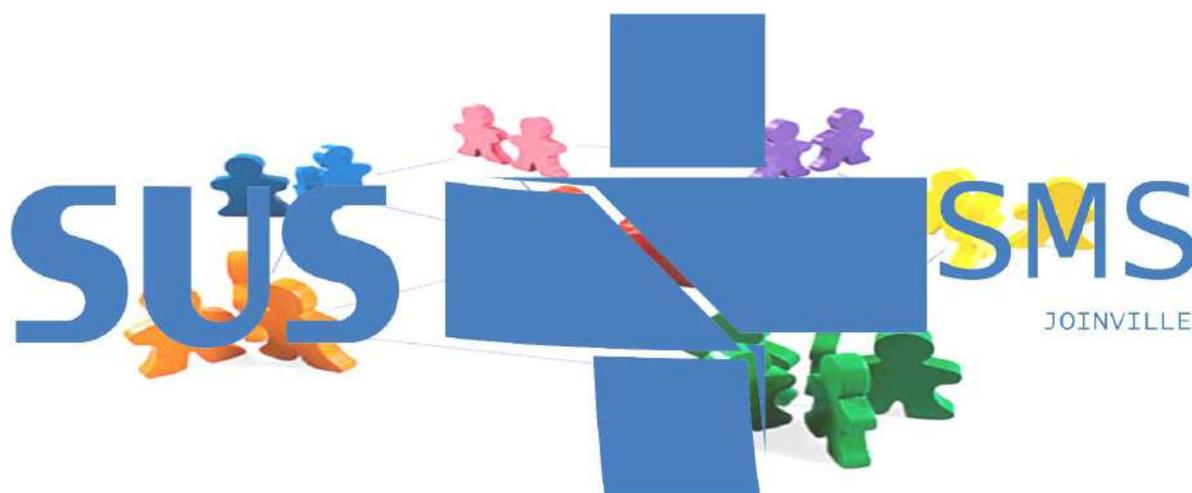




Prefeitura Municipal de Joinville
Secretaria Municipal da Saúde
Sistema Único de Saúde



RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2010

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

Marlene Bonow Oliveira
Gerente da Unidade de Atenção Básica

Virginia Vaz dos Reis
Gerente da Unidade de Serviços de Referência

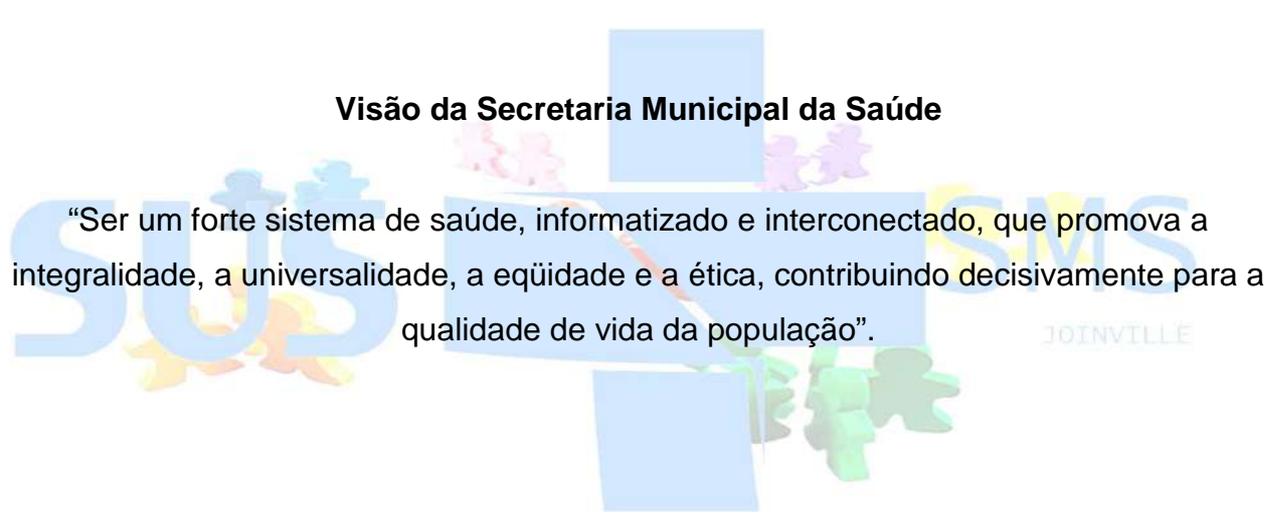
Jeane Regina Vanzuitein Vieira
Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde

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



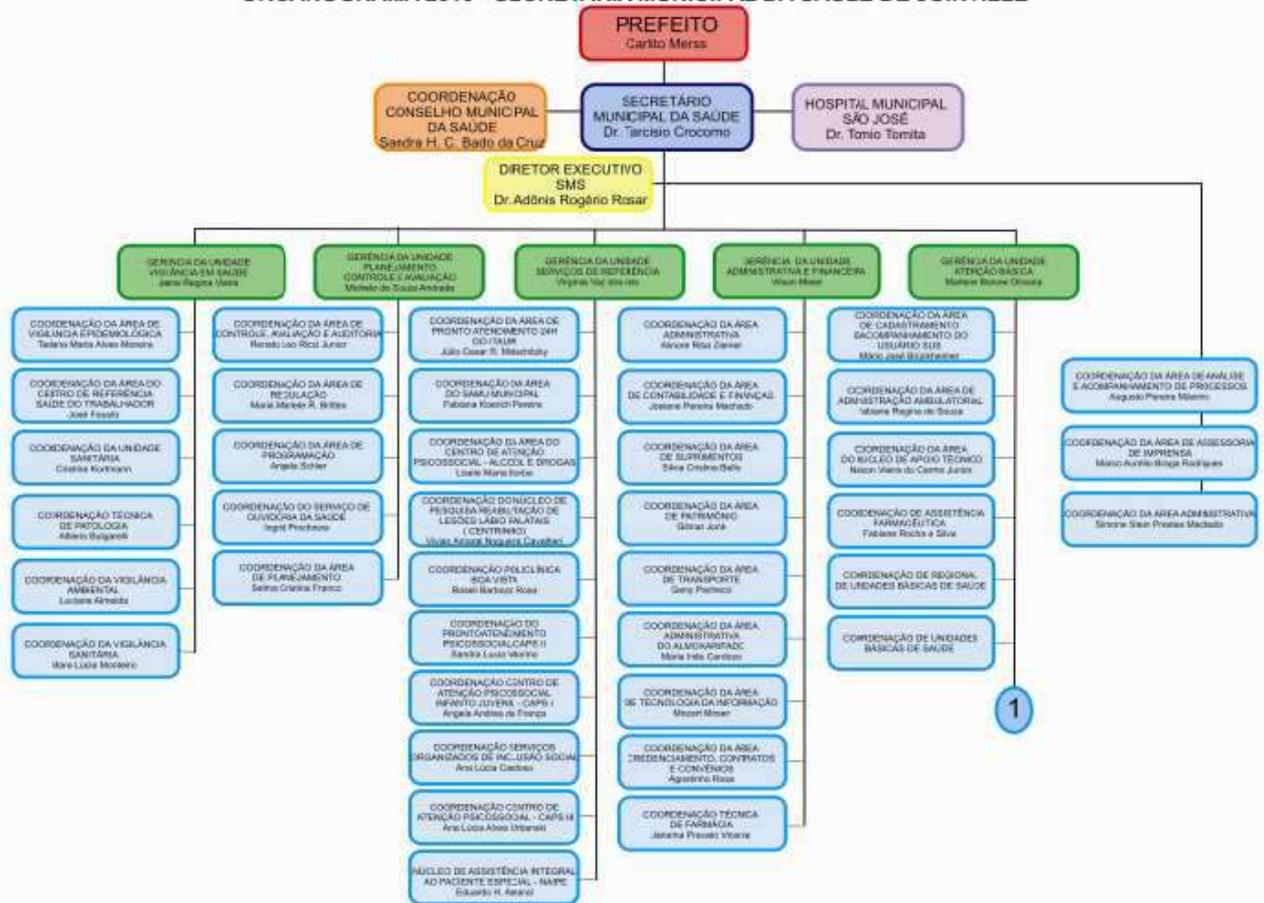
“Ser um forte sistema de saúde, informatizado e interconectado, que promova a integralidade, a universalidade, a equidade e a ética, contribuindo decisivamente para a qualidade de vida da população”.

Agradecimentos

Durante o ano de 2010, participou também da gestão:

Sra. Ana Maria Brisola - Gerente da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria entre os meses de janeiro a abril.

ORGANOGRAMA 2010 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE JOINVILLE

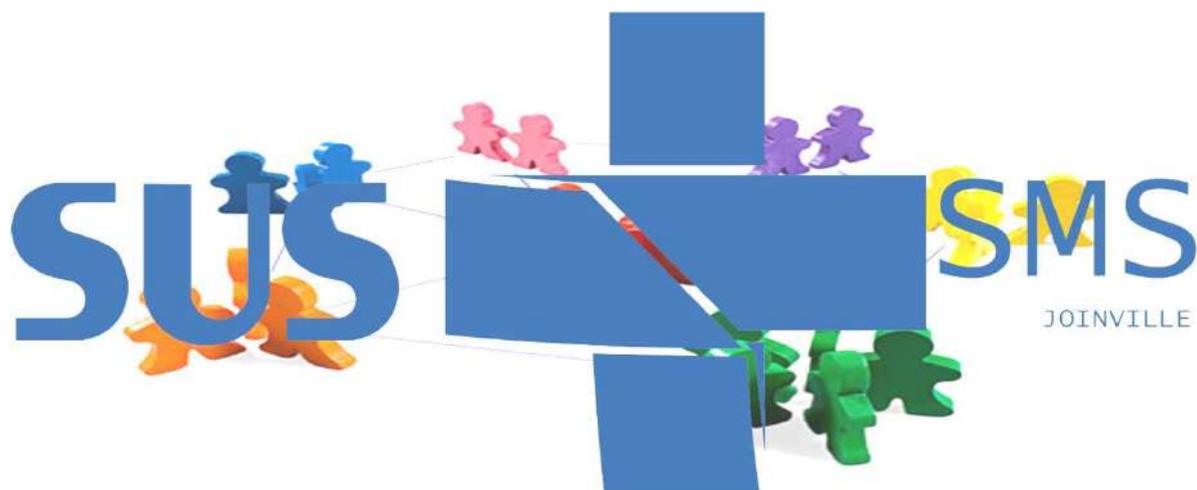


Gerências e Coordenações

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Coordenador Administrativo do Gabinete	Simone Stein Prestes Machado
Coordenador de Análise e Acompanhamento de Processos	Augusto Pereira Cardozo
Coordenador de Assessoria de Imprensa	Marco Aurélio Braga Rodrigues
Coordenação do Conselho Municipal da Saúde	Sandra Helena Camilo B. da Cruz
Gerência da Unidade de Atenção Básica	Marlene Bonow Oliveira
Coordenador da Administração Ambulatorial	Fabiane Regina de Souza
Coordenação de Assistência Farmacêutica	Fabiane Rocha e Silva
Coordenador do Núcleo de Apoio Técnico	Nelson Vieira do Carmo Júnior
Coordenador do Cadastramento e Acompanhamento do Usuário	Mario José Bruckheimer
Coordenador do Ambulatório Jarivatuba	Mariani de Oliveira Palhares
Coordenação Regional Saguaçu	Edna Campigotto
Coordenação Regional Centro	Janayna Ferreira de Andrade
Coordenação Regional Comasa	Luci Leia Honorato
Coordenação Regional Costa e Silva	Sayonara Salete Zuchetti
Coordenação Regional Fátima	Tânia Bettina Monich Jorge
Coordenação Regional Floresta	Jusmara do R. da Hora
Coordenação Regional Jarivatuba	Gyovana da Rosa Goulart
Coordenação Regional Pirabeiraba	Ignêz Clarisse S. Moreira
Coordenação Regional Vila Nova	Maria Cristina Tobar
Coordenação Ambulatório Fátima	Maires Betina Jung
Coordenação Ambulatório Bakitas	Halina Temothio
Coordenação Ambulatório Bom retiro	Cleonice B. Correa Siccardi
Coordenação Ambulatório CSU Iriú	Patricia Frazão Sheffer de Mello
Coordenação Ambulatório Itaum	Leila Narloch Graudin
Coordenação Ambulatório Glória	Marilda Maestri
Coordenação Ambulatório Jardim Iriú	Andrea Renate Sobottka Dewe
Coordenação Ambulatório Pam Bucarein	Leila C. Moraes Mautone
Coordenação Ambulatório Parque Joinville	Karla S. Dutra
Coordenação Ambulatório Petrópolis	Lisandra de Almeida Nunes
Coordenação Ambulatório Aventureiro	Claúdia A. Cassis de Oliveira
Gerência da Unidade de Vigilância à Saúde	Jeane Regina Vanzuitein Vieira
Coordenador da Vigilância Epidemiológica	Tadiana M. Alves Moreira
Coordenação técnica de Patologia Clínica	Altieres Bulgarelli
Coordenador do Centro Referência Saúde do Trabalhador	José Fausto
Coordenação da Vigilância Sanitária	Mara Lucia Monteiro
Coordenação da Vigilância Ambiental	Luciane Almeida
Coordenação da Unidade Sanitária	Cristina Kortmann
Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	Michele Souza Andrade
Coordenador de Programação	Angela Schier
Coordenador de Controle, Avaliação e Auditoria	Renato Leo Ricci Jr.
Coordenador de Planejamento	Selma Cristina Franco
Coordenador de Regulação	Maria Marlete Reinert Brittes
Coordenador de Ouvidoria da Saúde	Ingrid M. Zimmer Prochow
Gerência da Unidade de Serviços de Referência	Virgínia Vaz dos Reis
Coordenador do SAMU Municipal	Fabiana Koerich Pereira
Coordenador de Pronto Atendimento 24 horas	Júlio César Ribeiro Malschitzky
Coordenador PAPS e CAPS II	Sandra Lúcia Vitorino
Coordenação CAPS I	Angela Andrea de França
Coordenador do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD)	Lisete Maria Borba
Coordenação CAPS III	Ana Lúcia Alves Urbanski
Coordenação do NAIPE	Eduardo H. Amaral

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Coordenação Centrinho	Vivian Amaral Nogueira Cavalheri
Coordenação Policlínica Boa Vista	Roseli Barboza da Rosa
Coordenação Centro de Especialidades Odontológicas	Leila C. Moraes Mautone
Coordenação Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS)	Ana Lúcia Cardoso
Gerência da Unidade Administrativa e Financeira	Vilson Meier
Coordenador de Transportes	Geny Amélia dos Santos Pacheco
Coordenador de Patrimônio	Gilmar Jonk
Coordenador de Suprimentos	Silvia Cristina Bello Souza
Coordenador Administrativo	Alinore Riba Ziemer
Coordenador do Almoxarifado	Maria Inês Maximino Cardozo
Coordenador de Contabilidade e Finanças	Josiane Pereira Machado
Coordenador de Tecnologia de informação	Mozart Moser
Coordenação de Credenciamento, Contratos e Convênios	Agostinho Rosa
Coordenação Técnica de Farmácia	Janaína Pravato Vicente
Coordenação da OPD e do Programa de Tabagismo	Maria Julia Coimbra

Fonte: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS: Janeiro 2011



Michele de Souza Andrade
Gerência de Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria

Selma Cristina Franco
Coordenação de Planejamento e Acompanhamento da Gestão

Equipe de elaboração
Guilherme Carvalho dos Reis Lima
Patricia Bernardes
Terezinha Hillesheim

SIGLAS E ABREVIATURAS

AMUNESC - Associação de Municípios do Nordeste de Santa Catarina
AMVALI - Associação dos Municípios do Vale do Itajaí
CACON - Centro de Alta Complexidade
CAD - Centro de Atenção Diária
CAIC - Centro de Atenção Integral a Criança e Adolescente
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CDR - Conselho de Desenvolvimento Regional
CEO - Centro Odontológico Especializado
CEREST Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
HEMOSC - Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
HJAF – Hospital Jeser Amarante de Faria
HMSJ - Hospital Municipal São José
HRHDS - Hospital Hans Dieter Schimidt
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos
NAIPE - Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial
OPD - Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar
PA - Pronto Atendimento
PAAS - Posto de Atendimento Ambulatorial de Saúde
PAM - Posto de Atendimento Médico
PAPS - Pronto Acolhimento Psicossocial
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PPI - Programação Pactuada Integrada
SDR - Secretaria de Desenvolvimento Regional
SIPAC - Sistema de Informação de Procedimento de Alto Custo
SOIS - Serviço Organizado de Inclusão Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD - Tratamento Fora do Domicílio
UADQ - Unidade de Atendimento em Dependência Química
UNIVILLE - Universidade da Região de Joinville
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Apresentação	14
1. Introdução	15
2. População	16
3. Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde	16
3.1 Gabinete	16
3.2 Gerências	17
3.2.1. Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria (GUPCAA)	17
3.2.2. Gerência da Unidade de Serviços de Referências (GUSR)	18
3.2.3. Gerência da Unidade de Atenção Básica (GUAB)	20
3.2.4. Gerência da Unidade Administrativa e Financeira (GUAF)	21
3.2.5. Gerência da Unidade Vigilância em Saúde (GUVS)	22
3.3 Profissionais de Saúde	24
4. O Sistema Único de Saúde em Joinville	25
4.1. Atenção Básica	25
4.2. Atenção Especializada	27
4.3. Serviços de Emergência, Pronto Atendimento e Hospitalares	27
4.4. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	28
5. Programação Anual	29
5.1. Notas Técnicas	29
5.2. Eixo 1 – Condições de Saúde da População	30
5.2.1. Área Estratégica – Saúde do Idoso	30
5.2.2. Área Estratégica – Saúde do Adulto	31
5.2.3. Área Estratégica – Saúde da Mulher	35
5.2.4. Área Estratégica – Saúde da Criança	40
5.2.5. Área Estratégica – Vigilância em Saúde e Controle de Endemias	47
5.2.6. Área Estratégica – Saúde Bucal	64
5.2.7. Área Estratégica – Grupos Vulneráveis	66
5.3. Eixo 2 – Determinantes e Condicionantes da Saúde	70
5.4. Eixo 3 – Gestão em Saúde	73
6. Novos projetos em implantação	98
6.1. Implantação do Complexo Regulador em nível regional	98
6.2. Fortalecimento da Atenção Básica	98
6.3. Organização da Rede de Urgência e Emergência	99
7. Serviços de Ouvidoria do SUS	101
8. Obras Previstas no P.P.A.	103
9. Orçamento	104
9.1. Receitas Orçamentárias – Consolidado 2010	105
9.2. Despesa Orçamentária – Consolidado 2010	107
9.3. Assistência Ambulatorial, Hospitalar, Outros Serviços e Encargos – Consolidado 2010	107
9.4. Situação Financeira – Consolidado 2010	107
10. Comentários Finais	108
11. Apêndices	110
Apêndice 1 - População Residente por Unidade de Saúde, quantidade de famílias e domicílios – 2009	111

Apêndice 2 - Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil 2010	114
Apêndice 3 - Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde	121
Apêndice 4 - Gerência Unidade Atenção Básica	126
Apêndice 5 - Gerência Unidade de Vigilância em Saúde	135
Apêndice 6 - Gerência da Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação e Auditoria – ParticipaSUS	138
Apêndice 7- Vigilância Sanitária e Ambiental – Prestação de contas	141

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela – População de Joinville, segundo gênero e idade, 2009	16
Tabela - Unidades de alocação e número de profissionais da SMS Joinville, 2010	24
Tabela- Distribuição das categorias profissionais da SMS Joinville, 2010	24
Tabela - Distribuição das UBS segundo regionais e estratégias	25
Tabela - População de Joinville coberta pelos diferentes tipos de unidades básicas	26
Tabela - Composição das equipes segundo tipo de UBS	26
Tabela - Leitos hospitalares por prestador, Joinville, 2010	27
Gráfico -Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur (PACTO)	30
Gráfico - N° de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência(Pacto)	32
Gráfico - Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos (PACTO)	33
Gráfico - Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos (PACTO)	34
Gráfico - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (Pacto)	35
Gráfico - Proporção de partos cesáreos	36
Gráfico - Proporção de partos cesáreos mães residentes segundo o hospital	37
Gráfico - Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e Razão entre exames de mamografia em mulheres acima de 40 anos e a população feminina na faixa etária (PACTO)	38
Gráfico - Coeficiente de mortalidade infantil (PACTO)	40
Gráfico - Coeficiente de mortalidade em crianças menores de 5 anos	42
Gráfico - Coeficiente de mortalidade em menores de cinco anos por pneumonia.	43
Gráfico - Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda (DDA) e Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores e 5 anos	44
Gráfico - Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade (P3º) e Percentual de crianças menores de cinco anos com peso elevado para a idade (P97º)	45
Gráfico - Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente em crianças menores de um ano (PACTO)	46
Gráfico - Proporção de vistorias de imóveis em vigilância em torno de focos de dengue detectados	47
Gráfico - Proporção de estabelecimentos vistoriados dentre os cadastrados	49
Gráfico - Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva (PACTO)	50
Gráfico - Taxa de incidência de hanseníase	51
Gráfico - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase e Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (PACTO)	52
Gráfico - Taxa de incidência de AIDS na população e Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade	53
Gráfico - Taxa de incidência de hepatites B, C e B e C na população	55
Gráfico - Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia (Pacto)	56
Gráfico - Proporção de óbitos em menores de 05 anos e natimortos e de óbitos maternos e mulheres em idade fértil investigados	57
Gráfico - Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida (PACTO)	58
Gráfico - Proporção de casos notificados, encerrados oportunamente após investigação (PACTO)	60

Gráfico -Número de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex	61
Gráfico - Percentual de denúncias e de acidentes de trabalho grave e fatais investigados pelo programa Saúde do Trabalhador	62
Gráfico - Cobertura de primeira consulta odontológica programática	64
Gráfico - Proporção ofertada da necessidade de procedimentos de endodontia, periodontia, cirurgia Buco-Maxilo-Facial e oral menor	65
Gráfico - Proporção de recém nascidos captados com perfil para assistência no NAIPE	66
Gráfico - Número de exames para diagnóstico de deficiência auditiva	67
Gráfico - Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes e Taxa de cobertura do Programa de volta para casa	68
Gráfico - Coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito	70
Gráfico - Proporção de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pelas atenção básica (PACTO)	71
Gráfico - 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.	72
Gráfico - Proporção de consultas ambulatoriais realizadas na Atenção Básica	73
Gráfico - Média anual de consultas médicas básicas por habitante (PACTO)	74
Gráfico - Média mensal de visitas domiciliares por família coberta por PSF e EACS, realizadas por ACS	75
Gráfico - População coberta pela ESF (PACTO)	76
Gráfico - Número de protocolos clínicos elaborados segundo a lógica da linha de cuidado	78
Gráfico - Número de protocolos de agravos de notificação elaborados e articulados com outros níveis de atenção	79
Gráfico - Proporção de procedimentos de média complexidade (exceto análises clínicas) com acesso regulado quanto à obediência do protocolo e prioridade	80
Gráfico - Proporção de Unidades Básicas de Saúde que realizam o Planejamento Local com a participação do Conselho Local de Saúde	81
Gráfico - Capacitação de conselheiros municipais dos municípios prioritários(Pacto)	82
Gráfico - Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho Municipal de Saúde	83
Gráfico - Proporção de Unidades de Saúde com alvará sanitário	84
Gráfico - Proporção de Unidades de Saúde próprias com conectividade	87
Gráfico - Proporção dos Pontos de Atenção com classificação de risco implantada	89
Gráfico - Proporção de notificações (de tuberculose, hanseníase, meningite, leptospirose e hepatite) informadas às Unidades Básicas de Saúde de abrangência do usuário	91
Gráfico - Proporção das internações com distorções entre os laudos de AIH apresentados por cada hospital	93
Gráfico - Índice de Contratualização de Serviços Complementares e Proporção de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Física Orçamentária contratada	95
Gráfico - Auditorias Sistemáticas de Serviços Complementares Realizadas	96
Gráfico - Áreas Estratégicas com equipes técnicas constituídas por profissionais das diversas Unidades Gerenciais.	97
Tabela - Distribuição das ocorrências da ouvidoria	101
Tabela - Detalhamento das reclamações	102
Tabela - Receitas Orçamentárias - Consolidado 2010	105

Tabela - Despesa Orçamentária - Consolidado 2010	107
Tabela - Assistência ambulatorial, hospitalar, outros serviços e encargos consolidado 2010	107
Tabela - Situação Financeira - Consolidado 2010	107

APÊNDICES

Tabela - População Residente por Unidade de Saúde, quantidade de famílias, domicílios – 2009	111
Tabela - Óbitos Infantis e componentes, anos de 2008 a 2010	115
Tabela - Perfil dos óbitos ocorridos de 2008 a 2010	116
Tabela - Causas básicas dos óbitos	116
Tabela - Distribuição dos óbitos segundo classificação de evitabilidade da Fundação SEADE	117
Tabela - Distribuição dos nascimentos e dos óbitos segundo as Regionais de Saúde	118
Tabela - Problemas identificados	118
Tabela - Medidas corretivas	119
Tabela - Perfil dos óbitos fetais ocorridos em 2010	119
Tabela - Coeficiente de mortalidade fetal e perinatal	120

Apresentação

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento que apresenta os resultados anuais alcançados com a execução do Plano Municipal de Saúde (PMS) e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Assim, o RAG estabelece uma correlação entre as metas, os resultados obtidos e os recursos utilizados, que serão sistematizados e divulgados, fornecendo subsídios para a tomada de decisão, contribuindo para a visibilidade da gestão e as atividades dos órgãos de controle interno e externo.

Desta forma, o presente documento pretende fomentar debates e críticas construtivas para o aperfeiçoamento da gestão de saúde pública, além de servir ao manuseio por aqueles interessados em construir um estado de bem estar social e melhor qualidade de vida para todos os cidadãos que vivem no Município de Joinville.

O ano de 2010 apresentou desafios importantes à execução das ações previstas, como a limitação da arrecadação e conseqüente impacto no cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, a greve dos funcionários públicos, o comprometimento dos recursos para ações judiciais extensivas, os recursos previstos das demais esferas de governo que não foram executados no ano corrente, entre outros. Desta forma, as ações foram desenvolvidas na perspectiva da otimização dos recursos disponíveis sem perda da qualidade dos serviços prestados. Buscou-se, acima de tudo, uma gestão participativa, desburocratizada e transparente.

E é com satisfação que apresentamos os resultados obtidos, pois foram frutos de trabalho árduo na superação dos desafios encontrados. A maioria dos indicadores propostos teve suas metas alcançadas ou melhoradas em relação ao ano anterior.

Assim, ressaltamos a criatividade, dinamismo, competência e integração da equipe técnica para que fosse possível executar o planejamento. Agradecemos também todos os servidores públicos que se empenharam para garantir uma assistência de qualidade ao cidadão joinvilense.

Tarcisio Crocomo – Secretário Municipal de Saúde

1. Introdução

O Relatório Anual de Gestão, juntamente com o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Termo de Compromisso de Gestão e o Plano Diretor de Regionalização, constituem os instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS (Planejasus) considerados estratégicos para a implementação do Pacto pela Saúde no âmbito dos três entes federativos. Sua base legal é dada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 e das Portarias GM/MS 3.085 de 1º de dezembro de 2006, 3.332 de 28 de dezembro de 2006, 3.176 de 24 de dezembro de 2008 e 2.751 de 11 de novembro de 2009.

O Relatório Anual de 2010 classifica os indicadores de saúde através dos seguintes eixos: **Condições de saúde da população** (Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Saúde de Grupos Vulneráveis, Vigilância em Saúde); **Determinantes e Condicionantes da Saúde e Gestão em Saúde**, conforme orientação do Sistema de Planejamento do SUS. Tal formatação acompanha a mesma estrutura do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 e reflete o esforço da gestão de direcionar a organização dos cuidados de saúde sob a ótica da integralidade. Dentro da lógica das linhas de cuidado, foram formadas novas Comissões de Saúde para trabalhar com grupos populacionais anteriormente não contemplados pelos programas de saúde, tais como Homem, Idoso, Adolescente, e ainda duas Comissões focadas em áreas assistenciais específicas, Saúde Mental e Saúde Bucal, cujo trabalho marca uma nova postura visando aprimorar a gestão.

A Programação Anual de 2010 da Secretaria Municipal da Saúde compreendeu 94 indicadores do Plano Municipal de Saúde, propostos pela própria Secretaria que permitiram às diversas gerências monitorar e avaliar o desempenho da gestão, compreendendo 27 indicadores previstos no Pacto da Saúde.

Como toda construção coletiva, o monitoramento e a avaliação demandam um comprometimento do corpo gerencial da Secretaria e um esforço constante de superação das dificuldades conjunturais e estruturais na busca de integrar processos de trabalho e aprimorar a qualidade assistencial. Agradecemos a todos que participaram dessa permanente construção.

Equipe de Planejamento - GUPCAA

2. População

Segundo o IBGE a população do município em 2009 era de 497.331 mil, sendo 50,3% do sexo feminino e 49,7% masculino, cuja distribuição segundo idade e gênero é mostrada na tabela a seguir:

Tabela – População de Joinville, segundo gênero e idade, 2009

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total	%
Menor de 1 ano	3.921	3.809	7.731	1,55
1 a 4 anos	16.823	15.779	32.601	6,55
5 a 9 anos	22.907	22.214	45.121	9,07
10 a 14 anos	24.621	23.970	48.587	9,77
15 a 19 anos	24.942	24.493	49.434	9,94
20 a 29 anos	45.623	45.461	91.088	18,4
30 a 39 anos	43.158	43.598	86.758	17,5
40 a 49 anos	31.961	32.206	64.168	12,9
50 a 59 anos	17.529	17.862	35.385	7,11
60 a 69 anos	9.660	11.385	21.048	4,23
70 a 79 anos	4.666	6.854	11.520	2,3
80 anos e mais	1.326	2.564	3.889	0,78
Total	247.137	250.194	497.331	100

Fonte: Intranet - população 2009– acesso em janeiro /2011

3. Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde

3.1. Gabinete

Secretário Municipal da saúde

Diretor Executivo

Coordenador II da Área Administrativa: Assessora diretamente ao Secretário e Diretor Executivo da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville, promovendo ações de apoio a gestão. Encaminha assuntos secundários às gerências competentes . Promove o acesso eficiente dos assuntos competentes ao Secretário Municipal e Diretor Executivo. Atendimento ao público em geral.

Coordenador I da Área de Análise e Acompanhamento de Processos: Cumpre as ordens judiciais proferidas contra a Secretaria Municipal da Saúde. Elabora os pareceres das licitações da Secretaria Municipal da Saúde; Realização de pedidos de ressarcimentos contra o Estado de Santa Catarina e União dos custos dispendidos com

o cumprimento das ordens judiciais; Consultivo de questões internas da Secretaria Municipal de Saúde; Responde aos questionamentos de Ministério Público Estadual, Federal, Conselho Tutelar, entre outros órgãos judicantes.

Coordenador I da Área de Assessoria de Imprensa: A Assessoria de Imprensa da Secretaria Municipal da Saúde é responsável pela divulgação, interna e externa, das ações, projetos e programas da SMS. Presta também assessoria direta ao secretário municipal de saúde nas questões relacionadas com a imprensa, bem como tem como premissa estreitar a relação destes com a SMS. O setor é responsável ainda pela produção de arte para materiais gráficos, folders, banner, cartazes e pela clipagem de todas informações sobre a SMS veiculadas na imprensa (clipping).

Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde: O Conselho Municipal de Saúde tem como objetivo a implementação da mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social da saúde e a atuação na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde.

É assessorado por quatro comissões permanentes: Comissão de Assuntos Internos, Comissão de Assuntos Externos, Comissão Municipal de Saúde do Trabalhador e a Comissão de Capacitação de Conselheiros de Saúde. .

A Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde tem a finalidade de fornecer as condições necessárias para o cumprimento das competências do Conselho Municipal de Saúde de Joinville. Cabe à Secretaria dar todo o suporte técnico-administrativo para as atribuições do conselho e às suas comissões. A Secretaria assessora também os conselhos locais de saúde.

3.2. Gerências

3.2.1 Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria (GUPCAA)

Esta gerência é responsável pelo monitoramento da gestão, planejamento e programação da Secretaria da Saúde e pela coordenação do sistema de Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde SUS. Compreende quatro áreas:

Coordenação de Área de Planejamento e Avaliação da Gestão: Instrumentaliza e fomenta os serviços para o planejamento e acompanhamento das ações de saúde.

Monitora, por meio de instrumentos legais, a gestão municipal no que diz respeito ao cumprimento das ações planejadas.

Coordenação da Área de Programação: Avalia a necessidade de procedimentos para Joinville e região adscrita, vinculando aos Contratos, Planos Operativos e Pactuações Intermunicipais. É responsável também pelo processamento do Sistema de Informações Ambulatorial (SIA), Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares (SIH) e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Coordenação da Área de Controle Avaliação e Auditoria: Monitora a execução dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares em cada estabelecimento do SUS em Joinville, por meio de ações de controle e avaliação, autorizando o pagamento dos prestadores após auditoria da produção apresentada e verificando padrões de conformidade com as normas vigentes de acesso do usuário aos serviços de saúde dentro do município e a qualidade dos serviços prestados.

Coordenação de Regulação de Consultas Especializadas: Consiste no conjunto de normas, atividades e procedimentos com o objetivo de ordenar, orientar e definir a atenção à saúde, fazendo-a rápida, qualificada e integrada, capaz de responder às demandas nos diferentes níveis e etapas, com base no interesse social e coletivo e segundo as premissas estabelecidas pelo SUS.

3.2.2 Gerência da Unidade de Serviços de Referência (GUSR)

Estão vinculadas a esta gerência, as Unidades de Saúde ou serviços que oferecem tratamentos especializados como:

Centrinho (Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais): Reabilitação funcional, estética e psico-social dos pacientes portadores de fissura lábiopalatina, compreendendo as áreas de cirurgia plástica, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, enfermagem, pediatria, genética, neurologia, otorrinolaringologia e serviço social.

Pronto Atendimento 24 hs Sul, Norte e Leste: As unidades de Pronto Atendimento caracterizam-se como elo entre as Unidades de Atenção Básica e as Unidades Hospitalares, prestando atendimentos de Urgência/Emergência e encaminhando após o procedimento realizado. P.A Norte e Leste iniciaram a Classificação de Risco do Sistema Manchester.

SAMU: Realiza atendimento pré hospitalar de urgências e emergências clínicas, através de 04 Unidades de Suporte Básico de Vida e 01 Unidade de Suporte Avançado (Estado).

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil “Cuca Legal” : Atende crianças e adolescentes até 18 anos incompletos, portadores de transtornos mentais graves (psicose infantil, depressão, transtornos de humor, transtornos alimentares, distúrbios de conduta, fobias) e/ou problemas com álcool e drogas que necessitam de uma intervenção intensiva.

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas:: Atende pacientes a partir dos 14 anos, adolescentes e adultos que fazem uso de substâncias nocivas/abusivas e dependentes químicos, com ênfase na reabilitação e na reinserção social e familiar e redução de danos.

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial “Nossa Casa”: Realiza acompanhamento intensivo em saúde mental de pessoas com sofrimento psíquico grave acima de 18 anos. Funciona como atendimento intermediário entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar.

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial “Dê Lirios” : Atende pessoas com transtornos mentais nas 24 horas, com 05 leitos hospitalidade noturna para todos os pacientes cadastrados nos diversos serviços de saúde mental do município.

PAPS – Pronto Acolhimento Psicossocial – Acolhimento da demanda espontânea ou encaminhada. Realizado primeiro atendimento, e encaminhado quando necessário para serviço adequado às ações de saúde mental existentes no município.

NAIPE (Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial): Atende pessoas com síndromes genéticas, paralisia cerebral, autismo e deficiência mental, com necessidade de atendimento continuado, sobretudo nas áreas de reabilitação, com assistência integrada nas áreas de odontologia, medicina, pedagogia, serviço social, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia, enfermagem e fonoaudiologia.

CEO (Centro de Especialidades Odontológicas): Realiza atendimentos nas seguintes especialidades odontológicas: endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, cirurgia bucomaxilo radiologia e pacientes com necessidades especiais.

Oxigenioterapia Domiciliar e Controle de Tabagismo: O programa de oxigenioterapia é um serviço de atendimento domiciliar que fornece oxigênio a pacientes portadores de insuficiência respiratória e outras doenças e. O Controle de Tabagismo coordena no município o programa de controle do tabagismo; presta apoio a grupos de tabagismo nas diversas unidades de saúde, com o objetivo de tornar as unidades de saúde do município livres de tabaco.

Policlínica Boa Vista: Realiza atendimento ambulatorial em várias especialidades médicas e enfermagem.

SOIS – Serviços Organizados de Inclusão Social: Trabalha para inclusão social das pessoas com transtorno mental por meio do trabalho, lazer, educação e moradia, através de encaminhamentos dos profissionais dos CAPS e pelas equipes de saúde mental das regionais de saúde.

3.2.3 Gerência da Unidade de Atenção Básica (GUAB)

Objetiva o desenvolvimento de um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde.

Concentra seus esforços na administração das Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em 9 (nove) Regionais de Saúde (Apêndice 01) e está organizada em 4 coordenações, que assessoram as Unidades de Saúde:

Coordenação do Núcleo de Apoio Técnico (NAT): Tem como objetivo prestar assessoria técnica aos profissionais da rede assistencial básica, visando à organização, planejamento e avaliação do processo de trabalho através do desenvolvimento e disponibilização de normas técnicas, padronização de rotinas, protocolos assistenciais. Supervisiona, monitora e avalia a implantação e implementação dos programas assistenciais, protocolos clínicos e rotinas de acesso. Planeja, organiza e promove as ações educativas, capacitações oferecidas na Atenção Básica. As ações são realizadas por equipe multidisciplinar, trabalhando de forma integrada. Está sob a responsabilidade desta coordenação o acompanhamento dos diversos programas existentes. (Detalhamento dos Programas Apêndice 7)

Coordenação de Assistência Farmacêutica: Tem como objetivo coordenar a Política de Assistência Farmacêutica do município; responsável pela Farmácia-Escola onde são

dispensados os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, garantindo a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

Coordenação de Administração Ambulatorial: Tem como objetivo apoiar de maneira eficiente a Gerência da Unidade de Atenção Básica com a execução das atividades administrativas, organizações de eventos e revitalização das Unidades Básicas de Saúde para um bom desempenho do SUS em Joinville.

Coordenação de Cadastramento e Acompanhamento do Usuário SUS: Objetiva organizar, controlar e atualizar a base de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), bem como, a organização territorial e mapeamento das Unidades de Saúde do Município, disponibilizando informações para diagnóstico e planejamento de ações em saúde.

3.2.4 Gerência da Unidade Administrativa e Financeira (GUAF)

Promove ações de apoio para área técnica da Secretaria da Saúde. Elabora todos os processos, em todas as modalidades de licitação, para aquisição de materiais, medicamentos, equipamentos, além da contratação de serviços de terceiros para manutenção e consultoria. Realiza os pagamentos, adequando as receitas com as despesas, observando a Lei Orçamentária Anual.

Coordenação da Área de Credenciamentos, Contratos e Convênios: Elabora em conjunto com as áreas técnicas, projetos de convênio, visando à captação de recursos financeiros nas diversas áreas da Saúde e esferas de Governo, para manutenção e investimento em instalações, novas tecnologias, através da aquisição de equipamentos, veículos e outros materiais.

Coordenação da Área de Suprimentos: Responsável pela aquisição de materiais e serviços necessários para a rede da Secretaria Municipal da Saúde, através de dispensa, elaboração de processos licitatórios, publicação e realização dos certames, até sua homologação. Administra contratos de locações de veículos, imóveis e demais aquisições e serviços.

Coordenação da Área de Contabilidade e Finanças : Realiza lançamentos contábeis, controle financeiro, fluxo de caixa e pagamento dos fornecedores. Elabora e

emite relatórios para prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde e Tribunal de Contas do Estado.

Coordenação da Área de Patrimônio : Realiza a manutenção predial, mobiliária e assistência técnica em equipamentos instalados nas Unidades de Saúde da Rede Municipal da Saúde através da Internet via sistema Helpdesk.

Coordenação da Área de Transportes: Administra a frota de veículos própria e contratada.

Coordenação Administrativa : Coordena pessoal de limpeza e segurança.

Coordenação da Área Administrativa do Almoxarifado : Controla estoque de material, distribui todos os materiais da rede e participa da Comissão de Qualificação de Materiais.

Coordenação da Área de Tecnologia da Informação: Responsável pela manutenção de todos os equipamentos de informática bem como da rede lógica da secretaria, tem como função o acompanhamento dos contratos de manutenção de software e hardware, descrição dos equipamentos a serem adquiridos, bem como participação de processos licitatórios quando de materiais e equipamentos de informática.

Coordenação Técnica de Farmácia – Controla estoque de medicamentos sendo de sua responsabilidade os pedidos de medicamentos bem como a avaliação das propostas quando de processos licitatórios, distribui todos os medicamentos da rede e participa da Comissão de Farmácia.

