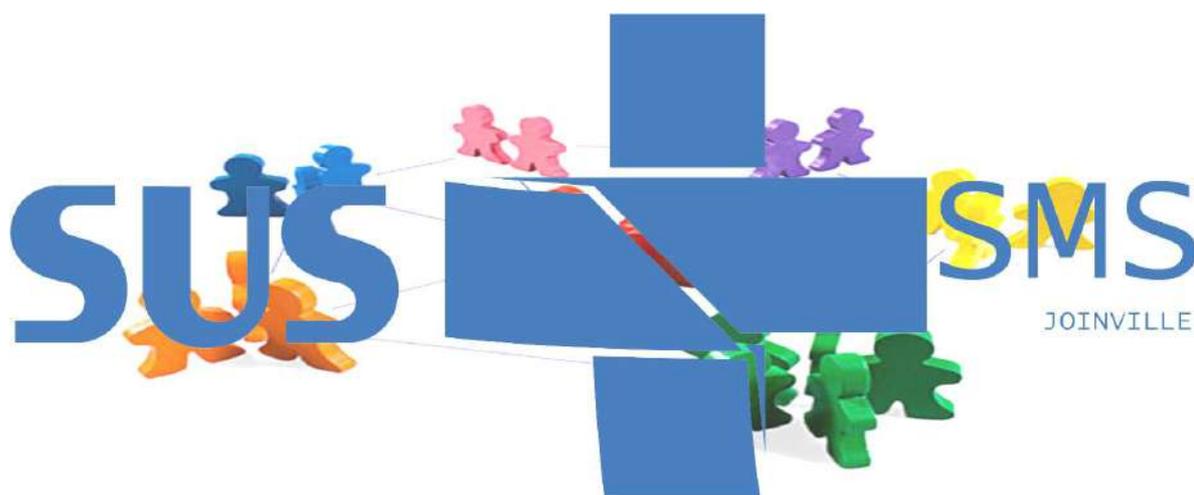




Prefeitura Municipal de Joinville
Secretaria Municipal da Saúde
Sistema Único de Saúde



RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2012

GOVERNO MUNICIPAL DE JOINVILLE

Udo Döhler

Prefeito de Joinville

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Armando Dias Pereira Junior

Secretário Municipal da Saúde

Marlene Bonow Oliveira

Diretora Executiva

Eduardo Hudson Amaral

Gerente da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria

Hamilton Augusto do Nascimento

Gerente de Unidade Administrativa e Financeira

Jeane Regina Vanzuitein Vieira

Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde

Jusmara do Rocio Maciel da Hora

Gerente da Unidade de Serviços de Referência

Tânia Bettina Monich Jorge

Gerente da Unidade de Atenção Básica

Missão da Secretaria Municipal da Saúde

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

Visão da Secretaria Municipal da Saúde

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

Agradecimentos

Durante o ano de 2012, participaram da gestão:

Sra. Antonia Maria Grigol - Secretária de Saúde de fevereiro a dezembro/2012

Dr. Tarcisio Crocomo – Secretário de Saúde até fevereiro /2012

Dr. Adônis Rogério Rosar - Diretor Executivo até fevereiro/2012

Dr. Armando Vieira Lorga – Diretor Executivo de fevereiro a maio/2012

Dr. Niso Eduardo Balsini - Diretor Executivo de maio e dezembro/2012

Sra. Michele de Souza Andrade – Gerente da Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação e Auditoria

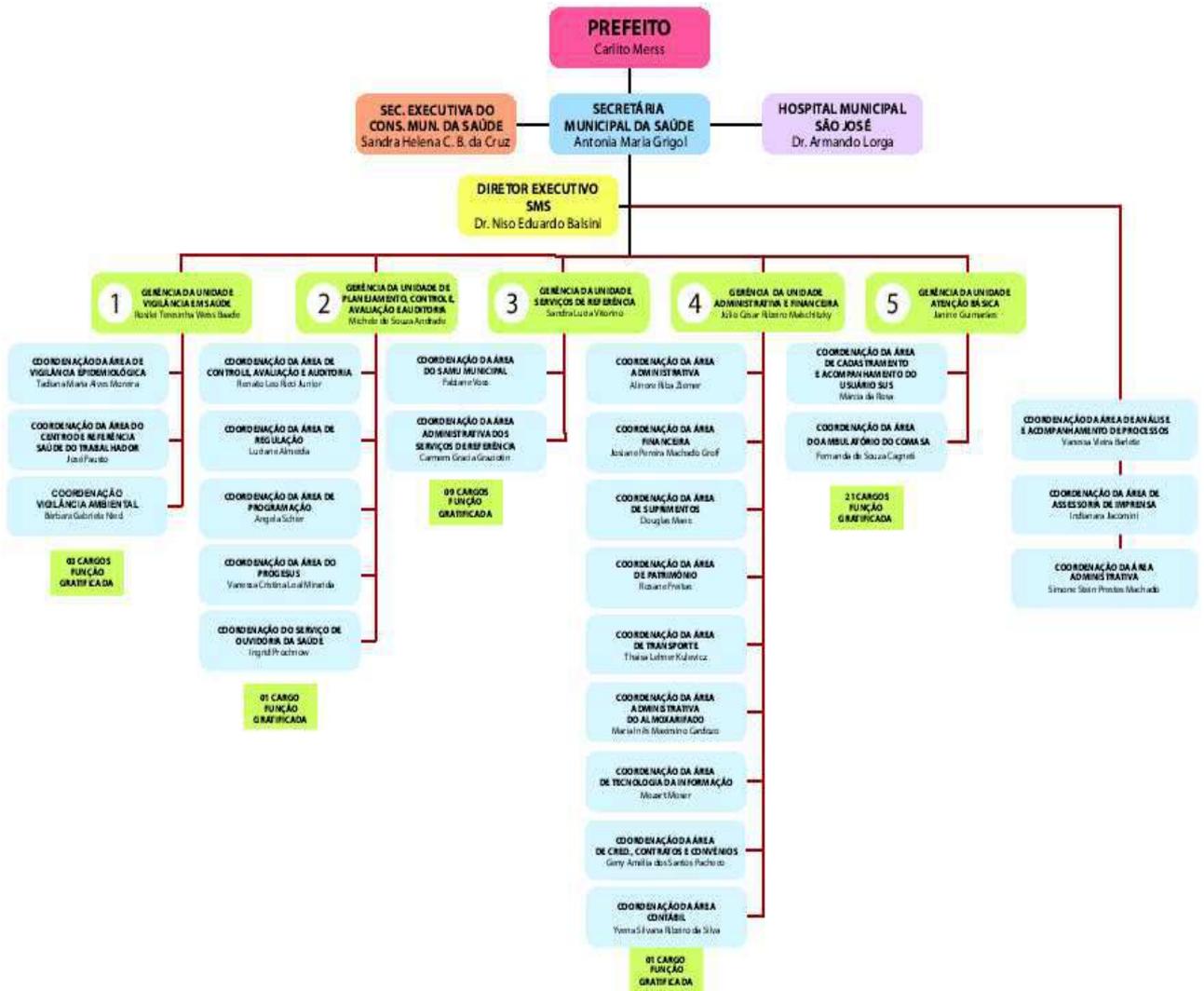
Sra. Janine Guimarães - Gerente da Unidade de Atenção Básica

Sra. Sandra Lucia Vitorino, Sr. Júlio César Ribeiro Malschitzky e Sr. Agostinho Rosa - Gerentes da Unidade de Serviços de Referência

Sra. Rosilei Teresinha Weiss Baad - Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde

Sr. Júlio César Ribeiro Malschitzky, Sr. Vilson Meier e Sra. Maria Marlete R. Brittes - Gerentes de Unidade Administrativa e Financeira

ORGANOGRAMA 2012 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE JOINVILLE

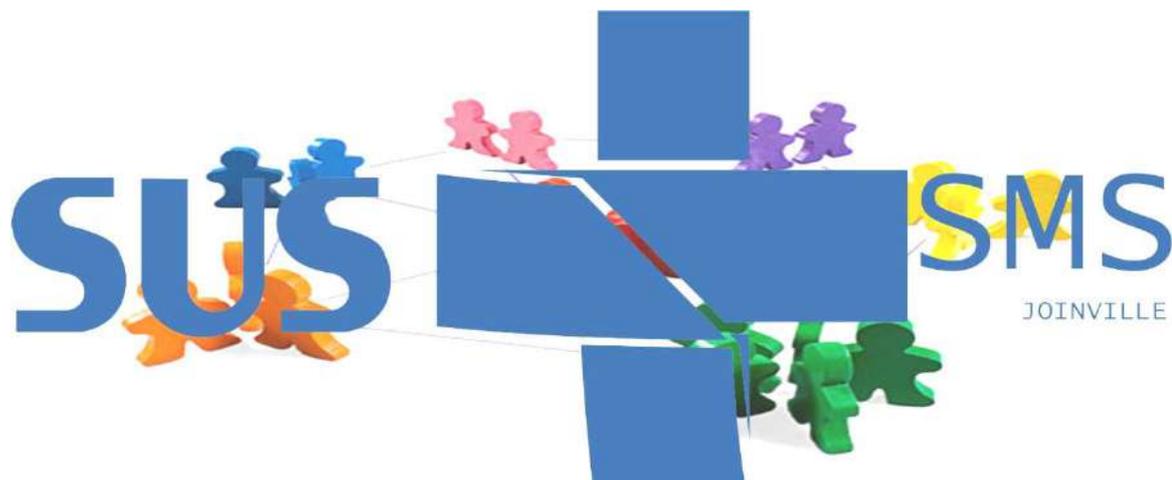


Gerências e Coordenações em 2012

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Coordenador Administrativo do Gabinete	Simone Stein Prestes Machado
Coordenação de Análise e Acompanhamento de Processos	Vanessa Vieira Barlete
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 da Rosa Goulart
Coordenador do Cadastramento e Acompanhamento do Usuário	Marcia da Rosa
Coordenação Regional Aventureiro	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	Maria Magdalena B. Gayoso Neves
Coordenação Regional Pirabeiraba	Ignêz Clarisse S. Moreira
Coordenação Regional Vila Nova	Janaína Martins
Coordenação Ambulatório Aventureiro	Claúdia A. Cassis de Oliveira
Coordenação Ambulatório Bakitas	Roseli Barbosa Rosa
Coordenação Ambulatório Bom Retiro	Cleonice B. Correa Siccardi
Coordenação Ambulatorial do Bucarein	Leila C. Moraes Mautone
Coordenação Ambulatório Comasa	Fernanda de Souza Cagneti
Coordenação Ambulatório CSU Iriú	Patricia Frazão Sheffer de Mello
Coordenação Ambulatório Fátima	Daiane Gambeta Fuchter
Coordenação Ambulatório Glória	Marilda Maestri
Coordenação Ambulatório Itaum	Viviane Karina Korovsky
Coordenação Ambulatório Parque Joinville	Laureano Di Domenico
Coordenação Ambulatório Petrópolis	Lisandra de Almeida Nunes
Gerência da Unidade de Vigilância à Saúde	Rosilei Teresinha Weiss Baad
Coordenação da Área de Vigilância Ambiental	Bárbara Gabriela Nied
Coordenação do Centro Referência Saúde do Trabalhador	José Fausto
Coordenação Técnica de Patologia Clínica	Ariane A. Hoffmann de Barro
Coordenação da Unidade Sanitária	Halina Temothio
Coordenação da Vigilância Epidemiológica	Tadiana M. Alves Moreira
Coordenação da Vigilância Sanitária	Mara Lucia Monteiro
Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	Michele de Souza Andrade
Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria	Renato Leo Ricci Jr.
Coordenação de Ouvidoria da Saúde	Ingrid M. Zimmer Prochow
Coordenação PROGESUS	Vanessa Cristina Leal Miranda
Coordenação de Programação	Angela Schier
Coordenação de Regulação	Luciane Almeida
Gerência da Unidade de Serviços de Referência	Sandra Lucia Vitorino
Coordenação Área Administrativa dos Serviços de Referência	Carmem Gracia Graziotin
Coordenação Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I	Marlise Bittencourt
Coordenação Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II CAD	Shirlei Vicente dos Santos
Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD	Nasser Haidar Barbosa
Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III	Ana Lúcia Alves Urbanski
Coordenação Centrinho	Vivian Amaral Nogueira Cavalleri
Coordenação Especialidade Médica – PAs	Adriano Eduardo Rosa Cassiano Gonçalves Ucker Marcelo da Rosa Prates
Coordenação Especialidade Odontológica – PAs	Dionete Alles Silva
Coordenação do NAIPE	Eduardo H. Amaral
Coordenação Policlínica Boa Vista	Maires Betina Jung

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Coordenação de Pronto Atendimento 24 horas	Maria Solange Alves
Coordenação do SAMU Municipal	Reginaldo Kolatzki
Coordenação Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS)	Ana Lúcia Furtado
Gerência da Unidade Administrativa e Financeira	Júlio Malschitzky
Coordenação Administrativa	Alinore Riba Ziemer
Coordenação da Área Contábil	Yvena S. Ribeiro da Silva
Coordenação da Área Financeira	Josiane Pereira Machado
Coordenação da Área de Suprimentos	Douglas Maes
Coordenação do Almoxarifado	Maria Inês Maximino Cardozo
Coordenação Centro de Abastecimento Farmacêutico – CAF	Janaína Pravato Vicente
Coordenação de Credenciamento, Contratos e Convênios	Geny Amélia dos Santos Pacheco
Coordenação de Patrimônio	Rosane Freitas
Coordenação de Tecnologia de informação	Mozart Moser
Coordenação de Transportes	Tháisa Lehner Kulevicz

