômicos

Para os dados socioeconômicos não dispomos, como regra, de dados desagregados por região de Joinville.

O analfabetismo em Joinville entre pessoas com 15 anos e mais é inferior a 2%¹², resultado mais avançado do que os estados da região sul (PR 6,51, SC 5,06 e RS 5,22%) e das regiões metropolitanas de Porto Alegre (3,48%), Curitiba (3,36) e Florianópolis (3,5%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

Santa Catarina tem a melhor escolarização da região Sul, sendo a quinta Unidade da Federação com maior proporção de pessoas com 8 e mais e com 4 e mais anos de escolaridade (TABELA 02).

TABELA 02

Proporção de pessoas com 15 anos e mais segundo os anos de escolaridade segundo Região e estados da Região Sul, Brasil, 2006

Região e Unidade da Federação	menos de 1 ano de estudo	1 a 3 anos de estudo	4 a 7 anos de estudo	8 e mais anos de estudo
Brasil	11,18	11,08	26,75	50,99
Região Norte	13,31	12,45	27,32	46,93
Região Nordeste	20,22	14,31	26,34	39,14
Região Sudeste	7,19	9,39	25,77	57,64
Região Sul	6,64	10,04	29,73	53,59
Paraná	8,57	10,44	26,56	54,44
Santa Catarina	5,07	10,28	27,65	57
Rio Grande do Sul	5,71	9,56	33,77	50,97
Região Centro-Oeste	9,76	10,31	27,54	52,39

FONTE: Ministério da Saúde\DATASUS. Indicadores e Dados Básicos\ Indicadores Socioeconômicos\ B.2 Níveis de escolaridade da população de 15 anos e mais Taxa de escolaridade (%) por Escolaridade segundo Região e Unidade da Federação - Período: 2006. disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/b02.def>, acessado em 20JAN09

A **taxa de desemprego**¹³ em Santa Catarina é a segunda mais baixa do Brasil em 2006 com 4,72 (PR 6,54, RS 6,14, BR 8,42, RJ 11,8 e PI 4,08), estando ainda menor do que a região metropolitana de Curitiba (7,57) e de Porto Alegre (8,35) – não há dados disponíveis para o município de Joinville (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c).

¹² Secretaria de Educação [Joinville], Apud Bela Santa Catarina. **Combate ao Analfabetismo rende homenagem de ministro à Joinville** – 17JUL07, disponível em www.belasantacatarina.com.br/variedades.asp?id=2142

¹³ **Taxa de desemprego** é a proporção da população economicamente ativa (PEA - pessoas de 10 e mais anos de idade que está trabalhando ou procurando trabalho) que se encontra sem trabalho

Joinville, com 8,2% da população do estado, produziu 10,2% do PIB de Santa Catarina em 2002, e 2,2% do PIB da região Sul e 0,39% do PIB do Brasil. No mesmo ano alcançou um PIB *per capita* de R\$ 11.440,00 por ano, sendo o 589º município mais rico do país e o 54º no estado (São Francisco do Sul é o município com maior PIB per capita no estado – IBGE, 2009c).

Santa Catarina é o estado brasileiro com menor **razão de renda**¹⁴ em 2006 com 11,17 (PR 15,31, RS 15,76, BR 20,89, DF 29,2), estando ainda menor do que a região metropolitana de Curitiba (15,07) e de Porto Alegre (17,86) – não há dados disponíveis para o município de Joinville (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009d e 2009e).

Convergindo esses condicionantes, no ano 2000, Joinville apresentou o 13º melhor índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil tendo progredido em todos os eixos da 68ª posição em 1991, conforme referido no início deste texto (PNUD, 2009).

Joinville não está entre os membros mais ricos da federação, porém sua riqueza (extrapolando alguns dados estaduais) está associada à escolarização e a uma melhor distribuição da renda.

Esses resultados sugerem um modelo econômico que favorece o empoderamento comunitário e resultados sanitários favoráveis, não se podendo inferir aqui quanto a sua estabilidade e sustentabilidade.

¹⁴ Razão de renda corresponde a razão da renda dos 20% mais ricos da população pela renda dos 20% mais pobres

PROCESSO DE GESTÃO

Planejamento

Com uma perspectiva recente de superação, o processo de planejamento é desprestigiado na Secretaria de Saúde, implicando em baixa participação dos gerentes, baixa mobilização de profissionais, descontinuidade e sua não aplicação na coordenação e controle do processo.

