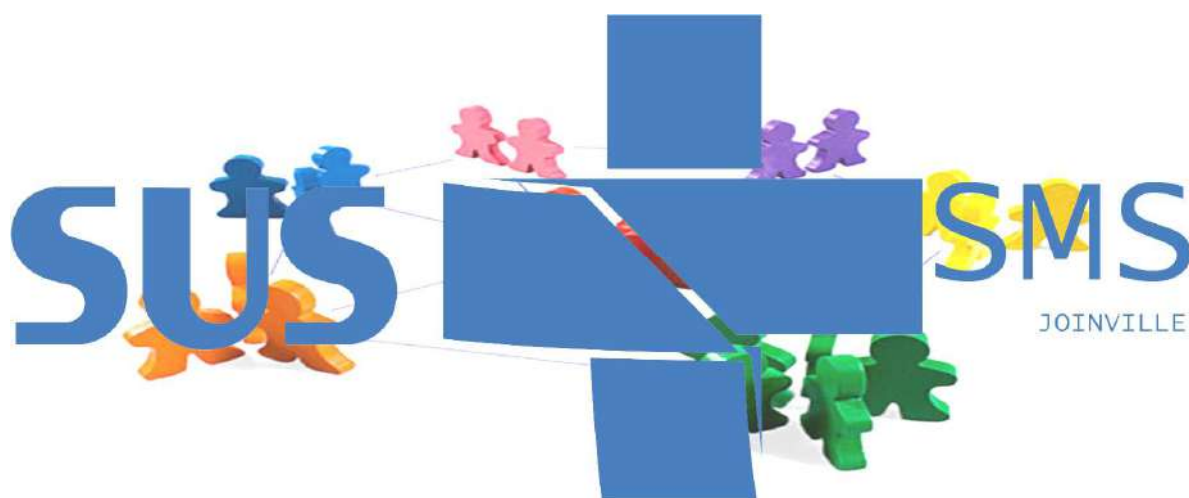




Prefeitura Municipal de Joinville
Secretaria Municipal da Saúde
Sistema Único de Saúde



RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2011

GOVERNO MUNICIPAL DE JOINVILLE

Carlito Merss
Prefeito de Joinville

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Antonia Maria Grigol

Tarcisio Crocomo (até fevereiro 2012)

Secretário Municipal da Saúde

Armando Vieira Lorga

Adônis Rogério Rosar (até fevereiro 2012)

Diretor Executivo

Michele de Souza Andrade

Gerente da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria

Janine Guimarães

Gerente da Unidade de Atenção Básica

Júlio César Ribeiro Malschitzky

Gerente da Unidade de Serviços de Referência

Rosilei Teresinha Weiss Baad

Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde

Maria Marlete Reinert Brittes

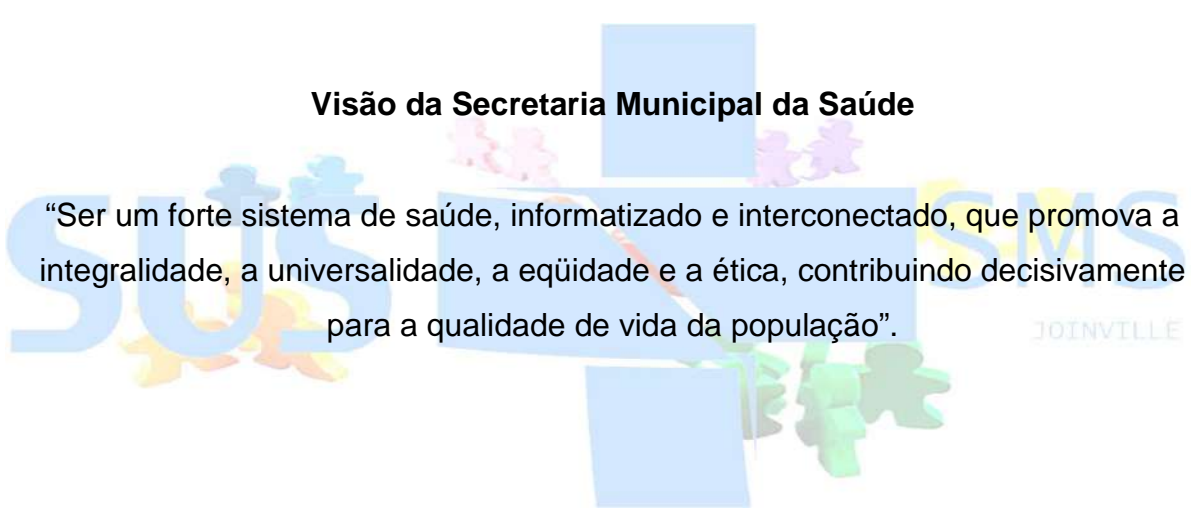
Vilson Meier (até março 2012)

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

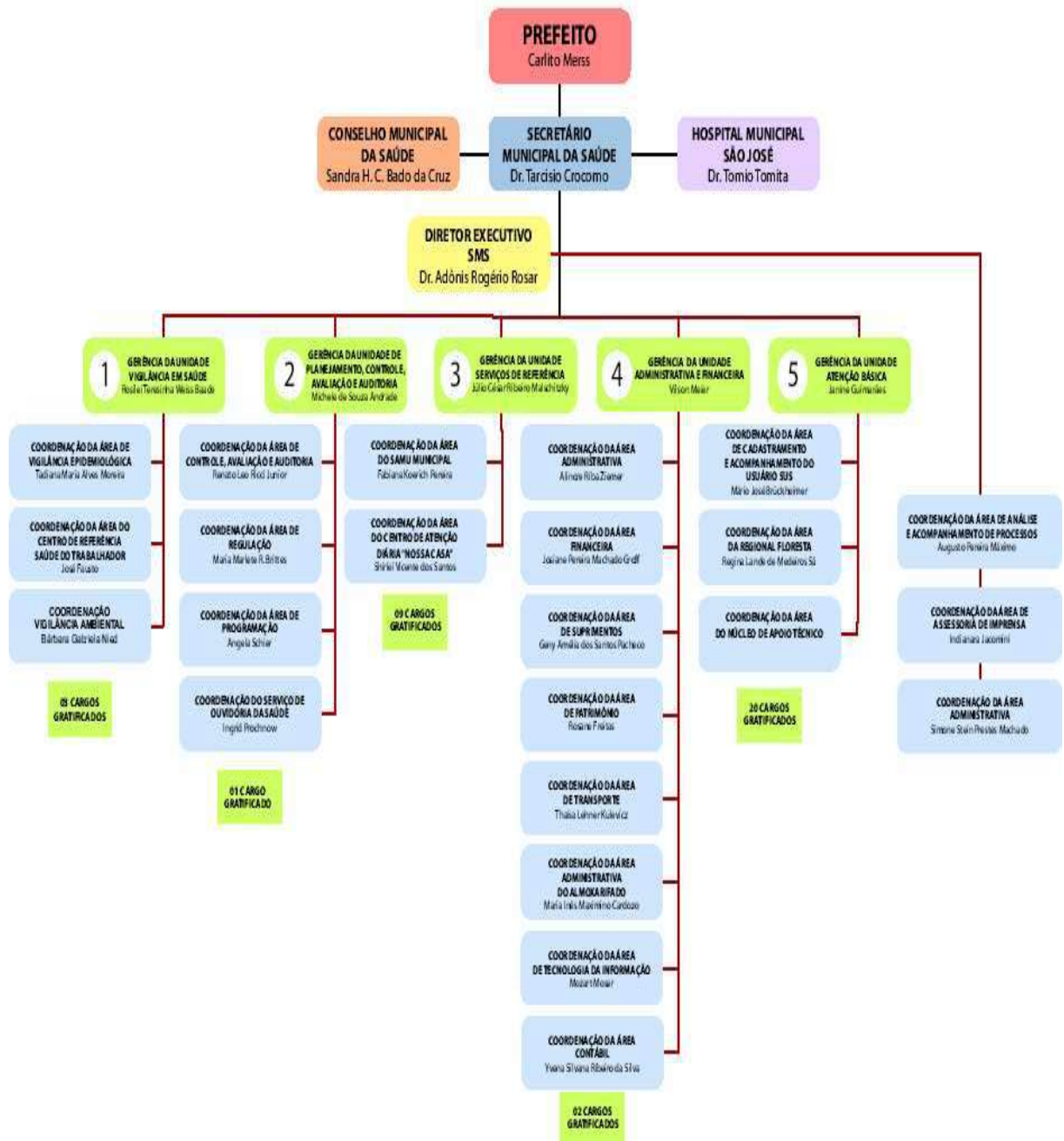
Durante o ano de 2011, participaram da gestão:

Sra. Marlene Bonow Oliveira – Gerente da Unidade de Atenção Básica

Sra. Virginia Vaz dos Reis - Gerente da Unidade de Serviços de Referência

Sra. Jeane Regina Vanzuitein Vieira - Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde

ORGANOGRAMA 2011 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE JOINVILLE

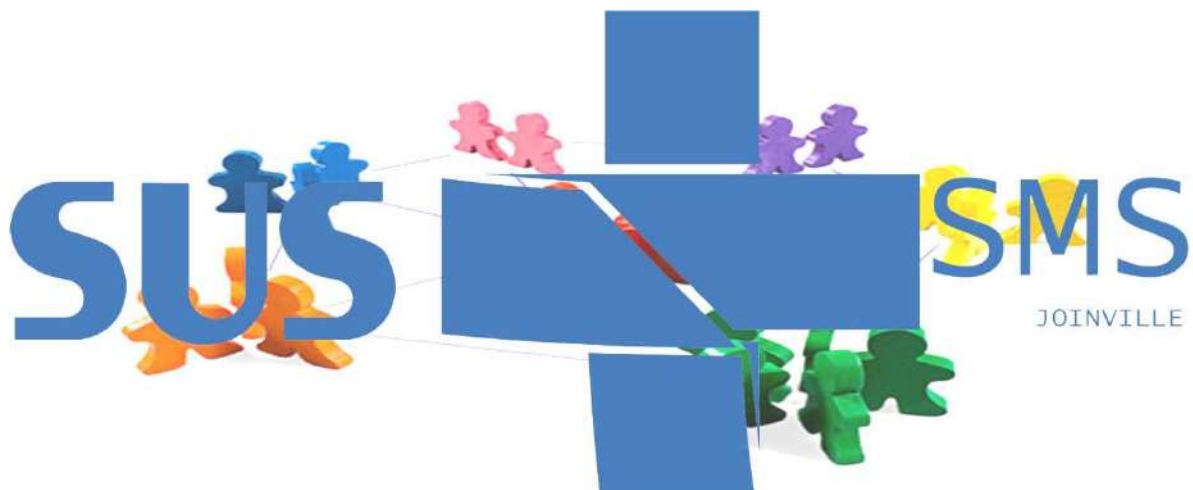


Gerências e Coordenações

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Coordenador Administrativo do Gabinete	Simone Stein Prestes Machado
Coordenação de Análise e Acompanhamento de Processos	Augusto Pereira Cardozo
Coordenação de Assessoria de Imprensa	Indianara Jacomini
Coordenação do Conselho Municipal da Saúde	Sandra Helena Camilo B. da Cruz
Gerência da Unidade de Atenção Básica	Janine Guimarães
Coordenação de Assistência Farmacêutica	Fabiane Rocha e Silva
Coordenador do Núcleo de Apoio Técnico	Giovana Goulart (a partir de 2012)
Coordenador do Cadastramento e Acompanhamento do Usuário	Mario José Bruckheimer
Coordenação Regional Saguauçu	Gabriel Luckmann
Coordenação Regional Centro	Janayna Ferreira de Andrade
Coordenação Regional Comasa	Luci Leia Honorato
Coordenação Regional Costa e Silva	Sayonara Salete Zuchetti
Coordenação Regional Fátima	Leila Narloch Graudin
Coordenação Regional Floresta	Regina Lande de Medeiros Sá
Coordenação Regional Jarivatuba	Flávia Nunes Patrício
Coordenação Regional Pirabeiraba	Ignêz Clarisse S. Moreira
Coordenação Regional Vila Nova	Janaína Martins
Coordenação Ambulatório Jarivatuba	Flávia Nunes Patrício
Coordenação Ambulatório Fátima	Maires Betina Jung
Coordenação Ambulatório Bakitas	Roseli Barbosa Rosa
Coordenação Ambulatório Bom retiro	Cleonice B. Correa Siccardi
Coordenação Ambulatório CSU Iriú	Patricia Frazão Sheffer de Mello
Coordenação Ambulatório Itaum	Viviane Korovsky
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	Rosilei Teresinha Weiss Baad
Coordenação da Vigilância Epidemiológica	Tadiana M. Alves Moreira
Coordenação Técnica de Patologia Clínica	Ariane A. Hoffmann de Barro
Coordenação do Centro Referência Saúde do Trabalhador	José Fausto
Coordenação da Vigilância Sanitária	Mara Lucia Monteiro
Coordenação da Área de Vigilância Ambiental	Bárbara Gabriela Nied
Coordenação da Unidade Sanitária	Halina Temothio
Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	Michele de Souza Andrade
Coordenação de Programação	Angela Schier
Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria	Renato Leo Ricci Jr.
Coordenação de Planejamento	
Coordenação de Regulação	Maria Marlete Reinert Brittes
Coordenação de Ouvidoria da Saúde	Ingrid M. Zimmer Prochow
Gerência da Unidade de Serviços de Referência	Júlio César Ribeiro Malschitzky
Coordenação do SAMU Municipal	Fabiana Voss
Coordenação de Pronto Atendimento 24 horas	Maria Solange Alves
Coordenação Pronto Atendimento Psico-Social	Sandra Lúcia Vitorino
Coordenação CAPS I	Marlise Bittencourt
Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD)	Nasser Haidar Barbosa
Coordenação CAPS III	Ana Lúcia Alves Urbanski
Coordenação do NAIPE	Eduardo H. Amaral
Coordenação Centrinho	Vivian Amaral Nogueira Cavalheri
Coordenação Policlínica Boa Vista	Giovana da Rosa Goulart
Coordenação Ambulatorial do Bucarein	Leila C. Moraes Mautone
Coordenação Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS)	Ana Lúcia Cardoso Furtado

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Gerência da Unidade Administrativa e Financeira	Vilson Meier
Coordenação de Transportes	Tháísa Lehnerkulevicz
Coordenação de Patrimônio	Rosane Freitas
Coordenação da Área Contábil	Yvena S. Ribeiro da Silva
Coordenação Administrativo	Alinore Riba Ziemer
Coordenação do Almoxarifado	Maria Inês Maximino Cardozo
Coordenação da Área de Finanças	Josiane Pereira Machado
Coordenação de Tecnologia de informação	Mozart Moser
Coordenação de Credenciamento, Contratos e Convênios	Agostinho Rosa
Coordenação Técnica de Fármacia	Janaina Pravato Vicente

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS: Janeiro 2012



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
Terezinha Hillesheim
Denise Vizzotto

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 de Especialidades Odontológicas
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
SIAVO – Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia.
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	11
1. Introdução	12
2. População	13
3. Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde	13
3.1. Gabinete	13
3.2. Gerências	14
3.2.1. Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria (GUPCAA)	14
3.2.2. Gerência da Unidade de Serviços de Referências (GUSR)	16
3.2.3. Gerência da Unidade de Atenção Básica (GUAB)	17
3.2.4. Gerência da Unidade Administrativa e Financeira (GUAF)	18
3.2.5. Gerência da Unidade de Vigilância em Saúde (GUVS)	20
3.3 Profissionais de Saúde	22
4. O Sistema Único de Saúde em Joinville	23
4.1. Atenção Básica	23
4.2. Atenção Especializada	25
4.3. Serviços de Emergência, Pronto Atendimento e Hospitalares	25
4.4. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	26
5. Programação Anual	27
5.1. Notas Técnicas	27
Eixo 1 – Condições de Saúde da População	28
Área Estratégica – Saúde do Idoso	28
Área Estratégica – Saúde do Adulto	29
Área Estratégica – Saúde da Mulher	32
Área Estratégica – Saúde do Jovem	35
Área Estratégica – Saúde da Criança	36
Área Estratégica – Vigilância em Saúde e Controle de Endemias	41
Área Estratégica – Saúde Bucal	54
Área Estratégica – Grupos Vulneráveis	58
Eixo 2 – Determinantes e Condicionantes da Saúde	62
Eixo 3 – Gestão em Saúde	67
Estratégia Fortalecer a Atenção Básica	67
Estratégia Qualificar a Gestão do Trabalho	79
Estratégia Informatizar a Rede Assistencial	81
Estratégia Organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência	83
Estratégia Descentralização e Integração da Vigilância em Saúde	85
Estratégia Fortalecer a Gestão Pública em Saúde	86
6. Serviço de Ouvidoria do SUS	92
7. Obras Previstas no Plano Pluri-Anual PPA.	94
8. Orçamento	95
8.1. Receitas Orçamentárias	96
8.2. Receitas Orçamentárias - Resumido	97
8.3. Despesas Orçamentárias	97
8.4. Assistência Ambulatorial, Hospitalar, Outros Serviços e Encargos	97
8.5. Situação Financeira	98
9. Comentários Finais	99
10. Apêndices	101
Apêndice 1 - População Residente por Unidade de Saúde	102
Apêndice 2 - Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil	104

Apêndice 3 - Resoluções do Conselho Municipal de Saúde	109
Apêndice 4 - Demonstrativo de Gastos de Programas - Verbas Específicas	112
Apêndice 5 – Relatório de Ações do CEREST	116

Apresentação

A Secretaria Municipal de Saúde Joinville apresenta o Relatório Anual de Gestão Exercício de 2011, referente ao terceiro ano de execução do Plano Municipal de Saúde de Joinville 2010-2013.

O Relatório Anual de Gestão é um instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação da gestão, previsto em diversos dispositivos legais do Sistema Único de Saúde. Entretanto, não é um documento produzido para cumprir apenas uma formalidade, mas uma ferramenta fundamental no processo de construção do Sistema Único de Saúde e consolida o compromisso da atual gestão em tornar transparente os avanços e desafios na concretização da política municipal de saúde. O presente relatório é fruto de uma construção coletiva representada pelo esforço de todos os trabalhadores da saúde que atuam nas Unidades de Saúde e nos diversos setores da Secretaria. O mesmo contém as informações resultantes das estratégias, metas e ações definidas e executadas na Programação Anual de Saúde 2011, as prioridades indicadas no Termo de Compromisso de Gestão, os resultados alcançados e devidos comentários, quando necessários.

Com o presente documento pretende-se fomentar debates e críticas construtivas para o aperfeiçoamento da gestão do Sistema Único de Saúde no Município de Joinville, além de servir ao manuseio de todos aqueles interessados em construir um estado de bem estar social e melhor qualidade de vida para todos os cidadãos que vivem em nossa cidade.

Para alcançar os objetivos que atendam satisfatoriamente as pessoas é preciso envolvimento de gestores e técnicos, além de conhecimento que permita avaliação crítica das ações a serem implementadas ao longo de um ano de trabalho.

Desta forma, agradeço a todos que contribuíram para a elaboração do Relatório Anual de Gestão 2011, em especial ao Dr. Tarcísio Crócomo, ao Dr. Adonis Rosar e ao Sr. Vilson Meier, que exerceram respectivamente as funções de Secretário de Saúde, Diretor Executivo e Gerente Administrativo e Financeiro no exercício de 2011.

Antonia Maria Grigol

Secretária 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 2011 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, estão instituídas as Comissões de Saúde para trabalhar com grupos populacionais e áreas assistenciais: Homem, Idoso, Mulher, Criança, Adolescente, Saúde Mental e Saúde Bucal, cujo trabalho marca uma nova postura visando aprimorar a gestão.

A Programação Anual de Saúde de 2011 da Secretaria Municipal da Saúde compreendeu 122 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 2010 era de 515.288 mil, sendo 50,4% do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. A distribuição segundo idade e gênero é mostrada na tabela a seguir:

Tabela – População de Joinville, segundo gênero e idade, 2010

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total	%
Menor de 1 ano	3.562	3.403	6.965	13,58
1 a 4 anos	14.101	13.222	27.323	5.30
5 a 9 anos	17.986	17.265	35.251	6.84
10 a 14 anos	21.432	20.775	42.207	8.19
15 a 19 anos	22.746	21.939	44.685	8.67
20 a 29 anos	49.754	47.514	97.268	18.87
30 a 39 anos	43.065	43.302	86.367	16.76
40 a 49 anos	37.371	38.915	76.286	14.8
50 a 59 anos	26.086	27.446	53.532	10.38
60 a 69 anos	12.406	14.362	26.768	5.19
70 a 79 anos	5.440	7.710	13.150	2.55
80 anos e mais	1.807	3.679	5.486	1.06
Total	255.756	259.532	515.288	100

FONTE: IBGE - população 2011. Acesso em dezembro /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 despendidos 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 também é responsável pela produção de arte para materiais gráficos, folders, banner, cartazes e pela clipagem de todas as informações sobre a SMS veiculadas na imprensa (clipping).

Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde: O Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem como objetivo a implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social da saúde e a atuação na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde. As deliberações do CMS em 2011 encontram-se listadas no Apêndice 3.

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 pelas ações de gestão do trabalho e da educação dos servidores, pelo monitoramento e planejamento da gestão através de instrumentos de gestão preconizados pelo Ministério da Saúde, pela programação e contratualização dos serviços de saúde, pela regulação do acesso dos usuários a

estes serviços e pelo controle, avaliação e auditoria dos serviços contratualizados ao Sistema Único de Saúde no nível municipal. 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: 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.

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

Ouvidoria: A Ouvidoria em Saúde é um instrumento da gestão pública e do controle social para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo SUS, trazendo para dentro das decisões da gestão as avaliações, as opiniões e as idéias geradas pelos usuários dos serviços públicos de saúde.

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:

PAPS – Pronto Acolhimento Psicossocial – Acolhimento da demanda espontânea ou encaminhada e, quando necessário primeiro atendimento médico, casos de sofrimento mental moderado e grave.

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil “Cuca Legal” : Atendimento substitutivo a internação psiquiátrica. Atende crianças e adolescentes até 18 anos incompletos que estejam em sofrimento psíquico grave, que apresentem dificuldades em estabelecer e manter relações na família, escola e comunidade.

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial “Nossa Casa”: Acompanhamento intensivo e diferenciado em saúde mental de pessoas com sofrimento psíquico grave acima de 16 anos.

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial “Dê Lirios”: Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes nas 24 horas, com 05 leitos para hospitalização noturna.

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas: Atendimento a adolescentes e adultos que fazem uso nocivo/abusivo e dependência de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e na reinserção social e familiar e redução de danos.

SOIS – Serviços Organizados de Inclusão Social: Trabalha para inclusão social das pessoas com transtorno mental por meio do trabalho, lazer, educação e moradia.

NAIPE - Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial: Assistência integral ao paciente com deficiência, com necessidade de atendimento continuado, sobretudo nas áreas de reabilitação.

Centrinho - Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais: Reabilitação funcional, estética e psicossocial dos pacientes portadores de fissura lábiopalatina e referência em saúde auditiva atendendo desde recém-natos até idosos, com suspeita de deficiência auditiva, recebendo pacientes de outras cidades.

SIAVO - Atendimento domiciliar que fornece oxigênio a pacientes portadores de insuficiência respiratória e outras doenças que cursam com distúrbios respiratórios graves.

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas: Tratamento odontológico especializado da população em geral, encaminhado pelos cirurgiões-dentistas das unidades básicas.

SAMU: Atendimento a pacientes que apresentem alterações de saúde em grau de urgência e emergência no âmbito pré-hospitalar tanto nos casos de traumas como em situações clínicas, prestando cuidados apropriados ao estado de saúde do cidadão, encaminhando-os para uma unidade de saúde de referência no âmbito de urgência e emergência.

Pronto Atendimento 24h Sul, Norte e Leste: Atendimento a pacientes que apresentem alterações de saúde em grau de urgência e emergência, prestando pronto atendimento e/ou encaminhando-os após estabilizados, para uma unidade de saúde de referência.

Policlínica Boa Vista: Atendimento ambulatorial em especialidades médicas com acompanhamento a usuários em programas específicos. O atendimento compreende as especialidades de: gastroenterologia, mastologia, endocrinologia, dermatologia, ginecologia, cirurgia geral e pequenas cirurgias, angiologia, oftalmologia, cirurgia vascular, nefrologia, otorrinolaringologia, efetuando sempre o acompanhamento pós cirúrgico. Possui programas especializados para ostomizados, mastectomizados, obesidade, úlceras venosas. São atendidos pacientes em situações graves, recebendo também de fora do município (T.F.D.).

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.

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 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: É responsável pela aquisição de materiais/equipamentos 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: Realiza lançamentos contábeis. Elabora e emite relatórios para prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde,

Câmara de Vereadores, Prefeitura Municipal de Joinville e Tribunal de Contas do Estado.

Coordenação Financeira: Realiza controle financeiro, fluxo de caixa e pagamento dos fornecedores. Recebe Notas Fiscais conferidas e certificadas, processa a liquidação conforme fonte de recurso obedecendo a ordem cronológica das mesmas. Recolhe e liquida impostos (INSS, ISS e IRRF).

Coordenação da Área de Patrimônio: Realiza manutenção predial, mobiliária e assistência técnica em equipamentos instalados nas Unidades da Rede Municipal da Saúde através da Internet via sistema Helpdesk. Efetua a descrição correta de alguns materiais/equipamentos a serem adquiridos pela SMS. Recebe, registra e entrega materiais e/ou equipamentos adquiridos pela SMS às unidades solicitantes.

Coordenação da Área de Transportes: Agenda e controla viagens para servidores e pacientes dentro e fora da cidade. Controla e acompanha serviços de manutenção dos veículos. Requisita e acompanha processos licitatórios de seguros e serviços terceirizados da frota da SMS. É responsável pelas solicitações de cópias, plotagens, encadernações e outros. Controla o malote da Secretaria.

Coordenação Administrativa: É responsável pelas solicitações de processos licitatórios e pela confecção dos materiais gráficos (cartazes, folhetos, folders, manuais e outros), banners e faixas. Confere, controla e registra os valores gastos com telefone fixo e móvel. É responsável pelas alterações de layout dos imóveis da secretaria e pelas solicitações de aluguel de novos imóveis. É responsável pela elaboração de Projetos, Termos de Referência para terceirização de Serviços de Engenharia e Arquitetura, acompanha e fiscaliza as obras. Solicita Alvará Sanitário e executa defesas de autos de intimação e infração. Elabora Portarias de Designações e Dispensas. Solicita decretos de Comissionados e Funções Gratificadas. É responsável pela atualização do organograma da Secretaria. Acompanha os contratos de limpeza e de vigilância.

Coordenação da Área Administrativa do Almoxarifado: Administra o estoque dos materiais, de forma que haja produtos para suprir as necessidades dos usuários da SMS. É responsável pelas Requisições de compras dos materiais de consumo da secretaria da área de enfermagem, odontologia, impressos (material padrão de consumo), material de expediente e de limpeza.

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: Administra o estoque, de forma que haja medicamentos para suprir as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde do município. É responsável pelas Requisições de compras dos medicamentos para as Unidades da Saúde da Secretaria. Participa da Comissão de Farmácia.

3.2.5 Gerência da Unidade de Vigilância em Saúde (GUVS)

Compreende as seguintes coordenações:

Coordenação de Vigilância Epidemiológica: desenvolve ações de vigilância epidemiológica para controlar e reduzir doenças e agravos de notificação compulsória, para adoção de medidas interventivas e de controles pertinentes em parceria com as unidades de saúde, instituições públicas e/ou privadas de saúde; intensificar as ações de controle e erradicação de doenças imunopreveníveis por meio da aplicação de vacinas do esquema básico vacinal, voltados a população inclusive dos grupos especiais; esclarecer a causa de óbito por causa natural, causa desconhecida por meio da realização de necropsias; implementar o desenvolvimento de ações de prevenção da violência e promoção da saúde.

Coordenação Unidade Sanitária: Desenvolve ações de promoção à 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 de município. Compõem os programas de Tuberculose, Hanseníase, DST/HIV/AIDS e Hepatites virais. Possui Unidade Dispensadora de Medicamentos, responsável pelos medicamentos para o tratamento destes agravos.

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 Vigilância Ambiental/CCZ: realiza ações para a preservação da saúde da população, através de ações de promoção, prevenção e controle

(vigilância) de zoonoses, onde estes animais possam atuar como reservatórios, hospedeiros e/ou vetores, sendo priorizadas as ações relacionadas ao controle da Dengue, Caramujos Africanos e Raiva.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Macrorregião de Joinville -

CEREST: promove ações de prevenção e vigilância, através da capacitação da rede de serviços de saúde, fiscalização das condições do ambiente de trabalho, investigação de acidentes e outros agravos à saúde do trabalhador, com o intuito de promover um ambiente laboral hígido, melhorando as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

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 2.712 profissionais de saúde alocados na Secretaria Municipal da Saúde, sendo o maior contingente na Rede Básica (56,8%). As tabelas a seguir mostram as unidades onde os profissionais estão alocados e a distribuição das categorias profissionais:

Tabela- Unidades de alocação e número de profissionais da SMS Joinville, 2011

Unidade	Número de profissionais	%
Gabinete da Secretaria da Saúde	37	1,36
Unidade de Atenção Básica	1.543	56,8
Unidade de Vigilância em Saúde	280	10,3
Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	79	2,9
Unidade de Serviços de Referência	698	25,7
Unidade Administrativa e Financeira	75	2,76
TOTAL	2.712	100,0

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – 28 janeiro 2012

Tabela- Distribuição das categorias profissionais da SMS Joinville, 2011

Profissionais	Total	Profissionais	Total
Administrador	01	Estagiário Nível Médio	-
Agente Administrativo Contínuo	01	Estagiário Nível Superior	4
Agente Administrativo	147	Farmacêutico	45
Agente Comunitário de Saúde	548	Fiscal	27
Agente de Combate a Dengue	50	Fisioterapeuta	09
Agente de Consultório Dentário	79	Fonoaudiólogo	15
Agente de Laboratório	26	Gerente de Unidade	05
Agente de Saúde II – A.E.	225	Médico	338
Agente de Saúde Pública	305	Médico Veterinário	05
Agente de Serviços Gerais	08	Motorista	52
Agente Operacional I - Servente	21	Nutricionista	09
Analista Administrativo	02	Odontólogo	157
Analista de Tec. Informação	01	Pedagogo	07
Assistente Administrativo	34	Pedreiro	01
Assistente Social	19	Programador	01
Contador	02	Psicólogo	47
Coordenador I	8	Secretaria Executiva CMS	01
Coordenador II	02	Secretario de Saúde	01
Diretor Executivo	01	Técnico	278
Economista	01	Telefonista	02
Enfermeiro	191	Terapeuta Ocupacional	33
Engenheiro	03		

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – 28 janeiro 2012

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 (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>	
Saguaçú	02	02	04	08
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 – janeiro 2012.

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)	121.121	23,50%
EACS	220.422	38,90%
PSF	193.744	37,60%
Total	515.288	100%

FONTE: Cadastramento e Acompanhamento do usuário SUS/ GUAB - fevereiro 2012

OBS: A pequena diferença em relação a população do IBGE, deve-se a arredondamentos na desagregação por áreas no Município.

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 18 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, cirurgião-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: cirurgião-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 4 ambulâncias (mais uma de reserva), 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, 2011

Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos não SUS	Total
a. HRHDS	271	0	271
b. HMSJ	251	-	251
c. MDV	138	0	138
d. HJAF	166	--	166
e. Hospital Bethesda	29	--	29
f. CH Unimed	-	149	149
g. Hospital Dia de Olhos Sadalla	--	4	4
h. Dona Helena	-	133	133
Total	855	286	1.141

FONTE: CNES/DATASUS, 30/janeiro/2012

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 8 postos de coleta de exames laboratoriais descentralizados nas seguintes unidades de saúde: Saguacú, Floresta, Bucarein, Jarivatuba, COMASA, Fátima, Jardim Paraíso e Unidade Sanitária.

5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

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 2011 compreende 122 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 515.288 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 Araquari 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).

EIXO 1 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde do Idoso

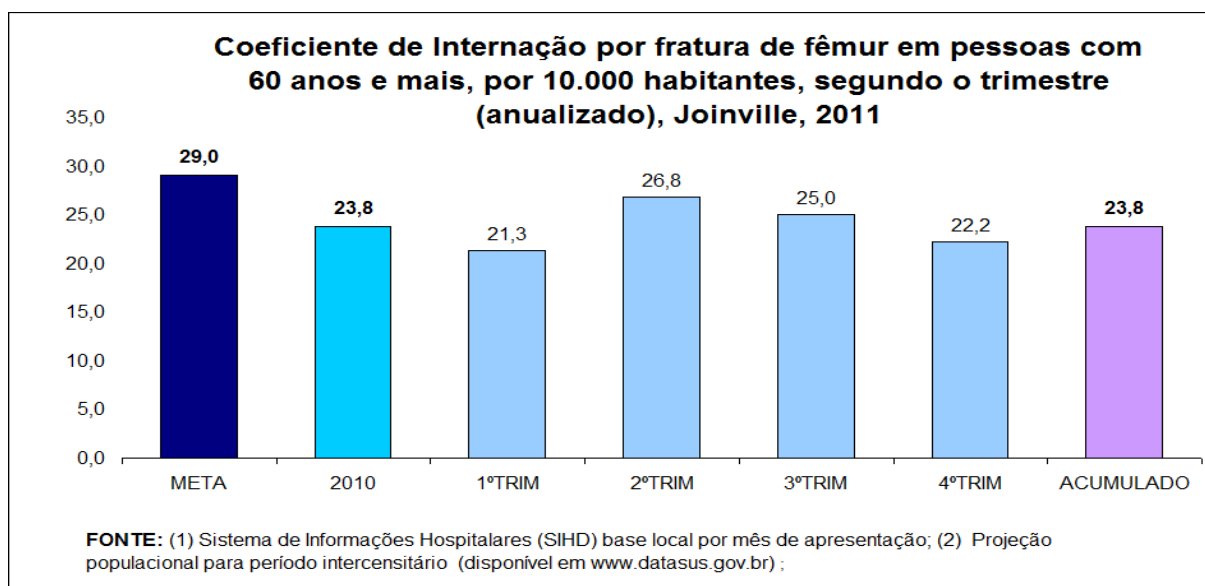
OBJETIVO: Desenvolver uma política de Saúde para o Idoso

DIRETRIZ: Articular diversos segmentos envolvidos na assistência e promoção da Saúde do Idoso

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Programa de Saúde do Idoso elaborado	Divulgação de Programa de Saúde do Idoso (em conformidade com diretrizes e em formato padrão da Secretaria Municipal da Saúde)		0	SET10	☹
Programa de Saúde do Idoso implantado	Apresentação do primeiro relatório dos resultados do Programa de Saúde do Idoso		0	SET11	☹
Coefficiente de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura do fêmur.	Número de internação hospitalar por fratura do fêmur em maiores de 60 anos residentes X 10.000 / Total de residentes com 60 anos e mais.	103 X 10.000 / 43210	23,8	29	☺

BASE/FONTE: Gabinete do Secretário Municipal da Saúde: Programa de Saúde do Idoso (homologado); UPCA\Programação, SIHD, base local (consolidado automaticamente por TI); DATASUS, Projeção populacional por faixa etária, disponível em www.datasus.gov.br

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



O Programa de Saúde do Idoso ainda não foi elaborado por dificuldades de efetivação da respectiva Comissão.

A prevenção da ocorrência de acidentes em idosos (do qual as internações para tratamento de fraturas de fêmur é um marcador) é uma atividade intersetorial e de promoção de saúde, envolvendo diretamente familiares e a comunidade, cuja operacionalização deverá ser contemplada no Programa de Saúde do Idoso a ser elaborado.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Manter comissão com a participação de todos os segmentos da atenção à Saúde do Idoso;	UAB coordena	ação continua
Implantar o Programa de Saúde do Idoso;	UAB, USR, UVS	não encaminhada
Promover ações de educação continuada para os profissionais de saúde na abordagem à Saúde do Idoso;	PROGESUS	ação continua
Criar indicadores para avaliação do PSI e acompanhá-los;	CS.Idoso	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO: A estratégia de comissões amplas para elaboração de Programas é prejudicada pela baixa participação. Propõe-se a constituição de um Grupo de Trabalho menos representativo, porém que sejam publicadas as atas das reuniões, atraindo e facultando a participação de profissionais interessados 'por afinidade'. Uma vez elaborado o Programa, propõe-se que o mesmo seja submetido a uma Consulta Pública antes de sua homologação; As demais atividades (implantação, indicadores e mesmo educação continuada) ficaram prejudicadas devido ao Programa ainda não ter sido elaborado.

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde do Adulto

OBJETIVO: Reduzir a morbi-mortalidade entre adultos.

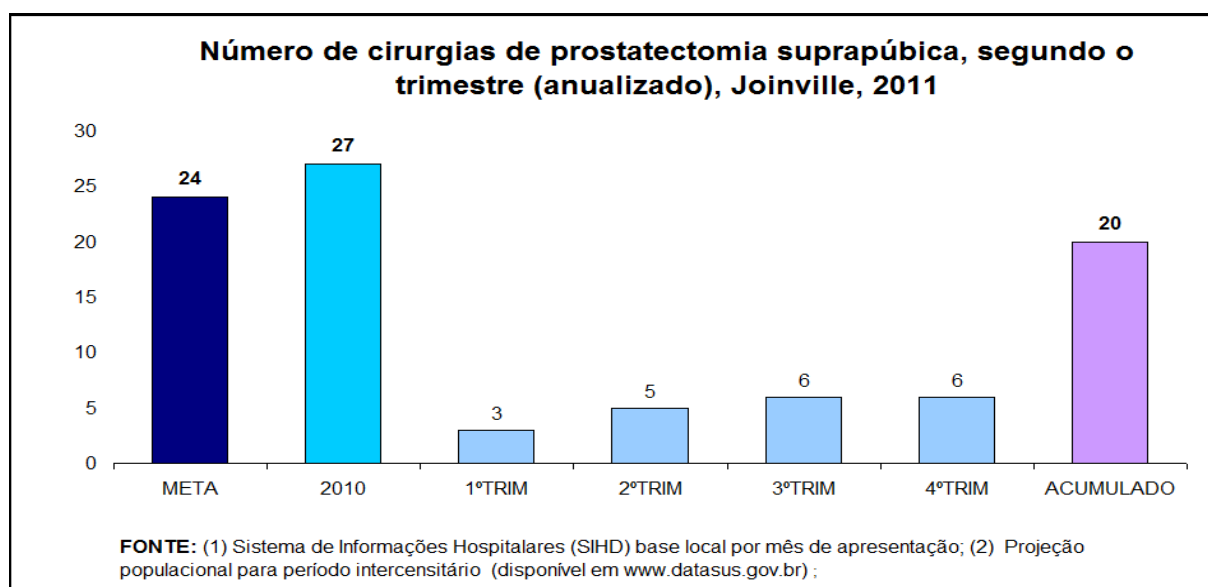
DIRETRIZ 1: Integrar as ações de promoção e assistência à Saúde do Homem

DIRETRIZ 2: Aperfeiçoar o controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Programa de Saúde do Homem elaborado, aprovado pelo MS e implantado	Divulgação de Programa de Saúde do Homem (em conformidade com diretrizes e em formato padrão da Secretaria Municipal da Saúde)		0	SET10	☹
Número de cirurgias de prostatectomia suprapúbica	Número de cirurgias de prostatectomia suprapúbica em residentes	20	20	24	☺
Coefficiente de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos de idade	Número de internações de por complicações do diabetes mellitus na população residente de 30 a 59 anos X 10.000 / Total de residentes entre 30 e 59 anos (anualizada)	29 X 10.000 / 205208	1,4	3	☺
Coefficiente de internações por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos de idade	Número de internações de por AVC na população residente de 30 a 59 anos X 10.000 / Total de residentes entre 30 e 59 anos (anualizada)	208 X 10.000 / 205208	10	7,2	☹
HIPERDIA implantado nas UBS (DANT)	Número de UBS com relatório automatizado do HIPERDIA X 100% / Número de Unidades Básicas de Saúde (CNES)	0 X 100% / 56	0,0%	40,0%	☹

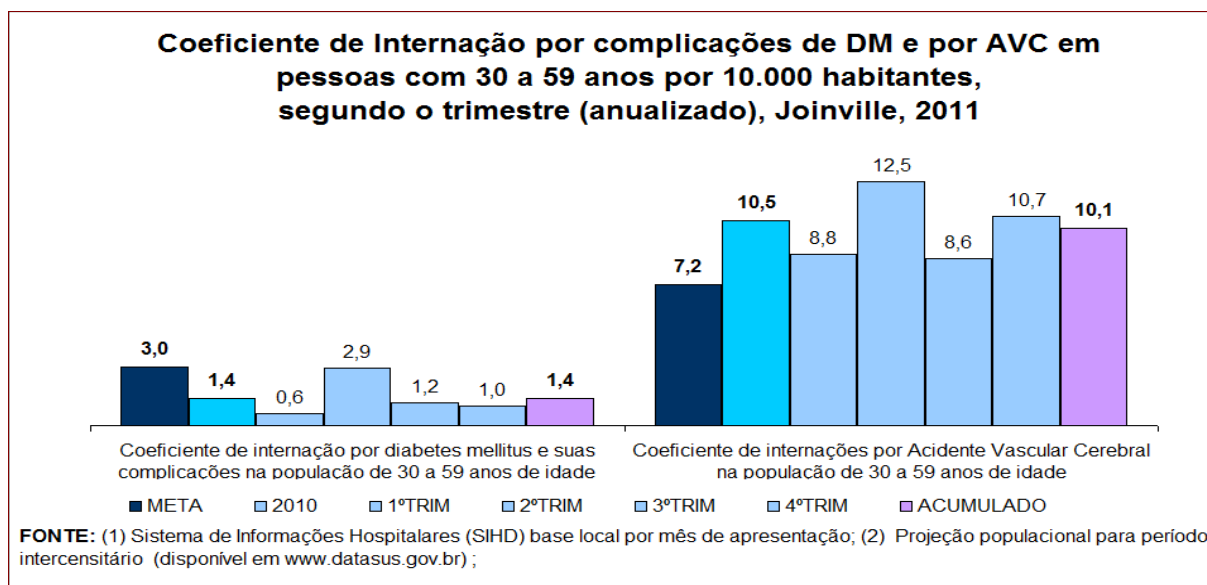
BASE/FONTE: (1) UPCAÁ Programação: Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; (2) DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br); (3) UAB\ Relatório do HIPERDIA

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



O Programa de Saúde do Homem ainda não foi elaborado por dificuldades de efetivação da respectiva Comissão.

A oferta de prostatectomias historicamente ultrapassa o preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, em 2011, houve cancelamentos de cirurgias eletivas em função da superlotação do HMSJ.



O baixo coeficiente de internações por complicações por Diabetes indica bom resultado no controle ambulatorial nas UBSs desses pacientes.

Alguns estudos realizados demonstram boa qualidade do Programa de Controle da Hipertensão Arterial, mesmo assim o coeficiente de internação por AVC, historicamente, fica acima da meta estabelecida. Visando melhorar esse resultado, dentre outras ações, o protocolo de HAS foi atualizado e também foi implantado o matriciamento em cardiologia nas UBSs. Considerando a série histórica deve-se admitir que a meta proposta seja otimista e talvez inalcançável a médio prazo, merecendo ser revista.

Por motivos técnicos o software do HIPERDIA (fornecido pelo MS) não deverá ser implantado, sendo sugerida a substituição dessa diretriz pela incorporação do monitoramento através do Registro Eletrônico Individual dos atendimentos, que, entretanto, depende de melhoria da infraestrutura de informática (ver Estratégia 'Informatizar a Rede Assistencial').