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



Marlene Bonow Oliveira
Diretora Executiva

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 em Oncologia
CAD - Centro de Atenção Diária
CAIC - Centro de Atenção Integral a Criança e Adolescente
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CDR - Conselho de Desenvolvimento Regional
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública
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
PA - Pronto Atendimento
PAAS - Posto de Atendimento Ambulatorial de Saúde
PAM - Posto de Atendimento Médico
PAPS - Pronto Acolhimento Psicossocial
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMCT - Programa Municipal de Controle do Tabagismo
PPI - Programação Pactuada Integrada
SDR - Secretaria de Desenvolvimento Regional
SIAVO – Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia
SIPAC - Sistema de Informação de Procedimento de Alto Custo
SOIS - Serviço Organizado de Inclusão Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TDO - Tratamento Diretamente Observado
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 da 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	24
4.3. Serviços de Emergência, Pronto Atendimento e Hospitalares	25
4.4. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	25
5. Programação Anual	26
5.1. Notas Técnicas	26
Eixo 1 – Condições de Saúde da População	27
Área Estratégica – Saúde do Idoso	27
Área Estratégica – Saúde do Adulto	28
Área Estratégica – Saúde da Mulher	32
Área Estratégica – Saúde do Jovem	36
Área Estratégica – Saúde da Criança	37
Área Estratégica – Vigilância em Saúde e Controle de Endemias	42
Área Estratégica – Saúde Bucal	59
Área Estratégica – Grupos Vulneráveis	63
Eixo 2 – Determinantes e Condicionantes da Saúde	68
Eixo 3 – Gestão em Saúde	73
Estratégia Fortalecer a Atenção Básica	73
Estratégia Qualificar a Gestão do Trabalho	86
Estratégia Informatizar a Rede Assistencial	88
Estratégia Organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência	89
Estratégia Descentralização e Integração da Vigilância em Saúde	91
Estratégia Fortalecer a Gestão Pública em Saúde	93
6. Serviço de Ouvidoria do SUS	100
7. Obras Previstas no Plano Pluri-Anual PPA.	101
8. Orçamento	102
8.1. Receitas Orçamentárias	103
8.2. Receitas Orçamentárias - Resumido	104
8.3. Despesas Orçamentárias	104
8.4. Assistência Ambulatorial, Hospitalar, Outros Serviços e Encargos	104
8.5. Situação Financeira	104
9. Comentários Finais	105
10. Apêndices	107
Apêndice 1 - População Residente por Unidade de Saúde	108
Apêndice 2 - Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil	110
Apêndice 3 - Resoluções do Conselho Municipal de Saúde	118
Apêndice 4 - Demonstrativo de Gastos de Programas - Verbas Específicas	122
Apêndice 5 – Relatório do Projeto Violências e Acidentes	125
Apêndice 6 – Relatório do Plano de Ação de Vigilância Ampliada da Influenza	129

Palavras da Secretária Municipal da Saúde no período – Gestão 2012

A Secretaria Municipal da Saúde Joinville apresenta o Relatório Anual de Gestão Exercício de 2012, referente ao terceiro ano de execução do Plano Municipal de Saúde de Joinville 2010-2013. Este representa muito mais do que preceito legal, significa respeito e compromisso com os usuários e trabalhadores do SUS.

Este relatório contém as informações resultantes das estratégias, metas e ações definidas e executadas na Programação Anual de Saúde 2012, as prioridades indicadas no Termo de Compromisso de Gestão, os resultados alcançados e a análise das informações, sempre visando dar o norte necessário para o aprimoramento.

Fica evidente a importância dos instrumentos de gestão para o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município. É inegável sua evolução sistemática e contínua ao longo dos anos, inclusive como meio importante para mudança de cultura e paradigma. Percebe-se maior adesão de gestores e técnicos no cumprimento de seu papel de tornar pública a aplicação dos recursos nas ações de saúde no município de Joinville, entretanto, reconhecemos que ainda há um longo caminho até atingirmos o estágio ideal.

Desta forma, agradeço a todos que contribuíram para a elaboração do Relatório Anual de Gestão 2012.

Antonia Maria Grigol

Secretária Municipal da Saúde no ano de 2012

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, 1.229 de 24 de maio de 2007, 3.176 de 24 de dezembro de 2008, 2.751 de 11 de novembro de 2009 e 575 de 29 de março de 2012.

O Relatório Anual de 2012 classifica os indicadores de saúde nos 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 2012 da Secretaria Municipal da Saúde compreendeu 104 indicadores do Plano Municipal de Saúde, propostos pela própria Secretaria que permitiram às diversas gerências monitorar e avaliar o desempenho da gestão.

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

2. População

Segundo o IBGE a população do município em 2011 era de 520.905 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, 2011

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total	%
Menor de 1 ano	3601	3440	7041	1,35%
1 a 4 anos	14255	13366	27621	5,30%
5 a 9 anos	18183	17453	35636	6,84%
10 a 14 anos	21667	21000	42667	8,19%
15 a 19 anos	22994	22178	45172	8,67%
20 a 29 anos	50297	48031	98328	18,88%
30 a 39 anos	43535	43773	87308	16,76%
40 a 49 anos	37779	39338	77117	14,80%
50 a 59 anos	26370	27746	54116	10,39%
60 a 69 anos	12541	14519	27060	5,19%
70 a 79 anos	5499	7794	13293	2,55%
80 anos e mais	1827	3719	5546	1,06%
Total	258548	262357	520905	100,00%

FONTE: IBGE - população 2011. Acesso em dezembro /2012.

3. Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde

3.1. Gabinete

Secretário Municipal da Saúde

Diretor Executivo

Coordenador da Área Administrativa: Assessora diretamente ao Secretário e Diretor Executivo da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville, promovendo ações de apoio à 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 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. Realiza pedidos de ressarcimentos contra o Estado de Santa Catarina e União dos custos despendidos com o cumprimento das ordens judiciais. Papel consultivo para questões internas da

Secretaria Municipal da Saúde. Responde aos questionamentos do Ministério Público Estadual, Federal, Conselho Tutelar, entre outros órgãos judicantes.

Coordenador 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 assessoria direta ao Secretário Municipal da Saúde nas questões relacionadas com a imprensa, tendo como premissa estreitar a relação destes com a SMS. O setor também é responsável pela produção de arte para materiais gráficos, folders, banners, cartazes e pela clippagem de todas as informações sobre a SMS veiculadas na imprensa (clipping).

Secretaria Executiva do Conselho Municipal 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.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem como objetivo implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social da saúde e a atuação na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde.

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.

As deliberações do CMS em 2012 encontram-se listadas no **Apêndice 3**.

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: Monitora o 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.

Estabelece um canal ágil e direto de comunicação entre o cidadão usuário (SUS) Sistema único de Saúde e o órgão público, buscando 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.

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 Infante 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 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 intelectual, 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 – Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia: Atendimento domiciliar que fornece oxigênio a pacientes portadores de insuficiência respiratória e outras doenças que cursam com distúrbios respiratórios graves resultando na desospitalização desses pacientes; ou pacientes que necessitam de suporte

ventilatório não invasivo por doenças neuromusculares ou por síndrome de apnéia obstrutiva do sono.

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.

Residência Terapêutica I - Moradia para portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS ou egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal).

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 3 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. Participa das ações educativas e capacitações programadas para a Rede. As ações são realizadas por equipe multi e interdisciplinar. Está sob a responsabilidade desta coordenação o acompanhamento dos 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, 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 de Saúde. 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 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)

As funções da Gerência da Unidade de Vigilância em Saúde incluem a articulação político-administrativa para o desenvolvimento de programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis de relevância municipal, como AIDS, dengue, hepatites virais, doenças imunopreveníveis, hanseníase e tuberculose, e do desenvolvimento das ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI); investigação de surtos de doenças; interface com a rede municipal e regional de laboratórios de saúde pública; alimentação de sistemas de informação de mortalidade, agravos de notificação obrigatória e nascidos vivos, realização de inquéritos de fatores de risco, coordenação de doenças e agravos não-transmissíveis e análise de situação de saúde, incluindo investigações e inquéritos sobre fatores de risco de doenças não transmissíveis, zoonoses, causa de óbito mal definidas, saúde ambiental e do trabalhador.

Coordenação de Vigilância Epidemiológica/Imunização/Serviço de Verificação de Óbitos/Núcleo de Prevenção de Violência e Acidentes: 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 utilizados para o tratamento destes agravos e Pólo de Aplicação de Medicamentos para tratamento das Hepatites Virais.

Coordenação de Vigilância Sanitária e Ambiental e Inspeção Veterinária: Realiza orientação e fiscalização quanto ao cumprimento das leis Municipais, Estaduais e Federais no que tange à estrutura física e ambiental dos estabelecimentos das áreas de interesse da saúde (farmácias, clínicas, abatedouros, motéis, etc.). Orientação, prevenção e educação no que concerne ao aspecto higiênico-sanitário e a garantia da procedência dos produtos e serviços na preservação de suas qualidades visando a 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 e é o responsável pela orientação técnica aos profissionais de saúde da rede assistencial do município de Joinville e para os demais municípios da macrorregião.

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, atuando como regulador do mercado no âmbito do SUS e realizando exames vinculados a vigilância em saúde, em especial DST/HIV/AIDS/HV.

3.3. Profissionais de Saúde

Atualmente há 2.887 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, 2012

Unidade	Número de profissionais	%
Gabinete da Secretaria da Saúde	39	1,4
Unidade de Atenção Básica	1609	55,7
Unidade de Vigilância em Saúde	293	10,2
Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	80	2,7
Unidade de Serviços de Referência	761	26,4
Unidade Administrativa e Financeira	105	3,6
TOTAL	2887	100,0

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – 05 dezembro 2012

Tabela - Distribuição das categorias profissionais da SMS Joinville, 2012

Profissionais	Total	Profissionais	Total
Administrador	01	Estagiário Nível Médio	-
Agente Administrativo I Contínuo	01	Estagiário Nível Superior	8
Agente Administrativo	173	Farmacêutico	51
Agente Comunitário de Saúde	543	Fiscal	29
Agente de Combate a Dengue	54	Fisioterapeuta	10
Agente de Consultório Dentário	77	Fonoaudiólogo	16
Agente de Laboratório	22	Gerente de Unidade	5
Agente de Saúde II – Aux. Enferm.	218	Médico	409
Agente de Saúde Pública	317	Médico Veterinário	05
Agente de Serviços Gerais	08	Motorista	56
Agente Operacional I - Servente	18	Nutricionista	09
Analista Administrativo	02	Odontólogo	160
Analista de Tec. Informação	01	Pedagogo	07
Assistente Administrativo	36	Pedreiro	01
Assistente Social	19	Programador	01
Contador	02	Psicólogo	50
Coordenador I	8	Secretario de Saúde	01
Coordenador II	02	Técnico	330
Diretor Executivo	01	Telefonista	02
Economista	01	Terapeuta Ocupacional	34
Enfermeiro	200		
Engenheiro	3		

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – 05 dezembro 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 55 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>	
Aventureiro	02	02	04	08
Centro	01	01	04	06
Comasa	02	01	05	08
Costa e Silva	-	02	06	08
Fátima	-	04	-	04
Floresta	01	-	06	07
Jarivatuba	01 (mista)	-	05	06
Pirabeiraba	-	01	03	04
Vila Nova	-	02	02	04
TOTAL	07	13	35	55

FONTE: Cadastramento e Acompanhamento do usuário SUS/ GUAB/SMS – janeiro 2013.

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)	120.875	23,21%
EACS	203.539	39,07%
ESF	196.491	37,72%
Total	520.905	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 Regionais: 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 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, 2012

Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos não SUS	Total
a. HRHDS	271	0	271
b. HMSJ	245	0	245
c. MDV	138	0	138
d. HJAF	166	--	166
e. Hospital Bethesda	32	--	32
f. CH Unimed	-	159	159
g. Hospital Dia de Olhos Sadalla	--	4	4
h. Dona Helena	-	133	133
Total	852	296	1.148

FONTE: CNES/DATASUS – MS, 15 de maio de 2013.

4.4. Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

Os exames de patologia clínica são realizados no laboratório municipal que atende cerca de 50% da necessidade dos usuários do SUS. Os demais são realizados em laboratórios privados contratados e Hospitais no atendimento de Emergência. Além disso, há 8 postos de coleta de exames laboratoriais descentralizados nas seguintes unidades de saúde: Saguacú, Floresta, Bucarein, Jarivatuba, Comasa, Edla Jordan, 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 2012 compreende 103 indicadores de saúde cujos resultados alcançados e análise são aqui apresentados em gráficos segundo os quadrimestres.

5.1. NOTAS TÉCNICAS

1. Para os indicadores envolvendo população residente, adotou-se a estimativa de população publicada pelo IBGE, com o total de 520.905 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'). Dessa forma, consegue-se fechar os dados de dezembro no mês seguinte (janeiro) e encerrar o relatório de gestão dentro do prazo legal;
3. Os indicadores envolvendo os Sistemas de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC) contemplam registros tardios, realizados por 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).
4. Durante o ano de 2012, foi fechada a extensão do Km 12, cujas atividades eram realizadas conjuntamente com a Unidade de Saúde do Vila Nova (Regional Vila Nova) reduzindo o total de unidades de 56 para 55, entretanto, considerou-se para fins de programação anual até o final do ano, 56 unidades básicas de saúde. A partir de 2013, serão contabilizadas 55.