Entretanto, a partir de 2007, sob assessoria do Ministério da Saúde, a Secretaria da Saúde se engajou nos projetos de **Fortalecimento da Atenção Básica** e para a **Organização da Rede de Urgência e Emergência**. Nesses projetos foram realizadas várias oficinas com extensa participação e mobilização de profissionais, ensejando uma maior comunicação entre os setores. Na esteira desses eventos se desenvolveram o Plano Plurianual e o presente Plano Municipal de Saúde, com grande participação das gerências e coordenações e resgate das proposições anteriores. Da mesma forma a partir de 2009 se estruturaram comissões de acompanhamento e discussão por áreas temáticas (Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Homem e Saúde Mental) integrando as ações das diferentes Unidades Gerenciais e Coordenações.

Descentralização e Regionalização

Apenas a Atenção Básica é organizada de forma regionalizada. Não há, ainda, previsão orçamentária por Unidade Gerencial.

Financiamento

O município participou no financiamento de ações de saúde com 26,7% da receita própria, em 2008 (SIOPS), e 35%, em 2009 (TCE-SC). Inclui-se nessa despesa o custeio do Hospital Municipal São José, transferências a instituições privadas sem fins lucrativos a guisa de subsídio do custeio bem como o pagamento indevido da produção ambulatorial dos Sindicatos e apoio diagnóstico-terapêutico solicitado a partir do Ambulatório dos Servidores.

Participação Social

O município conta com um Conselho Municipal de Saúde atuante havendo, entretanto, precariedade no processo de avaliação da gestão e dissenso quanto à sua competência deliberativa em temas que superam a governabilidade ou sejam inerentes a função de gestor.

Educação em Saúde

Apenas a Atenção Básica dispõe de um serviço de educação continuada de seus profissionais

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde.
2. BRASIL\ Ministério da Saúde\ Secretaria-Executiva\ Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos**. Brasília: ____, 2009 (2ªed).
3. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**. Brasília?: ____, 2001?, Apud MINISTÉRIO DA SAÚDE\ DATASUS. **Moradores por Situação segundo Abastecimento Água**. <http://tabnet.datasus.gov.br>, acessado em 26MAR10.
4. ____. **Censo Demográfico**. Brasília?: ____, 2001?, Apud MINISTÉRIO DA SAÚDE\ DATASUS. **Moradores segundo [tipo das] Instalações sanitárias**. <http://tabnet.datasus.gov.br>, acessado em 26MAR10.
5. ____. **Estimativas [populacionais] elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais**, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popSC.def>, acessado em 14JAN09.
6. ____. **Cidades@**, disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acessado em 14JAN09.
7. ____. **Produto Interno Bruto dos Municípios 1999-2002**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=354 - Tabela 1 - Produto Interno Bruto a preço de mercado e Produto Interno Bruto per capita, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios – 1999-2002, acessado em 20JAN09.
8. JOINVILLE\ SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE\ UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA\ Cadastro do Usuário, **Projeção Populacional por faixa etária e sexo segundo o bairro**, Joinville: ____, 2006.
9. ____. UNIDADE DE PLANEJAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA\ Planejamento, **Relatório de Gestão 2009**, Joinville: __ (mimeo), 2010.
10. ____. UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE\ Vigilância Epidemiológica, **Série Histórica 2003-7 do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em Joinville**, Joinville: ____, 2009.
11. ____, **Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)** - base local.
12. ____. **Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)** - base local.
13. LIMA, Guilherme C.R., ROCHA, Maria Hondina. **Perfil Epidemiológico – Primeira Etapa**. Joinville: Secretaria Municipal de Saúde (mimeo), 2008.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE\ DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos\ Indicadores Socioeconômicos\ B.1 Taxa de analfabetismo\ Taxa de analfabetismo (15a e+) segundo Unidade da Federação - Período: 2006**. disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/b01.def>, acessado em 20JAN09.
15. ____. **Indicadores e Dados Básicos\ Indicadores Socioeconômicos\ B.2 Níveis de escolaridade da população de 15 anos e mais Taxa de escolaridade (%) por Escolaridade segundo Região e Unidade da Federação - Período: 2006**. disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/b02.def>, acessado em 20JAN09
16. ____. **Indicadores e Dados Básicos\ Indicadores Socioeconômicos\ B.6 Taxa de desemprego\ Taxa de desemprego(%) segundo Unidade da Federação - Período: 2006**. disponível em