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Manter a comissão com a participação de todos os segmentos da atenção à Saúde do Homem;	UAB coordena	ação contínua
Elaborar o Programa de Saúde do Homem;	CS.Homem	encaminhada
Implantar o Programa de Saúde do Homem;	UAB, USR, UVS	não encaminhada
Promover ações de educação permanente para os profissionais de saúde na abordagem ao Homem;	PROGESUS	ação contínua
Criar indicadores para avaliação do Programa Saúde do Homem e acompanhá-los;	CS.Homem	não encaminhada
Atualizar e validar o Protocolo de Hipertensão e o Protocolo de Diabetes;	C.Protocolo HAS e DM	concluída (HAS) encaminhada (DM)
Promover ações de educação permanente para os profissionais de saúde em diabetes e hipertensão;	PROGESUS	ação contínua
Implantar o Hiperdia a partir do Sistema de apontamento ambulatorial existente em todas as UBSs;	TI	encaminhada
Acompanhar os indicadores de internação hospitalar por AVC e por complicações do Diabetes para avaliar o impacto das ações;	C.Protocolo HAS e DM	ação contínua
Intensificar as ações educativas de hábitos saudáveis, principalmente alimentares;	UAB	ação contínua

Discutir intersetorialmente a elaboração do Plano de Ação para o controle das DANTS de Joinville.	UVSV.Epidemio	não encaminhada
Elaborar diagnóstico situacional sobre hipertensão arterial e doenças cardiovasculares	UVSV.Epidemio	não encaminhada
Organizar a vigilância e controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis nos diferentes níveis assistenciais da rede de saúde: doenças neoplásicas, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.	UVSV.Epidemio	não encaminhada
Articular com outras instituições da sociedade civil o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção das DANT.	UVSV.Epidemio	não encaminhada
Monitorar os laboratórios de diagnóstico patológico na alimentação contínua do diagnóstico das neoplasias.	UVSV.Epidemio	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM: Como referido no Programa de Saúde do Idoso, entende-se que a estratégia de amplas comissões para elaboração de Programas é prejudicada pela baixa participação. Propõe-se, seguindo a experiência da atualização do Protocolo de HAS, a constituição de um Grupo de Trabalho menos representativo, porém seja publicado as atas das reuniões atraindo e facultando a participação de profissionais interessados 'por afinidade'. Uma vez elaborado o Programa, propõe-se que o mesmo seja submetido a uma Consulta Pública antes de sua homologação;

CAPACITAÇÕES: Realizadas em relação ao Programa HAS e DM, promovido pelo UAB\NAT (antes da implantação do PROGESUS), envolvendo técnicos de enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos e médicos.

HIPERDIA: Não está implantado, apesar de dispormos do software do MS, devido à falta de profissionais do UAB\NAT para alimentar os dados. O NIS propõe que não seja implantado o sistema do MS e que os pacientes com HAS e DM sejam monitorados através do Registro Eletrônico Individual do atendimento (ver diretriz referente ao Prontuário Eletrônico).

DANT: Considerando a complexidade das DANTS e a necessidade de ações intersetoriais para sua execução, decidiu-se postergar o início das atividades para 2012. Em 2011 a Vigilância Epidemiológica focou suas atividades no controle dos agravos de notificação compulsória (predominantemente transmissíveis).

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde da Mulher

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

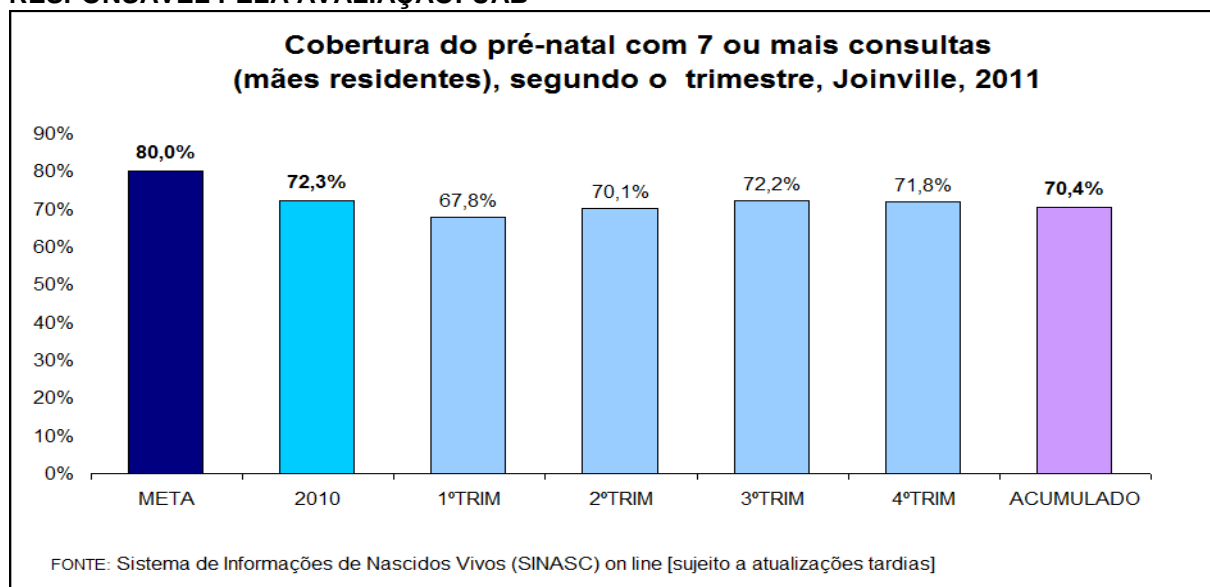
DIRETRIZ 1 – Aperfeiçoar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério

DIRETRIZ 2– Aperfeiçoar o controle do câncer de colo uterino e de mama

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Número de nascidos vivos de mães residentes com 7 ou mais consultas de pré-natal X 100% / Número de nascidos vivos de mães residentes	5480 X 100% / 7786	70,4%	80,0%	☹️
Proporção de partos cesáreos (residentes)	Número de nascidos vivos filhos de mães residentes de partos cesáreos X 100% / Número de nascidos vivos de mães residentes	4272 X 100% / 7786	54,9%	50,0%	☹️
Razão entre exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária	Número de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos/ Total de mulheres residentes de 50 a 69 anos (anualizada)	7247/ 39804	0,18	0,35	☹️
Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.	Número de exames citopatológicos cervico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos/ Total de mulheres residentes de 25 a 59 anos (anualizada)	26849/ 127865	0,21	0,3	☹️
Percentual de tratamento/seguinto no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero	Número de condutas preconizadas diante alterações malignas no exame preventivo X 100% / Número de exames com lesão de alto grau, no Município.	53 X 100% / 123	43,1%	100,0%	☹️

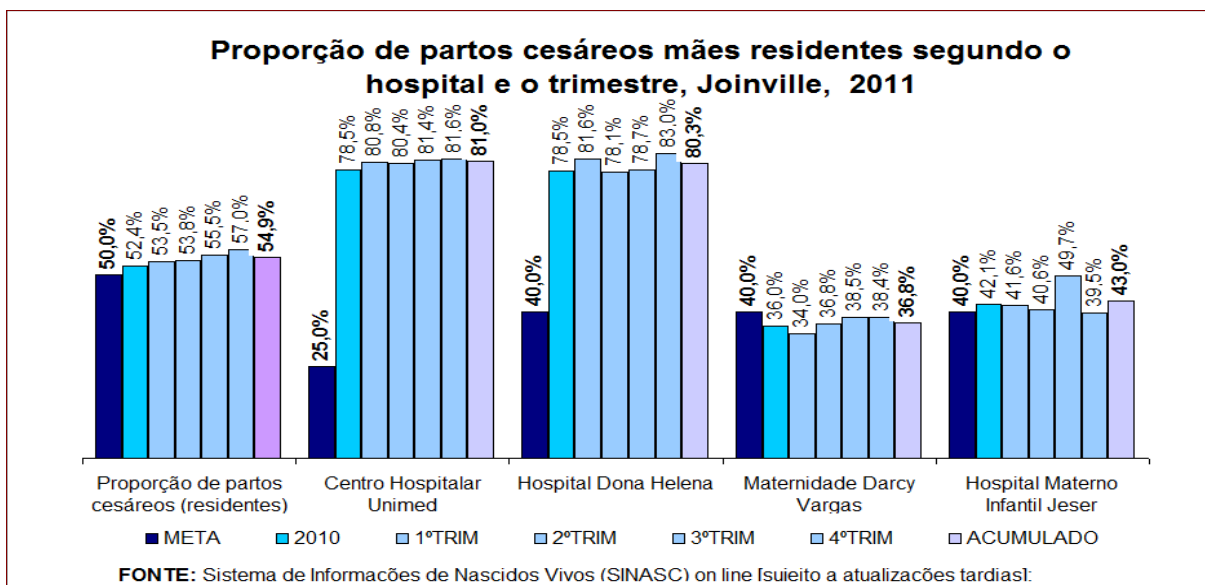
BASE/FONTE: UVS/Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias]; UAB/NAT, Sistema de Informações do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO); ____, Sistema de Informações do Câncer de Mama (SISMAMA); DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

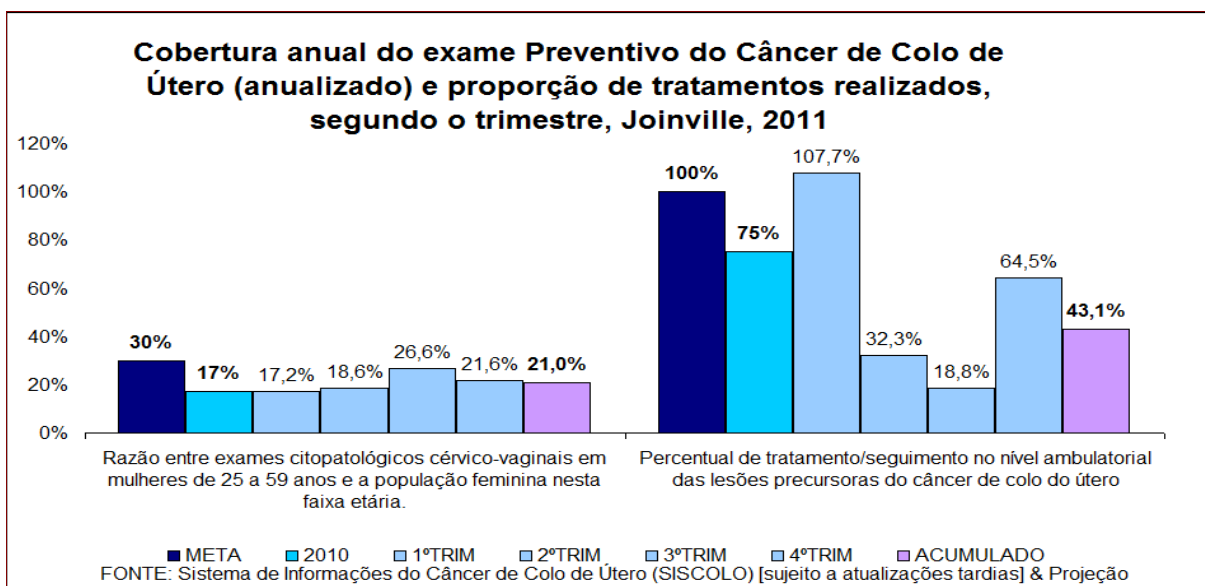


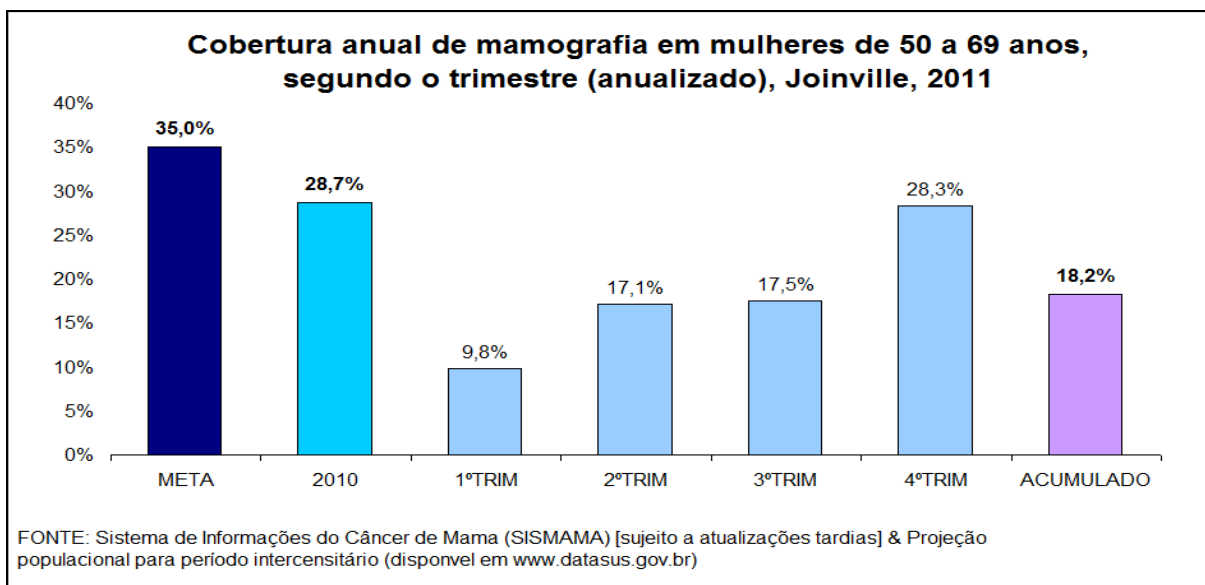
O indicador '7 ou mais consultas' é extraído do SINASC, sendo esse registrado no momento do parto através da transcrição do Cartão do Pré-Natal ou informação oral da gestante, sendo questionada a sua fidedignidade. Por outro lado, o SISPRENATAL abrange apenas os pré-natais realizados no SUS

e tivemos problemas com o registro de dados. Está prevista a capacitação dos profissionais para 2012.



A proporção de partos cesáreos no município é elevada devido ao elevado número de cesáreas realizadas nos hospitais privados. Não foi estabelecida uma estratégia para envolvê-los na melhoria desse indicador.





Em relação a 2010, foram realizadas mais mamografias e exames citopatológicos, considerando o total de exames. Entretanto, se considerarmos a faixa etária alvo do Programa, este indicador ficou abaixo da meta, pois não foi priorizada a faixa etária preconizada. Neste sentido, os profissionais receberam novas orientações melhorando os resultados no 2º semestre. Também novas capacitações estão programadas para 2012.

O baixo resultado do seguimento das lesões de CA de colo de útero deve-se a problemas na alimentação do SISCOLO, ainda não totalmente solucionados.

Apesar do baixo resultado da realização dos exames de mamografia, não há demanda reprimida para esse procedimento, significando dificuldades na captação das usuárias para a sua realização.

AÇÕES PROGRAMADAS

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Atualizar os protocolos de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, câncer de colo uterino e de mama e do planejamento familiar na Lógica da Linha de Cuidado;	CS.Mulher	encaminhada
Estabelecer cronograma anual de educação permanente em assistência à saúde da mulher;	PROGESUS	concluída
Intensificar as ações de vigilância às gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família;	UAB	ação continua
Inserir, como critério de contratualização com instituições privadas, o cumprimento dos indicadores pactuados pela gestão pública;	UPCAA	não encaminhada
Estabelecer fluxo de informação sobre óbitos por Ca de mama e colo de útero entre a SVE e Programa Saúde da Mulher para repasse de cópia de investigação de mulher em idade fértil (10 a 49 anos) com diagnóstico de Ca de Mama, colo de útero realizada pelas UBSs.	UVSV.Epidemio	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

ATUALIZAÇÃO DE PROTOCOLOS: Um grupo de trabalho, envolvendo UAB/NAT, MDV, UVS/Laboratório Municipal e UPCAA/Regulação, é responsável pela condução do processo. Atualmente a situação encontra-se assim: (1) Pré-Natal: ainda não revisado; (2) CA Uterino: em andamento, ainda não concluído; (3) CA Mama: concluído, aguardando parecer da especialidade de mastologia do PAM Boa Vista para homologação; (4) Planejamento Familiar: não concluído, porém em andamento. Propõe-se elaborar uma única Linha de Cuidado de Saúde da Mulher, integrando todos os protocolos.

CAPACITAÇÕES: Foram realizadas, promovidas pelo UAB/NAT, envolvendo técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

BOLSA FAMÍLIA: Ver abaixo ação específica;

CONTRATO: Apenas a MDV é contratada pelos SUS-Joinville, alcançando a meta de cesarianas. O HJAF é contratualizado com a SES/SC, não sendo pertinente a ação. O CHU e HDH também


ultrapassam a meta e não manifestam interesse de serem contratados. Sendo essa ação não aplicável, cabe desenvolver moções efetivas para atender ao objetivo.

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS: A Vigilância Epidemiológica fornece cópia das Declarações de Óbitos ao PAM Boa Vista.

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde do Jovem (10 a 19 anos)

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

DIRETRIZ – Articular diversos segmentos envolvidos na assistência e promoção da Saúde da Juventude

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Programa de Saúde da Juventude elaborado	Divulgação de Programa de Saúde da Juventude (em conformidade com diretrizes e em formato padrão da Secretaria Municipal da Saúde)		0	SET11	

BASE/FONTE: Gabinete do Secretário Municipal da Saúde: Programa de Saúde da Juventude (homologado);

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

O Programa de Saúde da Juventude ainda não foi elaborado. Foi criada a comissão para estabelecer diretrizes desta linha de cuidado.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Constituir grupo técnico intersetorial e interinstitucional para elaborar, pactuar e implantar o Programa de Saúde da Juventude;	CS.Adolescente	não encaminhada
Promover ações de educação permanente na abordagem ao adolescente;	CS.Adolescente	ação continua
Integrar os serviços de Vigilância em Saúde, Saúde Mental e Atenção Básica na abordagem ao adolescente;	CS.Adolescente	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PROGRAMA DE SAÚDE DA JUVENTUDE: Foi criada a Comissão para elaboração da Linha de Cuidado da Saúde do Adolescente, tendo realizado 4 reuniões. O Grupo de Condução de Atenção Psicossocial converge nessa discussão e ações. Por outro lado, como referido no Programa de Saúde do Idoso, entende-se que a estratégia de amplas comissões para elaboração de programas é prejudicada pela baixa participação. Propõe-se, seguindo a experiência da atualização do Protocolo de HAS, a constituição de um Grupo de Trabalho menos representativo, porém publicar as atas das reuniões atraindo e facultando a participação de profissionais interessados 'por afinidade'. Elaborado o Programa, propõe-se que seja submetido a uma Consulta Pública antes de sua homologação. Na composição desse Grupo de Trabalho pretende-se compor a participação da Saúde Mental, Vigilância em Saúde e Atenção Básica.

Em 2011 foi organizado o Programa de Saúde do Escolar (PSE) compreendendo ações de prevenção e promoção de saúde das crianças e adolescentes nas escolas (ver diretriz de Prevenção e Saúde nas Escolas).

As ações educativas não foram implementadas, pois estão na dependência da elaboração do Programa.

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde da Criança

OBJETIVO: Reduzir a morbi-mortalidade da criança.

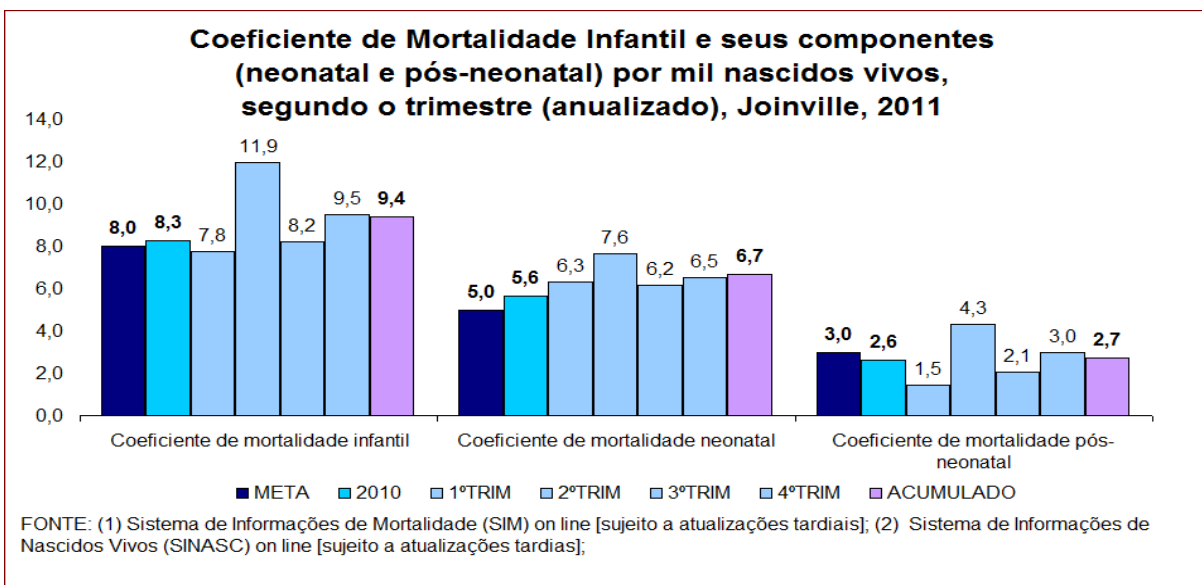
DIRETRIZ – Aperfeiçoar a atenção à Saúde da Criança

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Coeficiente de mortalidade infantil	Número de óbitos de crianças residentes menores de 1 ano de idade X 1.000 / Número de nascidos vivos de mães residentes	$73 \times 1.000 / 7786$	9,4	8,0	☹️
Coeficiente de mortalidade em crianças menores de 5 anos*	Número de óbitos de crianças residentes de 0 a 4 anos de idade X 1.000 / Número de nascidos vivos de mães residentes	$83 \times 1.000 / 7786$	10,7	10,5	☹️
Coeficiente de mortalidade em menores de cinco anos por pneumonia (por 1.000)	N.º de óbito de crianças residentes menores de 5 anos de idade por pneumonia X 1.000 / Total de crianças residentes menores de 5 anos de idade (anualizada)	$3 \times 1.000 / 33430$	0,1	0,2	😊
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos de idade (por 1.000)	Número de internações por IRA em crianças residentes menores de 5 anos de idade residentes X 1.000 / Total de crianças residentes menores de 5 anos de idade (anualizada)	$880 \times 1.000 / 33430$	26,3	15,0	☹️
Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos de idade (por 1.000)	Número de internações por DDA em crianças residentes menores de 5 anos de idade residentes X 1.000 / Total de crianças residentes menores de 5 anos de idade (anualizada)	$75 \times 1.000 / 33430$	2,2	1,8	☹️
Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade (P3º)	Número de crianças menores de cinco anos captadas no SISVAN com peso por idade abaixo do Percentil 3º no momento da captação X 100% / Total de crianças menores de cinco anos captadas pelo SISVAN	$209 \times 100\% / 10593$	2,0%	3,0%	😊
Percentual de crianças menores de cinco anos com peso elevado para a idade (P97º)	Número de crianças menores de cinco anos captadas no SISVAN com peso por idade acima do Percentil 97º no momento da captação X 100% / Total de crianças menores de cinco anos captadas pelo SISVAN	$352 \times 100\% / 10593$	3,3%	2,8%	☹️
Cobertura vacinal para Tetravalente em menores de 1 ano	Número de crianças menores de 1 ano vacinadas com 3ª dose de Tetravalente X 100% / Número de nascidos vivos de mães residentes	$7356 \times 100\% / 7786$	94,5%	95,0%	☹️

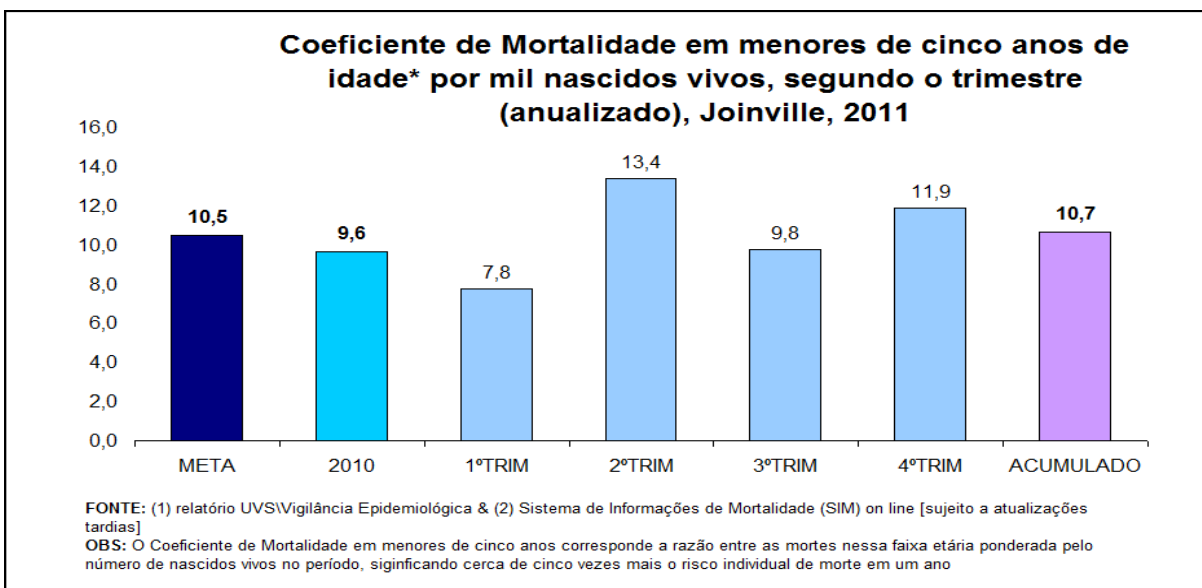
BASE/FONTE: UVS\Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias]; ____: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias]; UPCAAl
 Programação: Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; UAB\NAT: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);

OBS (1): * Fórmula definida pela Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA).

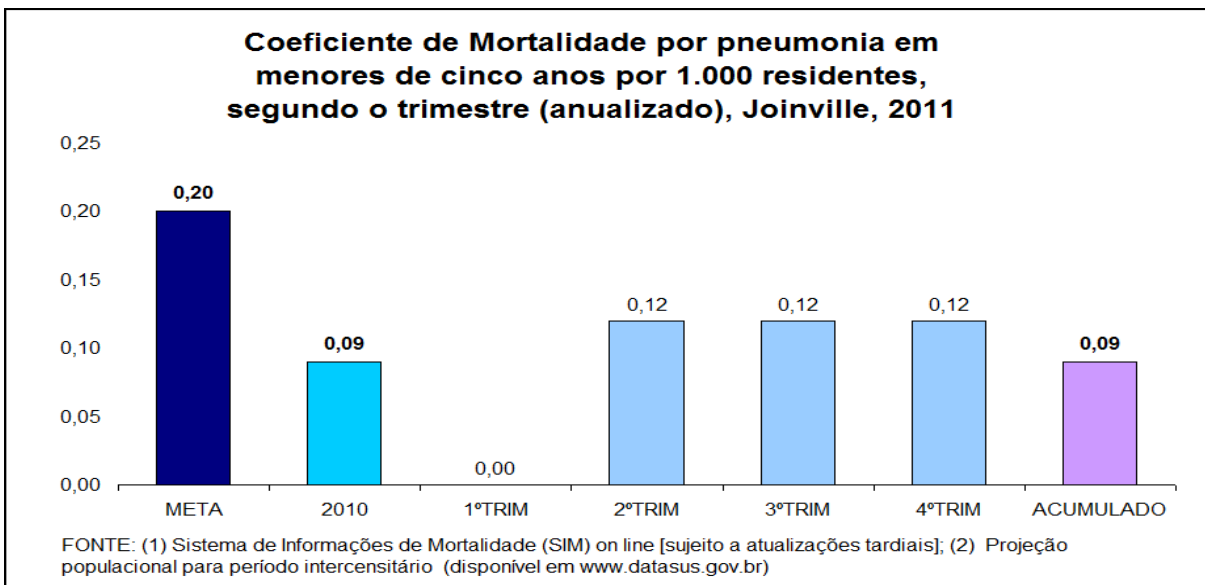
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



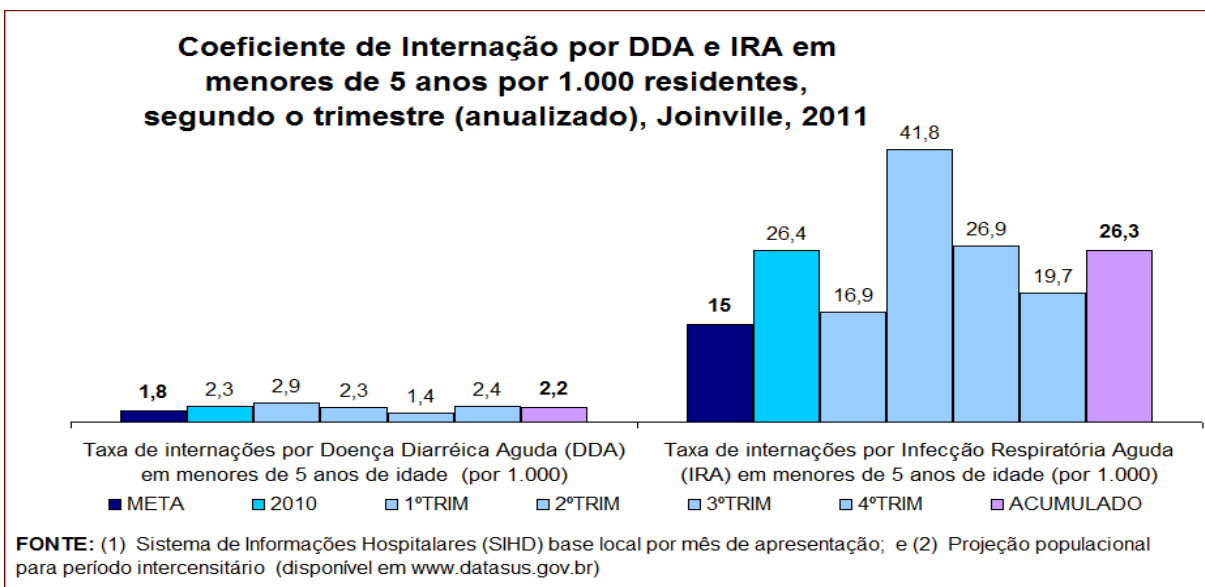
Em 2011, ocorreram 73 óbitos de crianças menores de um ano (dado sujeito a atualização tardia). Destes 52,8% ocorreram nos primeiros 7 dias de vida (neonatal precoce), 19,4% de 7 a 28 dias (neonatal tardio) e 27,8% entre 28 dias e 1 ano (pós neo-natal). Este perfil com predomínio do componente neonatal precoce vem se mantendo nos últimos anos. Quanto a causa básica, 51,4% dos óbitos foram devido a afecções originadas no período perinatal, 33,3% por malformação congênita e 15,3% por outras causas. Quanto ao peso, 72,3% dos óbitos apresentaram baixo peso ao nascimento, sendo 45,8% com menos de 1kg e 26,38% abaixo de 2,5kg. A partir de 2009, com a implantação do Programa Bebê Precioso, observa-se uma redução no coeficiente de mortalidade do pós neo-natal. (Relatório da CPMI no Apêndice 02)



O aumento do coeficiente de mortalidade em menores de 5 anos deve-se aos óbitos de menores de 1 ano (ver coeficiente de mortalidade infantil). O número de óbitos de crianças na faixa etária de 1 a 4 anos (10 casos).



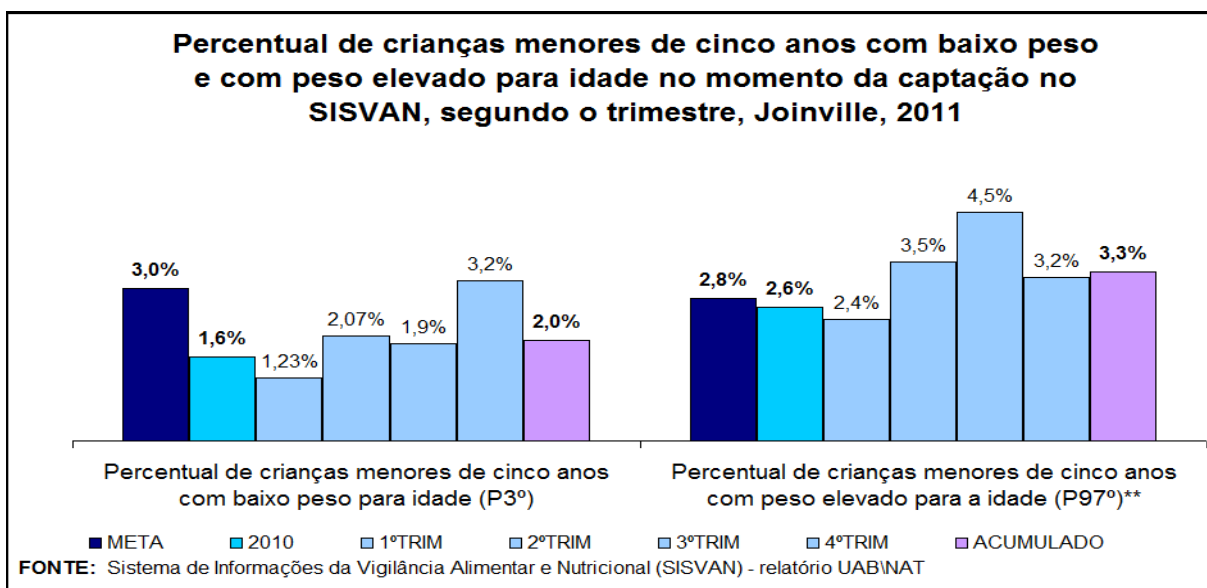
Ocorreram três óbitos por pneumonia, sendo (1) um óbito em menores de 1 ano e (2) dois de 1 a 4 anos. Dois eram acompanhados pela UBS e tinham comorbidades (prematurados, em uso de gastrostomia). O outro caso era uma criança exposta a risco, filho de mãe com AIDS, que era acompanhado pelo Serviço de Assistência Especializada (SAI), do Programa de DST/HIV/AIDS.



INTERNAÇÕES POR DDA: Foram internaram 75 crianças por Doença Diarréica Aguda (DDA), numa população de 33.430 crianças menores de 5 anos. Não ocorreu nenhum óbito por essa causa. Observa-se que, com a introdução da vacina Rotavírus no esquema básico em 2006, houve redução das internações, o que vem se mantendo neste período.

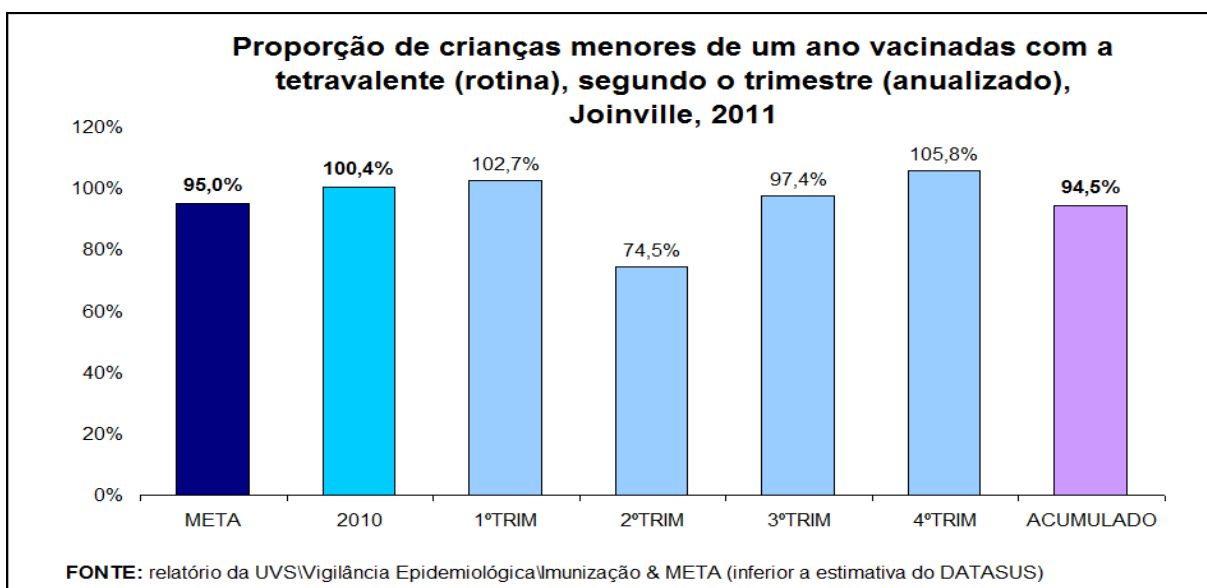
INTERNAÇÕES POR IRA: O resultado do indicador de taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de cinco anos de idade (por 1000) vem se mantendo acima da meta desejada, perfazendo 26,3 no ano de 2011 e 26,35 em 2010. Das 33.430 crianças na faixa etária de zero a cinco anos, 880 necessitaram de internação hospitalar, sendo que as justificativas continuam inalteradas (a frequência de IRA em crianças na faixa pré-escolar é de cerca de seis a dez episódios por ano ao passo que no adulto é de dois a quatro – BRICKS, 1998). Fatores ambientais influenciam na prevalência e no perfil da gravidade das infecções respiratórias, pois Joinville apresenta alta umidade na maior parte do ano, com 68,7% das internações ocorrendo nos meses de abril até setembro (inverno). Vale ressaltar a atuação do hospital como referência em atendimento infantil, com equipe de especialistas para atendimento dos casos que necessitam de internação e ou procedimento cirúrgico.

É importante considerar que outras situações como tabagismo dos pais, presença de doença respiratória na família, história pregressa da criança e estado de nutrição entre outros, são fatores que contribuem para os casos de internação por infecção respiratória, ressaltando desta forma a necessidade contínua de programas de prevenção e orientação.



De acordo com os dados de captação do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), observou-se que em relação ao baixo peso para a idade o percentual em 2011 manteve-se na média em relação a 2010 (1,7 e 1,8%). Em relação para o peso elevado para a idade houve um aumento significativo no terceiro trimestre, superando a meta. Conforme a série histórica, a prevalência de sobrepeso tem aumentado. Corretivamente as UBSs realizaram oficinas de alimentos, grupos de orientações nas Unidades de Saúde além de um Concurso de Hortas Orgânicas. Está previsto pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério de Saúde (CGAN-MS) para 2012 o lançamento de um plano de combate à obesidade, com o desenvolvimento de ações intersetoriais que serão implementadas no Plano Municipal de Nutrição.

Tendo em vista o ponto de corte da curva da Organização Mundial de Saúde sugerimos que a meta de percentual de peso elevado para a idade seja alterada de 2,8% para 3%.



IMUNIZAÇÃO: Entre abril e junho, algumas salas de vacinas foram fechadas em função da adesão dos profissionais à greve. Algumas UBSs ficaram somente com um profissional para atender todas as atividades. Com isso, podemos deduzir que crianças realizaram a vacina fora do município. Também

pontuamos a possível falta de registro efetivo nas UBSs, uma vez que muitas UBSs ficaram com o quadro de profissionais comprometido.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Monitorar e avaliar o Programa Bebê Precioso em todos os serviços de saúde;	UAB, USR, UVS e CS.Criança	ação continua
Revisar e atualizar o Programa Pequeno Príncipe, na lógica da Linha de Cuidado;	CS.Criança	encaminhada
Capacitar os profissionais da saúde para a atenção às crianças (puericultura, vigilância alimentar e nutricional e doenças prevalentes na infância (asma, pneumonia, doença diarreica aguda,...));	PROGESUS	ação continua
Analisar e divulgar o perfil dos óbitos através da CPMI, gerando ações educativas e preventivas;	C.Mortalidade Infantil/ CS.Criança/ UAB, USR e UVS	ação continua
Elaborar material educativo sobre segurança e proteção da criança (acidentes de trânsito, transporte, quedas, afogamentos, aspiração de corpos estranhos, queimaduras, intoxicações, etc.);	CS.Criança	ação continua
Implantar o SISVAN Web nas regionais de saúde, para monitoramento e intervenção interdisciplinar, das crianças em situação de risco nutricional.	UAB, TI	ação continua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

BEBÊ PRECIOSO: O Programa Bebê Precioso foi apresentado no Seminário de Perinatologia promovido pela Maternidade Darcy Vargas, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde promovendo a interlocução entre os hospitais, serviços de atenção à criança e profissionais de saúde de Joinville e do estado de Santa Catarina.

PEQUENO PRÍNCIPE: foi revisado, atualizado na lógica da Linha de Cuidado de Saúde da Criança e validado pelos profissionais. Está em processo de impressão para ser enviado às Unidades Básicas de Saúde em 2012.

CAPACITAÇÕES: Em abril o município aderiu ao Programa da Rede Amamenta Brasil do Ministério de Saúde, capacitando 18 profissionais de saúde como tutores e implantação do Programa em 12 Unidades de Saúde estimulando ações de incentivo ao aleitamento materno como redutor da mortalidade infantil, de doenças e distúrbios nutricionais. Foi realizado atualização em Asma e Refluxo para os profissionais de Saúde. Em junho foi realizado o III Seminário de Prevenção da Mortalidade Infantil para profissionais das Unidades Básicas de Saúde abordando o tema Tanatologia.

ÓBITOS: Os dados sobre mortalidade são disponibilizados na intranet por bairro. Durante o ano foram realizadas reuniões in loco nas Unidades de Saúde para avaliação dos casos do Programa Bebê Precioso e fortalecimento das ações previstas. A Comissão de Prevenção de Mortalidade Infantil da Secretaria Municipal de Saúde realizou nestas reuniões com os profissionais de saúde, a análise do processo de investigação dos óbitos focando na prevenção e evitabilidade de outros óbitos. As reuniões de análise dos óbitos foram feitas nas Sedes das Regionais Jarivatuba e Fátima. A mesma metodologia será adotada em 2012 com as demais Regionais.

MATERIAL EDUCATIVO: Elaborado material educativo sobre segurança e proteção da criança e parceria inter-setorial na distribuição de material educativo com propostas de continuar esta ação envolvendo demais segmentos.

SISVAN WEB: O sistema ficou alguns meses fora do ar devido à revisão pelo MS, prejudicando sua expansão. Está prevista nova versão do programa em 2012.