EIXO 1 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde do Idoso

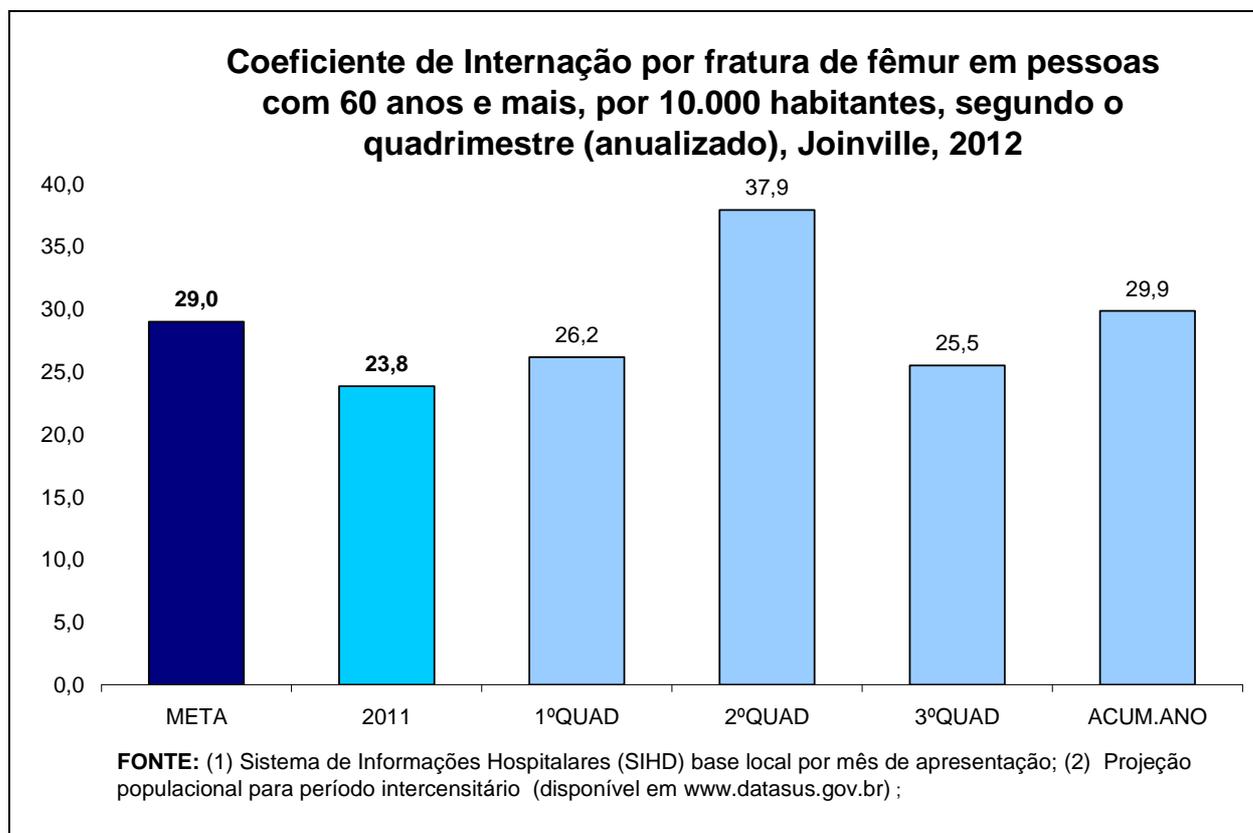
OBJETIVO: Desenvolver uma política de saúde para o idoso

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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.	$137 \times 10.000 / 45872$	29,9	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



A implantação do programa Saúde do Idoso não avançou em função da pouca efetividade da comissão de trabalho uma vez que as ações propostas são intersetoriais e, assim, dependem do envolvimento e participação de outros segmentos da sociedade. Em função da complexidade do programa, salientamos

entretanto que iniciou-se a elaboração do protocolo de atenção ao idoso. Ainda assim, a Secretaria da Saúde realiza atendimento prioritário aos idosos, porém as ações não estão normatizadas com fluxos bem definidos dentro da lógica das linhas de cuidado. Na atualidade, a proposta de organizar Redes de Atenção tem sido considerada prioritária pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, a Secretaria deverá rever os programas de saúde existentes e os grupos populacionais para os quais ainda não há programas específicos instituídos (idosos, adolescentes, homem), adequando-os dentro desta visão. Quanto ao coeficiente de internação por fratura de fêmur, o indicador foi superior ao de 2011 (23,8%). Vale ressaltar que este indicador está apenas sendo monitorado no momento e as ações que poderiam ter um impacto sobre ele são de caráter preventivo, visando a redução de riscos e focadas nos acidentes domésticos (principal local de quedas de idosos), na melhoria das calçadas públicas (responsabilidade da SEINFRA), entre outras. Fica assim evidente o caráter intersectorial que a proposta deve ter, ultrapassando o escopo do setor de saúde.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implantar o Programa de Saúde do Idoso	UAB, USR, UVS	prejudicada
Criar indicadores para avaliação do Programa Saúde do Idoso e acompanhá-los	CS.Idoso	prejudicada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

Necessidade de rever os processos de gestão para reduzir a fragmentação dos mesmos, articulando as intervenções das diversas gerências e mobilizando outras áreas da Prefeitura. Construir esse processo leva tempo.

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde do Adulto

OBJETIVO: Reduzir a morbi-mortalidade entre adultos.

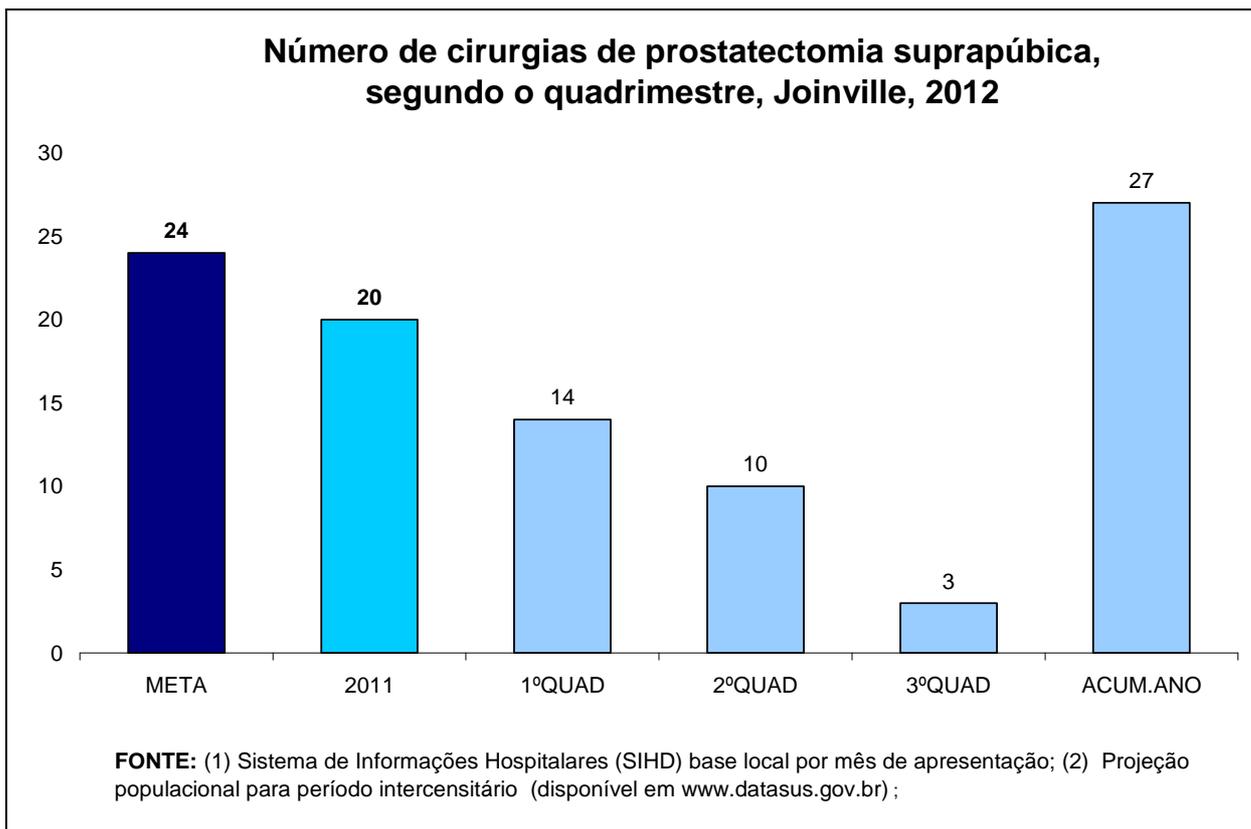
DIRETRIZ 1: Integrar as ações de promoção e assistência à saúde do homem

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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)		-	SET10	
Número de cirurgias de prostatectomia suprapúbica	Número de cirurgias de prostatectomia suprapúbica em residentes	27	27	24	
Coeficiente 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	26 X 10.000 / 218575	1,2	2,9	
Coeficiente 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	335 X 10.000 / 218575	15	7,1	

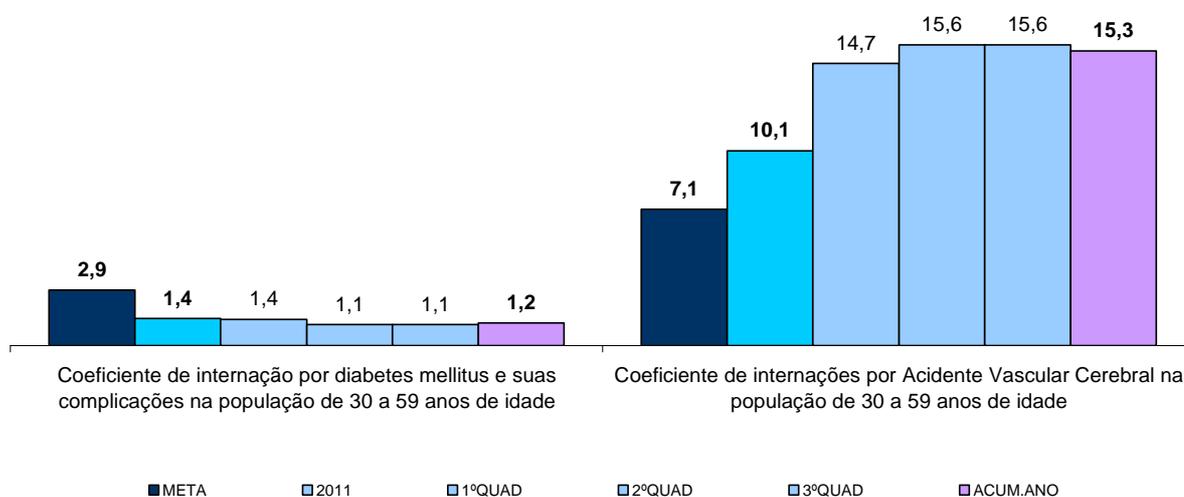
BASE/FONTE: (1) UPCA/Programação: Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; (2) DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br); (3) UAB\ Relatório do HIPERDIA

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



Programa de Saúde do Homem: Desde agosto o município instituiu a semana de Saúde do Homem com ações realizadas em parceria com a Polícia Militar, foram atendidos 600 homens com aferição de pressão arterial, glicemia capilar e vacinação, além de atividades educativas e de orientação em saúde. Este foi o segundo ano de parceria, o que permitiu identificar riscos e necessidade de acompanhamento deste público-alvo, encaminhando-os para atendimento nas Unidades de Saúde. Foi revisado e precisa ser validado o Protocolo de Acolhimento, que prevê agendamento de consultas, já ocorrendo em algumas Unidades, o que tem possibilitado acesso ao homem no atendimento da Unidade de Saúde.

Coeficiente de Internação por complicações de DM e por AVC em pessoas com 30 a 59 anos por 10.000 habitantes, segundo o quadrimestre (anualizado), Joinville, 2012



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

INTERNAÇÕES DM: Quanto ao monitoramento das internações por Diabetes Mellitus, a meta estimada foi alcançada. Apesar deste indicador refletir indiretamente a qualidade assistencial ao DM, não se pode afirmar unicamente a partir dele que há um bom controle ambulatorial no acompanhamento realizado pela Atenção Básica, visto que ele pode estar sub-registrado no SIH. Também está sendo realizado matriciamento na especialidade de Endocrinologia, atualmente com 4 endocrinologistas. O matriciamento ocorre com médicos clínicos que atuam nas unidades básicas de saúde e está propiciando a melhoria dos encaminhamentos, redução do tempo de espera para a especialidade e maior resolutividade das equipes, além da revisão do protocolo de Diabetes Mellitus, que está em fase de conclusão e deverá passar por consulta pública para validação e implantação.

INTERNAÇÕES AVC: historicamente o indicador de internação por AVC fica acima da meta estabelecida, sendo necessária uma revisão, baseada na série histórica do comportamento do indicador. Verifica-se dificuldade semelhante em todo o Estado, o que sugere um comportamento estatístico próprio da doença ou uma questão de ordem de metodologia de interpretação estatística. Além disso, temos um Hospital referência em AVC que atende a região Nordeste e Norte de Santa Catarina, o que certamente influi na maior demanda por este serviço.

Algumas ações foram realizadas para melhorar o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, um importante fator de risco para AVC. Como exemplo, pode-se citar a estratégia de matriciamento, hoje realizada por 3 cardiologistas que vão até as Unidades para discussão de casos clínicos, dentro da proposta de Educação Permanente para o Serviço. Os resultados mostram uma melhoria dos encaminhamentos e da resolutividade das equipes, bem como maior agilidade para os casos mais urgentes e ainda a revisão do protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Foi realizada capacitação na Linha Guia de HAS para todos os profissionais da Atenção Básica (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, estes últimos com revisão da técnica de aferição de PA) e capacitação para os médicos em leitura e interpretação do exame de eletrocardiograma (ECG), visando mudança em sua abordagem e maior cobertura da faixa de população de maior risco.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Elaborar o Programa de Saúde do Homem	CS.Homem	prejudicada
Implantar o Programa de Saúde do Homem	UAB, USR, UVS	prejudicada
Criar indicadores para avaliação do Programa Saúde do Homem e acompanhá-los	CS.Homem	prejudicada
Atualizar e validar o Protocolo de Diabetes	C.Protocolo HAS e DM	concluída
Implantar o Hiperdia a partir do sistema de apontamento ambulatorial existente em todas as UBS	TI	descontinuada
Discutir intersetorialmente a elaboração do Plano de Ação para o controle das (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) DANTs de Joinville	UVS\ V.Epidemio	encaminhada
Elaborar diagnóstico situacional sobre hipertensão arterial e doenças cardiovasculares	UVS\ V.Epidemio	não encaminhada
Organizar a vigilância e controle de DANTs nos diferentes níveis assistenciais da rede de saúde: doenças neoplásicas, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares	UVS\ V.Epidemio	encaminhada
Articular com outras instituições da sociedade civil o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção das DANTs	UVS\ V.Epidemio	encaminhada
Monitorar os laboratórios de diagnóstico patológico na alimentação contínua do diagnóstico das neoplasias	UVS\ V.Epidemio	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

Saúde do Homem: A implantação do programa Saúde do Homem avançou pouco em função da troca de profissional responsável, havendo descontinuidade das ações. Um novo técnico iniciou suas atividades em outubro deste ano e está responsável pelo programa, reorganizando as ações para articulação e implantação do mesmo. Deverá estar inserido na proposta de Redes de Atenção.