- <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/b06.def>, acessado em 20JAN09
- 17.____. **Indicadores e Dados Básicos\ Indicadores Socioeconômicos\ B.4 Razão de Renda\ Número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres, segundo Região e UF - Período: 1992-1993, 1995-1999, 2001-2006.** disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/b04rm_tot.htm, acessado em 20JAN09.
 - 18.____. **Indicadores e Dados Básicos\ Indicadores Socioeconômicos\ B.4 Razão de Renda\ Número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres, segundo Região Metropolitana - Período: 1992-1993, 1995-1999, 2001-2006.** disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/b04rm_tot.htm, acessado em 20JAN09.
 - 19.____. **Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)**, disponível em www.datasus.gov.br, acessado em 26FEV10;
 - 20.____, **Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)**, disponível em www.datasus.gov.br, acessado em 26FEV10;
 21. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [ano de referência 2000]**. disponível em <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>, acessado em 20JAN09.
 22. RIPSAs (Rede Interagencial de Informações para a Saúde). **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
 23. SANTA CATARINA\ SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, **Sistema de Informações em Mortalidade (SIM)**, arquivo DOSC2006.DBC [base de dados retificada], disponível em www.saude.sc.gov.br, acessado em setembro 2007.
 - 24.____, **Sistema de Informações Hospitalares (SIH)**, arquivos RDSCmm07, disponível em www.saude.sc.gov.br, acessado em setembro 2009. consolidada pelo UPCAAs\Planejamento através do TABWIN/MS.

OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

EIXO 1 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DO IDOSO

OBJETIVO – Desenvolver uma política de saúde para o idoso

Problema – As faixas etárias tardias sofrem acumulação de morbidades implicando em maior necessidade de serviços de saúde (consultas médicas, internações, permanência total e tempo médio de internação). Entretanto o município não dispõe de uma **Política de Atenção Integral ao Idoso** que integre os objetivos e ações dos vários setores envolvidos com a população idosa, e mesmo, dentro do setor saúde, também não dispõe de uma **Política de Saúde do Idoso**, sendo as ações preventivas e curativas (ações intersetoriais, campanhas educativas, imunização, assistência ambulatorial e hospitalar, humanização, ...) prestadas pontualmente, sem maior articulação, não focadas no desenvolvimento da autonomia do indivíduo idoso, o que implica em baixa resolutividade das mesmas.

Ainda, a população do município apresenta progressivo envelhecimento, prevendo-se aumento da proporção de pessoas com 60 anos e mais na população de 8,7% atuais para 17% em 2034, quando se prevê a estabilização da população, continuando seu aumento mesmo após essa data.

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. <i>Articular diversos segmentos envolvidos na assistência e promoção da Saúde do Idoso</i>	Programa de Saúde do Idoso elaborado	NÃO HÁ	setembro			
	Programa de Saúde do Idoso implantado	NÃO HÁ	---	setembro		

ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DO ADULTO

OBJETIVO – Reduzir a morbi-mortalidade entre adultos

Problema – As principais causas de morte são, nessa ordem, as causas cardiovasculares, neoplasias e causas externas, invertendo-se a importância quando se considera os anos potenciais de vida perdidos (APVP). As causas cardiovasculares e neoplasias têm história natural prolongada com múltiplos fatores de risco compartilhados (tabagismo, alimentação,...). As mortes por causas externas devem-se principalmente a acidentes de trânsito de jovens e adultos jovens, afetando, entretanto, toda a população adulta.

As mortes por neoplasia se distribuem em várias patologias distintas, sendo o principal grupo (após miscelânea) as Neoplasias Malignas de traquéia, brônquios e pulmões (14,2% das mortes por neoplasia no período 1996-2007) seguido pelas Neoplasias Malignas de estômago (8,7%). Os cânceres de mama (7,3% das mortes por neoplasia), de colo de útero (3,8%) e de próstata (5,0%) dispõem de protocolos de detecção precoce específicos, estando os dois primeiros implantados no município.

Outras causas importantes de morbidade nessa faixa etária, inclusive por vezes condicionando os agravos acima, são a obesidade, a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a dependência química de drogas lícitas e ilícitas.

Agravante a essas condições, há uma baixa demanda espontânea dos homens para os serviços de saúde nas etapas iniciais dessas doenças, implicando na assistência de condições mais graves e em maior mortalidade. - **este é um problema para a Saúde do Homem**

A assistência e a prevenção das mortes por causas externas implicam em organização da rede de urgência e emergência e em ações intersetoriais, respectivamente, sendo sua intervenção descrita em outros eixos mais adiante.

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. Integrar as ações de promoção e assistência à saúde do homem	Programa de Saúde do Homem elaborado, aprovado pelo MS e implantado	NÃO HÁ	setembro			
2. Aperfeiçoar o controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus	Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos (PACTO)	1,7 por 10.000	3,0	3,0	2,9	2,8
	Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos (PACTO)	7,3 por 10.000	7,3	7,2	7,1	7,0
	HIPERDIA implantado nas UBS (DANT)	Não implantado	20%	40%	68%	100%

ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DA MULHER

OBJETIVO – Reduzir a morbidade-mortalidade de condições associadas ao ciclo reprodutivo e ao aparelho reprodutor