ÁREA ESTRATÉGICA: Vigilância em Saúde e Controle de Endemias

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

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

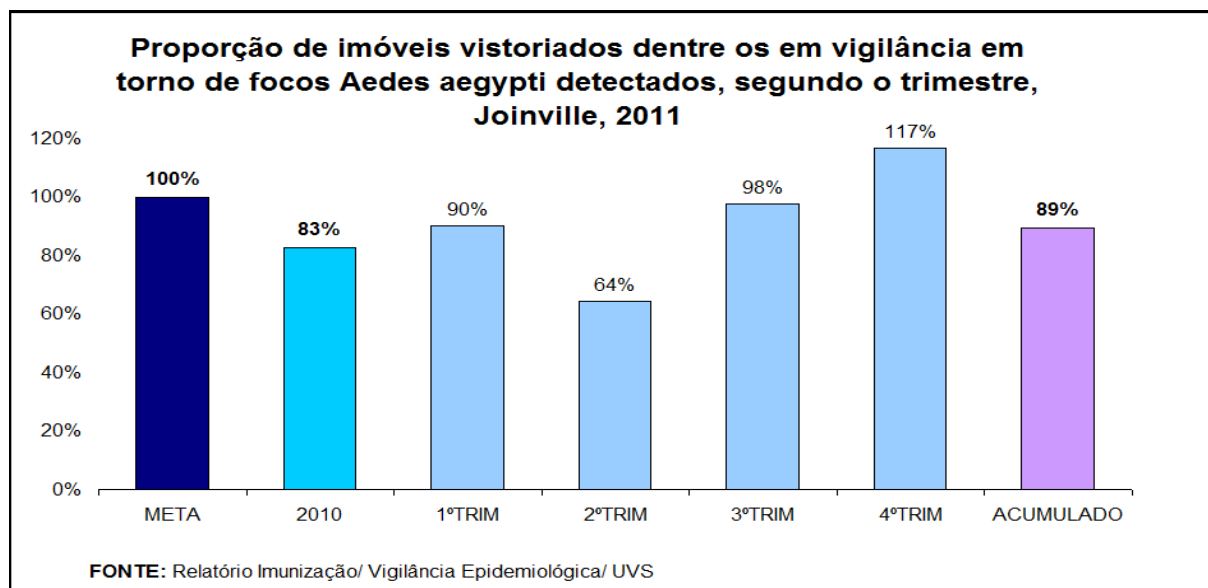
DIRETRIZ 1: Otimizar a vigilância entomológica e ambiental

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Taxa de letalidade por Febre Hemorrágica de Dengue.	Número de óbitos por Febre Hemorrágica da Dengue em residentes X 100% / Número de casos por Febre Hemorrágica da Dengue em residentes	0 X 100% / 0	0,0%	0,0%	😊
Proporção de vistorias de imóveis em vigilância em torno de focos detectados	Número de vistorias de imóveis (em áreas delimitadas em torno de focos detectados) X 100% / Número de vistorias de imóveis (em áreas delimitadas em torno de focos detectados) necessárias	27324 X 100% / 30598	89,3%	100,0%	😐
Proporção de focos monitorados (mensalmente)	Número de focos inspecionados X 100% / Total de focos em atividade	15,6 X 100% / 16,8	92,9%	100,0%	😐
Proporção de visitas semanais nas armadilhas	Número de visitas semanais realizadas X 100% / Total de visitas semanais programadas nas armadilhas	79604 X 100% / 87706	90,8%	100,0%	😐

BASE/FONTE: UVS\Vigilância Epidemiológica\Programa de Controle da Dengue: Relatório do Programa;

OBS: Os imóveis em torno de um criadouro detectado (foco) devem ser inspecionados **bi**mensalmente durante um período de um ano após a detecção.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



Joinville não é uma região endêmica para dengue tendo, entretanto, ocorrido um (01) caso confirmado em abril de 2011. O controle da transmissão da doença é dependente da manutenção e sucesso do controle constante dos focos de *Aedes aegypti*.

O resultado das vistorias está aquém do desejado, apesar do esforço para recuperação no 3ºTRIM, devido ao recesso, feriado de carnaval (1ºTRIM), greve dos servidores (2ºTRIM), grande número de imóveis fechados (julho) e vários dias chuvosos (agosto). Em dezembro foi registrado 27 imóveis fechados e 1352 armadilhas desativadas (recesso final de ano).



AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Instalação do laboratório de entomologia para dengue e outras espécies	UVS\VE\ Controle Dengue	encaminhada
Intensificar as ações de investigação ambiental do Aedes aegypti	UVS\VE\ Controle Dengue	ação continua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

LABORATÓRIO: O Programa da Dengue já possui um laboratório em sua estrutura física. A partir da construção do CCZ, será transferido e readequado para as outras zoonoses. Houve a liberação da primeira parcela de recursos pelo MS. O projeto está pronto, em trâmite na Prefeitura e estamos aguardando as últimas documentações para encaminhar o projeto para licitação.

INTENSIFICAÇÃO: Foram realizados esforços no 3º TRIM para compensar os déficits anteriores e o recesso de fim de ano.

DIRETRIZ 2: Implantar o Centro de Controle de Zoonoses

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
CCZ construído	Conclusão da construção do prédio do CCZ		-	1ª etapa - canil e administração	
CCZ em operação	Implementação das atividades da etapa de implantação		-	1ª etapa - canil e administração	

BASE/FONTE: Gabinete do Secretário Municipal da Saúde: Inauguração do Centro de Controle de Zoonoses; Relatório de operações do CCZ/ UVS

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS

O projeto está em trâmite na Prefeitura, sendo que já houve a liberação dos recursos federais pelo Ministério da Saúde.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Cadastramento de animais para observação e destino; coleta de material para monitoramento da raiva pelos profissionais da GUVS em parceria com CIDASC	UVS\CC.Zoonoses	ação continua
Promover a educação sanitária (quanto a zoonoses)	UVS\CC.Zoonoses	ação continua
Construção de baias/estábulo e pocilgas no Centro de Controle de Zoonoses	UVS\CC.Zoonoses	encaminhada
Captura e observação de animais de grande porte (porcos, vacas, cavalos,...) e destino pelo Centro de Controle de Zoonoses	UVS\CC.Zoonoses	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

RAIVA: Para o funcionamento da coleta de encéfalos (raiva) no laboratório junto a CIDASC, há necessidade de uma mesa de necropsia. Estamos aguardando as últimas documentações para encaminhar o projeto para licitação.

CCZ - GRANDE PORTE: O projeto está em trâmite na Prefeitura, para aprovação e posterior providências para sua construção. Já houve a liberação da primeira parcela de recursos pelo MS, sendo que o projeto está pronto.

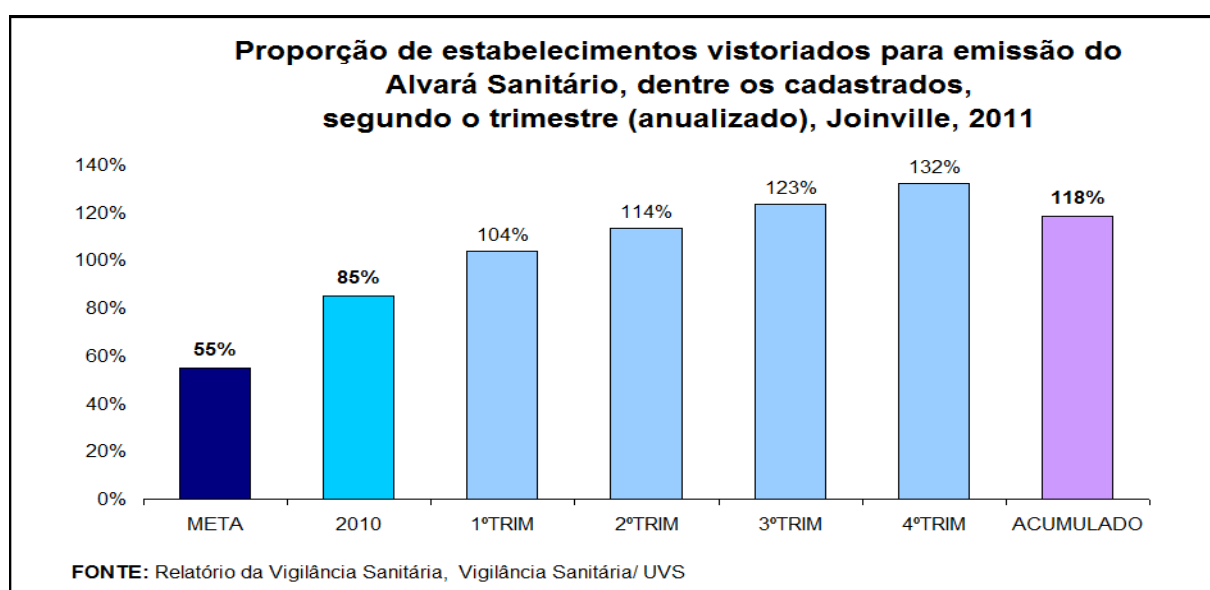
CARAMUJOS: Os responsáveis pelo controle do caramujo africano são: o Controle da Dengue, a FUNDEMA e a SEINFRA, de forma integrada. A Engepasa recolhe os tonéis, onde são acondicionados os caramujos e após triturados. O município adquiriu um triturador para este fim.

DIRETRIZ 3: Ampliar a emissão de alvará sanitário para estabelecimentos nas áreas de saúde, alimento, ensino, saneamento e veterinária

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Proporção de estabelecimentos vistoriados para emissão do Alvará Sanitário, dentre os cadastrados	$\frac{\text{Número de vistorias para emissão de alvará sanitário de estabelecimentos das áreas de saúde, ensino, alimentos, saneamento e veterinária} \times 100\%}{\text{Número de estabelecimentos das áreas de saúde, ensino, alimentos, saneamento e veterinária cadastrados que deveriam ser vistoriados no período}}$	11938 X 100% / 10085	118,4%	55,0%	😊

BASE/FONTE: UVS\Serviço de Vigilância Sanitária: relatório do Serviço;

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



Alvará de 'habite-se' desses estabelecimentos também são contados neste indicador (são vistorias). Não incluem aqui 'habite-se' de residências. O resultado maior que 100% deve-se a novos estabelecimentos, não contados no denominador (referente a dezembro de 2010).

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Intensificar as fiscalizações da Vigilância Sanitária de rotina e blitz no Município;	UVSV.Sanitária	ação continua
Priorizar as fiscalizações da Vigilância Sanitária provenientes de denúncias;	UVSV.Sanitária	ação continua
Ampliar as fiscalizações noturnas da Vigilância Sanitária;	UVSV.Sanitária	ação continua
Manter escalas de sobreaviso de final de semana da Vigilância Sanitária;	UVSV.Sanitária	ação continua
Prover insumos para a realização das fiscalizações (contratação de 04 veículos, aquisição de 05 computadores, 03 impressoras, 05 máquinas fotográficas, 30 kits inspeção, 02 luxímetro e 02 pHmetros);	UVSV.Sanitária	encaminhada
Contratar 03 auxiliares administrativos e 04 motoristas;	UVSV.Sanitária	encaminhada
Implantar assessoria jurídica específica da Vigilância em Saúde;	UVS	encaminhada
Intensificar ações do VIGIÁGUA e VIGISOLO;	UVSV.Sanitária	ação continua
Implementar ações do VIGIAR;	UVSV.Sanitária	encaminhada
Prover a participação dos fiscais em eventos de atualização nas respectivas áreas de atuação;	UVSV.Sanitária	ação continua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

FISCALIZAÇÕES/ INSUMOS/ CONTRATAÇÕES: Foi mantido os esforços para manutenção das atividades de fiscalização (manutenção de veículos, contratos, consertos, escalas de profissionais, entre outros). Algumas aquisições foram atendidas apenas parcialmente (pHmetros em abril), porém encontra-se pendente para aquisição: computadores, impressoras, máquinas fotográficas, kits inspeção, luxímetro e contratação de veículos). Não foram realizadas contratações de 03 auxiliares administrativos e 04 motoristas.

ASSESSORIA JURÍDICA: Foi solicitado contratação pelo RH, mas não houve a referida contratação.

VIGIÁGUA: O município realizou 100% das coletas previstas, porém o LACEN reduziu pontos de coleta em abril de 2011;

VIGISOLO e VIGIAR: As ações serão realizadas em parceria com a FUNDEMA, aguardando treinamento fiscal pela DVS – SES.

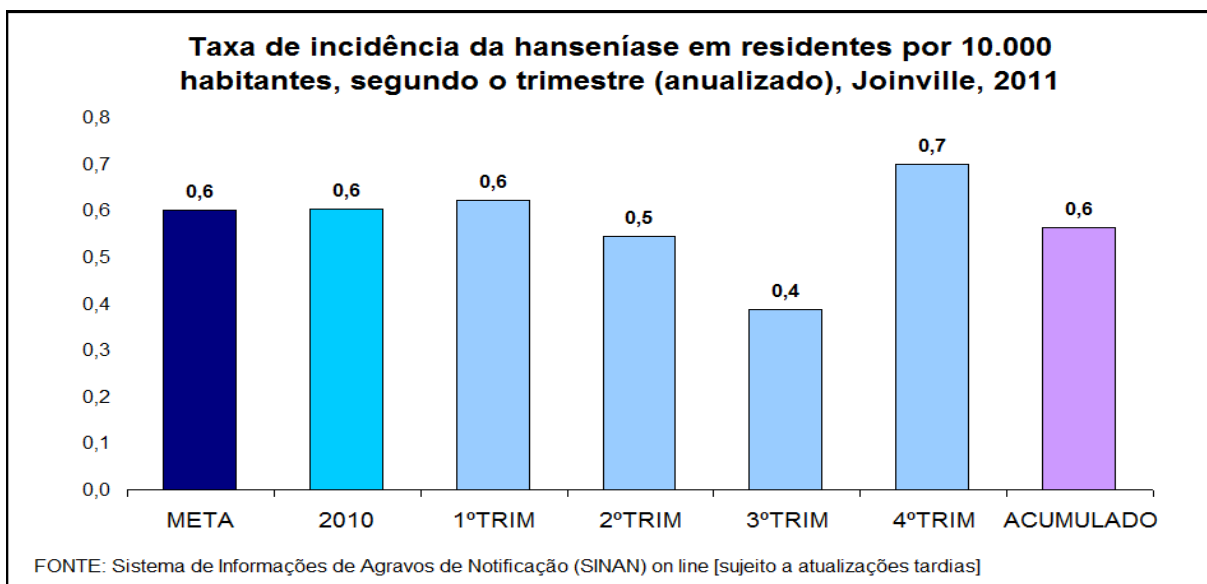
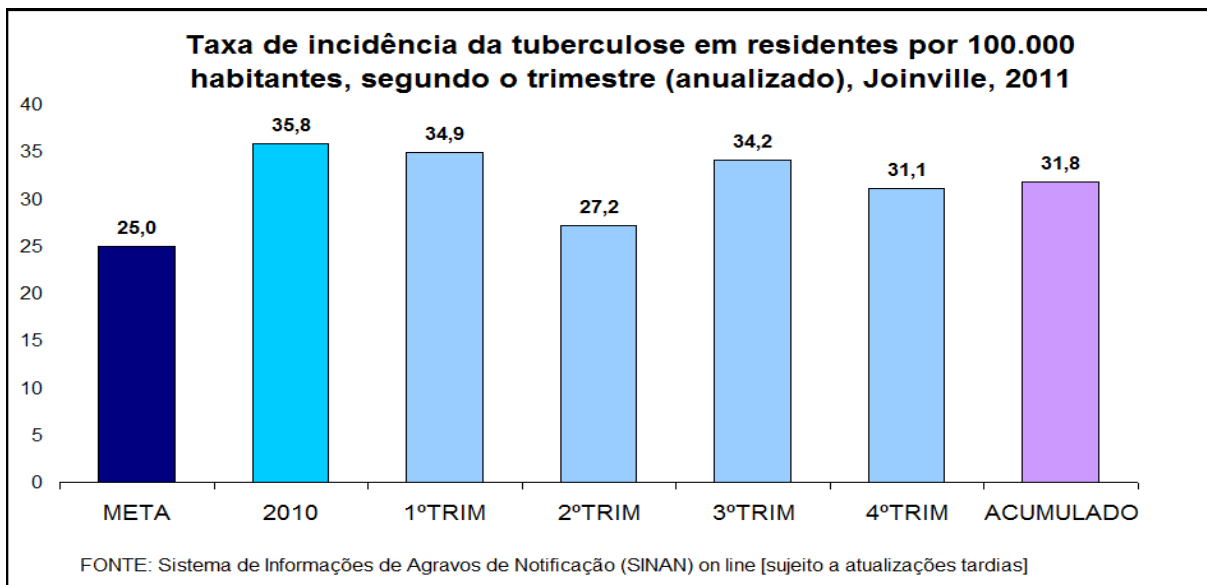
EVENTOS DE ATUALIZAÇÃO: Os profissionais participaram em 13 eventos, a saber: (1) Inspeções conjuntas com ANVISA; (2) treinamento NOTIVISA; (3) oficina de manipuladores de alimentos; (4) oficina sobre acessibilidade; (5) Oficina RDC 59/2010; (6) Capacitação RDC 50/02; (7) capacitação em autorização de farmácia de manipulação; (8) XVII Encontro de fiscais sanitárias; (9) Congresso internacional de carne (fiscais SIV); (10) reunião câmara técnica setorial; (11) esterilização em foco III; (12) Oficina RDC nº 29/11 - comunidades terapêuticas; (13) XVII Encontro Internacional de Profissionais em Vigilância Sanitária; (14) I Encontro Estadual de Fiscais Sanitaristas de SC; (15) Conferencia Nacional Anti-Tabagismo; (16) Processamento de materiais médicos e odontológicos.

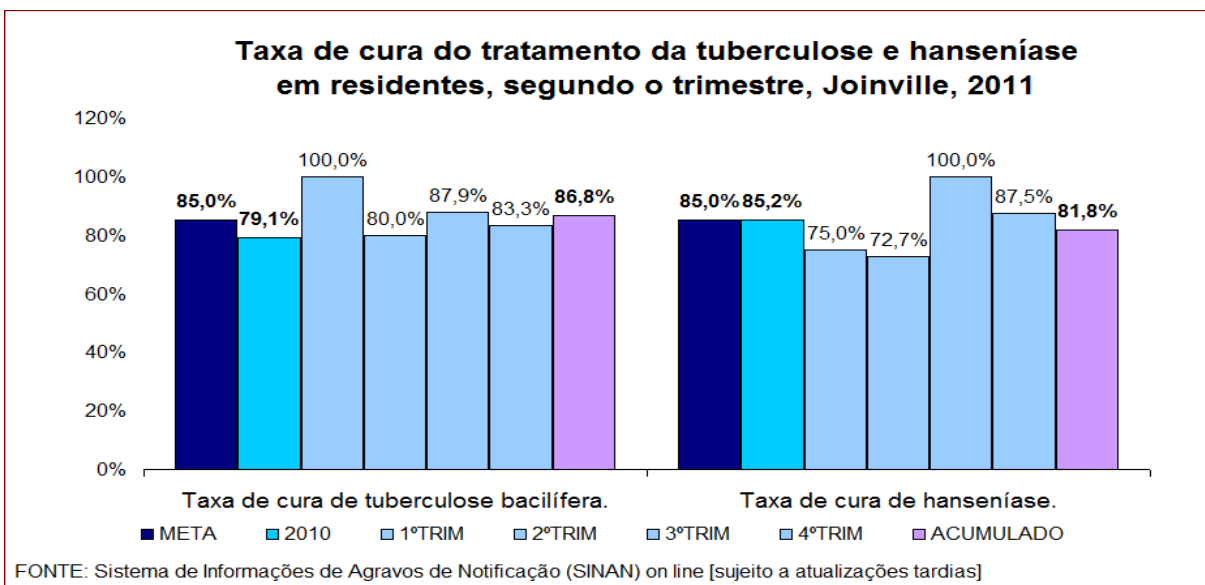
SOFTWARE: Realizada aquisição em julho e disponibilizado (ativado) sua utilização em outubro.

DIRETRIZ 4: Aperfeiçoar o controle de doenças infecto-contagiosas elencadas (TB, Hanseníase, HIV/AIDS e Sífilis)

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Coeficiente de incidência de tuberculose (pulmonar e outras formas)	Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas) de residentes X 100.000 / População residente (anualizada)	164 X 100.000 / 515250	31,8	25,0	☹
Taxa de cura de tuberculose bacilífera.	Número de casos novos de TB bacilífera curados na coorte X 100% / Total de casos novos de TB bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte	92 X 100% / 106	86,8%	85,0%	☺
Coeficiente de incidência de hanseníase	Número de casos novos de hanseníase em residentes X 10.000 / População residente (anualizada)	29 X 10.000 / 515250	0,56	0,60	☺
Taxa de cura de hanseníase.	Número de casos de hanseníase curados na coorte X 100% / Total de casos de hanseníase com informação de encerramento de tratamento na coorte	27 X 100% / 33	81,8%	85,0%	☺
Taxa de incidência de AIDS na população	Número de casos novos de AIDS em residentes (por mês de notificação) X 100.000 / População residente (anualizada)	176 X 100.000 / 515250	34,2	30,5	☺
Coeficiente de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.	Número de casos de AIDS em crianças residentes menores de 5 anos (por mês de notificação) X 100.000 / Total de crianças residentes menores de 5 anos de idade (anualizada)	0 X 100.000 / 33430	0,0	0	☺
Número de casos novos de Sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis em recém-natos de mães residentes	7	7	0	☹

BASE/FONTE: UVS\Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) on line [sujeito a atualizações tardias]; DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br).
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS





TUBERCULOSE: O número de casos novos é superior à meta, devido ao pequeno número de ações de prevenção realizadas, além da centralização das ações relacionadas na equipe do Programa de Controle de Tuberculose (PCT).

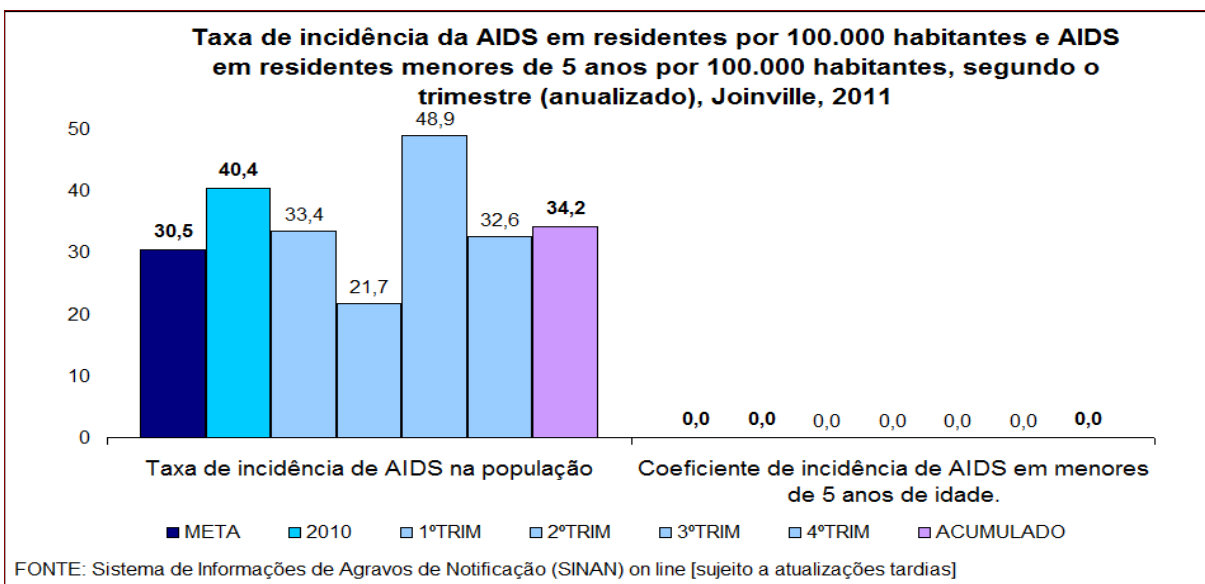
Nesse período houve 2 casos de abandono associados ao uso de drogas (crack) e 3 transferências de usuários em tratamento para outros municípios.

Propõe-se para 2012, intensificar as ações de educação em saúde com as equipes de atenção básica, para o fortalecimento do diagnóstico precoce, bem como realizar parcerias com a Saúde Mental (CAPS AD) para o atendimento dos usuários de drogas acompanhados no programa.

HANSENÍASE: O aumento de casos novos pode estar relacionado ao número reduzido de ações de prevenção e educação realizadas, aumentando o índice de casos diagnosticados tardiamente e o risco de transmissão por pessoas ainda não diagnosticadas.

No terceiro trimestre, observa-se um aumento na taxa de cura em relação à meta, atribuído a busca ativa regular dos abandonos de tratamento e faltosos em consultas de rotina.

Propõe-se também para 2012, intensificar ações de educação em saúde com as equipes de atenção básica além de elaborar o protocolo de hanseníase.



AIDS: No primeiro e terceiro trimestre observa-se um aumento da taxa de incidência em relação à meta, atribuído aos diagnósticos realizados nos hospitais. Estas pessoas apresentavam comorbidades e não tinham o diagnóstico prévio do HIV. As ações de prevenção, diagnóstico precoce e educação em saúde estão sendo realizadas regularmente no programa DST/HIV/AIDS, a fim de

ampliar o acesso à testagem do HIV e outras DSTs e melhorar a qualidade da assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites virais.

O único caso de AIDS em menor de 5 anos veio transferido de outro município para continuidade do tratamento em Joinville (2ºTRIM).

SÍFILIS CONGÊNITA: Ocorreram sete (07) casos. Quatro (04) não haviam realizado o pré-natal, 03 fizeram pré-natal sendo que um (01) deles tinha indicação de tratamento, não realizado. Todos os casos foram investigados e discutidos com os profissionais das equipes envolvidas, visando inclusive o tratamento e monitoramentos dos pacientes. Como medida corretiva houve também intensificação de busca ativa de sífilis em gestante e a padronização do manejo clínico através de protocolo. Está prevista a implantação do protocolo em 2012.

Propõe-se para 2012 intensificar as ações de educação em saúde com as equipes de atenção básica, para o fortalecimento da testagem do HIV e outras DSTs nas UBSs e revisar os protocolos de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites virais.

AÇÕES PROGRAMADAS

	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Organizar com a Gerência da Atenção Básica 4 treinamentos específicos em leptospirose, dengue, hepatites virais, leishmaniose e botulismo para os profissionais da rede básica de saúde;	UVSW.Epidemio	concluída
Organizar treinamentos para os técnicos da SVE e instituições que preenchem as declarações afins: SINAN, SINASC e SIM;	UVSW.Epidemio	ação continua
Organizar treinamentos sobre aspectos clínicos de leptospirose para profissionais da rede hospitalar de Joinville	UVSW.Epidemio	encaminhada
Promover ações de educação permanente para os profissionais da Vigilância Epidemiológica	UVSW.Epidemio	ação continua
Monitorar e alimentar o Sistema Vigilantus	UVSW.Epidemio	ação continua
Articular com o setor de Informática a disponibilização das séries históricas dos agravos e doenças na página da SMS	UVSW.Epidemio e NIS	encaminhada





JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

TREINAMENTOS: Foi realizado em março os 4 treinamentos programados com a Atenção Básica e com os cinco hospitais sobre leptospirose. Também de técnicos da SVE, IML e SVO sobre preenchimento de Declaração de Óbito. Houve a participação de uma técnica no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica oferecido pela DIVE/SES/SC em novembro de 2011.

VIGILANTUS: Está integrado ao SINASC em funcionamento. A vigilância de neoplasias é atribuição da SES.

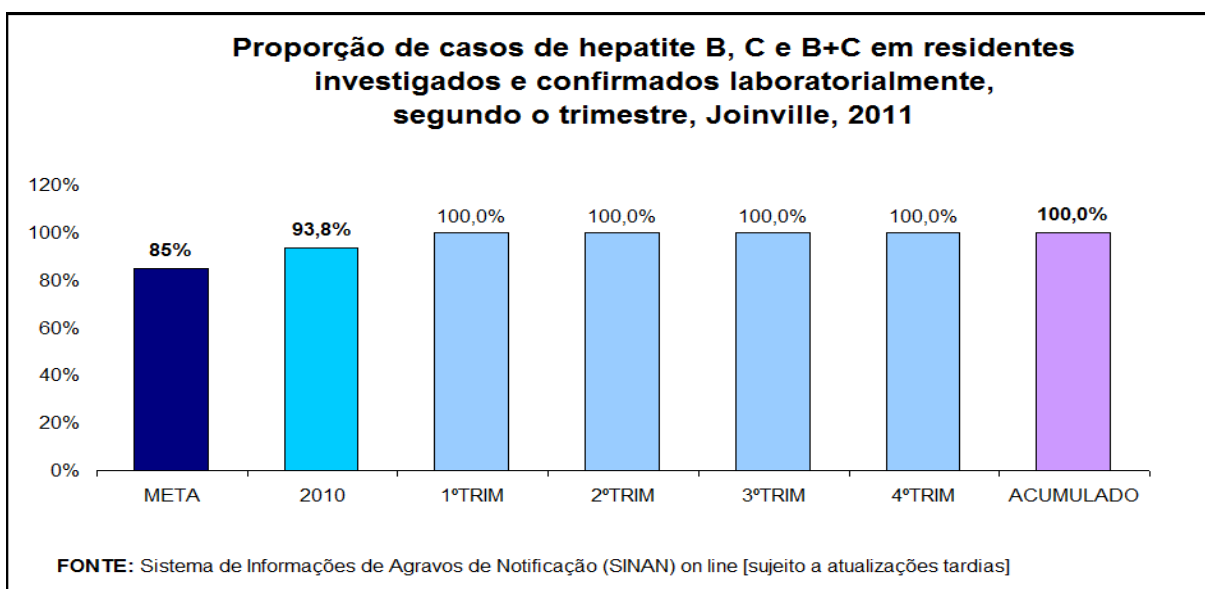
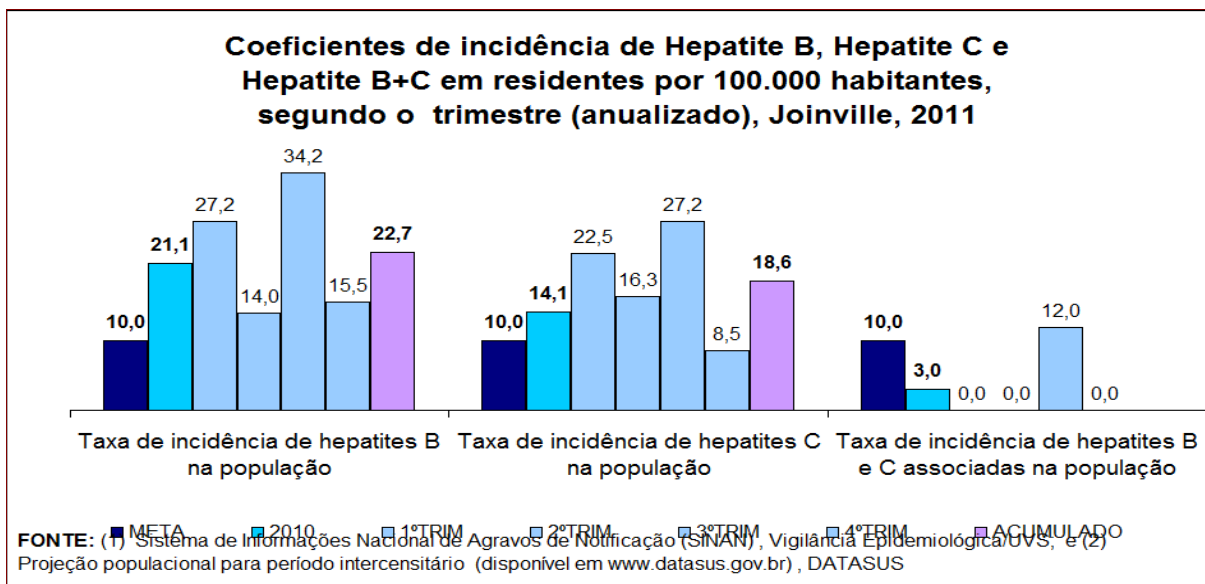
SÉRIES HISTÓRICAS: As informações têm sido encaminhadas regularmente às UBSs, não sendo ainda disponibilizadas no site.

DIRETRIZ 5: Implantar o programa de controle das Hepatites Virais

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Taxa de incidência de hepatites B na população	Número de casos novos de hepatite B isolada em residentes X 100.000 / População residente (anualizada)	117 X 100.000 / 515250	22,7	10,0	
Taxa de incidência de hepatites C na população*	Número de casos novos de hepatite C isolada em residentes X 100.000 / População residente (anualizada)	96 X 100.000 / 515250	18,6	10,0	
Taxa de incidência de hepatites B e C associadas na população*	Número de casos novos de hepatite B e C associadas em residentes X 100.000 / População residente (anualizada)	1 X 100.000 / 515250	3,0	10,0	
Proporção de casos de hepatites B, C e B+ C confirmados por sorologia**	Número de casos de hepatite B + hepatite C + Hepatite B e C confirmados por sorologia reagente X 100% / (Número de casos de hepatite B + hepatite C + hepatite B e C)	214 X 100% / 214	1,0	85,0%	

BASE/FONTE: (1) UVS\Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) on line [sujeito a atualizações tardias]; (2) DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)
OBS (1): * indicador não pactuado no Plano Municipal de Saúde 2010-3, meta extrapolada da meta dos dois indicadores anteriores.
OBS (2): ** indicador do Pacto de Gestão não incluído no Plano Municipal de Saúde 2010-3

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



Os coeficientes de incidência das hepatites virais em 2011 superaram as metas propostas, pois as mesmas foram estabelecidas a partir da demanda espontânea de casos novos, o que as subestimou, havendo uma 'prevalência oculta' das hepatites virais. No final de 2010 as atividades do programa de controle das hepatites foram iniciadas com o encaminhamento dos casos suspeitos pelas Unidades Básicas de Saúde. O aumento do número de casos deve-se a melhor notificação. Com a estruturação do Programa, 100% dos casos notificados conseguiram ser confirmados através de sorologia.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Acompanhar o desenvolvimento das atividades de controle das Hepatites virais na rede básica e unidade sanitária.	UVS\V.Epidemio	ação continua
Monitorar o controle do tratamento assistido de Hepatites virais.	UVS\V.Epidemio	ação continua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

O PMCHV instituiu, a partir de dezembro de 2010, o tratamento assistido de todos os casos com indicação de tratamento para hepatites virais B e C.

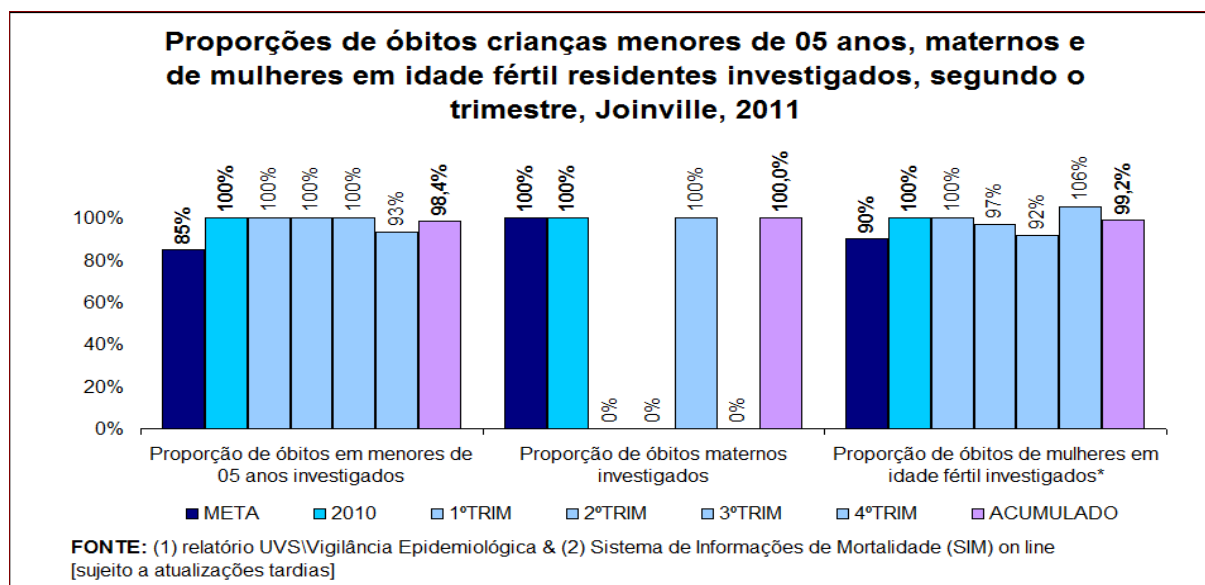
DIRETRIZ 6: Aperfeiçoar a Vigilância da mortalidade

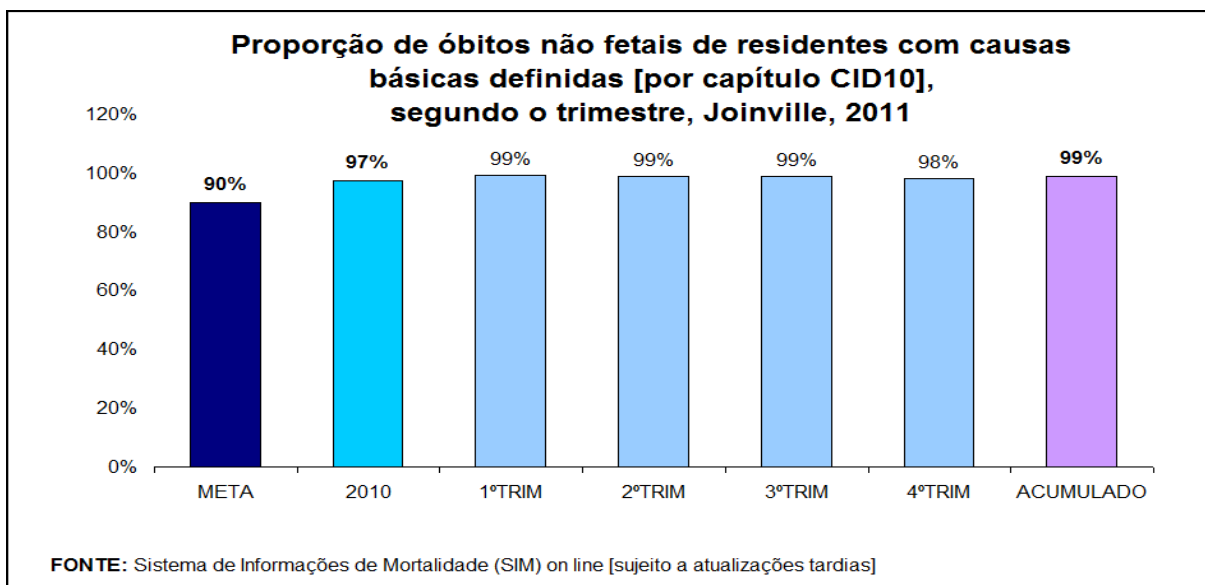
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Proporção de óbitos em menores de 05 anos investigados	Número de óbitos de crianças residentes de 0 a 4 anos de idade e natimortos [de mães residentes] investigados X 100% / Total de óbitos de crianças residentes de 0 a 4 anos de idade e natimortos [de mães residentes]	124 X 100% / 126	98,4%	85,0%	😊
Proporção de óbitos maternos investigados	Número de óbitos maternos de mulheres residentes investigados X 100% / Total de óbitos maternos* de mulheres residentes	2 X 100% / 2	100,0%	100,0%	😊
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados*	Número de óbitos de mulheres residentes de 10 a 49 anos de idade investigados X 100% / Total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade residentes	124 X 100% / 125	99,2%	90,0%	😊
Proporção de óbitos não fetais com causas básicas definidas [por capítulo CID10].	Número de óbitos não fetais com causas básicas definidas [residentes e não] X 100% / Número de óbitos (não fetais) de residentes	2667 X 100% / 2703	98,7%	90,0%	😊

BASE/FONTE: UVS\Comissão de Mortalidade Infantil: relatório da Comissão; UVS\Comissão de Mortalidade Materna: relatório da Comissão; UVS\Serviço de Verificação de Óbito: relatório do Serviço; UVS\Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias];

OBS (1): define-se como morte materna o óbito de mulher por causa natural (devido ou relacionado à gravidez) durante a gestação ou até um ano após a mesma.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS





Todos os óbitos em menores de 5 anos, maternos e de mulheres em idade fértil são investigados. Esta investigação, porém, pode levar um tempo maior para ser concluída, devido a necessidade de analisar os pontos de atenção envolvidos, bem como entrevista à família e profissionais. Em 2011, 125 mulheres foram a óbito em Joinville. Destas, 2 são óbitos maternos investigados. Os outros 123 óbitos também foram investigados. Somente um (01) caso está em fase final da investigação.

Houve melhora na proporção de óbitos com causa básica definida, atribuída a implementação da 'autópsia verbal' e maior aceitação das famílias em realizar as necrópsias para esclarecimento diagnóstico pós-morte.

AÇÕES PROGRAMADAS

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Notificar todos os óbitos menores de 5 anos às UBSs de acordo com abrangência do endereço do caso;	UVSV.Epidemio	ação continua
Treinar profissionais de nível superior para a realização da investigação da Mortalidade infantil em < de 5 anos conforme protocolo inserido no Manual de Vigilância de Óbito do Ministério da Saúde;	PROGESUS/ UVSV.Epidemio	concluída
Incluir representantes dos hospitais e das maternidades na Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil;	Secretário	encaminhada
Discutir com as unidades de saúde a análise dos casos investigados para adoção de medidas interventivas de acordo com cada caso;	C.Mortalidade Infantil	ação continua
Ampliar a integração das ações de vigilância dos óbitos menores de 5 anos com as Unidades Básicas de Saúde;	C.Mortalidade Infantil	concluída
Alimentar as Unidades Básicas de Saúde com dados e informações sobre mortalidade, nascimentos e doenças transmissíveis;	UVSV.Epidemio	ação continua
Dar continuidade as atividades desenvolvidas pelas Comissões de Mortalidade Infantil e Mortalidade Materna;	UVSV.Epidemio	ação continua
Manter a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil junto às UBSs;	UVSV.Epidemio	ação continua
Alimentar regularmente o sistema de informação de mortalidade infantil, materna e de mulheres em idade fértil;	UVSV.Epidemio	ação continua
Estimular os familiares sobre a importância da realização da necrópsia;	UVSIVE/SVO	ação continua
Realizar a autópsia verbal para todos os óbitos por morte natural cuja família negou a realização da necrópsia;	UVSIVE/SVO	ação continua
Elaborar instrumento simplificado a ser utilizado na autópsia verbal;	UVSIVE/SVO	concluída

Retroalimentar continuamente os hospitais quanto aos óbitos ocorridos por causa mal definida, a partir do laudo da necropsia e/ou análise da autópsia verbal;

UVS\VE\SVO

prejudicada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

NOTIFICAÇÃO DOS ÓBITOS: Todos os óbitos são notificados através do envio do formulário para entrevista domiciliar realizada por profissional de nível superior da unidade de abrangência.

CAPACITAÇÃO: Foi realizada a atualização anual das equipes das UBS (junho) quanto a investigação dos óbitos.

COMISSÃO DE MORTALIDADE: Foi encaminhado ofício com calendário das reuniões para a MDV e HIJAF.

ANÁLISE DOS ÓBITOS: São realizadas intervenções e orientações, imediatamente após a análise de cada óbito. As reuniões de análise dos óbitos foram feitas nas Sedes das Regionais Jarivatuba e Fátima. A mesma metodologia será adotada em 2012 com as demais Regionais.

DEVOLUTIVA: Os dados sobre mortalidade são disponibilizados na intranet por bairro. É encaminhado diariamente para as UBSs a cópia das Declarações dos Nascidos Vivos (DN) de sua adscrição. São enviados trimestralmente às UBSs cópias das notificações de doenças transmissíveis segundo endereço de residência.

C.MORTALIDADE: A Comissão de Mortalidade Infantil se reúne semanalmente para análise dos óbitos infantis. A Comissão de Mortalidade Materna se reúne esporadicamente devido a raridade do evento.

AUTÓPSIA VERBAL: É realizado sempre que necessário, por profissional do SVO, preliminarmente ou em substituição a necropsia cirúrgica condicionada a autorização dos familiares. Optou-se pela utilização de instrumento padrão do Ministério da Saúde.

RETROALIMENTAÇÃO: Não é realizada devido a resistência dos profissionais do SVO no preenchimento dos dados. Está prevista uma sensibilização dos profissionais para a importância deste registro.