3.2.5 Gerência da Unidade de Vigilância em Saúde (GUVS)

Compreende as seguintes coordenações:

Coordenação de Vigilância Epidemiológica: Visa obter redução e controle dos agravos de notificações compulsórias e medidas de controle pertinente, conforme cada agravo em conjunto com as unidades de saúde e outras instituições públicas e/ou privadas; imunizar as crianças menores de 1 ano, com as vacinas do esquema básico vacinal e também outros grupos populacionais conforme a prioridade, objetivando o controle, a eliminação e a erradicação de doenças imunopreveníveis.

Coordenação de Vigilância Sanitária : Realiza orientação e fiscalização quanto ao cumprimento das leis Municipais, Estaduais e Federais no que tange à estrutura física e ambiental dos estabelecimentos (farmácias, clínicas, abatedouros, motéis, etc.).

Orientação, prevenção e educação no que concerne ao aspecto higiênico-sanitário e a garantia da procedência dos alimentos, preservação de suas qualidades e garantia da saúde do consumidor.

Coordenação Unidade Sanitária: Desenvolve ações de promoção a saúde, com enfoque na prevenção e assistência de doenças infecto-contagiosas. Atua de forma intra e interinstitucional, auxiliando na composição da rede pública de saúde do município. Compõem os programas de Tuberculose, Hanseníase e DST/Aids. Também comporta a Farmácia, que realiza a dispensação dos medicamentos para o tratamento destes agravos.

Coordenação Vigilância Ambiental: Realiza ações de controle e combate à proliferação de animais que colocam a saúde dos seres humanos em risco. Também realiza multiplicação de agentes que fazem orientação e educação em prevenção de doenças transmitidas por animais como o Caramujo Africano, Leishmaniose, Escorpião e Dengue.

Coordenação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Macrorregião de Joinville – CEREST: Desenvolvimento de ações de promoção, proteção e reabilitação do trabalhador de forma integrada com as instituições parceiras. É vocacionado para desenvolver ações de informação, educação e comunicação relacionadas às questões específicas de Saúde do Trabalhador para Rede Primária do SUS e macrorregião (AMVALI / AMUNESC)

Coordenação Técnica de Patologia Clínica (Laboratório Municipal): Realiza exames laboratoriais complementares ao diagnóstico clínico, interagindo de forma humanitária com a comunidade, contribuindo para o fortalecimento do serviço público e atuando como regulador do mercado no âmbito do SUS.

3.3. Profissionais de Saúde

Atualmente há 2.728 profissionais de saúde alocados na Secretaria Municipal da Saúde, sendo o maior contingente na Rede Básica (58,6%). As tabelas a seguir mostram as unidades onde os profissionais estão alocados, a distribuição das categorias profissionais e a lista de gerentes e coordenadores:

Tabela- Unidades de alocação e número de profissionais da SMS Joinville, 2010

Unidade	Número de profissionais	%
Secretaria da Saúde	41	1,5
Unidade de Atenção Básica	1.600	58,6
Unidade de Vigilância em Saúde	265	9,7
Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	73	2,6
Unidade de Serviços de Referência	667	24,4
Unidade Administrativa e Financeira	82	3,0
TOTAL	2.728	100,0

Fonte: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – 03 fevereiro 2011

Tabela- Distribuição das categorias profissionais da SMS Joinville, 2010

Profissionais	Total	Profissionais	Total
Administrador	01	Estagiário Nível Médio	01
Agente Administrativo Contínuo	01	Estagiário Nível Superior	14
Agente Administrativo	144	Farmacêutico	45
Agente Comunitário de Saúde	618	Fiscal	27
Agente de Combate a Dengue	50	Fisioterapeuta	09
Agente de Consultório Dentário	81	Fonoaudiólogo	16
Agente de Laboratório	28	Gerente de Unidade	05
Agente de Saúde II – A.E.	235	Médico	337
Agente de Saúde Pública	228	Médico Veterinário	06
Agente de Serviços Gerais	08	Motorista	53
Agente Operacional I - Servente	24	Nutricionista	09
Analista Administrativo	02	Odontólogo	153
Analista de Tec. Informação	01	Pedagogo	06
Assistente Administrativo	32	Pedreiro	01
Assistente Social	19	Programador	01
Contador	02	Psicólogo	43
Coordenador I	10	Secretaria Executiva CMS	01
Coordenador II	01	Secretario de Saúde	01
Diretor Executivo	01	Técnico	238
Economista	01	Telefonista	02
Enfermeiro	185	Terapeuta Ocupacional	32
Engenheiro	03		

Fonte: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – 03 fevereiro 2011

4. O Sistema Único de Saúde em Joinville

O Município de Joinville está dividido em nove Regionais de Saúde, áreas geográficas delimitadas segundo o conceito de Distrito Sanitário, território que agrega um conjunto de unidades sanitárias organizados em uma rede hierarquizada de complexidade, que prestam assistência à população ali residente. No presente momento não há adscrição de população no âmbito território da Regional, mas apenas no âmbito das Unidades de Saúde da Família (Apêndice 1).

4.1 Atenção Básica

A rede básica municipal é constituída por 56 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que funcionam segundo estratégias distintas e se distribuem nas nove Regionais de Saúde, conforme mostrado a seguir:

Tabela - Distribuição das UBS segundo regionais e estratégias

<i>Regionais de Saúde</i>	<i>Tipos de UBS</i>			<i>Total de UBS</i>
	<i>Convencional</i>	<i>EACS</i>	<i>ESF</i>	
Saguaçu	02	02	04	07
Centro	01	02	04	07
Comasa	02	-	05	07
Costa e Silva	-	02	06	08
Fátima	-	04	-	04
Floresta	01	-	06	07
Jarivatuba	-	01	05	06
Pirabeiraba	-	01	03	04
Vila Nova	-	02	03	05
TOTAL	06	14	36	56

Fonte: Cadastramento e Acompanhamento do usuário SUS/ GUAB/SMS - fevereiro 2011

Com relação à população coberta pelos diferentes tipos de UBS, tem-se o seguinte:

Tabela - População de Joinville coberta pelos diferentes tipos de unidades básicas

Tipo de UBS	População	% de Cobertura
Convencional (Rede)	115.978	23,32%
EACS	211.974	42,62%
PSF	169.379	34,06%
Total	497.331	100%

Fonte: Cadastramento e Acompanhamento do usuário SUS/ GUAB - fevereiro 2011

Horário de funcionamento das UBS: Além das diferenças no processo de trabalho e na composição das equipes destes 3 tipos de UBS, elas funcionam em horários distintos:

- Unidades convencionais e EACS – 7:00 às 19:00 horas, de segunda a sexta feira.
- Unidades de Saúde da Família – 8:00 às 11:30 horas e 13:30 às 17:00 horas, de segunda a sexta feira.
- As UBSF rurais (UBSF Rio da Prata, Rio Bonito, Canela, Vila Nova Rural Km 12 e Estrada Anaburgo) funcionam no horário das 8:00 às 12:00 e 13:00 às 16:00 horas.

Composição das equipes de saúde na atenção básica: a composição das equipes dos 3 tipos de UBS tem variações, conforme mostrado a seguir:

Tabela - Composição das equipes segundo tipo de UBS

Tipos de unidades	Profissionais
Convencional (Rede)	Psicólogo, terapeuta ocupacional, pediatra, ginecologista/obstetra, clínico geral e psiquiatra), enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório dentário, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, agente de saúde pública, nutricionista* e farmacêutico
EACS	Idem da convencional + agente comunitário de saúde
ESF	Médico geral comunitário, enfermeiro, técnico de enfermagem auxiliar de enfermagem, agente de saúde pública, agente comunitário de saúde. Em 4 USF (J. Sofia, Morro do Meio, Lagoinha e Boehmerwaldt II) há equipes de Saúde Bucal: dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental

Notas: * Há nutricionistas nas seguintes unidades: Costa e Silva, Jarivatuba, COMASA, Floresta, Vila Nova e Pirabeiraba. Na unidade Bucarein e Aventureiro há ainda professoras do curso de Nutrição com estagiárias.

4.2 Atenção especializada

Abrange 19 serviços ambulatoriais e hospitalares que oferecem atenção especializada e servem como retaguarda à atenção básica, dando suporte no diagnóstico e tratamento de doenças e condições específicas de certos grupos populacionais, tais como portadores de necessidades especiais, patologias labiopalatais, distúrbios psíquicos, entre outros.

4.3. Serviços de Emergência, Pronto Atendimento e Hospitalares

Joinville possui 03 Pronto Atendimentos (PAs) municipais localizados nas regiões sul, norte e leste, que funcionam 24 horas e prestam assistência em situações de urgência, mediante demanda espontânea ou encaminhamentos da rede básica.

O Serviço de Atendimento Médico às Urgências (SAMU) atende mediante chamado pelo fone de 192. Atualmente existem 5 ambulâncias distribuídas na cidade que atendem 24 horas por dia.

Além dos PA's, há ainda uma rede hospitalar formada por oito hospitais, sendo 3 públicos, 1 filantrópico e 4 privados (O Hospital Materno-Infantil é classificado como sendo de administração privada, embora o atendimento seja 100% SUS). Esses hospitais prestam serviços de urgência e emergência, consultas médicas especializadas, internação hospitalar de urgência e eletiva e cirurgias, direcionando suas atividades conforme as vocações definidas para cada um deles. A capacidade instalada de leitos hospitalares é a seguinte:

Tabela - Leitos hospitalares por prestador, Joinville, 2010

Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos não SUS	Total
a. HRHDS	279	0	279
b. HMSJ	260	-	260
c. Hospital Bethesda	29	--	29
d. MDV	138	0	138
e. CH Unimed	-	149	149
f. Hospital Dia de Olhos Sadalla	--	4	4
g. Dona Helena	-	133	133
h. Hosp.Materno Infantil JAF	166	--	166
Total	872	286	1.158

Fonte: CNES/DATASUS, 15/fevereiro/2011

Em 2010, houve um aumento de 31 leitos SUS e a manutenção dos leitos privados, portanto a capacidade hospitalar instalada se manteve.

4.4. Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

Os exames de patologia clínica são realizados no laboratório municipal que atende a cerca de 50% da necessidade dos usuários do SUS. Os demais são realizados em laboratórios privados contratados e Hospitais no atendimento de Emergência. Além disso, há ainda 7 postos de coleta de exames laboratoriais descentralizados nas seguintes unidades básicas de saúde: Saguaçú, Costa e Silva, Floresta, PAM Bucarein, Jarivatuba, COMASA e Fátima.

5. PROGRAMAÇÃO ANUAL

A Programação Anual operacionaliza o Plano Municipal de Saúde para o período de um ano, compreendendo os vários objetivos, os indicadores para o seu monitoramento, as suas metas para o período e as ações propostas para alcançá-las.

A Programação Anual 2010 compreende 94 indicadores de saúde, cujos resultados alcançados e análise são aqui apresentados em gráficos segundo os trimestres.

5.1. NOTAS TÉCNICAS

1. Para os indicadores envolvendo população residente, adotou-se a estimativa de população publicada pelo IBGE, com o total de 497.331 habitantes em Joinville.
2. A fim de se evitar constante revisão dos resultados apurados, para os indicadores envolvendo os Sistemas de Informação Ambulatoriais (SIA) e de Informações Hospitalares (SIHD), utilizaram-se os dados apurados por mês de apresentação e cobrança (ex. um procedimento realizado em agosto eventualmente é registrado no sistema apenas em outubro, sendo computado como 'apresentação de outubro' e não como 'realizado em agosto');
3. Os indicadores envolvendo os Sistemas de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC) contemplam registros tardios como também retroalimentação do sistema por investigação (ex. uma pessoa falecida em Florianópolis é identificada como residente em Joinville, porém pode ser verificado através de investigação por Joinville que de fato ela não morava no município, mas em Araguari em um bairro homônimo). Rotineiramente, investiga-se vários agravos de notificação, as mortes infantis, maternas e de mulheres em idade fértil e todos os nascidos vivos (com vistas à busca ativa para captação na Atenção Básica).

5.2 - EIXO 1 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

5.2.1 - ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DO IDOSO

INDICADORES

1. Programa de Saúde do Idoso

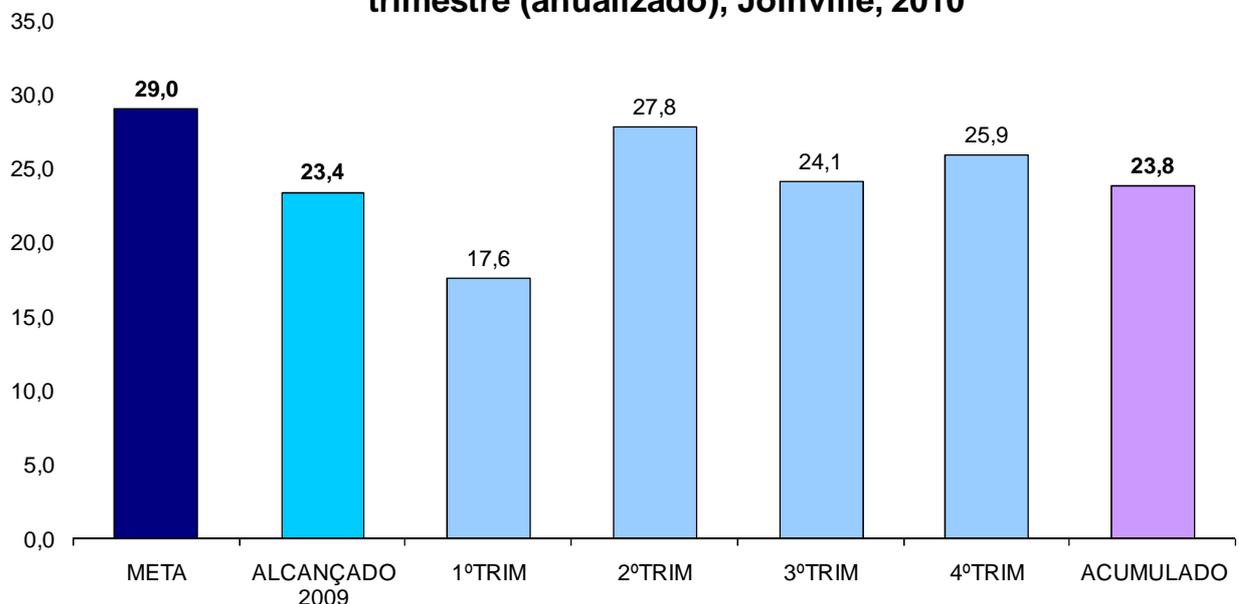
Foi instituída a Comissão de Saúde do Idoso, com representantes da Secretaria da Saúde (GUAB, GUSR, GUVS, GUPCAA), Hospital Bethesda, Hospital Regional, IPPUJ, FELEJ, Pastoral do Idoso, UDESC, Conselho Municipal do Idoso, Promotoria de Justiça, Secretaria de Assistência Social.

A Comissão elaborou o Plano de Atenção ao Idoso, que foi apresentado, aprovado pelo Secretário Municipal de Saúde e será implantado em etapas.

A capacitação para os profissionais de saúde na abordagem à saúde do idoso e a implantação da 1ª etapa do Plano está prevista para 2011.

2. Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur (PACTO)

Coeficiente de Internação por fratura de fêmur em pessoas com 60 anos e mais, por 10.000 habitantes, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: (1) Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br);

Número de internações por fratura de fêmur em idosos (maiores de 60 anos): 103
População maior de 60 anos: 43.210

Atualmente este indicador serve apenas como um parâmetro para ser monitorado, já que não há ações específicas voltadas para a prevenção deste agravo.

5.2.2 - ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DO ADULTO

INDICADORES

1. Programa de Saúde do Homem elaborado, aprovado pelo MS e implantado

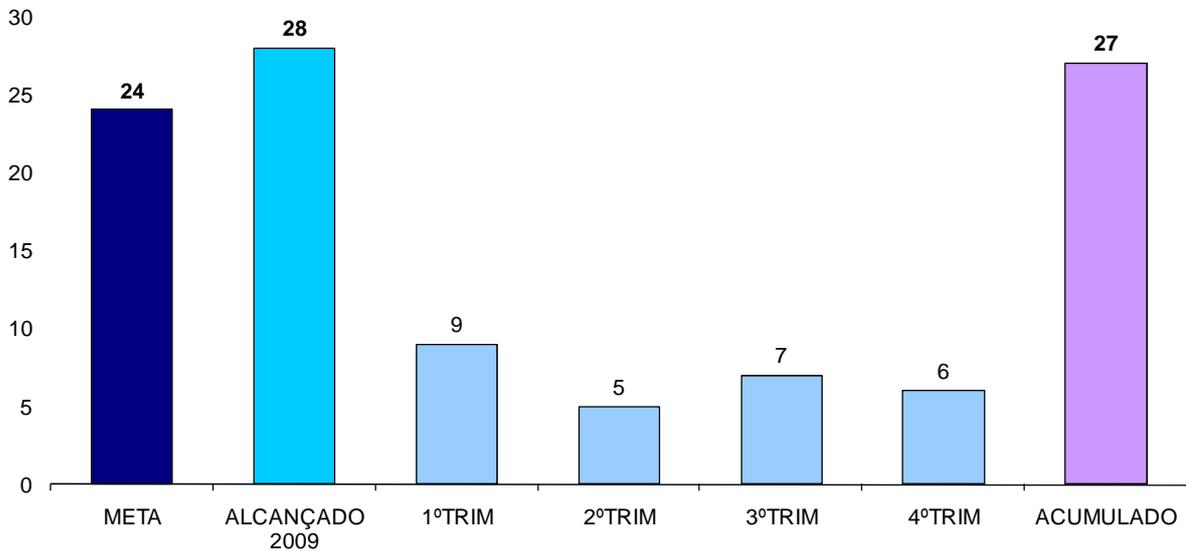
Foi constituída a Comissão de Saúde do Homem, envolvendo técnicos das Unidades de Atenção Básica, Planejamento Controle Avaliação e Auditoria, Vigilância em Saúde (Cerest) e Serviços de Referência.

O Plano de Atenção ao Homem foi elaborado e divulgado em novembro de 2009 e em 2010 foi revisado, incluindo ações que serão implantadas em 2011.

Ainda em 2010, a comissão organizou atividades educativas na mídia sobre a prevenção do câncer de próstata, com a participação dos profissionais médicos em entrevistas. Foram elaborados dois folders e quatro outdoors, para prevenção de doença masculina, com o objetivo de sensibilizar o homem para o auto-cuidado. Este material será utilizado em 2011, quando será intensificada a divulgação da Política Nacional e do Plano Municipal. Também para 2011 estão previstas ações de educação permanente para os profissionais de saúde na abordagem ao Homem e elaboração de protocolos clínicos.

2. Nº de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência (PACTO)

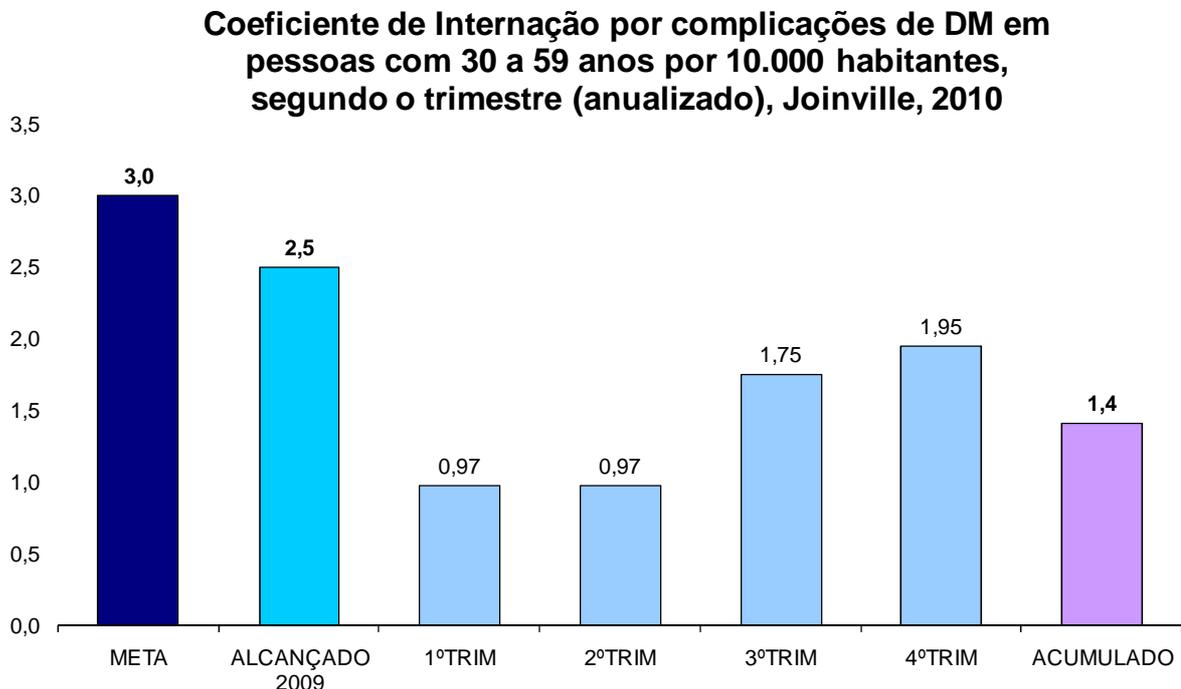
Número de cirurgias de prostatectomia suprapúbica, segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: (1) Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br);

O município de Joinville é o segundo que mais realiza esta cirurgia em Santa Catarina, ficando atrás somente de Lages que faz 49 cirurgias por ano. Em 2010, foram realizadas 9.514 cirurgias de prostatectomia suprapúbica no Brasil e 341 no Estado de Santa Catarina (DATASUS, 2010). A meta foi cumprida, não se observando fila de espera para esta cirurgia. Desta forma considera-se que este número está adequado às necessidades assistenciais do nosso município.

3. Taxa de internação por Diabetes Mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos (PACTO)



FONTE: (1) Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br);

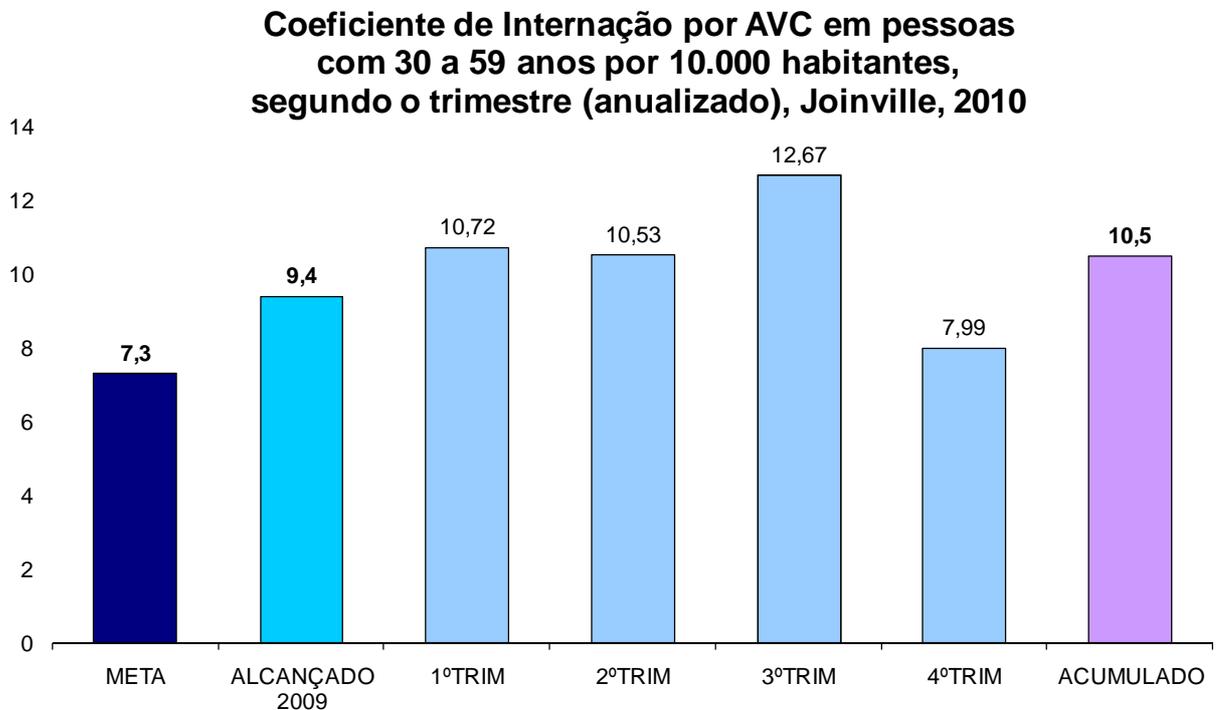
Total de internações por complicações do Diabetes em pessoas com 30 a 59 anos: 29 (5, 5, 9 e 10) e população de 30 a 59 anos: 205.208 (51.302 por trimestre).

O bom desempenho do indicador de diabetes mostra que a Atenção Primária está cumprindo seu papel no tratamento dos pacientes, evitando as internações.

Em 2010 foram realizadas capacitações em manejo do diabetes para os profissionais que atuam na atenção a este agravo e atualização para médicos em doenças endócrinas. No mês de setembro foi implantado o processo de matriciamento na especialidade de endocrinologia e no final do ano já se observou uma redução significativa na fila de espera para consultas nessa especialidade e uma qualificação na atenção prestada.

O Protocolo de Diabetes Mellitus está sendo revisado e está em fase de conclusão.

4. Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos (PACTO)



FONTE: (1) Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br);

Total de Internações por Acidente Vascular Cerebral e suas complicações em pessoas com 30 a 59 anos: 215 (55, 54, 65 e 41) e população com 30 a 59 anos: 205.208 (51.302 por trimestre).

No ano de 2010, o Protocolo de Hipertensão Arterial foi revisado e validado pelos profissionais da rede. Foi realizada atualização para médicos em interpretação do eletrocardiograma e em fevereiro de 2010 foi implantado o processo de matriciamento na especialidade de cardiologia, tendo como principal resultado a eliminação da fila de espera dos casos urgentes para esta especialidade.

5. HIPERDIA implantado nas UBS (DANT)

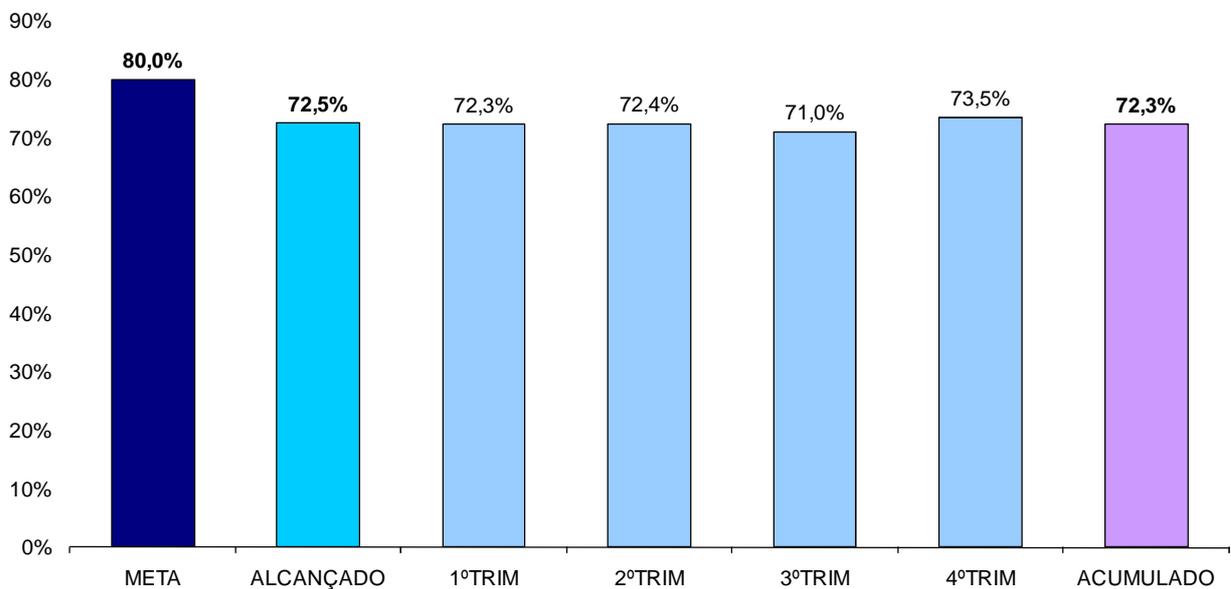
O **HIPERDIA**, previsto para este ano, não foi implantado. Os técnicos do NAT estão revendo junto à informática a integração de informações com o sistema já existente.

5.2.3 - ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DA MULHER

INDICADORES

1. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (PACTO)

**Cobertura do pré-natal com 7 ou mais consultas
(mães residentes), segundo o trimestre, Joinville, 2010**



FONTE: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias]

Do total de 7.265 nascidos vivos do município, 5.249 nasceram de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Apesar de não se ter atingido o nível pactuado, o índice de 72,3% é melhor do que o do Brasil (58,14%), de Santa Catarina (67,74%) e de alguns municípios como Florianópolis (64,51%) e Criciúma (42,25%), estando próximo ao de Blumenau (72,80%) (DATASUS, 2009).

As ações desenvolvidas, como sensibilizar os profissionais para a captação precoce da gestante no primeiro trimestre e para a realização de busca ativa, não foram suficientes para o alcance da meta proposta. Desta forma este indicador será priorizado para monitoramento em 2011, visando identificar a interferência de fatores relacionados ao registro e ao sistema de informação.

Em relação à atualização do protocolo de acompanhamento do Pré-Natal de risco habitual, já se concluiu e validou o Protocolo de Infecção do Trato Urinário na Gestação, causa importante de prematuridade e perdas fetais.

2. Proporção de partos cesáreos (PACTO)

Proporção de partos cesáreos em mães residentes segundo o trimestre, Joinville, 2010



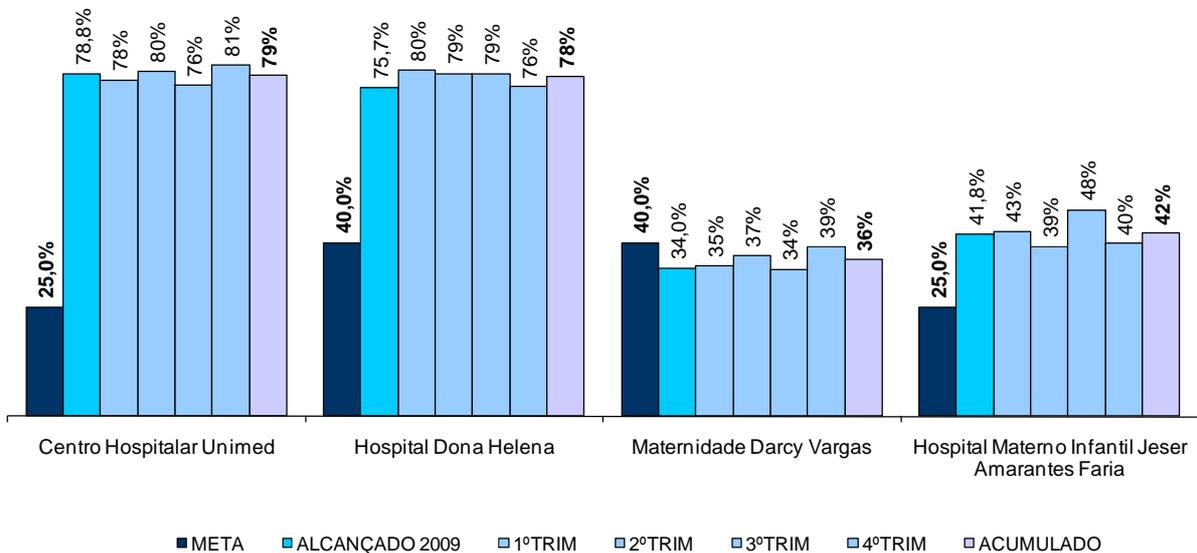
FONTE: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias];

Do total de 7.265 nascidos vivos do município, 3.809 nasceram de parto cesáreo.

Vale ressaltar que este indicador é afetado pela rede privada, que possui uma proporção de partos cesáreos muito superior à da rede pública, como se pode observar no próximo gráfico.

Os elevados índices de cesária são observados a nível nacional. Em Santa Catarina o índice é de 55,7% (IDB 2010).

Proporção de partos cesáreos mães residentes segundo o hospital e o trimestre, Joinville, 2010



Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias];

Hospitais	Partos Cesáreos	Partos Vaginais
Centro Hospitalar Unimed	946	253
Hospital e Maternidade Dona Helena	1.158	325
Maternidade Darcy Vargas	1.503	2.628
Hospital Jeser Amarante Faria	170	227
TOTAL	3.777	3.434

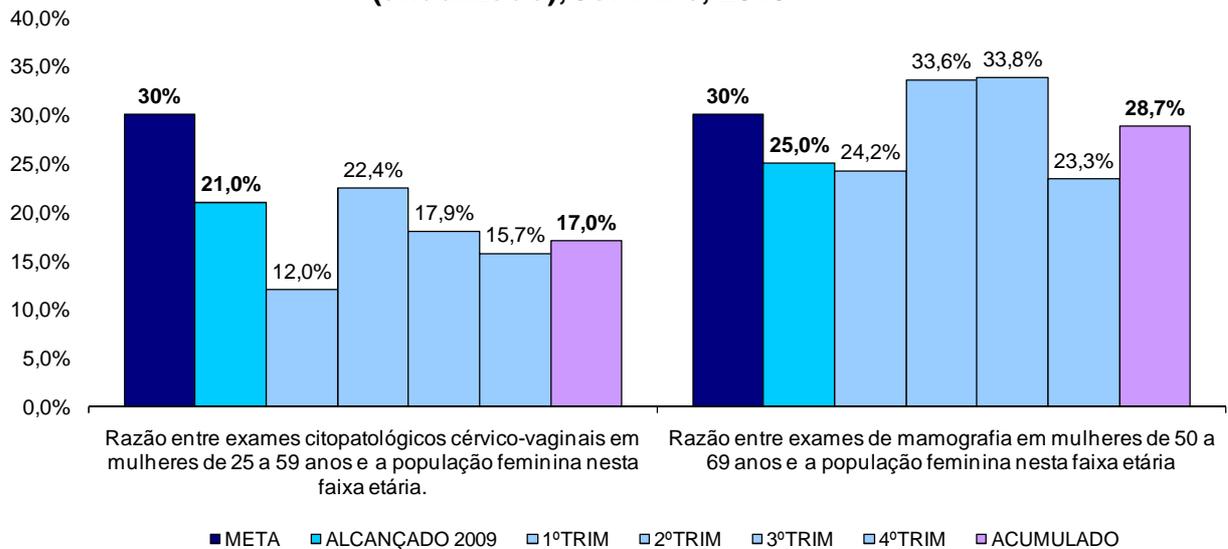
É política nacional (Portaria MS\GM 466/00) a redução da proporção de partos cesáreos, sendo que é estabelecido como desejável no máximo 25% de partos cesáreos.

“Os limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde para partos cesáreos são: para unidades hospitalares de **alto risco – 40%** e para unidades de **risco habitual - até 25%**” (Pacto de Indicadores da Atenção Básica, 2006). Nesses critérios apenas a MDV está dentro dos limites esperados. O HJAF ainda não está formalmente credenciado como maternidade de risco, embora atenda gestantes adolescentes de risco.

3. Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária (PACTO)

4. Razão entre exames de mamografia (realizado bianualmente) em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária (PACTO)

Cobertura anual do exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero (25 a 59a) e mamografia (50 a 69a), segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: (1) Sistema de Informações do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO) [sujeito a atualizações tardias]; (2) Sistema de Informações do Câncer de Mama (SISMAMA) [sujeito a atualizações tardias] & (3) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)

Número de exames citopatológicos realizados (em mulheres de 25 a 59 anos): 21.736 (3.825, 7.162, 5.736, 5.013 nos trimestres).

Número de mulheres de 25 a 59 anos, residentes: 127.865 (31.966 por trimestre).

A população de mulheres da faixa etária de 50 a 69 anos no município é de 39.804 e destas 11.432 fizeram o exame de mamografia (2.409, 3.341, 3.359, 2.323 nos trimestres).

Apesar das campanhas realizadas em horários alternativos, visando captar as mulheres na faixa etária priorizada, a meta não foi atingida. Este indicador será priorizado para monitoramento em 2011, visando identificar os fatores que afetam este resultado.

Quanto à mamografia, o índice alcançado está bem próximo do pactuado, sendo superior ao índice do Brasil (12%), de Santa Catarina (19%) e de outros municípios como Blumenau (21%), Florianópolis (14%) e Jaraguá do Sul (10%). Além disso, vale mencionar que não há demanda reprimida para este exame no município.

5. Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero (PACTO)

Quanto ao tratamento / seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero, está em análise todo o processo que envolve o acompanhamento das mulheres com diagnóstico de lesões de colo uterino, através do Programa SISCOLO. Foram detectadas falhas no registro de informações desde a importação até a exportação dessas informações ao Estado. Essas falhas justificam a inconsistência nos valores compilados para este indicador, que mostram que o município não alcançou a meta pactuada. Com a identificação dessas falhas, algumas ações estão sendo realizadas em conjunto entre o Núcleo de Apoio Técnico (NAT) e a Coordenadoria de Cadastramento e Acompanhamento do SUS (CCA):

Capacitação em SISCOLO e SISMAMA para dois técnicos do CCA, técnica responsável pela Linha de Cuidado Saúde da Mulher e Coordenador do NAT;

1. Organização dos dados digitados em 2009 e 2010;
2. Alinhamento dos processos para compilação de dados reais a partir de 2011;
3. Interação com a Equipe da SES-SC para suporte técnico dos programas SISCOLO e SISMAMA;

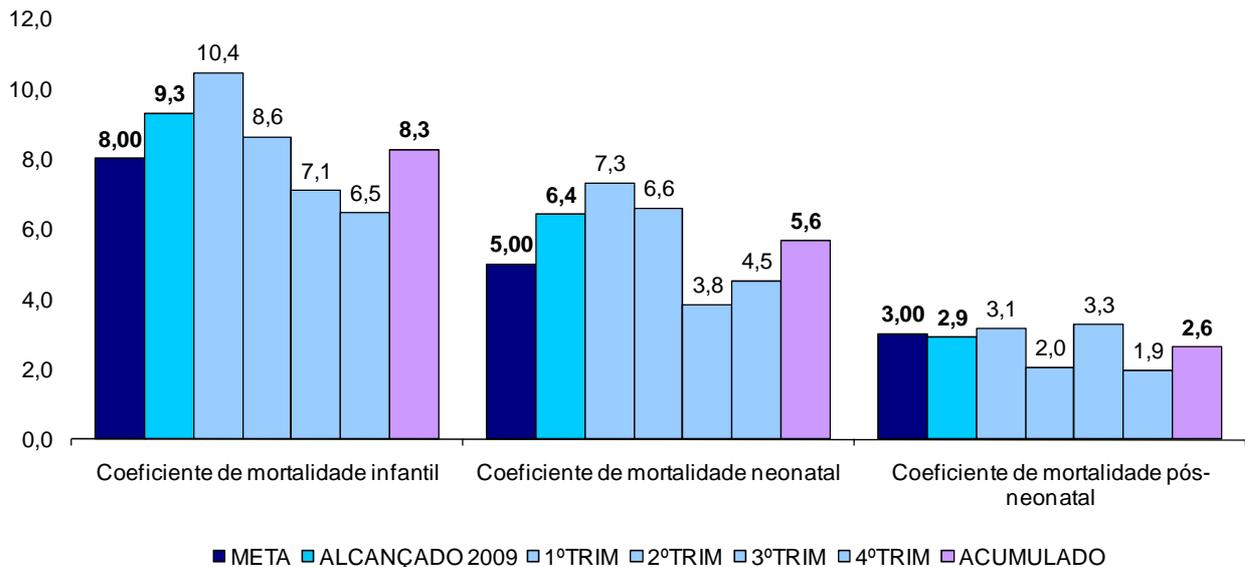
Com a realização deste trabalho, a SMS deverá ter dados fidedignos a partir de 2011.

5.2.4 - ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE DA CRIANÇA

INDICADORES

1. Coeficiente de mortalidade infantil (PACTO)

Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes (neonatal e pós-neonatal) por mil nascidos vivos, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: (1) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias]; (2) Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias];

	1ºTRI	2ºTRI	3ºTRI	4ºTRI	TOTAL
Óbitos em menores de 1 ano	20	17	13	10	60
Óbitos em menores de 28 dias (neonatal)	14	13	7	7	41
Óbitos de 28 dias a 1 ano (pós neonatal)	6	4	6	3	19
Nascidos Vivos	1.914	1.971	1.833	1.547	7.265

Houve uma redução de um dígito na mortalidade infantil em Joinville em relação a 2009, ano em que o coeficiente ficou em 9,3 (70 óbitos). Em 2010, esta taxa foi de 8,3 por mil nascidos vivos, perfazendo 60 óbitos em crianças menores de 1 ano. A comparação do perfil dos óbitos nos últimos anos mostra que ele permanece igual, ou seja, há um predomínio do componente neonatal (primeiras quatro semanas de vida), o qual corresponde a 67% (cerca de dois terços) do total de óbitos. Este padrão se assemelha ao de regiões mais desenvolvidas e evidencia a necessidade permanente

de ações de melhoria na atenção à gestante, ao parto e ao recém nascido em situação de risco.