Problema – Incidência de morbidades específicas de gênero (câncer ginecológico e de mama) e associadas ao ciclo reprodutivo (diabetes gestacional, eclâmpsia, mortalidade materna, etc.), com destaque para variação regional da fecundidade (28,5 partos por mil mulheres em idade fértil por ano na Regional Administrativa do Centro a 63,9 na RA Paranaguamirim, associada à proporção de partos em adolescentes (5,2% na RA Centro a 21,4% na RA Paranaguamirim e à iatrogenia do parto cesário, principalmente em serviços privados (35,6% na Maternidade Darcy Vargas a 79,6% no Centro Hospitalar UNIMED. A concentração de consultas do pré-natal é baixa (apenas 72,8% das gestantes com 7 ou mais consultas, sendo atribuída à captação tardia do pré-natal na rede pública. Apesar das mulheres apresentarem uma esperança de vida superior à masculina (78 anos contra 72 para os homens, principalmente por menor importância das causas externas, as mulheres (junto com as crianças) são especialmente vulneráveis a violência em geral e a violência doméstica.

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. Aperfeiçoar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (PACTO).	71,5%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%
	Proporção de partos cesáreos	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%
2. Aperfeiçoar o controle do câncer de colo uterino e de mama	Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária (PACTO)	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
	Razão entre exames de mamografia (realizado bianualmente) em mulheres de acima de 40 anos e a população feminina nesta faixa etária (PACTO)	0,25	0,30	0,35	0,40	0,50

ÁREA ESTRATÉGICA - SAÚDE DO JOVEM (10 a 19 ANOS)

OBJETIVO: Contribuir para o fortalecimento da cidadania da Juventude, favorecendo a tomada de decisões e atitudes conscientes para uma vida mais saudável.

PROBLEMA: Não há um Plano de Saúde elaborado para atenção integral a Saúde da Juventude.

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
<i>1 - Articular diversos segmentos envolvidos na assistência e promoção da Saúde da Juventude.</i>	Programa de Saúde da Juventude elaborado	NÃO HÁ	-	<i>setembro</i>		
	Programa de Saúde da Juventude implantado	NÃO HÁ	-	-	<i>setembro</i>	

ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DA CRIANÇA

OBJETIVO 1 – Reduzir a morbi-mortalidade da criança

Problema – Coeficiente de mortalidade em níveis aceitáveis porém com um aumento muito importante no ano de 2008. Boa cobertura vacinal, porém com queda em 2008. Maior concentração das ações de saúde nessa faixa etária, merecendo sua otimização inclusive minimizando iatrogenias. As mortes por causa externa ganham destaque ao final dessa faixa etária.

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. Aperfeiçoar a atenção à saúde da criança	Coeficiente de mortalidade infantil (PACTO)	8,6 por 1.000	8,0	8,0	8,0	8,0
	Coeficiente de mortalidade em crianças menores de 5 anos	10,9 por 1.000 nascidos vivos	10,5	10,5	10,5	10,5
	Coeficiente de mortalidade em menores de cinco anos por pneumonia.	0,2 por 1.000	0,2	0,2	0,2	0,2
	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos de idade.	1,8 por 1.000	1,8	1,8	1,8	18
	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos de idade.	15,4 por 1.000	15,0	15,0	15,0	15,0
	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade (P3) (PACTO)	1,4%	1,4%	3,0%	3,0%	3,0%
	Percentual de crianças menores de cinco anos com peso elevado para a idade (P97)	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%

ÁREA ESTRATÉGICA – VIGILÂNCIA EM SAÚDE E CONTROLE DE ENDEMIAS

OBJETIVO 1– Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde por meio do desenvolvimento de ações de saúde intra e intersetoriais.

OBJETIVO 2– Ampliar a capacidade de análise da situação de Saúde, por meio da fundamentação e otimização do planejamento das ações em saúde baseada na realidade epidemiológica.

Problema 1 – A concentração urbana, propicia a maior transmissão direta (ex. tuberculose, DSTs, meningite,...) e por contaminação ambiental (ex. leptospirose). Por seu lado, na situação epidemiológica atual do país, as zoonoses adquirem relevância, principalmente as transmitidas por vetor (ex.dengue) e constituem ameaça ao município de Joinville.

Problema 2 – O planejamento em saúde, na sua maioria, não são fundamentados em informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, assim como os fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada para a execução de ações de controle, prevenção e proteção.