DIRETRIZ 7: Aprimorar a Vigilância de Agravos Notificáveis

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Proporção de casos notificados, encerrados oportunamente após notificação.	Número de casos* [de residentes] notificados encerrados oportunamente X 100% / Número de casos* [de residentes] notificados e superado o período de conclusão da investigação	738 X 100% / 743	99,3%	89,0%	☺
Proporção de casos de meningite bacteriana, em residentes, diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imunoelektroforese ou látex.	Número de casos de meningite bacteriana em residentes com confirmação laboratorial X 100% / Número de casos novos de Meningites bacterianas em residentes	15 X 100% / 45	33,3%	40,0%	☹
Percentual de denúncias investigadas pelo programa Saúde do Trabalhador.	Número de denúncias ao Programa de Saúde do Trabalhador investigados X 100% / Total de denúncias ao Programa de Saúde do Trabalhador	231 X 100% / 269	85,9%	90,0%	☹
Percentual de acidentes de trabalho grave e fatais investigados	Número de acidentes em residentes, especificados na PRT MS\GM 104/11*, investigados pelo SINAN X 100% / Total de acidentes de trabalho em residentes, especificados na PRT MS\GM 104/11, notificados no SINAN	346 X 100% / 346	100,0%	100,0%	☺

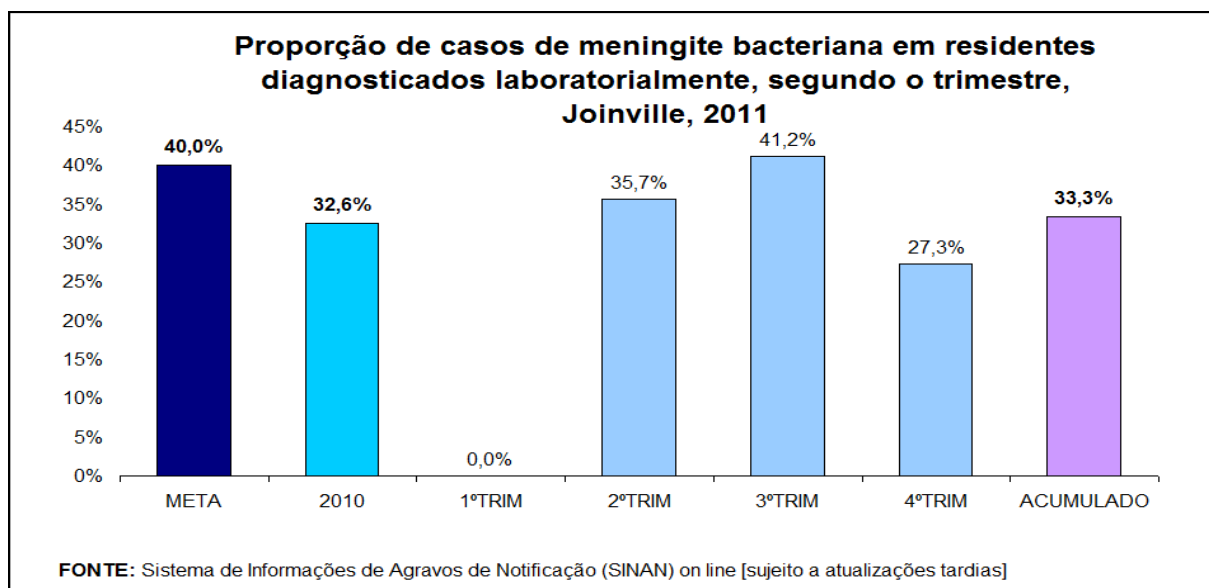
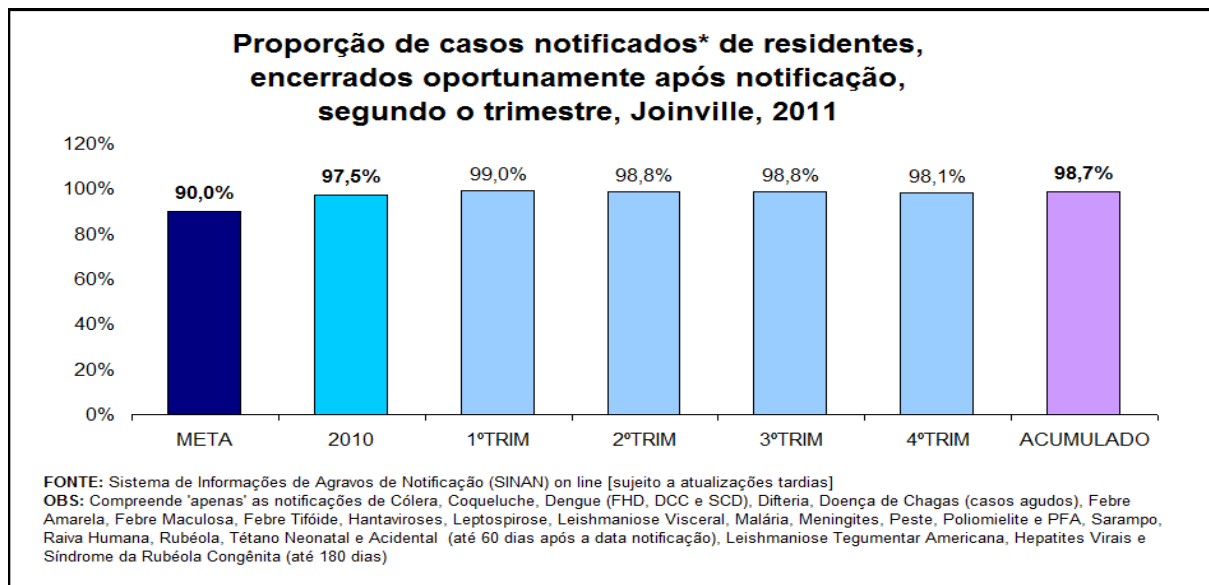
BASE/FONTE: UVS, SINAN;

OBS (1): Os agravos monitorados quanto à conclusão em tempo oportuno da investigação epidemiológica são: doença de Chagas, coqueluche, febre amarela, febre tifóide e hantavirose, hepatites virais (B e C), leptospirose, meningites (todas), tuberculose, tétano;

OBS (2): A definição dos acidentes de trabalho graves sujeitos a notificação encontra-se na PRT MS\GM 104/11, em substituição a PRT MS\GM 777/04;

OBS (3): O SISFACTO solicita apenas o "Número de acidentes de trabalho grave e fatais notificados pelo SINAN", denominador do indicador "Percentual de acidentes de trabalho grave e fatais investigados";

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS

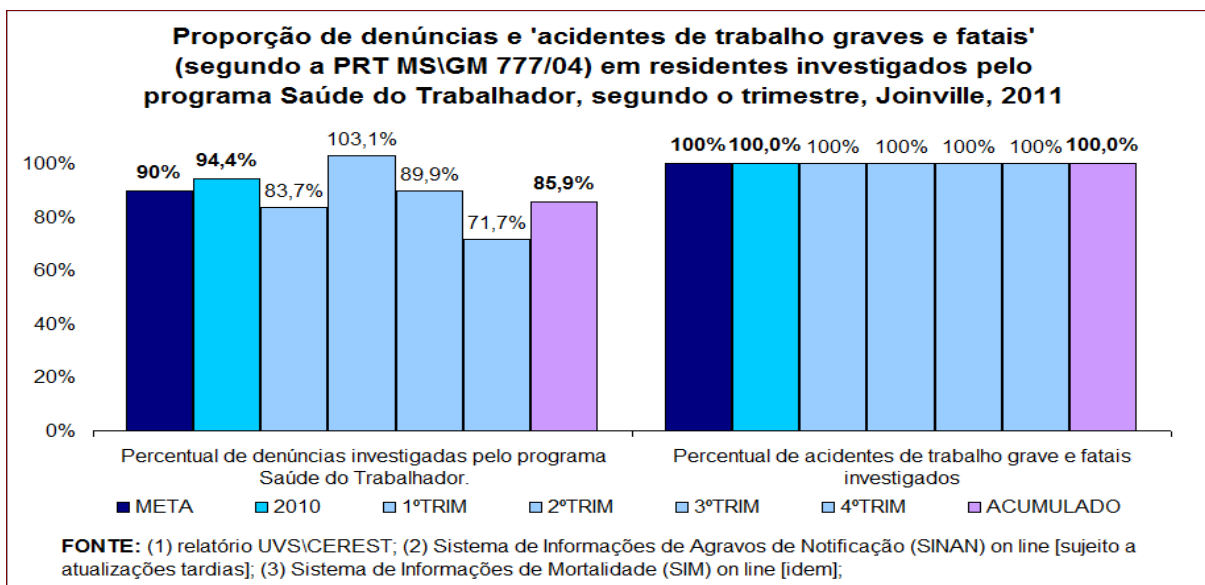


Foram notificados 45 casos de meningite bacteriana com comprovação por bacterioscopia do líquido. Desses casos, foi realizada cultura do líquido de 36 (80,0%) desses casos, com quinze (15 - 33,3%) resultados positivos na identificação da bactéria. Os outros vinte um (21) casos tiveram cultura negativa, impossibilitando a identificação da bactéria.

Os resultados negativos devem-se a:

- a) coleta do líquido nos estágios iniciais da doença, quando o número de bactérias era pequeno para positividade da cultura;
- b) uso prévio de antibióticos, devido a outra doença (ex. infecções respiratórias);
- c) outros problemas;

Não foi realizada a cultura em nove (09) casos, devido a instituição imediata de antibioticoterapia baseada em critérios clínicos, o que prejudicaria o resultado da cultura.



SAÚDE DO TRABALHADOR: Os resultados estão aquém das metas. No primeiro trimestre houve o período de férias dos profissionais. No segundo, a greve dos servidores reduziu o número de denúncias, permitindo recuperar investigações de denúncias do período anterior. No denominador foi computado também denúncias de outros municípios não pertencentes à macrorregião. Para a prestação de contas dos repasses federais, ver Apêndice 04.

AÇÕES PROGRAMADAS

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Treinar os profissionais das Unidades de Saúde para realizar a notificação e investigação oportuna.	PROGESUS/ UVS\V.Epidemio	ação contínua
Realizar o encerramento oportuno dos casos e monitorar	UVS\V.Epidemio	ação contínua
Implementar as ferramentas de notificação on line, com equipamentos eficientes e suficientes	UVS\V.Epidemio	encaminhada
Intensificar e agilizar as notificações on-line	UVS\V.Epidemio	ação contínua
Fazer a retroalimentação do processo investigativo para as Unidades de Saúde	UVS\V.Epidemio	ação contínua
Aumento do numero de investigações das denúncias através do serviço de fiscalização da Saúde do Trabalhador	UVS\Saúde Trabalhador	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

ENCERRAMENTO OPORTUNO: O resultado é considerado bom, mas foi prejudicado pontualmente pelo retorno de laudos de exames do LACEN e pela dificuldade na busca ativa de alguns pacientes e contatos. Foi realizado diariamente o acompanhamento das notificações em aberto.

NOTIFICAÇÃO ON LINE: Este item faz parte das discussões previstas para o NIS.

DEVOLUTIVA ÀS UNIDADES: O relatório quantitativo é enviado trimestralmente às UBS.

OBJETIVO: Reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Proporção de análises de coliformes totais na água de consumo	Número de amostras de coliformes totais realizada pela Vigilância X 100% / total de amostras de coliformes totais obrigatórios (480 no ano)	460 X 100% / 480	95,8%	100,0%	☹️

BASE/FONTE: Sistema de Informações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – (SISAGUA)

AValiação/RESPONSÁVEL: UVS\Vigilância Sanitária

RESPONSÁVEL PELA AValiação: UVS

Os números apresentados correspondem às coletas realizadas e enviadas ao LACEN,/SC, atendendo a competência municipal. O indicador consolidado pelo estado e disponível no SARGSUS corresponde aos exames efetivamente realizados pelo LACEN. No entanto, o LACEN tem encontrado

dificuldades para atender ao volume de amostras encaminhadas pelos municípios, rebaixando o resultado estadual e o atribuído aos municípios no SARGSUS.

AÇÕES PROGRAMADAS

Realização de coleta de água, conforme pacto com LACEN 2010/2011.

RESPONSÁVEL

UVSV.Sanitária

ANDAMENTO

ação contínua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

O LACEN Regional não tem realizado os exames de todas as amostras encaminhadas por Joinville, tendo sido realizado moções junto a SES para sua correção.

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde Bucal

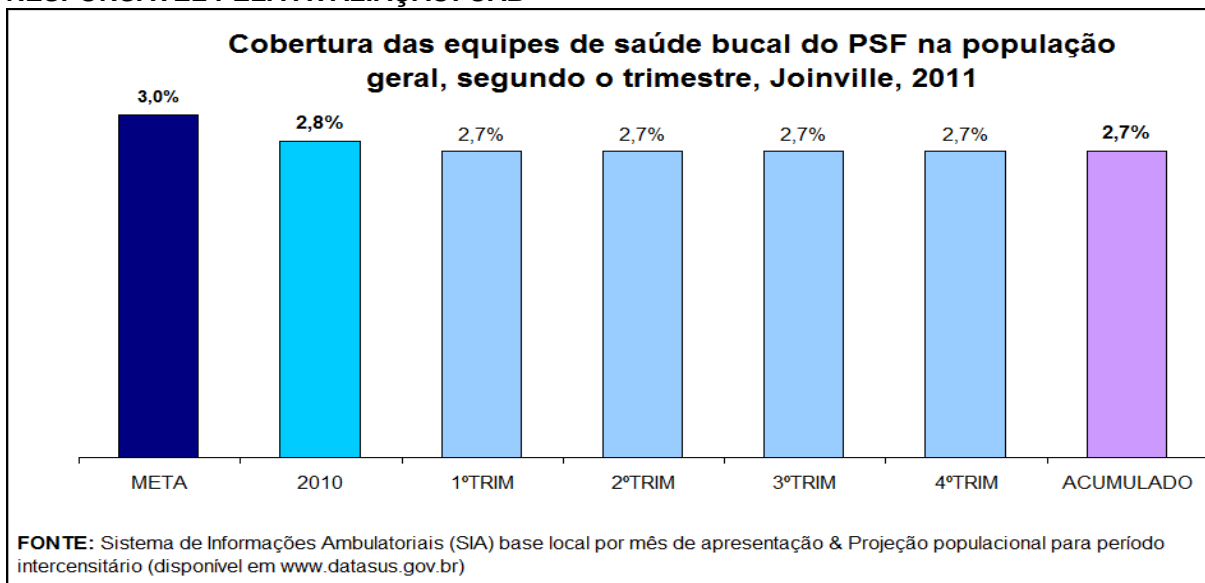
OBJETIVO: Ampliar a cobertura odontológica considerando os grupos priorizados na população geral

DIRETRIZ: Promover a saúde bucal da população

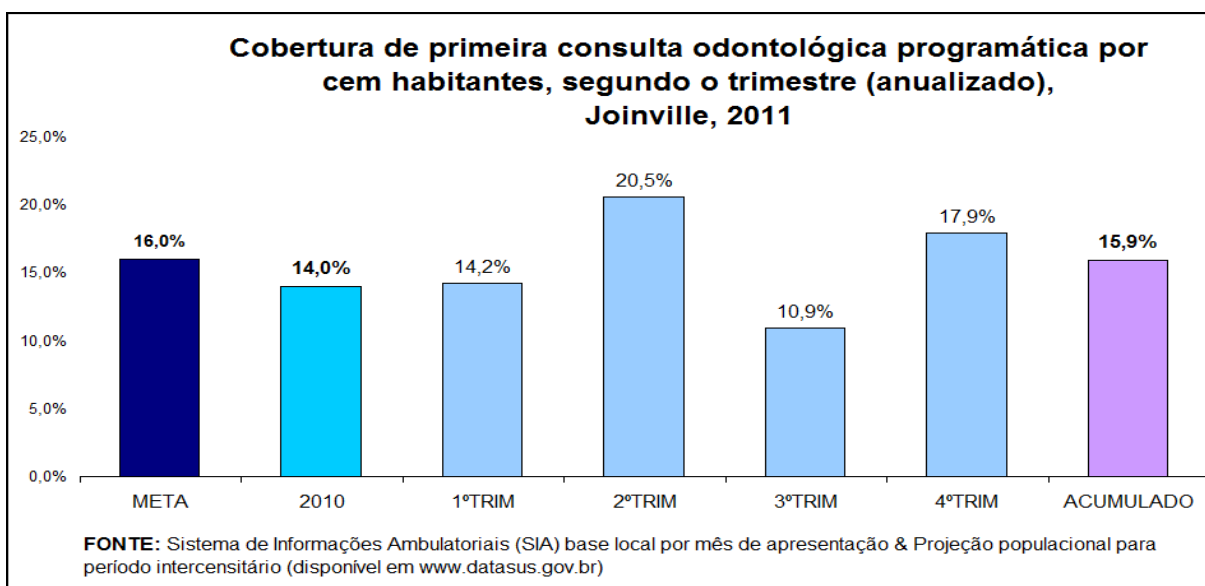
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da ESF	Número de Equipes de Saúde Bucal ESF X 3.450 pessoas X 100% / população residente	$4 \times 3.450 \times 100\% / 515250$	2,7%	3,0%	☹
Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas X 100% / População residente (anualizada)	$81979 \times 100\% / 515250$	15,9%	16,0%	☹
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local e período, dividido pelo período X 100 / População residente	$78367 / 12 \times 100\% / 515250$	1,27%	3,0%	☹
Proporção ofertada da necessidade de procedimentos de endodontia, periodontia, cirurgia Buco-Maxilo-Facial e oral menor (para 70% da população)	Número de procedimentos de endodontia, periodontia, cirurgia Buco-Maxilo-Facial e oral menor realizadas no CEO X 100% / Estimativa da população residente demandante a Rede Assistencial do SUS (anualizada)	$2208 \times 100\% / 327795,8$	0,7%	4,4%	☹

BASE/FONTE: (1) UPCA\ Programação: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) base local por mês de apresentação; (2) DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br); MS, (3) 'Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde', Brasília: ____, 2006; (2) MS\ DATASUS, 'Estimativas populacionais' disponível em www.datasus.gov.br

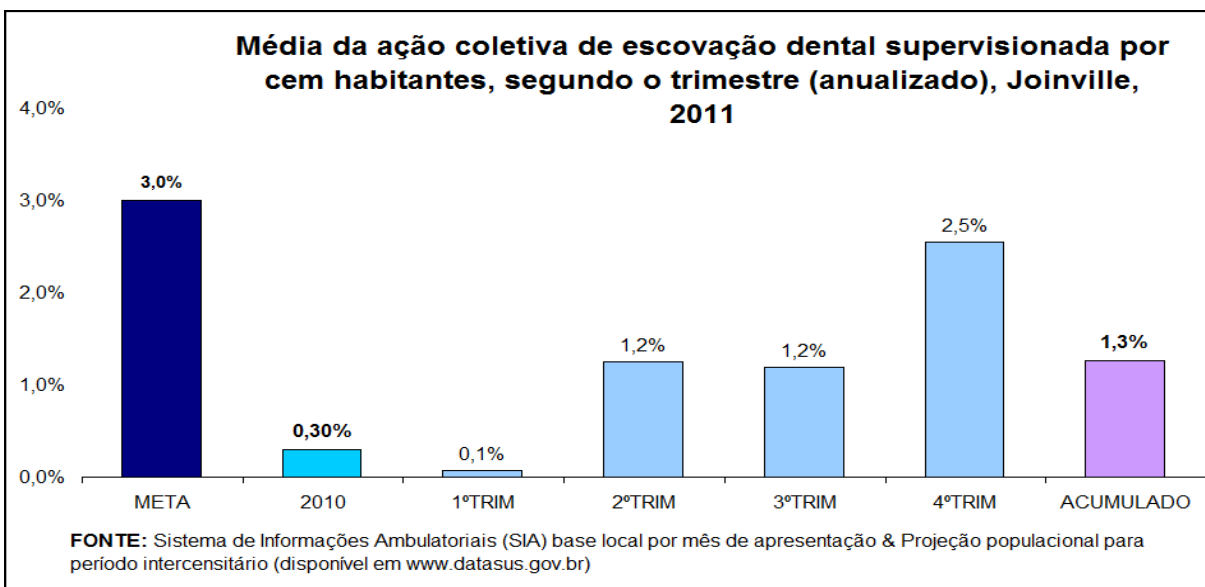
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



A expansão proposta da Saúde Bucal (SB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) não foi alcançada. Contamos com 4 equipes de SB na ESF. A população não coberta pelo ESF é atendida por outras 106 equipes, sendo ainda insuficiente para a demanda (ver indicador da primeira consulta programática). Por outro lado, a meta de expansão deveria ser ampliada ao conjunto da ESF.



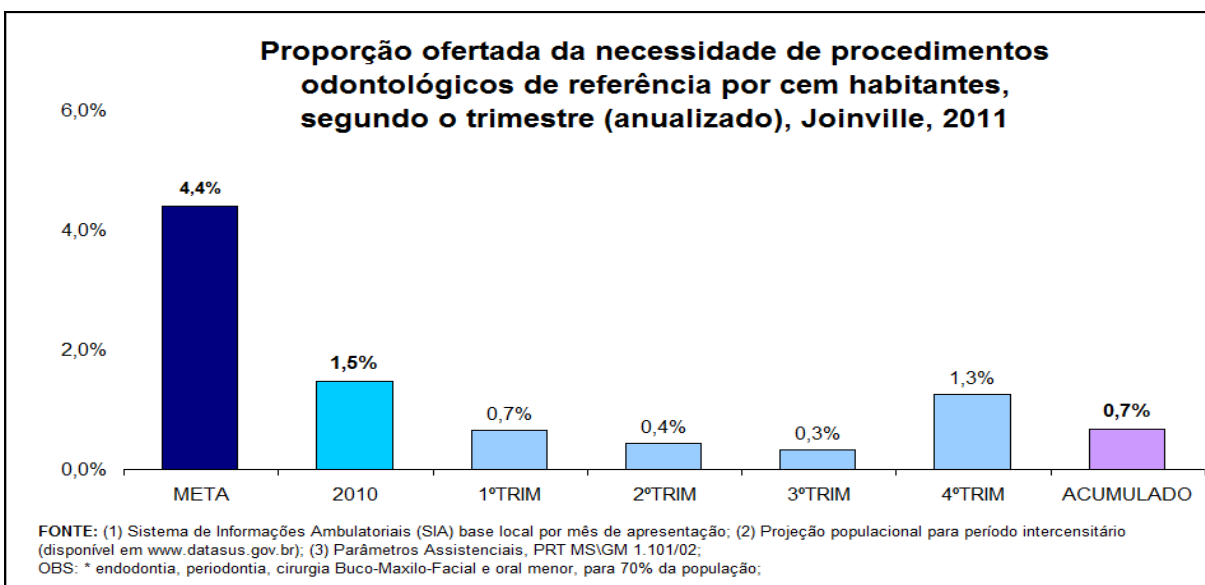
Apesar de ter sido alcançada a meta de cobertura de primeira consulta odontológica programática, essa ainda é modesta. Considerando que 70% da população é usuária do SUS, esta deveria ser a meta 70% de cobertura de primeira consulta odontológica. Neste sentido é importante reconhecer a limitação da capacidade instalada, física e de profissionais. Pontualmente, a concentração dos exames em escolares ocorre nos meses de março a maio, e nos demais dedicados a realização do tratamento programado. Essas ações são realizadas em todas as escolas públicas e CEIs do município.



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

O resultado da escovação supervisionada não atingiu o desejado. Foi identificado problema nos registros desta atividade e encaminhado para adequação. Consideramos a meta deste indicador baixa (3%) visto que 15% da população se encontram na faixa etária alvo da ação (77 mil crianças entre 5 e 14 anos). Além da priorização dessas ações pelas equipes, para efetivá-las é necessário ampliar o quadro profissional, como também dispor de pessoal técnico/auxiliar para tal.

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004), de 15% a 25% das atividades do cirurgião dentista deve ser voltada para planejamento, capacitação e atividades coletivas. As atividades educativas e preventivas, a nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal técnico/auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do cirurgião dentista. Existe a proposta da Secretaria Municipal de Saúde de efetivar uma técnica em saúde bucal (TSB) em cada regional de saúde para a realização periódica de atividades de ação coletiva de escovação dental supervisionada, entre outras atividades de prevenção e promoção de saúde.



A dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados, deve-se a agenda de consultas de retorno, estrangulada pela oferta de consultas iniciais. Como medida corretiva, em novembro, foi bloqueada a agenda para novos pacientes, a fim de concluir os tratamentos já iniciados. Houve também reorganização do processo de trabalho e a otimização do fluxo com a contratação de mais um (01) endodontista.

Ainda, a ampliação da oferta e alcance da meta estimada, depende da expansão do quadro de profissionais prevista com a implantação do CEO III.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Constituir comissão intersetorial envolvendo todos os níveis de atenção [em Saúde Bucal];	Secretário, UAB, USR	encaminhada
Elaborar Normas Técnicas de Atenção à Saúde Bucal e alinhar as ações conforme as Linhas de Cuidado;	CS.Bucal	ação continua
Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes;	CS.Bucal	ação continua
Promover ações de educação permanente para os profissionais de Saúde Bucal;	PROGESUS	ação continua
Adequar o acesso às consultas em odontologia com ampliação e organização da agenda dos profissionais e diminuição das faltas às consultas;	UAB e USR	concluída
Contratação de profissionais para adequação do quadro;	USR, UAB	encaminhada
Pactuação com HRHDS para utilização de horários pelos profissionais do CEO, no Centro Cirúrgico.	USR, UPCA e Secretário	encaminhada
Implantar as equipes de Saúde Bucal – ESB em consonância com as equipes de ESF já existentes.	UAB	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

COMISSÃO: É composta por representantes das Regionais de Saúde, CEO, Centrinho, PA24horas, NAT, UVS e UPCA, foram realizadas sete (07) reuniões em 2011. Não há ainda portaria de nomeação.

NORMAS TÉCNICAS: Foram revisadas as rotinas de serviços e está em elaboração o Protocolo Integrado de Saúde Bucal.

MONITORAMENTO: As ações das equipes de Saúde Bucal são avaliadas mensalmente pelo NAT, sendo encaminhados relatórios às Coordenações Regionais e realizadas reuniões de discussão com os profissionais. A Comissão de Saúde Bucal não foi envolvida no monitoramento das ações em 2011, porém participou do planejamento das ações para 2012.

CAPACITAÇÃO: Foram realizadas capacitações com os seguintes temas: (a) odontogeriatria, (b) integração entre atenção básica, SAMU e PA, (c) notificação dos eventos adversos no NOTIVISA, (d) e tecnovigilância, (e) pacientes portadores de necessidades especiais, (f) biossegurança, (g) acolhimento e manejo com portadores de sofrimento psíquico, (h) odontologia para bebês, (i) valorização profissional, (j) disfunção têmporo-mandibular (DTM), (k) dor orofacial, (l) acolhimento e relações humanas, e (m) estratégias de trabalho para as equipes em trabalho.

AGENDAS: Foi otimizada a agenda, readequado o número de consultas de 6 para 7 por turno, em função do elevado número de faltas. Houve reorganização da forma de atendimento de algumas UBSs (redistribuição no atendimento de escolares, gestantes e demanda), respeitando algumas especificidades locais. No CEO o agendamento da primeira consulta passou a ser feito por telefone pelas UBSs (saiu do SISREG) e os retornos são agendados manualmente para data mais breve possível.

CONTRATAÇÃO: Foi contratado mais uma endodontista e solicitado a contratação de mais um cirurgião buco-maxilo e um periodontista.

HOSPITAIS: A pactuação está em processo de negociação ainda não finalizado. As cirurgias estão previstas a partir de Janeiro de 2012, no hospital Bethesda.

ÁREA ESTRATÉGICA: Grupos Vulneráveis

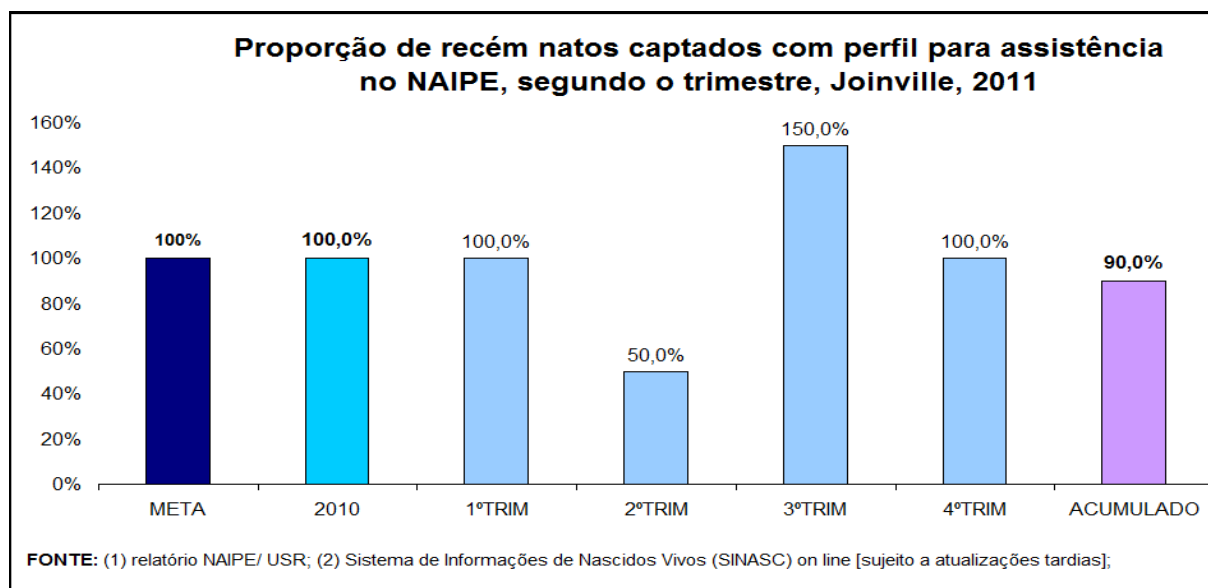
OBJETIVO: Promover a inclusão social de pessoas com deficiências ou transtornos mentais

DIRETRIZ 1: Ampliar a captação de pessoas com deficiência intelectual para assistência no NAIFE

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Proporção de recém-natos captados com perfil para assistência no NAIFE	Número de recém-natos de mães residentes captados para tratamento no NAIFE X 100% / Total de nascidos vivos de mães residentes com perfil para assistência no NAIFE notificados, confirmados e com alta pelas Maternidades	9 X 100% / 10	90,0%	100,0%	☹

BASE/FONTE: USR\NAIFE: relatório do serviço; UVS\Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias]

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: USR



Uma criança identificada pelo NAIFE não foi captada no período (9 casos captados em 10). Observa-se que o resultado acumulado do ano é a média ponderada dos trimestres, diferente da média simples. Apesar do bom resultado, o indicador não representa a totalidade das atribuições do NAIFE, sendo os pré-escolares o maior número de casos novos do serviço. Novos indicadores serão desenvolvidos pelo NAIFE e monitorados internamente com vistas ao seu aperfeiçoamento e inclusão no Plano Municipal 2014-7.

AÇÕES PROGRAMADAS

AÇÃO	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Contratação de profissionais para ampliação da equipe;	USR\NAIFE	encaminhada
Treinamento nas maternidades para o correto preenchimento do Campo 34 da Notificação de Nascidos Vivos.	PROGESUS/ USR\NAIFE	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

CONTRATAÇÃO: Não houve a contratação solicitada de profissionais para a implementação do atendimento no turno da tarde.

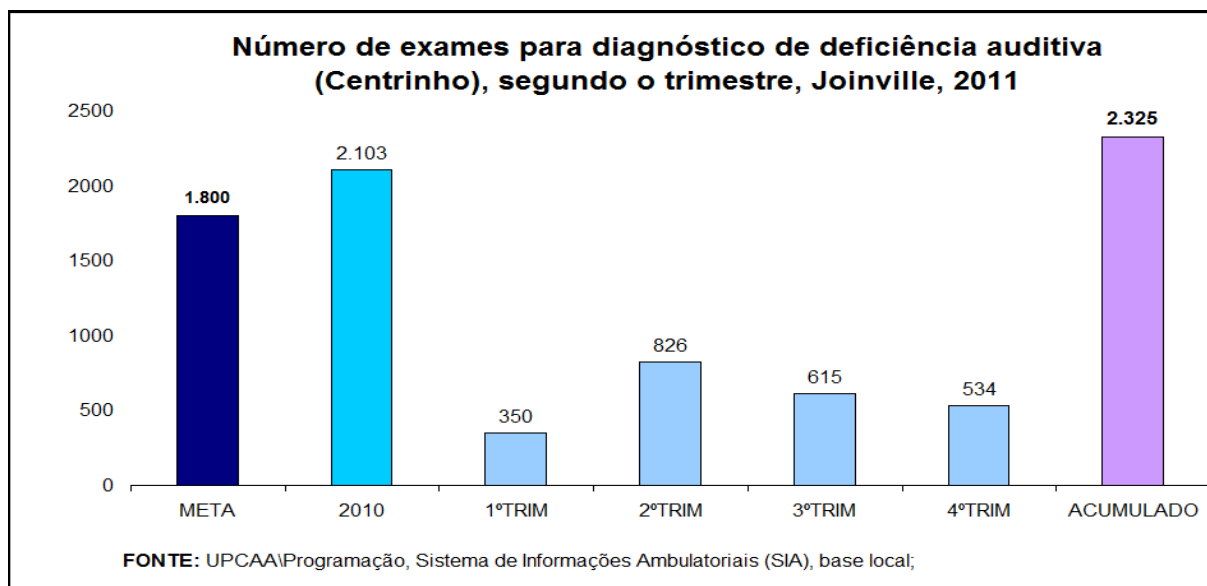
CAPACITAÇÃO: Houve dificuldades para a realização da capacitação, sendo prevista para 2012.

DIRETRIZ 2: Ampliar a capacidade instalada do Centrinho

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Número de exames para diagnóstico de deficiência auditiva	Número absoluto de exames para diagnóstico de deficiência auditiva realizados	2325	2.325	1.800	😊

BASE/FONTE: UPCA\Programação: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) base local por mês de apresentação; UPCA\Planejamento: estimativa da necessidade de oferta (parâmetros e PPI)

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: USR



O bom resultado alcançado é atribuído a reorganização da agenda dos profissionais e a implantação da manutenção preventiva dos equipamentos.

Por ser o Centrinho referência em fissura labiopalatina e saúde auditiva, estamos estudando indicadores que possam mostrar a amplitude do serviço como um todo, os quais serão acompanhados internamente no próximo Plano Municipal.

AÇÕES PROGRAMADAS

Reorganizar o sistema de agendamento realizado no Centrinho.

RESPONSÁVEL

USR\Centrinho

ANDAMENTO

concluída

Manter os equipamentos existentes em funcionamento.

USR\Centrinho

ação continua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

AGENDA DOS PROFISSIONAIS: A reorganização da agenda dos profissionais ajudou na concretização da meta do indicador proposto.

MANUTENÇÃO: Implantou-se a manutenção preventiva dos equipamentos, reduzindo a ociosidade e possibilitando maior agilidade na assistência à saúde.

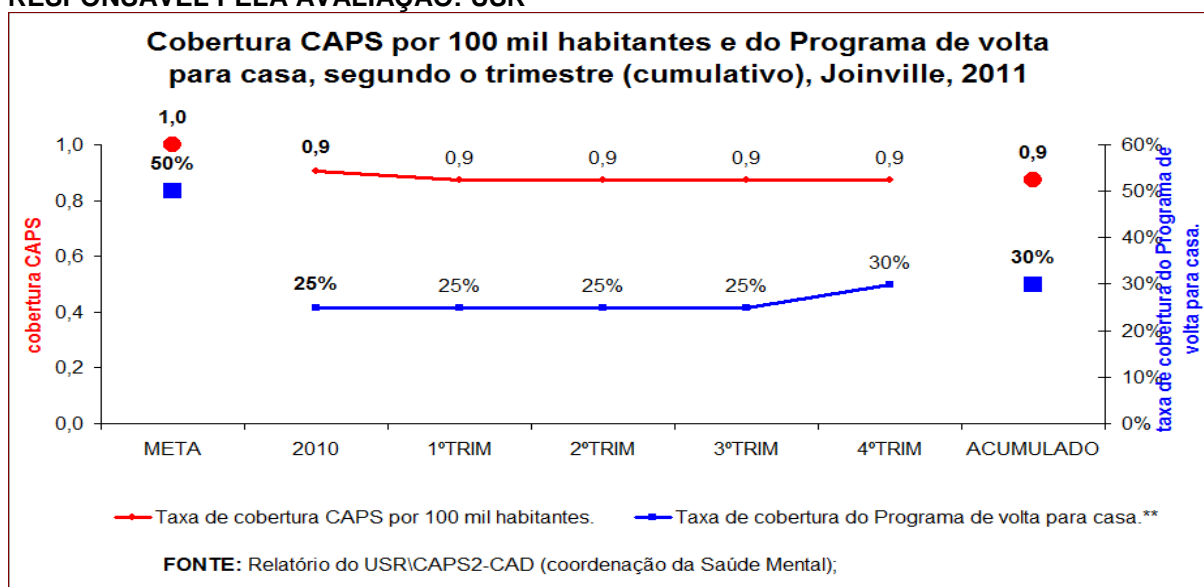
DIRETRIZ 3: Articular os diferentes setores para construir uma política municipal de Saúde Mental baseada nas Linhas de Cuidado

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Plano de Saúde Mental reelaborado e implantado	Divulgação de Plano de Saúde Mental (em conformidade com diretrizes e em formato padrão da Secretaria Municipal da Saúde)		0	OUT11 etapa 1	☹️
Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes.	$[(\text{Número CAPS I} \times 0,5) + (\text{Número CAPS II}) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPSi}) + (\text{Número CAPSad})] \times 100.000 / \text{População residente (anualizada)}$	$4,5 \times 100.000 / 515250$	0,87	1,0	😊
Taxa de cobertura do Programa de volta para casa.**	$\frac{\text{Número de pessoas beneficiadas [no programa 'de volta para casa']} \times 100\%}{\text{Total de beneficiários potenciais [do programa 'de volta para casa']*}}$	$6 \times 100\% / 20$	30,0%	50,0%	☹️

BASE/FONTE: (1) Gabinete do Secretário Municipal da Saúde: Plano de Saúde Mental (homologado); (2) relatório UAAH/ Assistência Ambulatorial/ coordenação da Saúde Mental I & estimativa da população residente UAB\ Cadastro

OBS: indicador 'Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes' é calculado considerando a seguinte fórmula: $[(\text{Número CAPS I} \times 0,5) + (\text{Número CAPS II}) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPSi}) + (\text{Número CAPSad})] = (0 \times 0,5) + (1) + (1 \times 1,5) + (1) + (1) = 4,5$

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: USR



O indicador referente ao Plano de Saúde Mental ficou comprometido. O Plano foi elaborado, no entanto encontra-se em fase de formatação prevista para 2012, como também a validação e implantação do mesmo.

A cobertura dos CAPS caiu em relação a 2010 devido ao crescimento da população. O aumento de cinco pontos percentuais do Programa Volta para Casa, deve-se ao retorno de um usuário egresso de hospital.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Constituir comissão envolvendo todos os segmentos da atenção psicossocial [CS. Mental];	Secretário	concluída
Elaboração do Plano de Saúde Mental contemplando protocolos baseados em Linhas Guia;	CS.Mental	não encaminhada
Cronograma de encontros periódicos dos CAPS com a Atenção Primária;	CS.Mental	ação continua
Implantação do Plano [de Saúde Mental]	USR e CS.Mental	encaminhada

Avaliação da Implantação	USR e CS.Mental	não encaminhada
Promover ações de educação continuada para os profissionais de saúde na abordagem à Saúde Mental	PROGESUS	encaminhada
Articular os serviços para os pacientes com necessidades especiais dentro de uma política municipal	USR\Centrinho, USR\NAIPE, CS.Mental	não encaminhada
Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelo Centrinho, NAIPE e Saúde Mental	USR\Centrinho, USR\NAIPE, CS.Mental	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PLANO: O Plano está em fase final de elaboração, cuja formatação está prevista para 2012.

MONITORAMENTO: Periodicamente as ações de Saúde Mental são monitoradas e avaliadas pela Coordenação de Saúde Mental

COMISSÃO: O grupo de Condução está ativo e operante

ARTICULAÇÃO DE SERVIÇOS: Está em fase de implantação, inicialmente com rodas de conversas entre os segmentos envolvidos.

EIXO 2 - DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE

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

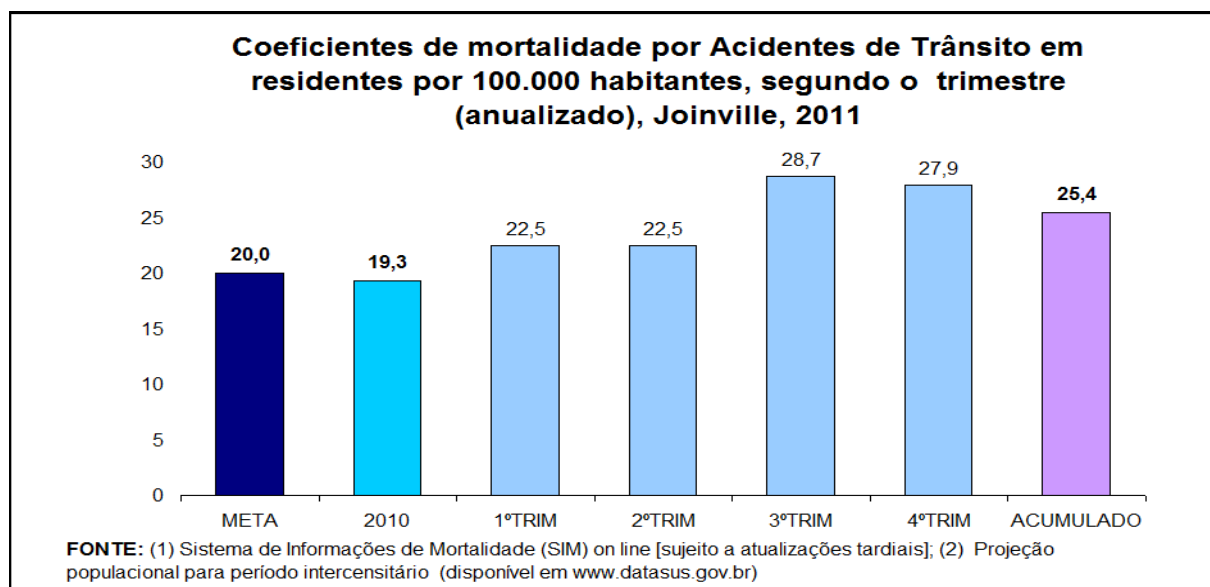
DIRETRIZ 1: Reduzir as causas externas de morbi-mortalidade em Joinville com foco nos acidentes de trânsito

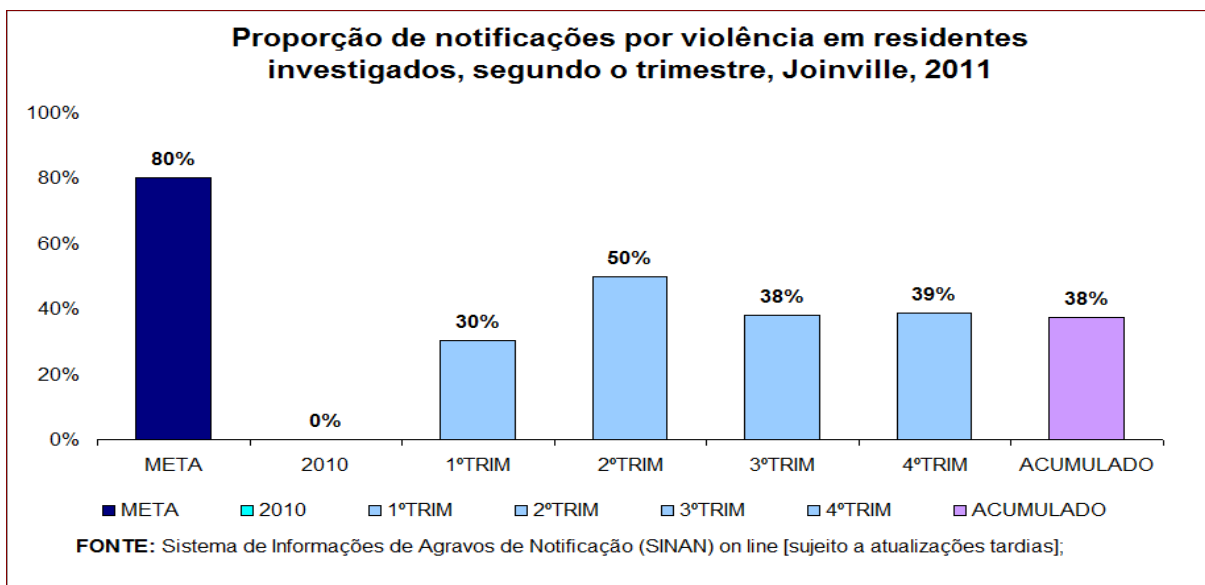
DIRETRIZ 2: Articular as redes de atenção integral à criança, mulher e adolescentes em situação de violência

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito	Número de óbitos [de residentes] por acidentes de trânsito [em Joinville] X 100.000 / População residente (anualizada)	$131 \times 100.000 / 515250$	25,4	20	☹
Percentual de notificações de violências analisadas sobre total de notificações	Número de notificações por violência (doméstica, sexual e outras) em residentes investigados pelo SINAN X 100% / Total de notificações por violência em residentes	$27 \times 100\% / 72$	37,5%	80,0%	☹

BASE/FONTE: UVS\Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias]; DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br), UVS\Vigilância Epidemiológica Núcleo de Violência: relatório do núcleo.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS





O coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito corresponde a 131 óbitos. A notificação de violência sexual foi implantada em 2010, entretanto a capacidade de investigação dos casos em 2011 foi incipiente.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Realizar seminário sobre acidentes e violência	UVSVE/Núcleo Violência	encaminhada
Realizar 9 treinamentos para os profissionais dos serviços de saúde na identificação e notificação de vítimas de violência.	UVSVE/Núcleo Violência	concluída
Processar e analisar os dados enviados pelos serviços pré hospitalares e hospitalares.	UVSVE/Núcleo Violência	prejudicada
Divulgar a todos os segmentos informações sobre acidentes de trânsito.	UVSVE/Núcleo Violência	prejudicada
Divulgar o fluxo de encaminhamento de pessoas vítimas de violências.	UVSVE/Núcleo Violência	ação continua
Implantar a notificação de violência nos serviços de saúde, aos moldes já existentes.	UVSVE/Núcleo Violência	concluída
Informar a rede de serviços sobre os casos de violência notificáveis.	UVSVE/Núcleo Violência	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

SEMINÁRIO: Não foi realizado o Seminário de Prevenção em Acidentes de Trânsito em 2011, considerando que o mesmo já havia sido realizado em 2010 e que os dados coletados pelos ACS no CADSUS não estariam consolidados em tempo hábil para serem analisados. Outras ações de prevenção de acidentes foram priorizadas, em substituição ao seminário. Esta decisão foi tomada em reunião realizada com representantes das instituições parceiras do Núcleo de Prevenção de Violência e Acidentes (NPVA) tais como: Centro de Prevenção de Acidentes com Motocicletas (CEPAM), Companhia de Desenvolvimento e Urbanização de Joinville (CONURB) e Comissão de Prevenção de Acidentes de Trânsito da Secretaria Municipal de Saúde.