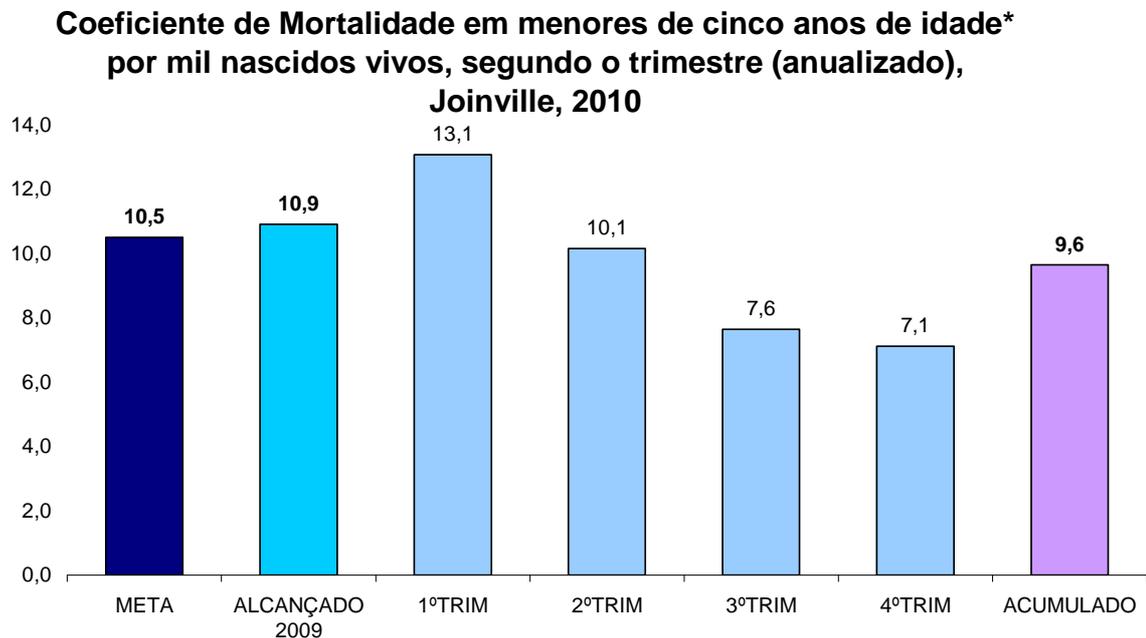
Em outubro de 2009 foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde o Programa Bebê Precioso, que visa a captação e detecção precoce das crianças que necessitaram de cuidados intensivos em UTI após o nascimento e que pela maior vulnerabilidade demandam, após a alta hospitalar, uma assistência qualificada e oportuna. Em 2010 o programa foi avaliado e validado pelos profissionais das Unidades de Saúde integrando desta forma a linha de cuidados da saúde da criança, que visa reduzir a mortalidade infantil e abordar integralmente a criança em situação de risco.

Em outubro de 2010 foi realizada a capacitação para profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Básica e Maternidades sobre investigação e prevenção do óbito infantil, bem como a análise do Programa Bebê Precioso. No decorrer do ano também foram realizadas capacitações de consultas em Puericultura para enfermeiros, Asma e Protocolo de medicamentos para tratamento de Asma Brônquica, este último voltado para os médicos.

O Programa Pequeno Príncipe foi revisado e atualizado na lógica da linha de cuidados e está em processo de validação com os profissionais de saúde.

No Anexo 2 deste relatório encontra-se o relatório da Comissão de Prevenção do Óbito Infantil (CPMI) com maiores detalhes sobre o perfil dos óbitos e as medidas (educativas e preventivas) adotadas pela CPMI.

2. Coeficiente de mortalidade em crianças menores de 5 anos



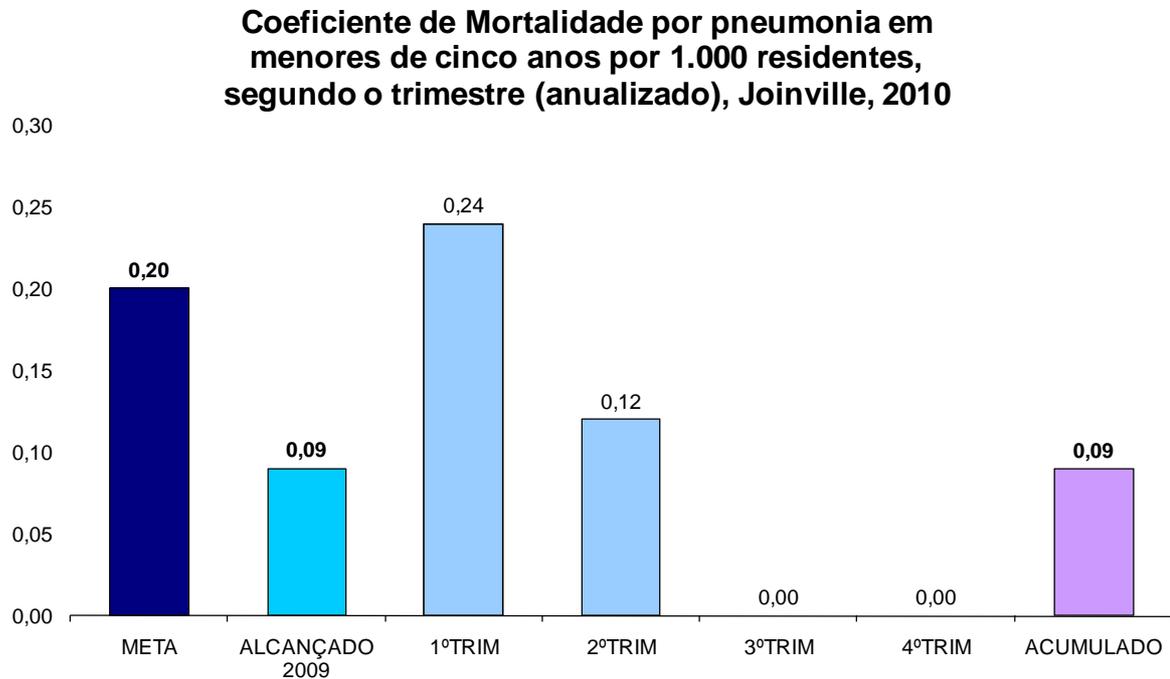
FONTES: (1) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias]; (2) Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias];

OBS: seguindo a padronização do RIPS, utilização o número de nascidos vivos como denominador;

Verifica-se que houve uma redução na taxa de óbitos em crianças menores de 5 anos em relação ao ano anterior. Em 2010 ocorreram 10 óbitos de crianças entre 1 e 5 anos incompletos. Quando somados aos 60 casos de menores de 1 ano totalizam 70 óbitos de zero a cinco).

Ao se analisar as causas, conforme o CID 10, não se nota um agravamento de maior prevalência. Ocorreu um óbito por acidente (pedestre traumatizado em colisão com automóvel). Em relação à prevenção de acidentes foi enviado material educativo às Unidades Básicas de Saúde, através de parceria com a CONURB no que se refere ao transporte adequado de crianças.

3. Coeficiente de mortalidade em menores de cinco anos por pneumonia.



FONTE: (1) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias]; (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)

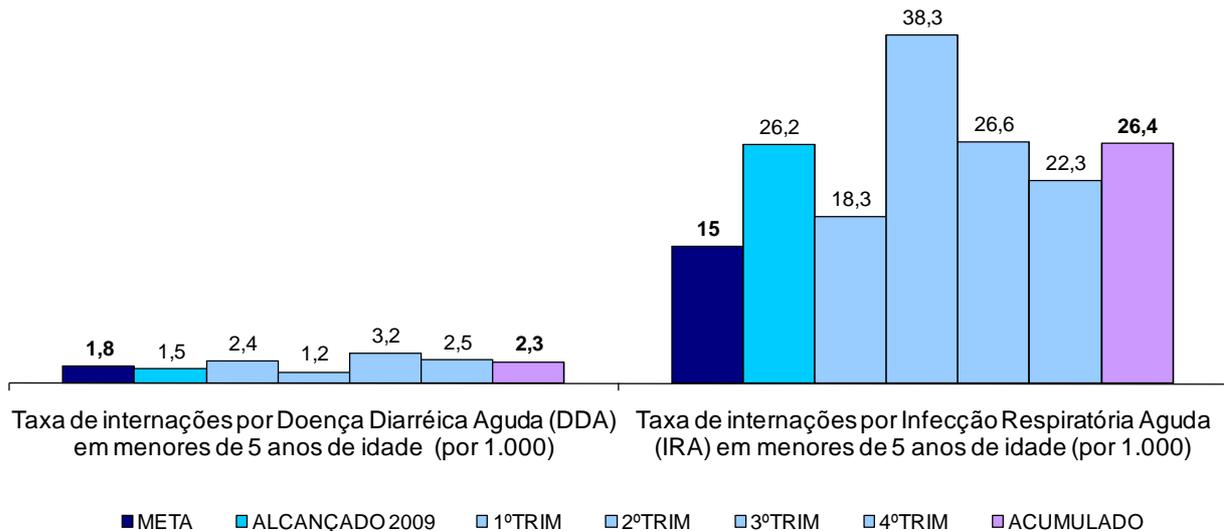
Total de crianças menores de 5 anos: 33.430.

Ocorreram 3 óbitos por pneumonia em menores de 5 anos (dois no 1ºtrimestre e um no 2ºtrimestre), sendo dois em crianças menores de 1 ano e um em criança acima de 1 ano de idade.

Apesar deste coeficiente estar abaixo do pactuado, a Secretaria continua atuando na prevenção desta doença por meio de ações educativas e assistenciais para este grupo populacional conforme preconizado no Programa Pequeno Príncipe.

4. Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores e 5 anos de idade
5. Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos de idade

Coefficiente de Internação por DDA e IRA em menores de 5 anos por 1.000 residentes, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: (1) Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; e (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)

Para efetuar o cálculo dos indicadores de internação por IRA e DDA a população de crianças menores de 5 anos (33.430), foi ponderada por trimestre: 8.357,5.

Foram internadas 78 crianças menores de 5 anos por DDA (20, 10, 27 e 21 nos trimestres), perfazendo 2,3 em mil crianças desta faixa etária. Embora o atingido esteja acima da meta, a DDA não é um problema relevante em nosso município.

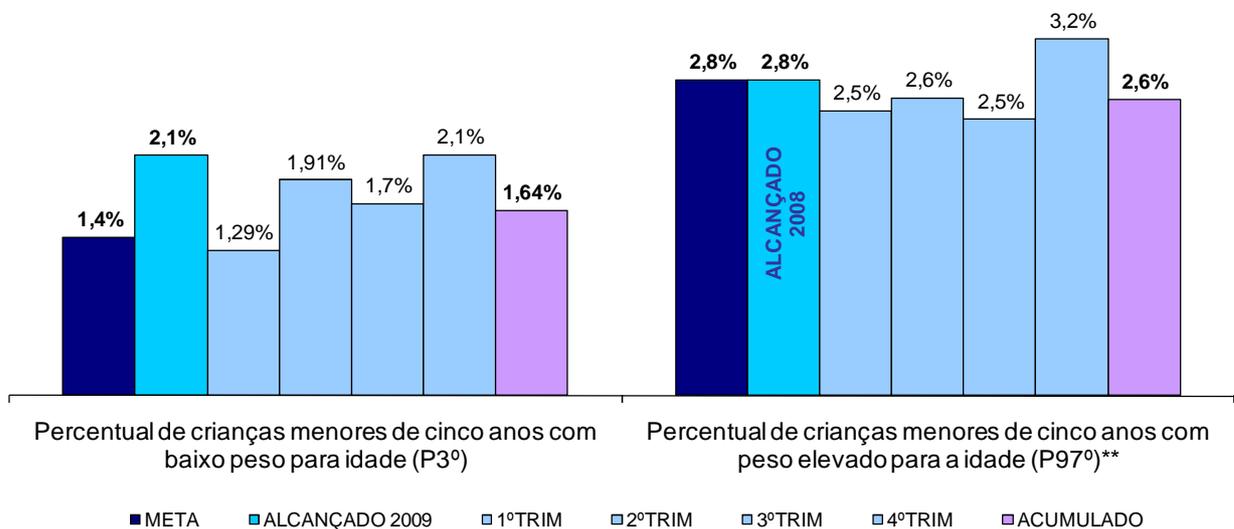
Com relação à IRA, foram internadas 881 crianças (153, 320, 222 e 186 nos trimestres), perfazendo 26,4 internações por mil crianças desta faixa etária, sendo que o maior número de internações ocorreu no segundo e terceiro trimestres (meses de frio). O município apresentou redução dos casos em relação a 2009 (910 casos), entretanto as IRA constituem ainda um relevante problema em termos de Saúde Pública, demandando ações permanentes, já que Joinville é a segunda cidade mais úmida do Brasil e que os fatores ambientais influenciam na prevalência e no perfil das Infecções Respiratórias Agudas.

Embora estejamos acima da meta prevista, não ocorreu aumento da mortalidade por esta causa.

6. Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade (P3º) (PACTO)

7. Percentual de crianças menores de cinco anos com peso elevado para a idade (P97º)

Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso e com peso elevado para idade no momento da captação no SISVAN, segundo o trimestre, Joinville, 2010



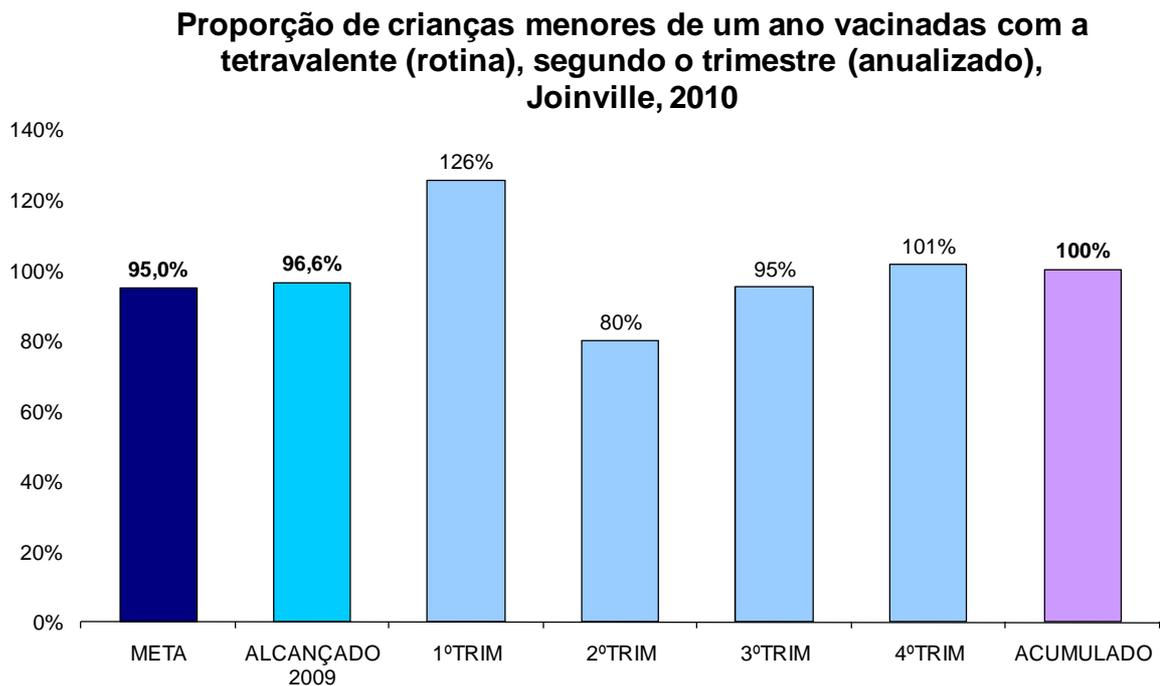
FONTE: Sistema de Informações da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - relatório UAB/NAT

Em 2010 foram captadas 11.495 crianças menores de cinco anos no Sistema de Vigilância dos Agravos Nutricionais (SISVAN), sendo 189 delas classificadas como baixo peso para a idade, o que representou 1,64% das crianças avaliadas no ano. A comparação com o ano anterior mostra que houve um aumento na captação (em 2009 foram 9.325 crianças), mostrando o trabalho da atenção primária em parceria com as nutricionistas.

A meta estabelecida para 2010 foi de 1,4%, abaixo do esperado pela OMS que é de até 3% das crianças nesta faixa etária. No Brasil, este índice foi de 4,66 e em Santa Catarina 3,61 (DATASUS, 2010). Portanto, esta meta deverá ser revista e corrigida para 2011, uma vez que está discrepante do que se espera para este indicador.

Em relação ao peso elevado para a idade, 302 das crianças menores de 5 anos captadas, apresentaram peso elevado, representando 2,6%. Este percentual se mantém dentro do esperado. Apesar disso, ações educativas vem sendo implementadas na Atenção Básica com apoio das nutricionistas.

8. Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente em crianças menores de um ano (PACTO)

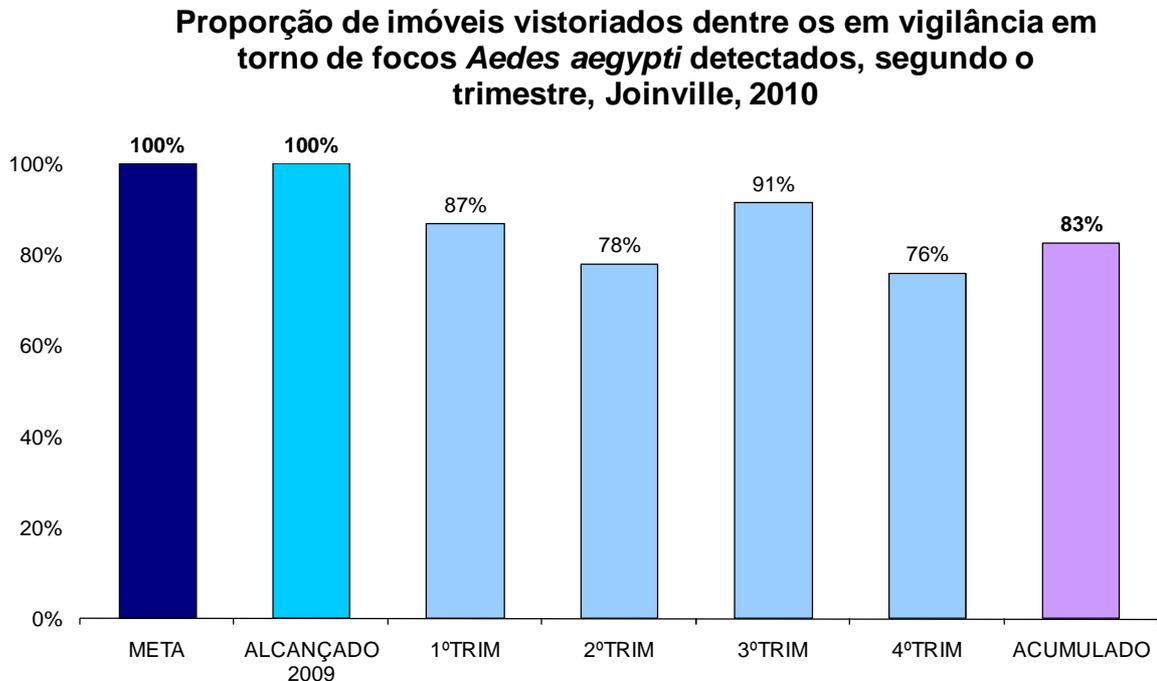


FONTE: relatório da UVS Vigilância Epidemiológica/Imunização & META (inferior a estimativa do DATASUS)

Foram vacinadas 7.291 crianças menores de 1 ano com a 3ª dose de Tetravalente, no total de 7.265 nascidos vivos, totalizando 100%. A cobertura vacinal da tetravalente é um marcador da cobertura do esquema básico de imunização em menores de um ano, pois finaliza um ciclo de vacinações. Dessa forma, o resultado alcançado indica uma boa qualidade deste programa.

5.2.5-ÁREA ESTRATÉGICA–VIGILÂNCIA EM SAÚDE E CONTROLE DE ENDEMIAS INDICADORES

1. Proporção de vistorias de imóveis em vigilância em torno de focos de dengue detectados



FONTE: Relatório Imunização/Vigilância Epidemiológica/UVS

Em 2010 foram identificados 80 focos positivos para *Aedes aegypti*, deflagrando a vigilância mensal de todos os domicílios ao redor dos mesmos. Em função disso, foram programadas 27.796 vistorias de imóveis em áreas delimitadas em torno de focos detectados, tendo sido realizado 22.960. As principais dificuldades encontradas para a realização das visitas foram o maior número de focos detectados, os impecilhos colocados pelos próprios proprietários em dias chuvosos que não permitem a visita dos técnicos e o grande número de domicílios fechados. Uma ação visando superar estas dificuldades foi a realização das visitas aos sábados e domingos desde o final de 2010. Em 2011, este trabalho continua de forma intensiva, diante do bom resultado alcançado, já que até o momento não há transmissão de dengue em nosso município, o que constitui uma exceção dentro do panorama nacional.

2. Taxa de letalidade das formas graves de dengue (PACTO)

Não houve nenhum caso de dengue, desta forma, também nenhum óbito.

3. Centro de Controle de Zoonoses construído

4. Centro de Controle de Zoonoses em operação

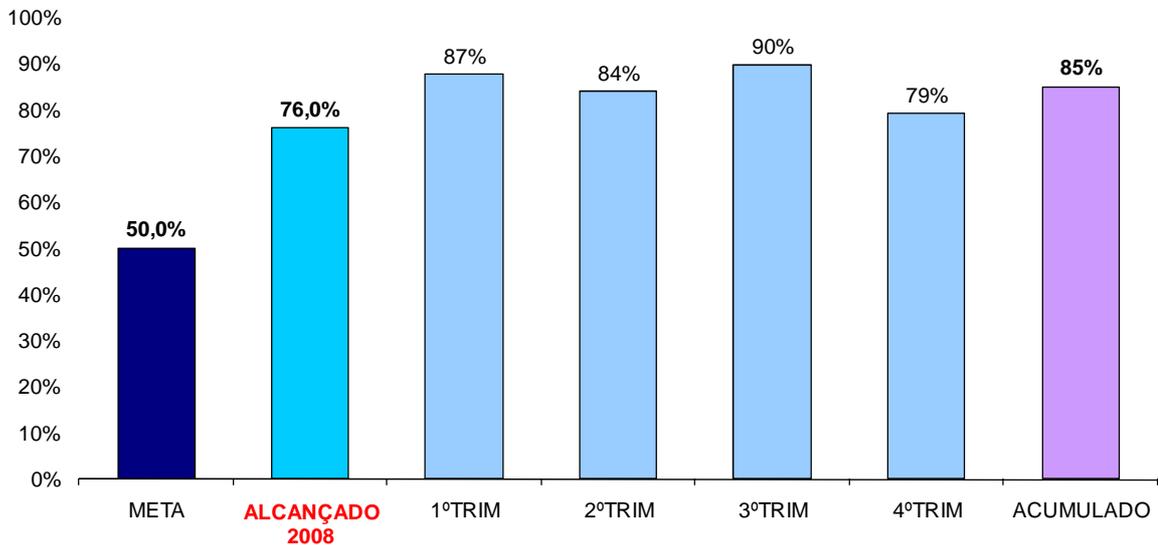
A construção do CCZ ainda não foi efetivada. O projeto enviado pela Secretaria está ainda em análise no Ministério da Saúde que irá arcar com a maior parte dos custos do investimento. Apesar disso, a Vigilância Ambiental vem realizando continuamente diversas ações para o controle das zoonoses, como a leptospirose, dengue, raiva e outras.

Em contrapartida, está sendo implantado o Bem Estar Animal que irá receber animais vítimas de maus tratos para tratamento e destino adequado. Paralelamente, a procuradoria do município está desenvolvendo 2 projetos de lei que regulamentam o funcionamento do CCZ e do Bem estar Animal, onde uma das ações previstas é a inserção de chip nos animais bem como o seu cadastro. Com esta ação pretende-se responsabilizar o tutor do mesmo por acidentes ocorridos.

Quanto ao cadastramento de animais para observação e coleta de material para monitoramento da raiva foi firmado convênio entre SMS e a CIDASC prevendo a disponibilidade de sala para efetuar as 151 amostras anuais pactuadas no Plano de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS). Este trabalho está ainda em fase de implementação.

5. Proporção de estabelecimentos vistoriados dentre os cadastrados

Proporção de estabelecimentos vistoriados para emissão do Alvará Sanitário, dentre os cadastrados, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010

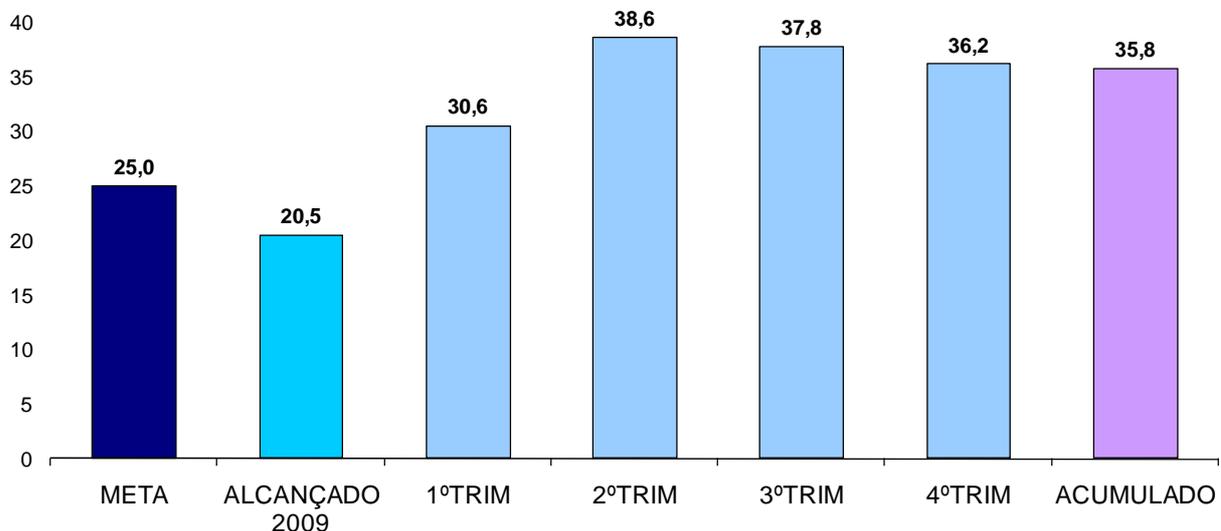


FONTE: Relatório da Vigilância Sanitária, Vigilância Sanitária/UVS

Dos 10.100 estabelecimentos cadastrados que deveriam ser vistoriados no período, 8.579 foram vistoriados para emissão de alvará sanitário. Vale ressaltar que a grande maioria dos estabelecimentos recebe anualmente mais de uma visita de vistoria até estarem de acordo com a legislação sanitária para então receberem o alvará. Este bom resultado deve-se principalmente ao maior número de veículos que foram disponibilizados para as visitas e à implantação do pagamento de produtividade fiscal que estabeleceu metas com incentivos financeiros para os profissionais.

6. Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva (PACTO)

Taxa de incidência da tuberculose em residentes por 100.000 habitantes, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) on line [sujeito a atualizações tardias]

Durante o ano foram registrados 178 casos novos de tuberculose (38, 48, 47 e 45 nos trimestres).

População de 497.329 (124.332 por trimestre)

O aumento importante do número de casos novos de todas as formas da doença em relação ao ano de 2009 provavelmente reflete a maior captação dos casos a partir de um conjunto de ações desenvolvidas ao longo do ano tais como, maior articulação da atenção com a Atenção Básica, divulgação dos sinais e sintomas da doença em vários eventos do município visando sensibilizar a população a buscar os serviços de saúde e alertar os profissionais de saúde a para a suspeita do agravo em cada oportunidade de contato das pessoas com os serviços de saúde.

O levantamento da taxa de incidência da doença entre os anos de 2001 e 2010 mostrou oscilações (variando de 24,3 a 41,47) sem que se consiga identificar uma tendência clara de redução ou aumento. Entretanto, pode-se afirmar que tem havido um aumento na captação dos casos.

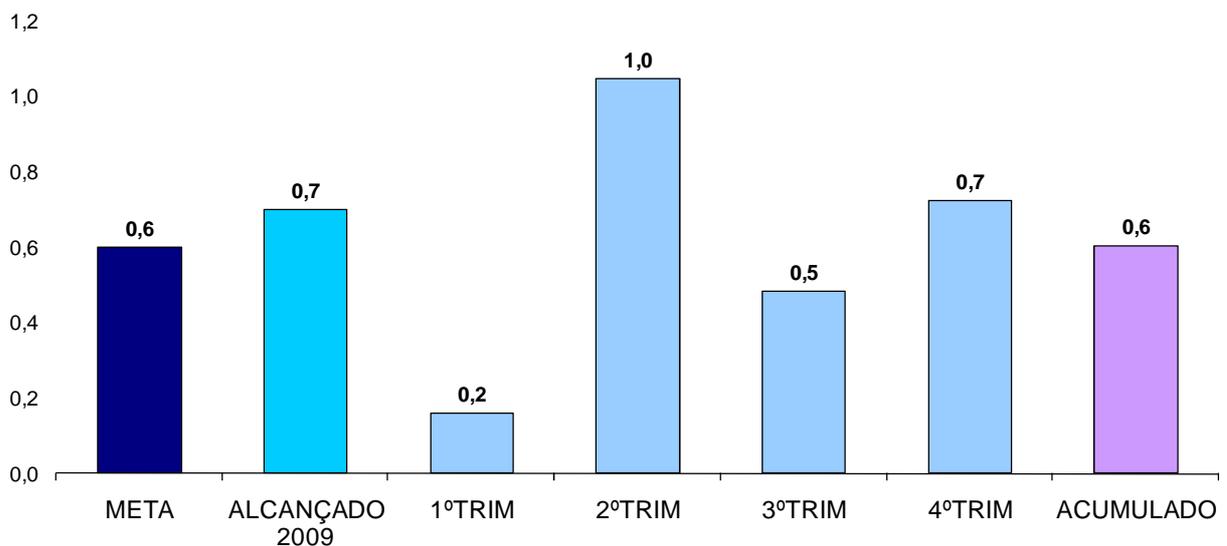
Do ponto de vista epidemiológico, como o paciente sintomático é a única fonte de contaminação da doença, tem-se dado ênfase à captação de casos novos e adesão ao

tratamento (ver adiante 'taxa de cura'). Para tanto, a equipe do Programa de Tuberculose realizou supervisão das unidades onde há Agentes Comunitários de Saúde, mostrando-lhes a importância da visita domiciliar na captação dos sintomáticos respiratórios e do tratamento supervisionado (TOD).

Visando ampliar captura precoce dos casos novos de tuberculose, está se propondo a implantação da coleta descentralizada do material (escarro) nas 9 regionais de saúde a partir do 1º semestre de 2011.

7. Taxa de incidência de hanseníase

Taxa de incidência da hanseníase em residentes por 10.000 habitantes, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) on line [sujeito a atualizações tardias]

Durante o ano foram registrados 30 casos novos de Hanseníase (02, 13, 06 e 09 nos trimestres).

População de 497.329 (124.332 por trimestre)

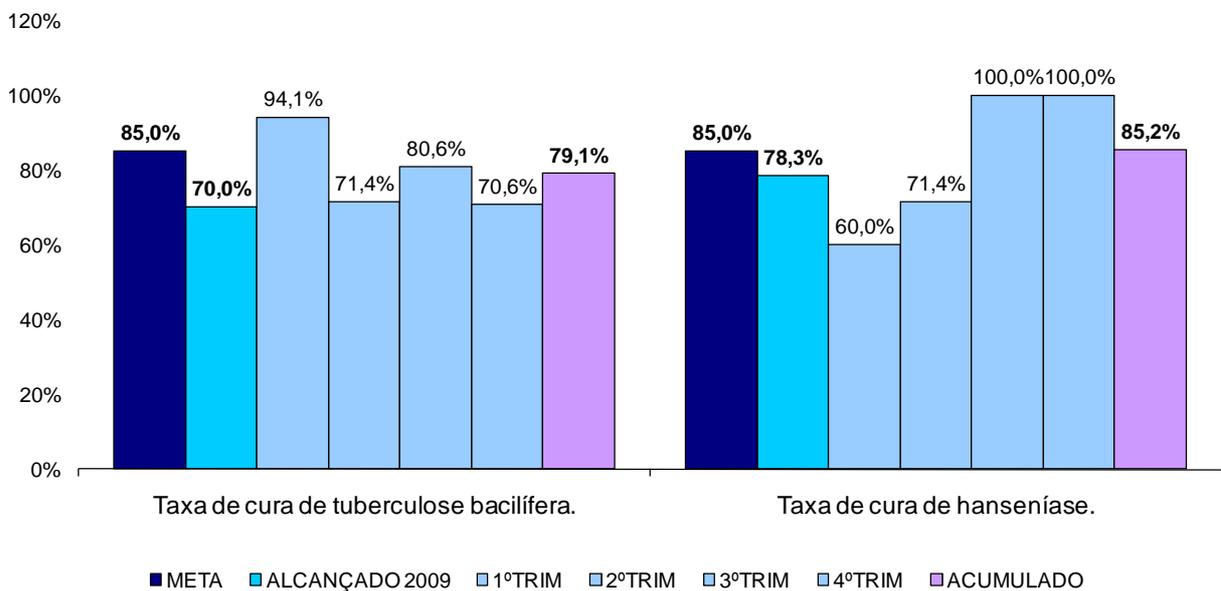
Não se verifica uma tendência clara de redução ou aumento na incidência desta doença na população, porém observa-se sua persistência com índices baixos. Diante desse padrão, o município de Joinville é considerado pelo Ministério da Saúde como sendo "livre de hanseníase". Vale ressaltar a ação rotineira e permanente que vem sendo executada pelos profissionais da Vigilância para divulgar a doença e seus sinais

e sintomas e sensibilizar os Agentes Comunitários de Saúde para identificação precoce dos casos.

8. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase (PACTO)

9. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (PACTO)

Taxa de cura do tratamento da tuberculose e hanseníase em residentes, segundo o trimestre, Joinville, 2010



Do total de 86 casos novos de Tuberculose bacilífera com informações de encerramento de tratamento na coorte, 68 casos foram curados.

A principal dificuldade para o não alcance da meta refere-se à não adesão dos pacientes ao tratamento devido a fatores como tratar-se de moradores de rua e sem endereço fixo, profissionais do sexo não localizados no endereço cadastrado, usuários de drogas que não aceitam o tratamento, ausência de cuidador na rede familiar, população carcerária que inicia tratamento no presídio e sai transferido sem acompanhamento do tratamento. Outro motivo são as situações de óbitos por outras causas, as mudanças para outros municípios e os casos multidroga-resistentes cujo tratamento se estende por um tempo mais longo e as curas demoram mais do que a duração da coorte.

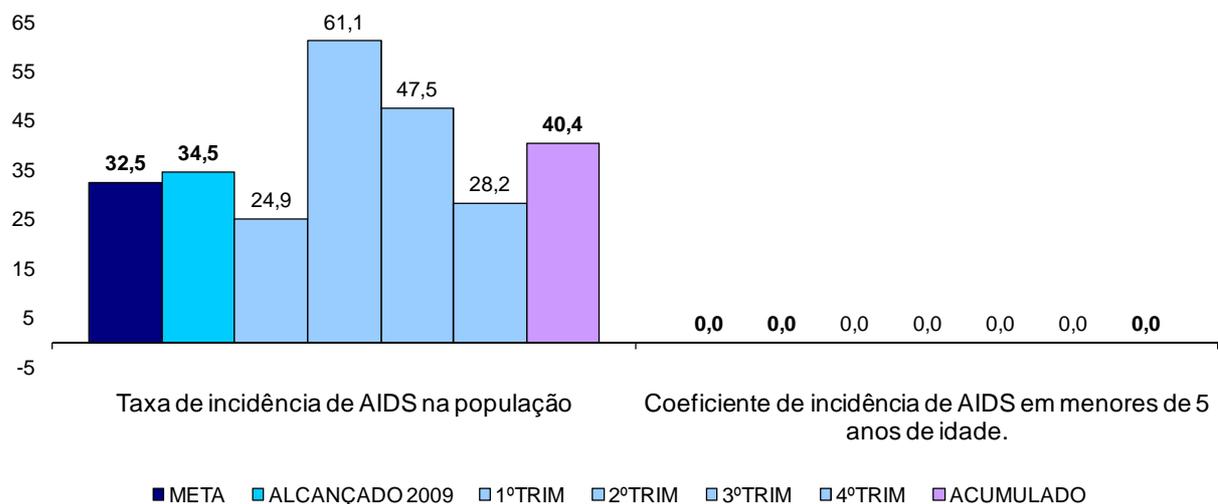
Como medidas corretivas para melhorar esse indicador, propõe-se intensificar as orientações na ocasião da admissão do paciente no Programa de Controle da Tuberculose, reforçando a co-responsabilidade do usuário para o sucesso do tratamento, uma vez que a baixa taxa de cura gera multi-resistência do bacilo, promovendo a maior disseminação da doença.

Com relação à hanseníase, do total de 27 casos diagnosticados, 23 foram curados na coorte, havendo ainda quatro (04) pacientes com hanseníase multibacilar em tratamento. Conforme já mencionado anteriormente, o município de Joinville mostra bons resultados com relação à atenção a esta doença, refletindo uma atuação permanente da Vigilância com diversas iniciativas e, em especial, ações da equipe multidisciplinar da Unidade Sanitária composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta.

10. Taxa de incidência de AIDS na população

11. Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade (PACTO)

Taxa de incidência da AIDS em residentes por 100.000 habitantes e AIDS em residentes menores de 5 anos por 100.000 habitantes, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) on line [sujeito a atualizações tardias]

Durante o ano foram registrados 201 casos novos de AIDS na população residente (31, 76, 59 e 35 nos trimestres). Não houve nenhum caso de AIDS em menores de 5 anos.

O aumento da incidência de Aids no município reflete a melhoria na captação e notificação dos casos, decorrente da ampla divulgação de informações sobre prevenção diagnóstico e tratamento através das ações educativas nos diversos eventos realizados ao longo do ano, como também as ações intersetoriais, que integraram demais segmentos governamentais e não governamentais. A inserção do exame anti-HIV na rotina de programas como de tuberculose, pré-natal, nas unidades de atenção básica, nos casos de pré-cirurgia e internações de portadores das doenças oportunistas como a toxoplasmose, pneumonias, neuropatias e outras doenças infecciosas, possibilitou aumentar a captação de casos.

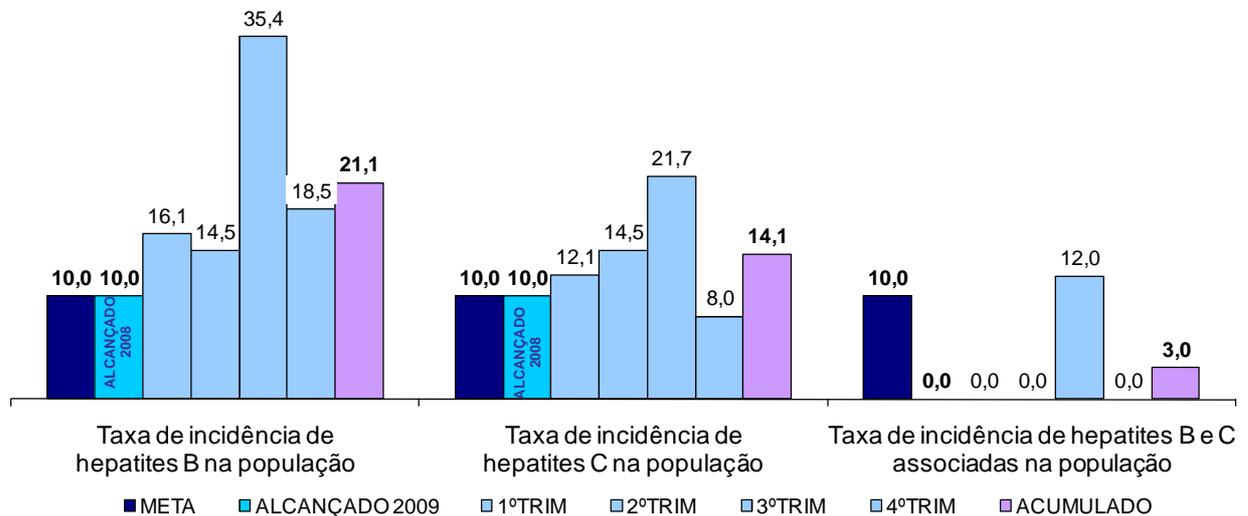
12. Taxa de incidência da Sífilis congênita (PACTO)

Não houve nenhum caso de Sífilis congênita.