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. <i>Otimizar a vigilância entomológica e ambiental [Controle da Dengue]</i>	Proporção de vistorias de imóveis em vigilância em torno de focos detectados	100%	100%	100%	100%	100%
2. <i>Implantar o Centro de Controle de Zoonoses</i>	CCZ construído	---	1ª etapa*		2ª etapa*	
	CCZ em operação* ¹⁵			50%	60%	75%
3. <i>Ampliar a emissão de alvará sanitário para estabelecimentos nas áreas de saúde, alimento, ensino, saneamento e veterinária</i>	Proporção de estabelecimentos vistoriados dentre os cadastrados	76% das solicitações são atendidas com emissão de alvará	50%	55%	60%	65%
4. <i>Aperfeiçoar o controle de doenças infecto-contagiosas elencadas (TB, Hanseníase, HIV/AIDS e Sífilis)</i>	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	20,5 por 100.000	25,0	25,0	25,0	25,0
	Taxa de incidência de hanseníase	0,7 por 10.000	0,6	0,6	0,6	0,6

¹⁵ CCZ*: Etapas de implantação: 50%- Técnico/Administrativo (canil e administração)
60% - Técnico –Construção de baias/estábulo e pocilgas
75% - Técnico – laboratório de entomologia

	Taxa de incidência de AIDS na população	34,5 por 100.000	32,5	30,5	28,5	26,5
	Taxa de incidência da Sífilis congênita (PACTO)	0	0	0	0	0
	Taxa de incidência de hepatites C na população	10,0 por 100.000	10,0	10,0	10,0	10,0
5. <i>Aperfeiçoar a Vigilância da mortalidade</i>	Proporção de óbitos em menores de 05 anos e natimortos investigados ¹⁶	76,5%	80,0%	85%	90%	95%
	Proporção de óbitos maternos investigados	100,0%	100%	100%	100%	100%
6. <i>Aprimorar a Vigilância de Agravos Notificáveis</i>	Proporção de casos notificados, encerrados oportunamente após investigação (PACTO)	86,1%	87%	89%	91%	93%
	Número de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.	20,0%	39,0%	40%	45%	50%
	Percentual de denúncias investigadas pelo programa Saúde do Trabalhador.	65,4%	85,0%	90%	95%	100%
	Percentual de acidentes de trabalho grave e fatais investigados (SINAN/SIM)	100%	100%	100%	100%	100%

¹⁶ PT MS\GM 72/2010

ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE BUCAL

OBJETIVO 1 – Ampliar a cobertura odontológica considerando os grupos priorizados na população geral

Problema – Índice de CPOD e CEO, cobertura programática e vigilância basicamente escolar, deficiência em urgências, alto custo da assistência, dificuldade de acesso a procedimentos especializados

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. Promover a saúde bucal da população	Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	13,0%	15,0%	16,0%	18,0%	20,0%
	Proporção ofertada da necessidade de procedimentos de endodontia, periodontia, cirurgia Buco-Maxilo-Facial e oral menor (para 70% da população) ¹⁷	2,2%	2,2%	4,4%	4,4%	4,4%

¹⁷ A meta do CEO é composta das metas das especialidades, dependente da criação de um segundo CEO tipo 2 com quadro próprio. A situação atual da oferta e a meta proposta para cada especialidade são, respectivamente, as seguintes: endodontia: 10,3 e 20,7%; periodontia 0,3 e 1,1%; cirurgia (buço-maxilo-facial e oral menor): 89,3 e 148,8%;

ÁREA ESTRATÉGICA – GRUPOS VULNERÁVEIS**OBJETIVO** – Promover a inclusão social de pessoas com deficiências ou transtornos mentais**Problema** – Dificuldades na oferta de atenção especializada a grupos diferenciados conforme suas necessidades

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. <i>Ampliar a captação de pessoas com deficiência intelectual para assistência no NAIFE</i>	Proporção de recém nascidos captados com perfil para assistência no NAIFE	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2. <i>Otimizar a capacidade instalada do Centrinho</i>	Número de exames para diagnóstico de deficiência auditiva	1.200 por ano	1.800	1.800	1.800	1.800
3. <i>Articular os diferentes setores para construir uma política municipal de Saúde Mental baseada nas linhas de cuidado</i>	Plano de Saúde Mental reelaborado e implantado	o plano existente está desatualizado	OUT10 novo plano	OUT11 etapa 1	OUT12 etapa 2	OUT13 etapa 3

EIXO 2 - DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE

OBJETIVO – Manter e ampliar as ações nas políticas sociais do município

Problema – A saúde é determinada por aspectos ligados ao modo de viver das pessoas, o qual é condicionado pelas políticas macro-estruturais da sociedade que ocasionam as desigualdades sociais.

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. <i>Reduzir as causas externas de morbimortalidade em Joinville com foco nos acidentes de trânsito</i>	Coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito	22,4 por 100.000	21	20	19	18
2. <i>Articular as redes de atenção integral à criança, mulher e adolescentes em situação de violência</i>	Percentual de notificações de violências analisadas sobre total de notificações.	Protocolos elaborados	Protocolos implantados	80%	90%	100%
3. Integrar as ações das secretarias que trabalham com as políticas públicas básicas (Educação, Saúde e Assistência Social), a partir do acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada.	Proporção de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica (PACTO)	91,8%	50% ¹⁸	80%	90%	100%
4. <i>Projeto Prevenção e Saúde nas escolas</i>	Proporção de escolas do ensino básico públicas municipais envolvidas na proposta do Projeto Prevenção e Saúde nas escolas e Saber Saúde, com participação da saúde.	4 escolas com Saber Saúde. Prevenção e Saúde sendo organizado	40%	60%	80%	90%