Protocolo de Diabetes: A Linha Guia de Diabetes está concluída necessitando passar por consulta pública para validação e implantação.

HIPERDIA: a implantação de um programa que forneça dados sobre o acompanhamento dos pacientes hipertensos e dos diabéticos deverá ocorrer com a informatização da rede assistencial da SMS. Será implantado o prontuário eletrônico com um módulo que registra a produção ambulatorial das unidades. Embora a informatização estivesse nos planos para ocorrer em 2012, com a mudança de cenário, a gestão priorizou a informatização da assistência farmacêutica.

DANT: Foi realizada discussão intersetorial para se tentar unificar os Bancos de Dados sobre acidentes de trânsito (SAMU, Bombeiros, Polícia Militar e ITTRAN). Houve intensificação da notificação das violências em toda rede municipal.

HIPERTENSÃO: está sendo realizado o matriciamento nas UBS.

TABAGISMO: Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT): tem por objetivo reduzir a prevalência de tabagistas no município e conseqüentemente a morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Este programa iniciou em 2005 sendo que até dezembro de 2012, 1.419 pessoas inscreveram-se para fazer o tratamento e 529 pararam de fumar. Até dezembro de 2012, 40 unidades básicas implantaram o tratamento, além destas, o Programa também está implantado no Hospital Municipal São José e no Ambulatório do Servidor Público.

NEOPLASIAS: Foi realizada reunião com laboratório para fortalecimento da alimentação do Sistema Vigilantes (notificação das neoplasias no momento do diagnóstico).

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde da Mulher

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

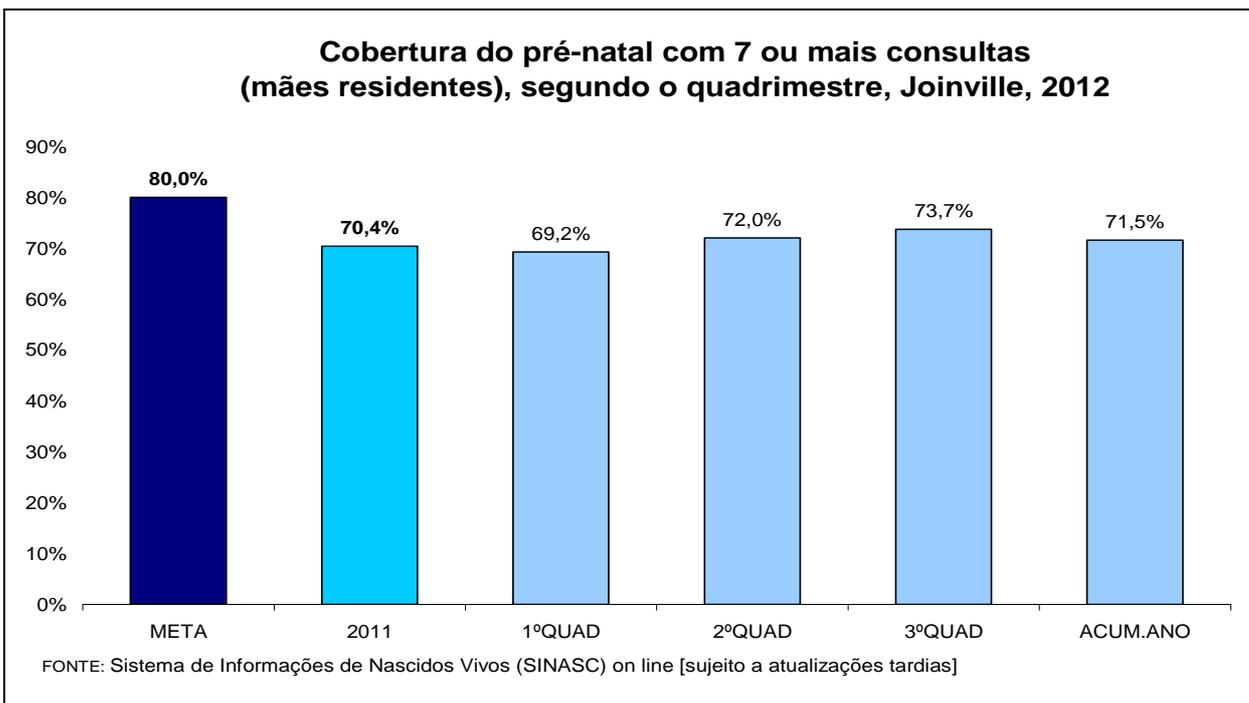
DIRETRIZ 1 – Aperfeiçoar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério

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

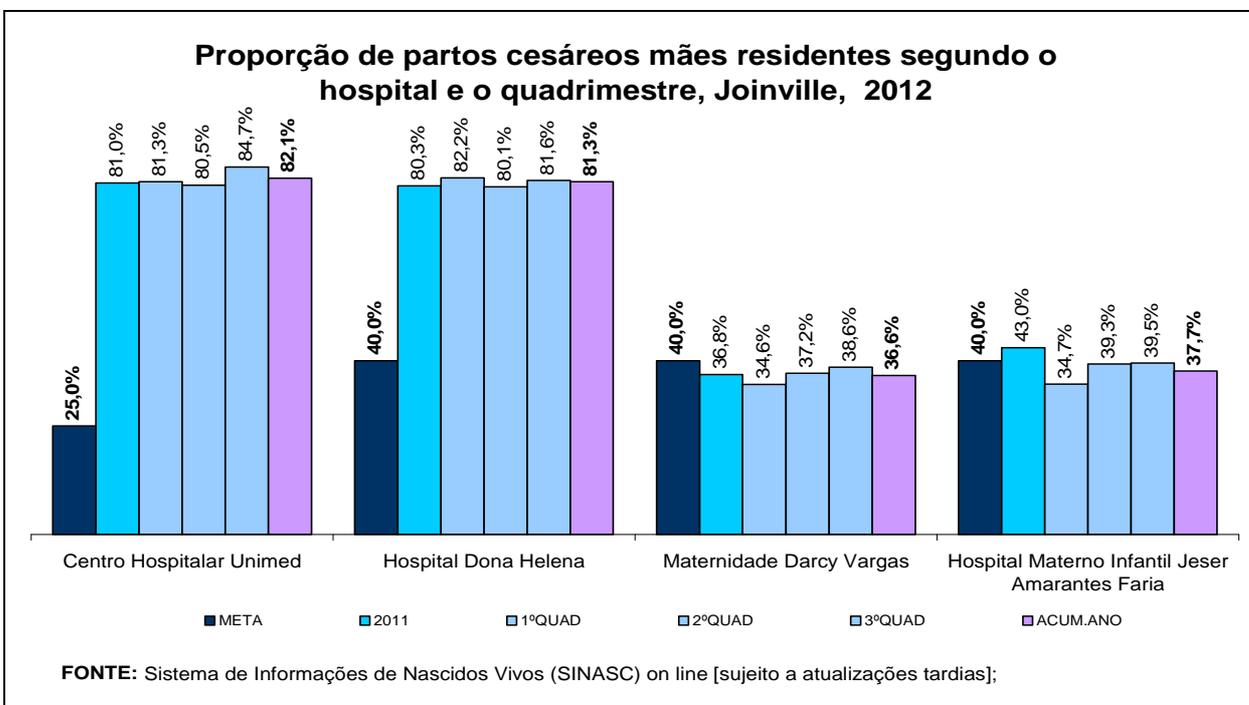
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AValiação
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Número de nascidos vivos de mães residentes com 7 ou mais consultas de pré-natal X 100% / Número de nascidos vivos de mães residentes	5643 X 100% / 7887	71,5%	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	4380 X 100% / 7887	55,5%	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	17284/ 42215	41%	40%	😊
Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina nesta faixa etária.	Número de exames citopatológicos cervico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 64 anos/ Total de mulheres residentes de 25 a 64 anos	31183/ 143948	21,7%	30%	☹️
Percentual de tratamento/seguimento 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.	150 X 100% / 198	75,8%	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

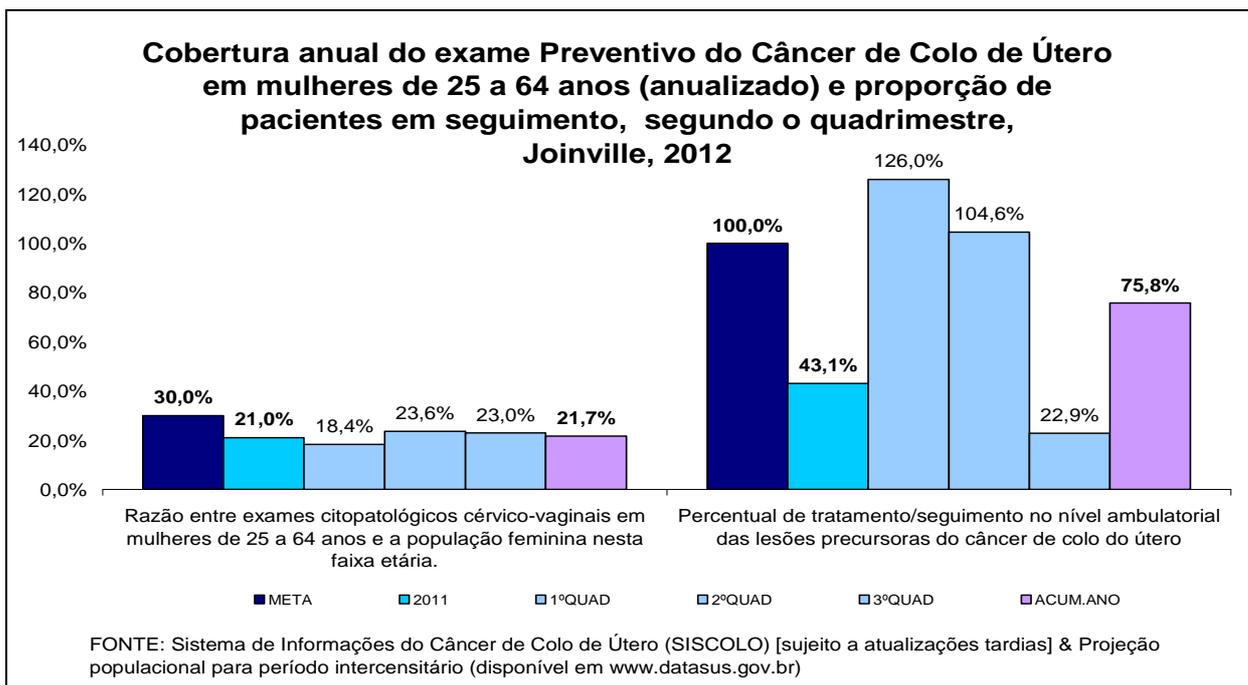


Este indicador vem se mantendo historicamente ao redor de 70% em Joinville, índice este que apesar de estar abaixo da meta pactuada (80%), encontra-se acima da média nacional (60,5%) e de Santa Catarina (69,6%) em 2011. Houve uma discreta melhora em relação ao ano anterior que estava em 70,4%. Foram realizadas ações de sensibilização dos profissionais (enfermeiros e ginecologistas) para a captação precoce e planejamento do intervalo entre as consultas de pré-natal.



Com relação ao tipo de partos, o percentual de partos cesáreos em Joinville foi de 55,6%, notando-se grandes disparidades entre as maternidades. A Secretaria da Saúde não tem governabilidade sobre as instituições privadas não conveniadas/contratadas, que são as maiores responsáveis pelo percentual

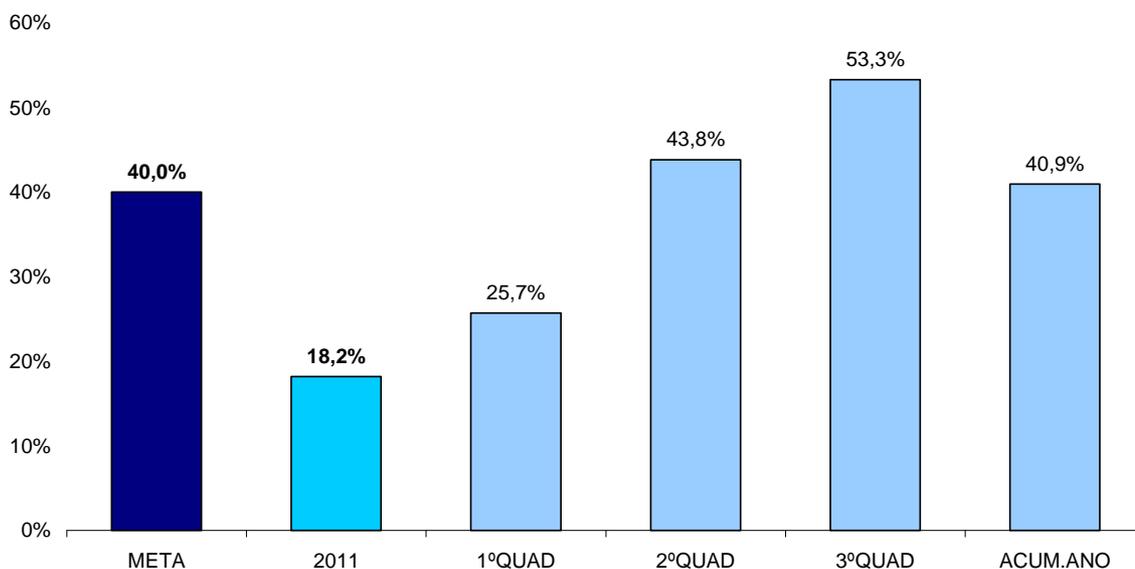
elevado de cesarianas no município. As maternidades públicas, MDV e HJAF, possuem um bom índice, ficando abaixo da meta de cesarianas.



EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS: o resultado alcançado foi abaixo do esperado, sendo que houve ampliação da faixa etária 25 a 59 anos em 2011, para 25 a 64 a partir de 2012, contribuindo para sua redução, já que o denominador aumentou (população de 25 a 69 anos). No Brasil (2011), este indicador foi de 0,11. Aqui em Joinville, em comparação ao ano de 2011 houve aumento de 4.334 exames, indicando uma melhoria na captação de mulheres na faixa etária preconizada de 25 a 64 anos. Para isto foram realizadas ações de sensibilização das equipes para priorizar a captação do público alvo, discussão interna nas reuniões de equipe com a técnica responsável pelo Programa Saúde da Mulher e Coordenadores de Regional. Estão sendo enviados mensalmente os dados de captação e metas alcançadas às equipes, para análise, programação, pactuação e desenvolvimento de estratégias locais, objetivando aumento da captação.

TRATAMENTO/SEGUIMENTO: o resultado alcançado de 75,8% foi abaixo do esperado, no entanto este indicador apresentou significativa melhora em relação a 2011(43,1%). Além da conclusão do Protocolo e a capacitação dos profissionais quanto à resolutividade dos casos, os esforços estão concentrados na alimentação do sistema (Siscolo), realizando busca ativa das pacientes com lesão e priorizando atendimento destas na Referência.

Cobertura anual de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, segundo o quadrimestre (anualizado), Joinville, 2012



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

Este indicador apresentou melhoria em relação a 2011, demonstrando o empenho das Unidades para atingir a meta. Apesar da meta estimada ter sido alcançada, ainda há dificuldade para sensibilizar a população feminina para a realização do exame, bem como para o considerável número de faltas ao exame agendado.

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	ação contínua
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	UAB e UVS	não encaminhada
Capacitar os profissionais no Exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero	UAB\ NAT	concluída
Capacitar os profissionais no SISPRENATAL	UAB\ NAT	ação contínua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

Fluxo de informação sobre óbitos por câncer de mama e colo de útero: A UVS adotou como rotina o encaminhamento de cópia da declaração de óbito por câncer de mama para a enfermeira responsável da Policlínica Boa Vista. Além disso, a Comissão de Mortalidade Materna da SMS realiza a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil.

Outra medida adotada pelo Serviço foi a negociação do prazo com os laboratórios conveniados, para envio dos dados à Secretaria da Saúde, bem como a normatização do fluxo de informações referentes às pacientes com exames alterados, para acompanhamento pela Policlínica Boa Vista, visando a articulação e a integração dos serviços no cuidado à Saúde da Mulher.

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 2012	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)			SET11	

BASE/FONTE: Gabinete do Secretário Municipal da Saúde: Programa de Saúde da Juventude [homologado].

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

O plano municipal de políticas da criança e do adolescente de Joinville foi elaborado e encontra-se publicado no site do CMDCA - Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (<http://cmdca.joinville.sc.gov.br>). Este plano foi resultado de um processo participativo e de elaboração conjunta envolvendo representantes de todos os segmentos governamentais do município e da sociedade civil organizada, os quais participaram do fórum permanente do diagnóstico social ocorrido em julho de 2012, que elaborou os subsídios no planejamento estratégico do CMDCA, em agosto do mesmo ano. As propostas elaboradas nos dois momentos citados contribuíram para a adequação do plano à realidade do município.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Integrar os serviços de Vigilância em Saúde, Saúde Mental e Atenção Básica na abordagem ao adolescente	CS.Adoloscete	prejudicada
Participar de Comissão Intersetorial de elaboração do Plano Municipal de Atenção a Criança e Adolescente	CS.Adoloscete	em andamento

A integração entre os serviços de Vigilância em Saúde, Saúde Mental e Atenção Básica não foi efetivada na sua essência, porém atividades pontuais foram desenvolvidas, concentrando esforços na Rede de Ensino Fundamental.

A Comissão Intersetorial de elaboração do Plano Municipal de Atenção a Criança e Adolescente realizou reuniões em 2012, resultando na elaboração do Plano Municipal de Políticas da Criança e do Adolescente de Joinville, necessitando agora que esta Política seja efetivada no âmbito da SMS e do município.

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde da Criança

OBJETIVO: Reduzir a morbi-mortalidade da criança.

DIRETRIZ – Aperfeiçoar a atenção à saúde da criança

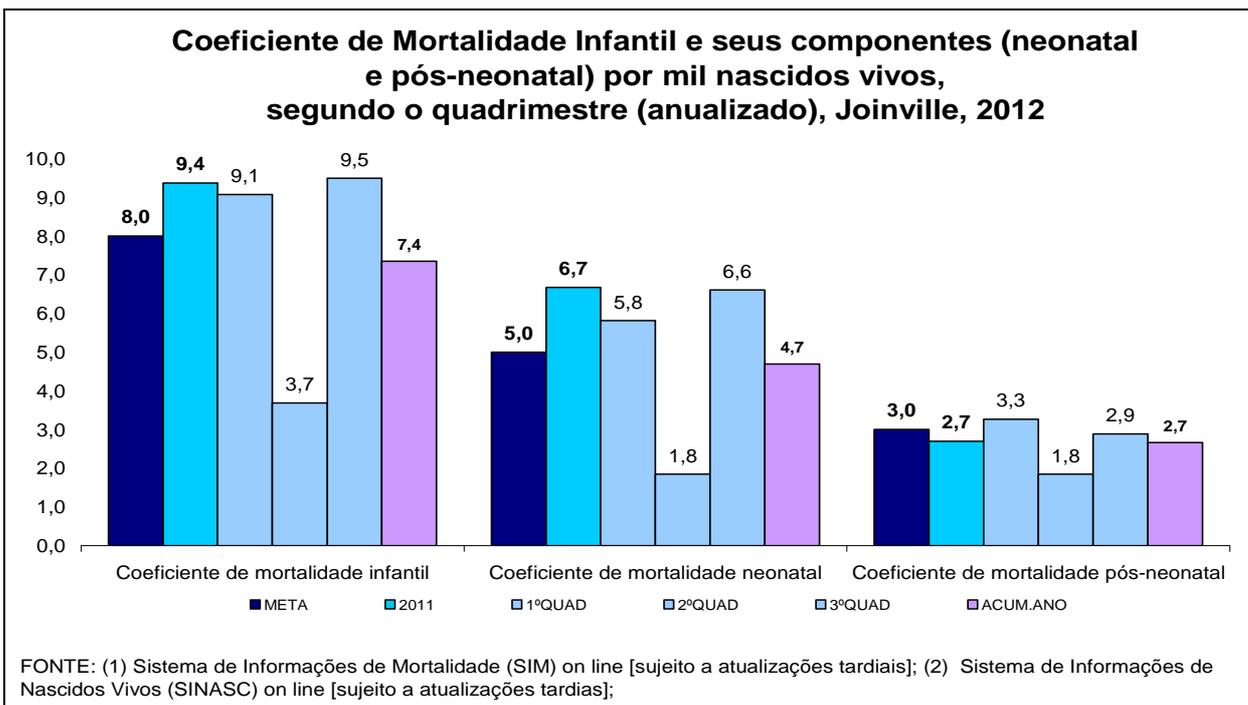
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AValiação
Coeficiente de mortalidade infantil	Número de óbitos de crianças residentes menores de 1 ano de idade X 1.000 / Número de nascidos vivos de mães residentes	58 X 1.000 / 7887	7,4	8,0	😊
Coeficiente de mortalidade em crianças 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	68 X 1.000 / 7887	8,6	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	3 X 1.000 / 34688	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	762 X 1.000 / 34688	22,0	26,0	😊
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	75 X 1.000 / 34688	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	296 X 100% / 17804	1,7%	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	452 X 100% / 17804	2,5%	3,0%	😊
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	7704 X 100% / 7887	97,7%	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]; UPCA\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)

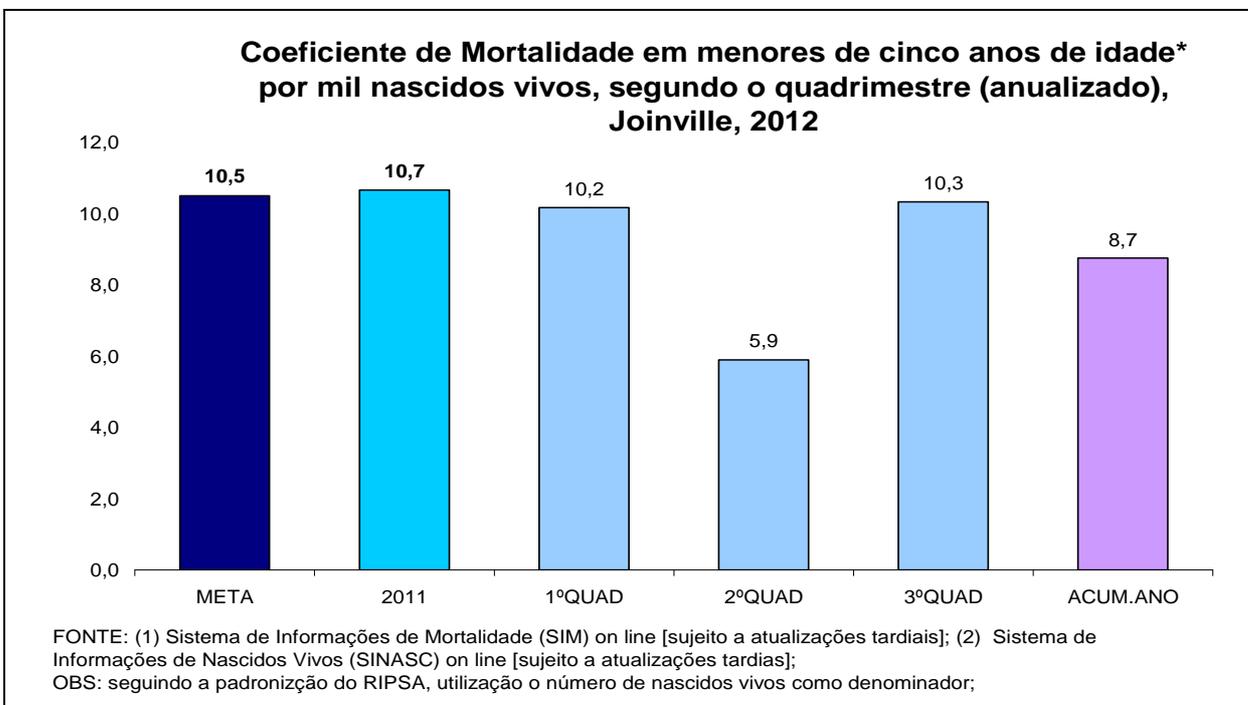
OBS (2): * indicador do Pacto de Gestão não incluído no Plano Municipal de Saúde 2010-3 devido aos bons resultados mantidos nos anos anteriores

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

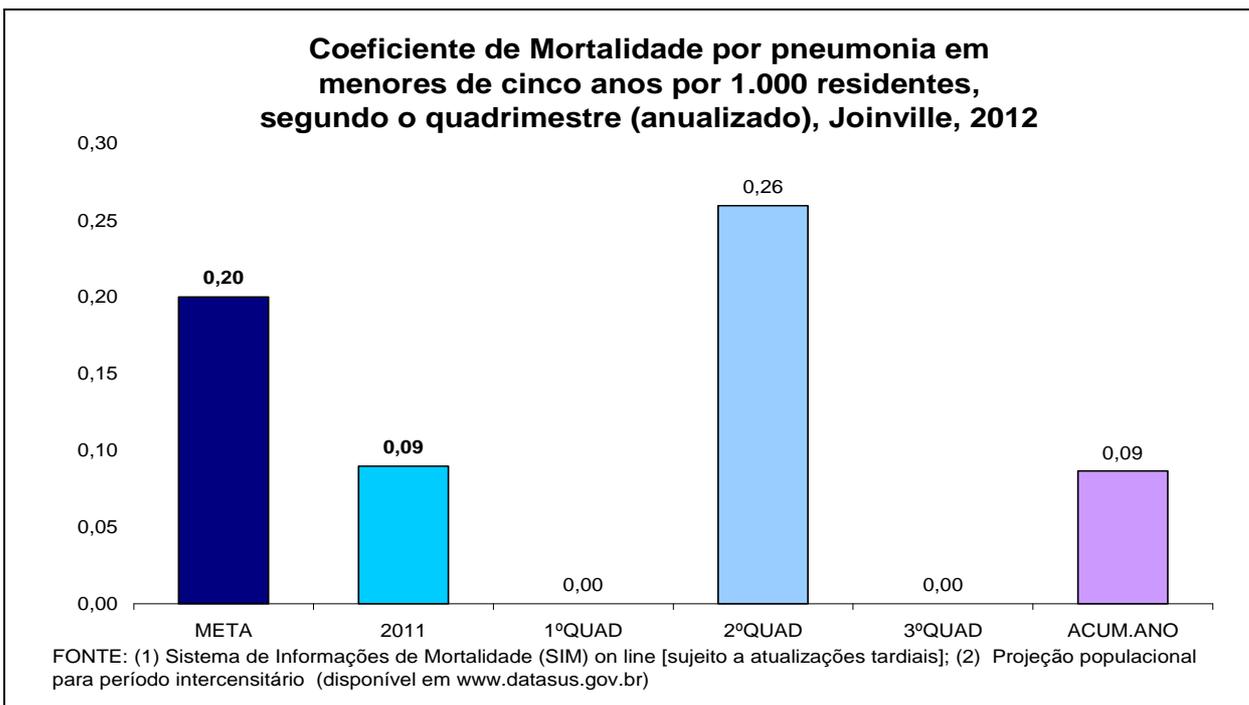


Em 2012, houve redução no coeficiente de mortalidade infantil, principalmente no período neonatal precoce, o que sugere uma melhoria na assistência à gestação, ao parto e ao neonato. Vale lembrar que todos os óbitos fetais e de crianças de 0 a 5 anos são investigados rotineiramente. Relatório detalhado no **Apêndice 2**.