A inexistência dos casos de sífilis congênitas e Aids em menores de cinco anos, se deve a medidas preventivas e eficazes como a oferta dos exames de VDRL e HIV na rotina do pré-natal. Ao se confirmar o diagnóstico de sífilis ou Aids, ou a situação de portador do vírus HIV, a gestante é tratada durante seu período gestacional, sendo o tratamento da sífilis feito na atenção básica e do HIV/AIDS na Unidade Sanitária e no ambulatório de referência na Maternidade Darcy Vargas. Para a adesão ao tratamento, a gestante participa do grupo de gestantes na Unidade Sanitária onde é orientada para a não amamentação e recebe orientação adequada para o aleitamento artificial (fornecido pelo programa até o bebê completar 6 meses de vida). Também é orientada sobre os cuidados com o bebê incluindo a técnica de Shantala para fortalecimento do vínculo materno infantil após o nascimento. Todas as crianças nascidas de mães soropositivas recebem acompanhamento até dois anos de idade, através de consultas multiprofissionais, controle laboratorial e medicamentoso.

13. Taxa de incidência de hepatites C na população

Coefficientes de incidência de Hepatite B, C e B+C em residentes por 100.000 habitantes, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: (1) Sistema de Informações Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Vigilância Epidemiológica/UVS; e (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br), DATASUS

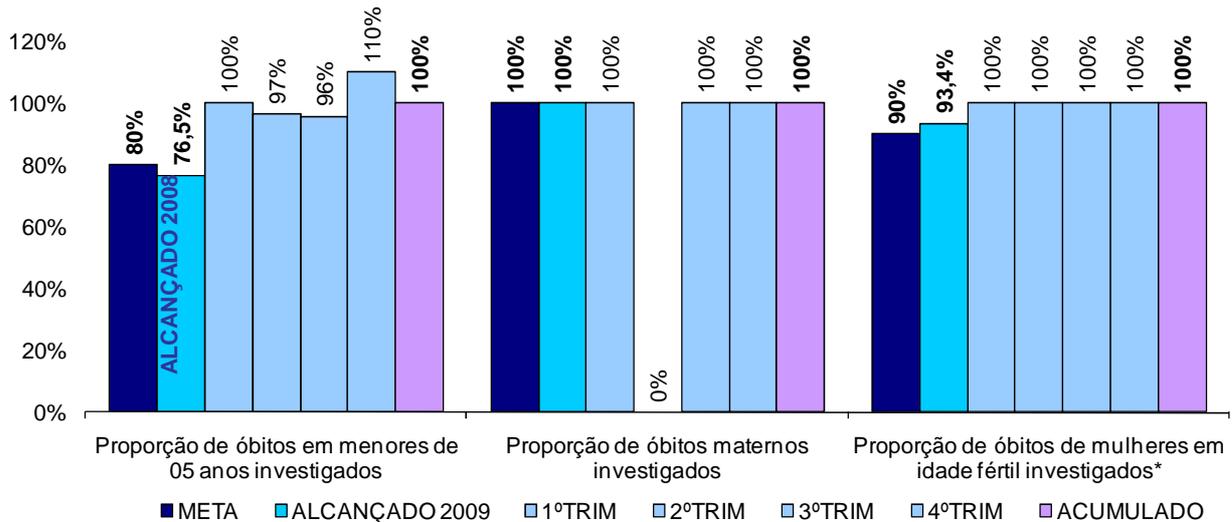
Durante o ano foram registrados 105 casos de hepatite B na população residente (20, 18, 44 e 23 nos trimestres) e 70 casos de hepatite C (15, 18, 27 e 10 nos trimestres). Quanto à hepatite B e C associadas houve 1 caso.

O aumento observado em 2010 na incidência da doença deve-se à implantação do protocolo de atenção às hepatites que ocasionou maior notificação e captação de casos, de forma integrada com a Atenção Básica. Houve um trabalho intenso de treinamento dos profissionais em serviço, bem como a reorganização do atendimento como um todo, definindo fluxos assistenciais, cadastros de pacientes, acompanhamento, busca ativa e tratamento supervisionado integrando os diversos níveis de atenção.

16. Proporção de óbitos em menores de 05 anos e natimortos investigados

17. Proporção de óbitos maternos e mulheres em idade fértil investigados (PACTO)

Proporções de óbitos crianças menores de 05 anos, maternos e de mulheres em idade fértil residentes investigados, segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: (1) relatório UVS\Vigilância Epidemiológica & (2) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias]

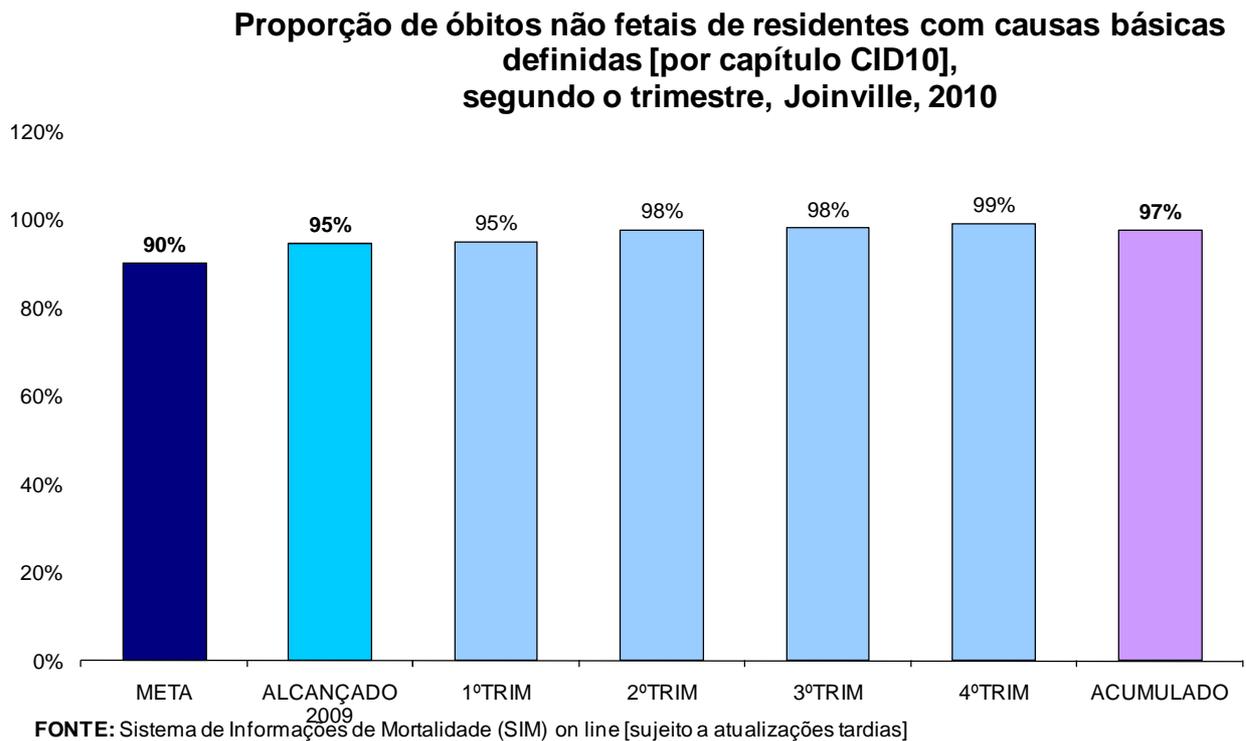
A responsabilidade da investigação do óbito infantil é da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil (CPMI) da Secretaria. Todos os óbitos de crianças menores de 5 anos são enviados para as Unidades de Saúde que realizam a coleta de informações tanto dos prontuários quanto das visitas domiciliares realizadas para este fim. A CPMI analisa todos os óbitos e propõe medidas, conforme cada caso. Em 2010 todos os óbitos ocorridos em menores de 5 anos foram investigados (análise no apêndice 2), ressaltando-se que as investigações realizadas pelas UBS/ESF apresentaram melhoras na qualidade das informações prestadas, tempo para retorno do formulário de investigação, análise da equipe sobre o óbito demonstrando um maior comprometimento dos profissionais envolvidos e estabelecendo a vigilância do óbito infantil e fetal como uma prática da atenção básica.

Ocorreram 4 óbitos maternos, dos quais dois foram classificados como causa direta (esteatose hepática da gravidez e doença valvular reumática agravada com a gravidez) e dois como causa indireta (cardiomiopatia e tumor no cérebro prévio).

Ocorreram 134 óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), todos investigados. A investigação de 100% dos óbitos das mulheres em idade fértil só foi possível devido às ações eficazes articuladas com as equipes das unidades de saúde da atenção básica. O profissional da vigilância epidemiológica recebe as declarações de óbitos e solicita as informações para a atenção básica, conforme o protocolo de investigação. Estas equipes, por sua vez, retornam a solicitação no prazo de 20 a 30 dias para vigilância epidemiológica que conclui o processo.

Dentre as causas de óbito de mulheres em idade fértil, predominam os diversos tipos de câncer.

18. Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida (PACTO)



Do total de 2.459 óbitos não fetais informados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 2.397 tiveram causas básicas definidas.

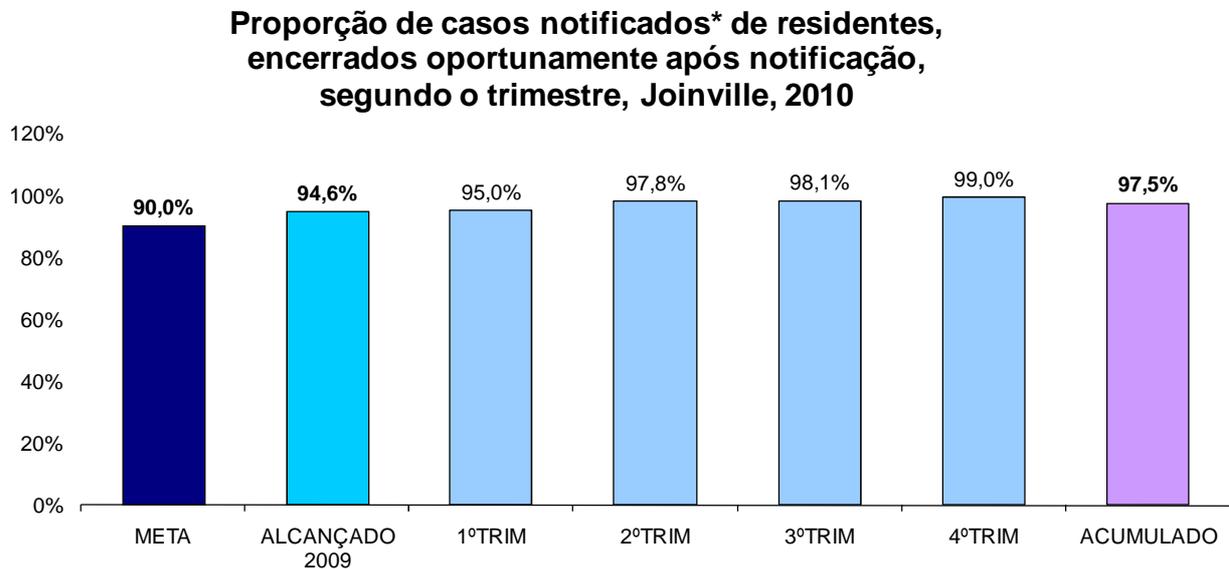
O indicador teve seu resultado significativamente melhorado, após a implantação do Serviço de Verificação de Óbitos e a implementação das necrópsias verbais, nas quais a investigação da causa do óbito é realizada pelo médico com os familiares do

obituado, além da busca das informações no prontuário hospitalar e da unidade de saúde.

Outras ações foram desenvolvidas por profissionais da Secretaria em parceria com outros órgãos, tais como Polícia Civil e Militar, SAMU, bombeiros, Serviço de Verificação de Óbitos, Instituto Médico Legal e PAs 24 hs. Definiu-se o fluxo de encaminhamento dos corpos para o SVO/ IML; realizou-se reuniões com hospitais públicos e privados para apresentação dos fluxos e orientação sobre o correto preenchimento da Declaração de Óbito; feitos contatos com profissionais e/ou instituições nas situações em que as Declarações de Óbito apresentavam 'causa indeterminada', buscando elucidar os motivos e reuniões com cartórios. Considerando a importância do correto preenchimento da Declaração de Óbito, a Secretaria Municipal de Saúde, elaborou e publicou a Portaria 039/2010 que estabelece responsabilidade do preenchimento e fluxo da Declaração de Óbito, como também realizou diversos encontros com profissionais médicos e responsáveis técnicos dos serviços de saúde para sensibilização e implantação da referida portaria

Apesar do bom resultado, algumas dificuldades identificadas foram a não aceitação da necropsia por parte das famílias. Diante disso, foi instituída a necropsia verbal aplicada pelo médico com os familiares e complementada com dados do prontuário clínico, visando esclarecer as causas dos óbitos.

19. Proporção de casos notificados, encerrados oportunamente após investigação (PACTO)



FONTE: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) on line [sujeito a atualizações tardias]

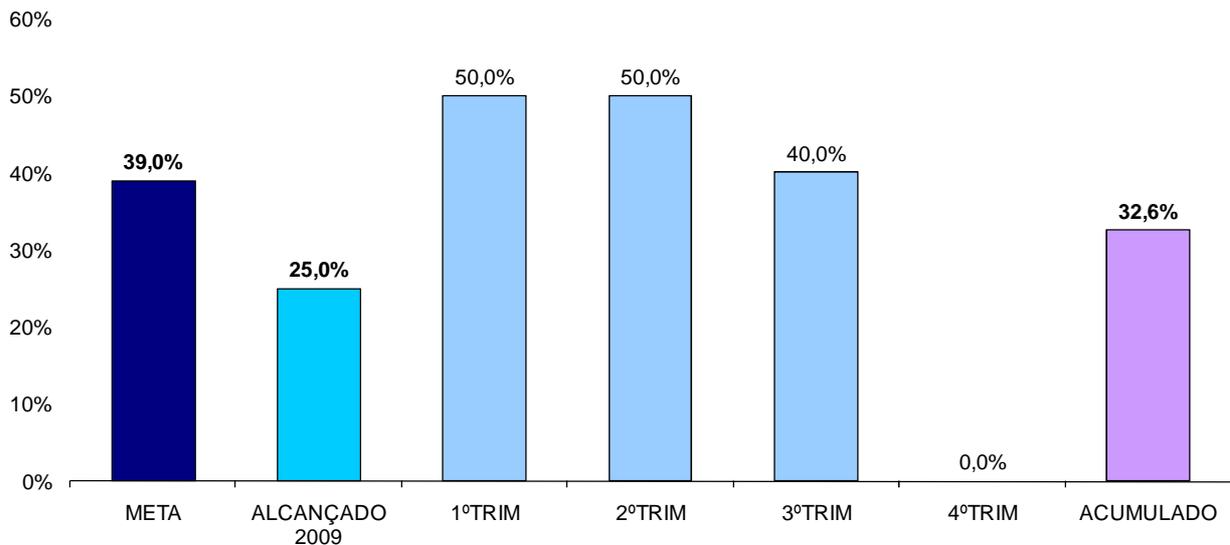
OBS: Cólera, Coqueluche, Dengue (FHD, DCC e SCD), Difteria, Doença de Chagas (casos agudos), Febre Amarela, Febre Maculosa, Febre Tifóide, Hantavíruses, Leptospirose, Leishmaniose Visceral, Malária, Meningites, Peste, Poliomielite e PFA, Sarampo, Raiva Humana, Rubéola, Tétano Neonatal e Acidental (até 60 dias após a data notificação), Leishmaniose Tegumentar Americana, Hepatites Virais e Síndrome da Rubéola Congênita (até 180 dias)

Do total de 621 casos notificados, referentes a uma lista selecionada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Manual de Instruções do SISPACTO**, p.86), 589 foram encerrados dentro do prazo adequado ('oportunamente') após notificação.

As principais dificuldades encontradas são de ordem burocrática e não relativas à assistência aos pacientes. A principal delas é a enorme diversidade dos prazos para encerramento dos agravos notificáveis, variando de 24 hs (ex: meningites) até 180 dias (ex: hepatites). Além disso, muitos casos notificados no final do ano só serão encerrados no ano seguinte, prejudicando este indicador. Vale mencionar que todos os casos investigados são encerrados.

20. Número de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imunoeletroforese ou látex (PACTO)

Proporção de casos de meningite bacteriana em residentes diagnosticados laboratorialmente*, segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) on line [sujeito a atualizações tardias]
OBS: diagnóstico laboratorial por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.

O índice melhorou em relação a 2009 porque foram realizadas intervenções diretas e constantes com os laboratórios que realizam o exame de líquido, como a publicação da Portaria nº17/2010, que normatiza a obrigatoriedade da realização dos exames de quimiocitologia, cultura e/ou látex ou lesão petequial para a confirmação das meningites bacterianas pelos laboratórios públicos e privados de saúde.

Realizou-se reuniões com os laboratórios apresentando um diagnóstico da situação e comparando com o padrão ideal estipulado pelo Ministério da Saúde. Foi também apresentada a Portaria nº 17/2010.

Solicitou-se à Vigilância Epidemiológica do Estado – LACEN e Programa de Meningites o comparecimento nas reuniões para promover uma aproximação com os responsáveis pelos laboratórios visando motivá-los para a realização das culturas no próprio laboratório, além do encaminhamento das amostras ao LACEN.

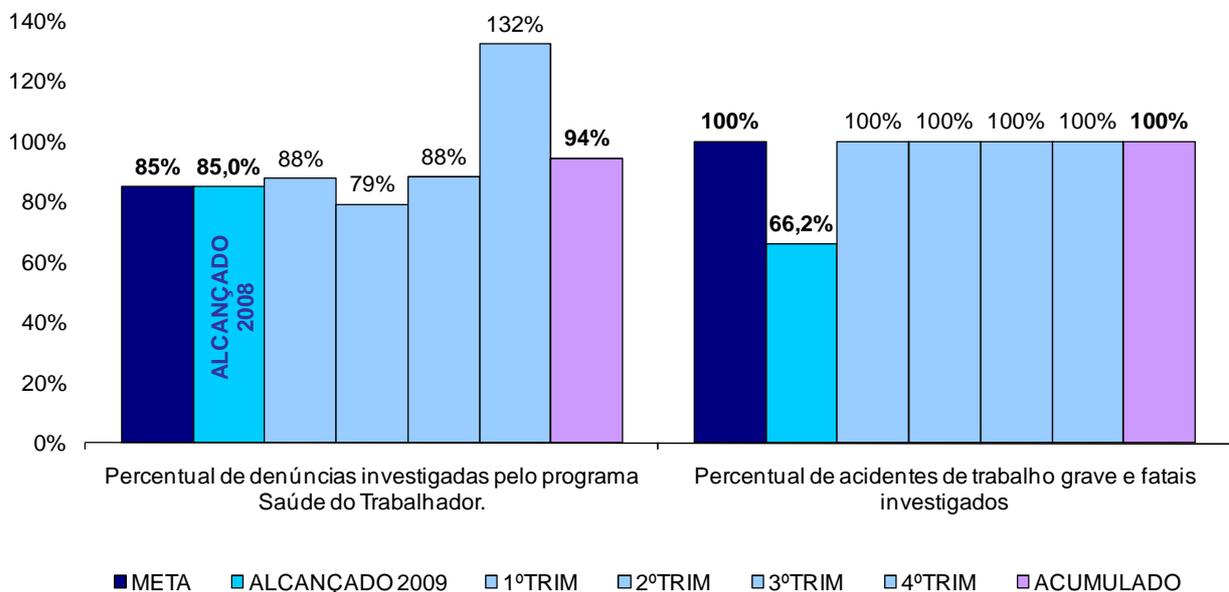
Das 43 meningites bacterianas, 14 foram confirmadas por critério laboratorial de cultura. Nas demais (29 casos) foram realizadas culturas, porém não foi possível

identificar o agente etiológico. Fatores como uso de antibióticos, número insuficiente de bactérias na amostra e resposta imunológica individual podem interferir no resultado do exame, negatizando-o. Em todos os casos de meningite bacteriana (100%), foi realizada a cultura.

21. Percentual de denúncias investigadas pelo programa Saúde do Trabalhador

22. Percentual de acidentes de trabalho grave e fatais investigados (PACTO)

Proporção de denúncias e 'acidentes de trabalho graves e fatais' (segundo a PRT MS\GM 777/04) em residentes investigados pelo programa Saúde do Trabalhador, segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: (1) relatório UVS\CEREST; (2) Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) on line [sujeito a atualizações tardias]; (3) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [idem];

Durante o ano foram registradas 252 denúncias no Programa de Saúde do Trabalhador (57, 96, 43, 56 nos trimestre), das quais 238 foram investigadas, superando a meta pactuada.

Dos 163 acidentes graves e fatais notificado no SINAN, todos foram investigados pelo Programa de Saúde do Trabalhador.

A melhora neste índice deve-se à disponibilização de mais um veículo com motorista, totalizando 03 veículos para atender à equipe do CEREST.

Foi possível realizar 100% das investigações devido, ainda, ao aumento de recursos humanos, além das capacitações in loco nas unidades notificadoras (PAS 24hs da rede

pública e privada), no que tange ao preenchimento correto e integral das notificações com o objetivo de melhorar o registro das informações. Dessa forma, viabiliza-se a localização do trabalhador vítima do acidente e/ou seu local de trabalho, pois a maior dificuldade era da falta de identificação dos trabalhadores acidentados.

Para 2011 a Secretaria Municipal de Saúde está desenvolvendo um programa *on line* de notificação dos acidentes de trabalho, de trânsito e violências.

5.2.6 - ÁREA ESTRATÉGICA – SAÚDE BUCAL

INDICADORES

1. Cobertura de primeira consulta odontológica programática

Cobertura de primeira consulta odontológica programática por cem habitantes, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) base local por mês de apresentação & Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)

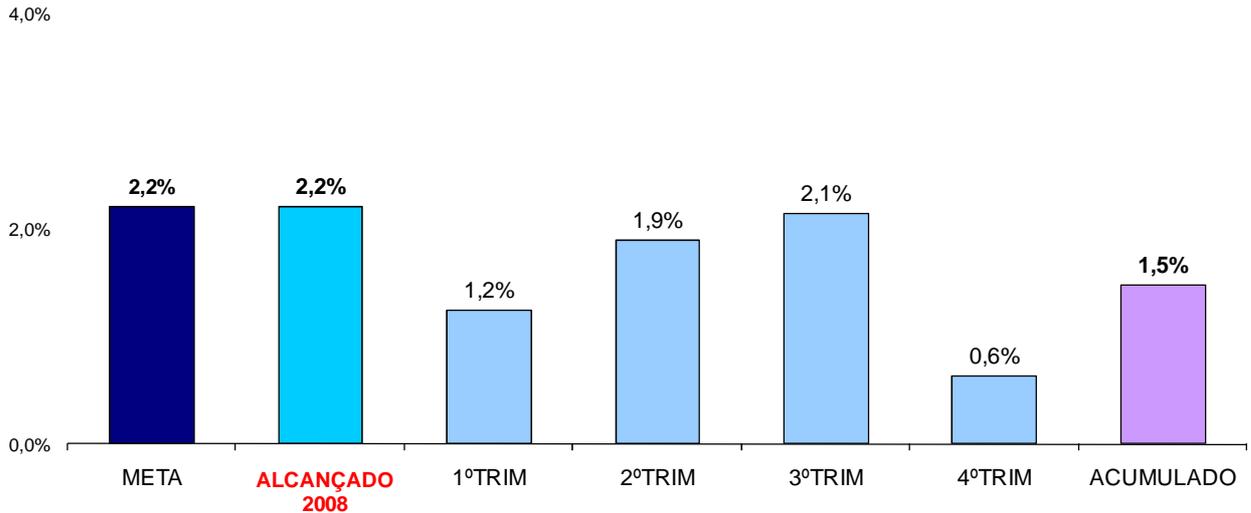
Para efeito de cálculo da primeira consulta, a população geral foi ponderada por trimestre (124.332 – meta para o ano). Foram realizadas 69.751 primeiras consultas odontológicas programáticas (14.539, 22.393, 18.239 e 14580 nos trimestres).

Durante o ano foram convidados profissionais dos vários setores da Saúde Bucal, para participarem de reunião, onde foi exposta a proposta de trabalho e solicitado a participação na Comissão Intersetorial de Saúde Bucal. Nesta reunião foram feitos os primeiros alinhamentos, definidos grupos de trabalho, calendário de reuniões para 2011 e definidos os temas a serem trabalhados.

Até o momento foram implantadas 04 equipes de saúde bucal na ESF, num total de 05 equipes estabelecidas como meta. Há a previsão para implantação de 01 equipe para 2011, totalizando 05 equipes.

2. Proporção ofertada da necessidade de procedimentos de endodontia, periodontia, cirurgia Buco-Maxilo-Facial e oral menor (para 70% da população)

Proporção ofertada da necessidade de procedimentos odontológicos de referência* por cem habitantes*, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: (1) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) base local por mês de apresentação; (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br); (3) Parâmetros Assistenciais, PRT MS\GM 1.101/02;
OBS: * endodontia, periodontia, cirurgia Buco-Maxilo-Facial e oral menor, para 70% da população;

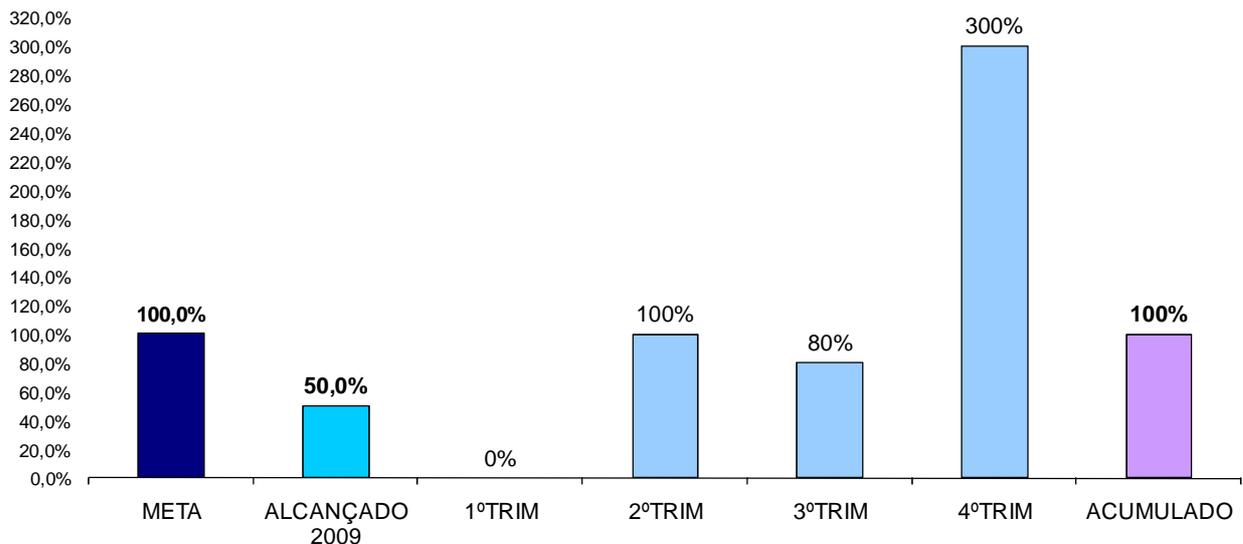
Houve diminuição da oferta na especialidade de periodontia, devido a aposentadoria de profissional. No 4º trimestre não houve atendimento nessa especialidade, sendo que o profissional foi contratado em dezembro de 2010.

Iniciou-se processo de pactuação com o HRHDS para utilização do centro cirúrgico do hospital pelos profissionais do CEO. Prevista para 2011 a continuidade das negociações.

5.2.7 - ÁREA ESTRATÉGICA – GRUPOS VULNERÁVEIS INDICADORES

1. Proporção de recém nascidos captados com perfil para assistência no NAIPE

Proporção de recém natos captados com perfil para assistência no NAIPE, segundo o trimestre, Joinville, 2010

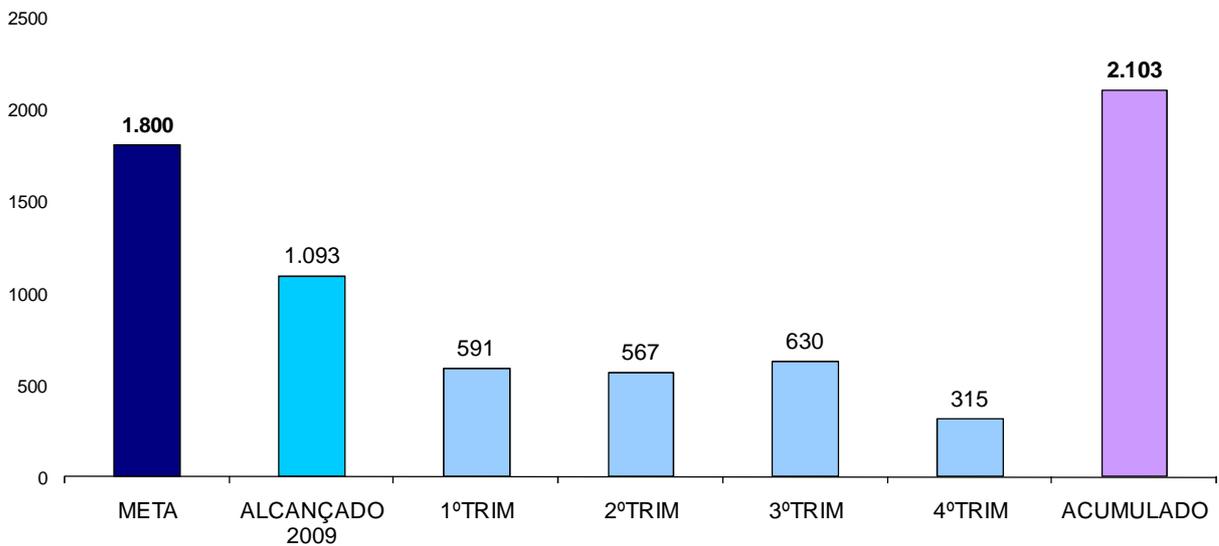


FONTE: (1) relatório NAIPE/USR; (2) Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias];

Todos os 08 nascidos vivos, moradores de Joinville, com perfil para assistência no NAIPE (1, 2, 4 e 1, nos trimestres), foram captados para tratamento pelo NAIPE (0, 3, 2 e 3, nos trimestres). Em alguns casos, esta captação não ocorreu dentro do trimestre, devido ao processo entre o recebimento das DNVs, a triagem, a visita domiciliar e o início do tratamento. Porém, a maioria iniciou a assistência no NAIPE em cerca de um mês.

2. Número de exames para diagnóstico de deficiência auditiva

Número de exames para diagnóstico de deficiência auditiva (Centrinho), segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: (1) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA);

Oferta pactuada de exames: 1.800 ao ano (450 por trimestre).

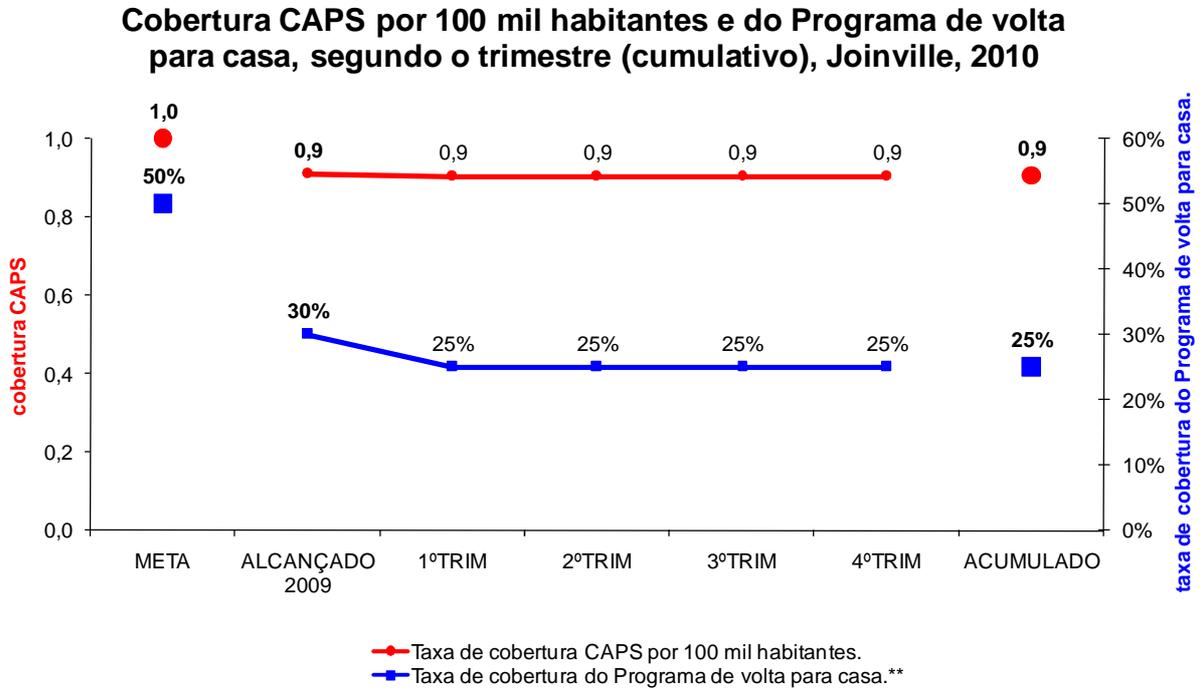
Realizados 2.103 exames no ano, superando a meta.

3. Plano de Saúde Mental re-elaborado e implantado

Criado o grupo de condução de Atenção Psicossocial com representantes de Saúde Mental, Atenção Básica e Serviços de Referência, para elaborar o Plano de Saúde Mental, com protocolos baseados em Linhas Guia.

Durante o ano aconteceram 3 oficinas para alinhamento conceitual e educação continuada para os profissionais de saúde na abordagem à saúde mental e atenção psicossocial precedendo a elaboração do Plano de Saúde Mental.

4.Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes (PACTO)
5.Taxa de cobertura do Programa de volta para casa (PACTO)



FONTE: Relatório do USR\CAPS2-CAD (coordenação da Saúde Mental);

“A taxa de cobertura CAPS/100.000 habitantes pretende refletir o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo. (...) Considera-se como parâmetro, isto é, como conformação ideal da rede, a proporção de 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para cada 100.000 habitantes. Para o cálculo da taxa de cobertura, considera-se também que um CAPS I dá cobertura para 50.000 habitantes, que um CAPS III cobre 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad cobrem, cada um, uma população de 100.000 habitantes”.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Instrutivo da Pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores de Monitoramento do Pacto pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010 – 2011**, Portaria nº 2.669 GM/MS de 03 de novembro de 2009)

Em Joinville temos implantados 1 CAPS II , 1 CAPS III, 1 CAPSi e 1 CAPSad, portanto com uma cobertura de 0,91 CAPS/100.000 habitantes ou 91% da população coberta considerando o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes.

Considerando que a rede de serviços organizados em saúde mental no município onde, além dos 4 CAPs, contamos com o SOIS, o PAPs e as 9 regionais de saúde, que contam com a equipe de saúde mental, o município já tem uma boa cobertura em saúde mental, conseguindo atender toda a demanda na vocação destes serviços. Portanto a meta de 1 CAPs para cada 100 mil habitantes, será revista para 2011.

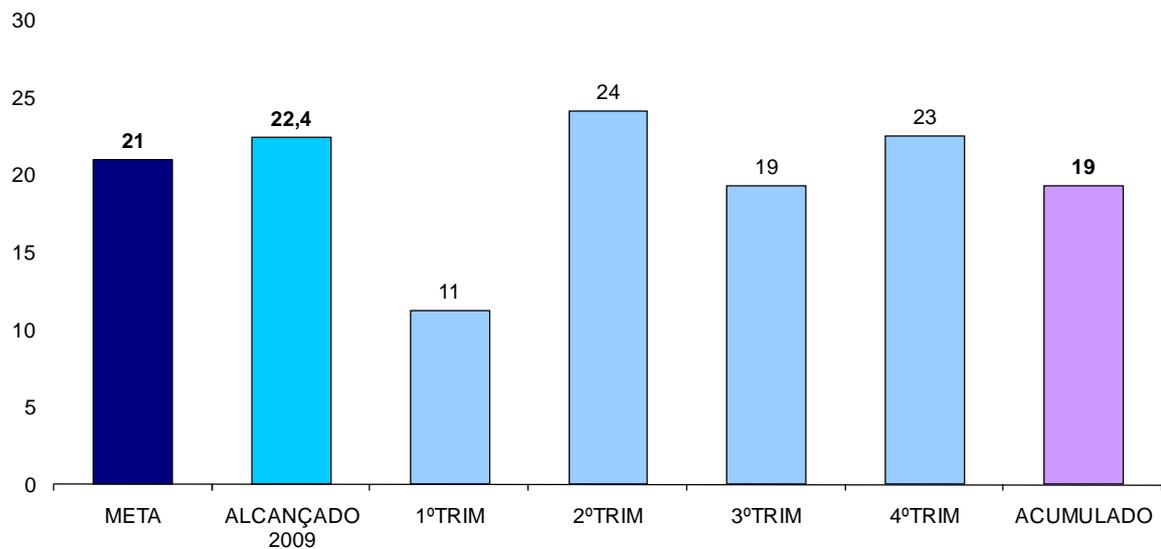
Do total de 20 beneficiários potenciais do Programa de Volta Para Casa, 5 pessoas foram beneficiadas com o programa, hoje residindo com familiares. No ano de 2010 a Residência Terapêutica estava na fase final de implantação, ainda não contemplando os moradores beneficiários do programa de volta para casa.

5.3-EIXO 2 - DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE

INDICADORES

1. Coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito

Coeficientes de mortalidade por Acidentes de Trânsito em residentes por 100.000 habitantes, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: (1) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias]; (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)

Ocorreram 96 óbitos por acidentes de trânsito (14, 30, 24 e 28 nos trimestres).

Visando divulgar informações sobre acidentes de trânsito, foi realizado o Primeiro Seminário Municipal de Prevenção de Acidentes de Trânsito, na Mitra Diocesana, em novembro de 2010, com representação do Ministério da Saúde.

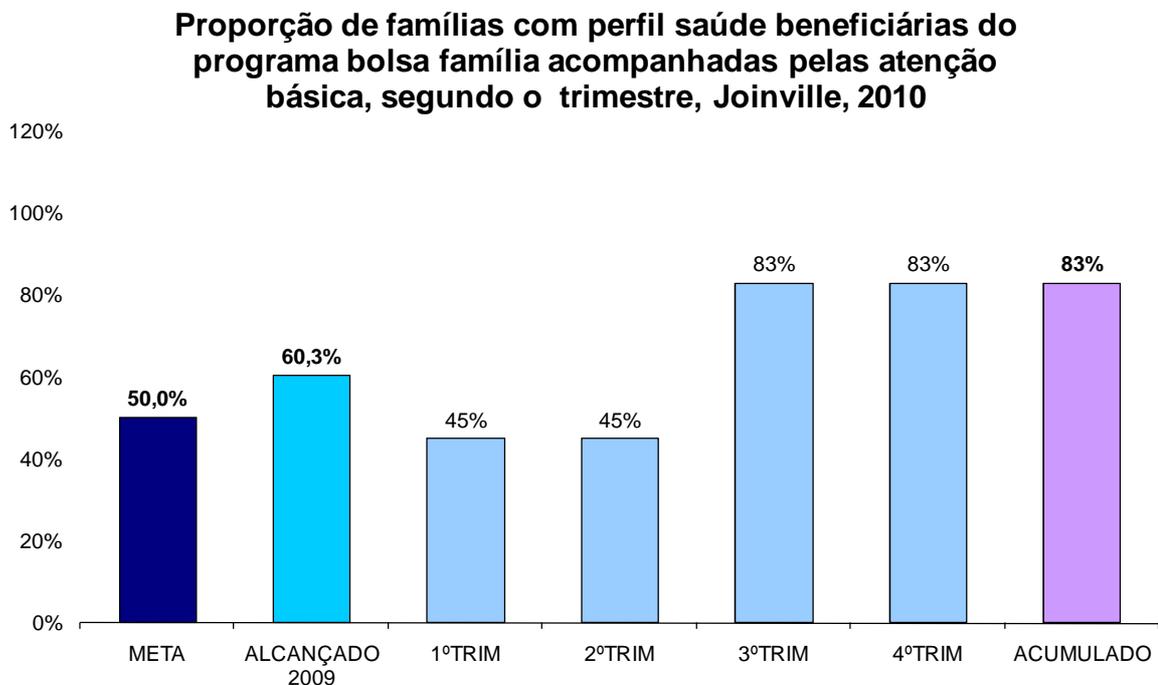
Foi elaborado também o primeiro boletim informativo sobre a pesquisa do Inquérito VIVA de 2009 e está em elaboração uma cartilha de Prevenção de Acidentes de trânsito.

2. Implantação do protocolo de notificação de violências

Com o objetivo de divulgar o fluxo de encaminhamento de pessoas vítimas de violências, em 2010 aconteceram 18 encontros em grandes eventos com mais de 100 pessoas. No mês de outubro houve um encontro, in loco, com a equipe do PA24horas Leste e no início de dezembro, um encontro com a rede estadual de ensino com mais de 200 profissionais.

As notificações das emergências do Hospital Regional e Hospital Infantil, portas de entrada do atendimento das pessoas vítimas de violência sexual, conforme protocolo estabelecido em 2009, são monitoradas pelo NPVA e digitadas no SINAN pela Vigilância Epidemiológica. A rede da Atenção Básica receberá capacitação para preenchimento da ficha de notificação de violências em agosto de 2011, conforme calendário de capacitações. A partir da implantação da notificação se acompanhará, a partir de 2011, a proporção das notificações de violências investigadas.