Quanto ao seminário de violência doméstica, este é o tema central do projeto encaminhado e aprovado pelo Ministério da Saúde e está previsto para novembro de 2012.

TREINAMENTO: Foi realizada 01 capacitação sobre violência doméstica, com os agentes comunitários de saúde em setembro/2011, durante uma semana, bem como outra capacitação dos ACS para coleta de dados sobre morbidade causada pelos acidentes de trânsito, em abril, também com a duração de uma semana.

ANÁLISE DE DADOS: Percebe-se a necessidade de reavaliar os instrumentos e a metodologia utilizados na implantação da portaria 031. Os dados na maioria das vezes não são repassados ao NPVA, ou são repassados de forma incompleta. A justificativa por parte das Instituições é a falta de

recursos para o cumprimento da portaria, como recursos humanos e dificuldades no sistema de informação para o repasse dos dados.

Como medida corretiva, o NPVA tem como um dos seus objetivos para 2012, a implementação da portaria 031 nos hospitais e nos serviços pré-hospitalares, a contratação de um estagiário para alimentar o banco de dados e realizar o monitoramento da sua execução e também aprimorar a análise dos dados pela equipe.

DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES: Durante o ano de 2011 o NPVA realizou varias ações de divulgação dos dados de acidentes de trânsito, através da criação de slogan “Eu quero estar vivo em 2020 e você?”. Foram confeccionados 13 outdoors distribuídos nos pontos onde ocorreu o maior numero de acidentes em 2010, cartilhas educativas, faixas, banners, adesivos, camisetas e roupas para a realização dos projetos educativos de prevenção de acidentes de trânsito por parte dos agentes comunitários de saúde. Durante o ano foram realizadas palestras, divulgação em eventos pontuais e repasse de release para a assessoria de imprensa que agilizou o repasse das informações na imprensa escrita, televisionada e falada.

Em 2012 essas ações terão continuidade, com nova campanha e realização de gincana online tendo como público alvo os estudantes universitários, que na sua maioria estão na faixa etária onde se encontra o maior numero de vítimas de acidentes de trânsito.

DIVULGAÇÃO FLUXOS: Foram realizadas 20 (vinte) apresentações em Instituições públicas, privadas e também à população atendida nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), com o objetivo de divulgar o fluxo do encaminhamento de pessoas vítimas de violências conforme o Protocolo de Violência Sexual.

Para 2012 está previsto a elaboração do Protocolo das Vítimas de Acidentes Domésticos, junto à Comissão Aconchegar, que reúne vários setores da sociedade envolvidos no tema da violência.

DIVULGAÇÃO VIOLÊNCIA: Atualmente as informações de notificações de violência são repassadas para as Unidades de Saúde. Em 2012 será elaborado o Protocolo e Fluxos de Atendimento das Outras Violências Notificáveis, pela Vigilância Epidemiológica, NPVA e Comissão Aconchegar.

NOTIFICAÇÃO: O HRHDS e o HJAF são a porta de entrada para emergência de violência sexual, conforme o protocolo. Diante desta condição, os profissionais dos referidos hospitais já foram capacitados para abordagem e preenchimento correto das notificações de violência, cujo fluxo já se encontra em funcionamento.

Para 2012 a proposta é capacitar a Rede Básica de Saúde sobre o preenchimento da ficha de notificação de violências.

PREVENÇÃO: O Núcleo também desenvolveu ações de incentivo à prevenção de acidentes de trânsito, dentre elas: Primeira Semana de Prevenção de Acidentes com Motocicleta, Semana de Saúde do Homem da Regional Floresta, Palestras na Semana Nacional do Trânsito junto a Universidades, Empresas, Escolas de Ensino Fundamental e ações propostas por ACS em forma de projetos.

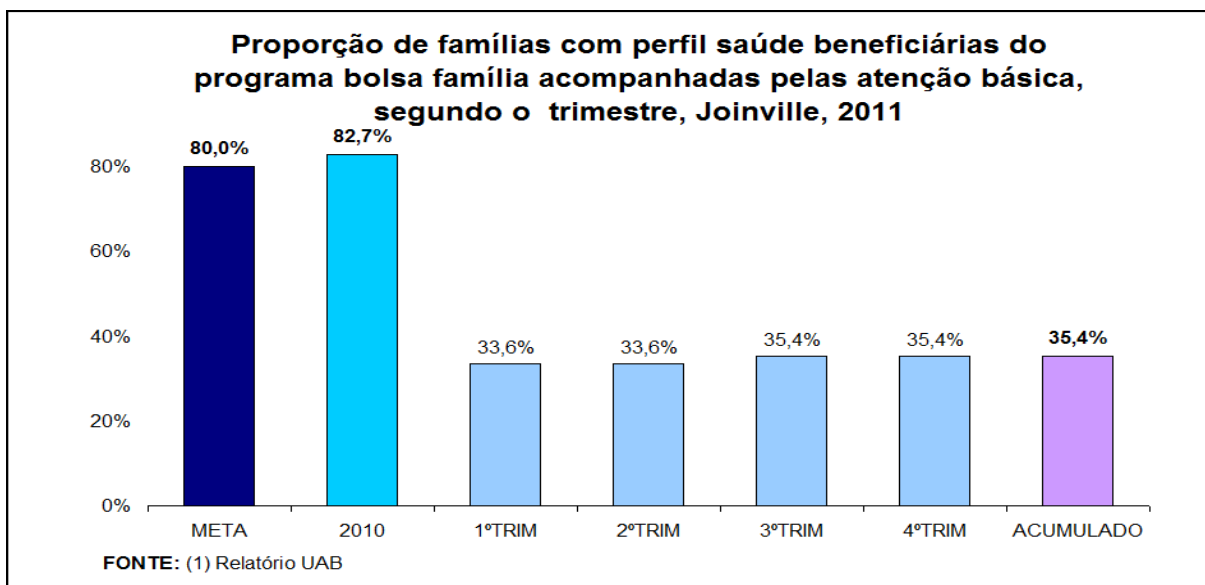
Para a prestação de contas dos repasses federais, ver Apêndice 04.

DIRETRIZ 3: Integrar as ações das secretarias que trabalham com as políticas públicas básicas (Educação, Saúde e Assistência Social), a partir do acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Proporção de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica	Número de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica X 100% / Número de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família	1392 X 100% / 3935	35,4%	80,0%	☹️

BASE/FONTE: UAB\NAT: relatório serviço

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



O percentual está abaixo da meta. Existem muitos endereços errados, dificultando a localização dessas famílias. Para resolver isso, está sendo organizado um relatório com essas famílias a fim de que, junto com a Secretaria da Assistência Social, seja possível realizar a correção das informações. Há micro-áreas descobertas dificultando o acompanhamento das famílias. Ainda que o acompanhamento seja realizado pelos ACS de outras micro-áreas, o mesmo fica prejudicado, sendo assim discutido caso a caso nas equipes. Foi solicitado ao NGP adequação do quadro de ACS e estão sendo estudadas outras estratégias de trabalho e captação dessas famílias. Há também dificuldades no fluxo da informação entre as UBSs e NAT, que será revisto e padronizado em 2012.

Está previsto e foi solicitado a ampliação do quadro de técnicos (nutricionistas, assistente social) para o fortalecimento das ações, cumprimento de metas e prazos e o acompanhamento do programa.

AÇÕES PROGRAMADAS

	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Discutir no Conselho Municipal do Bolsa Família ações para que esta política pública seja efetivada;	UAB	ação contínua
Priorizar a atenção continuada e integral das famílias beneficiadas pelo Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada (idosos e deficientes físicos) pelas equipes de saúde.	UAB	ação contínua
Implantar o Projeto de descentralização das informações de condicionalidades do Bolsa Família;	UAB	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

DISCUSSÃO NO CONSELHO: Nas reuniões do Conselho Municipal do Programa Bolsa Família (CMPBF), foram discutidas as ações para efetivar o desenvolvimento do Programa em todos os âmbitos: Saúde, Educação e Assistência Social, bem como nas áreas de Habitação, ONG's e Projetos Sociais, visando implementar esta política pública.

ATENÇÃO CONTINUADA: Para o cumprimento das condicionalidades é necessário que a família esteja comprometida e faça o acompanhamento na UBS, onde é avaliado o estado nutricional, acompanhamento da gestante no Pré Natal e vacinação das crianças. Também são realizadas buscas ativas, nem sempre bem-sucedidas, pois muitas famílias não realizam o acompanhamento na UBS. Esta ação de sensibilização/comprometimento por parte das famílias precisa ser melhor avaliada, buscando alternativas para sanar essa dificuldade, como por exemplo: agendar para as diferentes áreas no mesmo período (clínico geral, ginecologista ou pediatra e odontologia), como um mecanismo que traga essas famílias de risco para as UBSs.

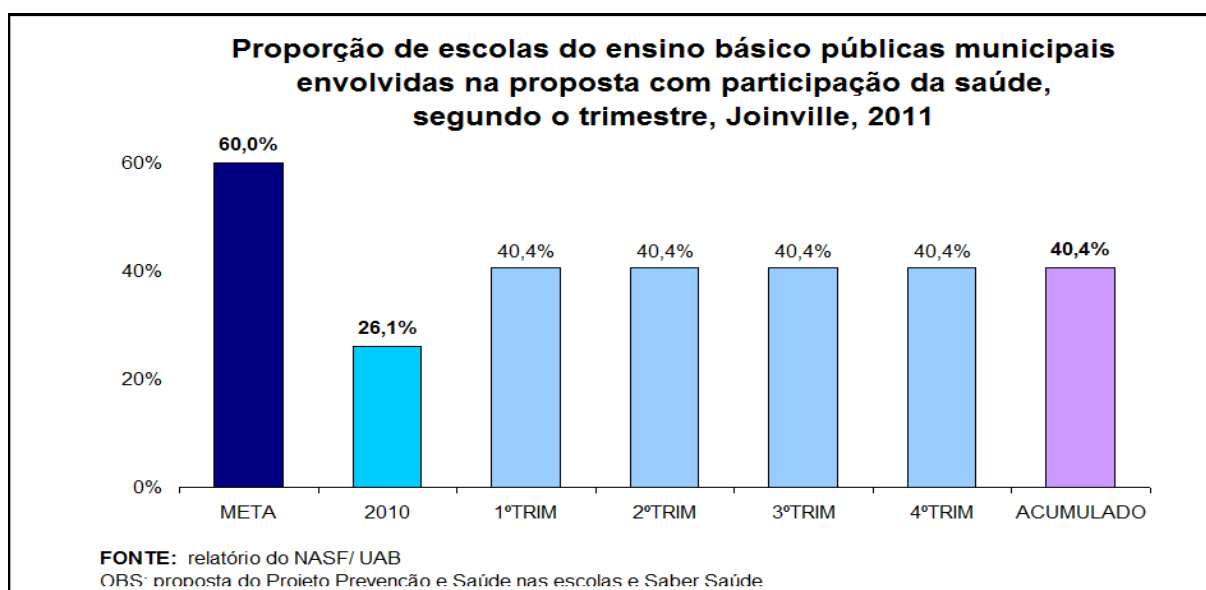
DESCENTRALIZAÇÃO INFORMAÇÕES: Já está implantado nas Regionais de Saúde Jarivatuba, Aventureiro, Pirabeiraba e Vila Nova sendo prevista a cada semestre, a descentralização do Programa à uma nova Regional de Saúde.

DIRETRIZ 4: Projeto Prevenção e Saúde nas escolas.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
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.	Número de escolas do ensino básico públicas municipais envolvidas nas propostas do Projeto Prevenção e Saúde nas escolas e Saber Saúde X 100% / escolas do ensino básico públicas municipais	36 X 100% / 89	40,4%	60,0%	☹️

BASE/FONTE: UAB/NAT: Relatório do Serviço

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



ADESÃO ESCOLAS AO PROGRAMA. Em função de contratempos como a greve dos professores públicos municipais e a ausência de recursos financeiros para o programa, não houve inclusão de novas escolas municipais no Programa Saúde nas Escolas (PSE - que inclui os projetos Saúde e Prevenção nas Escolas e Saber Saúde). As 36 escolas municipais capacitadas em 2010 fazem parte da área de abrangência da ESF e foram responsáveis pela continuidade das ações do Programa durante o ano de 2011.

EIXO 3 - GESTÃO EM SAÚDE

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

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

DIRETRIZ 1: Ampliar a capacidade de captação de usuários na demanda espontânea com qualidade e resolutividade

DIRETRIZ 2: Adequar as equipes de saúde nos territórios considerados prioritários conforme perfil sócio epidemiológico

DIRETRIZ 3: Expandir a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS)

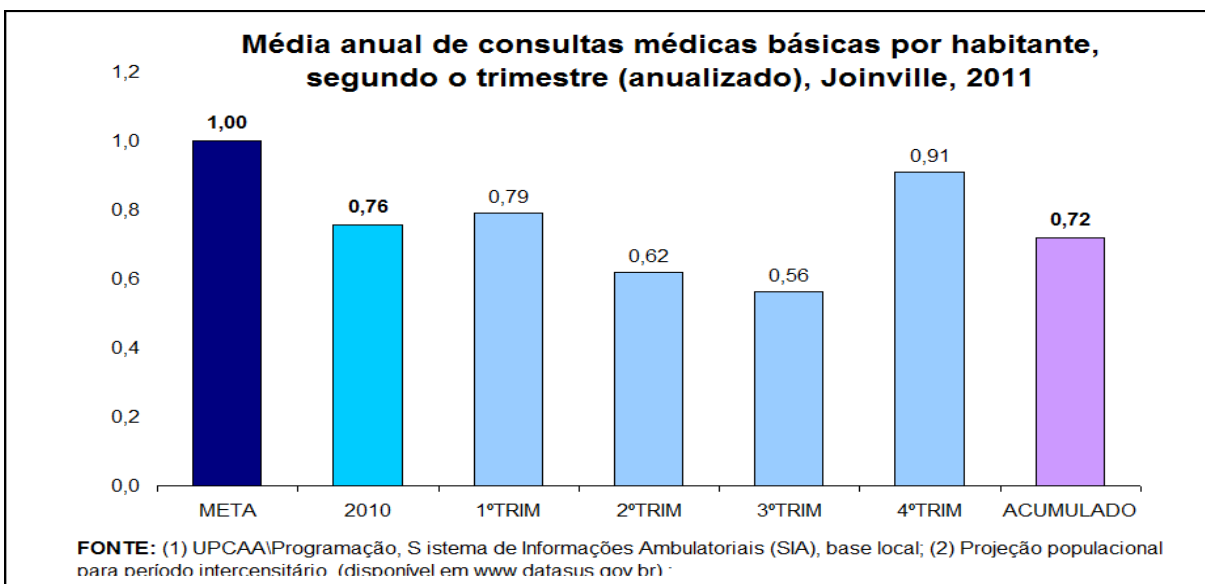
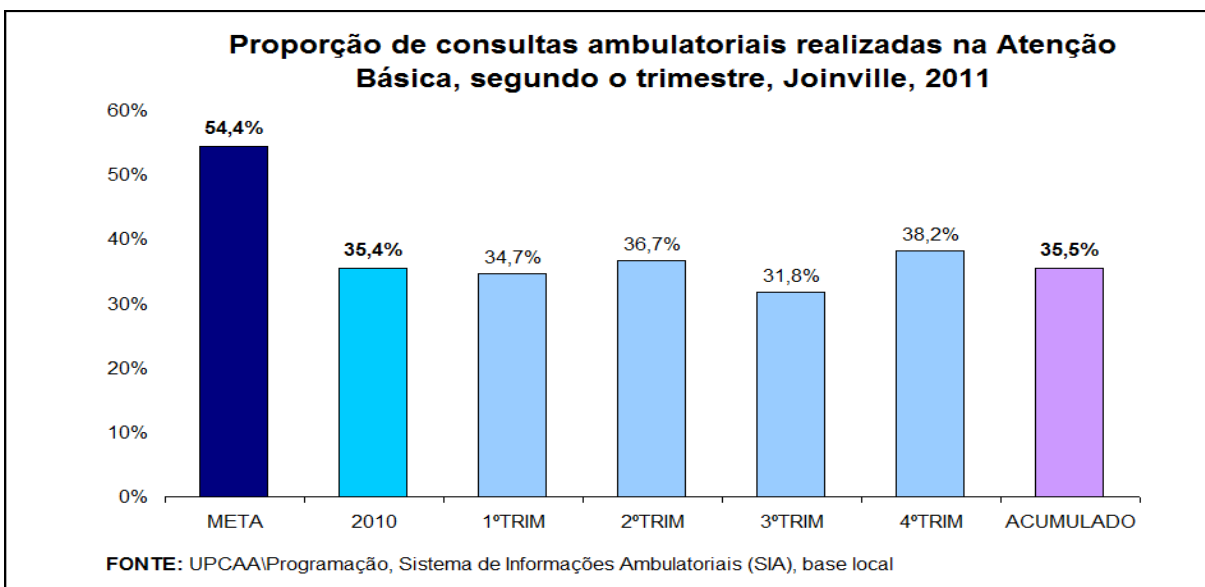
DIRETRIZ 4: Implantar a classificação de risco nas UBSs

DIRETRIZ 5: Implantar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Proporção de consultas ambulatoriais realizadas na AB	Número de consultas médicas nas especialidades de básicas X 100% / total de consultas médicas ambulatoriais realizadas	$371024 \times 100\% / 1044671$	35,5%	54,4%	☹
Média anual de consultas médicas básicas por habitante	Número de consultas médicas nas especialidades de básicas/ População residente (anualizada)	$371024 / 515250$	0,72	1,0	☹
Média mensal de visitas domiciliares por família coberta por ESF e EACS, realizadas por ACS (cobertura territorial segundo o SIAB)	Número de visitas domiciliares realizadas por ACS (segundo o SIAB)/ (Número de famílias cadastradas na ESF e EACS X número de meses (visitas necessárias))	$627470 / 1110658$	0,56	0,85	☹
Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF)	População cadastrada no SIAB (Modelo de Atenção PSF) X 100% / População residente (anualizada)	$144362 \times 100\% / 515250$	28,0%	57,3%	☹
Proporção de Unidades Básicas de Saúde com classificação de risco implantada [prevalência]	Número de Unidades Básicas de Saúde com classificação de risco implantada X 100% / Número de Unidades Básicas de Saúde (CNES)	$0 \times 100\% / 56$	0,0%	80,0%	☹
Número de equipes de Apoio da Saúde da Família (NASF) implantadas [prevalência]	Número de equipes do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família implantadas	0	0	5	☹

BASE/FONTE: UPCA\ Programação: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) base local por mês de apresentação; UAB\NAT: Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB); relatório da Unidade de Atenção Básica; DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br) [base para o cálculo da estimativa de famílias]; relatório do PROESF

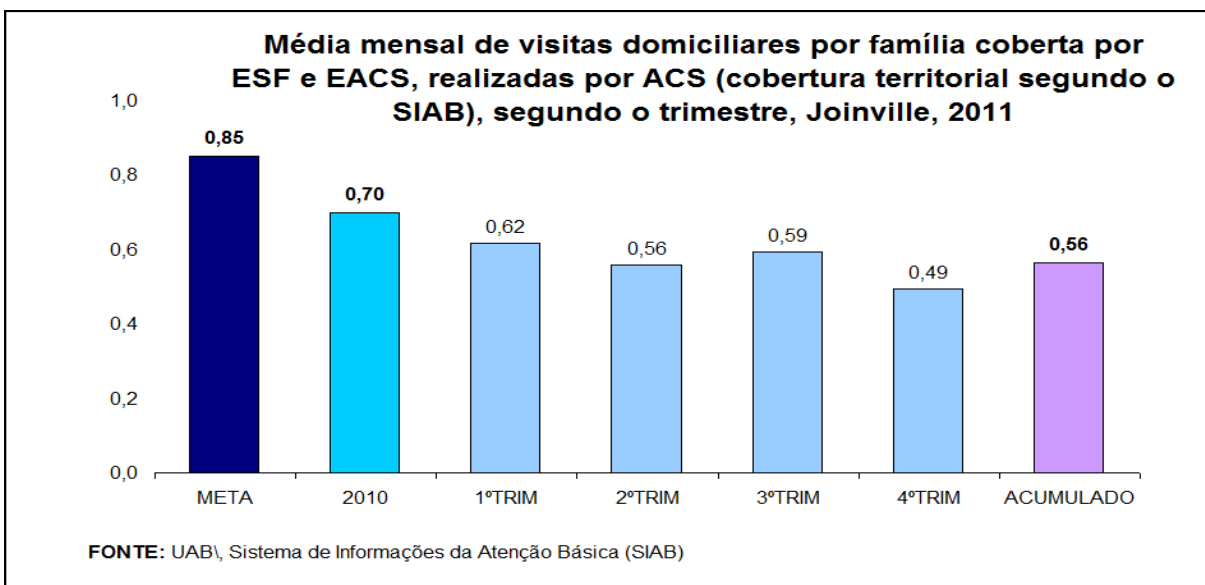
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



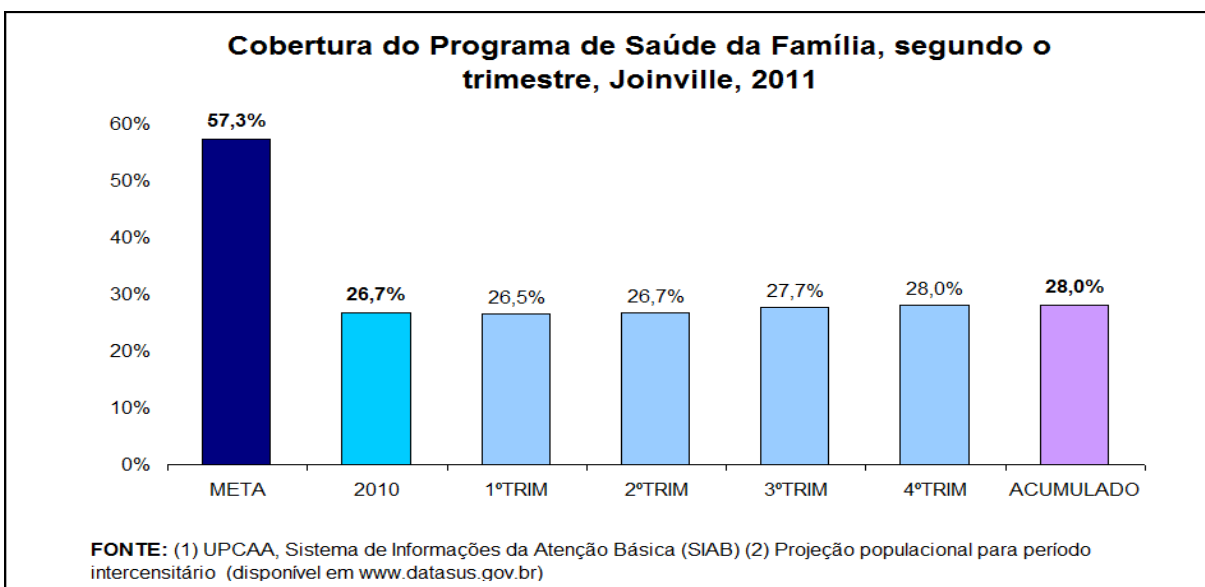
OFERTA DE CONSULTAS: A produção do segundo trimestre foi comprometida pela greve dos funcionários somada ao déficit de profissionais da rede. A queda no terceiro trimestre deve-se em parte ao atraso da digitação da produção ambulatorial, a mudança no Código Brasileiro de Ocupações (CBO), gerando perda de dados, e ao desligamento de 41 médicos (clínicos, pediatras e geral comunitários) logo após o término da greve. A partir de outubro foi concedido aumento da remuneração dos médicos equiparando ao valor de mercado, tornando-o mais atrativo. Houve oito (08) contratações de médicos até dezembro.

Algumas áreas possuem déficit de profissionais em relação à população adscrita, sendo prevista a expansão da ESF em cinco (05) UBSs já existentes, além da construção de cinco (05) novas UBSs, dependendo de adequações físicas já previstas no cronograma de obras.

Em relação a proporção de consultas na Atenção Básica dentro o total de consultas, a existência de três (03) PAs24horas atendendo a demanda espontânea alivia a demanda de casos agudos das UBSs, porém prejudica a mudança do modelo assistencial além de drenar recursos que deveriam ser aplicados na Atenção Primária em Saúde.



VISITAS DOMICILIARES: Houve reorganização da EACS destacando-se: (a) há controle de presença dos ACS através de folha ponto diária; (b) as Coordenações Regionais têm participado efetivamente nas reuniões das equipes. Por outro lado: (a) poucas equipes realizam sistematicamente visita de supervisão do ACS, não havendo espaço na agenda e veículo para supervisão; (b) poucas equipes utilizam os instrumentos de monitoramento e avaliação do ACS, sendo que algumas ainda realizam apenas encontros mensais; (c) ainda é comum a utilização do ACS para substituir o Agente de Saúde Pública em muitas equipes, agravando a falta de ACS em determinadas micro-áreas; (d) há dificuldades na manutenção das bicicletas; (e) é pouco explorada a discussão no fechamento do SIAB, prejudicando o alcance de metas das microáreas; (f) há constantes mudanças no banco de dados digitados, resultando em perda de informações; (g) os relatórios do SIAB não conversam entre si; (h) muitos ACS não têm domínio de informática e os enfermeiros não dominam o banco de dados do SIAB; e (i) algumas informações são repassadas aos ACS antes dos enfermeiros supervisores.



COBERTURA ESF: Uma UBS foi convertida à ESF em setembro. Para expansão da ESF está previsto o início das obras de reforma e ampliações de cinco UBSFs e construção de cinco (05) novas UBSF em 2012.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Conforme o Relatório Anual de Gestão 2010 houve mudança dessa estratégia, optando-se por aprofundar o acolhimento na APS.

NASF: Joinville foi credenciado em 2011 para implantação de uma (01) equipe (solicitado em 2009). A implantação depende da aprovação da adequação do quadro funcional pela Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP).

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Avaliar a aplicação do Protocolo de acolhimento utilizado nas UBSF.	UAB/NAT	ação continua
Revisar o Protocolo de Acolhimento existente e adequá-lo com a inclusão da escuta qualificada e classificação de risco.	UAB/NAT	concluída
Realizar oficinas com os profissionais da UBS Sedes de Regionais e UBSF para atualizar as equipes a respeito do Protocolo de Acolhimento revisado	UAB/NAT	concluída
Implantar o Protocolo de Acolhimento nas Unidades Convencionais (UBS) das Sedes de Regionais.	UAB/NAT	encaminhada
Definir e instituir uma rotina de monitoramento da aplicação dos Protocolos de Acolhimento em todas as UBSs.	UAB/NAT	encaminhada
Inserir os atores sociais (CLS, Associação de Moradores, líderes formais e informais, usuários), no processo de organização da demanda espontânea, tornando-os co-responsáveis.	UBSF, UBS e Comunidade	ação continua
Capacitar os profissionais das equipes ESF e EACS em Classificação de Risco familiar;	PROGESUS	não encaminhada
Revisar e implantar os protocolos de enfermagem nas áreas prioritárias de atuação desses profissionais, de acordo com a PNAB.	UAB/NAT	concluída
Implantar cinco (05) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	UAB	encaminhada
Redimensionar e redistribuir as equipes de saúde da família nos territórios considerados prioritários conforme perfil sócio epidemiológico, com no máximo até 3.000 pessoas por equipe, em 05 áreas prioritárias	UAB	ação continua
Implantar novas Equipes de Saúde da Família (ESF), priorizando as áreas de maior risco de saúde social	UAB	prejudicada
Implantar ACS nas áreas descobertas no Município	UAB	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO: Foi realizada oficina sobre o tema Acolhimento, resultando na constituição de uma comissão de médicos e enfermeiros, para discussão da temática e elaboração do fluxo de atendimento com base na escuta qualificada e classificação de risco, sendo prevista sua conclusão no primeiro semestre de 2012. Também foram realizadas reuniões de monitoramento com as enfermeiras supervisoras por regional, para alinhamento da supervisão do ACS e implantação do Manual de supervisão do ACS. Foi possível perceber durante estas atividades que (a) a maioria das equipes realiza reuniões sistemáticas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), (b) a manutenção do banco de dados, a utilização do computador do Telessaúde está correta, havendo poucas queixas por falta de equipamento.

As equipes participantes têm implementado de forma experimental o novo protocolo de acolhimento, porém não houve uma capacitação para todas as equipes.

RISCO FAMILIAR: Não houve capacitação das equipes para o direcionamento das visitas de ACS, devido a greve, não tendo sido incluído no Calendário de Capacitação. O processo será retomado em 2012 para adesão e capacitação de mais equipes priorizando as equipes que aderiram ao PMAQ.

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM: Foi concluído e encaminhado para parecer do Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

NASF: Joinville foi credenciado para implantação de uma (01) equipe. Falta contratação ou alocação de profissionais para operacionalizá-la. A estratégia de matriciamento das especialidades médicas de referência foi ampliada com a implantação da gastroenterologia, além da cardiologia e endocrinologia implantadas em 2010.

REDIMENSIONAMENTO DAS EQUIPES: Definida equipes priorizadas para redimensionamento e ampliação, sendo sua efetivação dependente de contratação de novos profissionais.

OBJETIVO 2: Estruturar a integração do sistema

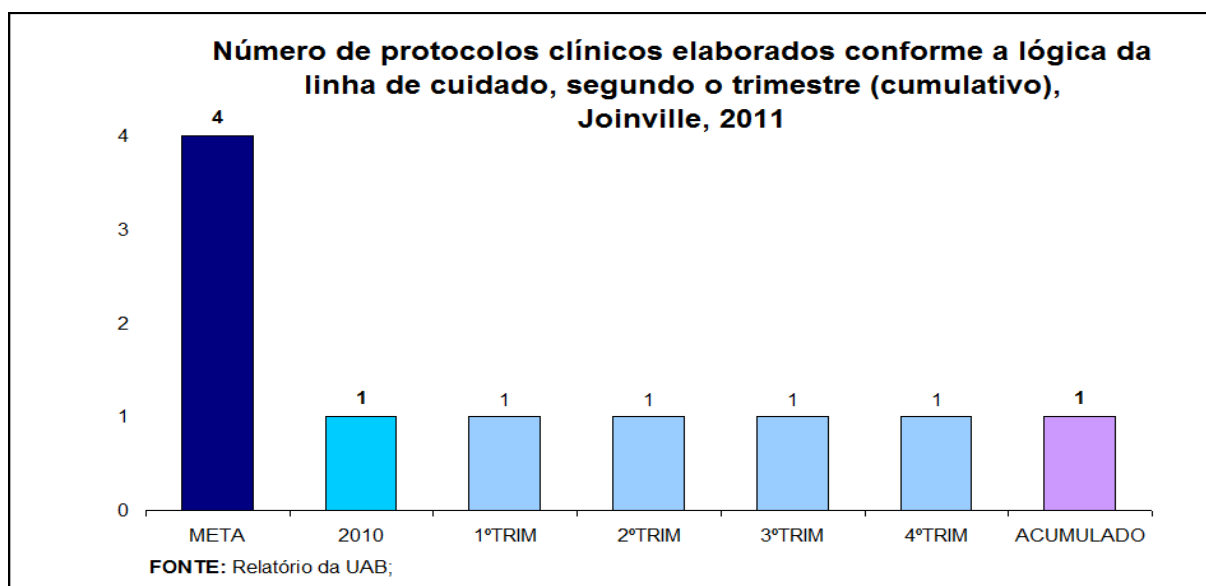
DIRETRIZ 1: Promover a continuidade e integralidade do cuidado e melhorar os fluxos de acesso aos serviços secundários e terciários

DIRETRIZ 2: Aprimorar o processo de regulação em todos os níveis assistenciais

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Número de protocolos clínicos elaborados segundo a lógica da linha de cuidado (cumulativo)	Número de protocolos clínicos elaborados na lógica da linha de cuidado divulgados	1	1	4	☹️

BASE/FONTE: Grupos de Trabalho para atualização de Protocolos Clínicos;

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



A atualização do Protocolo de HAS foi concluída e validada em 2010, tendo sido realizado capacitações em 2011. A atualização do Protocolo de DM ainda se encontra em andamento.

AÇÕES PROGRAMADAS

AÇÃO PROGRAMADA	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implementar os protocolos de agravos existentes.	UAB, USR, UVS e UPCAA	ação continua
Discutir e pactuar os protocolos de agravos com as comissões temáticas por ciclos de vida definidas na Secretaria Municipal .	Comissões	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

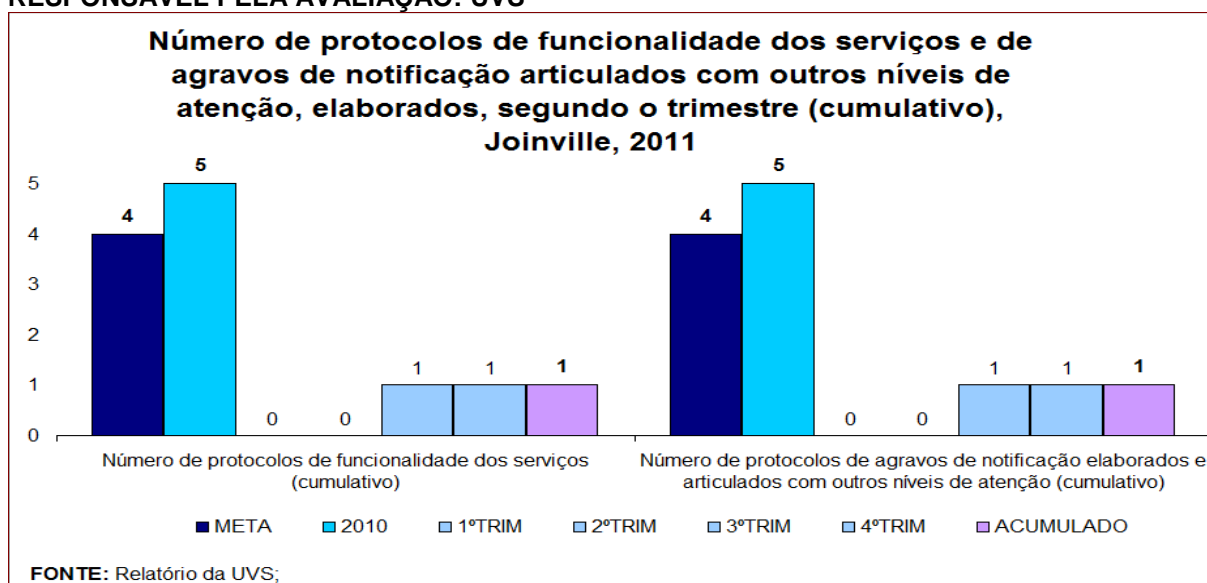
IMPLEMENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS: Cinco (05) protocolos estabelecidos (gripe H1N1, Hepatite, Leishmaniose, Difteria, Paralisia Flácida Aguda) já foram implantados. O protocolo de Sífilis está em implantação e o de Dengue refere-se ao plano de contingência à implementar caso haja introdução da doença.

PROTOCOLOS POR CICLO DE VIDA: Encontra-se em discussão nas Comissões Temáticas.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Número de protocolos de funcionalidade dos serviços (cumulativo)	Número de protocolos de funcionalidade dos serviços elaborados	1	1	4	☹
Número de protocolos de agravos de notificação elaborados e articulados com outros níveis de atenção (cumulativo)	Número de protocolos de [controle] de agravos de notificação elaborados e articulados com outros níveis de cuidado	1	1	4	☹

BASE/FONTE: UVS\ Vigilância Epidemiológica: relatório do serviço;

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



Elaborado o Plano de Contingência da Dengue em julho. Além desses, foram elaborados em 2010 os protocolos de gripe H1N1, Difteria, Paralisia Flácida Aguda, Hepatites Virais e Leishmaniose.

AÇÕES PROGRAMADAS

Elaborar os protocolos de saúde ambiental.

RESPONSÁVEL

UVSV.Sanitária

ANDAMENTO

encaminhada

Discutir e pactuar os protocolos de saúde ambiental com os segmentos afins.

UVSV.Sanitária

encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

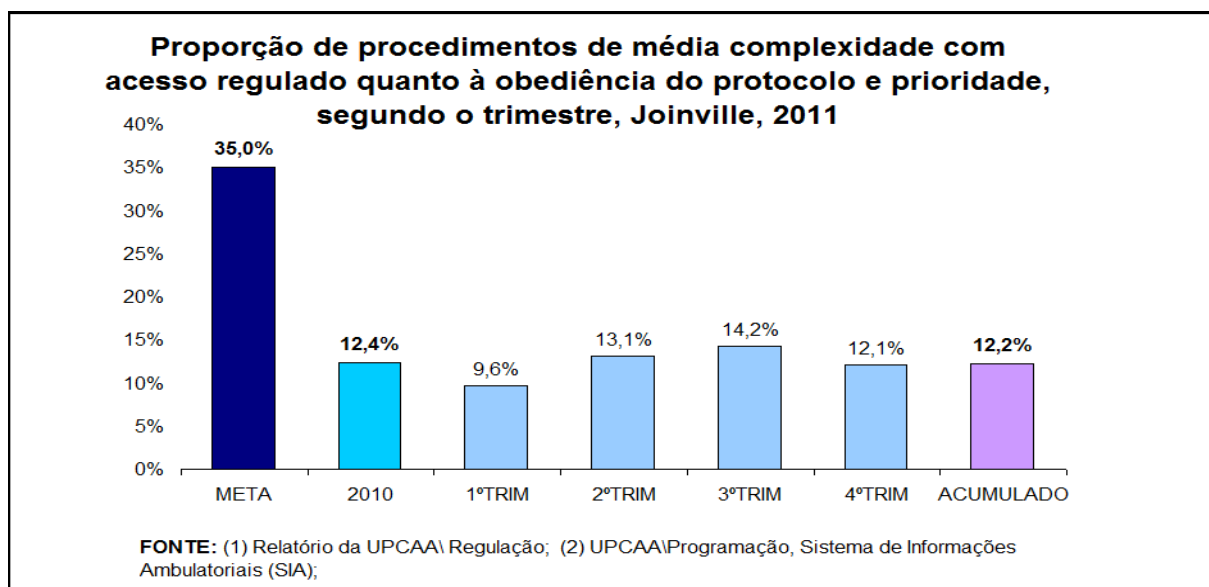
É pactuado com o Estado somente o Vigiágua. VigiSolo e VigiAr aguardam treinamento do Estado.

DIRETRIZ 2: Aprimorar o processo de regulação em todos os níveis assistenciais

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Proporção de procedimentos de média complexidade com acesso regulado quanto à obediência do protocolo e prioridade	Quantidade de procedimentos de média complexidade agendados através da Área de Regulação X 100% / Produção apresentada de procedimentos de média complexidade	$374569 \times 100\% / 3263070$	12,2%	35,0%	☹️

BASE/FONTE: UPCAA\ Programação: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) base local por mês de apresentação;

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UPCAA



Considera-se superestimada a meta proposta de 35%, porém, atualmente, apenas 30% dos exames laboratoriais são agendados, com grande impacto sobre o indicador. Com a regulação dos exames do Laboratório Municipal deve-se aumentar consideravelmente o resultado. Parte das consultas, procedimentos e exames são realizadas nos serviços de emergência atendendo a demanda espontânea e não são regulados.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Qualificar a regulação assistencial médica	UPCAA\Regulação	ação continua
Capacitar profissionais reguladores e operadores do sistema	UPCAA\Regulação	não encaminhada
Implantar, monitorar e avaliar os protocolos.	Comissões	ação continua
Ampliar o Agendamento pelo SISREG dos procedimentos ofertados pelo SUS	UPCAA\Regulação	encaminhada
Implantar no SISREG a Regulação da Fisioterapia	UPCAA\Regulação	concluída
Regular os procedimentos ofertados no Consórcio CIS Amunesc no sistema J CIS	UPCAA\Regulação	concluída
Implantar no SISREG a Regulação dos Exames Laboratoriais/Coleta	UPCAA\Regulação	encaminhada
Implantar no SISREG a Regulação dos procedimentos de TFD/Pactuados c/ outros municípios, de alta e média complexidade	UPCAA\Regulação	encaminhada
Distribuir para as UBS o agendamento de diversos procedimentos/SUS em 50% da oferta p/ cota populacional	UPCAA\Regulação	encaminhada
Distribuir e Regular o agendamento dos 908 exames de ultrassonografia p/ as UBS	UPCAA\Regulação	descontinuada
Realizar Projeto (estudo) da real necessidade da oferta de ultrassonografia em Joinville	UPCAA\Regulação	não encaminhada

Revisar os Protocolos de acesso aos exames	UPCAA\Regulação	ação contínua
Elaborar projeto de Reestruturação do Complexo Regulador no município de Joinville em 03 eixos principais: -Regulação de Consultas Especialistas -Regulação de Exames de Alta e Média Complexidade -Regulação de Leitos Hospitalares/Cirurgias Eletivas	UPCAA\Regulação	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

CAPACITAÇÃO: O quadro de profissionais do setor de Regulação (médicos reguladores) encontra-se em construção. Será definido em 2012 quais os profissionais que efetivamente trabalharão como reguladores para início da capacitação dos mesmos e da rede da SMS.

PROTOCOLOS: Os protocolos existentes estão sendo revisados e serão implantados em 2012. Os protocolos inexistentes das especialidades e/ou consultas foram desenhados e/ou descritos pelos médicos reguladores e em 2012, serão encaminhados para os profissionais especializados da rede para contribuição e após consolidação.