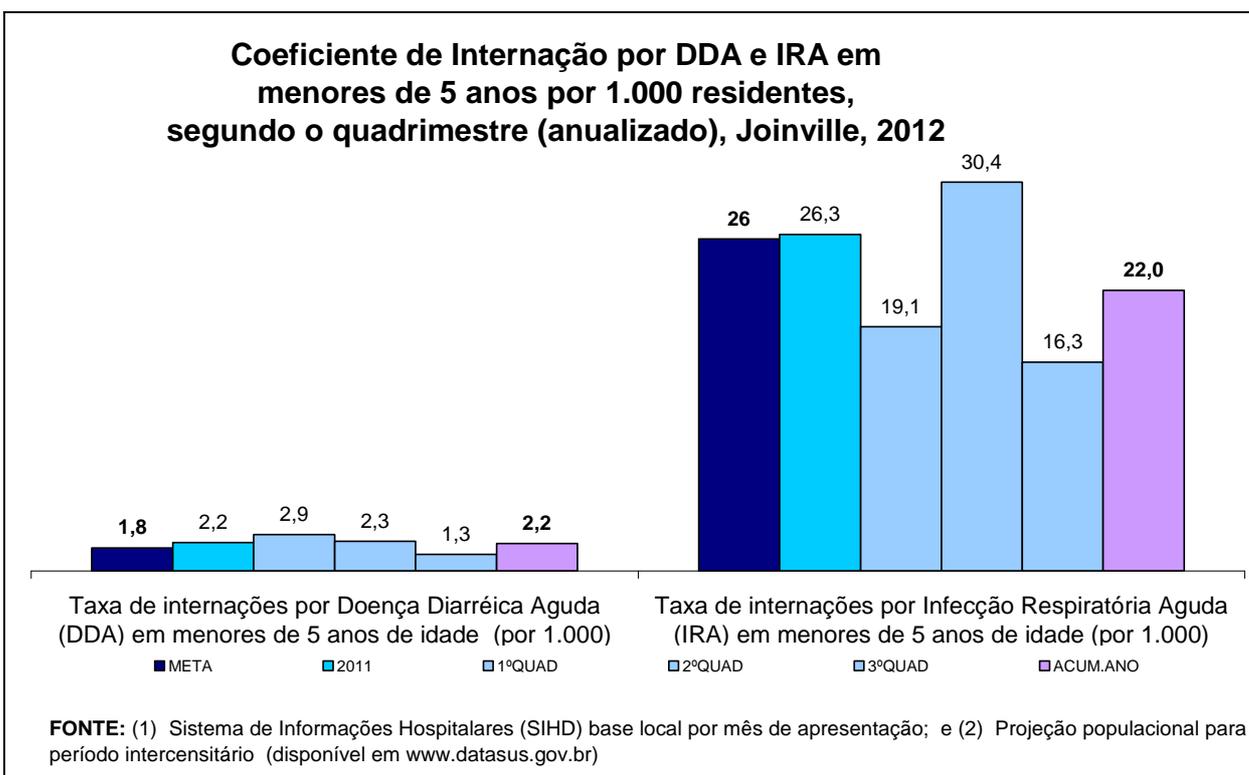
As ações da área da Saúde da Criança na prevenção da mortalidade infantil foram: implantação e implementação da Rede Amamenta, do Kit Bem Cuidar e do Programa Bebê Precioso que integram as ações preconizadas pelo Programa Pequeno Príncipe.



O número e as causas de óbitos de crianças de 1 a 5 anos vêm se mantendo inalteradas nos últimos anos, sendo a causa principal devido a síndromes genéticas.



O coeficiente de mortalidade por pneumonia em menores de cinco anos está dentro da meta, perfazendo três casos (dois menores de um ano e um acima). Este número vem se mantendo inalterado nos últimos três anos.

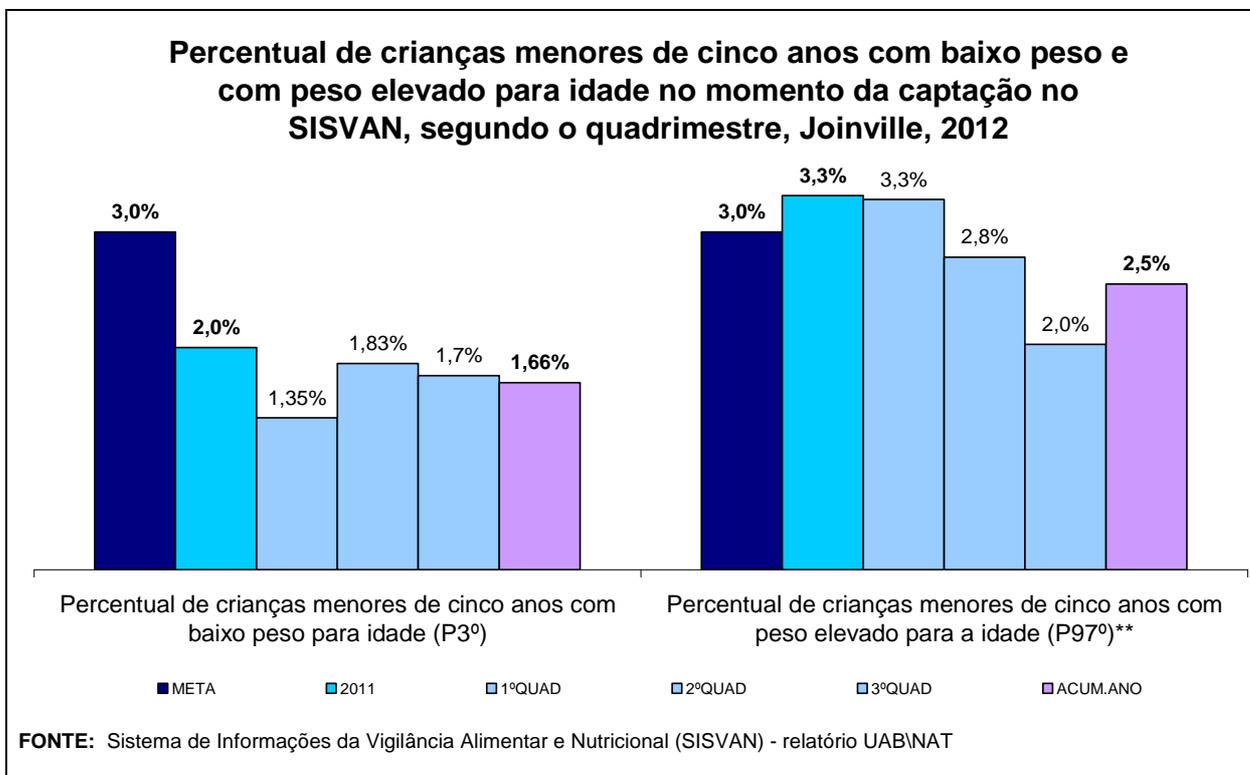


A taxa de internação por doença diarréica aguda em menores de cinco anos é bastante baixa, revelando que esta doença não constitui um problema relevante de Saúde Pública em nosso município. A taxa apresentou maior prevalência nos dois primeiros quadrimestres com 60 casos e no terceiro quadrimestre com 15 casos. Nos meses de verão as internações são maiores (crianças mais suscetíveis à contaminação em áreas impróprias para banho), porém sempre se mantendo baixa.

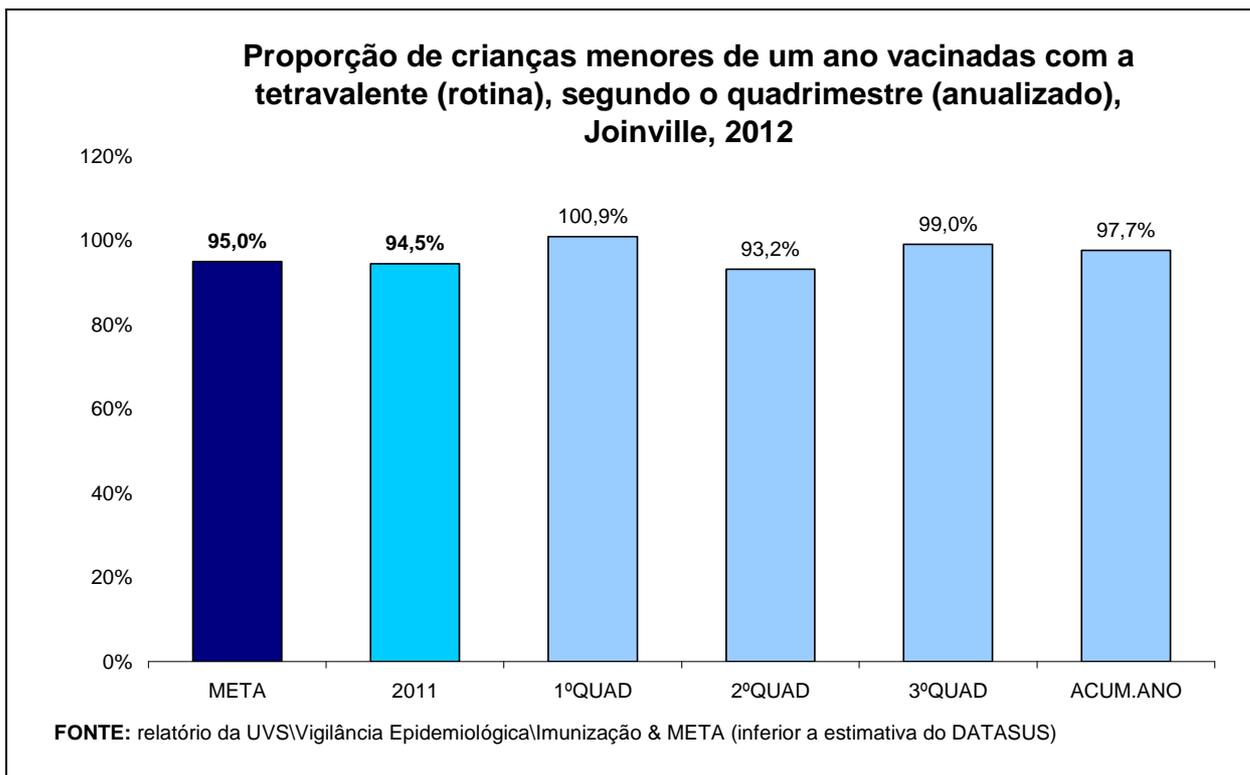
Já, a taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos mostra que este grupo de doenças é bem mais prevalente. A taxa está abaixo da meta prevista, com 762 internações,

sendo que está incluso neste indicador vários procedimentos de internação no capítulo referente às doenças respiratórias. Foi sugerida proposta de matriciamento em Pneumologia para os profissionais médicos da Rede de Atenção Básica.

Os casos de Síndrome Respiratória Grave em Santa Catarina confirmaram a prevalência para agentes inespecíficos, seguidos da Influenza A (H1N1) e Influenza A. Este ano foi possível ampliar a faixa etária para vacinação contra H1N1 para crianças até cinco anos.



Os indicadores de baixo peso e peso elevado para a idade estão dentro do esperado para a população avaliada. A desnutrição grave é uma doença de notificação obrigatória, no entanto, em Joinville, não há registros dessa doença.



A cobertura da vacina tetravalente ultrapassou a meta de 95%, em decorrência de ações contínuas de vacinação em todas as 56 Unidades Básicas de Saúde, manutenção da rede de frios, ações integradas nas campanhas, capacitações constantes e cumprimento de atividades do Programa Nacional de Imunização.

No 2º quadrimestre não foi alcançada a cobertura da vacina tetravalente, nos meses de junho e julho especificamente, meses em que o grande número de procura pela vacina da influenza refletiu na demanda espontânea pela sala de vacina para completar o esquema básico. Houve melhor captação no mês de agosto com a campanha de multivacinação e no mês de outubro, que pode ser o reflexo da busca ativa das Unidades de Saúde.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Revisar e atualizar o Programa Pequeno Príncipe, na lógica da Linha de Cuidado	CS.Criança	concluída
Aprofundar o estudo dos procedimentos selecionados no indicador de IRA	CS.Criança	ação contínua
Monitorar a cobertura vacinal de influenza e pneumo em crianças menores de 2 anos	CS.Criança	ação contínua
Promover capacitação para médicos Clínicos Gerais Comunitários e Pediatras em tratamento de doenças respiratórias	CS.Criança	não encaminhada
Elaborar folder educativo sobre os cuidados para evitar doenças respiratórias	CS.Criança	encaminhada
Acompanhar os indicadores pactuados pelas equipes do PMAQ, com relação à puericultura	CS.Criança	ação contínua
Divulgar os critérios de indicação do imunobiológico PALIVIZUMAB	CS.Criança	concluída

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

Pequeno Príncipe: O Programa Pequeno príncipe foi revisado e atualizado conforme protocolos da Saúde da Criança do MS.

Capacitação para médicos: Em função da grande demanda de capacitações previstas pelo setor de educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde, para o ano de 2012, propõe-se que a mesma seja realizada nas capacitações previstas para 2013.

Folder educativo: Visando sensibilizar para a importância da amamentação, o Programa Pequeno Príncipe elaborou folder de incentivo à amamentação.

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.