3. Proporção de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pelas atenção básica (PACTO)

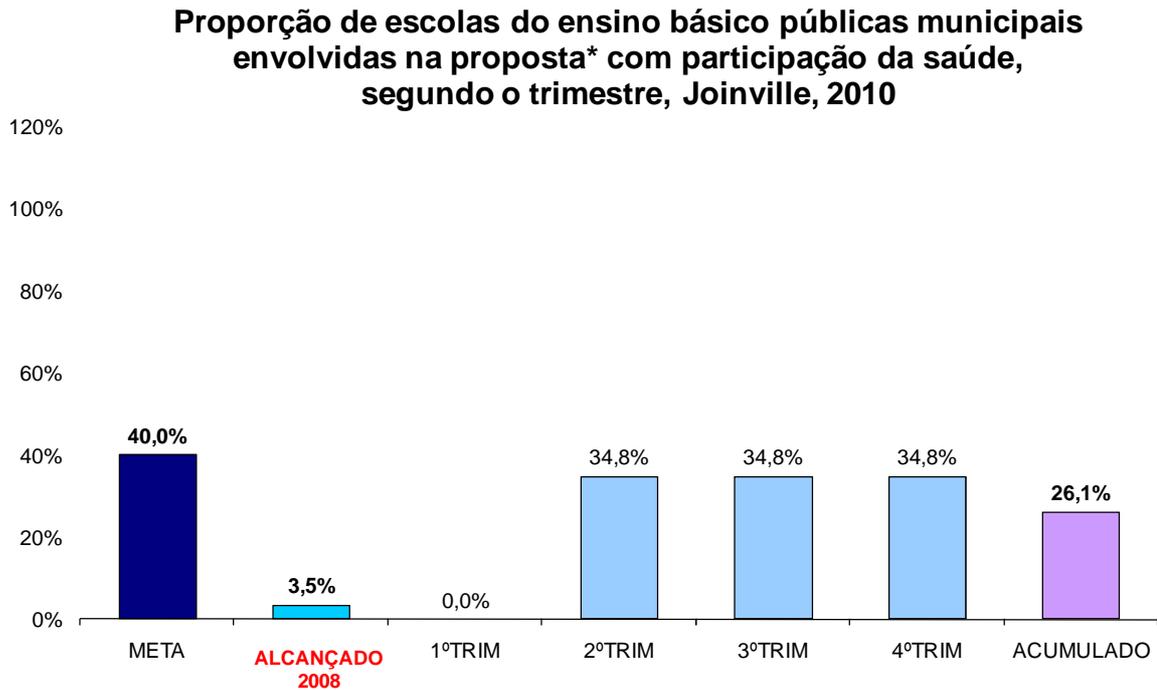


FONTE: (1) Relatório UAB

Das 4.817 famílias com perfil saúde, beneficiárias do Programa Bolsa Família, 3.985 foram acompanhadas pela atenção básica. Em 2009 houve mudança da metodologia de acompanhamento, reduzindo o resultado apurado. Paralelo a isso reduziu-se a meta. Em 2010, com a mesma metodologia, intensificou-se o acompanhamento das famílias, superando a meta pactuada.

Iniciado a descentralização da digitação do Programa, pelas regionais Jarivatuba e Aventureiro. Para 2011 a descentralização ocorrerá para as regionais de saúde Pirabeiraba e Vila Nova.

4. 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.



FONTE: relatório do NASF/ UAB

OBS: proposta do Projeto Prevenção e Saúde nas escolas e Saber Saúde,

Em 2010, professores de trinta e uma (31) das noventa e oito (98) escolas municipais participaram das capacitações no Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Foram abordados principalmente a gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis.

O Projeto Saber Saúde trabalhou com professores de duas (2) escolas, abordando adolescência, hábitos saudáveis, alcoolismo, tabagismo, prevenção de câncer e meio ambiente e qualidade de vida.

Em dezembro as Secretarias Municipais da Saúde e da Educação aderiram ao Programa Saúde na Escola (PSE) que abrange as ações do SPE e o Saber Saúde, além de visar a capacitação de profissionais das UBSs e a descentralização das ações em parceria entre UBSs e escolas com integração das ações educativas com a assistência.

5.4 - EIXO 3 - GESTÃO EM SAÚDE

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

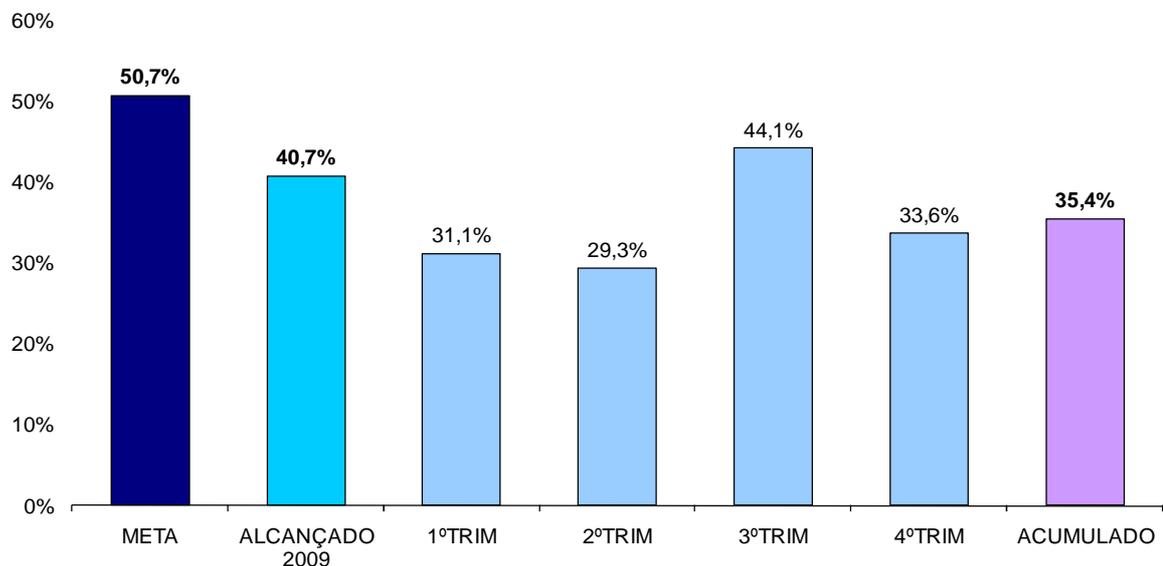
OBJETIVO 1 - Efetivar a rede básica como porta de entrada do sistema municipal de saúde

INDICADORES

1. Proporção de consultas ambulatoriais realizadas na AB

2. Média anual de consultas médicas básicas por habitante (PACTO)

Proporção de consultas ambulatoriais realizadas na Atenção Básica, segundo o trimestre, Joinville, 2010

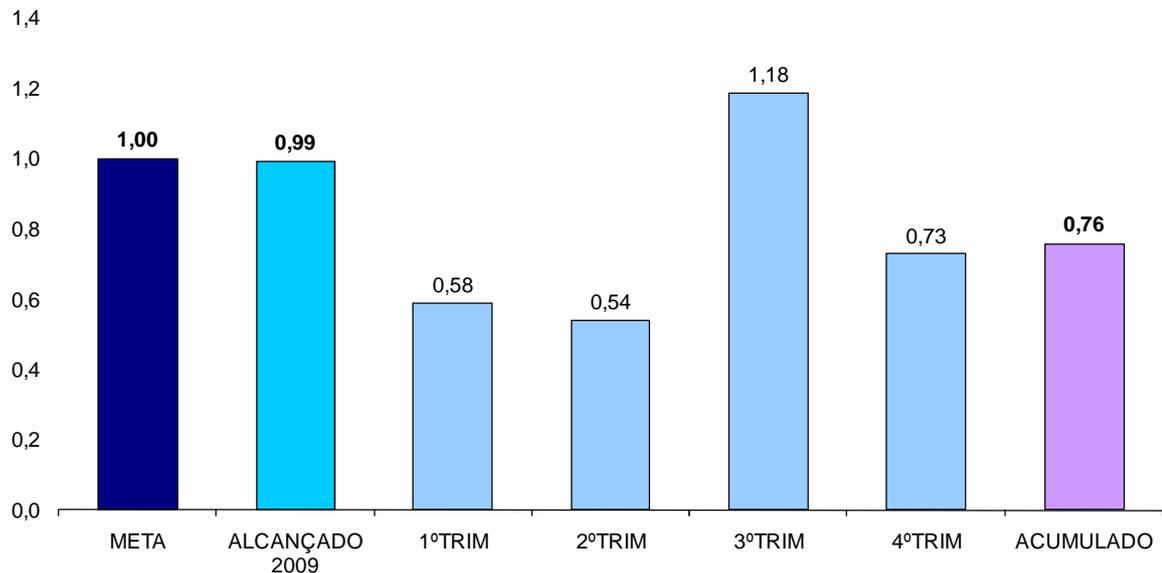


FONTE: UPCAAProgramação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), base local

Número de consultas médicas nas especialidades básicas realizadas: 376.869 (72.674, 66.732, 147.119 e 90.344 nos trimestres).

Total de consultas médicas ambulatoriais realizadas: 1.063.716 (233.616, 227.899, 333.569 e 268.632 nos trimestres).

Média anual de consultas médicas básicas por habitante, segundo o trimestre (anualizado), Joinville, 2010



FONTE: (1) UPCA/Programação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), base local; (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br);

Total de consultas médicas básicas: 376.869 (72.674, 66.732, 147.119 e 90.344 nos trimestres).

População total: 497.329 (124.332 por trimestre).

Com relação ao percentual de consultas ambulatoriais, observa-se que 35,4% foram realizadas na Atenção Básica, o que mostra ainda uma inversão da porta de entrada, com o maior peso de atendimento sendo realizado na urgência e emergência. Houve uma queda em relação a 2010. Em parte essa queda é explicada por um problema na exportação da base de dados a partir do aplicativo da Secretaria Municipal da Saúde para o formato do Ministério da Saúde. Subregistros foram identificados e corrigidos em agosto, permitindo o resgate da produção do 2º trimestre. Porém, devido aos prazos para atualização do SIA, o subregistro do 1º trimestre não pode ser resgatado. Há também perdas nessa exportação ainda não identificadas, prejudicando a produção do quarto trimestre.

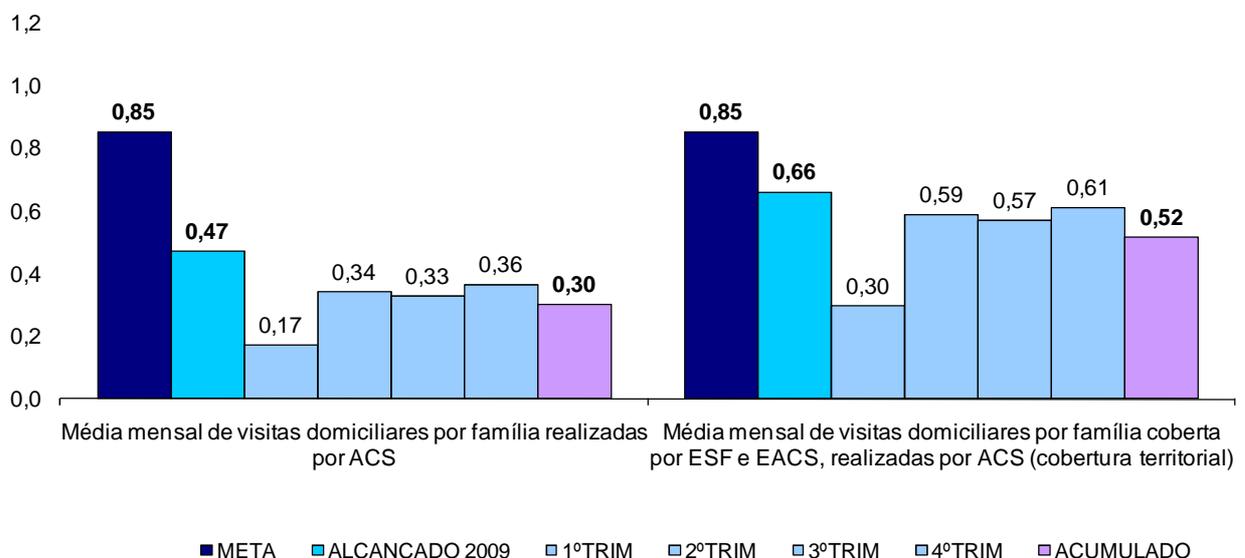
Considerando o mês de realização do procedimento, na base de dados oficial há o registro de 385.998 consultas nas especialidades básicas em 2010 enquanto no aplicativo da Secretaria Municipal da Saúde 404.517.

Observe-se não haver a percepção de prejuízo da atenção básica no período, havendo inclusive um aumento no período da produção (e solicitação) de exames complementares e de receitas aviadas, apenas justificável com um aumento das oferta de consultas, contrastando com os dados apresentados em queda.

Além disso, quando se considera o total de consultas médicas ambulatoriais realizadas em 2010 que foi de 1.063.716 (376.869 nas Atenção Básica, 266.508 nas especialidades e 420.338 na Urgência e Emergência, alcança-se um total de 2,14 consultas médicas por habitante por ano, o que está dentro do preconizado pela Portaria 1.101/2001. Entretanto, segundos os parâmetros da portaria, espera-se que, 15% desse total sejam na Urgência, Emergência e Pré-hospitalar (Joinville faz 39,5%), 63% sejam na Atenção Básica (Joinville faz 35,4%) e 22% sejam nas especialidades médicas (Joinville faz 25,0%). O que evidencia a inversão do modelo.

3. Média mensal de visitas domiciliares por família coberta por PSF e EACS, realizadas por ACS

Média mensal de visitas domiciliares realizadas por ACS por família e por família coberta por PSF e EACS, segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: (1) UAB\, Sistema de Informações da Ambulatorial (SIA) (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br) [ponderada pelo número médio de habitantes por família]; (3) UAB\ Cadastro, Cadastro de Usuários do SUS

Números de visitas domiciliares realizadas por ACS: 543.309 (76.970, 153.950, 147804 e 164585 nos trimestres).

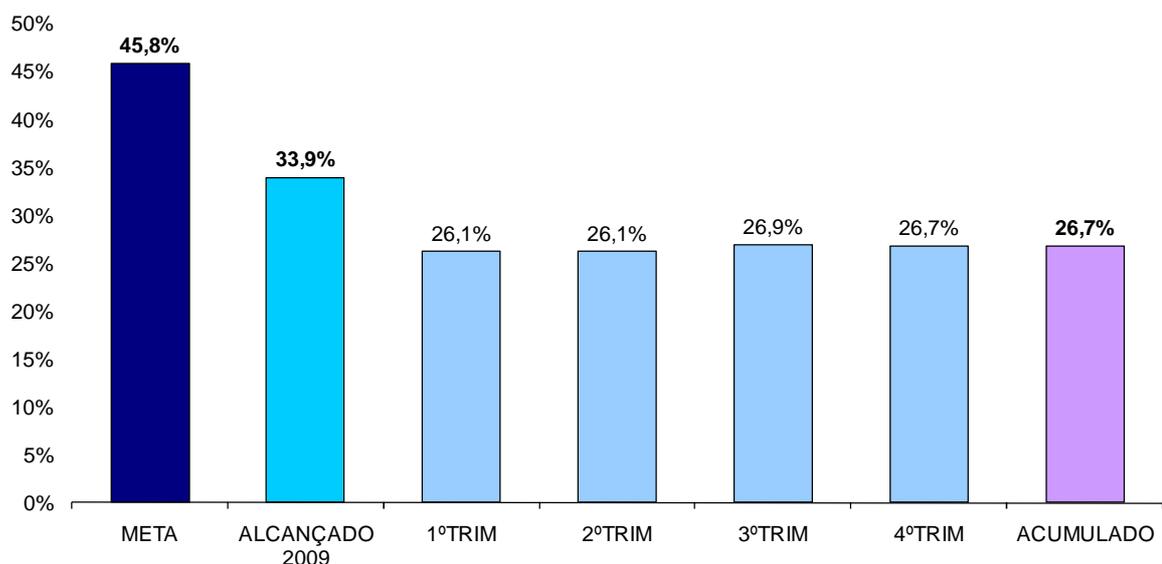
Número de famílias a serem visitadas no trimestre: 452.117 (497.329 / 3,3 x 3 meses).

Número de famílias cobertas por EACS/ESF (territorialmente) a serem visitadas no trimestre: 260.461

Um dos fatores que afetou o resultado está relacionado à realização do Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde, fase inicial, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, através da EFOS, que comprometeu 400 horas da jornada de trabalho. Outro fator diz respeito à supervisão dos ACS, identificando-se a necessidade de desenvolvimento de ferramentas de acompanhamento do desempenho. Para tanto, foi desenvolvido um Manual, com a participação dos supervisores de ACS no Município, que será implantado em 2011. Os indicadores de visita do ACS também serão priorizados para monitoramento.

4. População coberta pela ESF (PACTO)

Cobertura do Programa de Saúde da Família, segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: (1) UPCA, Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)

Observe-se uma mudança na metodologia de apuração desse indicador que justifica a queda do resultado em relação a 2009. Enquanto em 2009 considerava-se a população residente na área de abrangência das unidades (cobertura nominal) em 2010 adotou-se apenas a população cadastrada no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB – cobertura efetiva, a partir de captação pelo Agente Comunitário de Saúde), correspondendo a 133.024 dentre os 497.329 habitantes do município.

Contrariando a queda, foram implantadas em 2010, três (03) novas equipes de saúde da Família no Jarivatuba, adscrevendo mais 24.650 habitantes à Estratégia Saúde da Família, ampliando a cobertura territorial do município de 34 para 37%.

5. Proporção de UBS com classificação de risco implantada

Ao longo do ano de 2010 o grupo de fortalecimento da Atenção Básica reorganizou a discussão de acolhimento nas Unidades, substituindo aquela implantação do protocolo de Manchester levantada nas oficinas de urgência e emergência. Atualmente estamos construindo com as equipes o acolhimento nas UBS e ESF com suporte teórico da diretriz de acolhimento da Política Nacional de Humanização para posterior capacitação dos profissionais e implantação.

Os protocolos de enfermagem estão sendo revisados pela comissão de enfermagem e responsável técnico.

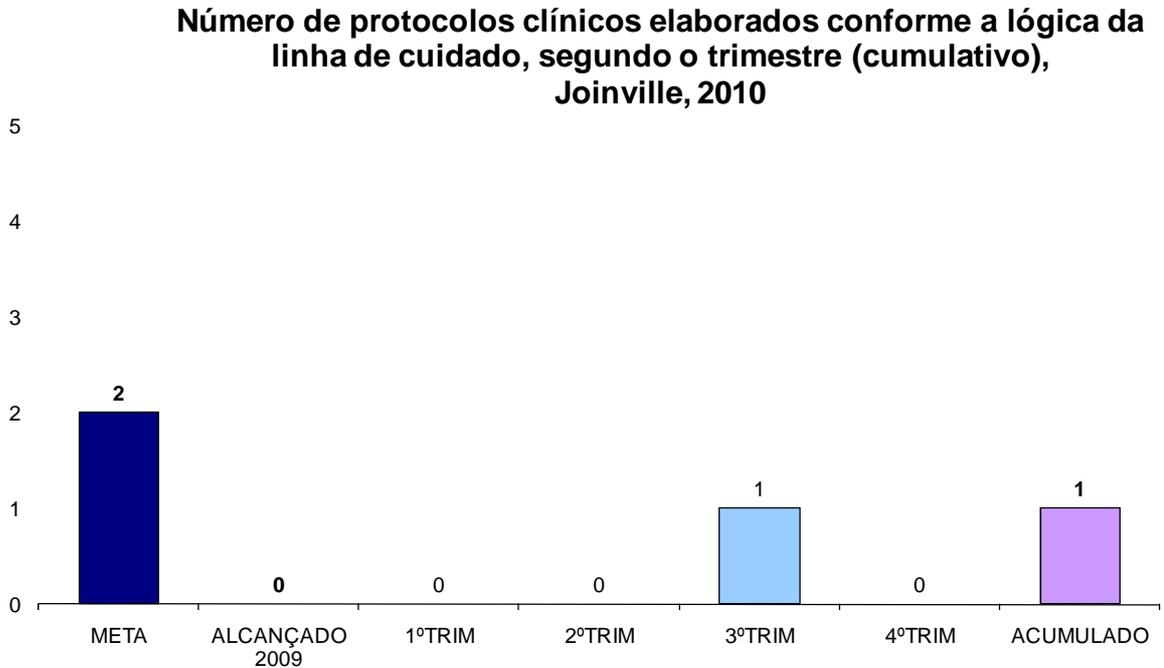
6. Número de equipes implantadas (NASF)

Em 2010, foram realizadas oficinas para elaborar o projeto dos NASF em Joinville, com a participação de representantes das equipes de saúde da família, coordenações e Núcleo de Apoio Técnico. O projeto foi encaminhado para a 23ª. Gerência de Saúde para ser credenciado junto ao Ministério da Saúde, sendo que a proposta contempla a implantação de quinze (15) NASF, em etapas a serem cumpridas até 2013.

OBJETIVO 2 - Estruturar a integração do sistema

INDICADORES

1. Número de protocolos clínicos elaborados segundo a lógica da linha de cuidado



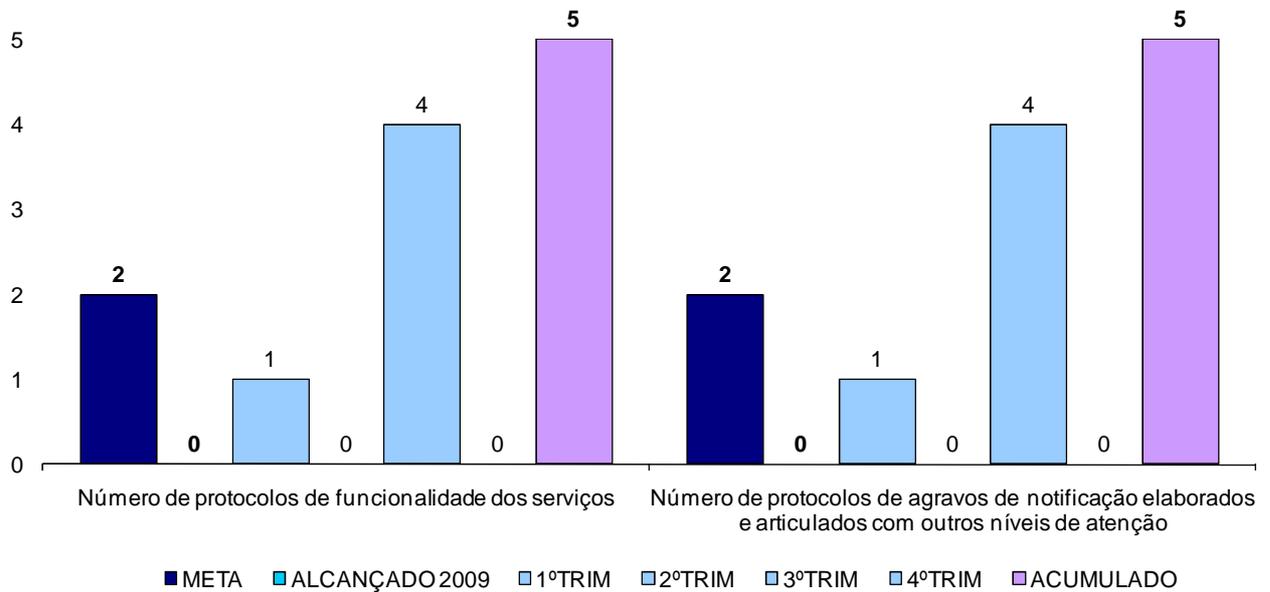
FONTE: Relatório da UAB;

Atualizado e disseminado o Protocolo de Controle da Hipertensão Arterial. Em atualização o Protocolo de Controle do Diabetes Mellitus.

2. Número de protocolos de funcionalidade dos serviços

3. Número de protocolos de agravos de notificação elaborados e articulados com outros níveis de atenção (cumulativo)

Número de protocolos de funcionalidade dos serviços e de agravos de notificação articulados com outros níveis de atenção, elaborados, segundo o trimestre (cumulativo), Joinville, 2010

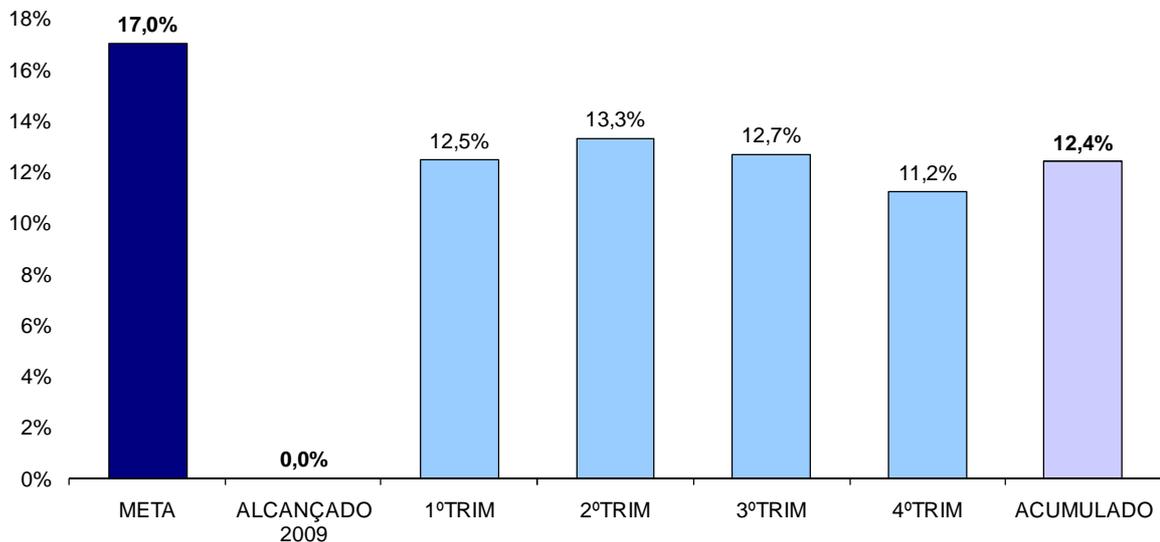


FONTE: (1) Relatório da UAB; (2) Relatório da UVS;

Os protocolos de funcionalidade definem nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) os papéis e responsabilidades, fluxos, tratamentos, suspeição e forma de notificação dos agravos. Em 2010 foram elaborados para as seguintes doenças: Gripe H1N1, Difteria, Paralisia Flácida Aguda, Hepatite Viral e Leishmaniose.

4. Proporção de procedimentos de média complexidade (exceto análises clínicas) com acesso regulado quanto à obediência do protocolo e prioridade

Proporção de procedimentos de média complexidade (exceto análises clínicas) com acesso regulado quanto à obediência do protocolo e prioridade, segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: (1) Relatório da UPCAA\Regulação; (2) UPCAA\Programação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA);

A área de Regulação/UPCAA regula, por meio da avaliação de conformidade com protocolos de acesso e agendamento, tanto os exames da rede própria quanto os procedimentos contratados através do CISAMUNESC (exames radiológicos panorâmico de mandíbula, exames radiológicos contrastados do aparelho digestivo, endoscopia digestiva, eletroencefalografia, eletroneuromiografia, eletrocardiografia holter, teste ergométrico, punção aspirativa por agulha fina de tireóide, ultrassom e exames de urodinâmica, entre outros).

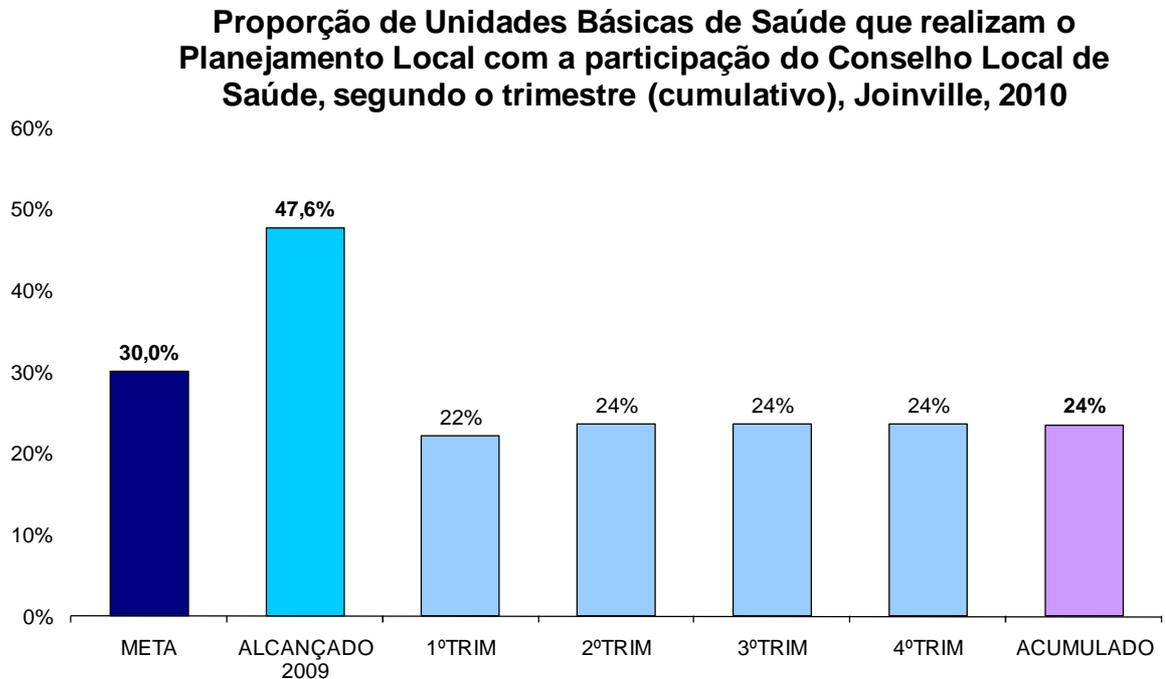
Do total de 1.631.642 procedimentos de média complexidade realizados (SIA e CISAMUNESC), 182.523 foram regulados. Para 2011, há uma perspectiva de se ampliar o número de exames regulados.

No 4º trimestre considera-se uma queda na produção de procedimentos/exames devido à redução da oferta das clínicas credenciadas no recesso de final de ano.

OBJETIVO 3 - Fortalecer o controle social

INDICADORES

1. Proporção de Unidades Básicas de Saúde que realizam o Planejamento Local com a participação do Conselho Local de Saúde

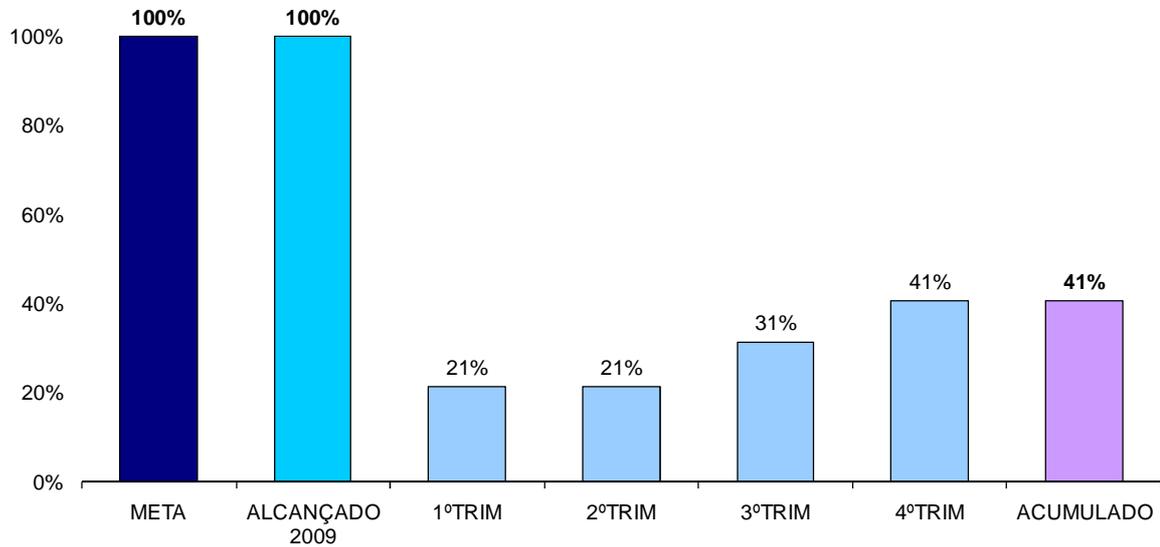


FONTE: Relatório da UAB

Das 56 Unidades Básicas de Saúde, 16 elaboraram planejamento local com participação dos Conselhos Locais de Saúde. Este índice está quem do desejado e, dentre as dificuldades apontadas estão a complexidade do instrumento que servia de base para elaboração dos planejamentos, a inadequação do prazo para a entrega dos mesmos, a falta de organização de alguns conselhos locais de saúde, a pouca participação dos moradores para discutir questões coletivas e ainda o próprio indicador proposto para acompanhamento que é consolidado por unidade e não por equipe. Em 22/11/2010, realizou-se o Fórum de Planejamento Local de Saúde, a partir do qual houve uma sensibilização quanto à importância dos indicadores locais para o cumprimento das metas sanitárias do município. Neste evento ocorreu uma nova orientação para que se reformulasse o instrumento de planejamento local e uma nova pactuação dos prazos visando facilitar o processo de construção dos planejamentos locais em 2011. Como resultado, identificou-se um estímulo à participação social nas decisões locais de saúde.

2. Capacitação de conselheiros municipais dos municípios prioritários (PACTO)

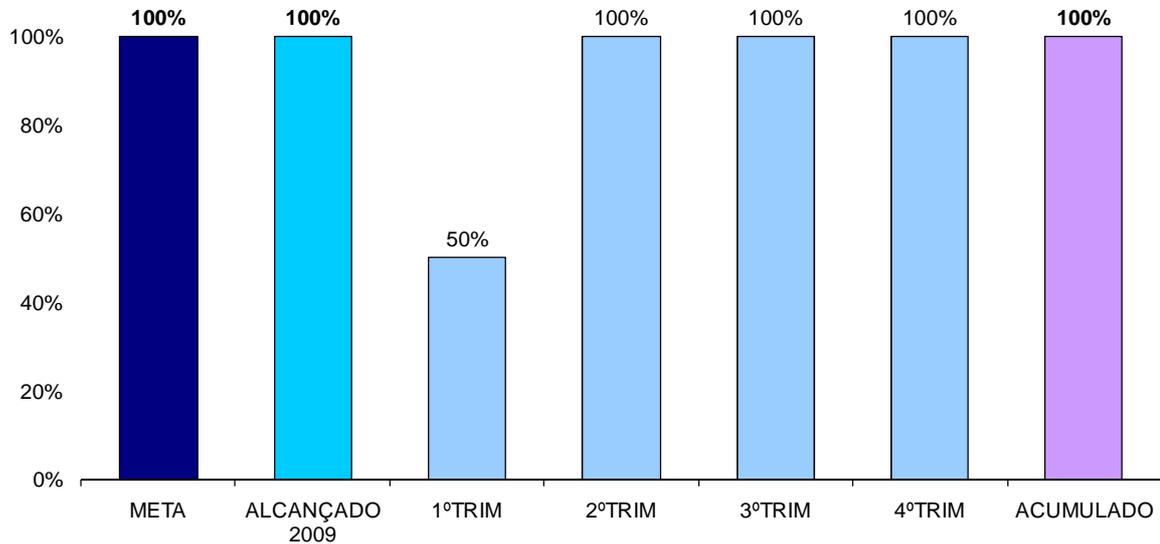
Proporção de conselheiros municipais e locais capacitados, segundo o trimestre (cumulativo), Joinville, 2010



FONTE: Relatório da Secretaria do Conselho Municipal de Saúde

Do total de 560 conselheiros (40 titulares e 40 suplentes do Conselho Municipal de Saúde e 480 conselheiros locais), o Conselho Municipal de Saúde nos informou terem sido capacitados 228 conselheiros (38 municipais e 190 locais), até dezembro de 2010.

Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde, segundo o trimestre (cumulativo), Joinville, 2010



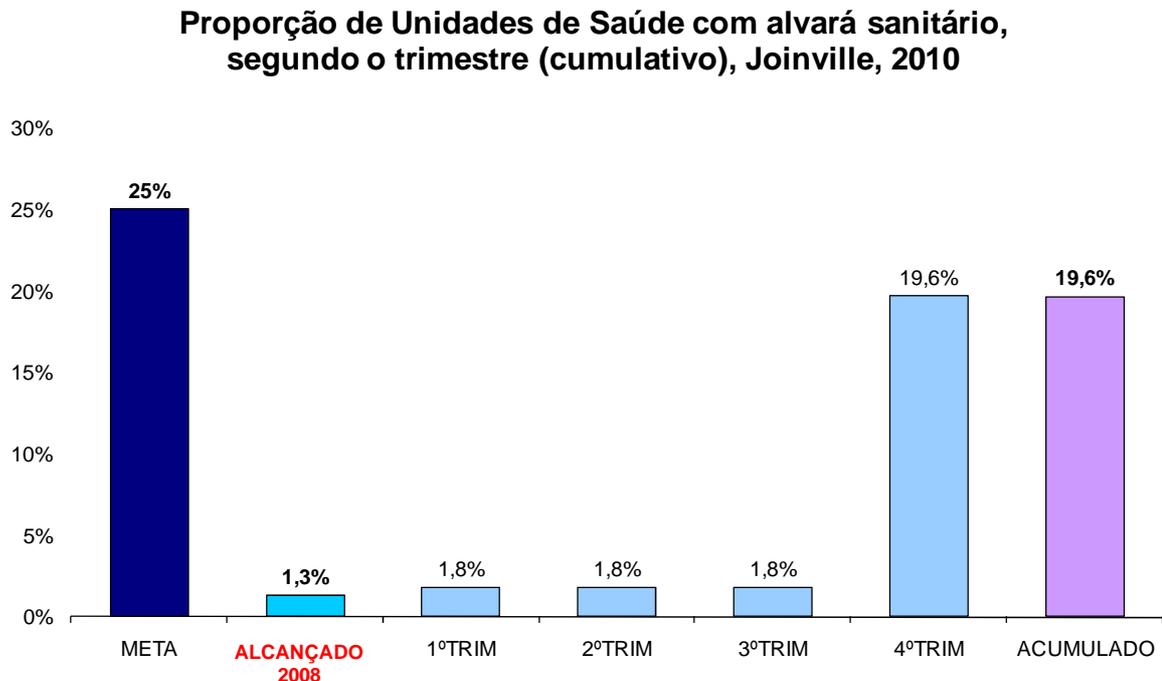
FONTE: Relatório da Secretaria do Conselho Municipal de Saúde

O índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho Municipal de Saúde, corresponde ao cumprimento das seguintes atividades: realização de Conferência Municipal de Saúde nos últimos 4 anos, capacitação dos conselheiros municipais no início do mandato, análise do Plano de Saúde em vigor, análise do Relatório de Gestão do ano anterior. O Conselho Municipal de Saúde atendeu a todas essas atribuições.

OBJETIVO 4 - Prover uma infra-estrutura adequada às Unidades de Saúde.

INDICADORES

1. Proporção de Unidades de Saúde com alvará sanitário



FONTE: Relatório da UAB

Das 56 unidades básicas de saúde, 11 (19,6%) possuem alvará sanitário.

Foi contratado um arquiteto, vinculado ao setor de Patrimônio, para elaboração de projetos e acompanhamento das obras.

A Secretaria mantém contratos de manutenção preventiva predial, hidráulica, elétrica, telefônica e de equipamentos médico-hospitalares. Para o aperfeiçoamento do controle patrimonial da Secretaria, adquiriu-se um sistema de informática para o controle de material permanente, encontrando-se em fase de implantação além de propor-se adequação da estrutura administrativa para apoio dos setores.

2. Serviço de Logística ampliado e vinculando ao GUAF para atender toda a Secretaria

Não foi implantado o serviço de logística ampliado vinculado ao GUAF, em face de não haver condições técnicas e administrativas para atender a Secretaria como um todo.

5.4.2 – 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.

INDICADORES

1. Núcleo de Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde (em conformidade com o PROGESUS) implantado

O projeto foi elaborado e validado internamente, aguardando adequação do espaço físico e equipamentos previstos para Fevereiro de 2011. Definiu-se a comissão de trabalho, faltando a portaria de nomeação.

Foram definidas atribuições da área de gestão do trabalho e da área de gestão da educação na saúde e algumas ações já estão sendo realizadas, dentre as quais o estabelecimento de critérios de rotina de transferência para os servidores da Secretaria da Saúde.

2. Plano de Educação Permanente da SMS elaborado

O Núcleo de Apoio Técnico, através de sua coordenação e equipe de educação na saúde, elaborou o Programa de Educação Permanente para os profissionais de saúde da atenção básica da Secretaria Municipal da Saúde. Este programa é constituído de três fases e objetiva proporcionar aos profissionais da área da saúde, uma educação continuada com carga horária anual mínima de 40 horas.