Em 2011 em diversas reuniões com a Atenção Básica juntamente com os médicos das UBSs e Reguladores, foram revistas as necessidades dos exames a ser incluídos nos protocolos, para maior resolatividade pelos profissionais clínicos das UBSs.

AGENDAMENTO e REGULAÇÃO: Em 2011, 30% dos exames laboratoriais foram incluídos no SISREG e 100% dos procedimentos de Fisioterapia. Iniciou-se o agendamento das consultas e exames de oftalmologia via SISREG para uma clínica credenciada (Bethesda) e para 2012 há previsão da regulação efetivamente pelos reguladores dos procedimentos acima.

Em 2012 será dada continuidade a ampliação dos exames laboratoriais agendados no SISREG.

CIS-AMUNESC: A partir de outubro/2011, foi regulado 100% inclusive a agenda das consultas via UBS e treinamento.

TFD: Em 2011, houve reuniões com alguns prestadores de serviços SUS com a SMS e incluímos no SISREG a oferta do HRHDS e o processo continuará em 2012.

DESCENTRALIZAÇÃO ÀS UBS: A rede básica (UBS) já agenda alguns procedimentos (raio-x, mamografia, coleta de exames laboratoriais, fisioterapia). O processo continuará em 2012 com ampliação das agendas para as clínicas prestadoras do SUS e o aumento de oferta. Quanto aos exames de ultrassonografia, no início do processo (aumento das cotas pela CEDUS) a Regulação assumiu o agendamento em 100% até a redução da demanda reprimida, no entanto a clínica prestadora da maior quantidade de exames descredenciou-se, prejudicando assim o final do processo.

COMPLEXO REGULADOR: Foi definido a utilização preferencial do SISREG a partir da experiência de Blumenau e contatos com o MS\DATASUS. O sistema próprio de agendamento ainda é mantido. Foi iniciado o projeto da Regulação primeiramente pelo eixo das consultas com especialistas. Como a Regulação não tinha acesso aos encaminhamentos considerados como "urgentes" em mãos, solicitou-se às UBSs que enviassem o número total de encaminhamentos por especialidade represados nas Regionais de Saúde. Foi realizado uma análise em cima dos dados constantes nos números recebidos e encaminhamentos com maior demanda reprimida. Foram escolhidas 5 especialidades (Orto-coluna, Orto-ombro, Proctologista, Hematologista e Neurologista) com maior demanda reprimida, onde os médicos e a enfermeira da Regulação analisaram todos os encaminhamentos, regulando o acesso dos mesmos. Os encaminhamentos que foram regulados como urgente já foram agendados pela própria Regulação nos meses seguintes.

OBJETIVO 3: Fortalecer o controle social

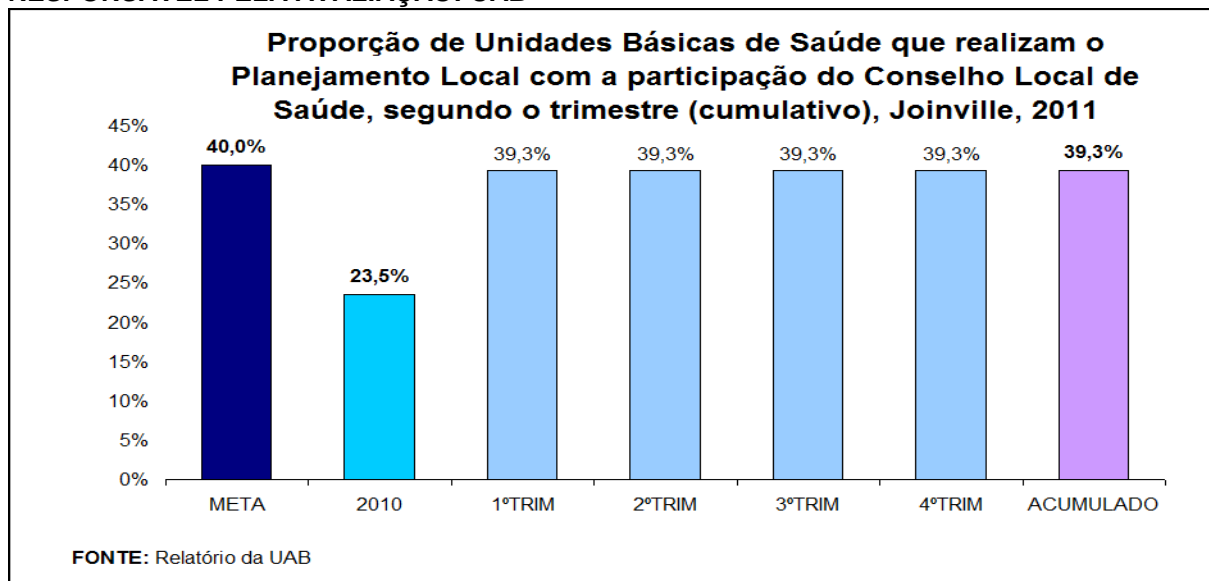
DIRETRIZ 1: Melhorar as parcerias com a comunidade

DIRETRIZ 2: Fortalecer a atuação e o apoio da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, junto aos Conselhos Locais de Saúde

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Proporção de Unidades Básicas de Saúde que realizam o Planejamento Local com a participação do Conselho Local de Saúde	Número de Unidades Básicas de Saúde ou equipes de saúde que realizam o Planejamento Local com participação do Conselho Local de Saúde X 100% / Número de UBSs (CNES)	22 X 100% / 56	39,3%	40,0%	☹

BASE/FONTE: UAB\NAT: Relatório do Serviço; CMS, Relatório da Secretaria do Conselho Municipal de Saúde

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



No ano de 2011 o protocolo de Planejamento Local foi revisto e simplificado, além da ampliação do prazo de entrega. A nova metodologia permitiu que as equipes priorizassem indicadores específicos, facilitando o monitoramento e a avaliação do impacto das ações - com isso obteve-se melhora no resultado da coleta de preventivo na faixa etária de 25 a 59 anos, priorizado pela maioria das equipes. Nenhum planejamento foi entregue fora da data estabelecida ou da metodologia proposta, também foi possível observar aumento significativo na participação da comunidade.

Foi desenvolvida uma planilha eletrônica como apoio ao Planejamento Local ('planilha de Uberlândia'). Entretanto, devido a greve e sua compensação, o instrumento não foi implantado.

O município aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com 26 das 51 equipes ESF. Propõe-se o alinhamento dos indicadores de monitoramento e da utilização dos instrumentos de controle do PMAQ.

AÇÕES PROGRAMADAS

	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Realizar 01 encontro anual para sensibilização aos profissionais da Atenção Básica, quanto à importância da participação e do controle social.	UAB/NAT	concluída
Promover (no mínimo), um encontro anual do Gestor e Conselho Municipal de Saúde, com as lideranças comunitárias e Conselhos Locais, visando ressaltar a importância da participação da comunidade no exercício do Controle Social, a partir da avaliação de ações realizadas no ano anterior e discussão sobre as ações previstas no ano vigente.	CMS	concluída
Identificar os assuntos prioritários junto à comunidade, para discussão em reuniões com a mesma.	UAB\ Coord.Regionais	ação continua
Elaborar cronograma de reuniões (para aproximação das Equipes/UBS com a comunidade, alinhamentos conceituais, definição conjunta de propostas de mudanças, entre outras) das Equipes/UBS com a comunidade, com periodicidade mínima de 03 reuniões/ano.	UAB\ Coord.Regionais	não encaminhada
Execução dos cronogramas elaborados pelas Equipes/UBS.	UBS	ação continua
Disponibilizar informações atualizadas para toda a comunidade (territoriais, epidemiológicos, indicadores, planejamento local, ações e procedimentos realizados, cronograma e local das reuniões, entre outras).	UAB & UBS	ação continua
Definir um instrumento e metodologia de avaliação da satisfação dos usuários com relação aos serviços prestados pela Unidade.	UAB/NAT, UPCAA\Ouidoria	encaminhada

[através de reuniões] Promover discussão dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários com os profissionais de saúde.	UAB\ Coord.Regionais, UPCA\Ouidoria	não encaminhada
Promover encontros periódicos entre os Conselhos Locais de Saúde para troca de experiências e/ou outras informações necessárias	CMS	não encaminhada
Promover a divulgação sistemática, através da Assessoria de Imprensa da SMS, e em todos os meios de comunicação disponíveis, sobre as ações e atividades realizadas pelos CLS's e a SECMS (ex: direitos e deveres dos usuários SUS, responsabilidades dos profissionais, gestores e conselheiros)	GAB\Assessoria de Comunicação	ação continua
Ampliar a discussão sobre o planejamento local com as equipes de AB	UABNAT	concluída
Monitorar o planejamento local (3 indicadores prioritários)	UABNAT	concluída

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

CMS: No encontro anual do CMS e CLS não foi discutido o Planejamento Local.

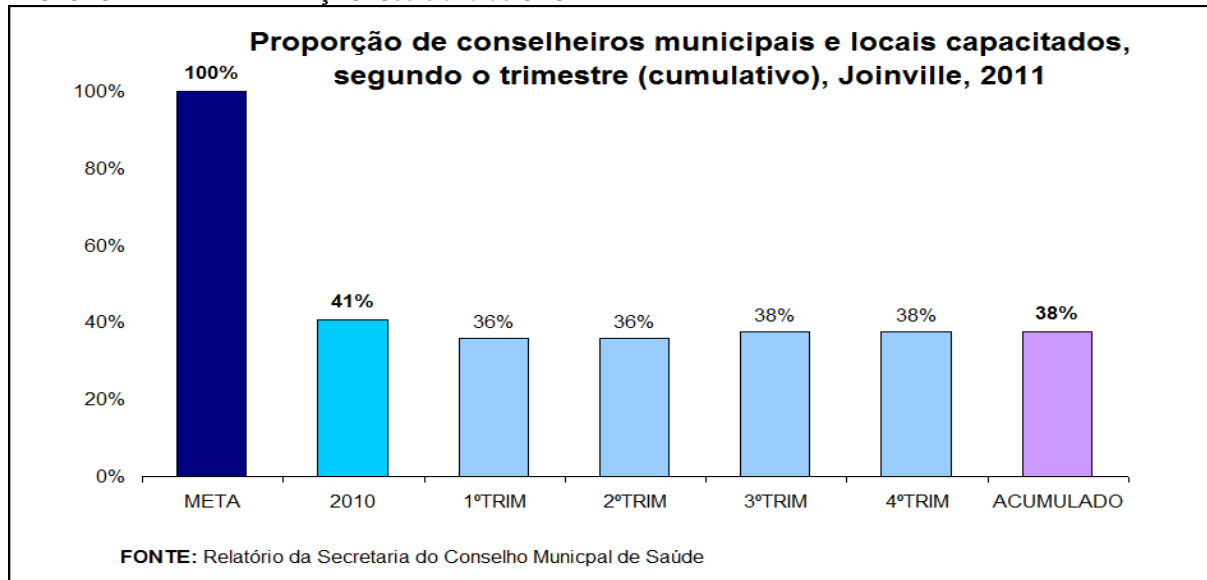
DIVULGAÇÃO CMS: As atividades e reuniões do CMS são sistematicamente divulgadas através da intranet, site da SMS, Pod Cast (site da PMJ), Twitter, Facebook, Há ainda dificuldades de comunicação interna, prejudicando a divulgação oportuna.

OUIDORIA: Serão disponibilizadas urnas nas UBS para medir o grau de satisfação dos usuários.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Proporção de conselheiros municipais e locais capacitados	Número de conselheiros municipais e locais atuais já capacitados X 100% / total de conselheiros municipais e locais	222 X 100% / 591,6	37,5%	100,0%	☹️

BASE/FONTE: CMS, Relatório da Secretaria do Conselho Municipal de Saúde

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: Secretaria do CMS



Não houve capacitação para os Conselhos Locais. Foram capacitados trinta e dois (32) Conselheiros Municipais, em quatro encontros de capacitação. No mês de junho foi realizada a 9ª Conferência Municipal de Saúde, que contou com a participação de conselheiros locais e municipais de saúde, profissionais de saúde e comunidade em geral.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Prover estrutura para a Secretaria do CMS	CMS	encaminhada
Avaliar a satisfação dos usuários	UBS, UPCAA\Ouvidoria	encaminhada
Estruturar a Ouvidoria	UPCAA\Ouvidoria	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

ESTRUTURA CMS: 70% dos equipamentos solicitados foram entregues ao CMS. O quadro de profissionais está incompleto, faltando 1 agente administrativo.

OUIDORIA: Foram admitidos dois (02) funcionários. Para melhor atender a população, está sendo feita adequação do espaço físico e a aquisição de materiais. Foi elaborada uma metodologia de avaliação de satisfação dos usuários. A sua implantação depende da ampliação do serviço de Ouvidoria.

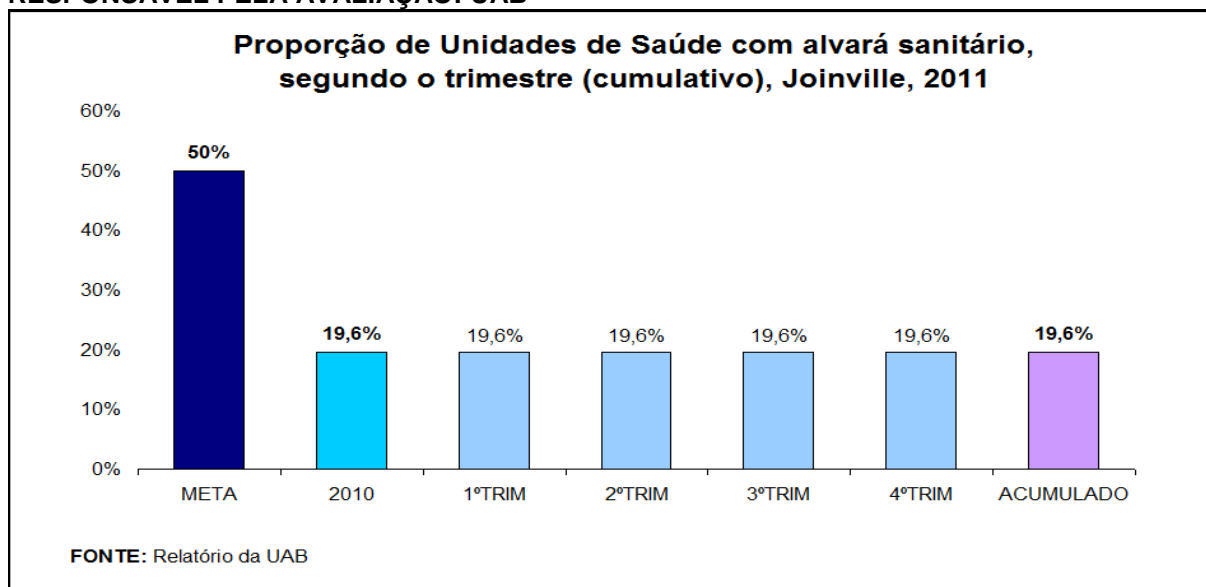
OBJETIVO 4: Prover uma infra-estrutura adequada às Unidades de Saúde

DIRETRIZ 1: Qualificar o processo de elaboração e regularização dos projetos de estrutura física das Unidades de Saúde próprias

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Proporção de Unidades [Básicas] de Saúde com alvará sanitário	Número de Unidades [Básicas] de Saúde com Alvará Sanitário X 100% / Número de UBSs (CNES)	11 X 100% / 56	12,8%	50,0%	☹️

BASE/FONTE: UVS\Vigilância Sanitária

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

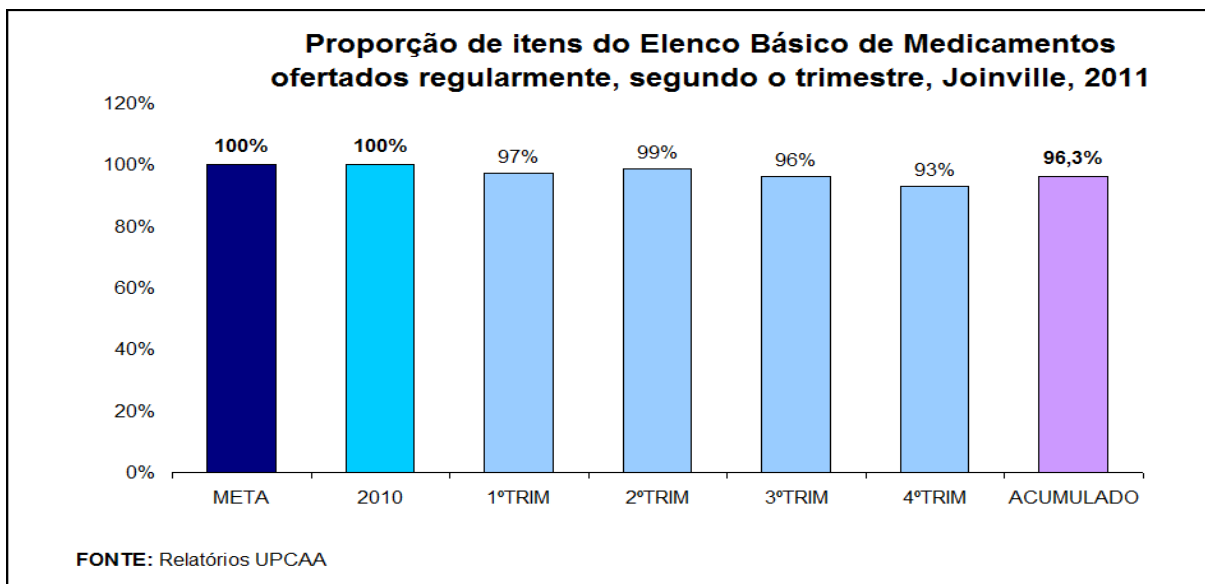


Em 2011, nenhuma nova UBS recebeu alvará sanitário.

DIRETRIZ 2: Suprir as necessidades das Unidades da SMS em logística

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Serviço de Logística ampliado e vinculando ao GUAF para atender toda a Secretaria	Serviço de Logística ampliado e vinculando ao GUAF para atender toda a Secretaria		0	NOV10 implantação	☹️
Proporção de itens do Elenco Básico de Medicamentos ofertados regularmente*	Somatório do produto do número de itens de medicamentos no Elenco Básico por dias em que estiveram disponíveis X 100% / (produto do número de itens do Elenco Básico por dias no período)	44989 X 100% / 46720	96,3%	100,0%	☺️

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



O Serviço de Logística da UAB, que intermediava as demandas da UAB junto ao UAF, foi extinto. Parte de suas atribuições (ex. distribuição de folders, carimbos) passou a ser atendida diretamente pela UAF. Outras atribuições foram transferidas ao UAB\NAT (ex. vale transporte) e UPCAA\PROGESUS (ex. suporte de eventos). Não houve ampliação ou aperfeiçoamento dos serviços da UAF (Almoxarifado, Suprimentos e Transporte) para atender toda a Secretaria, por envolver alocação de RH.

O resultado do fornecimento de medicamentos é considerado bom (equivale a faltar um item a cada três meses). Adotou-se 'sistema de ata de registro de preços', permitindo a licitação para períodos de um (01) ano sem obrigatoriedade de aquisição mínima, reduzindo formação de estoque quando houvesse redução de demanda de um item (antes se fazia compras para 6 meses visando minimizar esse risco). Ainda o fornecimento é influenciado por interrupções da oferta dos produtos no país.

AÇÕES PROGRAMADAS

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Disponibilizar equipe técnica (engenheiros, arquitetos) no setor de Patrimônio da SMS para elaboração de projetos e acompanhamento das obras executadas;	UAF	concluída
Implantar serviço de manutenção preventiva de estrutura física, móveis e equipamentos;	UAF	não encaminhada
Estruturar setor com apoio para articular compras, comissão [de licitação], almoxarifado, farmácia e patrimônio	UAF	concluída

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

EQUIPE TÉCNICA: Realocou-se um engenheiro e um arquiteto no setor, não sendo ainda essa equipe suficiente para atender a demanda acumulada.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA: A manutenção preventiva de equipamentos (serviço terceirizado, monitorado pelo Patrimônio), encontra-se estruturada, estando pendente a manutenção predial preventiva. Neste quesito, não há ainda previsão devido a necessidade de se dimensionar a equipe técnica.

SETOR DE APOIO: Foi implantada a Comissão de Padronização e Qualificação de Materiais em apoio a compras, licitação, almoxarifado e patrimônio. Também o sistema PUBLICA, que integra as informações desses setores e da farmácia. Dessa forma, efetiva-se o controle de patrimônio, tendo sido concluído o tombamento no prédio da Rua Araranguá, do PAM Boa Vista, do Centrinho, estando em andamento as demais Unidades.

No mesmo sistema, prevê-se implantação em 2012 da 'requisição eletrônica', permitindo o acompanhamento em tempo real dos processos de aquisição.

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

DIRETRIZ 1: Estruturar a Gestão do Trabalho

DIRETRIZ 2: Dar agilidade aos processos contratuais de admissão e substituições, evitando a desassistência e a descontinuidade do cuidado.

DIRETRIZ 3: Suprir as necessidades de profissionais nas Unidades de Saúde e Serviços

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Núcleo de Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde (em conformidade com o PROGESUS) implantado	Nomeação dos membros do Núcleo de Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde	PRT 048 de 20NOV10	PRT 048 de 20NOV10	MAR10	☺
Plano de Educação Permanente da SMS elaborado	Divulgação do Plano de Educação Permanente da Secretaria Municipal da Saúde		0	JUN10	☹
Programa de Incentivos baseado em produtividade e em metas alcançadas elaborado e implementado	Divulgação de proposta de Programa de Incentivos		0	NOV10 elaborado	☹
Proporção de funcionários ativos em relação ao Quadro Necessário	$100\% - (\text{Número de dias de afastamento de profissionais [exceto férias, faltas e horas justificadas e licença sem vencimento]} \text{ no período} \times 100\% / (\text{Número ideal de profissionais na SMS} \times \text{dias úteis no período}))$	$100\% - (46.812,6 \times 100\% / \text{número ideal de profissionais})$	NÃO AVALIADO	80,0%	

BASE/FONTE: Núcleo de Recursos Humanos: relatório de lotação dos profissionais por categoria; Grupo de Trabalho (a ser nomeado): número ideal de Gabinete do Secretário Municipal da Saúde; portaria de nomeação dos membros do Núcleo de Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde; Núcleo de Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde: Plano de Educação Permanente da Secretaria Municipal da Saúde; ____: proposta de Programa de Incentivos;

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: NÚCLEO DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Em 07 de julho de 2009, a SMS aderiu ao ProgeSUS através de projeto, conforme Portaria MS/GM 2261 de 22 de setembro de 2006. Em junho de 2011 foi implantado o Setor do ProgeSUS, integrado a GUPCAA.

A discussão de um plano de incentivos está prevista para 2012.

O indicador 'Proporção de funcionários ativos' ainda não pode ser consolidado, estando pendente a conclusão do estudo do Quadro Ideal de profissionais.

AÇÕES:	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO*
Implantar Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PROGESUS)	Secretário	concluída
Definir as atribuições e coordenação da Comissão e do Núcleo	PROGESUS	concluída
Elaborar o Projeto de implantação e operacionalização do setor, baseado no ante projeto do ProgeSUS	PROGESUS	concluída
Validar o projeto internamente, com os setores envolvidos	PROGESUS	concluída
Elaborar o Plano de Ação desse Núcleo.	PROGESUS	concluída
Definir uma política de estágios.	PROGESUS	encaminhada
Implantar a capacitação dos profissionais novos nos processos de trabalho (com treinamento prático) - MAR11	PROGESUS	não encaminhada
Elaborar programa de incentivos baseado em resultados e metas	PROGESUS	não encaminhada
Dar agilidade aos processos contratuais e suprir as necessidade de pessoal.	PROGESUS & SGP	encaminhada
Redefinir a forma de seleção instituída no processo seletivo (agilidade dos contratos)	PROGESUS & SGP	encaminhada

Adequar os contratos temporários [de substituição de funcionários em licença, não os demitindo após o retorno do funcionário que substituem] e de forma a reaproveitá-los de acordo com a necessidade;	PROGESUS & SGP	encaminhada
Solicitar parecer jurídico para que as reposições de licença gestação ocorram com 90 dias de antecedência;	PROGESUS & SGP	não encaminhada
Solicitar parecer jurídico para garantir a admissão do substituto do servidor que estiver em Licença Prêmio e Gestação com antecedência de 15 dias da data da licença.	PROGESUS & SGP	não encaminhada
Elaborar (1) um Plano de Cargos, Carreira e Salários da SMS/JIle.	PROGESUS & SGP	não encaminhada
Implantar (2) um Plano de Cargos, Carreira e Salários da SMS/JIle.	PROGESUS & SGP	não encaminhada
Instituir rotina de monitoramento dos processos de avaliação e liberação de licenças prêmio	PROGESUS & SGP	não encaminhada
Definir profissional de nível superior (ass. social ou T.O.) para monitorar e acompanhar os processos de afastamentos, remanejamentos e readaptações com o ambulatório do servidor.	PROGESUS & SGP	não encaminhada
Qualificar profissionais das equipes para a gestão dos processos de trabalho;	PROGESUS	encaminhada
Qualificar gestores no gerenciamento das equipes;	PROGESUS	não encaminhada
Elaborar um diagnóstico sobre o grau de conhecimento em políticas de Saúde;	PROGESUS	não encaminhada
Desenvolver um programa de educação permanente em Políticas de Saúde;	PROGESUS	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

IMPLANTAÇÃO DO PROGESUS: O núcleo foi implantado com remanejamento de sete (07) profissionais do NAT e Logística/UAB. O PROGESUS está organizado em duas Áreas: Educação na Saúde e Gestão do Trabalho. Conforme previsão de equipe no projeto, a Secretaria de Gestão de Pessoas, está representada por uma servidora, que integra a execução de ações interrelacionadas. As ações foram programadas, conforme o Plano Municipal, acrescidas das atribuições elencadas pelo ProgeSUS/MS, que não estavam contempladas.

ESTÁGIOS: O PROGESUS é responsável por organizar os estágios, identificando os locais, categorias profissionais e instituições de ensino interessadas nos campos de estágio de forma satisfatória. Entretanto, consideramos necessário a construção de uma política de estágios, para implementação do processo.

Estagiaram nas Unidades de Saúde em média 1.168 alunos durante o ano de 2011, de 07 escolas Técnicas: Advance, IFSC, SENAC, Pró-Rim, Corpori Sani, Amerins e Fundamas e 02 escolas de nível superior: IELUSC e UNIVILLE. Houve dificuldades no controle dos estagiários da UNIVILLE (odontologia, medicina e farmácia) corrigida no final do ano.

PROCESSO DE TRABALHO: Depende ainda da metodologia a ser definida em Oficinas previstas no primeiro semestre de 2012

INCENTIVOS: Está prevista discussão para 2012

PROCESSO DE CONTRATAÇÃO: Foi mapeado o processo de recrutamento, identificando-se os pontos que interferem no prazo de admissão. Foi realizada reunião de apresentação e discussão do processo de recrutamento, envolvendo ProgeSUS, NGP, Coordenação de Núcleos da SGP e Área de Recrutamento, visando estabelecer estratégias para agilizar o processo. O ProgeSUS propôs uma alteração no processo, inserindo no fluxo, uma abordagem do candidato antes da definição do local de trabalho e admissão.

PLANO DE CARGOS: Está prevista a elaboração de proposta em 2012;

LIBERAÇÃO PARA EVENTOS: Está prevista a elaboração de proposta em 2012;

MONITORAMENTO DE AFASTAMENTOS: Está prevista elaboração de proposta em 2012;

GESTÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO: Foi elaborado o projeto em 2011, com Oficinas programadas para março de 2012;

GESTÃO DE EQUIPES: A elaboração da proposta é prevista para 2012;

ESTRATÉGIA: Informatizar a Rede Assistencial

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

DIRETRIZ 1: Estruturar a Unidade de informática

DIRETRIZ 2: Adequar a infraestrutura da Tecnologia de Informação

DIRETRIZ 3: Implantar a classificação de risco nas UBS

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AVALIAÇÃO
Unidade de Tecnologia da Informação (GTI) instituída formalmente	Publicação da Reforma Administrativa (com a inclusão da Gerência de Tecnologia de Informação)		0	DEZ10 Publicação de reforma administrativa	☹
Núcleo de Informação em Saúde (NIS) ativo	Nomeação dos membros do Núcleo de Informação em Saúde	em atividade	FEV10 (nomeação dos participantes e elaboração de pauta e plano de trabalho)		☺
Plano de Informática elaborado	Divulgação de Plano de Informática	encaminhado para avaliação do gestor	JUL10 (elaborado pela GTI & NIS)		☺
Proporção da Equipe de Informática implantada	Número de profissionais lotados e ativos (não afastados) na GTI em determinado instante X 100% / Número ideal de profissionais da GTI conforme lotação e categoria	NÃO AVALIADO (não foi homologado o quadro ideal de profissionais)	2ª etapa		
Proporção de Postos de Trabalho adequados (conforme o Plano de Tecnologia de Informação)	Novas estações de trabalho implantadas	Foram implantadas 162 estações de trabalho (novas e substituições) com 60 impressoras. A proporção de Postos de Trabalho informatizados não foi calculada.	2ª etapa (ampliar o número de estações de trabalho para o uso do Prontuário Eletrônico)		
Proporção de Unidades de Saúde próprias com conectividade	Número de Unidades de Saúde próprias com conectividade X 100% / Número de Unidades de Saúde próprias	83 X 100% / 83	100,0%	2ª etapa	☺
Prontuário Eletrônico implantado	Definição e Avaliação de software de Prontuário Eletrônico		0	1ª etapa	☹
Georreferenciamento do Cadastro dos usuários implantado	Disponibilização de interface de mapas temáticos com dados do Cadastro		0	2ª etapa	☹

BASE/FONTE: Prefeitura Municipal de Joinville: Jornal do Município; Gabinete do Secretário Municipal da Saúde: portaria de nomeação dos membros do Núcleo de Informação em Saúde; ____: Plano de Informática (homologado); Núcleo de Recursos Humanos: relatório de lotação dos profissionais por categoria; Grupo de Trabalho (a ser nomeado): Plano de Informática [com dimensionamento ideal da equipe GTI]

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: TI

A Tecnologia de Informação foi instituída como Coordenação, vinculada a UAF.

O Núcleo de Informação em Saúde (NIS) foi reativado. Em 2011 foi estudado detalhadamente o Plano Diretor de Informação que inclui a Informatização do Registro dos Atendimentos (em substituição a proposta de implantação imediata de Prontuário Eletrônico, que foi considerada economicamente inviável no momento).

O indicador da 'adequação da equipe' ainda não pode ser consolidado, estando pendente a conclusão do estudo do Quadro Ideal de profissionais (ver indicador 'Proporção de funcionários ativos'). Aspectos de infraestrutura (ex. porte do servidor e conectividade) ainda estão pendentes. A queda do resultado das unidades com conectividade em relação da 2010 deve-se a inclusão este ano do SIAVO e da Dispensação de Órteses e Próteses no total de Unidades por as mesmas disporem de CNES próprio.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Adequar o regimento interno do NIS	NIS	não encaminhada
Levantar os sistemas de informação previstos no Pacto de Gestão (CNES, SIA, SIH, SIM, SINASC, SINAN, PNI) e outros (Vigilância Sanitária,... inclusive prontuário eletrônico) e seus atributos	NIS	concluída
Desenvolver ferramentas que integrem as bases de dados	TI	ação continua
Organizar e alinhar os indicadores regulares (Plano Municipal de Saúde, Pacto de Gestão, Programas Assistenciais,...)	TI, NIS	concluída
Identificar “unidades de relação” entre os sistemas (visando relacionamento das bases de dados)	TI	ação continua
Elaborar um plano diretor de Tecnologia de Informação	TI, NIS	concluída
“Higienização” da base de dados do cadastro de usuários do SUS (reduzindo duplicidades de registro)	TI, UAB\Cadastro	concluída
Definir e uniformizar a identificação do usuário através de um documento explicitando o processo e projeto de implantação (extensão do cartão SUS, algoritmos de identificação, leitor de digitais,...)	TI, NIS	encaminhada
Prover os indicadores regulares na Intranet aos diversos setores, usuários da informação, divulgá-los ampla e periodicamente e disponibilizar acesso direto as bases de dados e ferramentas de integração	TI	ação continua
Solicitar consultoria periódica do Ministério da Saúde quanto à política de informação (inclusive do Prontuário Eletrônico e Tele-saúde)	Secretário, TI	ação continua
Levantar os modelos existentes do Prontuário Eletrônico (P.E.) e Tele-saúde ao menos 4 localidades: Curitiba, Belo Horizonte, Porto Alegre e Distrito Federal	TI, NIS	concluída
Escolher um modelo de P.E. adequado à realidade da SMS	Secretário, Colegiado, TI	concluída
Criar Grupo de Trabalho para desenvolver ou acompanhar o sistema de P.E.	TI	concluída
Aquisição de Equipamentos sendo: Estações de Trabalho (microcomputadores), Ativos de Rede e Sistema de Impressão.	TI	ação continua
Implementação da tecnologia de informática em todos os locais de registro nas Unidades de Saúde (recepção, consultórios médicos e odontológicos, sala de vacina, posto de enfermagem, recepção, farmácia, sala do agente comunitário,...)	TI	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

REGIMENTO INTERNO: A composição e os objetivos do NIS estão descritos na portaria de sua criação. Devido a premência das ações, o NIS concentrou suas atividades no período na elaboração do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e na ação de análise de solução para Prontuário Eletrônico, preterindo a formalização de seu Regimento.

FERRAMENTAS DE INTERAÇÃO: O processo é contínuo a exemplo do sistema de classificação de riscos que foi desenvolvido atendendo este quesito.

PLANO DIRETOR: foi desenvolvido, concluído e homologado pelo Secretário.

HIGIENIZAÇÃO DA BASE DE DADOS: Foi coordenada pelo setor de cadastro da GUAB e, com auxílio da TI, desenvolveu rotinas para otimizar o tempo da higienização.

UNIFORMIZAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO: A ação foi encaminhada com o DATASUS que está reestruturando os sistemas incluindo o do Cadastro Nacional de Usuários e até o momento não conseguimos o atendimento visto que o mesmo que alegou estar passando por uma fase de reestruturação. Também foi solicitada a consultoria do Ministério através de visitas técnicas o que ainda não foi concluído pela indisponibilidade alegada pelo próprio DATASUS.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: A proposta de registro eletrônico dos atendimentos foi encaminhada para deliberação do Secretário. Os trabalhos de informatização ainda estão ocorrendo mesmo com as

ferramentas existentes tanto em software quanto em aquisição de computadores para instalação nas unidades de saúde.

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.

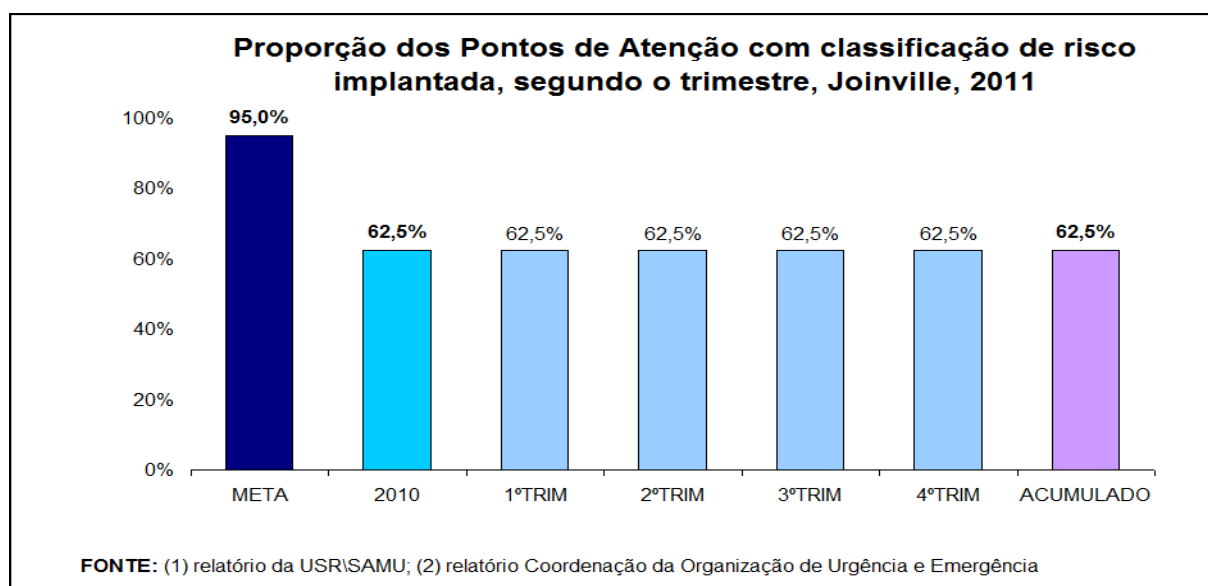
DIRETRIZ 1: Implantar a classificação de risco nas UBS

DIRETRIZ 2: Implementar o Transporte Sanitário

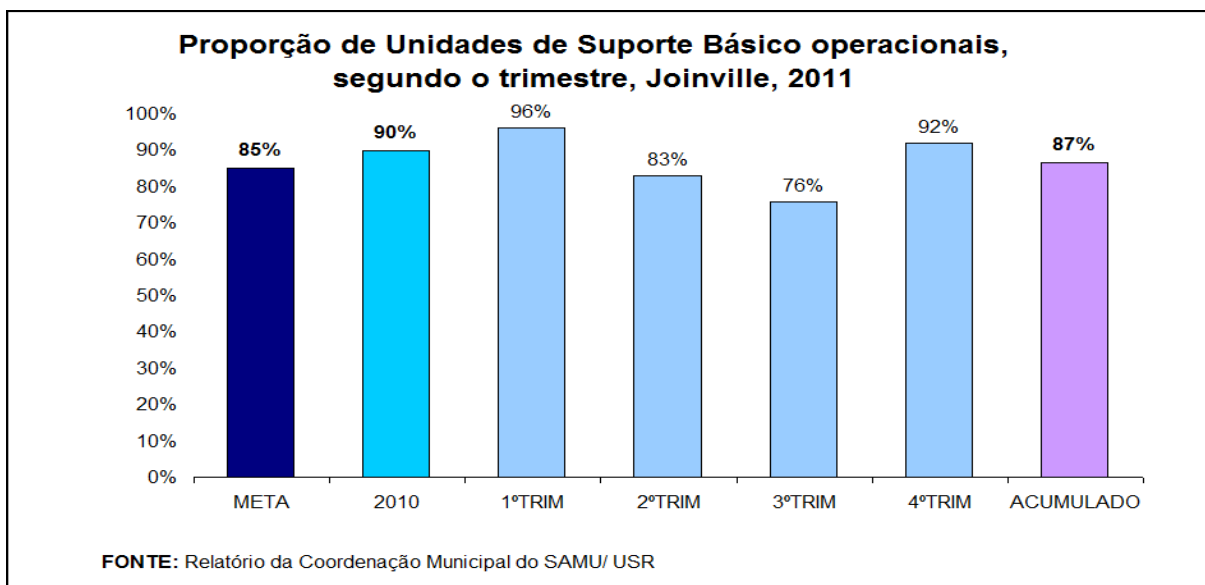
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Proporção dos Pontos de Atenção com classificação de risco implantada	$\frac{\text{Número de Unidades de Saúde com Classificação de Risco Implantada}}{\text{Número de Unidades de Saúde com atendimento de porta aberta e vocacionadas para o atendimento de urgências}} \times 100\%$	$5 \times 100\% / 8$	62,5%	95,0%	☹️
Critérios de transporte de pacientes de baixo risco (linha branca) elaborados	Divulgação de Critérios de Transporte de pacientes de baixo risco		0	JUL10	☹️
Proporção de Unidades de Suporte Básico disponíveis*	$\frac{\text{Somatório do número de ambulâncias de Suporte Básico por dia equipadas, disponíveis e com equipe completa por dia}}{\text{(número de dias no período} \times 4 \text{ ambulâncias USB previstas)}} \times 100\%$	$1264 \times 100\% / 1460$	86,6%	85,0%	😊

BASE/FONTE: Gabinete do Secretário Municipal da Saúde: Critérios de Transporte de pacientes de baixo risco (homologado); (2) USR, coordenação municipal do SAMU;

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: USR



A classificação de risco encontra-se implantada no HMSJ, HRHDS, HJAF e PA24horas Norte e Leste. Em 2011 houve descontinuidade do Grupo de Condução, de competência da SES\23ªRS prejudicando a expansão para o hospital Bethesda e MDV. Dificuldades de composição de equipe impediram a implantação da classificação de risco no PA24horas Sul. No período foi aperfeiçoada a ferramenta de registro informatizado nos PAs24horas e auditoria. Problemas de infra-estrutura de informática dificultaram o uso da ferramenta de registro eletrônico e sua plena implantação (informatização dos consultórios).



A operacionalidade das Unidades de Suporte Básico (USB) alcançou a meta esperada. Discute-se a elevação da meta para níveis de excelência. Foram adquiridas 14 macas 'sobressalentes' para compensar aquelas retidas no HMSJ que impedem o funcionamento das USB.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implantação do Protocolo de Manchester nos Hospitais e Prontos Atendimentos;	USR, Hospitais & G. Condução Redes	ação contínua
Implantação do instrumento nas Unidades que utilizam o Protocolo;	USR, Hospitais & G. Condução Redes	ação contínua
Definição das competências dos 5 Hospitais (HMSJ, HRHDS, HIJAF, MDV, Bethesda);	Conselho Gestor Redes	concluída
Pactuação das competências (o que compete a cada um) dos cinco hospitais (assinatura do documento);	Hospitais & Conselho Gestor Redes	concluída
Adequação da estrutura física, de equipamentos e de recursos humanos para atender a competência definida;	Hospitais & Conselho Gestor Redes	encaminhada
Definição de software a ser utilizado nos Pontos de Atenção (que não possuem prontuário eletrônico) integrando com os softwares existentes;	TI & G. Condução Redes	encaminhada
Definição de uma Coordenação para unificar as Unidades de Transporte em Saúde do Município sob um comando único;	Secretário & UAF	não encaminhada
Elaboração de Plano de Organização do Transporte em Saúde.	UAF/Transporte	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PONTOS DE ATENÇÃO: Será implantado no Pronto Atendimento Itaum, Hospital Bethesda, e a Maternidade Darcy Vargas (em discussão no grupo de Condução Municipal). Está sendo realizada auditoria interna mensalmente, e apresentado os dados ao Gestor.

COMPETÊNCIAS HOSPITALARES: foi definida e pactuada quanto as Linhas de Cuidado (Trauma, AVC e IAM - Resolução CIB 314/10) e quanto aos fluxogramas e classificações de risco do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester.

ADEQUAÇÃO: A relação de equipamentos e recursos de custeio foi definida (Resolução CIB 314/10) e encaminhamento conforme gestores das Unidades.

SOFTWARE: A SMS desenvolveu aplicativo na intranet para registro da classificação e atendimentos; HRHDS, HJAF: dispõem de aplicativo no Prontuário Eletrônico; HMSJ: A implantação de Prontuário Eletrônico prevista para 2012;

TRANSPORTE: O serviço já é unificado (administrativo, transporte de pacientes e manutenção de veículos) excetuando apenas a regulação de pacientes graves pelo SAMU e organização das equipes das USB. Discute-se o aparato legal quanto ao transporte de pacientes e dimensionamento do transporte de pacientes não graves ('linha branca').