¹⁸ Propõe-se adequação do acompanhamento das famílias pela UBS (supondo-se superestimativa do indicador atual)

EIXO 3 - GESTÃO EM SAÚDE

ESTRATÉGIA – Fortalecer a Atenção Básica e reorientar o modelo de atenção com base no cuidado integral, coordenado e contínuo

OBJETIVO 1 - Efetivar a rede básica como porta de entrada do sistema municipal de saúde

PROBLEMA – Sub-dimensionamento da proporção profissional-população (espelhado numa oferta de 0,96 consultas básicas por habitante por ano, inadequação dos horários de atendimento para população trabalhadora, redundando em dificuldade no acesso à APS, fazendo com que a maioria das consultas ambulatoriais de Joinville ocorra nos serviços de urgência e emergência (33,6%). Protocolos Clínicos insuficientes e não coordenados entre os diversos níveis de atenção e não intervindo nos determinantes de saúde e doença.

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. Ampliar a capacidade de captação de usuários na demanda espontânea com qualidade e resolutividade	Proporção de consultas ambulatoriais realizadas na AB	47,0% (2008)	50,7%	54,4%	58,2%	61,9% (parâmetro)
2. Adequar as equipes de saúde nos territórios considerados prioritários conforme perfil sócio epidemiológico						
3. Expandir a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	Média anual de consultas médicas básicas por habitante	0,96	1,0	1,0	1,0	1,0
	Média mensal de visitas domiciliares por família coberta por PSF e EACS, realizadas por ACS	0,85	0,85	0,85	0,90	0,90
	População coberta pela ESF (PACTO)	33,5%	45,8%	57,3%	65,6%	72,5%
4. Implantar a classificação de risco nas UBS	Proporção de UBS com classificação de risco implantada	NÃO HÁ	60%	80%	90%	100%
5. Implantar o NASF (cumulativo)	Número de equipes de NASF implantadas	Zero	3	5	5	8

OBJETIVO 2 - Estruturar a integração do sistema**Problema – Regulação do acesso incipiente**

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
<i>1. Promover a continuidade e integralidade do cuidado e melhorar os fluxos de acesso aos serviços secundários e terciários</i> <i>2. Aprimorar o processo de regulação em todos os níveis assistenciais</i>	Número de protocolos clínicos elaborados segundo a lógica da linha de cuidado (cumulativo)	Zero	2	4	6	8
	Número de protocolos de funcionalidade dos serviços (cumulativo)		2	4	6	8
	Número de protocolos de agravos de notificação elaborados e articulados com outros níveis de atenção (cumulativo)	52 agravos sem articulação com rede	2	4	6	8
	Proporção de procedimentos de média complexidade com acesso regulado quanto à obediência do protocolo e prioridade	0%	17%	35%	53%	70%

OBJETIVO 3 - Fortalecer o controle social**Problema** – Pouca participação popular junto às UBS

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. Melhorar as parcerias com a comunidade	Proporção de Unidades Básicas de Saúde que realizam o Planejamento Local com a participação do Conselho Local de Saúde	21,4%	30%	40%	60%	70%
2. Fortalecer a atuação e o apoio da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, junto aos Conselhos Locais de Saúde						

OBJETIVO 4 - Prover uma infra-estrutura adequada às Unidades de Saúde.**Problemas** – Espaço físico inadequado, dificuldade na manutenção predial e dos equipamentos

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. Qualificar o processo de elaboração e regularização dos projetos de estrutura física das Unidades de Saúde próprias	Proporção de Unidades de Saúde com alvará sanitário	1,3%	25%	50%	75%	100%
2. Suprir as necessidades das Unidades da SMS em logística	Serviço de Logística ampliado e vinculando ao GUAF para atender toda a Secretaria	Hoje a Logística se vincula e atende apenas ao GUAB	Implantação NOV10			

ESTRATÉGIA – Qualificar a Gestão do Trabalho, segundo as necessidades do SUS

OBJETIVO - Implantar uma Política diferenciada de gestão de pessoas, que atenda às peculiaridades da rede pública de saúde.

Problemas – Quadro funcional insuficiente (o quadro funcional vigente não se refere à lotação prevista e necessária para todos os postos de atenção e serviços de apoio) e incompleto (apenas 68% do quadro vigente) e inadequação da educação permanente (há apenas um núcleo, responsável apenas pela Unidade de Atenção Básica).