3. Programa de Incentivos baseado em produtividade e em metas alcançadas elaborado e implementado

Como ainda não foi implantado a totalidade do PROGESUS, não há ainda previsão para a criação de implantação de Programa de Incentivos.

4. Proporção de profissionais lotados e ativos (não afastados) pelo número ideal

Esse indicador se encontra prejudicado devido à não conclusão em todas as gerências do estudo da quantidade de profissionais necessária por categoria e em cada área.

5.4.3 –ESTRATÉGIA – Informatizar a rede assistencial

OBJETIVO 1 - Implantar uma política integrada de informação na gestão e na Rede Assistencial

INDICADORES

1. Unidade de Tecnologia da Informação (GTI) instituída formalmente

A Tecnologia de Informação foi instituída como uma área na Gerência de Unidade Administrativa e Financeira (UAF).

2. Núcleo de Informação em Saúde ativo

O NIS foi reativado no segundo semestre de 2010 e encontra-se desenvolvendo o Plano de Tecnologia de Informação.

3. Plano de Informática elaborado

Renomeado como 'Plano de Tecnologia de Informação', ampliando seu escopo, encontra-se em elaboração pelo NIS.

4. Equipe Interna (conforme o Plano de Tecnologia de Informação) dimensionada

Dimensionado na minuta atual do Plano de Tecnologia de Informação em sete (07) profissionais, com perfil profissional específico, até o momento não foram contratados.

5. Proporção de Postos de Trabalho adequados (conforme o Plano de Tecnologia de Informação)

Não se monitorou especificamente esse indicador.

6. Aquisição de Equipamentos: Estações de Trabalho (microcomputadores), Ativos de Rede e Sistema de Impressão.

Implantou-se 162 estações de trabalho (novas e substituições) 60 impressoras (50 em Unidades Básicas de Saúde).

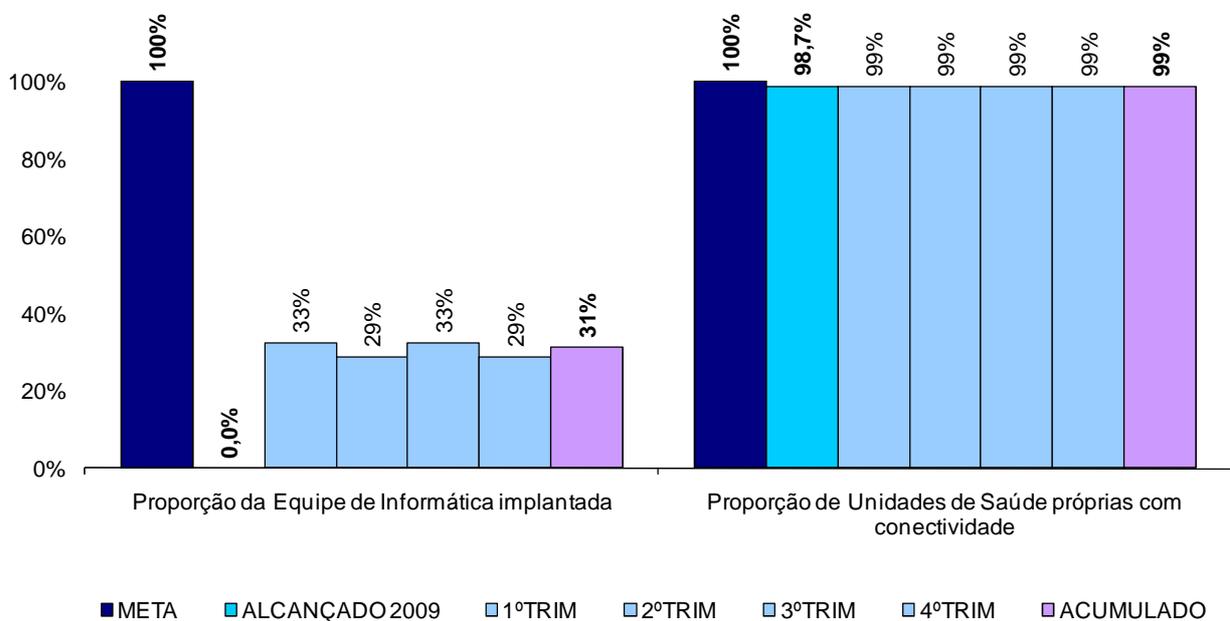
Foi planejado via recurso do PMAT em conjunto com a prefeitura a aquisição de equipamentos, este projeto foi elaborado a partir de 2010 e concluído no início deste ano, estando agora aguardando encaminhamento da PMJ e autorização do BNDES.

Foram instalados servidores novos no PA24horas Norte, Laboratório Municipal, Segurança de Rede, otimizando o espaço de armazenamento e processamento do servidor para o sistema da *intranet*.

Foi instalado novo sistema de e-mails o que aumentou em 500% a área de armazenamento de cada conta e aumentou a velocidade de acesso significativamente.

7. Proporção de Unidades de Saúde próprias com conectividade

Proporções da Equipe de Informática implantada e de Unidades de Saúde próprias com conectividade, segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: (1) relatório da Unidade de Tecnologia da Informação

Em relação ao indicador 'Proporção de Unidades de Saúde próprias com conectividade' apenas a UBSF Vila Noval Rural não dispõe de acesso *on line* ao provedor da Secretaria Municipal da Saúde. Desta forma é a única sem possibilidade de registro da produção ambulatorial, agendamento de consultas em tempo real e consultas ao sistema, realizando-as através da Sede da Regional do Vila Nova.

8. Prontuário Eletrônico implantado

A atual minuta do Plano de Tecnologia de Informação define as funcionalidades exigidas no sistema de prontuário eletrônico a ser adquirido ou desenvolvido pela Secretaria.

Aperfeiçoando o sistema de apontamento da produção ambulatorial, componente da *intranet*, foi desenvolvido o sistema de Classificação de Risco e implantado como piloto no PA24horas Leste.

Foram realizadas várias melhorias nos sistemas da *intranet*, conforme demandas das Unidades Gerenciais.

9. Georreferenciamento do Cadastro dos usuários implantado

Em 2010 o Georreferenciamento da Prefeitura de Joinville (SEPLAN/SINGEO), em parceria com a Atenção Básica - Área de Cadastramento organizou, principalmente, as informações georeferenciadas da Pasta Saúde com base nas adscrições das microáreas dos Agentes Comunitários de Saúde, tendo como principal objetivo inserir as informações dos usuários de acordo com a fonte do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Dentre as metas para 2011, está a inserção das informações dos Domicílios das Microáreas, Identificação das Armadilhas do Programa da Dengue, mas principalmente a continuidade da discussão para alinhamento quanto a formação de um Núcleo de Geoprocessamento na Secretaria da Saúde, de modo a garantir a organização da informação georeferenciada dos demais serviços da secretaria.

10. Site da Secretaria da Saúde reformulado

A reformulação do site da Secretaria está em andamento, estando prevista sua conclusão para março de 2011, incluído novas funcionalidades como: Vídeos, alimentação de conteúdo por senhas, identidade visual renovada, informações em banco de dados dentre outros recursos.

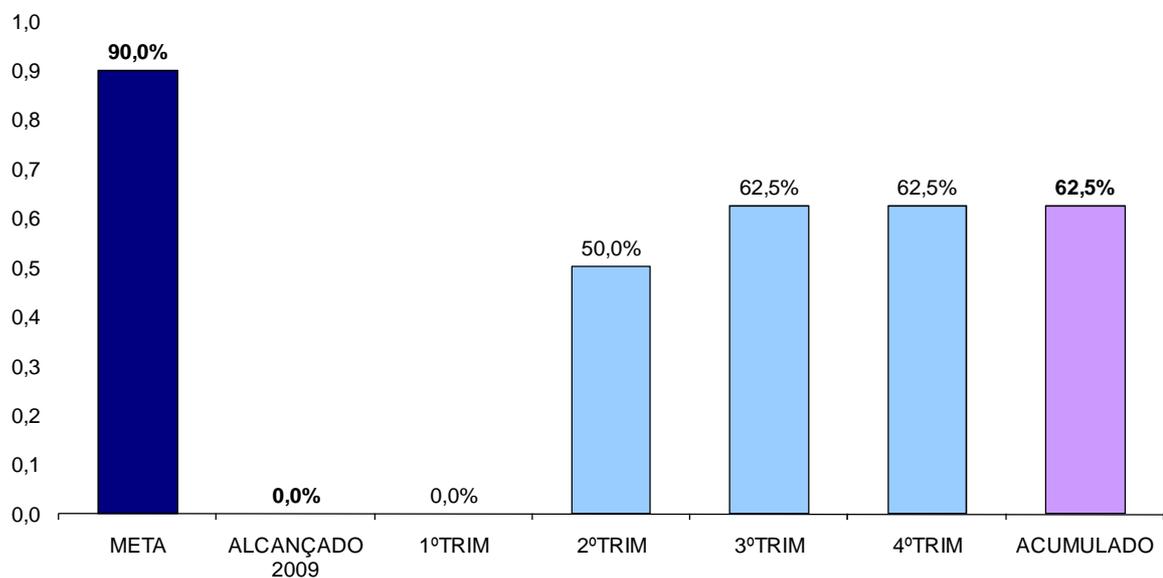
5.4.4 – ESTRATÉGIA – Organização da rede de atenção à urgência e emergência

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

INDICADORES

1. Proporção dos Pontos de Atenção com classificação de risco implantada

Proporção dos Pontos de Atenção com classificação de risco implantada, segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: (1) relatório da USR\SAMU; (2) relatório Coordenação da Organização de Urgência e Emergência

Dos oito (08) Pontos de Atenção definidos no Plano de Organização da Rede de Urgência e Emergência, encontra-se implantado desde 23 de maio no PA 24horas Leste, no Hospital Municipal São José, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e no Hospital Jeser Amarante Faria e, desde 18 de junho, no PA 24horas Norte. Quatro desses pontos de atenção receberam, em novembro, auditoria externa do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.

A implantação da Classificação de Risco no PA24horas Sul aguarda a conclusão da informatização do protocolo pela Secretaria e adequação da área física, em vista da grande quantidade de atendimentos.

O Hospital Bethesda e a Maternidade Darcy Vargas aguardam capacitação dos enfermeiros classificadores.

2. Proporção de pacientes de risco (classificação vermelho, laranja e amarelo) transportados pelo SAMU

O SAMU é regulado pelo seu componente estadual, inclusive quanto ao transporte e a classificação da condição dos pacientes. A regulação do SAMU ainda não adotou o protocolo de Manchester para Classificação de Risco. Desta forma esse indicador não pode ser apurado.

Entende-se que o indicador ultrapassa a competência do gestor municipal, sugerindo-se a sua exclusão para os próximos períodos.

3. Critérios de transporte de pacientes de baixo risco (linha branca) elaborados

Ainda não foram elaborados os critérios de transporte, porém está-se trabalhando na definição da unificação do transporte da Secretaria sob uma única coordenação.

5.4.5 – 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.

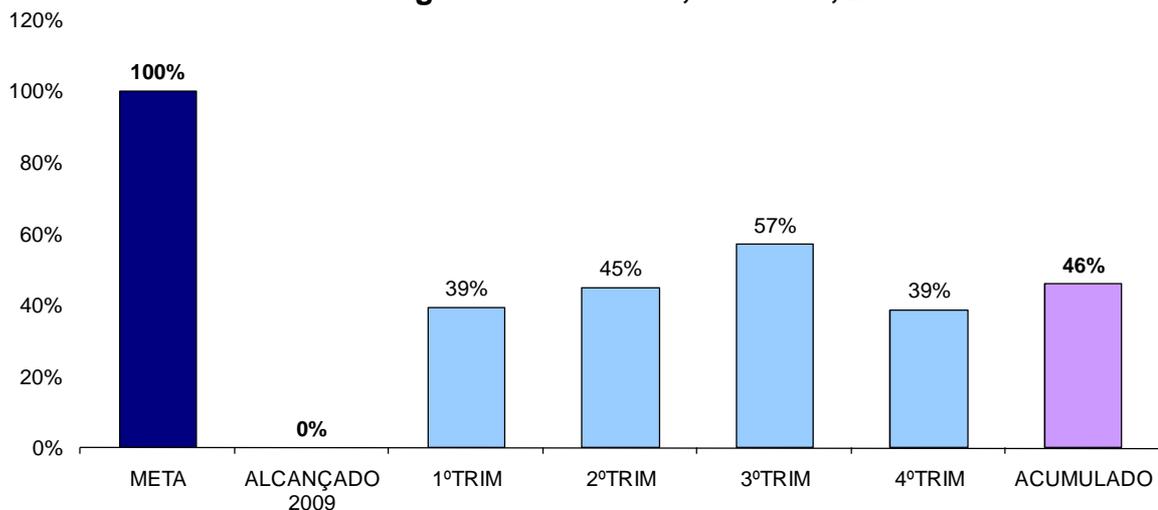
INDICADORES

1. Número de Boletins Epidemiológicos publicados por ano

Em 2010 foram elaborados os boletins epidemiológicos sobre a epidemia H1N1 e Informativo de análise da Pesquisa VIVA INQUÉRITO.

2. Proporção de notificações (de tuberculose, hanseníase, meningite, leptospirose e hepatite) informadas às Unidades Básicas de Saúde de abrangência do usuário

Proporção de notificações de tuberculose, hanseníase, meningite, leptospirose e hepatite de residentes informadas às Unidades Básicas de Saúde de abrangência do usuário, segundo o trimestre, Joinville, 2010



FONTE: relatório da UVS;

Das 591 notificações, 271 foram devolvidas para as Unidades.

Nas devolutivas dos agravos para as unidades de saúde foram encaminhados os casos novos de tuberculose e hepatites, sendo que para as demais está-se construindo um termo de autorização do paciente para informação à equipe de saúde da unidade de sua área de abrangência, pois tratam-se de doenças que ainda envolvem preconceitos e tabús aos portadores. Está-se avaliando este indicador para doenças como a leptospirose e a meningite, já que sua ocorrência não permite afirmar o local de

infecção do paciente, o qual pode ser ou não em sua área de moradia, podendo ser em ambientes diversos como trabalho, trajeto e etc.

OBJETIVO 2 - Descentralizar as ações de vigilância em saúde para a rede básica de Saúde

INDICADOR

1. Núcleos de Vigilância em Saúde implantados em Regionais de Saúde

Houve uma mudança nesta estratégia, baseada no entendimento de que os profissionais das unidades de saúde devem se apropriar das ações de vigilância, as quais fazem parte de sua atuação cotidiana na assistência. São exemplos, a busca ativa para cobertura vacinal, investigação de óbitos infantis, desenvolvimento de atividades educativas para eliminação dos criadouros do mosquito da dengue, eliminação de ambientes propícios para proliferação de ratos, prevenção de acidentes de trânsito e violências, orientação dos cuidados pessoais e domiciliares nas áreas de alagamento, busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose, e outros. Dessa forma, o nível central da vigilância manteria o apoio às unidades conforme a situação exija. Para tanto faz-se necessário que as equipes da vigilância em saúde se responsabilizem de forma regionalizada obedecendo à divisão das regionais de saúde, ou por agravos, por meio das atividades assistenciais que podem propiciar maior integração entre a Vigilância e as Unidades Básicas de Saúde.

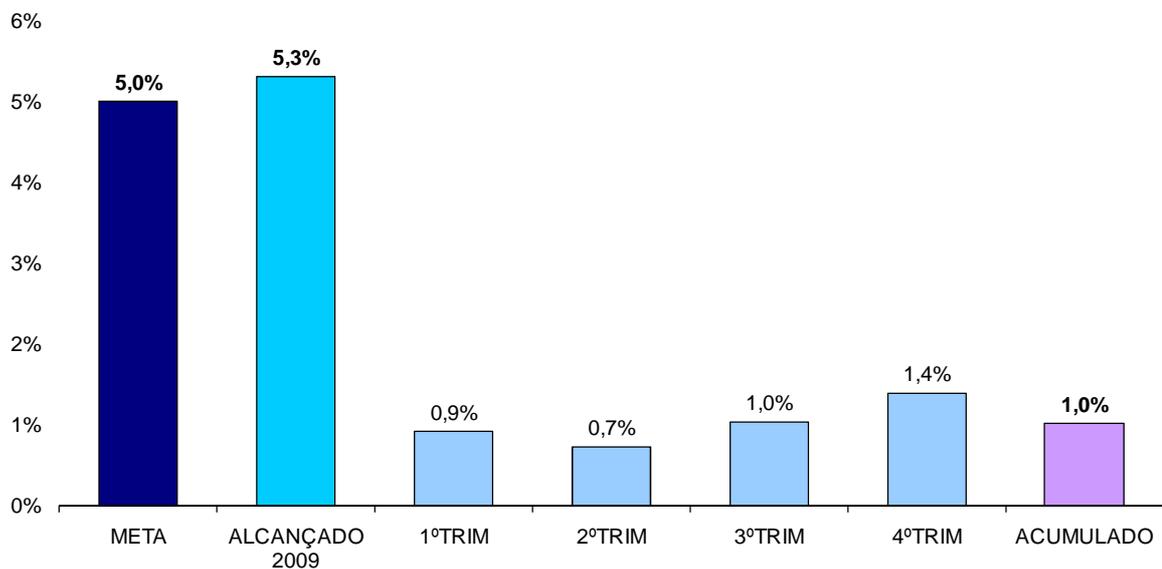
5.4.6 - ESTRATÉGIA – Fortalecer a Gestão Pública em Saúde

OBJETIVO 1 – Aprofundar a eficácia, transparência e publicização das ações públicas em saúde

INDICADORES

1. Proporção das internações com distorções entre os laudos de AIH apresentados por cada hospital

Proporção das internações com distorções entre os laudos de AIH apresentados, segundo o trimestre, Joinville, 2010

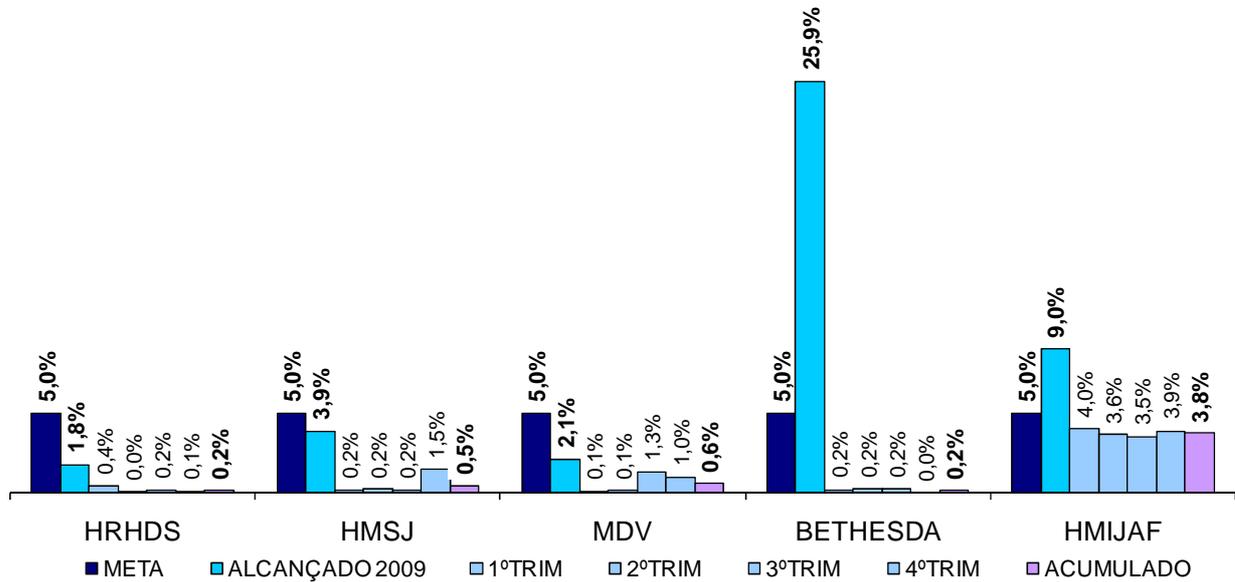


FONTE: Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) - 'Resumo dos Valores aprovados por CNES'

Das 35.115 AIHs apresentadas pelos Hospitais, 356 foram devolvidas para correção por apresentarem distorções. Este baixo índice deve-se ao trabalho educativo que vem sendo realizado pela Coordenação de Controle Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde junto aos hospitais credenciados, com os profissionais médicos presentes diariamente nestes serviços.

No próximo gráfico, este indicador está detalhado por Hospital.

Proporção das internações com distorções entre os laudos de AIH apresentados por cada hospital, segundo o trimestre, Joinville, 2010



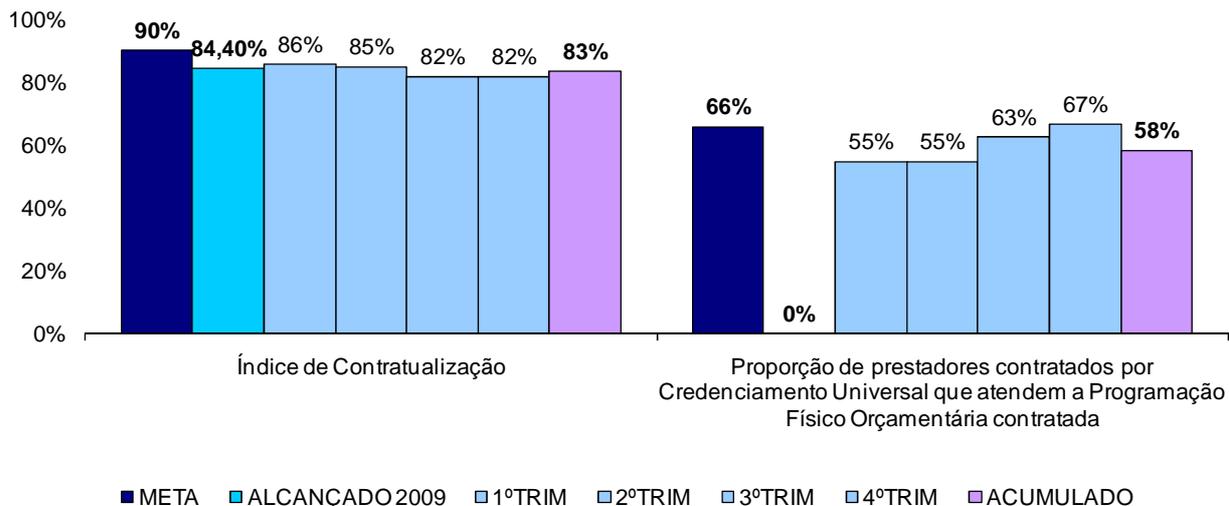
FONTE: Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) - 'Resumo dos Valores aprovados por CNES'

Verifica-se que todos os hospitais apresentam índices abaixo do que foi pactuado.

2. Índice de Contratualização de Serviços Complementares (PACTO)

3. Proporção de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Físico Orçamentária contratada

Proporção de prestadores com contrato regular (índice de contratualização) e proporção de prestadores* que atendem a Programação Físico Orçamentária contratada, segundo o trimestre, Joinville, 2010**



FONTE: Relatório da UPCA/Programação;

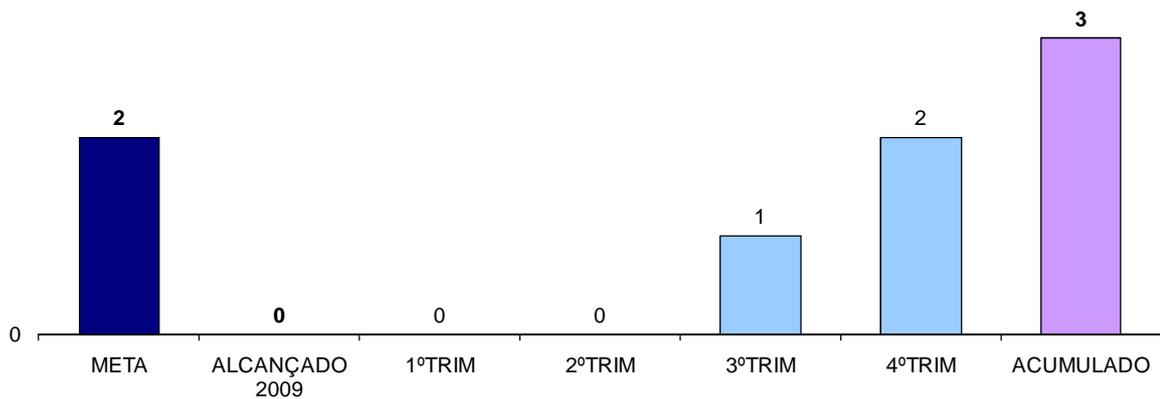
OBS: (*) contratados por Credenciamento Universal; (**) considerado atendida a programação físico-orçamentária quando o valor financeiro realizado correspondeu ao intervalo entre 75 e 125% do previsto no contrato;

O Município conta com 49 unidades prestadoras de serviço ao SUS, das quais 41 unidades estão regularmente conveniadas e contratadas pelo SUS (dezembro 2.010). A oscilação nos percentuais ao longo do ano deve-se a vencimentos e renovações dos contratos firmados com os prestadores. Dentre as 41 unidades contratadas, 31 delas são por credenciamento universal, as quais são monitoradas quanto ao cumprimento das metas quantitativas de procedimentos comprados. Dezoito delas atendem as metas contratadas (Programação Físico-Orçamentária), estando os contratos adequados às portarias atuais. A área de Programação da Secretaria está buscando aprimorar o acompanhamento dos contratos dos prestadores, observando o cumprimento da PFO, discutindo as alterações necessárias e reformulando os contratos, com base nos recursos recebidos da Programação Pactuada Integrada (PPI).

4. Auditorias Sistemáticas de Serviços Complementares Realizadas

Auditorias Sistemáticas de Serviços Complementares Realizadas, segundo o trimestre, Joinville, 2010

5



FONTE: Relatório UPCA\Controle, Avaliação e Auditoria

Em 2010, foram realizadas três auditorias sistemáticas, abrangendo as clínicas de fisioterapia, os laboratórios de análises clínicas contratados pela SMS e os Pronto Atendimentos do Município (PAs Sul, Norte e Leste). Os relatórios de auditoria das clínicas de fisioterapia e dos laboratórios já estão concluídos e o dos PAs está em fase de conclusão. Com a recomposição da equipe de médicos auditores, o processo de trabalho está sendo reestruturado e as auditorias passarão a ter periodicidade e foco definidos.

5. Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) (PACTO)

Em 2010, manteve-se a alimentação regular do CNES (100%), o que proporcionou à Secretaria receber recursos de acordo com os serviços prestados, os estabelecimentos credenciados e a quantidade de profissionais lotados em cada equipe.

6. Site da Secretaria da Saúde reformulado – ver ações de Informática

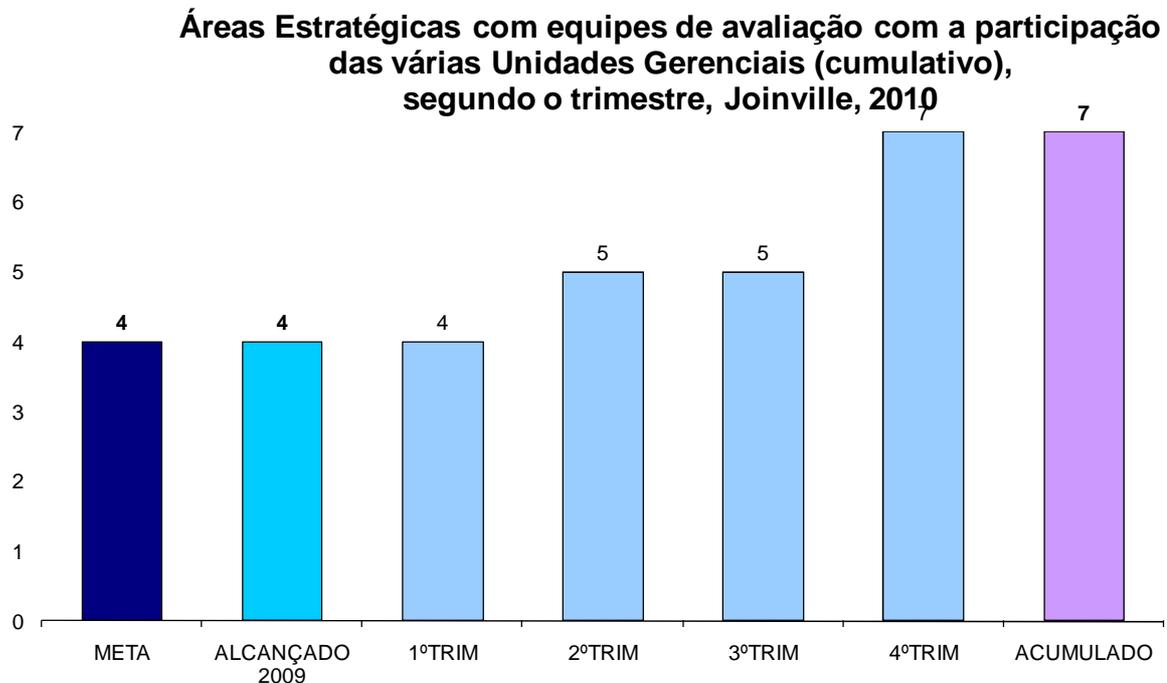
7. Releases semanais regulares

Durante o ano de 2010 foram publicados 291 releases para imprensa divulgando as principais ações, programas e projetos da Secretaria Municipal com o objetivo de dar maior transparência e publicizar o trabalho realizado.

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

INDICADORES

1. Áreas Estratégicas com equipes técnicas constituídas por profissionais das diversas Unidades Gerenciais.



FONTE: Relatórios UPCA

Atualmente, estão formadas e atuantes as Comissões de Saúde do Idoso, Adulto/Homem, Mulher, Criança, Adolescente, Saúde Mental e Saúde Bucal.

6. NOVOS PROJETOS EM IMPLANTAÇÃO

Desde setembro de 2007, a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville está trabalhando, em parceria com a Diretoria de Articulação de Redes de Atenção (DARAS) do Ministério, para implantar o projeto de Redes de Atenção, o qual possui três eixos principais:

6.1- Implantação do Complexo Regulador em nível regional – com o objetivo de organizar, regular e gerenciar o acesso e o fluxo de usuários do SUS para os serviços de média e alta complexidade instalados no município e na região. A CIB aprovou em 09/12/10 (Deliberação 492/CIB/2010), a Política Estadual de Regulação para Santa Catarina, que preconiza a implantação de Complexos Reguladores a nível estadual, regional e municipal. Entretanto, a forma de financiamento e custeio destes complexos está sendo estudada junto ao Ministério da Saúde. Enquanto não há definição do financiamento, a Secretaria da Saúde está trabalhando na reestruturação da Coordenação de Regulação e pretende iniciar algumas atividades de regulação hospitalar em 2011.

6.2- Fortalecimento da Atenção Básica – visando qualificar a Atenção Primária à Saúde, melhorando sua resolutividade, eficiência e impacto sobre a situação sanitária do município. Em 2010, o GEFAB (Grupo de Fortalecimento da Atenção Básica do Município de Joinville) realizou cerca de 16 reuniões durante o ano de 2010, sendo algumas delas com a presença do Dr. Roberto Mardem, Médico Pediatra - Consultor indicado pelo Coordenador do DARAS (DAB/Ministério da Saúde) e com objetivo de apoiar os trabalhos do Município de Joinville para continuidade do Plano de Fortalecimento da Atenção Básica. Com o intuito de dar andamento ao Plano de Fortalecimento da Atenção Básica, escolhemos um dos 08 objetivos do mesmo (objetivo nº 01 - efetivar a rede básica como porta de entrada do sistema municipal de saúde), de modo a discutir e rever a ferramenta de Acolhimento no Município, a qual é realizada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família. Dessa forma, com objetivo de **Instituir Diretrizes de Acolhimento**, destacamos o desenvolvimento de uma atividade

no formato de oficinas no período de agosto/setembro e outubro/novembro 2010, envolvendo em média 1.570 profissionais da Atenção Básica, o qual contou também com o apoio do Grupo de Condução da Saúde Mental. A metodologia utilizada foi a divisão do Grupo de Trabalho em equipes por Regionais de Saúde, os quais apresentaram as Diretrizes de Acolhimento, avaliando e discutindo as mesmas conforme a realidade local, de modo a termos como produto o Acolhimento Discutido e Alinhado para sua Implantação em todas as 56 Unidades de Básicas de Saúde . Destacamos que em relação ao total de 134 ações previstas no Plano, atingimos 36,56% de ações realizadas.

6.3- Organização da Rede de Urgência e Emergência – com o objetivo de organizar, segundo a lógica de redes assistenciais, todos os serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade que possuem um papel na atenção às urgências e emergências no âmbito municipal e regional.

Para efetivação das redes de urgência e emergência no município de Joinville, em 2010 foi implantado e pactuado junto ao Grupo Brasileiro de Classificação de Risco o Protocolo de Manchester nos Pronto-Atendimentos Norte e Leste, Hospital Municipal São José, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e Hospital Materno Infantil Jeser Amarante Faria.

Antes da implantação todos os profissionais envolvidos, enfermeiros e médicos dos pontos de atenção e auditores do Protocolo de Manchester, foram capacitados pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.

Na região Norte/Nordeste, com a presença de consultoria do Ministério da Saúde, houve discussões, avaliações e assinatura, por alguns municípios, da pactuação das redes em relação às referências de Acidente Vascular Cerebral I, II, e III; Traumatologia I, II, e III; Cardiologia I, II, e III e hospitais de retaguarda para dar suporte às referências. Teve início também a discussão com a Central de Regulação Médica (SAMU), Bombeiros e Auto-Pista Litoral Sul para inclusão nas redes de urgência e emergência.

Em 2011 a implantação das Redes continua em discussão, com adequações, pois alguns municípios estão em processo de pactuação, treinamento das equipes de

atendimento nas referências. O financiamento dos pontos de atenção ainda não foi disponibilizado para as adequações necessárias.

7. SERVIÇO DE OUVIDORIA DO SUS

A Ouvidoria estabelece um canal ágil e direto de comunicação entre o cidadão usuário (SUS) Sistema único de Saúde e o órgão público. Ter e oferecer essa importante ferramenta representa para a organização, acima de tudo, humanizar e estreitar o relacionamento com o cliente. Significa buscar soluções práticas e efetivas para os principais problemas da organização sob a ótica do cliente, identificar nas críticas as oportunidades de melhoria, inovar constantemente seus processos, produtos e serviços.

Este serviço recebe os registros de ocorrências (ROS) tanto no sistema on-line da central 156 como também diretamente com o paciente reclamante. Estas ocorrências são encaminhadas para os setores responsáveis com prazo de cumprimento de resposta, que retornando, são analisadas e encaminhadas novamente ao setor de Ouvidoria da Prefeitura 156, que dá a resposta ao usuário. Em 2010, foram atendidas 2.844 ocorrências, distribuídas conforme tabela abaixo.

Tabela - Distribuição das ocorrências da ouvidoria

OCORRÊNCIAS	1º trim.	2º trim.	3º trim.	4º trim.	Total
Reclamações	319	388	517	474	1.698
Notificações	461	200	123	160	944
Solicitação de informações	27	26	18	50	121
Sugestões	10	22	1	02	35
Elogios	11	9	5	02	27
Denúncias	02	3	1	13	19

Tabela - Detalhamento das reclamações

Tipo de Reclamação	Número
Falta de medicamentos	333
Demora consulta com especialista	220
Mau atendimento de funcionários	201
Mau atendimento de dentista e médicos	122
Falta de profissionais dentistas e médicos	158
Cotas dos exames de laboratórios privados insuficientes	44
Demora para consulta e retorno na Atenção Básica	76
Demora no atendimento no Laboratório Municipal	22
Outra queixas	522
Total	1.698

No ano de 2010, houve 1.698 reclamações, ou seja 141 reclamações por mês. Considerando a existência de 75 unidades de saúde, verifica-se em média 1,8 ocorrências por unidade por mês. Este número é considerado bastante baixo em relação ao volume dos serviços prestados pela rede assistencial.

8. OBRAS PREVISTAS NO PPA

✓ Segue lista das unidades que passaram por melhorias no ano de 2010:

CAPS III
PA 24 HORAS Leste
PA 24 HORAS Sul
Policlínica Boa Vista
Serviço de verificação de óbito regional
UBSF Adhemar Garcia
UBSF da Ilha
UBSF Roraima
UBSF Willy Schosslund

Aquisição de refrigeradores, geladeiras e climatizadores para adequação da rede de frio.

9. ORÇAMENTO

A 'Lei Orçamentária Anual' do município autoriza o uso dos recursos públicos pelo executivo e legislativo. A Lei Orçamentária Anual (LOA) operacionaliza o Plano Plurianual (PPA) para o período de um ano, detalhando os programas orçamentários por atividades e especificando suas fontes e a natureza das despesas.

O 'Plano Plurianual' especifica ainda o conjunto de obras a serem executadas no período de quatro anos com os recursos descritos como 'despesa de investimento'.

Além da demonstração do cumprimento do Plano Plurianual e da Lei Orçamentária Anual do município e eventuais adequações legais, é obrigação constitucional do município despender com a saúde 15% dos recursos arrecadados e das transferências obrigatórias (CF art.198 §2º inc.III).

A seguir, apresenta-se os dados financeiros do ano de 2010.

Gastos em Saúde

O indicador da proporção de recursos municipais aplicados na saúde (EC 29/00) é avaliado semestralmente pelo Sistema de Informações do Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

No ano de 2010, 29,78% da arrecadação municipal de Joinville foi aplicado na função saúde, englobando custeio e investimentos da Secretaria Municipal de Saúde, do Hospital Municipal São José e transferências a outras instituições.

9.1. RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS – CONSOLIDADO 2010

RECEITAS	ORÇADO	RECEBIDO	% RECEBIDO/ ORÇADO
Remuneração de Depósitos Bancários	695.000	538.900	77,5%
Demais Transferências da União	1.550.000	354.864	22,9%
Gestão Plena	90.114.000	52.213.768	57,9%
Piso de Atenção Básica - Fixo	8.400.000	8.881.353	105,7%
Piso de Atenção Básica - Variável	-	185.400	0,0%
Programa Agente Comunitário de Saúde	5.500.000	5.083.337	92,4%
Programa Saúde da Família PSF	4.406.400	3.360.800	76,3%
Programa Assistência Farmacêutica Básica/União	2.400.000	2.113.657	88,1%
Ações Básicas de Vig Sanitária/União	450.000	282.484	62,8%
Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle Doenças	1.200.000	1.118.522	93,2%
FAEC SIA (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação)	14.000.000	11.683.480	83,5%
SAMU 192	672.000	550.000	81,8%
CEREST	410.000	300.000	73,2%
Plano de Ações e Metas/AIDS	360.000	374.704	104,1%
Unidade de Pronto Atendimento - UPA	9.000.000	-	0,0%
Centro Especialidades Odontológicas	120.000	96.800	80,7%
VIGISUS	150.000	-	0,0%
Assistência Farmacêutica Básica/Estado	2.100.000	2.240.899	106,7%
Oxigenioterapia/Estado	250.000	126.601	50,6%
Atenção Básica/Estado	500.000	571.800	114,4%
Incentivo Hospitalar/Estado	-	1.423.360	0,0%
Centro de Especialidades Odontológicas/Estado	36.000	31.680	88,0%
Cirurgias Eletivas	270.000	13.718	5,1%
Transferências de Convênios da União	8.740.000	120.000	1,4%
Transferências de Convênios do Estado	3.000.000	168.000	5,6%
Outras Receitas Diversas (Vale Transporte/Salário Família)	1.000.000	569.519	57,0%
SUB-TOTAL	155.323.400	92.403.647	59,5%
REPASSES PMJ	114.396.480	113.852.666	99,5%
TOTAL GERAL	269.719.880	206.256.313	76,5%

RECEITAS 2010	ORÇADO R\$	REALIZADO R\$	DIFERENÇA R\$	DIFERENÇA%
CONVÊNIOS, PROGRAMAS E INCENTIVOS FEDERAIS	147.742.400	86.732.888	-61.009.512	- 41%
CONVÊNIOS, PROGRAMA E INCENTIVOS ESTADUAIS	5.886.000	4.562.340	-1.323.660	- 22%
OUTRAS RECEITAS	1.695.000	1.108.419	-586.581	- 35%
SUB - TOTAL	155.323.400	92.403.647	-62.919.753	- 41%
RECURSOS MUNICIPAIS	114.396.480	113.852.666	-543.814	- 0,5%
RECURSOS TOTAIS	269.719.880	206.256.313	- 63.463.567	- 24%

9.2. DESPESA ORÇAMENTÁRIA – CONSOLIDADO 2010

TIPOS DE GASTOS	ANO	MÉDIA/MÊS	% S/DESP./ANO
PESSOAL	106.392.595	8.866.050	51,6%
MATERIAL DE CONSUMO	13.044.229	1.087.019	6,3%
DECISÕES JUDICIAIS	6.517.745	543.145	3,2%
SERVICOS DE TERCEIROS	22.078.889	1.839.908	10,7%
OUTROS SERV E ENCARGOS-SUS	53.740.945	4.478.412	26,1%
INVESTIMENTOS	4.333.959	361.163	2,1%
TOTAL DE GASTOS	206.108.361	17.175.697	100,0%

9.3. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR, OUTROS SERVIÇOS E ENCARGOS – CONSOLIDADO 2010

TIPOS	ANO	MÉDIA/MÊS	%S/DESP. ANO
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ	32.287.753	2.690.646	15,7 %
HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	2.629.787	219.148	1,3 %
HOSP. E MATERN. BETHESDA	1.614.773	134.564	0,8 %
CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, OUTROS	17.208.631	1.434.052	8,3 %
TOTAL REPASSES	53.740.945	4.478.412	26,1 %

9.4. SITUAÇÃO FINANCEIRA – CONSOLIDADO 2010

	31/12/2010
DISPONÍVEL + REALIZAVEL	R\$ 13.600.023
Bancos Conta Movimento	R\$ 11.635
Banco Conta Vinculada	-
Bancos Conta Aplicação	R\$ 7.154.331
Realizável	R\$ 6.434.057
Contas a Pagar	R\$ 19.587.473
Fornecedores	R\$ 10.949.872
Folha de Pagamento	R\$ 8.637.601*
SALDO	R\$ (5.987.450)

10. COMENTÁRIOS FINAIS

Os dados apresentados neste relatório refletem o esforço da gestão e do conjunto dos profissionais na construção do SUS de Joinville. Identifica-se avanços em áreas como a saúde da criança, cujos indicadores melhoraram em relação ao ano anterior, com destaque para a mortalidade infantil. Na área de saúde da mulher, os indicadores mantiveram o mesmo padrão de desempenho dos anos anteriores com um potencial para serem melhorados, embora o resultado alcançado seja melhor do que os índices nacionais, estaduais e os de muitas outras localidades da região. Com relação às doenças crônicas como hipertensão, diabetes, AVC e câncer, os indicadores se mantêm estáveis ou melhores devido à continuidade e aprimoramento dos respectivos programas de saúde, para os quais se criaram e atualizaram os protocolos assistenciais visando qualificar e regular a assistência prestada.