ESTRATÉGIA: Descentralização e Integração da Vigilância em Saúde na Rede Assistencial

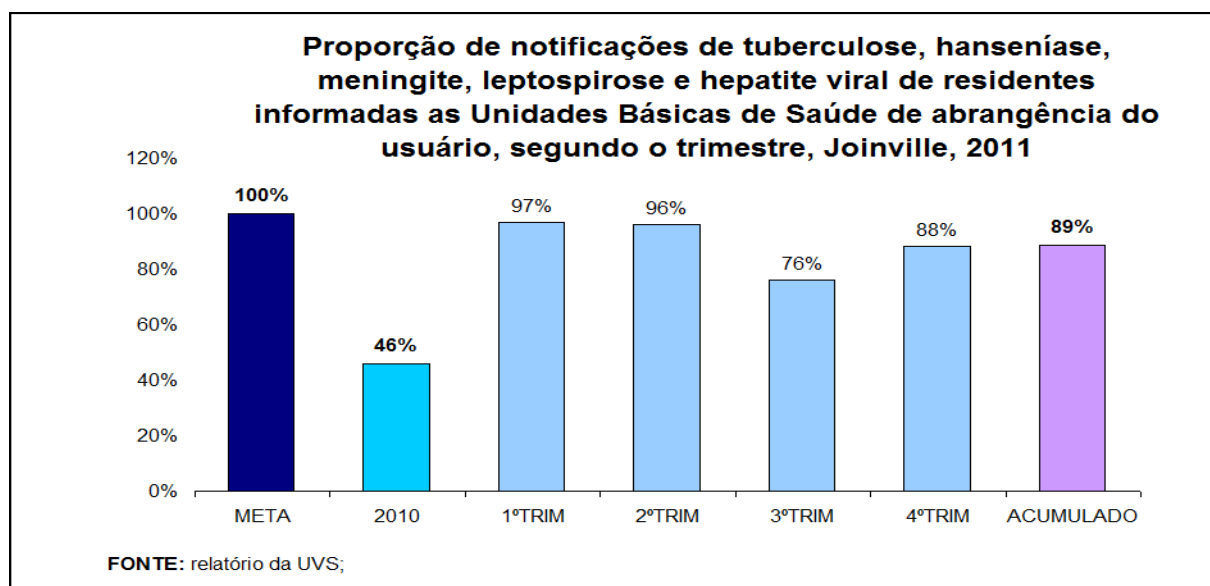
OBJETIVO 1: Promover ações que articulem os serviços da Vigilância em Saúde com as demais gerências da Secretaria de saúde e outras instituições governamentais e não governamentais de saúde.

DIRETRIZ: Elaborar estratégias de divulgação para o repasse efetivo das informações sobre os serviços da Vigilância em Saúde à comunidade.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Número de Boletins Epidemiológicos publicados por ano	Número de Boletins Epidemiológicos publicados	1	1	1	😊
Proporção de notificações (de tuberculose, hanseníase, meningite, leptospirose e hepatite) informadas as Unidades Básicas de Saúde de abrangência do usuário	Notificações (de tuberculose, hanseníase, meningite, leptospirose e hepatite) informadas as Unidades Básicas de Saúde de abrangência X 100% / Total de notificações de tuberculose, hanseníase, meningite, leptospirose e hepatite em residentes	538 X 100% / 606	88,8%	100,0%	😐

BASE/FONTE: UVS\Vigilância Epidemiológica: relatório de serviço

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



BOLETIM: O Boletim epidemiológico da H1N1 foi disponibilizado na Intranet.

NOTIFICAÇÕES: As Notificações foram encaminhadas trimestralmente às Unidades de Saúde.

AÇÕES PROGRAMADAS

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Criar um grupo de trabalho para elaboração de um plano de divulgação efetiva dos serviços da vigilância em saúde	UVS	ação continua
Sistematizar de forma regular e abrangente o perfil epidemiológico do município	UVS	ação continua
Preparar um profissional de cada UBS para ser o elo de articulação entre VE e UBS em relação as doenças notificáveis (retroalimentação)	UVS-UAB	não encaminhada
Acompanhar a execução do Plano de Integração AB-VS	C.Integração AB-VS	ação continua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

DIVULGAÇÃO: Será promovida em 2012 pelo PROGESUS.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: Foram desenvolvidos informes e alimentação sistemática dos dados no site da SMS.

DESCENTRALIZAÇÃO: Propõe-se experimentalmente a discussão com seis (06) equipes do PMAQ, para trabalhar a realidade de cada local, com foco em vigilância em saúde. A extensão da proposta dependerá dessa primeira experiência.

ESTRATÉGIA: Fortalecer a Gestão Pública em Saúde

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

DIRETRIZ 1: Normalizar a relação dos Serviços complementares.

DIRETRIZ 2: Implantar a metodologia de Gestão de Processo na SMS

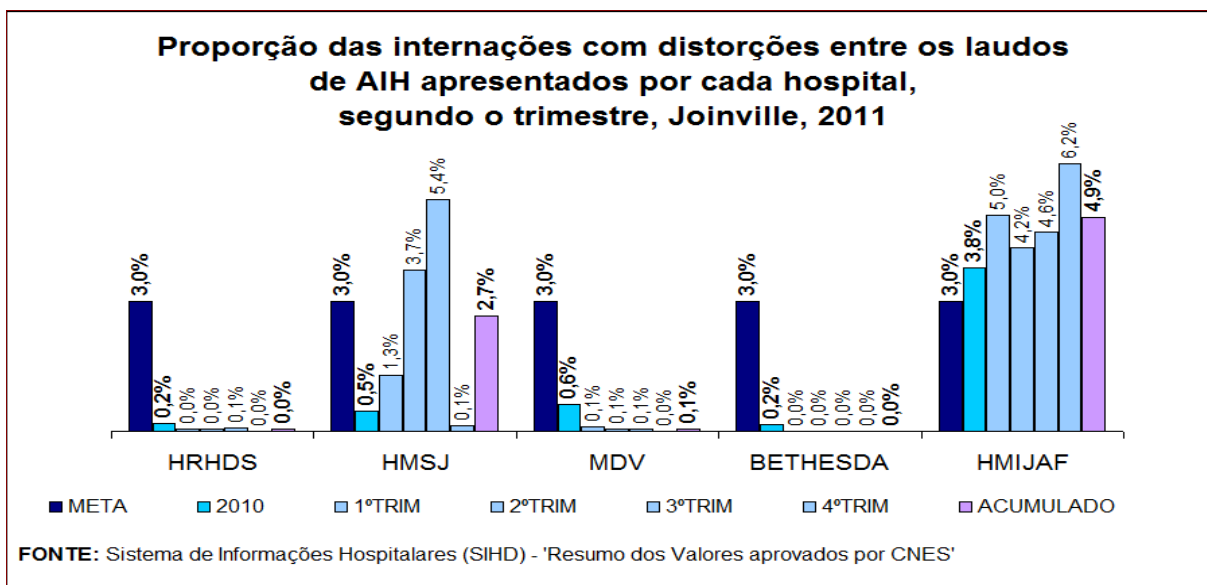
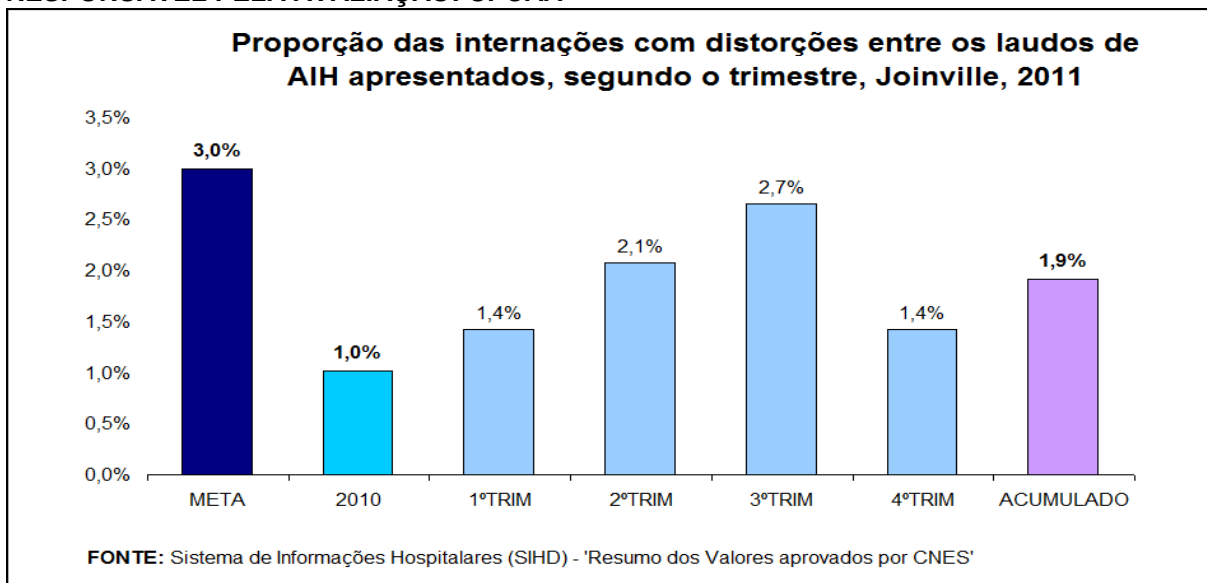
DIRETRIZ 3: Implantar uma Política de Comunicação externa e interna

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Proporção das internações com distorções entre os laudos de AIH apresentados por cada hospital	número de laudos de AIH rejeitados X 100% / número de laudos de AIH apresentados	695 X 100% / 36284	1,9%	3,0%	😊
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas e contratadas pelo SUS que estão com contrato regular e informada a data de publicação X 100% / Total de unidades prestadores de serviços complementares ao SUS (privados e filantrópicos)	42 X 100% / 48	87,5%	100,0%	😐
Proporção de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Física Orçamentária contratada	Número de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Física Orçamentária contratada X 100% / Número de prestadores contratados por Credenciamento Universal	14 X 100% / 33	42,4%	76,0%	😞
Auditorias Sistemáticas de Serviços Complementares Realizadas	Auditorias Sistemáticas realizadas em Serviços Complementares	4	4	2	😊
Proporção de Gerências e Coordenações com descrição de atribuições setoriais (cumulativo)	Número de Gerências e Coordenações com descrição de atribuições setoriais X 100% / Total de Gerências e Coordenações (no organograma)	0 X 100% / 36	0	0,1	😞
Releases publicados regularmente	Número de releases publicados	291	291	48	😊
Percentual de bancos de dados alimentados (CNES, SIA, SIH, SIM, SINASC, SINAN, PNI, SIAB)*	Número de bancos de dados alimentados no mês X 100% / Número de bancos de dados a serem alimentados obrigatoriamente no mês (8: CNES, SIA, SIH, SIM, SINASC, SINAN, PNI, SIAB)	96 X 100% / 96	100,0%	100,0%	😊

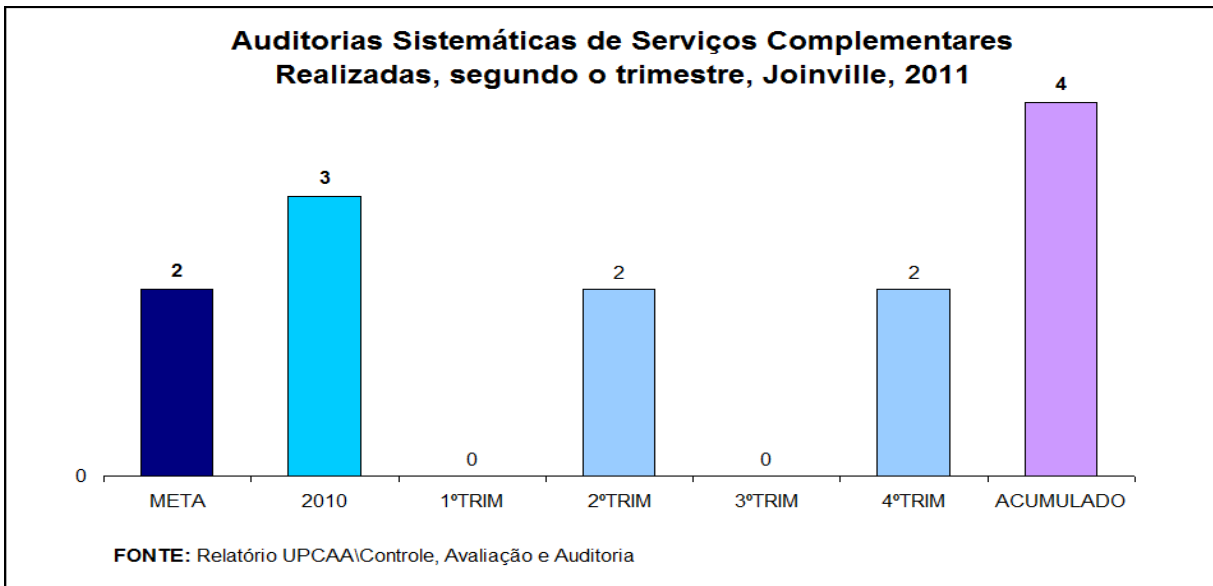
BASE/FONTE: (1) UPCAA\ Programação: Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; relatório da UPCAA\Controle, Avaliação e Auditoria; ___: relatório da situação de contratualização dos prestadores; ___: relatório de cumprimento da Programação Física Orçamentária das Unidades contratadas; UPCAA\Auditoria: relatório do serviço ; (2) UPCAA\ Planejamento: Consolidado das Descrições de Atribuições Setoriais; (3) UPCAA\ Planejamento: Prestação de Contas Trimestral (com a avaliação dos Grupos Temáticos); (4) **FONTE:** relatórios da UPCAA , UAB e UVS

OBS: Manteve-se o presente indicador, mais abrangente que o preconizado no Sistema de Informações do Pacto pela Saúde (SISPACTO) 'Índice de alimentação regular do CNES';

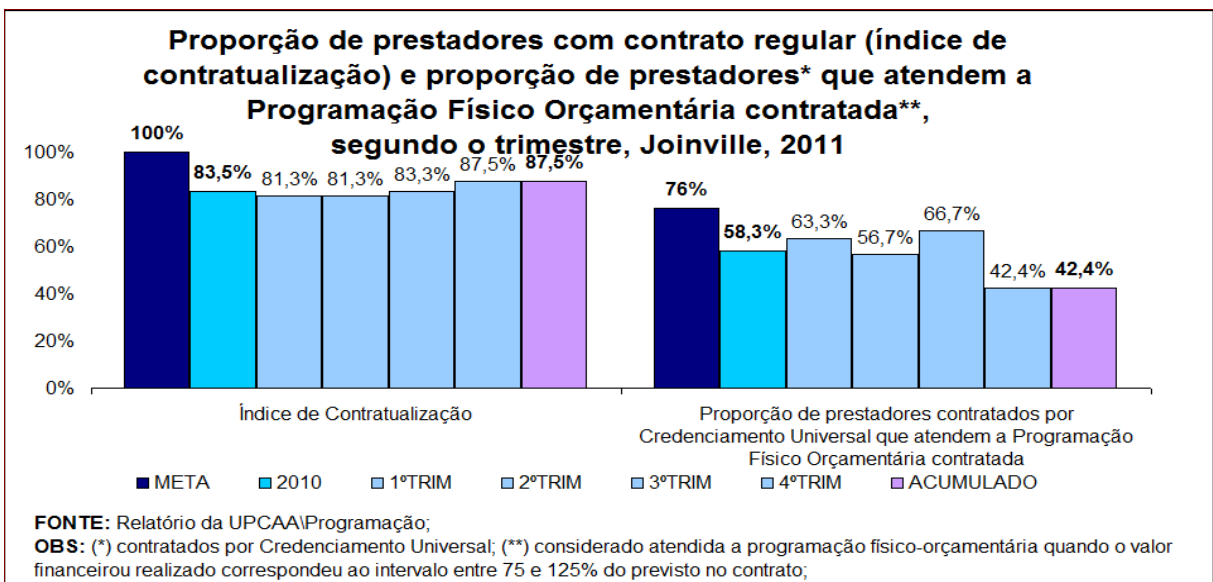
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UPCA



A maior parte das distorções das AIHs é do HJAF devido a pendência em suas habilitações e credenciamentos, junto a SES e ao MS. Mantêm-se a feliz tendência de redução das distorções como bom resultado do caráter educativo da Auditoria.



Quanto às auditorias concluídas, existem dificuldades para propor e implementar medidas corretivas de alterações encontradas, tanto pela SMS como por outras instituições envolvidas.



As pendências de contratualizações compreendem o Ambulatório Médico da UNIVILLE (em processo de regularização) e cinco Sindicatos.

As inconformidades no cumprimento dos contratos estão sendo apuradas mensalmente pelo Controle e Avaliação, a partir de apontamento da Regulação.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Manter o trabalho já realizado com os hospitais e prestadores (educativo – SIHD (rotina), manter a rotina de atualização do CNES.	UPCAA\CAA	ação continua
Aperfeiçoar a verificação da consistência das contas hospitalares com os prontuários	UPCAA\CAA	ação continua
Elaborar a PFO dos prestadores	UPCAA\ Programação	ação continua
Estruturar equipe permanente do UPCAAl para o acompanhamento dos Planos Operativos de Contratos dos Convênios	UPCAA\ Programação	encaminhada

Revisar anualmente os contratos de prestadores por Credenciamento Universal (atualizar a redação do contrato, vistoriar os prestadores, adequar PFO das unidades, fazer aditamento nos contratos se necessário);	UPCAA\ Programação	ação continua
Aperfeiçoar o acompanhamento da execução das Programações Físico Orçamentárias dos prestadores	UPCAA\ Programação	encaminhada
Auditoria – adequar a equipe de auditores	UPCAA\ICAA	concluída
Estabelecer e implementar Plano de Auditoria para o período 2010-3 (definindo serviços a serem auditados, escopo, legislação a ser estudada, auditores responsáveis e data para sua execução);	UPCAA\ICAA	ação continua
Ampliar a Auditoria de Produção de média complexidade contratada e própria	UPCAA\ICAA	ação continua
Ampliar a Auditoria de Queixas (aprofundando esclarecimentos a Ouvidoria)	UPCAA\ICAA	ação continua
Prover estrutura de informática para Controle, Avaliação e Auditoria	UPCAA\ICAA	concluída
Capacitar os auditores	PROGESUS & UPCA\ICAA	ação continua
Definir metodologia de trabalho [de gestão de processos]	UPCAA\ Planejamento	encaminhada
Capacitar para disseminar a metodologia escolhida	UPCAA\ Planejamento	não encaminhada
Elaborar manual operacional com as atividades/rotinas existentes nos serviços	Coordenadores	encaminhada
Definir estratégia de comunicação interna nas Unidades de Saúde (releases semanais)	Comunicação	não encaminhada
(Captar matérias sobre ações e programas da SMS para serem divulgadas para público interno e externo continuamente	Comunicação	ação continua
Definir um calendário para divulgação de ações e programas da SMS baseado em datas comemorativas	Comunicação, TI	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

CONTRATOS: Situação em dezembro de 2011: 33 estabelecimentos contratados através da modalidade de credenciamento universal (o contrato com o prestador RDO foi rescindido em FEV11 por sua solicitação, considerando desequilíbrio financeiro); 05 sindicatos em processo de revisão (Trabalhadores Rurais, Oficina Mecânica, Comércio, Materiais Plásticos, Fiação); 01 estabelecimento em revisão (UNIVILLE); 09 convênios (HMSJ, HRHDS, MDV, Bethesda, APAE, PROFIS, Abrigo Animal, Rede Feminina, 8ºBPM). A atualização dos contratos é um processo de trabalho contínuo da Área de Programação, sendo realizado tanto para novos prestadores quanto para os já parceiros da SMS. A revisão anual foi instituída como processo de trabalho para os contratos por credenciamento sendo desta forma todos revistos ao final de cada ano. A equipe tem buscado novos prestadores de serviço para ampliar a oferta para o Município.

O controle dos contratos (em desenvolvimento) fará parte das atribuições da área de Controle, Avaliação e Auditoria, cuja equipe está sendo estruturada para adequação as suas atividades e atribuições.

PLANEJAMENTO: A gestão de processos ficou sob responsabilidade do PROGESUS. Está programado para o primeiro semestre de 2012 um conjunto de Oficinas para alinhar o conhecimento e definir a metodologia de gestão. As oficinas serão ministradas por professores da UFSC;

DIVULGAÇÃO: A captação de matérias para divulgação é realizada pela Assessoria de Comunicação do Gabinete;

AUDITORIA: A equipe de auditoria foi ampliada em dois (02) profissionais médicos e a efetivação por concurso de outro (01). Para o período de 2012 solicitou-se a criação de cargo de enfermeiro e fisioterapeuta auditor e a lotação dos mesmos. Dois (02) médicos auditores concluíram a especialização em auditoria e quatro (04) profissionais foram capacitados em 'Qualificação de Gestores' promovida pela FIOCRUZ.

O Plano de Auditoria é atualizado anualmente, porém não é cumprido na íntegra devido a demandas urgentes e mudanças no foco auditado.

A auditoria de queixas foi retomada em 2011 com perspectiva de ampliação.

O setor teve novos computadores adquiridos através do PARTICIPASUS.

MANUAL OPERACIONAL: Encontra-se em elaboração nos setores do UPCA.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO: O aprofundamento da comunicação interna envolverá maior alocação de recursos. O suporte cerimonial e divulgação de eventos é feito pontualmente a partir de demanda dos setores que os organizam.

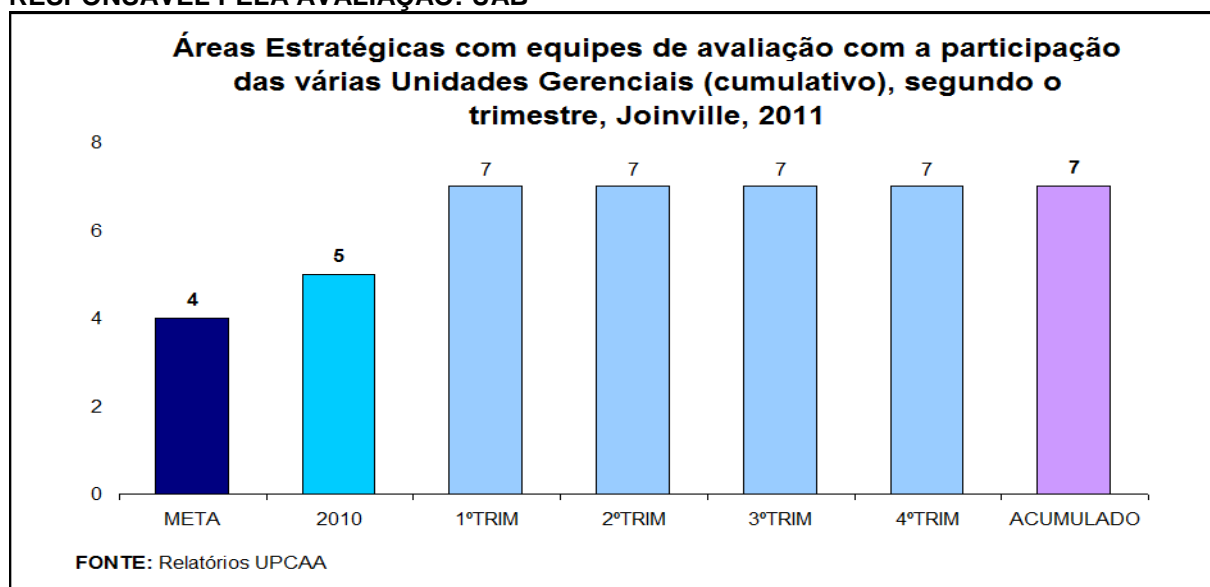
OBJETIVO 2: Aproximar o processo de decisão dos Pontos de Atenção em Saúde

DIRETRIZ: Pactuar a oferta e otimizar a eficiência dos serviços próprios de saúde

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2011	AValiação
Proporção de Unidades de Saúde próprias com Plano Operativo contratualizado	Número de Unidades de Saúde próprias com Plano Operativo contratualizado X 100% / Número de Unidades de Saúde próprias	0 X 100% / 86	0	0,1	☹
Áreas Estratégicas com equipes de avaliação com a participação das várias Unidades Gerenciais (cumulativo)	Número de Grupos Temáticos Implantados	7	7	4	☺

BASE/FONTE: UPCA\ Planejamento: Prestação de Contas Trimestral (com a avaliação dos Grupos Temáticos)

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



A contratualização será feita através da habilitação das equipes no PMAQ.

Os Grupos Temáticos estabelecidos têm se reunido com regularidade, aguardando ainda formalização institucional.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Realizar oficinas para pactuação da metodologia de monitoramento e metas, dos Planos Operativos nas Unidades de Saúde próprias;	UPCAA\ Programação, UAB, USR & UVS	encaminhada
Estruturar Comissões Intersectoriais para Normatizar e Acompanhar as Áreas Estratégicas, integrando as ações	Secretário (por delegação) & Colegiado	encaminhada
Participar das comissões por Área Estratégica, integrando as ações da GUPCAA com as demais gerências: Saúde do Idoso (Regulação/Planejamento), Saúde Mental (Auditoria), Saúde do homem (Programação/Planejamento), Saúde da criança (Programação/Planejamento).	UPCAA\ Planejamento	ação continua
Aprofundar a participação no processo de elaboração e avaliação dos Instrumentos de Gestão e Governo	UPCAA\ Planejamento	ação continua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PLANOS OPERATIVOS: Optou-se pela metodologia do PMAQ, sendo os trabalhos redirecionados para sua operacionalização.

COMISSÕES: Houve redefinição dos membros das Comissões Temáticas. As Comissões têm participação e resultados heterogêneos.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO: Foram realizados dois (02) Seminários e cinco (05) reuniões com as gerências, discutindo a interpretação de indicadores, avaliação e encaminhamento das ações.

6. 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.

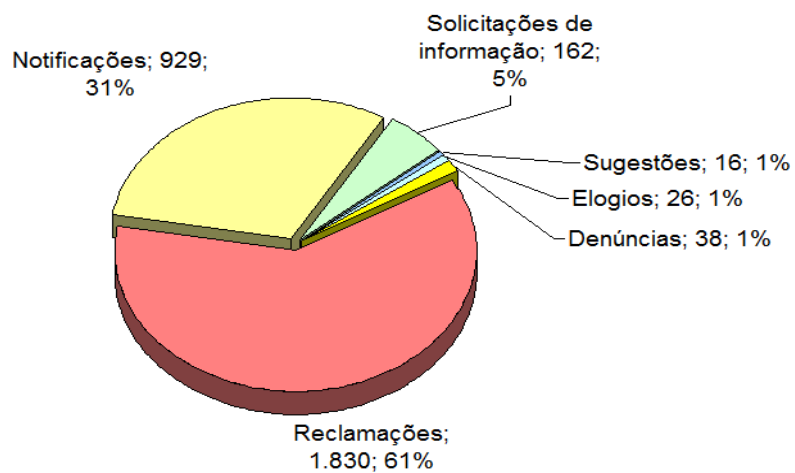
Este serviço recebe os registros de ocorrências (ROS) tanto no sistema on-line da Central 156, como também diretamente com o paciente reclamante. Estas ocorrências são encaminhadas para os setores responsáveis com prazo de cumprimento de resposta, que retornando, são analisadas e encaminhadas novamente ao setor de Ouvidoria da Prefeitura (156), que dá a resposta ao usuário. Em 2011, o Serviço de Ouvidoria foi integrado à GUPCAA e o setor foi reestruturado com recursos do PARTICIPASUS.

Durante o ano foram atendidas 3.001 ocorrências, distribuídas conforme tabela abaixo.

Tabela - Distribuição das ocorrências da ouvidoria

OCORRÊNCIAS	1º trim.	2º trim.	3º trim.	4º trim.	Total
Reclamações	486	375	509	460	1.830
Notificações	408	166	162	193	929
Solicitação de informações	26	56	48	32	162
Sugestões	4	5	4	3	16
Elogios	12	4	3	7	26
Denúncias	4	16	13	5	38

Atendimentos da Ouvidoria segundo o motivo, Joinville, 2011



FONTE: (1) Relatório Ouvidoria/UPCAA; (2) UPCAAl Controle e Avaliação. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), base local

7. OBRAS PREVISTAS NO PLANO PLURI ANUAL - PPA

Em conformidade com o Anexo III, Plano Pluria-Anual 2010-3, as seguintes Unidades de Saúde receberam melhorias em 2011:

- UBSF Adhemar Garcia (em janeiro de 2011);
- Residências Terapêutica (em fevereiro de 2011);
- CAPS Álcool e Drogas (em maio de 2011);

Também, em conformidade com o Anexo III, Plano Pluria-Anual 2010-3, foram adquiridas:

- Motocicletas para controle da dengue (em outubro de 2011 – oito unidades);

8. 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, despende com a saúde 15% dos recursos arrecadados e das transferências obrigatórias (CF art.198 §2º inc.III).

Os dados financeiros do ano de 2011 estão descritos a seguir.

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 2011, 26,89 % 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.

8.1. RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS – CONSOLIDADO 2011

RECEITAS 2011	ORÇADO	RECEBIDO	% RECEBIDO/ ORÇADO
Remun. de Depósitos Bancários	738.552	1.037.127	140,4%
Demais Transferências da União	2.618.616	1.149.311	43,9%
Gestão Plena	93.846.400	61.151.674	65,2%
Piso de Atenção Básica - Fixo	8.638.632	9.282.839	107,5%
Piso de Atenção Básica - Variável	119.537	93.300	78,1%
Prog Agente Comunitário de Saúde	5.187.079	5.923.839	114,2%
Prog Saúde da Família PSF	3.948.100	3.723.500	94,3%
Prog. Assist. Farm. Básica/União	2.600.000	2.747.754	105,7%
Ações Básicas de Vig Sanitária/União	1.469.800	35.000	2,4%
Teto Financeiro de Epid.Controle Doenças	66.600	1.907.067	2863,5%
FAEC (Fundo de Ações Estr.e Compensação)	14.000.000	14.875.641	106,3%
SAMU 192	745.900	650.000	87,1%
CEREST	400.000	360.000	90,0%
Plano de Ações e Metas/AIDS	386.000	316.962	82,1%
U P A	3.000.000	-	0,0%
Centro Especialidades Odontológicas	165.170	114.400	69,3%
VIGISUS	150.000	-	0,0%
Bloco Investimentos	2.442.000	4.428.843	181,4%
Assistência Farm.Básica/Estado	3.000.000	2.103.938	70,1%
Oxigenoterapia/Estado	211.154	73.797	34,9%
Atenção Básica/Estado	585.000	880.688	150,5%
Média Complex. Estado	-	562.912	0,0%
Incentivo Hospitalar/Estado	1.398.000	3.374.446	241,4%
Centro Esp.Odontológ. Estado	50.051	31.680	63,3%
Cirurgias Eletivas	422.309	-	0,0%
Transf.de Convênios da União	7.178.000	1.909.349	26,6%
Transf.de Convênios do Estado	3.324.580	22.000	0,7%
Outras Receitas Diversas	1.112.100	369.599	33,2%
TOTAL	157.803.580	117.125.663	74,2%
REPASSES PMJ	128.690.000	118.478.222	92,1%
TOTAL	286.493.580	235.603.885	82,2%

8.2. RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS – CONSOLIDADO 2011 – RESUMIDO

RECEITAS 2011	ORÇADO	RECEBIDO	% RECEBIDO/ ORÇADO
CONVÊNIOS, PROGRAMAS E INCENTIVOS FEDERAIS	148.122.695	109.706.603	74,1%
CONVÊNIOS, PROGRAMAS E INCENTIVOS ESTADUAIS	8.568.785	7.049.461	82,3%
OUTRAS RECEITAS	1.112.100	369.599	33,2%
SUB - TOTAL	157.803.580	117.125.663	74,2%
RECURSOS MUNICIPAIS	128.690.000	118.478.222	92,1%
RECURSOS TOTAIS	286.493.580	235.603.885	82,2%

8.3. DESPESA ORÇAMENTÁRIA – CONSOLIDADO 2011

TIPOS DE GASTOS	ANO	MÉDIA/MÊS	%
PESSOAL	112.326.338	9.360.528	50,4%
MATERIAL DE CONSUMO	15.407.013	1.283.918	6,9%
DECISÕES JUDICIAIS	6.891.116	574.260	3,1%
SERVICOS DE TERCEIROS	25.352.610	2.112.718	11,4%
OUTROS SERV E ENCARGOS-SUS	60.361.343	5.030.112	27,1%
INVESTIMENTOS	2.536.191	211.349	1,1%
DESPESAS TOTAIS	222.874.611	18.572.885	100,0%

8.4. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR, OUTROS SERVIÇOS E ENCARGOS – CONSOLIDADO 2011

TIPO	ANO	MÉDIA/MÊS	%
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ	34.529.602	2.877.467	57,2%
HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	5.115.252	426.271	8,5%
HOSP.E MAT. BETHESDA	1.465.415	122.118	2,4%
CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, OUTROS	19.251.074	1.604.256	31,9%
TOTAL REPASSES	60.361.343	5.030.112	100,0%

8.5. SITUAÇÃO FINANCEIRA – CONSOLIDADO 2011

	31/12/2011
DISPONÍVEL + REALIZAVEL	25.429.407
Bancos Conta Movimento	4.990
Banco Conta Vinculada	-
Bancos Conta Aplicação	17.428.213
Realizável	7.996.204
Contas a Pagar	31.100.677
Fornecedores	19.730.577
Folha de Pagamento	11.370.100
SALDO	(5.671.270)

9. COMENTÁRIOS FINAIS

Os dados apresentados neste relatório refletem o esforço conjunto da gestão e dos profissionais no fortalecimento do SUS Joinville para todos.

Os bons resultados alcançados nos anos anteriores, comparados com índices nacionais, estaduais e os de muitos outros municípios da região, demonstram serem difíceis de ultrapassar, apesar dos esforços empreendidos. No período deu-se maior atenção a integração entre a assistência e vigilância em saúde e entre os níveis assistenciais.

Na área de **Saúde da Criança** o indicador de mortalidade infantil está abaixo de dois dígitos e dentro dos níveis aceitáveis, apesar de estar acima da meta. Nesse sentido o Programa Bebê Precioso procura reforçar a atenção aos recém-natos com maior risco de morte e adoecimento, integrando a atenção hospitalar aos cuidados primários em saúde.

Na área de **Saúde da Mulher**, a cobertura do preventivo de Câncer de Colo Uterino foi priorizado no Planejamento Local das Unidades Básicas, melhorando o resultado em relação ao ano anterior, ainda com potencial para ser melhorado. Como em outras ações, há dificuldades no manuseio da informação prejudicando o monitoramento da assistência aos casos detectados.

Com relação à **Saúde do Adulto/Homem**, há uma flutuação esperada dos resultados do controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e do câncer de próstata em torno da série histórica e da meta. Nesse sentido destaca-se a ampliação do matriciamento em cardiologia e endocrinologia, além da atualização dos protocolos clínicos.

Nas áreas assistenciais específicas como a **Saúde Bucal** e a **Saúde Mental** têm buscado maior articulação das ações de saúde realizadas na Atenção Básica com a média complexidade. A Saúde Bucal alcançou melhores resultados do que o ano anterior na cobertura de primeira consulta e de escovação dental, ainda com potencial de melhoria em ambas. A Saúde Mental investiu esforços na capacitação dos profissionais, objetivando ampliar a captação e a qualificação da assistência.

Na área de **Vigilância à Saúde**, os indicadores mostram uma situação epidemiológica favorável em nosso município, refletindo a atuação constante das equipes. Foram intensificadas as capacitações profissionais com o objetivo de promover mudanças nos processos de trabalho bem como propiciar a integralidade da Atenção, resultando no trabalho conjunto com a Atenção Básica para 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.

É evidente o comprometimento dos resultados devido a greve dos servidores públicos, por mais de quarenta dias, no primeiro semestre do ano. Houve engajamento na recuperação das horas paradas, porém sem o alcance das ações de rotina.

Áreas que constituem **atividades-meio**, como o Planejamento, a Programação, a Regulação, Controle e Avaliação e a Auditoria têm reestruturado seus processos de trabalho facilitando o acesso dos usuários aos serviços, otimizando assim a utilização das tecnologias da área da saúde de forma a qualificar a atenção e evitar desperdícios de recursos. Em Joinville como na grande maioria dos municípios brasileiros, o acesso à média complexidade ainda constitui-se um estrangulamento na atenção à saúde. A gestão municipal reconhece este problema e tem buscado seu enfrentamento por meio busca de parcerias, do monitoramento dos contratos, da compra de serviços e do gerenciamento da fila de espera.

Algumas áreas necessitam ser fortalecidas para o bom desempenho geral, como a informática e a gestão de pessoas. Em 2011 destaca-se a elaboração do Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) e a implantação do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS).

Enfim, todos os esforços empreendidos em 2011 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 01

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - JOINVILLE/SC
População Residente por Unidade de Saúde, quantidade de Famílias e Domicílios – 2010

REGIONAIS	UNIDADES DE SAÚDE	SIAB	SMS	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS
Pirabeiraba	Sede da Regional (EACS Total)	010	0104	11.573	3.292	3.641
Segmento 01	ESF Rio Bonito	011	0101	3.154	971	1.146
	ESF Rio da Prata	012	0102	3.416	1.064	1.292
	ESF Canela	013	0103	2.922	785	871
	Total			21.065	6.112	6.950
Vila Nova	Sede da Regional (EACS total)	020	0204	22.338	6.849	7.863
Segmento 02	ESF Vila Nova Rural	021	0201	1.740	528	648
	ESF Anaburgo	022	0202	2.695	797	928
	UBS Glória (EACS parcial)	023	0203	13.953	4.643	5.540
	UBS Glória	REDE	REDE			
	Total			40.726	12.817	14.979
Aventureiro	Sede da Regional (Aventureiro I - Rede)	REDE	REDE	10.337	3.058	3.324
Segmento 03	UBS Saguaiçu	REDE	REDE	18.473	6.899	7.665
	ESF Aventureiro II	031	0301	4.207	1.225	1.481
	ESF Aventureiro II	032	0302	4.155	1.186	1.291
	ESF Santa Bárbara	033	0303	3.385	1.042	1.139
	ESF Cubatão	034	0304	3.226	932	1.105
	ESF Rio do Ferro	035	0305	3.312	949	1.050
	UBS Parque Joinville (EACS total)	036	0306	16.218	4.713	5.232
	UBS CSU Iriirú (EACS total)	037	0307	16.663	5.197	5.904
	Total			79.976	25.201	28.191
Costa e Silva	Sede Regional (EACS parcial)	040	0409	16.690	5.474	6.098
Segmento 04	Sede Regional	REDE	REDE	12.493	4.096	4.571
	ESF Jardim Paraíso I	041	0401	3.673	1.055	1.167
	ESF Jardim Paraíso II	042	0402	3.378	1.004	1.101
	ESF Jardim Paraíso III	043	0403	3.231	982	1.113
	ESF Paraíso IV (Canto do Rio)	044	0404	3.205	884	1.024
	ESF Jardim Sofia	045	0405	4.686	1.308	1.448
	ESF Willy Schossland	046	0406	2.890	907	1.017
	UBS Bom Retiro (EACS parcial)	047	0407	12.706	4.252	5.062
	UBS Bom Retiro	REDE	REDE	2.548	852	1.025
	ESF Jardim Paraíso V	048	0408	3.599	1.066	1.223
	ESF Willy Schossland	101	0410	3.478	1.035	1.169
	Total			72.577	22.915	26.019
Floresta	Sede Regional	REDE	REDE	20.142	6.275	7.008
Segmento 05	ESF Profipo	051	0501	2.973	868	1.047
	ESF Profipo	052	0502	3.002	958	1.074
	ESF Boehmerwald I	053	0503	3.713	1.065	1.167
	ESF Boehmerwald I	054	0504	3.714	1.126	1.250
	ESF Boehmerwald II	055	0505	3.793	1.149	1.280
	ESF Boehmerwald II	056	0506	3.746	1.079	1.156
	ESF Itinga Continental	057	0507	3.120	966	1.158
	ESF Itinga	058	0508	3.129	934	1.052
	ESF Km 4	059	0509	2.656	984	1.080
	ESF Km 4	050	0510	2.567	783	849
	Total			52.555	16.187	18.122

REGIONAL	UNIDADE DE SAÚDE	SIAB	SMS	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS
Centro	Sede da Regional	REDE	REDE	25.102	9.749	10.043
Segmento 06	ESF Nova Brasília/Jativoca	061	0601	4.079	1.235	1.378
	ESF Nova Brasília	062	0602	3.391	989	1.112
	ESF Nova Brasília	063	0603	3.591	1.156	1.329
	ESF Morro do Meio	064	0604	3.209	910	1.027
	ESF Lagoinha	065	0605	3.575	1.036	1.175
	UBS São Marcos (EACS total)	066	0606	5.516	1.810	2.093
	ESF Morro do Meio	067	0607	3.978	1.113	1.224
	UBS Bakitas (EACS Total)	068	0608	16.636	5.233	5.814
	Total			69.077	23.231	25.196
Jarivatuba	ESF Jarivatuba (Sede Regional)	070	0700	8.276	2.460	2.674
Segmento 07	ESF Jarivatuba		0710	7.524	2.466	2.681
	ESF Jarivatuba		0711	7.850	2.588	2.813
	ESF Paranaguamirim	071	0701	3.880	1.166	1.292
	ESF Paranaguamirim	072	0702	4.317	1.340	1.452
	ESF Jardim Edilene	073	0703	5.246	1.649	1.981
	ESF Estevão Matos	074	0704	3.782	1.124	1.223
	ESF Parque Guarani	075	0705	3.610	972	1.076
	ESF Parque Guarani	076	0706	3.602	1.062	1.232
	ESF Parque Guarani	077	0707	3.601	1.063	1.185
	ESF Estevão Matos	078	0708	4.312	1.287	1.438
	ESF Jardim Edilene	079	0709	3.440	943	1.120
	ESF Jardim Edilene /Morro do Amaral	079	0709	855	218	238
	Total			60.295	18.339	20.404
Comasa	Sede da Regional	REDE	REDE	17.717	5.369	4.940
Segmento 08	UBS Jardim Iriú	REDE	REDE	10.371	3.015	3.278
	ESF Espinheiros	081	0801	4.092	1.349	1.583
	ESF CAIC	082	0802	3.509	908	1.087
	ESF Da Ilha	083	0803	3.874	1.221	1.410
	ESF Roraima	084	0804	3.684	1.031	1.253
	ESF Dom Gregório	085	0805	3.720	980	1.012
	Total			46.967	13.873	14.563
Fátima	Sede da Regional (EACS parcial)	090	0903	18.809	5.101	5.682
Segmento 09	UBS Edla Jordan (EACS total)	091	0901	18.401	5.494	6.108
	UBS Edla Jordan	REDE	REDE	661	200	216
	UBS Itaum (EACS total)	092	0902	15.737	4.608	5.148
	UBS Ademar Garcia	093	0904	18.404	5.337	5.593
	Total			72.012	20.740	22.747
Total Geral				515.250	159.411	177.170

FONTE: SMS\ Gerência da Unidade de Atenção Básica\ Cadastramento, estudo realizado por: Ermelinda Maria Uber Januário, Consultora GUAB/Área do Cadastramento;

NOTA: Inclusão domicílios fechados publicados pelo IBGE em 29.11.2010

Joinville, 20 de dezembro de 2010

Apêndice 02

Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil 2011, Joinville - SC

INTRODUÇÃO

A Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil de Joinville (CPMI), 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 a qualidade da assistência prestada (organização dos serviços, acessibilidade e manejo do paciente) aos problemas identificados, critério de evitabilidade, recomendações e correção da Declaração de Nascimento e Óbito.

Em 2010, CPMI passou a analisar, além dos óbitos menores de 1 ano, também os óbitos fetais e de crianças na faixa etária de 1 a 4 anos 11 meses e 29 dias, para atender orientação da Portaria 72/GMN, de 11/01/10, que no seu Art. 3º determina:

Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis.

No ano de 2011, o processo de investigação e análise da mortalidade infantil e fetal no município atingiu 100% dos óbitos propostos. A CPMI participou do processo de investigação e analisou 73 óbitos menor de 1 ano, 43 óbitos fetais e 10 óbitos em crianças de 1 a 4 anos.