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. <i>Estruturar a Gestão do Trabalho</i>	Núcleo de Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde (em conformidade com o PROGESUS) implantado	Projeto elaborado	Março			
	Plano de Educação Permanente da SMS elaborado	Somente na AB	Junho			
	Programa de Incentivos baseado em produtividade e em metas alcançadas elaborado e implementado		Novembro Programa elaborado		Março Programa implantado	
2. <i>Dar agilidade aos processos contratuais de admissão e substituições, evitando a desassistência e a descontinuidade do cuidado.</i>	Proporção de profissionais lotados e ativos (não afastados) pelo número ideal	Não temos a definição do ideal	75%	80%	85%	95%
3. <i>Suprir as necessidades de profissionais nas Unidades de Saúde e Serviços</i>						

ESTRATÉGIA – Informatizar a rede assistencial**OBJETIVO 1** - Implantar uma política integrada de informação na gestão e na Rede Assistencial**Problemas** – Ineficiência de comunicação entre os Pontos de Atenção prejudicando a coordenação do cuidado

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. Estruturar a unidade de informática.	Unidade de Tecnologia da Informação (GTI) instituída formalmente	A Gerência não consta do organograma da SMS	Publicação de reforma administrativa			
	Núcleo de Informação em Saúde ativo	Desativado desde 2006	Fevereiro (nomeação dos participantes e elaboração de pauta e plano de trabalho)	manter	manter	manter
	Plano de Informática elaborado	Não há	julho (elaborado pela GTI & NIS)			
	Equipe Interna (conforme o Plano de Tecnologia de Informação) dimensionada	Não há definição da situação ideal	1ªetapa (contratação de 6 servidores)	2ªetapa	3ªetapa	4ªetapa
2. Adequar a infraestrutura da Tecnologia de Informação	Proporção de Postos de Trabalho adequados (conforme o Plano de Tecnologia de Informação) Aquisição de Equipamentos Sendo: Estações de Trabalho (microcomputadores), Ativos de Rede e Sistema de Impressão.	Não há definição da situação ideal	1ªetapa (aquisição de 110 estações de trabalho)	2ªetapa (ampliar o número de estações de trabalho para o uso do Prontuário Eletrônico)	3ªetapa	4ªetapa

	Proporção de Unidades de Saúde próprias com conectividade	1,3% unidades próprias não conectadas (77 Unidades de Saúde, km18 sem conectividade)	1ªetapa (100% com conectividade)	2ªetapa (quantificar a adequação de velocidade de transmissão e estabilidade)	3ªetapa	4ªetapa
3. Integrar os sistemas de informação a partir de registros individuais e divulgação dos indicadores.	Prontuário Eletrônico implantado (1)	Não dispomos	1ªetapa (definir e disponibilizar software*, implantar piloto para teste, integrando ou substituindo os sistemas existentes)	2ªetapa (estender o uso do software a 100% das Unidades de Saúde com estações de trabalho existentes)	3ªetapa (estender o uso do software a 100% dos postos de trabalho)	4ªetapa (manutenção e implantação em novas Unidades)
	Georreferenciamento do Cadastro dos usuários implantado – Geoprocessamento (2)	Não dispomos. Em elaboração o projeto de georreferenciamento do Cadastro de Usuários, com tecnologia da SEPLAN	1ªetapa (disponibilização de interface de mapas temáticos com dados do Cadastro)	2ªetapa	3ªetapa	4ªetapa (disponibilização de interface de mapas temáticos de Base de Dados integrada ao Cadastro)
	Site da Secretaria da Saúde reformulado	Site existente, poucas informações e não <i>user friendly</i>	Reformular	Manter atualizado	Manter atualizado	Manter atualizado

OBSERVAÇÕES:

1. A definição do software e sua abrangência e metodologia (ex. se inclui ou não a recepção, se interage com a base de dados do cadastro ou não, se gerencia o agendamento de procedimentos o não,...) implicará em exigências de padronizar, documentar e aperfeiçoar os sistemas de Cadastro de Usuário, Apontamento da Produção Ambulatorial e Central de Marcação de Consultas – isso implicará em ações agora não previstas para sua integração.

2. O georreferenciamento da Base de Dados do Cadastro de Usuário não implica na disponibilidade de dados sobre os eventos (SIA, SIHD, SIM, SINASC, CNES e também SINAN, Prontuário Eletrônico e outros sistemas em uso) dependendo do desenvolvimento ou disponibilização de ferramentas de integração dessas bases de dados com o cadastro. Essas integrações são dependentes da unidade de referenciamento de cada base de dados definida pelo DATASUS ou do desenvolvimento pela SMS de sistemas paralelos ao MS. Não se prevê no momento essa integração.

ESTRATÉGIA – Organização da rede de atenção à urgência e emergência

OBJETIVO – Aumentar a eficiência e a eficácia no atendimento às condições de urgência e emergência.