Áreas assistenciais específicas como a Saúde Bucal e a Saúde Mental têm buscado uma maior articulação das ações de saúde realizadas na Atenção Básica com a média complexidade. Entretanto, a Saúde Bucal necessita concentrar esforços para que a cobertura de suas ações atinja um maior número de pessoas. A Saúde Mental tem criado novos serviços para proporcionar maior diversidade no atendimento a seus usuários, como o Programa de Volta para Casa.

Na área de vigilância à saúde, a grande maioria dos indicadores mostra uma situação epidemiológica favorável de nosso município, refletindo a atuação constante das equipes, bem como mudanças nos processos de trabalho visando integrar o trabalho com a Atenção Básica e aumentar a captação e registro dos casos de doenças notificáveis. Merece destaque a não ocorrência de casos de dengue em nosso município, uma situação de exceção dentro do contexto nacional. Além disso, vale mencionar o sucesso das campanhas de vacinação que têm possibilitado a prevenção da propagação de doenças transmissíveis e epidêmicas, em especial a campanha de vacinação contra H1N1.

Áreas que anteriormente constituíam lacunas assistenciais tais como Idoso, Homem e Adolescente, foram contempladas em 2010 com o trabalho de grupos temáticos novos que estão elaborando planos e programas específicos que certamente irão qualificar a atenção a estes grupos populacionais nos próximos anos.

Áreas que constituem atividades-meio, como o Planejamento, a Programação, a Regulação, Controle e Avaliação e a Auditoria têm reestruturado seus processos internos visando facilitar o acesso dos usuários aos serviços e regular a utilização das tecnologias da área da saúde de forma a qualificar a atenção e evitar desperdícios de recursos. Em nosso município, da mesma forma que acontece na grande maioria dos municípios brasileiros, o acesso à média complexidade ainda constitui um estrangulamento na atenção à saúde. A gestão municipal reconhece este problema e tem buscado seu enfrentamento por meio de um conjunto de ações gerenciais, como a compra de serviços privados complementares, a regulação e reorganização da própria fila e a averiguação da situação dos usuários que aguardam consultas em algumas especialidades médicas. Houve um esforço concentrado para monitorar a prestação de serviços hospitalares e adequá-la às necessidades assistenciais.

Houve investimentos em estrutura física, com reformas e construções de vários estabelecimentos de saúde com a finalidade de adequá-los à legislação sanitária e possibilitar um ambiente de trabalho com maior conforto e segurança para trabalhadores e usuários. Além disso, adquiriu-se equipamentos necessários ao trabalho das equipes de saúde, com ênfase na área de informática.

Apesar dos esforços empreendidos, algumas áreas ainda necessitam ser implementadas, tais como a área de informação e informática e a área de qualificação dos profissionais de saúde que atuam na assistência, bem como o corpo gerencial.

Enfim, todos os avanços aqui mencionados no ano de 2010 traduzem o comprometimento da gestão municipal e dos profissionais das áreas assistenciais com o cumprimento dos princípios do SUS, com a qualidade que esta política de Estado merece.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Utilizamos para os indicadores a população residente no ano anterior, 2009.

População Residente por Unidade de Saúde, quantidade de famílias e domicílios – 2009

REGIONAIS	UNIDADES DE SAÚDE	SIAB	SMS	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS
Pirabeiraba Segmento 01	Sede Regional (EACS parcial)	010	0104	11.836	3.301	3.577
	ESF Rio Bonito	011	0101	3.203	938	1.100
	ESF Rio da Prata	012	0102	3.597	1.144	1.355
	ESF Canela	013	0103	3.142	745	801
Total				21.778	6.128	6.833
Vila Nova Segmento 02	Sede Regional (EACS total)	020	0204	21.891	6.706	7.659
	ESF Vila Nova Rural	021	0201	1.695	521	641
	ESF Anaburgo	022	0202	2.495	734	874
	UBS Glória (EACS parcial)	023	0203	11.257	4.241	5.008
Total				37.338	12.202	14.182
Saguaçu Segmento 03	UBS Aventureiro I	REDE	REDE	11.593	3.345	3.673
	Sede Regional Saguaçu	REDE	REDE	16.697	5.384	5.741
	ESF Aventureiro II	031	0301	4.009	1.222	1.296
	ESF Aventureiro II	032	0302	4.284	1.440	1.586
	ESF Santa Bárbara	033	0303	3.242	992	1.105
	ESF Cubatão	034	0304	2.841	848	993
	ESF Rio do Ferro	035	0305	3.201	905	992
	UBS Parque Joinville (EACS total)	036	0306	15.885	4.743	5.164
	UBS CSU Iriú (EACS total)	037	0307	16.410	5.072	5.622
Total				78.162	23.951	26.172
Comasa Segmento 08	Sede Regional	REDE	REDE	18.961	5.425	5.499
	UBS Jardim Iriú	REDE	REDE	9.624	2.552	2.795
	ESF Espinheiros	081	0801	4.516	1.298	1.472
	ESF CAIC	082	0802	3.532	930	1.101
	ESF Da Ilha	083	0803	3.969	1.111	1.203
	ESF Roraima	084	0804	3.516	986	1.167
	ESF Dom Gregório	085	0805	3.623	970	1.039
Total				47.741	13.272	14.276

REGIONAIS	UNIDADES DE SAÚDE	SIAB	SMS	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS
Costa e Silva Segmento 04	Sede Regional (EACS parcial)	040	0409	26.985	8.079	9.059
	ESF Jardim Paraíso I	041	0401	3.651	922	1.026
	ESF Jardim Paraíso II	042	0402	3.368	959	1.072
	ESF Jardim Paraíso III	043	0403	3.056	1.001	1.145
	ESF Paraíso IV (Canto do Rio)	044	0404	3.159	863	972
	ESF Jardim Sofia	045	0405	4.112	1.194	1.334
	ESF Willy Schossland	046	0406	3.075	1.008	1.109
	UBS Bom Retiro (EACS parcial)	047	0407	13.377	4.146	4.954
	ESF Jardim Paraíso V	048	0408	3.634	1.022	1.096
	ESF Willy Schossland	101	0410	3.434	973	1.074
	Total				67.851	20.167
Floresta Segmento 05	Sede Regional	REDE	REDE	18.282	5.508	6.014
	ESF Profipo	051	0501	3.027	824	988
	ESF Profipo	052	0502	3.117	954	1.055
	ESF Boehmerwald I	053	0503	3.673	1.029	1.136
	ESF Boehmerwald I	054	0504	3.658	1.092	1.235
	ESF Boehmerwald II	055	0505	3.969	1.169	1.252
	ESF Boehmerwald II	056	0506	3.626	1.061	1.145
	ESF Itinga Continental	057	0507	3.042	903	1079
	ESF Itinga	058	0508	3.380	937	1.054
	ESF Km 4	059	0509	3.105	912	983
	ESF Km 4	050	0510	3.066	846	971
Total				51.945	15.235	16.912
Fátima Segmento 09	Sede Regional (EACS total)	090	0903	17.523	4.899	5.403
	UBS Edla Jordan (EACS total)	091	0901	18.978	5.662	6.255
	UBS Itaum (EACS total)	092	0902	14.550	4.468	4.974
	UBS Ademar Garcia	093	0904	16.947	4.828	5.207
Total				67.998	19.857	21.839

REGIONAIS	UNIDADES DE SAÚDE	SIAB	SMS	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS
Centro Segmento 06	Sede Regional	REDE	REDE	25.246	9.413	9.992
	ESF Nova Brasília/Jativoca	061	0601	4.027	1.218	1.341
	ESF Nova Brasília	062	0602	3.460	1.004	1.107
	ESF Nova Brasília	063	0603	3.621	1.139	1.290
	ESF Morro do Meio	064	0604	2.966	848	982
	ESF Lagoinha	065	0605	3.615	981	1.095
	UBS São Marcos (EACS total)	066	0606	5.426	1.699	1.866
	ESF Morro do Meio	067	0607	3.741	1.043	1.155
	UBS Bakitas (EACS Total)	068	0608	16.950	4.968	5.583
Total				69.052	22.313	24.411
Jarivatuba Segmento 07	Sede Regional (EACS total)	070	0710	19.534	5.751	6.229
	ESF Paranaguamirim	071	0701	3.939	1.087	1.212
	ESF Paranaguamirim	072	0702	4.399	1.234	1.345
	ESF Jardim Edilene	073	0703	5.398	1.487	1.746
	ESF Estevão Matos	074	0704	3.678	1.008	1.071
	ESF Parque Guarani	075	0705	3.599	979	1.066
	ESF Parque Guarani	076	0706	3.495	1.029	1.172
	ESF Parque Guarani	077	0707	3.486	1.031	1.129
	ESF Estevão Matos	078	0708	3.873	1.038	1.178
	ESF Jardim Edilene	079	0709	4.065	1.062	1.227
Total Geral				497.331	148.831	164.841

Fonte: SMS/ GUAB/Área do Cadastro, Joinville, 2009

APÊNDICE 2

Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil em 2010

INTRODUÇÃO

A Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil de Joinville, criada em 2002, tem como objetivo identificar as causas que levaram ao óbito infantil, especialmente aquelas que poderiam ser evitadas. O trabalho desenvolvido pela comissão é um importante instrumento de gestão onde é possível, após análise dos óbitos, planejar medidas de intervenção para reduzir a morte de crianças por possíveis falhas na assistência ao pré-natal, ao parto ou ao recém-nascido, bem como avaliar a rede de serviços de saúde. A Comissão posiciona-se quanto à qualidade da assistência prestada (organização dos serviços, acessibilidade e manejo do paciente) aos problemas identificados, critérios de evitabilidade, recomendações e correção da Declaração de Nascimento e Óbito.

Em 2008, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) de Joinville foi de 10,1 por mil nascidos vivos, enquanto que em 2009 o índice foi de 9,4 e em 2010 caiu para 8,3 para cada mil nascidos vivos. Com esses números, Joinville se coloca entre as principais cidades com menor taxa de mortalidade em Santa Catarina, ficando com índice menor que a média de mortalidade infantil registrada no Estado. Em 2009, a taxa de mortalidade em todo o Estado foi de 11,2 óbitos por mil nascimentos. Este resultado coloca Santa Catarina entre as áreas de menor risco de morte infantil no Brasil. A redução do número de óbitos é resultado de um trabalho multidisciplinar que, entre várias ações, consiste no acompanhamento das gestantes, do início da gravidez ao parto e a investigação dos óbitos com o objetivo de detectar sua causa.

Diminuir o índice da mortalidade infantil e melhorar a saúde materna em Joinville é uma das metas da Secretaria de Saúde. Para isso, desenvolve ações como o cadastramento das gestantes, a realização do pré-natal e o incentivo à amamentação, Programa Pequeno Príncipe e Projeto Bebê Precioso.

Dados preliminares:

Em 2010, nasceram 7.265 crianças cujas mães residem em Joinville, sendo que 7.227 nasceram em Joinville e 38 em outros municípios. Dos nascidos em Joinville, 7.211 (99,8%) nasceram em maternidades e 16 em outros locais (domicílios, outros estabelecimentos de saúde).

Neste mesmo período, ocorreram 60 óbitos de crianças menores de 1 ano residentes em Joinville, 1 dos quais ocorrido em outro município. Portanto, em 2010, o Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 8,3 óbitos por mil nascidos vivos.

Perfil dos óbitos:

Em 2010 houve redução no número absoluto e no coeficiente de mortalidade infantil, mantendo-se o predomínio do componente neonatal (68,3%) sobre o pós-neonatal (31,7%), conforme já acontecia nos anos anteriores.

Tabela 1 - Óbitos Infantis e componentes, anos de 2008 a 2010

	2008	2009	2010
Total de óbitos	75	71	60
Total de nascimentos	7.459	7.531	7.265
Coeficiente de Mortalidade infantil	10,1	9,4	8,3
Óbitos neonatais precoces	35 (46,7%)	30 (42,9%)	29 (48,3%)
Óbitos neonatais tardios	15 (20,0%)	18 (25,7%)	12 (20%)
Óbitos pós neonatais	25 (33,3%)	22 (31,4%)	19 (31,7%)

Fonte: CPMI/ SINASC/SIM/ GUVS/SMS

A comparação entre as características dos óbitos ocorridos em 2008, 2009 e 2010 não mostra diferenças estatisticamente significativas, evidenciando a existência de um padrão estabelecido nestes últimos anos.

Tabela 2 – Perfil dos óbitos ocorridos de 2008 a 2010

Frequência		2008		2009		2010	
		N	%	N	%	N	%
Mãe adolescente	S	14	18,7	13	18,3	13	21,7
	N	61	81,3	58	81,7	47	78,3
RN de risco	S	64	85,3	60	84,5	48	80
	N	11	14,7	11	15,5	12	20
Realização de Pré Natal*	S	72	96	67	94,4	54	90
	N	3	4	4	5,6	6	10
Tipo de parto	Vaginal	25	33,3	24	33,8	24	40
	Cesário	50	66,7	47	66,2	36	60
Prematuridade	S	53	70,7	52	74,3	40	66,7
	N	22	29,3	18	25,7	20	33,3
Tipo de maternidade	Pública	60	80	51	71,8	40	66,7
	Privada	15	20	20	28,2	20	33,3
Presença de malformação como causa básica	S	19	25,3	18	25,4	15	25
	N	56	74,7	53	74,6	45	75
Evitáveis	S	60	80	51	71,8	45	75
	N	15	20	20	28,2	15	25
Total		75	100	71	100	60	100

Fonte: CPMI/ SIM/ GUVS/SMS

Com relação às causas básicas dos óbitos, o perfil se repete nos 3 últimos anos. Verifica-se um predomínio das afecções do período perinatal, sendo a prematuridade e as complicações decorrentes desta (septicemia, hemorragias intracranianas, pneumonia, etc.) as principais causas.

Tabela 3 - Causas básicas dos óbitos

Causas / Ano	2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%
Algumas afecções originadas no período perinatal	42	56,0	43	60,0	34	56,7
Anomalias congênitas	19	25,3	18	25,7	15	25,0
Doenças do aparelho respiratório	7	9,0	3	4,3	3	5,0
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1,0	2	2,9	2	3,3
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	-
Causas externas	1	1,0	1	1,4	-	-
Mal definidas	2	3,0	4	5,7	2	3,3
Outras	3	4,0	-	-	4	6,7
Total	75	100	71	100	60	100

Fonte: CPMI/SIM/ GUVS/SMS

Em 2010, dos 60 óbitos ocorridos registrou-se 15 crianças com malformação (25%), segundo registros do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Este dado é bastante similar ao encontrado em 2008 e 2009 - dos óbitos ocorridos, 19 (25,3 %) 18 (25,7%) respectivamente apresentavam malformação congênita como causa básica.

A Comissão de prevenção da mortalidade infantil de Joinville, em 2010, utilizou a Classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, que propõe oito agrupamentos de causas que se baseiam na causa básica do óbito infantil de acordo com o CID – 10. Quanto a evitabilidade dos óbitos, 80% em 2008, 71,8% em 2009 e 75% dos óbitos em 2010 foram considerados evitáveis, na proporção de 1 óbito não evitável para 3 óbitos evitáveis.

Tabela 4 - Distribuição dos óbitos segundo Classificação de evitabilidade da Fundação SEADE

Classificação por Grupos Fundação SEADE	Frequência
1-Redutíveis por imunoprevenção	0
2-Redutíveis por adequado controle na gravidez	7
3-Redutíveis por adequada atenção ao parto	2
4-Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	29
5-Redutíveis através de parcerias com outros setores	8
6-Não evitáveis	14
7-Mal definidas	0
8-Não classificadas	0
Total	60

Fonte: CPMI / GUVS/SMS

Nos anos avaliados, a distribuição geográfica dos nascimentos e dos óbitos foi a seguinte:

Tabela 5 - Distribuição dos nascimentos e dos óbitos segundo as Regionais de Saúde

Regional de Saúde	2008				2009				2010			
	Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)		Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)		Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)	
	N=7.459	%	N=75	%	N=7.531	%	N=71	%	N=7.265	%	N=60	%
Aventureiro	1092	14,6	12	16,0	1.111	14,8	7	9,9	1045	14,4	10	16,7
Centro	873	11,7	6	8,0	895	11,9	9	12,7	842	11,6	7	11,7
Comasa	724	9,7	10	13,3	727	9,7	7	9,9	704	9,7	6	10,0
Costa e Silva	1009	13,5	12	16,0	1.019	13,5	10	14,1	992	13,8	9	15,0
Fátima	1051	14,1	6	8,0	1.136	15,1	5	7,0	1038	14,3	8	13,3
Floresta	712	9,5	5	6,7	754	10,0	9	12,7	721	10,0	9	15,0
Jarivatuba	1028	13,8	18	24	962	12,8	16	22,5	1000	13,9	6	10,0
Pirabeiraba	258	3,5	0	0,0	310	4,1	4	5,6	285	3,9	3	5,0
Vila Nova	633	8,5	6	8,0	565	7,5	4	5,6	600	8,4	2	3,3

Fonte: CPMI/ SINASC/ Programa Pequeno Príncipe/SIM/ GUVS/SMS

Características dos nascimentos e dos óbitos infantis

Ao se comparar o perfil dos nascimentos e dos óbitos em crianças menores de 1 ano nos 3 anos, constata-se que os maiores fatores de risco referem-se a características do RN – presença de malformação, prematuridade e RN de risco, conforme critérios do Programa Pequeno Príncipe.

Comparação entre nascimentos de 2008 a 2010

A comparação entre o perfil dos nascimentos nos anos de 2008 a 2010 mostrou que as características são semelhantes.

Na análise dos óbitos investigados pela Comissão Prevenção da Mortalidade Infantil (CPMI) identificaram os seguintes tipos de problemas:

Tabela 6 - Problemas identificados

Problemas identificados	2008	2009	2010
Sem evidência de falhas	25	26	29
Dificuldades sócio- familiares	15	17	17
Problemas na atenção ao pré natal	12	19	10
Problemas na atenção à criança	4	16	7
Problemas na atenção ao parto	3	5	2
Problemas nos exames (USG)	9	8	0
Outros problemas	7	4	8
Total de problemas	75	95	73

Fonte: CPMI/ GUVS/SMS

As seguintes medidas foram tomadas pela CMI após as investigações:

Tabela 7 – Medidas corretivas

Medidas corretivas	2008	2009	2010
	Número	Número	Número
Correção dos bancos de dados (SIM, SINASC)	27	16	16
Carta às UBS para seguimento das famílias	26	21	17
Carta aos Hospitais	4	3	4
Encaminhamento ao geneticista	11	10	11
Discussão com profissionais/equipes de Saúde	9	16	2

Fonte: CPMI / GUVS/SMS

No ano de 2010 a CPMI iniciou a investigação e análise dos óbitos fetais (43 óbitos) e o coeficiente de mortalidade fetal ficou em 5,9 por 1000 nascimentos.

Tabela 8 – Perfil dos óbitos fetais ocorridos em 2010

Frequência		Ano 2010	
		N	%
Mãe adolescente	S	7	16,3
	N	36	83,7
Extremo baixo peso (- 1000gramas)	S	17	39,5
	N	26	60,5
Realização de Pré Natal*	S	41	95,3
	N	2	4,7
Tipo de parto	Vaginal	29	67,4
	Cesário	14	32,6
Prematuridade	S	37	86
	N	6	14
Tipo de maternidade	Pública	27	62,8
	Privada	16	37,2
Presença de malformação como causa básica	S	8	18,6
	N	35	81,4
Evitáveis	S	36	83,7
	N	7	16,3
Total		43	100

Fonte: CPMI/ SINASC/ GUVS/SMS

Os óbitos fetais e neonatais precoces compõem o coeficiente de mortalidade perinatal, que em Joinville nos 3 anos analisados permaneceu em torno de 10 por 1000 nascimentos.

Tabela 9 – Coeficiente de mortalidade fetal e perinatal.

	2008	2009	2010
NASCIMENTOS	7.459	7.531	7265
Total de óbitos < de 1 ano	75	71	60
Coeficiente de mortalidade infantil (CMI)	10,1	9,4	8,3
Total de óbitos fetais	39	48	43
Total nascimento + óbitos fetais	7.498	7.579	7308
Coeficiente de óbito fetal	5,2	6,3	5,9
Número de óbitos neonatal precoce	35	30	29
Coeficiente de óbito perinatal (óbito fetal + neonatal precoce)	9,9	10,3	9,9

Fonte: CPMI/ SINASC/SIM/ GUVS/SMS

Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil

Adriana Morato Rosas	Unidade de Vigilância em Saúde
Fátima Mucha	Unidade de Atenção Básica
Maria Volpato Kropiwiec	Unidade de Vigilância em Saúde
Selma Cristina Franco	Unidade de Planejamento, Controle Avaliação e Auditoria
Terezinha Hillesheim	Unidade de Planejamento, Controle Avaliação e Auditoria
Viviane Karina Korovsky	Unidade de Atenção Básica
Marco Antonio Moura Reis	Maternidade Darcy Vargas

APÊNDICE 3

Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Joinville (CMS-JLLE) foi criado pela Lei Municipal nº 2.503, de 22 de março de 1991, alterado pelas Leis Municipais nº 2.590, de 27 de novembro de 1991, 4.577, de 06 de junho de 2002, 4.620, de 22 de agosto de 2002 e 5.290, de 02 de setembro de 2005.

A Portaria nº 080 de 07 de outubro de 1992 nomeou os conselheiros municipais de saúde que tiveram sua posse em 26 de outubro de 1992, às 18h e 30 minutos, no Auditório da UNIMED.

O CMS-JLLE, conforme expressa a Lei Municipal nº 5.290, de 02 de setembro de 2005, é órgão de caráter permanente e deliberativo, de composição paritária entre governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Joinville, conforme estabelece o artigo 1º da Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Composto por um colegiado de 40 conselheiros titulares e 40 conselheiros suplentes, tendo a distribuição de vagas paritária, ou seja, 50% de representantes do segmento usuário, 25% de representantes do segmento profissionais de saúde e 25% de representantes do segmento governo e prestadores de serviço (Resolução nº 333/2003 do CNS), é conduzido por uma Mesa Diretora composta pela presidente, conselheira Cléia Aparecida Clemente Giosole, vice-presidente, conselheiro Leonardo Rosalvo Jucinsky e secretária, conselheira Sônia Mara Maçaneiro. É assessorado por quatro comissões permanentes: Comissão de Assuntos Internos e de Orçamento e Finanças, Comissão de Assuntos Externos, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e a Comissão de Capacitação de Conselheiros de Saúde, que têm por objetivo o assessoramento ao colegiado, acompanhando, avaliando e fiscalizando os serviços e ações de saúde do município.

Para garantir seu funcionamento o conselho conta com uma secretaria executiva, que tem a finalidade de fornecer as condições necessárias para o cumprimento das competências do Conselho Municipal de Saúde de Joinville. Cabe à Secretaria dar todo o suporte técnico-administrativo para as atribuições do conselho e às suas Comissões. A Secretaria Executiva assessora, também, os conselhos locais de saúde, que em dezembro de 2010 totalizavam 37 conselhos ativos.

Para fortalecer a atuação do Controle Social no município o conselho promoveu durante o ano dois Seminários, o primeiro discutiu o tema: Orçamento e Financiamento no SUS, com a presença do Diretor do Departamento Nacional de Auditoria no SUS-DENASUS, Senhor Luiz Carlos Bolzan, o segundo Seminário sob tema, Judicialização dos Medicamentos e Procedimentos no SUS, que contou com a presença do Promotor de Justiça do Ministério Público Federal, Dr. Jairo Bisol e da advogada e coordenadora do IDISA, Dra. Lenir Santos, refletiu sobre a recorrente procura dos cidadãos ao Poder Judiciário para garantir o acesso ao direito fundamental à saúde.

Além dos Seminários o conselho manteve as capacitações de conselheiros de saúde, que acontecem todos os anos, quinzenalmente, no segundo semestre e realizou no mês de abril, em parceria com a Coordenação de Saúde Mental a I Conferência Regional de Saúde Mental-Intersetorial e no mês de novembro a IV Plenária Macrorregional Nordeste de Conselhos de Saúde. Todos os eventos contaram com a participação de conselheiros locais e municipais de saúde, profissionais de saúde e comunidade em geral.

Sempre na última segunda-feira útil de cada mês aconteceram as assembleias ordinárias, sendo necessária a convocação de oito assembleias extraordinárias, totalizando vinte assembleias realizadas em 2010, as quais deram origem à 67 Resoluções homologadas pelo prefeito e publicadas no Jornal do Município.

**RESOLUÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
JANEIRO A DEZEMBRO DE 2010**

- RESOLUÇÃO N°001/10 – Eleição da mesa diretora – Vice Presidente e Secretário;
- RESOLUÇÃO N°002/10 – Plano plurianual 2010 - 2013 do Hospital Municipal São José;
- RESOLUÇÃO N°003/10 – Prestação de contas do 1º trimestre de 2009 - SMS – FMS;
- RESOLUÇÃO N°004/10 – Prestação de contas do 2º trimestre de 2009 – SMS – FMS;
- RESOLUÇÃO N° 005/10 – Prorrogação do convênio nº 43 11-05- construção do Complexo Ulysses Guimarães- anexo II;
- RESOLUÇÃO N°006/10 – Proposta de alteração do Regimento Interno do CMS-Jlle;
- RESOLUÇÃO N°007/10 – Criação da Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento;
- RESOLUÇÃO N° 008/10 – Representante do CMS no Grupo de Condução do Plano da Atenção Básica;
- RESOLUÇÃO N° 009/10 – Representante do CMS na Comissão de Acompanhamento do Convênio firmado entre SMS – AACD-ARCD;
- RESOLUÇÃO N°010/10 – Representante do CMS no Comitê de Ética em Pesquisa – Univille;
- RESOLUÇÃO N°011/10 – Eleição do Vice e Secretaria da Mesa Diretora;
- RESOLUÇÃO N°012/10 – Comissão Organizadora da Conferência de Saúde Mental;
- RESOLUÇÃO N°013/10 – Conferência Regional de Saúde Mental;
- RESOLUÇÃO N°014/10 – Prestação de Contas do CEREST 1º e 2º trimestre 2009;
- RESOLUÇÃO N°015/10 – Revisão do Plano Plurianual 2010 – 2013;
- RESOLUÇÃO N°016/10 – Criação da Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador-CIST;
- RESOLUÇÃO N°017/10 – Prestação de Contas do 3º trimestre 2009 – CEREST;
- RESOLUÇÃO N°018/10 – Recomposição da Comissão de Capacitação de Conselheiros;
- RESOLUÇÃO N° 019/10 – Representante do CMS na Comissão de Acompanhamento da Dengue;
- RESOLUÇÃO N° 020/10 – Aumento do número de vagas na residência médica da família e comunidade;
- RESOLUÇÃO N°021/10 – Cronograma de apresentação dos Instrumentos de Gestão ao CMS;
- RESOLUÇÃO N°022/10 – Relatório Anual de Gestão 2009;
- RESOLUÇÃO N°023/10 – Plano de Ação 2010 DST – HIV – AIDS;
- RESOLUÇÃO N°024/10 – Prestadores de Serviço em Oftalmologia;
- RESOLUÇÃO N°025/10 – Recomposição da Mesa Diretora ;
- RESOLUÇÃO N°026/10 – Recomposição da Comissão de Assuntos Internos – CAI;

- RESOLUÇÃO N° 027/10 – Recomposição da Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN;
- RESOLUÇÃO N° 028/10 – Terceiro Termo Aditivo do Convênio entre SMS e Instituição Bethesda;
- RESOLUÇÃO N° 029/10 – Credenciamento Universal de Consultas em Atendimento Especializado;
- RESOLUÇÃO N° 030/10 – Credenciamento de 21 leitos a o HMSJ;
- RESOLUÇÃO N° 031/10 – Plano de Ações e Metas 2010 – CEREST;
- RESOLUÇÃO N° 032/10 – Prestação de Contas do CEREST 4º trimestre 2009;
- RESOLUÇÃO N° 033/10 – Relatório de Gestão da MDV – 2009;
- RESOLUÇÃO N° 034/10 – Projeto Plantas Medicinais;
- RESOLUÇÃO N° 035/10 – Plano de Alimentação e Nutrição da Atenção Básica 2010;
- RESOLUÇÃO N° 036/10 – Prestação de Contas relacionadas ao Plano de Alimentação e Nutrição da Atenção Básica 2009 e ações programadas para 2010;
- RESOLUÇÃO N° 037/10 – Mudança de endereço da SECMS;
- RESOLUÇÃO N° 038/10 – Local de realização das Assembleias do CMS – Jlle;
- RESOLUÇÃO N° 039/10 – Prorrogação de Convênio Construção Aventureiro I;
- RESOLUÇÃO N° 040/10 – Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário;
- RESOLUÇÃO N° 041/10 – Segundo Termo Aditivo – SMS – Rede Feminina;
- RESOLUÇÃO N° 042/10 – Programação do Plano de Ação da Vigilância em Saúde 2010/11;
- RESOLUÇÃO N° 043/10 – Credenciamento do HRHDS – Terapia Nutricional;
- RESOLUÇÃO N° 044/10 – Renovação Convênio ACAMPE;
- RESOLUÇÃO N° 045/10 – Edital de Credenciamento Universal em atendimentos a pacientes em reabilitação do desenvolvimento Neuropsicomotor;
- RESOLUÇÃO N° 046/10 – Comissão Organizadora da IV Plenária Macrorregional de Conselhos de Saúde;
- RESOLUÇÃO N° 047/10 – Proposta de Construção de hospital na zona sul;
- RESOLUÇÃO N° 048/10 – Proposta Plano de Trabalho PROFIS;
- RESOLUÇÃO N° 049/10 – Alteração de Alguns Indicados do Plano Municipal de Saúde;
- RESOLUÇÃO N° 050/10 – Prorrogação de Convênio CEREST;
- RESOLUÇÃO N° 051/10 – Credenciamento APAE – SMS ;
- RESOLUÇÃO N° 052/10 – Comissão Organizadora IX Conferência Municipal de Saúde;
- RESOLUÇÃO N° 053/10 – Comissão de Acompanhamento Jeiser Amarante Faria;
- RESOLUÇÃO N° 054/10 – CMS Posiciona-se contrário às Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, no Sistema Único de Saúde;

- RESOLUÇÃO N°055/10 – Prestação de Contas do 3º tri mestre da SMS;
- RESOLUÇÃO N°056/10 – Prestação de Contas do 4º tri mestre da SMS;
- RESOLUÇÃO N°057/10 – Termo Aditivo ao Convênio entre SMS e MDV;
- RESOLUÇÃO N°058/10 – Credenciamento HMSJ transplante de pele;
- RESOLUÇÃO N° 059/10 – Credenciamento do Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria para cirurgia por videolaparoscopia dos procedimentos do SUS;
- RESOLUÇÃO N°060/10 – Emissão de Atestado de Funcionamento;
- RESOLUÇÃO N°061/10 – Termo Aditivo Convênio entre SMS e HRHDS;
- RESOLUÇÃO N°062/10 – Lei Orçamentária Anual - LOA 2010;
- RESOLUÇÃO N°063/10 – Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO 2010;
- RESOLUÇÃO N°064/10 – Esclarecimentos referente ao Convênio entre SMS e Fundação Pró-Rim;
- RESOLUÇÃO N°065/10 – Relatório de Atividades Pró-Rim 2008 – 2009;
- RESOLUÇÃO N°066/10 – Renovação Convênio ONG Abrigo Animal;
- RESOLUÇÃO N°067/10 – Prestação de Contas Convênio Abrigo Animal (março, abril e maio).

APÊNDICE 4

Gerência Unidade Atenção Básica: Marlene Bonow Oliveira

Avaliação Geral

Em 2010 ações relevantes foram empreendidas para o fortalecimento da Atenção Básica: a adesão à fase 2 do Projeto de Expansão da Saúde da Família PROESF; a ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), com 03 novas equipes ESF no Município de Joinville, ampliando a cobertura territorial do Município de 34 para 37%; outra ação importante está relacionada à melhoria da qualidade da atenção da ESF, com a adesão a AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade) da Estratégia Saúde da Família: uma proposta à qual os gestores municipais deverão aderir de maneira voluntária e participativa. Propõe como metodologia nuclear, a auto-avaliação orientada por instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes. Orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas, assim como orienta, a elaboração de planos de intervenção para resolução dos problemas verificados, de forma estratégica.

A captação de recursos trouxe a possibilidade de investimentos para a estruturação da Atenção Básica: através da Portaria MS 2198, de equipamentos, num total de R\$ 4.200,00; através do PAC 2, a construção de mais 05 Unidades Básicas no valor de R\$ 1.278.000,00; do Orçamento Participativo da PMJ, para reformas e ampliações de 7 Unidades Básica, o valor de R\$ 900.000,00.

Gerenciamento dos Recursos provenientes do Plano de Alimentação e Nutrição (PAN), conforme diretrizes da Coordenação Geral da Alimentação e Nutrição: o Ministério da Saúde disponibilizou recurso de R\$ 40.000,00 (OUT/2010). O Plano de Alimentação e Nutrição foi submetido à avaliação do Conselho Municipal de Saúde e aprovado conforme resolução 035/2010 de 23 de Agosto de 2010. Todas as ações programadas neste plano foram realizadas com o saldo do recurso de 2009, e conforme a programação foram realizadas as seguintes ações:

- Descentralização do SISVAN, com a implantação do SISVAN WEB nas 8 unidades que compõem a Regional de Saúde Aventureiro, no PAM

Bucarein e na UBS Costa e Silva ;

- 09 oficinas gastronômicas para grupos de hábitos de vida saudáveis nas unidades de saúde;
- Aquisição de 09 liquidificadores (1 para cada regional de saúde) para a realização das oficinas de alimentos;
- Aquisição de 04 retro projetores para ações de educação nutricional nos grupos das unidades de saúde (em processo de compra);
- Aquisição de 4 jalecos para as nutricionistas da atenção básica;
- Concurso na semana mundial da alimentação com a participação de 26 unidades de saúde, sendo premiado o 1º lugar com um Kit multimídia (em processo de compra), e o 2º lugar um café de confraternização para toda a equipe;
- 2 encontros para atualização em nutrição funcional, com a participação de 146 profissionais médicos, enfermeiros e nutricionistas;
- Participação de 3 nutricionistas da atenção básica no curso de pós graduação em nutrição funcional;
- 2 profissionais do Núcleo de Apoio Técnico com participação em eventos de atualização;

Até o final de 2010 foram gastos R\$ 38.203,88 (saldo dos recursos de 2008/2009), sendo que alguns equipamentos e materiais estão em processo de compra, ficando sua aquisição prevista para 2011. As ações do plano de alimentação para 2011, serão realizadas com recursos disponibilizados em 29/10/2010 conforme as orientações da portaria 2.700 de 06/09/2010.

Plano de Fortalecimento da Atenção Básica: Em continuidade ao Plano de Fortalecimento da Atenção Básica, destacamos as ações empreendidas em 2010, segundo objetivos propostos:

Efetivar a rede básica como porta de entrada do sistema municipal de saúde: sob a orientação de um médico consultor do Ministério da Saúde, o GEFAB trabalhou a questão do acolhimento nas unidades de saúde da atenção básica, produzindo um documento de Diretrizes para o Acolhimento na Atenção Básica. O documento foi levado para a discussão, sob a forma de oficinas, para cada equipe de unidade básica

de saúde, que participou com opiniões, sugestões e críticas a cada Diretriz sugerida, apontando as necessidades para a sua efetivação.

Dentre as outras ações previstas neste objetivo do Plano, destaca-se a implantação de 03 novas equipes de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde Jarivatuba.

Um novo posto de coleta descentralizada do Laboratório Municipal foi implantado, iniciando as atividades no mês de dezembro na Policlínica Floresta.

Re-orientar o modelo de atenção com base no cuidado integral, coordenado e

contínuo: uma das ações deste objetivo prevê a identificação de protocolos clínicos necessários, divulgação, implantação em todos os níveis de assistência e avaliação da sua utilização. Como uma estratégia inovadora para obtenção do resultado, foi implantada a modalidade de matriciamento das equipes. O processo de matriciamento iniciou na especialidade de cardiologia, em fevereiro de 2010, com vistas à atualização do protocolo de hipertensão, a capacitação dos profissionais e à melhoria do acesso à especialidade. Com o processo obteve-se a extinção da fila de espera para primeira consulta de urgência na especialidade e maior satisfação por parte dos profissionais pelo estreitamento de vínculo entre os profissionais das unidades básicas de saúde e os profissionais da referência. No total foram matriciadas 44 unidades de saúde em cardiologia. No ano, do total de 1093 pacientes avaliados prioritariamente, 359 pacientes foram agendados antecipadamente e 260 pacientes foram retirados da fila porque o motivo inicial do encaminhamento não se mantinha. O mesmo processo foi iniciado na especialidade de endocrinologia, no mês de setembro.

Em continuidade aos grupos temáticos instituídos em 2009, foram criados novos grupos: de Linha de Cuidado da Saúde do Adolescente e Linha de Cuidado do Idoso. Foram finalizados 04 protocolos clínicos: Protocolo de HAS, Protocolo de Infecção do Trato Urinário Gestação, Protocolo de Biossegurança, Protocolo de Dispensação de Análogos de Insulina e insulinas especiais 2 programas: Programa Bebê Precioso e o Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

No ano de 2010 também foi concluído o Manual de Supervisão do Agente Comunitário de Saúde, com o objetivo de intensificar as ações de prevenção realizadas pelos agentes comunitários de saúde de Joinville.

Ocorreu em dezembro a adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), após assinatura conjunta dos Secretários da Educação e da Saúde de Joinville. O Programa tem como principal objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Estruturar a integração do sistema: neste objetivo destaca-se a verificação da fila de espera para as especialidades.

Implantar uma política diferenciada de gestão de pessoas, que atenda às peculiaridades da rede pública de saúde: foram acolhidos 220 novos servidores na Secretaria da Saúde; realizadas 29 capacitações entre atualizações, palestras, oficinas e seminários sobre temas diversos para os servidores lotados na Atenção Básica; foram oportunizados cursos importantes: Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde /EFOS formando 605 ACS's, Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a distância, com 18 profissionais cursando, Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, com 01 profissional cursando, Curso de Formação de Técnico de Higiene Dental, com 26 profissionais cursando, Curso de Especialização em Nutrição Funcional, com 03 profissionais cursando. Ainda como ação relevante em 2010, foi elaborado o Programa de Educação Continuada para os Profissionais da Atenção Básica, para implantação em fevereiro de 2011, que proporcionará aos profissionais da atenção básica, no mínimo, 40 horas de educação continuada, visando melhorar a qualidade do atendimento prestado aos usuários. Outra inovação foi a elaboração do Curso Introdutório aos novos profissionais de ESF's, EACS e Rede no formato modular, para implementação em fevereiro de 2011, preconizando a oferta do curso todos os meses do ano, com redução do número de horas de ausência do profissional em seus postos de trabalho, num mesmo período.

Dentro dos convênios previstos, a Atenção Básica recebeu 570 estagiários de curso de Graduação em Enfermagem e curso Técnico de Enfermagem

Fortalecer Controle Social: em 2010 observou-se a necessidade de mudar o formato em que os Planejamentos Locais de Saúde estavam sendo realizados. Visando reorientar a elaboração dos Planejamentos Locais de Saúde foi realizado um Fórum de Planejamento Local de Saúde e em seqüência os Encontros Regionalizados, que

envolveu todos os profissionais de todas as unidades de saúde da atenção básica e também as comunidades locais, fortalecendo desta forma, a participação popular nas decisões locais de saúde.