Perfil dos óbitos:

Em 2011, nasceram 7.786 crianças cujas mães residem em Joinville, sendo que 7.723 nasceram em Joinville e 63 em outros municípios. Destes nascimentos 13,2% das mães eram adolescentes, sendo 12,9% (1006) na faixa etária de 15-19 anos e 0,28% (22) de 10 a 14 anos. Dos nascidos em Joinville, 7.706 (99,8%) nasceram em maternidades e 17 em outros locais (domicílios, outros estabelecimentos de saúde).

Neste mesmo período, faleceram 73 crianças residentes em Joinville, 8 das quais em outros municípios, representando 10,96% do total de óbitos menor de 1 ano. Portanto, em 2011, o coeficiente de mortalidade infantil foi 9,4 por mil nascidos vivos.

Tabela 1 - Óbitos Infantis e componentes, 2008 a 2011, Joinville-sc

Ano	2008	2009	2010	2011
Total de óbitos	75	71	60	73
Total de nascimentos	7.459	7.531	7.265	7.786
Coeficiente de Mortalidade infantil	10,1	9,4	8,3	9,4
Óbitos neonatais precoce	35 (46,7%)	30 (42,9%)	29 (48,3%)	38 (52,05%)
Óbitos neonatais tardios	15 (20,0%)	18 (25,7%)	12 (20%)	14 (19,18%)
Óbitos pós neonatais	25 (33,3%)	22 (31,4%)	19 (31,7%)	21 (28,77%)

Fonte: CPMI/ SINASC/SIM/ GUVS/SMS

A comparação entre as características dos óbitos ocorridos de 2008 a 2011 não mostra diferenças estatisticamente significativas, evidenciando a existência de um padrão estabelecido nestes últimos anos.

Em 2011 houve aumento no número absoluto e no coeficiente de mortalidade infantil, em relação a 2010, mantendo-se o predomínio do componente neonatal precoce (menor de 7 dias), com 52,05%, sobre neonatal tardio (7 a 28 dias) 19,18% e o pós-neonatal (28 dias <1 ano) com 28,77%, conforme já acontecia nos anos anteriores. Com relação ao componente neonatal precoce dos 38 óbitos com menos de 7 dias de vida 23 óbitos ocorreram no primeiro dia de vida (31,51%).

Tabela 2 – Perfil dos óbitos ocorridos em 2011

Frequência		2010		2011	
		Nº	%	Nº	%
Mãe adolescente	S	13	21,7	10	13,7
	N	47	78,3	63	86,3
Realização de Pré Natal	S	54	90	69	94,5
	N	6	10	4	5,48
ITU durante a gestação	S	18	30	23	31,5
	N	42	70	50	68,5
Tipo de maternidade	Pública	40	66,7	45	61,6
	Privada	20	33,3	28	38,4
Tipo de parto	Vaginal	24	40	28	38,4
	Cesário	36	60	45	61,6
RN de risco (Pequeno Príncipe)	S	48	80	69	94,5
	N	12	20	4	5,48
Prematuridade	S	40	60	54	74
	N	20	40	19	26
Baixo peso ao Nascer	S	38	63,3	51	70
	N	22	36,7	22	30
Presença de malformação	S	18	30	27	37
	N	42	70	46	63
Evitáveis	S	45	75	58	79,5
	N	15	25	15	20,5
Total óbitos		60	100	73	100

Fonte: CPMI/ SIM/ GUVS/SMS

Ao se comparar o perfil dos óbitos em crianças menores de 1 ano nos 2 anos, constata-se que os maiores fatores de risco referem-se a características do RN – presença de malformação, prematuridade e RN ser classificado como risco, conforme critérios do Programa Pequeno Príncipe.

Com relação ao perfil dos óbitos em 2011 (tabela 2), verificamos que 13,7% (10) dos óbitos, as mães eram adolescentes (nove (9) na faixa etária de 15-19 anos e uma (01) com 14 anos).

No acompanhamento de pré natal, em 94,5% dos óbitos as mães iniciaram o pré natal, no entanto, somente 34,25% (25) realizaram 7 ou mais consultas, como preconiza o Ministério da Saúde. Destas, 16 apresentaram diagnóstico de malformação congênita, que requer acompanhamento mais freqüente, chegando até 12 consultas no pré natal. Com 4-6 consultas foram 37% (27), com 1- 3 consultas foram 23,3% (17) e 5,48% (4) não realizaram pré natal.

Dos óbitos registrados em 2011, 61,6% nasceram em estabelecimento de saúde público e 38,4% em privado. Houve predomínio de partos cesáreos (61,6%) nos óbitos analisados, em relação ao parto vaginal (38,4%). Pelos critérios de risco adotados no Programa Pequeno Príncipe 94,5% dos óbitos foram classificados como risco (Classificação de risco Programa Pequeno Príncipe)¹.

Quanto à classificação de prematuridade e peso, adotada pelo Ministério da Saúde, observamos que 74% (54) dos recém nascidos que foram à óbito, tinham idade gestacional até 36 semanas e 6 dias, sendo que 42 (57,5%) entre 22 – 31 semanas (consideradas pré termo extremo) e destas 26 (35,6%) com idade gestacional entre 22 – 27 semanas e 1 com menos de 22 semanas. Com relação ao peso 70% (51) tinham abaixo de 2.500Kg, destes 57,5% (42) com muito baixo peso (<1500Kg), sendo 4 abaixo de 500g.

Considerando a infecção do trato urinário na gestação (ITU), como fator de risco para o parto prematuro, constatamos que em 31,5% (23) dos óbitos analisados as mães apresentaram quadro de infecção urinária durante a gestação.

Dos 73 óbitos analisados 37% (27) apresentaram malformação congênita ao nascer e destes, 34,2% (25) tiveram a malformação como causa básica do óbito. Quanto a evitabilidade, 79,5% (58) dos óbitos em menores de 1 ano residentes em Joinville foram classificados como evitáveis segundo critérios da Fundação SEADE e 20,5% (15) não evitáveis, destes 10 por malformações congênitas graves (anencefalia, Síndrome de Patau, ...).

¹ Critérios de Risco Programa Pequeno Príncipe: **Risco social** – mãe: 3 anos ou menos escolaridade, menos de 20 anos, 3 ou mais filhos nascidos vivos, 2 ou mais filhos nascidos mortos, mãe solteira ou separada. **Risco biológico** – bebê: peso ao nascer menor ou igual a 2.500Kg; duração da gestação menor que 36 semanas; apgar no 5º minuto menor que 7; parto domiciliar e presença de malformação congênita. Um critério de Risco Biológico ou dois de Risco Social, identifica a criança como de "RISCO"

Tabela 3 - Causas básicas dos óbitos

Causas / Ano	2010		2011	
	Nº	%	Nº	%
Algumas afec. originadas no período perinatal	34	56,7	37	51
Anomalias congênitas	15	25	25	34
Doenças do aparelho respiratório	3	5	3	4,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	3,3	3	4,1
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0
Causas externas	0	0	0	0
Mal Definidas	2	3,3	1	1,4
Neoplasias (tumores)	1	1,67	1	1,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	3,3	1	1,4
Doenças do sistema nervoso	1	1,67	2	2,7
TOTAL	60	100	73	100

Fonte: CPMI/SIM/ GUVS/SMS

A análise dos grupos de causas de óbitos em menores de um ano entre 2010 e 2011, baseada nos capítulos da CID 10 (Organização Mundial da Saúde, 2003), aponta que as afecções do período perinatal se mantêm como primeira causa, sendo a prematuridade e as complicações decorrentes desta (septicemia, hemorragias intracranianas, pneumonia, etc.) as principais causas. As anomalias congênitas aparecem em segundo lugar, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias (tabela 3).

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

Classificação por Grupos Fundação SEADE	2010	2011
1-Redutíveis por imunoprevenção	0	0
2-Redutíveis por adequado controle na gravidez	7	6
3-Redutíveis por adequada atenção ao parto	2	4
4-Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	29	32
5-Redutíveis através de parcerias com outros setores	8	16
6-Não evitáveis	14	15
7-Mal definidas	0	0
8-Não classificadas	0	0
Total	60	73

Fonte: CPMI / GUVS/SMS

A Comissão de prevenção da mortalidade infantil de Joinville, a partir de 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 à evitabilidade, 75% dos óbitos em 2010 e 79,5% em 2011 foram considerados evitáveis com predomínio no grupamento de “redutíveis por ações e prevenção, diagnóstico e tratamento precoces” (tabela 4).

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

Regional de Saúde	ANO 2010				ANO 2011			
	Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)		Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aventureiro	1045	14,4	10	16,7	1157	14,8	9	12,3
Centro	842	11,6	7	11,7	869	11,2	10	13,7
Comasa	704	9,7	6	10	746	9,6	9	12,3
Costa e Silva	992	13,8	9	15	1146	14,7	7	9,6
Fátima	1038	14,3	8	13,3	1148	14,7	12	16,4
Floresta	721	10	9	15	730	9,4	6	8,2
Jarivatuba	1000	13,9	6	10	1043	13,4	9	12,3
Pirabeiraba	285	3,9	3	5	331	4,26	5	6,8
Vila Nova	600	8,4	2	3,3	616	7,9	6	8,2
Total	7265	100	60	100	7786	100	73	100

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

Na análise dos óbitos investigados pela CPMI, foram identificados os seguintes tipos de problemas:

Tabela 6 - Problemas identificados

Problemas	2010	2011
Sem evidência de falhas	29	38
Dificuldades sócio-familiares	17	17
Problemas na atenção ao pré natal	10	7
Problemas na atenção à criança	7	6
Problemas na atenção ao parto	2	0
Problemas nos exames (USG)	0	0
Outros problemas	8	8
Total de problemas	73	76

Fonte: CPMI/ GUVS/SMS

As seguintes medidas foram tomadas pela CPMI, após as investigações:

Tabela 7 – Medidas corretivas

Medidas corretivas	2010	2011
Correção dos bancos de dados (SIM, SINASC)	16	13
Carta às UBS para seguimento das famílias	17	13
Carta aos Hospitais	4	0
Encaminhamento ao geneticista	11	16*
Discussão com profissionais/equipes de Saúde	2	6

Fonte: CPMI / GUVS/SMS

Quanto à discussão com profissionais/equipes de Saúde, em 2011 a CPMI passou a fazer reuniões *in loco* com as equipes, fazendo, com os profissionais de saúde, a análise do processo de investigação dos óbitos, focando na prevenção e evitabilidade de outros óbitos. Neste primeiro ano, foram realizadas reuniões com todas as equipes de duas Regionais de Saúde.

Tabela 8 – Perfil dos óbitos fetais ocorridos em 2010 e 2011

Frequência		Ano 2010		2011	
		N	%	N	%
Mãe adolescente	S	7	16,3	5	11,6
	N	36	83,7	38	88,4
Realização de Pré Natal*	S	41	95,3	36	83,7
	N	2	4,7	7	16,3
ITU na gestação	S	9	20,9	16	37,2
	N	34	79,1	27	62,8
Tipo de maternidade	Pública	27	62,8	33	76,7
	Privada	16	37,2	10	23,3
Tipo de parto	Vaginal	29	67,4	25	58,1
	Cesário	14	32,6	18	41,9
Prematuridade (até 36 semanas)	S	37	86	33	76,7
	N	6	14	10	23,3
Extremo baixo peso (- 1000gramas)	S	17	39,5	17	39,5
	N	26	60,5	26	60,5
Presença de malformação como causa básica	S	8	18,6	3	7
	N	35	81,4	40	93
Evitáveis	S	36	83,7	41	95,3
	N	7	16,3	2	4,7
Total		43	100	43	100

Fonte: CPMI/ SINASC/ GUVS/SMS

No ano de 2010 a CPMI iniciou a investigação e análise dos óbitos fetais, com total de 43 óbitos em cada ano. O coeficiente de mortalidade fetal ficou em 5,9 por 1000 nascimentos em 2010 e 5,49 em 2011.

A Organização Mundial da Saúde define o óbito Fetal como a "morte do feto antes da completa expulsão ou extração do produto da concepção do corpo da mãe, independente da duração da gravidez".

Os óbitos fetais e neonatais precoces compõem o coeficiente de mortalidade perinatal, que em Joinville, nos 4 anos analisados, permaneceu em torno de 10 por 1000 nascimentos.

Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil

Adriana Morato Rosas
Fátima Mucha
Maria Volpato Kropiwiec
Selma Cristina Franco
Terezinha Hillesheim
Viviane Karina Korovsky

Unidade de Vigilância em Saúde
Unidade de Atenção Básica
Unidade de Vigilância em Saúde
Unidade de Planejamento, Controle Avaliação e Auditoria
Unidade de Planejamento, Controle Avaliação e Auditoria
Unidade de Atenção Básica

Apêndice 03

ÍNDICE DAS RESOLUÇÕES DO ANO DE 2011 DO CMS

No ano de 2011 o CMS se reuniu 12 (doze) vezes, ordinariamente, e 08 (oito) vezes extraordinariamente, totalizando vinte assembleias realizadas em 2011, as quais deram origem a 70 Resoluções, sendo 69 homologadas pelo prefeito e publicadas no Jornal do Município.

RESOLUÇÃO N°001/11 - Recomposição das Comissões Permanentes do CMS

RESOLUÇÃO N°002/11 - Cronograma de Capacitação de Conselheiros Saúde 2011

RESOLUÇÃO N°003/11 - Regimento da CIST

RESOLUÇÃO N°004/11 - Comissão para elaboração de proposta de alteração do Regimento Interno do CMS

RESOLUÇÃO N°005/11 - Representatividade do CMS em Comissões e acompanhamento de conselhos gestores e administrativos - REVOGADA

RESOLUÇÃO N°006/11 - Minuta do termo Aditivo SMS-H RHDS

RESOLUÇÃO N°007/11 - Prestação de Contas do CEREST – 1º trimestre 2010

RESOLUÇÃO N°008/11 - Prestação de Contas do CEREST – 2º trimestre 2010

RESOLUÇÃO N°009/11 - Prestação de Contas do CEREST – 3º trimestre 2010

RESOLUÇÃO N°010/11 - Solicitação de auditoria no CEREST - 2008

RESOLUÇÃO N°011/11 - Proposta HMSJ

RESOLUÇÃO N°012/11 - Prestação de Contas da SMS – 1º trimestre 2010

RESOLUÇÃO N°013/11 - Prestação de Contas da SMS – 2º trimestre 2010

RESOLUÇÃO N°014/11 - Prestação de Contas da SMS – 3º trimestre 2010

RESOLUÇÃO N°015/11 - Prestação de Contas da ARCD - 2009

RESOLUÇÃO N°016/11 - Planejamento CMS - 2011

RESOLUÇÃO N°017/11 - Prestação de Contas Abrigo Animal – junho, julho e agosto 2010

RESOLUÇÃO N°018/11 - Prestação de Contas Abrigo Animal – setembro – outubro 2010

RESOLUÇÃO N°019/11 - PET – Saúde Mental

RESOLUÇÃO N°020/11 - Oxigenoterapia – PAM Bucarein

RESOLUÇÃO N°021/11 - Ajustes indicadores Plano Municipal de Saúde 2010-2013

RESOLUÇÃO N°022/11 - Prestação de Contas da SMS – 4º trimestre 2010

RESOLUÇÃO N°023/11 - Relatório Anual de Gestão 2010 da SMS

RESOLUÇÃO N°024/11 - Prestação de Contas Abrigo Animal – novembro - dezembro 2010

RESOLUÇÃO N°025/11 - Representatividade do CMS nas Comissões de acompanhamento e conselhos gestores e administrativos

RESOLUÇÃO N°026/11 - Recomposição CAE

RESOLUÇÃO N°027/11 - Prorrogação de mandato conselheiros mesa gestão 2009-2011

RESOLUÇÃO N°028/11 - PAM – DTS - Aids

RESOLUÇÃO N°029/11 - Habilitação HMSJ – Cuidados prolongados

RESOLUÇÃO N°030/11 - Prestação de Contas Abrigo Animal – janeiro- fevereiro-março 2011

RESOLUÇÃO N° 031/11 - Contratação de serviço de assessoria técnica contábil – (Resolução não Homologada)

RESOLUÇÃO N° 032/11 - Ratificação de inclusão de cláusula convênio CEO – tipo III

RESOLUÇÃO N°033/11 - Credenciamento HMIJAF para transplante osteo-condro-fascio-ligamentoso

RESOLUÇÃO N°034/11 - Indicação conselheiro acesso SARGSUS

RESOLUÇÃO N° 035/11 - Nova proposta de convenio a ser firmado entre SMS e HMSJ

RESOLUÇÃO N°036/11 - Eleição mesa diretora gestão 2011- 2013

RESOLUÇÃO N°037/11 - Recomposição CAI

RESOLUÇÃO N°038/11 - Recomposição CAE

RESOLUÇÃO N° 039/11 - Representatividade do CMS em comissões, comitês e conselhos

RESOLUÇÃO N° 040/11 - Representatividade do CMS em comissões, comitês e conselhos

RESOLUÇÃO N° 041/11 - Recomposição Comissão p/ elaboração de proposta do regimento Interno do CMS

RESOLUÇÃO N°042/11 - Indicação de representante do CMS no CIES

RESOLUÇÃO N° 043/11 - Indicação de representante do CMS na Comissão Organizadora CONSOCIAL

RESOLUÇÃO N°044/11 - Recomposição Comissão de Capacitação de conselheiros

RESOLUÇÃO N°045/11 - Programa Municipal de controle das hepatites virais

RESOLUÇÃO N°046/11 - Prestação de Contas da ARCD referente ao ano de 2010

RESOLUÇÃO N°047/11 - Habilitação HMIJAF em cirurgia vascular pediátrica

RESOLUÇÃO N°048/11 - Proposta de Alteração do RI do CMS

RESOLUÇÃO N°049/11 - 4º Termo Aditivo-int.Beth. Oftalmológica pediátrica

RESOLUÇÃO N°050/11 - Prestação de Contas – 3º trim . 2009 - HMSJ

RESOLUÇÃO N°051/11 - Prestação de Contas – 4º trim . 2009 - HMSJ

RESOLUÇÃO N°052/11 - Prestação de Contas – 1º trim . 2011 - HMSJ

RESOLUÇÃO N°053/11 - Prestação de Contas – 1º trim . 2010 - HMSJ

RESOLUÇÃO N°054/11 - Projeto Violência e Acidentes de Trânsito

RESOLUÇÃO N°055/11 - Plano de Ação Municipal de Vigilância Sanitária 2012

RESOLUÇÃO N°056/11 - PAM DST-HIV-Aids - 2012

RESOLUÇÃO N°057/11 - Minuta de Convenio HMSJ e Banco de Olhos de Joinville

RESOLUÇÃO N°058/11 - Renovação do convenio nº054/2010 SEPLAN – entre SMS e PROFIS

RESOLUÇÃO N° 059/11 - Renovação do convenio nº072/2010 SEPLAN – entre SMS e Abrigo Animal

RESOLUÇÃO N°060/11 - LOA 2012

RESOLUÇÃO N°061/11 - LOA 2012

RESOLUÇÃO N°062/11 - Prestação de Contas Abrigo Animal (abril-mai-jun-2011)

RESOLUÇÃO N°063/11 - Prestação de Contas - 2º trim . 2011 - SMS
RESOLUÇÃO N° 064/11 - Relatório anual de gestão MDV 2010
RESOLUÇÃO N°065/11 - Prestação de Contas – VISA 20 10
RESOLUÇÃO N°066/11 - Relatório de Atividades 2010 – Pro Rim
RESOLUÇÃO N°067/11 - Redução de Imóveis Alugados
RESOLUÇÃO N°068/11 - Indicação representante CMS n a Comissão Psicossocial
RESOLUÇÃO N° 069/11 - Cronograma das AGO do CMS - 2012
RESOLUÇÃO N° 070/11 - Utilização dos recursos do Programa DST/HIV/AIDS e
Hepatite Virais 2012 para aquisição de exames
ERRATA N° 001/11 - Errata referente à resolução N°022/2011 de 16 de maio de
2011

Apêndice 04

DEMONSTRATIVO DE GASTOS DE PROGRAMAS COM VERBAS ESPECÍFICAS

1. Incentivo para Ações de Redução de Danos em CAPS AD Consultório de Rua

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 0,00
2. total de entradas no ano	R\$ 150.000,00
3. total de despesas no ano	R\$ 0,00
4. total do rendimento financeiros no ano	-
5. saldo no final do ano	R\$ 150.000,00

2. Complexo Reguladores

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 74.185,00
2. total de entradas no ano	R\$ 0,00
3. total de despesas no ano	R\$ 0,00
4. total do rendimento financeiros no ano	-
5. saldo no final do ano	R\$ 74.185,00

3. Programa Qualificação dos CAPS

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 3.426,00
2. total de entradas no ano	R\$ 0,00
3. total de despesas no ano	R\$ 0,00
4. total do rendimento financeiros no ano	-
5. saldo no final do ano	R\$ 3.426,00

4. Incentivo Destinado aos Leitos de Acolhimento por Usuarios de Drogas

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 0,00
2. total de entradas no ano	R\$ 364.800,00
3. total de despesas no ano	R\$ 0,00
4. total do rendimento financeiros no ano	-
5. saldo no final do ano	R\$ 364.800,00

5. Progesus

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 0,00
2. total de entradas no ano	R\$ 2.497,16
3. total de despesas no ano	R\$ 6.758,50
4. total do rendimento financeiros no ano	-
5. saldo no final do ano	R\$ - 4.261,34

EMPENHO	NF	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA DE PAGAMENTO
3804		Adiantamento - Patricia Luiza	200,00	30/06/2011
3984-1	2520	Hospedagem	453,60	09/08/2011
3988-1	2521	Passagem	1.104,90	09/08/2011
5825		Evento de Odontologia	5.000,00	19/10/2011

6. Custeio dos Centros de Atendimento Psicossocial CAPS III

BALANCETE:		VALORES
1.	saldo no início do ano	R\$ 26.331,47
2.	total de entradas no ano	R\$ 0,00
3.	total de despesas no ano	R\$ 4.960,00
4.	total do rendimento financeiros no ano	-
5.	saldo no final do ano	R\$ 21.371,47

EMPENHO	NF	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA DE PAGAMENTO
7332-1	676	Mesa p/ computador	305,00	20/01/2011
7333-1/7331-1	51E 52	Armário	2.215,00	20/01/2011
6141-1	620	Impressora Jato de Tinta	1.058,00	10/03/2011
2486-1	10997	Mesa auxiliar	962,00	30/05/2011
2697-1	10998	Colchonete	420,00	30/05/2011

7. Programa Redução Danos CAPS AD

BALANCETE:		VALORES
1.	saldo no início do ano	R\$ 50.000,00
2.	total de entradas no ano	R\$ 0,00
3.	total de despesas no ano	R\$ 0,00
4.	total do rendimento financeiros no ano	-
5.	saldo no final do ano	R\$ 50.000,00

8. Incentivo Financeiros aos Serviços Residencias Terapeuticas

BALANCETE:		VALORES
1.	saldo no início do ano	R\$ 1.474,96
2.	total de entradas no ano	R\$ 0,00
3.	total de despesas no ano	R\$ 1.640,00
4.	total do rendimento financeiros no ano	-
5.	saldo no final do ano	R\$ -165,04

EMPENHO	NF	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA DE PAGAMENTO
128/1	NF4676	Vidro incolor	1.640,00	10/03/2011

9. Participa SUS - Política em Gestão

BALANCETE:	VALORES
6. saldo no início do ano	R\$ 146.779,46
7. total de entradas no ano	R\$ 0,00
8. total de despesas no ano	R\$ 53.302,00
9. total do rendimento financeiros no ano	-
10. saldo no final do ano	R\$ 93.477,28

EMPENHO	NF	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA DE PAGAMENTO
2030-1	713	Pen Drive e Teclado	580,00	04/05/2011
2120-1	80	Caneta Laser	200,00	04/05/2011
2119-1	81	Carregador Pilhas	90,00	04/05/2011
2121-1	82	Aparelho Telefone	98,00	04/05/2011
2045-1	29	Apagador Quadro branco	182,60	30/05/2011
2124-1	14	Aparelho Telefone	270,00	30/05/2011
3554-1	1519	Notebook	4.000,00	18/08/2011
3547-1	743	Desktop	27.540,00	18/08/2011
3548-1	744	Monitor LCD 17	7.140,00	18/08/2011
3551	255	Estabilizador	855,00	18/08/2011
3550	254	Estabilizador	363,38	18/08/2011
3906	91	Projektor	3.000,00	18/08/2011
3552-2	91	Projektor	2.980,00	25/08/2011
2123	15	Fone de Ouvido	88,00	14/09/2011
2031	13	Kit Fusor	516,00	14/09/2011
4581	94	Aparelho de Som Radio	646,00	26/09/2011
3550	393	Camera digital	641,20	26/09/2011
4612	443	Caixa de Som	999,00	19/10/2011
4580	463	Aparelho DVD	249,00	19/10/2011
6292-1	126	Estabilizador	245,00	
2125-1	773	Microsoft office 2007	1.980,00	
7054	774	Mouse Optico	60,00	
3549	770	Tela de Projecção	579,00	

10. Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho Saúde Mental

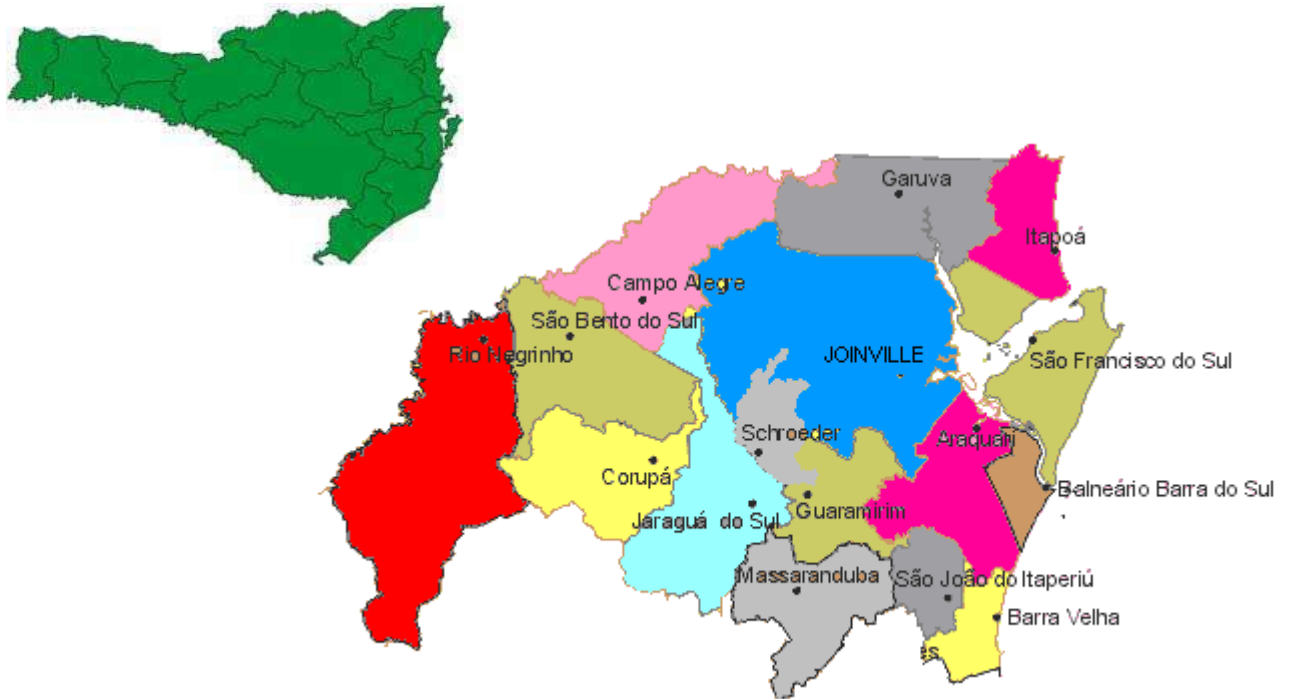
BALANCETE:	VALORES
6. saldo no início do ano	R\$ 0,00
7. total de entradas no ano	R\$ 20.000,00
8. total de despesas no ano	R\$ 13.416,66
9. total do rendimento financeiros no ano	-
10. saldo no final do ano	R\$ 6.583,34

EMPENHO	NF	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA DE PAGAMENTO
3429-1	7	Cadeira e Mesa	472,00	09/08/2011
3428-1		Tenda	419,00	09/08/2011
2429-1		Violão 6 cordas	548,00	09/08/2011
2628	159	Brinquedos Diversos	202,96	18/08/2011
2627	358	Brinquedos Diversos	142,60	18/08/2011
2653	284	Maquina Costura	2.080,00	19/08/2011
4834	277	Tintas diversas	985,00	19/10/2011
4802	268	Tintas diversas	72,00	19/10/2011
4840	271	Tintas diversas	471,60	19/10/2011
4844	274	Verniz acrilico	40,00	19/10/2011
4845	276	Materias diversos	604,00	19/10/2011
4835	278	Tintas diversas	90,00	19/10/2011
4838	279	Pinceis para artesanato	2.432,00	19/10/2011
4836	275	Tintas diversas	90,00	19/10/2011
5168	294	Tecido e tesoura	130,00	19/10/2011
4843	289	Tesouras	300,00	19/10/2011
4839	290	Termolina	63,00	19/10/2011
4804	291	Corantes	35,00	19/10/2011
5167	293	Renda	200,00	19/10/2011
5166	448	Fita cetim	240,00	11/11/2011
5167-3	406	Linha de Poliester	67,50	11/11/2011
5767-2	317	Tecido 100% algodão	944,00	11/11/2011
4839-2	318	Tecido /Rolo /Tela	2.483,00	11/11/2011
5166-1	328	Fita/Botão e Linha	305,00	11/11/2011

Apêndice 05

CEREST - Acompanhamento do Plano de Ação e Aplicação Regional – 2011

MAPA DE ABRANGÊNCIA



Município	Nº de Habitantes	Município	Nº de Habitantes
Araquari	24.814	Jaraguá do Sul	143.206
Balneário Barra do Sul	8.423	Joinville	515.250
Barra Velha	22.403	Massaranduba	14.668
Campo Alegre	11.748	Rio Negrinho	39.849
Corupá	13.852	São Bento do Sul	74.797
Garuva	14.762	São Francisco do Sul	42.569
Guaramirim	35.186	São João do Itaperiú	3.438
Itapoá	14.775	Schroeder	15.316

Total de 995.056 Habitantes

PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	OBJETIVOS	METAS	ATIVIDADES	PERÍODO	ANDAMENTO	PREVISÃO DE CONCLUSÃO
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	Realizar as ações de vigilância em ambientes e processos de trabalho para eliminar ou diminuir os riscos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.	I- Implementar projeto de vigilância em saúde dos trabalhadores da construção civil em Joinville e Macrorregião;	a) Fiscalização estadualizada em parceria com MPT, MTE, CREA e FUNDACENTRO (Joinville, Blumenau, Jaraguá do Sul, Criciúma e Lajes); b) Fiscalização permanente em 20 empresas de Joinville; c) Check list do perfil do trabalhador da construção civil nas 20 empresas fiscalizadas; d) Encontro com mestres de obra e pedreiros da construção civil de Joinville e Macrorregião.	a) Fevereiro b) Permanente c) Março d) Setembro	REALIZADO	REALIZADO
		II- Implementar projeto de vigilância em saúde dos trabalhadores nos postos de revenda de combustíveis a varejo em Joinville (PRCV);	a) Avaliação da saúde dos trabalhadores em 13 postos; b) Avaliação epidemiológica; c) Suporte técnico às ações estaduais; d) Pactuar a liberação dos exames complementares relacionados ao projeto junto à GUPCAA/GUSR; e) Participar da campanha "Complete o tanque até o automático".	a) Início Fev. b) 4º Trimestre c) Mediante planejamento estadual d) 1º Trimestre e) cfme liberação do estado	REALIZADO	REALIZADO
		III- Dar Continuidade às ações de vigilância em saúde dos trabalhadores do ramo de beneficiamento de mármores e granitos no município de Joinville e na Macrorregião;	a) Monitorar o cumprimento da port. MS 43/09 nas marmorarias de Joinville e Macrorregião; b) Realizar ações educativas nas empresas já vistoriadas aferindo conformidade com recomendações c) Monitorar empresas que não cumpriram recomendações; d) Aplicar o check list em novas empresas instaladas em Joinville (Lei Mun. 5370/05); e) Apresentar resultados das ações realizadas nas marmorarias aos demais municípios da Macro.	a) Permanente b) 1º Semestre c) Permanente d) Conforme demanda e) 2º e 3º Trimestre	REALIZADO	REALIZADO
		IV- Realizar ações de vigilância em saúde dos trabalhadores em ambientes onde ocorreram acidentes e agravos notificados no SINAN conforme portaria MS nº 104/11;	a) Realizar ações de vigilância, educação e fiscalização nos ambientes de trabalho identificados pelo SINAN com acidentes graves e fatais e em empresas com maior incidência de agravos; b) Elaboração de material educativo, informativo e mapas	a) Permanente b) Janeiro	PERMANENTE	PERMANENTE

AÇÃO	OBJETIVOS	METAS	ATIVIDADES	PERÍODO	ANDAMENTO	PREVISÃO DE CONCLUSÃO
SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR	Implantar sistema de informação em saúde dos trabalhadores utilizando dados dos sistemas do SUS e outras bases de dados disponíveis.	V- Realizar vigilância em saúde dos trabalhadores nos municípios da Macro	a) Oferecer suporte técnico "in loco" aos fiscais de vigilância sanitária dos mun.da Macrorregião	a) Permanente	Conforme a demanda	PERMANENTE
		VI- Atingir 85% de denúncias investigadas;	a) Organização do fluxo interno no controle das denúncias recebidas e investigadas	a) Permanente	- X -	PERMANENTE. Até o momento 90% realizadas
		VII- Implementar a notificação/investigação juntamente com o Núcleo de Prevenção à Violência e Acidentes (NPVA);	a) Implantar sistema de notificação online nas unidades sentinelas; b) Capacitar as unidades notificadoras para agravos de notificação compulsória c) Capacitar pessoal para SINAN; d) elaborar material didático-pedagógico.	a) 2º Semestre b) 2º Semestre c) 1º Trimestre d) 1º Trimestre	a) Inviável; b) Realizado; c) Permanente; d) Permanente	REALIZADO
		VIII- Implantar projeto de vigilância em saúde dos trabalhadores nas empresas de beneficiamento de madeiras, móveis e marcenarias no município de Joinville;	a) Levantamento das empresas; b) Encontro com sindicatos c) Formação de equipe técnica; d) Coletar dados em 10 empresas; e) Relatório da 1ª etapa do projeto	a) 1º Semestre b) Junho c) Junho d) 2º Semestre e) Dezembro	Levantamento, com apoio do cadastro imobiliário da PMJ e da SEINFRA.	REALIZADO
		IX- Vistoriar os ambientes de trabalho no ato da instalação de novas empresas no município de Joinville (Lei Municipal 5370/05)	Levantamento mensal	Permanente	- X -	PERMANENTE
		X- Semana de conscientização sobre segurança no trabalho (Lei Municipal nº 6516/2009).	a)25/04/11 Abertura Saúde Mental b)26/04/11 Oficina agravos psicossociais relacionados ao trab.; c)27/04/11 Dia Internacional de Conscientização do ruído; d)27/04/11 Ação educativa com a comunidade em parceria com a rede Angeloni e)28/04/11 Seminário do 1º ano da convenção coletiva de segurança em prensas e similares.	Abril/2011	- X -	REALIDADO
		I- Aquisição/contratação e manutenção de um sistema de informação em saúde do trabalhador;	a) Reunião com TI da SMS; b) Confecção do projeto pela equipe CEREST c) Encaminhar TI para aquisição; d) Encontro com unidades sentinelas.	2011	Aguardando posicionamento da TI quanto a viabilidade de desenvolvimento.	Laudo da informática diz ser inviável. Não realizado
		II- Divulgar as ações em saúde dos trabalhadores realizadas em Joinville e Macrorregião;	a) Solicitar a assessoria de imprensa elaborar o portal para divulgar o CEREST na WEB; b)Solicitação confecção do portal.	Permanente	- X -	PERMANENTE

AÇÃO	OBJETIVOS	METAS	ATIVIDADES	PERÍODO	ANDAMENTO	PREVISÃO DE CONCLUSÃO
AÇÕES PARA FORTALECER O CONTROLE SOCIAL	Incentivar a participação na política de saúde dos trabalhadores pelo controle social (CIST).	III- Adquirir conexão de internet móvel (Tecnologia 3G) para quatro notebooks conectados ao sistema PHAROS.	a) Solicitar compra do chip e modem para conexão 3G; b) Adquirir assinatura do serviço mensal.	1º Trimestre	Incompatibilidade do Pharos com o equip. existente, aguardando aquisição de novos equip. para solicitar hardware adequado.	Não realizado. Consta no planejamento para 2012
		I- Capacitar os membros do controle social, conselhos locais de saúde e sindicatos em saúde dos trabalhadores.	a) Elaborar material didático-pedagógico; b) Promover oficinas em saúde do trabalhador (carga horária de 20h)	a) 1º Trimestre b) 2º Semestre	Material didático está pronto. Estamos agora articulando as oficinas.	Não realizado
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO TRABALHADOR	Capacitar a rede SUS para a realização das ações na área da saúde dos trabalhadores	I- Dar continuidade à especialização em saúde do trabalhador para 35 profissionais da Macro ;	Em andamento	2011	Finalização e apresentação de projetos	Concluído
		II- Capacitar os profissionais da rede do SUS para suspeitar, diagnosticar, notificar e investigar os agravos relacionados à saúde do trabalhador (portaria MS nº 104/2011);	a) Elaborar material didático; b) Planejamento das capacitações pelos profissionais da assistência; c) Gerar encontros periódicos com profissionais da rede d) Distribuição de material educativo para as ações da AB, com apoio do CEREST; e) Agendar visitas às UBSs; f) Sensibilizar a rede para notificar vítimas de agravos e doenças à saúde do trabalhador.	a) Janeiro b) Fevereiro c) Permanente d) 2º Trimestre e) 2º Semestre f) Permanente	a) Material desenvolvido; b) Capacitação dos ACS de 11 à 15 de Julho; c) Permanente; d) Será entregue na cap. dos ACS; e) Agendadas com a AB; f) Permanente.	Realizado
		III- Capacitação para os fiscais da Macrorregião de Joinville em vigilância e saúde dos trabalhadores;	a) Realizar capacitação com aulas teóricas para fiscais da Macrorregião; b) Aulas práticas de vigilância em saúde dos trabalhadores nos municípios de acordo com perfis econômicos.	a) Maio b) Junho	Fiscais terminando a apostila. Atrasos em relação ao cronograma devido à Greve.	Não realizado por não haver interesse por parte do público-alvo. Já fizeram curso de VISAT
		IV- Garantir a participação dos profissionais do CEREST em cursos, congressos, eventos e outros relacionados a saúde e segurança do trabalhador;	a) Participar de encontros, eventos, cursos, seminários, congressos, oficinas relacionadas a saúde do trabalhador em nível municipal, estadual, nacional e internacional.	Permanente	Participação no XXX Encontro I. de Audiologia, Seminário de Segurança e Saúde no setor elétrico, capacit. da SES em SINAN e PRCV.	A medida que as oportunidades surgem, profissionais são encaminhados aos eventos relacionados com a saúde do trabalhador.
	V- Dar continuidade ao Projeto de Prevenção da Perda Auditiva Induzida pelo Ruído nos Futuros Trabalhadores e implantar Projeto de Prevenção à Saúde Auditiva nos Trabalhadores Expostos a Agentes Ototóxicos;	a) Apresentar a metodologia e os resultados à Secret. Educação do Mun. e do Estado para ser desenvolvida em 2011; b) Direcionar este projeto ao adolescente aprendiz das escolas profissionalizantes c) Realizar avaliação auditiva nos trab. expostos aos riscos ototóxicos.	a) Março b) Abril; c) Permanente	- X -	Realizado	

ACÇÃO	OBJETIVOS	METAS	ATIVIDADES	PERÍODO	ANDAMENTO	PREVISÃO DE CONCLUSÃO
AMPLIAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CEREST - CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	Garantir suporte técnico, financeiro e recursos humanos necessários para o desenvolvimento das ações em saúde dos trabalhadores de Joinville e Macrorregião e nas ações e projetos estadualizados.	VI- Confeccionar material didático;	a) Aquisição de material informativo como: cartilhas, banners, cartazes, folders e impressos em geral	a) 1º Trimestre	Feitas pastas com folders dos agravos e de desgaste mental. Em finalização folders do CEREST e dos projetos.	75% do material foi feito no 1º Trimestre. Concluído 1º trimestre de 2012
		VIII- Realizar o III Seminário em Saúde do Trabalhador.	a) Apresentar os resultados dos projetos desenvolvidos pelo CEREST para a Macrorregião, Unidades de Saúde, entidades parceiras e população em geral.	a) Outubro	Locação de espaço, compilação de dados para apresentação, confecção de material gráfico.	Realizado
		I- Contratação de recursos humanos: (01 Médico, 02 TO, 01 Fisioterapeuta, 01 Téc. Enfermagem, 04 Fiscais Sanitaristas, 02 ASP e 01 Estagiário de Comunicação Social)	a) Solicitação de abertura das vagas através do Núcleo de Gestão de Pessoas da Secretaria de Saúde	2011/2012	Não consta no Plano Municipal. Estamos articulando pelo menos a contratação de um profissional médico.	Não realizado por restrições orçamentárias na folha de pagamento da PMJ
		II- Reformar e ampliar a área física do CEREST de acordo com planta IPPUJ, já aprovada pelo MS (R\$144.000,00 Emenda Parlamentar) – Incluindo locação de imóvel para o período das obras;	- x -	2011	Em andamento	2º Semestre de 2012
		III- Adquirir equipamentos de informática;	a) Solicitação de compra de equipamentos e suprimentos.	2011	Feito MI ao setor de compras, aguarda publicação do edital de compra .	Licitação fracassou por desqualificação das empresas participantes
	IV- adquirir mobiliário ergonomicamente adequado de escritório par ampliação do CEREST;	a) Descrição dos mobiliários e equipamentos conforme adequação do projeto de ampliação e reforma; b) Encaminhar ao Patrimônio e à Gerência Financeira da SMS para processo de licitação.	2011	Aguardando conclusão das obras na sede para que seja requisitado mobiliário adequado.	Dependendo da entrega da obra	
ARTICULAÇÃO INTER INSTITUCIONAL E INTRA INSTITUCIONAL	Fomentar parcerias com órgãos e instituições para a realização de projetos, pesquisas e outras ações relacionadas que promovam a saúde do trabalhador.	I-Realizar parcerias com órgãos interinstitucionais e intrainstitucionais: Universidades e Secretarias Municipais para implantação dos novos projetos, com base nas diretrizes do CEREST Estadual (Marcenarias, PRCV, Construção Civil e Saúde Mental);	a) Agendar reuniões com as entidades parceiras para apresentar as propostas.	2011	Marcenarias, PRCV e Construção Civil está sendo firmado parcerias com MPT, MTE, Vigilância Sanitária Estadual, FUNDEMA, Seinfra e Secretaria de Desenvol., Universidades, sindicatos. Saúde Mental buscando maior interação com a rede através do grupo de condução em saúde mental.	PERMANENTE

AÇÃO	OBJETIVOS	METAS	ATIVIDADES	PERÍODO	ANDAMENTO	PREVISÃO DE CONCLUSÃO
		II- Dar prosseguimento aos projetos já em andamento no serviço;	a) Agendar reuniões com as entidades parceiras para apresentar as propostas.	2011	Projetos como PAIR, Silicose, LER/DORT são acompanhados pela equipe multidisciplinar do CEREST.	PERMANENTE
		III- Proporcionar espaço para estágio curricular obrigatório e desenvolvimento de pesquisas com profissionais do CEREST.	a) Agendar reuniões com as entidades parceiras para apresentar as propostas.	2011	O CEREST conta com 1estagiária de psicologia concursada e oferece estágio curricular obrigatório não remunerado para 7 alunos da UNIVILLE e ACE.	Concluído no final do ano.