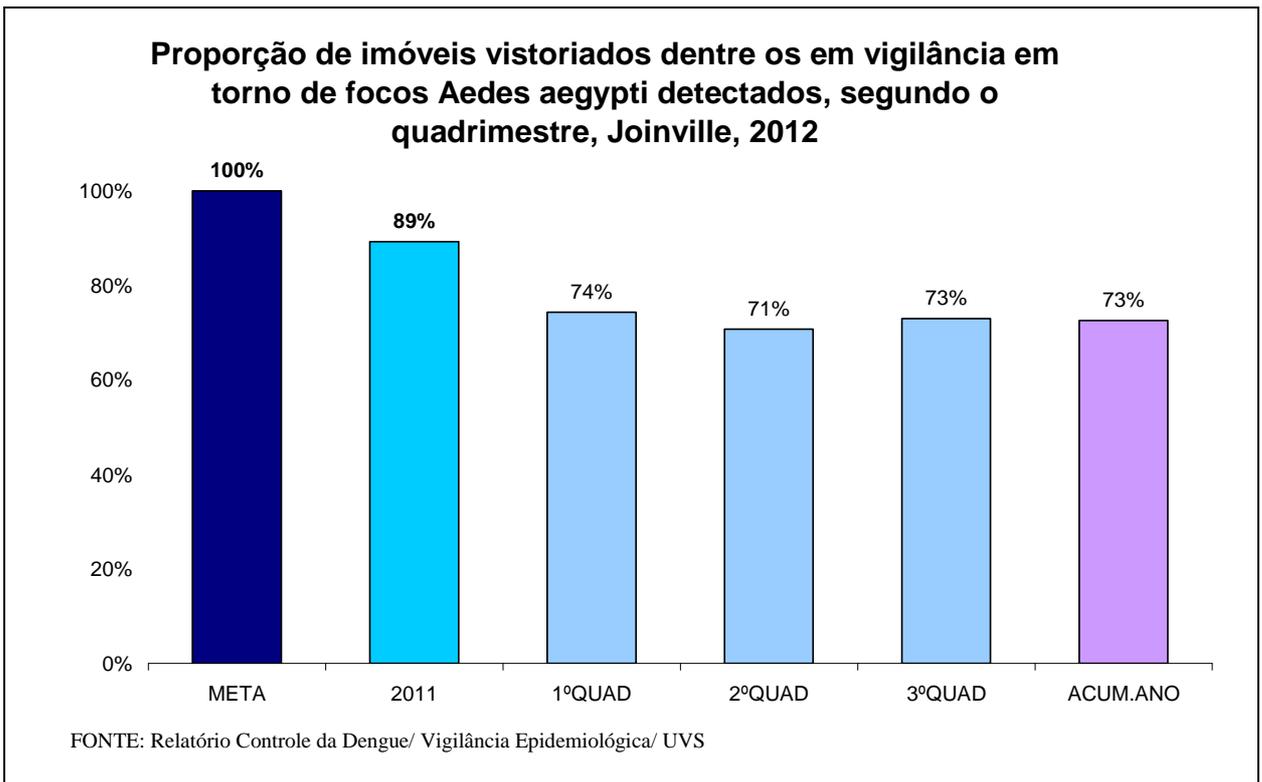
DIRETRIZ 1: Otimizar a vigilância entomológica e ambiental

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AVALIAÇÃO
Proporção de vistorias de imóveis em vigilância em torno de focos detectados	$\frac{\text{Número de vistorias de imóveis (em áreas delimitadas em torno de focos detectados)} \times 100\%}{\text{Número de vistorias de imóveis (em áreas delimitadas em torno de focos detectados) necessárias}}$	$33408 \times 100\% / 46008$	72,6%	100,0%	
Taxa de letalidade por Febre Hemorrágica de Dengue.	$\frac{\text{Número de óbitos por Febre Hemorrágica da Dengue em residentes} \times 100\%}{\text{Número de casos por Febre Hemorrágica da Dengue em residentes}}$	$0 \times 100\% / 0$	0	0	
Proporção de focos monitorados (mensalmente)	$\frac{\text{Média mensal de focos inspecionados} \times 100\%}{\text{Média mensal de focos em atividade}}$	$21,9 \times 100\% / 26,3$	83,3%	100,0%	
Proporção de visitas semanais nas armadilhas	$\frac{\text{Número de visitas semanais realizadas} \times 100\%}{\text{Total de visitas semanais programadas nas armadilhas}}$	$72648 \times 100\% / 83722$	86,8%	100,0%	

BASE/FONTE: UVS\Vigilância Epidemiológica\Programa de Controle da Dengue: relatório do programa.

OBSERVAÇÃO: os imóveis em torno de um criadouro detectado (foco) devem ser inspecionados mensalmente durante um período de um ano após a detecção. Dessa forma, o número necessário de vistorias num mês corresponde ao somatório de imóveis em áreas delimitadas em torno de focos detectados nos últimos doze (12) meses. Assim, o número necessário de vistorias num trimestre e no ano corresponde a soma do número necessário de vistorias nos meses do período.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



A proporção de vistorias em imóveis em vigilância em torno de focos detectados foi de 73%, totalizando 33.408 vistorias (a meta do Ministério da Saúde para a primeira delimitação dos imóveis é 100% e dos retornos é de 80%).

A proporção de focos monitorados mensalmente foi de 83,3%, o que corresponde a média de 21,9 focos monitorados por mês (variando de 13 a 30, respectivamente em dezembro e setembro) dos focos em atividade (média 26,3 variando de 18 a 34, respectivamente em outubro e julho).

A proporção de visitas semanais às armadilhas foi de 86,8% o que corresponde a 72.648 visitas realizadas no ano (a cada semana nas armadilhas ativas).

Diversos fatores contribuíram negativamente, dificultando o alcance das metas propostas, entre eles a existência de muitos imóveis fechados, sobrecarga da equipe com muitos focos novos em períodos de calor, redução do número de dias úteis para a realização de visitas devido a feriados e períodos chuvosos, deslocamento dos profissionais para treinamentos e realização de atividades do LIRAA (2 LiRAs – mapeamento rápido dos índices de infestação por Aedes aegypti), armadilhas secas, desativadas e desaparecidas, além da desativação de 1668 armadilhas em virtude da execução do LIRA.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Instalação do laboratório de entomologia para dengue e outras espécies	UVS\ VE\ Controle Dengue	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

Atualmente existe um laboratório da Vigilância que realiza análise rotineira das larvas coletadas nas armadilhas e criadouros domésticos buscando identificar as espécies.

DIRETRIZ 2: Implantar o Centro de Controle de Zoonoses

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AValiação
CCZ construído	Conclusão da construção do prédio do CCZ		0	2ª etapa**	☹
CCZ em operação*	Implementação das atividades da etapa de implantação		0	60,0%	☹

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

OBS: As ações de construção relacionadas ao CCZ estão a cargo do GUAF. Etapas de implantação do CCZ: 50%- Técnico/Administrativo (canil e administração); 60% - Técnico –Construção de baias/estábulo e pocilgas; 75% - Técnico – laboratório de entomologia.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS

O projeto do Centro de Controle de Zoonoses foi aprovado pelo Ministério da Saúde, com primeira parcela do recurso liberada, porém ainda não há aprovação de licença ambiental para iniciar o processo licitatório.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Construção de baias/estábulo e pocilgas no Centro de Controle de Zoonoses	UVS\ CC.Zoonoses	prejudicada
Captura e observação de animais de grande porte (porcos, vacas, cavalos,...) e destino pelo Centro de Controle de Zoonoses	UVS\ CC.Zoonoses	prejudicada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

A construção está na dependência da liberação da licença ambiental e definição da contrapartida do Município.

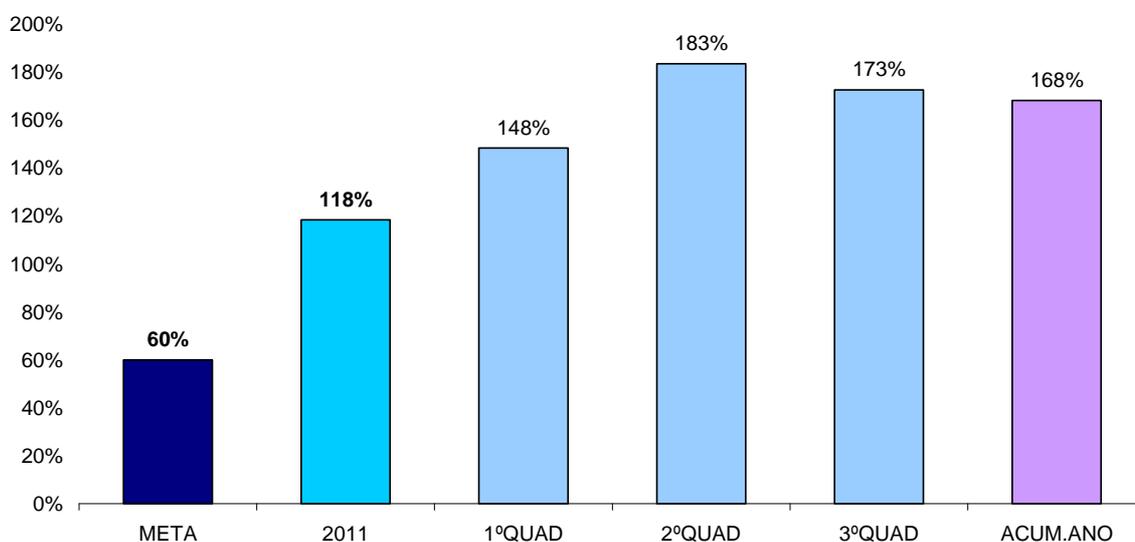
DIRETRIZ 3: Ampliar a emissão de alvará sanitário para estabelecimentos nas áreas de saúde, alimento, ensino, saneamento e veterinária

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AValiação
Proporção de estabelecimentos vistoriados para emissão do Alvará Sanitário, dentre os cadastrados	$\frac{\text{Número de vistorias para emissão de alvará sanitário de estabelecimentos das áreas de saúde, ensino, alimentos, saneamento e veterinária} \times 100\%}{\text{Número de estabelecimentos das áreas de saúde, ensino, alimentos, saneamento e veterinária cadastrados que deveriam ser vistoriados no período}}$	$16986 \times 100\% / 10104$	168,1%	60,0%	☺

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS

Proporção de estabelecimentos vistoriados para emissão do Alvará Sanitário, dentre os cadastrados, segundo o quadrimestre (anualizado), Joinville, 2012



FONTE: Relatório da Vigilância Sanitária, Vigilância Sanitária/ UVS

A meta alcançada ultrapassou a estimativa de 60% pois este indicador diz respeito ao número de estabelecimentos sujeitos a fiscalização sanitária, que variam a cada ano devido à desativação e abertura de novos estabelecimentos. O numerador refere-se aos estabelecimentos efetivamente vistoriados no período e o denominador refere-se ao número de estabelecimentos no momento de criação do indicador (final do ano anterior – dez/2011), alcançando valores acima de 100% e comprometendo a validade do indicador.

Obs: O número de estabelecimentos corresponde ao total de estabelecimentos ativos cadastrados na VISA em 31/12/2011.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implantar assessoria jurídica específica da Vigilância em Saúde	UVS	encaminhada
Implementar ações do VIGIAR	UVS\ V.Sanitária	encaminhada
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)	UVS\ V.Sanitária	encaminhada
Contratar 03 auxiliares administrativos e 04 motoristas	UVS\ V.Sanitária	concluída

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

ASSESSORIA JURÍDICA: foi solicitada a contratação de Advogado pelo Núcleo de Gestão de pessoas, porém ainda não foi contratado.

VIGIAR: As ações do VIGIAR estão na dependência do treinamento do Fiscal responsável, por parte da DVS/SES, solicitado em 2010 e 2011, através do Plano de Ações.

INSUMOS: Os 2 (dois) pHmetros foram adquiridos em 04/2011, sendo que os demais insumos não. Foi solicitada a compra de materiais e a contratação de veículos.

AUXILIARES: foram contratados 02 novos profissionais administrativos. Outra vaga nova foi solicitada encontrando-se ainda em aberto.

MEDIDAS CORRETIVAS: Foi adquirido carro novo, no entanto sem motorista. A manutenção dos carros foi realizada e a reposição dos motoristas efetivada. As fiscalizações noturnas foram realizadas pelo fiscal responsável de 1 a 2 vezes por semana. Também houve participação em eventos e cursos sobre perigos críticos, inspeção conjunta da ANVISA, oficina de manipuladores, relacionamento pessoal

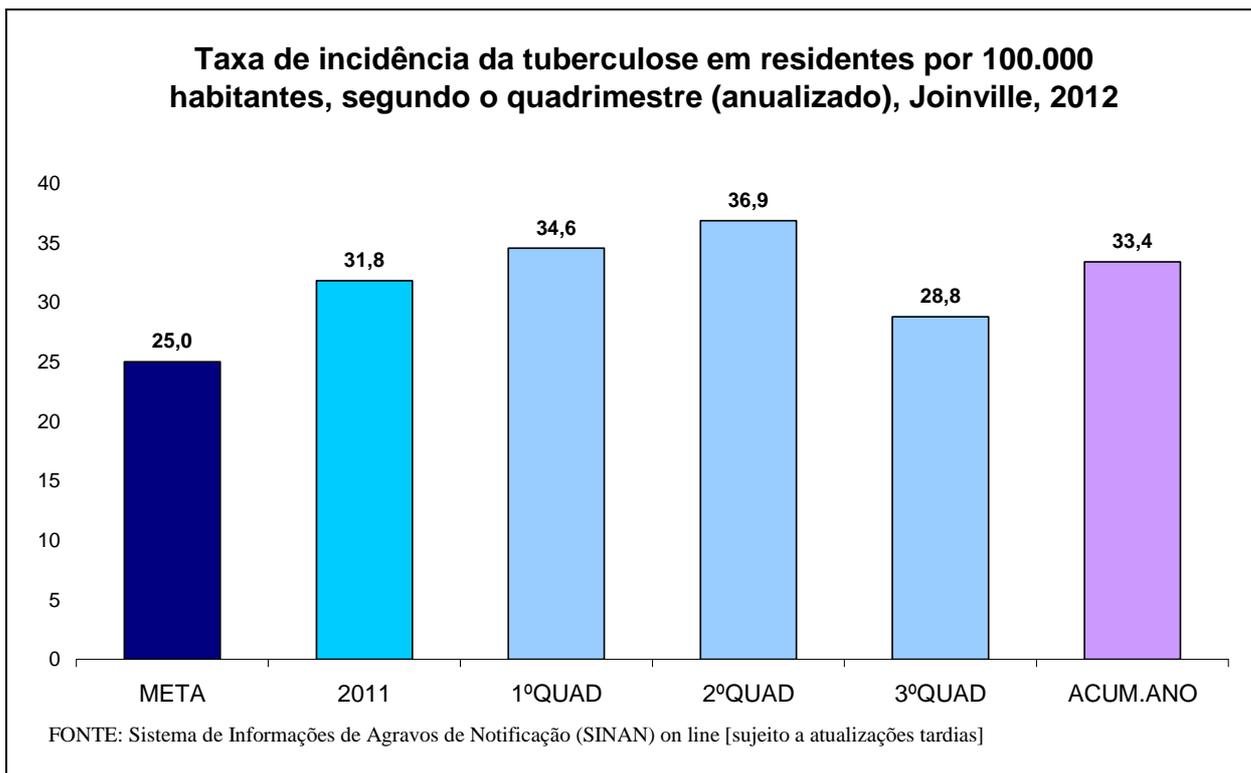
reunião Câmara Técnica VISA. Outra medida adotada foi a regularização do encaminhamento das amostras de água para o LACEN, a partir de junho, tendo sido sanadas as dificuldades enfrentadas pelo laboratório em atender a região.