Prover uma estrutura adequada às UBS: em relação à adequação de área física captamos e obtivemos a aprovação, através da Portaria MS 2198, de equipamentos, num total de R\$ 4.200,00. Aguardamos a liberação dos recursos para 2011, para a aquisição. Obtivemos ainda a aprovação de construção de 05 novas Unidades, através do PAC 2, no valor de R\$ 1.278.000,00, aguardando a liberação de recursos. Importante conquista ainda foi a aprovação de recursos próprios do Município, através do Orçamento Participativo, para reformas e ampliações de 7 Unidades Básicas. As lideranças comunitárias designaram o valor de R\$ 900.000,00.

Outro investimento importante se deu na área de odontologia, com a climatização de todos os consultórios odontológicos.

Foram adquiridos 34 computadores e 40 impressoras através da liberação de recursos do PROESF- Fase 2, para 2010, sendo ainda previsto, dentro do Plano de Aquisição, outros 58 computadores e 17 impressoras, para 2011.

Prover uma política integrada de informação na gestão e na rede assistencial: aquisição de computadores com recursos do PROESF.

Re-estruturar a Gerencia da Unidade de Atenção Básica

Regional Aventureiro: Coordenadora Edna Campigoto

A principal ação nesta Regional está relacionada à conclusão da obra do Aventureiro I, que recebeu uma nova denominação: Policlínica Aventureiro. Visando a sua adequação, foi elaborado o anteprojeto para ampliação da UBSF Aventureiro II. O projeto arquitetônico para a nova Unidade Aventureiro III, contemplado na Portaria MS 2226, foi concluído.

Regional Centro: Coordenadora Janayna Ferreira Andrade

A principal ação foi a aprovação de construção de novas Unidades: Morro do Meio e São Marcos com recursos do PAC 2, no valor de R\$ 226.000,00, para cada Unidade. A Unidade São Marcos foi contemplada ainda com recurso do Orçamento Participativo para 2011, no valor de R\$ 130.000,00.

Regional Comasa: Coordenadora Luci Léia Honorato de Carvalho

As principais ações foram as mudanças para novos prédios das Unidades Da Ilha e Roraima, e a elaboração de anteprojeto para ampliação e reforma da Unidade Comasa, que foi contemplada com recursos do Orçamento Participativo 2011, com R\$ 105.000,00. A Unidade Comasa recebeu investimento, em parceria com a Secretaria Administrativa da Regional da PMJ, com um espaço para a coleta descentralizada do Laboratório Municipal.

Regional Costa e Silva: Coordenadora Sayonara Salete Zucchetti

A principal ação foi a elaboração de ante projeto para a ampliação e reforma das Unidade Bom Retiro e Costa e Silva, contemplados com recursos do Orçamento Participativo 2011 nos valores de R\$ 100.000,00 e R\$ 130.000,00, respectivamente. O projeto arquitetônico para a nova Unidade Parque Douat, contemplado na Portaria MS 2226, foi concluído.

Regional Fátima: Coordenadora Tânia Betina Monich Jorge

As principais ações foram: a conclusão da obra da nova Unidade Adhemar Garcia, a aprovação de construção da nova Unidade Ulisses Guimaraes, com recursos do através do PAC 2, no valor de R\$ 400.000,00 e a elaboração dos anteprojeto para a mudança da Unidade Itaum e o anteprojeto para a adequação da Unidade Edla Jordan.

Regional Floresta: Coordenadora Jusmara Rocio da Hora

As principais ações foram a elaboração de anteprojeto para a adequação na sede antiga do Floresta, visando a implantação de novas equipes de saúde da família; a implantação de novo posto de coleta para a coleta descentralizada do Laboratório Municipal, na Policlínica. O módulo odontológico da UBSF BMW II passou por reformas e deverá estar sendo ativado em fevereiro/2011; também foi instalado o novo módulo odontológico na UBSF PROFIPO, com previsão de ativação em fevereiro/2011; executado calçamento para acesso aos idosos e cadeirantes na nova Sede da Regional Floresta.

Regional Jarivatuba: Coordenadora Gyovana da Rosa Goulart

A principal ação foi a implantação de 03 novas equipes de saúde da família na Unidade Jarivatuba, mudando o modelo de atenção daquela Unidade. Foi elaborado o anteprojeto para a ampliação e reforma da Unidade Jarivatuba, que foi contemplada com recursos do Orçamento Participativo 2011, com R\$ 200.000,00

Regional Pirabeiraba: Coordenadora Ignez Clarisse Schuster Moreira

A principal ação foi a aprovação de construção de nova Unidade para a região do Rio da Prata, através do PAC 2, com o valor de R\$ 200.000,00.

Regional Vila Nova: Coordenadora Maria Cristina Bertasso Tobar

A principal ação foi a aprovação de construção de nova Unidade Vila Nova II, com recursos do PAC 2, no valor de R\$ 226.000,00 e a elaboração de anteprojeto de ampliação e reforma das Unidades Glória e Vila Nova-sede, contempladas no Orçamento Participativo nos valores de R\$ 100.000,00 e R\$ 130.000,00, respectivamente. O projeto arquitetônico para a nova Unidade Vila Nova I, contemplado na Portaria MS 2226, foi concluído.

Núcleo de Apoio Técnico (NAT): Coordenador Nelson Vieira do Carmo Junior

Com a missão de assessorar tecnicamente a Rede da Atenção Básica, através de equipe multidisciplinar, em conformidade com as políticas públicas preconizadas pelo Ministério da Saúde, o Núcleo de Apoio Técnico teve a alteração na sua Coordenação sendo nomeado para o cargo o médico de saúde da família, que atuava na UBSF Cubatão. Em conformidade com a reestruturação iniciada em 2009, devido ao fato de não haver previsão de novas contratações para estagiários em educação física, associado às inovações realizadas pela Prefeitura Municipal de Joinville, com a implantação das academias públicas “ao ar livre”, com orientadores físicos em cada uma delas, extinguiu-se o núcleo de práticas esportivas. Os grupos temáticos intersetoriais e interinstitucionais por linha de cuidado foram mantidos e fortalecidos, destacando-se a criação da 5ª Linha de Cuidado que se responsabilizará pela saúde do adolescente. Destaca-se ainda, por sua relevância, a criação do Núcleo de Enfermagem da Atenção Básica, com 01 enfermeira assumindo a responsabilidade técnica de enfermagem da Atenção Básica. O maior avanço ocorreu no Núcleo de Educação na Saúde com a inovação em quatro aspectos: a mudança da organização para 2011 do curso introdutório para a atenção básica, que deixa de ser em dias corridos, passando a ser modular; a elaboração do Programa de Educação Continuada para os profissionais de saúde da atenção básica, o qual proporcionará aos funcionários da atenção básica 40 horas de educação continuada; a implantação do Tele Saúde em todas as unidades básicas de saúde e a implantação de processo de matriciamento em cardiologia e endocrinologia, proporcionando, aos profissionais uma educação permanente das respectivas especialidades.

O Núcleo de Apoio Técnico participou de forma efetiva, com um representante na Comissão de Ações Programáticas das Diretrizes de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica. Esta comissão efetivou as ações contempladas no Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica, onde se destacaram as seguintes ações: aperfeiçoamento da vigilância da mortalidade infantil, aprimoramento da vigilância dos agravos notificáveis, ações integradas com o Núcleo de Prevenção à Violência e Acidente, articulação das redes de atenção integral à criança, mulher e adolescente em situação de violência, promoção da continuidade e da integralidade do cuidado e melhoria dos fluxos de acesso aos serviços secundários e terciários e a divulgação efetiva das informações sobre os serviços da vigilância em saúde à comunidade.

Assistência Farmacêutica: Coordenadora Fabiane Rocha e Silva

Como responsável por coordenar a Política de Assistência Farmacêutica no Município e responsável por dois grandes setores da Secretaria da Saúde, a Farmácia Escola e a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). No início de 2010, esta condição foi alterada passando a CAF a fazer parte da Gerencia Administrativa Financeira, para a melhoria do gerenciamento.

As principais ações foram a atualização da relação municipal de medicamentos, a mudança na forma de atendimento da Farmácia Escola com a implantação do acolhimento e agendamento dos pacientes para a dispensação de medicamentos e da revisão do Protocolo de Leites Fórmulas Especiais que levou à redução de gastos em torno de R\$ 170.000,00, no ano.

Cadastramento e Acompanhamento do Usuário SUS: Coordenador Mário José Brückheimer

Com a missão de produzir informações reais e atualizadas do território da população, objetivando ser um núcleo de referência da Atenção Básica, a Área participou na comissão do Censo IBGE – Censo 2010 para estudo, coleta e análise dos dados.

Realizou a digitação da produção pendente nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, visando a recuperação da informação, elevando o percentual de digitação de 66 para 88 %, dentro da competência.

Territorializadas as seguintes abrangências: UBS Jarivatuba (passou a ter 03 equipes ESF); UBS Bom Retiro (diminuídas 06 microáreas e transportadas para uma das equipes ESF da UBS Jarivatuba).

Realizado estudo envolvendo as adscições das UBS's Saguacú, Leonardo Schlickmann e Aventureiro, com intuito de transferência populacional privilegiando o acesso e a capacidade instalada da UBS (envolvendo também transferência de microáreas).

Identificado e solicitada a reserva de vários terrenos dentro de pontos estratégicos dos Município para substituição de locações, futuras instalações de novas equipes e aumento da cobertura de estratégia Saúde da Família no Município: Estevão de Matos, Aventureiro, São Marcos e Nova Brasília, Lagoinha, Boehmerwaldt, Fátima, Espinheiros, Guanabara, Morro do Meio.

Desenvolvida uma Ferramenta de Classificação de Risco Domiciliar no Banco de Dados, com objetivo de contribuir para o estudo populacional das equipes de saúde e planejamento das suas ações.

Administrativa Ambulatorial: Coordenadora Fabiane Regina de Souza

Como principal ação, destacamos a participação na elaboração de anteprojetos para as Unidades Roraima, Da Ilha, Vila Nova-sede, Glória, Aventureiro II, Bom Retiro, Costa e Silva, Floresta (sede antiga), Jarivatuba, Comasa e Itaum; a participação na elaboração dos projetos para as UBSF Aventureiro III, Parque Douat e Vila Nova e UBS Pirabeiraba. De igual modo a área diagnosticou a necessidade de computadores para as unidades básicas, cuja aquisição foi oportunizada através dos recursos do PROESF e de recursos próprios.

APÊNDICE 5

Gerencia Unidade de Vigilância em Saúde: Jeane Vieira Vanzuiten

Vigilância Epidemiológica

Durante o ano de 2010, além das atividades de vigilância epidemiológica desenvolvidas na rotina do serviço, outras ações complementares foram desenvolvidas:

- ✓ Organização, estruturação e implantação do Programa Municipal de Controle das Hepatites Virais, a partir da notificação dos casos pelas unidades básicas de saúde da rede pública, articulação com o Hospital Municipal São José para o encaminhamento dos casos que necessitam serem submetidos a procedimentos de alta complexidade de assistência.
- ✓ Elaboração e publicação de Informes e Notas técnicas:
 - Rotina de atendimento SRAG
 - Sífilis em gestantes
 - Portaria de Hepatites virais
 - Portaria de Meningites
 - Portaria de Doenças Exantemáticas
 - Portaria de Declaração de Óbitos
 - Nota Técnica LCV
 - Portaria sobre Leishmanioses
- ✓ Intensificação das investigações epidemiológica e de seu encerramento, oportunamente.

Imunização

- ✓ Campanha de vacinação contra H1N1, sendo 290.093 pessoas vacinadas;
- ✓ Incorporado ao calendário de rotina de vacinação, as vacinas pneumocócica 10 valente e a meningocócica conjugada para crianças até 2 anos.

CEREST – Novos Projetos

Prevenindo a perda auditiva induzida pelo ruído nos futuros trabalhadores:

O ruído presente no cotidiano das pessoas, independentemente ou associados às exposições ocupacionais, representa um problema de saúde pública, sugerindo um provável aumento na incidência daPAIR nos próximos anos. Dessa forma, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, elaborou um projeto cujo objetivo é: apresentar

os hábitos sonoros a que os adolescentes estão expostos e os possíveis efeitos nocivos na saúde. Foram realizadas palestras e aplicado um questionário aos alunos do ensino médio de uma escola estadual do Município. Os resultados encontrados indicam um número significativo de adolescentes que gosta de ouvir música, 99,19%, sendo que destes, 77,05% têm este hábito diário. O hábito de ouvir música em dispositivos de uso pessoal como Mp3, Mp4, *Ipod* e celular com fones de ouvido, foram relatados por 30,51% dos adolescentes, seguido dos aparelhos de som em casa 55,33% e aparelhos de som no carro 12,64%. Quanto ao número de horas, 78,86% dos participantes, revelaram que escutam música de 1 a 4 horas por dia e no volume máximo (56,91%). A participação em “baladas” foi observada em 46,34% dos alunos sendo que os mesmos referem permanecer nesses lugares por várias horas. Os indivíduos revelaram sintomas (auditivos e não auditivos) como, cefaléia (43,09%), zumbido (20,33%) e SPA (18,70%). Quanto às formas de proteção contra “sons altos”, 21,95% dos alunos referem baixar o volume dos equipamentos, 13,82% refere que procuram ficar menos exposto, o que sugere apenas o início de um longo caminho a ser percorrido no campo da saúde auditiva. Um número reduzido de adolescentes está inserido no mercado de trabalho (17), porém através deste trabalho tiveram a oportunidade de refletir sobre os prejuízos das práticas relacionadas à música amplificada e a exposição ao ruído ocupacional.

Os resultados descritos acima reforçam a necessidade de um programa educacional de conscientização voltado aos adolescentes sobre os riscos que a exposição à música excessivamente amplificada pode causar a saúde e que ações de sensibilização à comunidade escolar com a introdução de temas como a poluição sonora nas disciplinas se fazem necessário.

Vigilância nos PRCV- Postos de revenda de combustíveis a varejo

Neste ano, foi apresentada a proposta da Equipe do CEREST à CIST - Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador; Sindicatos (dos trabalhadores e Patronal), CEREST estadual; FUNDEMA; Gerências de Referência e de Vigilância em Saúde.

Dando sequência ao projeto, iniciou-se o processo de mapeamento e georreferenciamento dos postos de revenda de combustíveis a varejo de Joinville. Esta ação teve a parceria da SEPLAN. As informações foram levantadas em 10 postos por

meio de roteiro de inspeção nacional, sistematizadas e enviadas ao CEREST estadual. Projeto em andamento.

Laboratório municipal

Descrição das ações desenvolvidas no Laboratório Municipal ano 2010:

- aumento do número total de exames: 757.486 exames/ano (média mensal 63.123 exames);
- atendimento da oncologia – Hospital São José (média mensal 181 pacientes);
- atendimento da pediatria – Hospital Materno Infantil (média mensal 191 pacientes);
- ampliação da rede de coleta descentralizada - Policlínica Floresta;
- reforma do setor de esterilização de materiais;
- construção de local apropriado para depósito de resíduos contaminados.

Comissão de Integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica

No final de 2009, alguns técnicos da Secretaria de Saúde do Município e da Secretaria Estadual de Saúde, reuniram-se para elaborar um Plano de Articulação entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica. Assim, o município elaborou o Plano de Integração das Unidades de Vigilância em Saúde com Unidades da Atenção Básica.

Como objetivo do plano tem-se a definição de ações programáticas que promovam a saúde através da interação das Unidades de Vigilância em Saúde e as Unidades Básicas de Saúde. Em 2010, foram realizadas algumas reuniões a partir do segundo semestre e em novembro foi formada a comissão que iniciou a discussão das ações que estão contempladas no plano. Para 2011, a comissão pretende rever os programas já implantados, verificando a conformidade destes com os fluxos existentes e principalmente se cumprem o objetivo final, que é o atendimento ao cliente de forma integral e resolutiva.

APÊNDICE 6

Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação e Auditoria Prestação de contas do Plano de ação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PARTICIPASUS)

O Município de Joinville, através da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e do Conselho Municipal de Saúde (CMS), participa da implantação desta política, de acordo com o que é preconizado na legislação. As diretrizes foram incorporadas no Plano Municipal de Saúde 2010-3 e, baseado nelas, foi feito um Plano de Ação, o qual foi incorporado na Programação Anual 2010 com os componentes: auditoria, monitoramento e avaliação da gestão do SUS, ouvidoria, gestão participativa e controle social no SUS, para custeio e investimento.

O Plano de Ação atende ao disposto nas Portarias MS\GM 2.588/08 e MS\GM 2.344/09, além das deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) - Deliberação 154/09 e Deliberação 482/10.

As ações propostas no Plano de Ação fazem parte da Programação Anual de Saúde 2010 e estão inseridas no Plano Municipal de Saúde 2010-13, conforme se mostra a seguir:

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 2 – Estruturar a integração do sistema**
 - Revisar os protocolos de acesso existentes e adequá-los na lógica da Linha de Cuidado (inclusive com critérios de acesso e prioridade)
 - Qualificar a regulação assistencial médica (inclui avaliação sistemática amostral e *in loco*)
 - Capacitar profissionais reguladores e operadores do sistema
 - **OBJETIVO 3 – Fortalecer o controle social**
 - Implantar avaliação da satisfação dos usuários (quantitativa e qualitativa)
 - Estruturar a Ouvidoria
 - Promover encontros periódicos entre os Conselhos Locais de Saúde para troca de experiências e/ou outras informações necessárias
 - Aprofundar a elaboração avaliação dos Instrumentos de Gestão e Governo
 - Prover estrutura para a Secretaria do Conselho Municipal de Saúde

- Consolidar o processo de planejamento local nas UBS com a participação dos Conselhos Locais de Saúde
- **ESTRATÉGIA – Fortalecer a Gestão Pública em Saúde**
 - **OBJETIVO 1** - Aprofundar a eficácia, transparência e publicização das ações públicas em saúde
 - Estruturar equipe permanente do UPCAA para o acompanhamento dos Planos Operativos de Contratos de Gestão (coordenando as Comissões de Avaliação dos Planos Operativos)
 - Revisar a situação contratual dos prestadores
 - Aperfeiçoar o acompanhamento da execução das Programações Físico Orçamentárias dos prestadores
 - Atualizar os editais de Credenciamento Universal e contratos
 - Estabelecer e implementar Plano de Auditoria Sistemática para o período 2010-3 (definindo serviços a serem auditados, escopo, legislação a ser estudada, auditores responsáveis e data para sua execução)
 - Aperfeiçoar a verificação da consistência das contas hospitalares com os prontuários
 - Ampliar a Auditoria de Queixas (aprofundando esclarecimentos a Ouvidoria)
 - Prover estrutura de informática para Controle, Avaliação e Auditoria
 - Capacitar os auditores
 - Estabelecer instrumentos de divulgação periódicos junto à comunidade, quanto à oferta e organização dos serviços e a situação de saúde local
 - Instituir um cronograma de divulgação das ações da SMS/Jlle na mídia
 - **OBJETIVO 2** – Aproximar o processo de decisão dos pontos de atenção em saúde
 - Oficinas para pactuação da metodologia de monitoramento e metas, dos Planos Operativos nas Unidades de Saúde próprias
 - Estruturar Comissões Intersetoriais para Normatizar e Acompanhar as Áreas Estratégicas, integrando as ações

O montante depositado em 2010 foi de R\$ 130.000,00 e mais uma complementação de R\$ 20.000,00, que possibilitou a aquisição de equipamentos (em andamento) e o custeio de ações realizadas em 2010, conforme consta no Plano Municipal. O total de gastos realizados

em 2010 foi de R\$ 91.080,00, havendo previsão para se gastar o saldo de R\$ 58.920,00 em 2011, com ações de educação permanente dos profissionais e conselheiros de saúde, publicação do Plano Municipal e do Relatório Anual de Gestão 2010, divulgação dos instrumentos de gestão, aquisição de materiais e de softwares entre outras.

Os gastos de 2011 foram os seguintes:

ITENS	VALOR (R\$)
Material de escritório – mobiliário	1.400,00
Material de escritório – outros	1.670,00
Informática	76.290,00
Telefonia	1.400,00
Audio-visual	10.320,00
TOTAL	91.080,00

APÊNDICE 7
GERENCIA DAS UNIDADES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL
PRESTAÇÃO DE CONTAS - PLANO DE AÇÃO MUNICIPAL DE VISA –2010

EIXO PDVISA 1: Organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

EIXO PDVISA 5: Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

AÇÕES ESTRUTURANTES

AÇÕES ANUAIS	SITUAÇÃO ESTRUTURAL	METAS ANUAIS		RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS		OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS
		Previstas	Realizada	Previstos	Realizados	
Comprovação da existência da VISA Municipal	a) Lei de criação da VISA – Lei nº: 8080/90	Apresentar	Apresentado	-	-	Elaborados e encaminhados em 2008.
	b) Organograma com a VISA Municipal contemplada:	Apresentar	Apresentado	-	-	Novo (anexo).
	c) Código Sanitário Municipal – Lei nº: 07/93	Apresentar	Apresentado	-	-	Elaborados e encaminhados EM 2008.
Comprovação da lotação e função dos componentes da VISA	- Equipe de VISA: a) disponível: . nº de técnicos nível superior = 05 . nº de técnicos nível médio = 20 . nº de serv. administrativos = 07 . nº de motoristas = 07 Total = 37 funcionários	Fiscais com áreas adscritas	Manutenção do nº de fiscais com as áreas adscritas.	-	-	Anexado cópia dos contratos ou Portarias que comprovem atuação na Visa; o nº de técnicos e a escolaridade / formação.
	b) a contratar	A contratar	Não contratado	-	-	Aguarda admissão de fiscal do Concurso efetuado em 2007.

Comprovação da existência de espaço físico, adequado ao desenvolvimento das atividades de VISA	- Área Física: .	Novo Prédio alugado	Prédio alugado (antigo)	R\$ 50.800,00 (anual) Pactuamos pgto. parcial do aluguel/ano: R\$ 150.000,00	R\$ 6.500,00/mensal R\$ 78.000,00 (anual)	Pagamento parcial do aluguel * Encaminhado para VISA -SES (anexo) planta baixa, layout e/ou fotos
Comprovação de existência de recursos materiais necessários e específicos para as atividades de coleta, inspeção e expedição de Alvará Sanitário	- Recursos Materiais a) Veículos: disponíveis: 04 carros, sendo 02 próprios e 02 contratados.	06 carros	- Próprios da Visa: 02 - Contratados: 04	R\$ 44.000,00 (novos). R\$ 24.000,00 (manutenção do aluguel dos carro contratados)	R\$ 44.000,00	Pgto de contrato de 02 veículos novos a partir de abril /2010. A manutenção do aluguel dos veículos já contratados está contabilizado no Piso Estratégico: produtos e serviços.
	b)Equipamentos/ Comunicação: Disponíveis: 07 computadores , 02 impressora (01 alugada), 01 aparelho fax, 03 celulares, 01 máquina fotográfica, 01 linha telefônica, 06 ar condicionado.	A adquirir <ul style="list-style-type: none"> • 05 computadores , • 02 impressora, • 01 aparelho fax, • 03 máquinas fotográficas (digital) com carregadores e pilhas, • 01 central telefônica, • 05 ar condicionado, • 02 bebedouros, • 01 suporte para senhas rolomatic, • 03 calculadoras grandes, • 05 pendrive 4G, e 2 pendrive 8G. 	Não Adquiridos	R\$ 29.800,00	R\$ 0,00	Encaminhado MI 030 de 12/02/10 e re-encaminhado MI's 059 a 063 em Março/10 ao Setor Financeiro.
	c) Equipamentos, instrumentos, aparelhos específicos da VISA : . disponíveis: 10 termômetros, 01 colorímetro, 02 GPS	A adquirir <ul style="list-style-type: none"> ➢ 02 luxímetro ➢ 02 pHmetro 	Não adquiridos	R\$ 2.000,00	R\$ 0,00	Encaminhado MI 030 de 12/02/10 e re-encaminhado MI 065 em Março/10 ao Setor Financeiro.

d) Outros materiais de uso da VISA . - disponíveis:: nenhum kit.	A adquirir - 30 Kit's inspeção	Nenhum adquirido	R\$ 5.000,00	R\$ 0,00	Encaminhado MI 030 de 12/02/10 e re-encaminhado MI 064 em Março/10 ao Setor Financeiro.
e) Mobiliários: . disponíveis : 35 mesas, 68 cadeiras, 20 armários, 36 arquivos.	A adquirir: - 02 armários, - 01 balcão para recepção (sob medida), - 04 estantes de aço, - 02 cadeiras do chefe aprovadas pelo CEREST.	Adquiridos - 04 estantes de aço	R\$ 5.000,00	R\$ 0,00	Encaminhado MI 030 de 12/02/10 e re-encaminhado MI 063 em Março/10 ao Setor Financeiro.
f) Impressos e materiais educativos e de divulgação da VISA (fichas, boletins, cartazes, panfletos, cartilhas): . disponibilidade: sim(x) não()	. a confeccionar - Fichas de controle de atividade: 1.000 blocos. - Auto de Intimação: 500 blocos. - Auto de Infração: 200 blocos. - 10.000 folderes tatuagens/piercing.s - 25.000 folderes Limpeza de Cxa D'água. -10 .000 folderes cabelereiros/salão de beleza/manicura. - 10 .000 folderes farmácias e drogarias. - 10 .000 folderes laboratório. - 20 .000 folderes alimentos/comércio - 2.000 folderes alimentos/indústria. - 2.000 cartilhas de Manipuladores de alimentos,	Confeccionado - 01 faixa I Seminário VISA.	R\$ 10.000,00	R\$ 60,00	Encaminhado MI 072 e 237/ 2010 ao Setor Financeiro.

		- 10.000 blocos de Habite-se				
Adoção do PHAROS - Sistema de Informação em VISA	- Sistema Pharos: (atualmente utiliza o SEVISA)	à implantar . a capacitar pessoal - Adquirir novo software para a substituição do SEVISA e compatível c/ o PHAROS	- Iniciado a implantação do sistema Pharos, porém não há alimentação do mesmo por falta de software compatível. - Em licitação o novo sistema.	R\$ 5.000,00	R\$ 0,00	Encaminhado MI 018 em 28/01/10 ao Setor Financeiro.
Capacitação em Cursos oferecidos e/ou reconhecidos pela DVS/SES e ANVISA/MS	- Necessidade de capacitação para as atividades de VISA:	Áreas ou cursos requeridos : alimentos, Ensino, Saneamento, Saúde e veterinária) * nº de técnicos a capacitar : 32	Participação de Fiscais nos seguintes eventos : Seminário Monitoramento Alimentos (Fpolis); Curso de Boas Práticas em Fabricação de Prod. Médicos Fase I (Brasília); Forum de Saúde Ambiental (RJ); Inspeções Conjunta c/ ANVISA, Especialização em Saúde do Trabalhador, Curso de Ações Básicas, Fiscalização em Hemocentros, Work Shop Saneantes; Capacitação Pharos; Capacitação Acessibilidade; Capacitação em VISA (ANVISA); Capacitação em Clínicas Odontológicas; Curso	R\$ 3.032,00	R\$ 2.540,00	Algumas capacitações foram custeadas pela ANVISA e outras pela VISA-SES. Capacitações em negrito custeadas pelo Município. A vaga no curso de Especialização em Saúde do Trabalhador foi cedida pelo CEREST.

			Perigos Críticos na Fabricação de Alimentos; Seminário Serviços Hemodinâmica; Instrução Normativa 002/2010/DIVS/SES; NOTIVISA, Curso de Atualização em Legislação de Drogarias., V SIMBRAVISA.			
--	--	--	--	--	--	--

Previsão (em 2009) do recurso referente ao piso das ações Estruturantes para VISA: R\$ 178.632,00 (anual).

Receita efetiva (em 2010) do recurso referente ao piso das ações Estruturantes para VISA: R\$ 195.417,20 (anual).

Despesas efetivas (em 2010) do recurso referente ao piso das ações Estruturantes para VISA: R\$ 124. 540,00 (anual).

DIFERENÇA: R\$ 70.877,00 (anual).

OBS: Recebemos a orientação da DVS-SES que plano repete-se em 2011, havendo o compromisso, pela administração pública, do cumprimento das metas estabelecidas até o final deste ano.

EIXO PDVISA 2:Ação regulatória:Vigilância de Produtos,de Serviços e de Ambiente

EIXO PDVISA 5:Construção da consciência sanitária:Mobilização,participação e controle social.

AÇÕES ESTRATÉGICAS: Produtos, Serviços e Ambientes de Interesse à Saúde

AÇÕES ANUAIS	SITUAÇÃO ESTRUTURAL	METAS ANUAIS		RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS		OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS
		Previstas	Realizada	Previstos	Realizados	
Ações Estratégicas : Produtos e Serviços	➤ ////////////////////////////////////// //////////////////////////////////// //////////////////////////////////// ////////////////////////////////////	➤ ////////////////////////////////////// //////////////////////////////////// //////////////////////////////////// ////////////////////////////////////	➤ ////////////////////////////////////// //////////////////////////////////// //////////////////////////////////// ////////////////////////////////////	R\$ 100.880,72 (anual) Para todas as ações estratégicas (cfe. descrito abaixo).	R\$ 79.000,00 (anual) Para todas as ações.	Manutenção Carros com contratos antigos.
Vigilância da	➤ Coletar amostras de ➤ água para:					

Qualidade da Água	- Para monitoramento da qualidade da água de abastecimento público. (Vigiágua)	100%	100%			
	- Atendimento a denúncias e reclamações	100%	100%			
	- Cadastrar os Sistemas de Abastecimento de água e as Soluções Alternativas: coletivos e individuais -	100%	100%			
	- Alimentar o SISÀGUA	100%	100%			
	- Inspeccionar:					
	- estações de tratamento de água	100%	100%			
	- sistemas de abastecimento de água públicos	100%	100%			
	- soluções alternativas de abastecimento de água: individuais e coletivas	100%	Não realizado pelo Município. Munícipe é o responsável pelo poço individual. Vistoriado 100% dos coletivos onde não há rede pública.			
	- empresa que realiza limpeza e desinfecção de poços e caixas D'água	100%	80,00%			
- estações de tratamento de esgoto sanitário	100%	100%				
- Sistema de coleta, transporte, disposição e destinação final de esgotos	100%	100%				

- sistema de coleta, transporte, disposição e destinação final de resíduos urbanos	100%	100%			
- sistema de coleta, transporte, disposição e destinação final de resíduos de serviços de saúde	100%	100% (Engepasa)			
- sistema de coleta, transporte, disposição e destinação final de resíduos de indústrias	100%	100% (Aterro Sanitário Industrial)			
- Empresa que realiza recolhimento, transporte e/ou destinação final de resíduos sólidos ou líquidos	100%	100%			
- lavanderia industrial ou comercial	100%	100,00%			
- lavanderia hospitalar - EH	100%	100%			
clubes, parques aquáticos e afins, piscinas coletivas – particulares e públicas	100%	100,00%			
- empresa que realiza desinsetização/desratização de ambientes	100%	100,00%			
- Cemitérios, crematórios, necrotérios e afins	100%	100%			
- Identificar áreas com populações expostas ou sob risco de exposição ao solo contaminado.	100%	01 área indicada, conforme pactuação no VIGISOLO.			

	Coletar amostras de alimentos para:					
Vigilância dos Alimentos	- monitoramento -Programas	100%	100% (PEMQSA)		R\$ 917,46	Aquisição de caixas térmicas; Lacs.
	- atendimento a denúncias e reclamações	100%	95%			
	- Inspeccionar os estabelecimentos que:					
	- industrializam, produzem ou processam alimentos	100%	85,4%			
	- manipulam e servem alimentos	100%	85,8%			
	- comercializam alimentos - fixos e ambulantes	100%	80,5%			
	- armazenam, distribuem e transportam alimentos	100%	80,00%			
	- Notificar e investigar surtos de DTA	100%	100%			
	Medicamentos, Cosméticos e Produtos para a Saúde	- Coletar amostras dos produtos, quando solicitado	100%	100%		
- Inspeccionar os estabelecimentos que:						
- manipulam os produtos - farmácias de manipulação		100%	100,0%			
- comercializam os produtos: drogas, ervanarias e afins		100%	90,3%			
- armazenam, distribuem e/ou transportam os produtos		100%	85,6%			
- industrializam e/ou fracionam os produtos		100%	93,00%			Indústria Farmacêutica

						fiscalizada pela VISA-SES.
Saneantes	-Coletar amostras dos produtos, quando solicitado	100,00%	100%			
	- Inspeccionar os estabelecimentos que:					
	- comercializam o produto	100%	100,0%			
	- armazenam, distribuem e/ou transportam os produtos	100%	93,5%			
	- industrializam e/ou fracionam o produto	100%	100,0%			
Estabelecimentos e Produtos Veterinários e/ou Agrotóxicos	- Coletar amostras dos produtos, quando solicitado	100%	100%			Nenhum produto coletado
	- Inspeccionar os estabelecimentos:					
	- hospitais, clínicas veterinárias e afins	100%	84,40%			
	- hotéis e pet shops para animais de pequeno porte	100%	85,00%			
	- que comercializam, distribuem e/ou transportam os produtos	100%	89,00%			
	- produzem, industrializam e/ou fracionam os produtos	100%	Zero empresas cadastradas			
Estabelecimentos de Ensino	- Inspeccionar os estabelecimentos:					
	- Creche e Pré-Escola	100%	86,4%			
	- Ensino Fundamental	100%	91,6%			
	- Ensino Médio	100%	91,6%			
	- Ensino Superior	100%	100,0%			

Estabelecimentos de Estética e Condicionamento Físico	- Inspeccionar os estabelecimentos:					
	- salão de beleza/cabeleireiro, barbearia	100%	94,0%			
	- academia de ginástica, musculação e afins	100%	87,6%			
Hotel, Motel e congêneres	- Inspeccionar os estabelecimentos:	100%				
	- hotel	100%	90,4%			
	- motel e congêneres	100%	100%			
Serviços de Saúde e de interesse da saúde.	- Inspeccionar os estabelecimentos:					
	- hospital	VISA/SES	VISA-SES			
	- outro estabelecimento de saúde com internação	VISA-SES	VISA-SES			
	- unidade de saúde com procedimentos invasivos	VISA-SES	VISA-SES			
	- unidade de saúde sem procedimentos invasivos	100%	86%			
	- serviço de radiodiagnóstico e diagnóstico por imagem - IH	VISA-SES	VISA-SES			
	- serviço de radiodiagnóstico e diagnóstico por imagem - EH	100%	100%			
	- serviço de radioterapia – IH e EH	VISA/SES	VISA-SES			
	- serviço de quimioterapia – IH e EH	VISA-SES	VISA-SES			
- serviço de medicina nuclear –	VISA-SES	VISA-SES				

IH e EH					
- unidade de diálise – IH e EH	VISA/SES	VISA-SES			
- unidade hemoterápica – IH e EH	VISA-SES	VISA-SES			
- banco de olhos	VISA-SES	VISA-SES			
- banco de leite humano	VISA-SES	VISA-SES			
- serviço de remoção em ambulâncias	100%	100%			
- laboratório clínico e posto de coleta – EH	100%	80,3%			
- serviço de assistência e prótese odontológica	100%	83,4%			
- serviço de acupuntura	100%	100,0%			
- serviço de podologia	100%	100,0%			
- serviço de tatuagem e piercing	100%	100,0%			
- ótica e laboratório ótico	100%	76,0%			
- serviço de fisioterapia e massagem clínica	100%	64,0%			
- Serviço ambulatorial de saúde mental e CAPS	100%	100%			
- Comunidade terapêutica, Centro de internação e afins	100%	100%			
- Unidade prisional	100%	100%			
- Estação rodoviária e ferroviária	100%	Município não realiza esta ação.			
Destinação Final de Resíduos	Avaliação dos Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, gerados	100%	100%		

	no município.					
	10.2-Inspeccionar os locais de destinação final de resíduos sólidos e líquidos.	100%	86,6%			
Outras ações de Inspeção	11. Outros estabelecimentos a serem inspecionados: (prioridade municipal)	100%	-			
Eventos Adversos e Queixas Técnicas	12.1 Notificar os eventos relacionados a: -tóxico/tecno/ hemovigilância	VISA-SES	VISA-SES			
	12.2. Investigar os eventos relacionados à: tóxico/técno/ hemovigilância	VISA-SES	VISA-SES			
	12.3. Inspeccionar os locais em situações de risco	100%	100%			
	12.4. Coletar produtos e animais peçonhentos, quando indicado	VISA-SES	VISA-SES			
Fiscalização de Ambientes de Trabalho	✓ Notificar agravos relacionados a acidentes de trabalho	CEREST	CEREST			
	1.2. Fiscalizar os ambientes de trabalho com situações de risco	CEREST	CEREST			
Educação e Comunicação em VISA: Desenvolver atividades educativas nas áreas de:	- vigilância sanitária	02 temas p/ capacitações = 100%	04 temas abordados em 34 capacitações 200%		R\$ 1.320,50	Capacitação em RDC 50/02; Capacitação RDC 44/09. Oficinas de manipuladores de alimentos, 01 Capacitação de Conselheiros em

						VISA, Projeto VISA Mobiliza(contabilizado a parte).
	- vigilância ambiental	100%	100%	-	-	I Seminário de Vigilância Ambiental (final 2009)
	- saúde do trabalhador	CEREST	CEREST	-	-	

Ações De Gerenciamento De Risco / Produtos, Serviços e Ambientes de Interesse a Saúde.

AÇÕES ANUAIS	SITUAÇÃO ESTRUTURAL	METAS ANUAIS		RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS		OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS
		Previstas	Realizada	Previstos	Realizados	
Estruturação da oficina de manipuladores (1 por mês)	- Aquisição de caixas de som - Aquisição de microfones - Kit aluno (pasta, bloco, caneta e apostila) ➤ - Coffe break	01 oficina P/ MÊS, com material próprio.	10 OFICINAS/ano, com materiais dos fiscais.	R\$ 10.000,00	R\$ 490,00 (Coffe)	Solicitação de materiais MI 066/10 de 26/03/10.
Desenvolvimento de Recursos Humanos	- Participação de 06 técnicos em curso a nível de especialização, mestrado e doutorado na área de Vigilância Sanitária.	06 técnicos inscritos em cursos	01 técnico da VISA realizando especialização em Saúde do Trabalhador	R\$ 53.440,04	R\$ 0,00	A vaga no curso de Especialização em Saúde do Trabalhador foi cedida pelo CEREST.
Capacitação dos Conselheiros Locais de Saúde	- Kit aluno (pasta, bloco, caneta e apostila) - Coffe break	Realização de treinamento dos conselheiros de saúde	PROJETO VISA-MOBILIZA :16 capacitações para ACS e Conselheiro locais; 01 Capacitação para Municipais.	R\$ 3.000,00	R\$ 2.000,00	
Desenvolvimento de ações emergenciais na área de Vigilância Sanitária	- Análise de produtos apreendidos; - Fiscalizações Noturnas; - Sobreaviso finais de semana;	Encaminhamento para o LACEN/SC produtos do PEMQSA/ DTA. Manutenção das	- Encaminhamento para o LACEN/SC 05 coletas de produtos apreendidos com	R\$ 34.440,72	Sem recurso adicional	

	- Atividades calamidades públicas (ambiental); - Outras situações emergenciais nas áreas da saúde, alimentos, saneamento, veterinária)	fiscalizações noturnas e sobreavisos; Atuação em situações emergenciais e de calamidade pública;	suspeita de DTA(água e alimentos); Realização de 54 fiscalizações noturnas; Organização de escalas de sobreaviso de todos os finais de semana e feriados;			
--	---	---	--	--	--	--

Previsão (em 2009) do recurso referente ao piso das ações Estratégicas (Produtos e Serviços e Ambientes de Interesse da Saúde e Gerenciamento de Risco) para VISA: R\$ 100.880,72 (anual).

Receita efetiva (em 2010) do recurso referente ao piso das ações Estratégicas (Produtos e Serviços e Ambientes de Interesse da Saúde e Gerenciamento de Risco) para VISA : R\$ 110.359,59 (anual).

Despesas efetivas (em 2010) do recurso referente ao ao piso das ações Estratégicas (Produtos e Serviços e Ambientes de Interesse da Saúde e Gerenciamento de Risco) para VISA: R\$ 83.727,96 (anual).

DIFERENÇA: R\$ 26.631,63 – anual.

TOTAL DE RECURSOS DA VISA EM CAIXA NO FMS (ESTRUTURANTE + ESTRATÉGICO): R\$ 97.508,63

Esclarecemos que a pactuação das metas de 100% para todas as ações foi uma exigência da DVS-SES com a orientação que não haveria aprovação na CIB caso esta pactuação não fosse realizada desta forma. Diante das metas ousadas para o Município que sempre pactuava metas de 50%, encaminhamos a pactuação conforme orientação atual, porém acompanhada do ofício 578/09 que esclarecia a realidade do Município.

Dos 10.100 estabelecimentos cadastrados, realizamos as vistorias em 8.579, perfazendo o valor de 85% da meta.

No total foram vistoriados os imóveis e emitidos 1.831 Habite-se, o que perfaz o total de 10.410 vistorias realizadas pela VISA, ou seja, 103,1% da meta geral.