Problema 1 – Indefinição de competências nos três níveis de atenção

Problema 2 – Comunicação ineficiente entre os diversos níveis de atenção

Problema 3 – Estrutura física Inadequada nas Unidades de Saúde

Diretriz	Indicador	Situação Atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. <i>Implantar a Classificação de Risco (64 pontos de atenção)</i>	Proporção dos Pontos de Atenção com classificação de risco implantada	NÃO IMPLANTADO	12%	60%	100%	100%
2. <i>Implementar Transporte Sanitário</i>	Critérios de transporte de pacientes de baixo risco (linha branca) elaborados	Não há linha branca	Julho	–	–	–

ESTRATÉGIA – Descentralizar e Integrar a Vigilância em Saúde na Rede Assistencial

OBJETIVO 1 - Promover ações que articulem os serviços da vigilância em saúde com as demais gerências da Secretaria de saúde e outras instituições governamentais e não governamentais de saúde

Problema – Pouca visibilidade e entendimento sobre as ações desenvolvidas pelos serviços que compõem a vigilância em saúde à comunidade joinvilense.

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
1. Elaborar estratégias de divulgação para o repasse efetivo das informações sobre os serviços da Vigilância em Saúde à comunidade.	Número de Boletins Epidemiológicos publicados por ano	1	1	1	1	1
	Proporção de notificações (de tuberculose, hanseníase, meningite, leptospirose e hepatite) informadas as Unidades Básicas de Saúde de abrangência do usuário		100%	100%	100%	100%

ESTRATÉGIA – Fortalecer a Gestão Pública em Saúde**OBJETIVO 1 – Aprofundar a eficácia, transparência e publicização das ações públicas em saúde**

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
<i>1. Normalizar a relação dos Serviços complementares</i>	Proporção das internações com distorções entre os laudos de AIH apresentados por cada hospital	10%	5,0%	3,0%	3,0%	2,0%
	Índice de Contratualização de Serviços Complementares	85,1%	90%	100%	100%	100%
	Proporção de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Físico Orçamentária contratada	57%	66%	76%	85%	95%
	Auditorias Sistemáticas de Serviços Complementares Realizadas	0	2	2	4	4
2. Implantar a metodologia de Gestão de Processo na SMS	Proporção de Gerências e Coordenações com descrição de atribuições setoriais	0%	0%	10%	20%	30%
3. Implantar uma Política de Comunicação externa e interna	Releases regulares (por ano)	não há	20	48	48	48

OBJETIVO 2 – Aproximar o processo de decisão dos Pontos de Atenção em Saúde

Problema – Articulação superficial entre a gestão da oferta serviços próprios e complementares. Concentração da avaliação da assistência em aspectos quantitativos da oferta em detrimento de aspectos qualitativos e da gestão da demanda.

Diretriz	Indicador	Situação atual	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
<i>1. Pactuar a oferta e otimizar a eficiência dos serviços próprios de saúde</i>	Proporção de Unidades de Saúde próprias com Plano Operativo contratualizado	0%	0%	10%	20%	30%
	Áreas Estratégicas com equipes de avaliação com a participação das várias Unidades Gerenciais	3	4	4	5	7



RESOLUÇÃO Nº 059/2009

Joinville, 14 de dezembro de 2009

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2009 E O COMPLEMENTO DOS INDICADORES DO PACTO CONFORME PORTARIA Nº.2.669/GM/MS

O Conselho Municipal de Saúde, consubstanciado no Parecer nº.053/09, da Comissão de Assuntos Internos, por maioria dos votos dos Conselheiros presentes na CLXXXVII 187ª Assembleia Geral ordinária do Conselho Municipal de Saúde, de 14 de dezembro de 2009 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 2010-2013, bem como com o Plano de Fortalecimento da Atenção Básica e Plano de Organização da Rede de Urgência e Emergência;
- que o complemento dos Indicadores do Pacto traz quinze novos indicadores;

RESOLVE APROVAR o Plano Municipal de Saúde 2009 e o complemento dos Indicadores do Pacto, conforme Portaria Ministerial nº.2.669/GM/MS, com as seguintes ressalvas:

- que seja amplamente discutida com os técnicos de odontologia as ações propostas para ampliar a cobertura de primeira consulta programática em saúde bucal;
- que o Conselho Municipal de Saúde discuta uma forma de acompanhar as metas pactuadas ao longo do ano de 2010, bem como as ações necessárias para alcançá-las.

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

Joinville, 14 de dezembro de 2009.

Cleia Aparecida Clemente Giosole
Presidente do Conselho Municipal
de Saúde

Lila Jerusa Nascimento Pereira Abreu
Secretária Geral do Conselho
Municipal da Saúde

Tarcísio Crocomo
Secretário Municipal de Saúde

O Prefeito Municipal, 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**.

Carlito Meress
Prefeito Municipal