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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	$174 \times 100.000 / 520905$	33,4	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	$67 \times 100\% / 82$	81,7%	85,0%	☹
Coeficiente de incidência de hanseníase	Número de casos novos de hanseníase em residentes X 10.000 / População residente	$31 \times 10.000 / 520905$	0,6	0,6	☺
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	$17 \times 100\% / 22$	77,3%	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	$166 \times 100.000 / 520905$	31,9	28,5	☹
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	$0 \times 100.000 / 34688$	0	0	☺
Número de casos novos de Sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis em recém-natos de mães residentes	2	2	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)

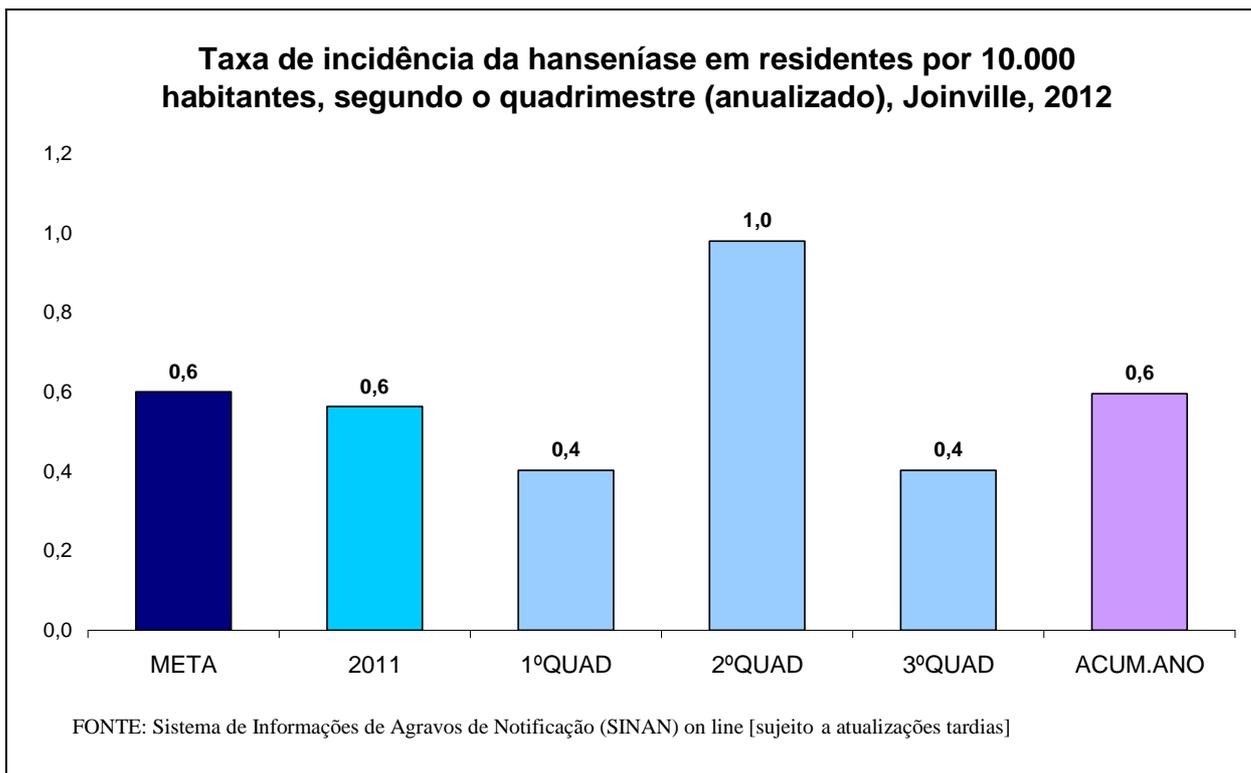
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



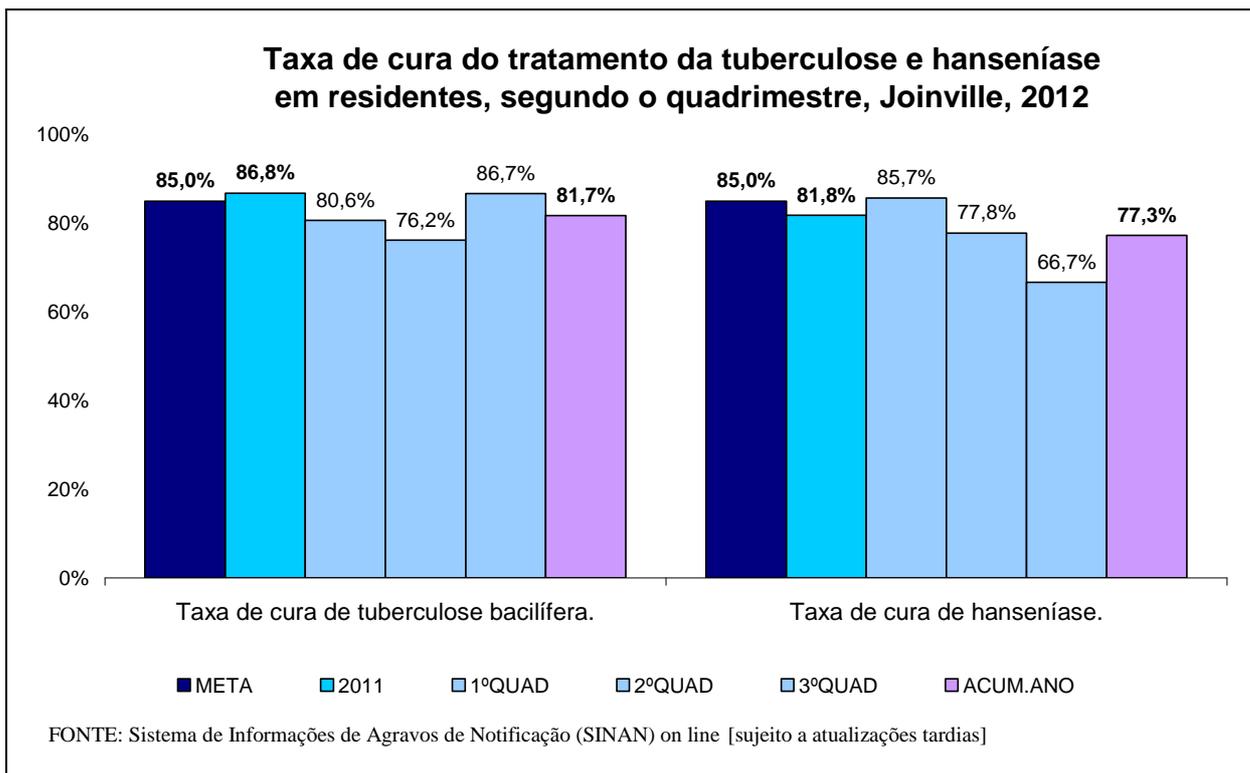
INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE: No primeiro e segundo quadrimestres pôde-se verificar um coeficiente acima da meta estabelecida, tendo em vista o número elevado de casos novos notificados no Programa de Tuberculose municipal. Já no terceiro quadrimestre este índice teve uma queda.

Entre os casos novos diagnosticados, destacamos um índice alto para a população vulnerável composta por moradores de rua, usuários de drogas, em especial do crack, etilistas e portadores de HIV. Analisando esta população e o diagnóstico de Tuberculose, a equipe reforça a importância do desenvolvimento de ações integradas para 2013, principalmente nas áreas de Saúde Mental, fortalecendo os Consultórios de Rua, estratégia efetiva do Ministério da Saúde no que diz respeito ao uso de drogas, em especial ao crack e à adesão ao tratamento de DST/HIV/TB.

Já com o tratamento da população em geral, a equipe do Programa de Tuberculose discute a importância do fortalecimento do vínculo das equipes da rede básica com os usuários do SUS em cada área de abrangência para a melhoria da qualidade do tratamento da Tuberculose, através do diagnóstico precoce e do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Entre as ações específicas para 2013, estão: matriciamento em TDO e diagnóstico precoce para os profissionais da Atenção Básica e ações de integração com a Saúde mental, como reuniões técnicas, discussões de casos e participação nos consultórios de rua com as equipes do CAPS.



INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE: No primeiro quadrimestre pôde-se verificar que o coeficiente ficou abaixo da meta estabelecida, porém no segundo quadrimestre este índice superou a meta, tendo em vista o aumento dos casos diagnosticados no Programa Municipal. Neste período, pôde-se verificar um aumento nos diagnóstico dos casos multibacilares, mantendo-se no terceiro quadrimestre. Esta situação vem sendo avaliada pela equipe desde o ano de 2011, levantando a necessidade do planejamento de ações relacionadas ao diagnóstico precoce no Município, em especial, na Atenção Básica, como preconiza o Ministério da Saúde. Ações de educação em saúde com Agentes Comunitários de Saúde para orientações nos domicílios, com profissionais de saúde para a busca ativa de suspeitos e o diagnóstico precoce serão as estratégias adotadas pela equipe da Referência, como também as visitas in loco e a contra-referência às equipes das UBS dos casos atendidos no Programa de Hanseníase farão parte da rotina no próximo ano.



TAXA DE CURA DA TUBERCULOSE BACILÍFERA: Pôde-se verificar que as metas estimadas não foram alcançadas, devido a casos de abandono de pacientes acompanhados pela Equipe do Programa, entre eles, usuários de droga e moradores de rua. Outras causas que prejudicaram o alcance da meta foram a “falência de tratamento” e a transferência para outro município. No caso de abandono, as equipes do Programa e das UBS têm a atribuição de realizar busca ativa diária, por 30 dias. No caso de insucesso da busca ativa, é emitido relatório ao Ministério Público, tendo em vista a legislação federal. Uma Ação efetiva é a internação consentida pelo paciente em Clínicas de Recuperação para Dependentes Químicos e está sendo realizada juntamente com a equipe do CAPS AD para a recuperação e a garantia do tratamento assistido de Tuberculose dos usuários de drogas e moradores de rua.

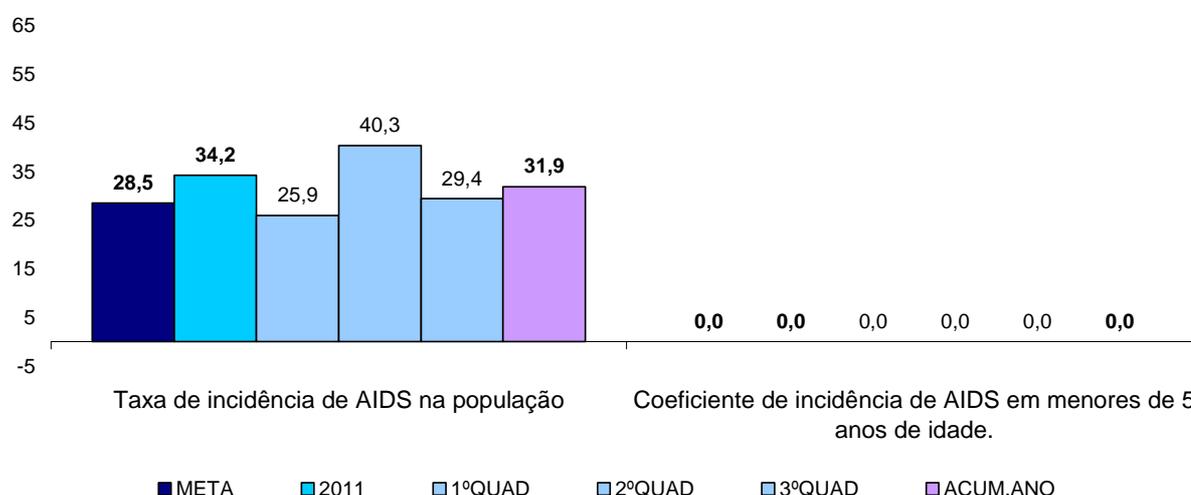
Foi realizada 1 transferência para outro estado, em fevereiro de 2011 e houve 2 abandonos multibacilar na coorte 2010, entre junho e novembro. A busca ativa dos pacientes faltosos foi realizada por telefone e/ou visita domiciliar, sem sucesso, resultando no retorno de 1 paciente para o tratamento e de 01 caso que foi encaminhado para o Ministério Público.

TAXA DE CURA DA HANSENÍASE: Levando-se em consideração a situação do paciente no diagnóstico e na avaliação para alta do programa é possível que o mesmo tenha o tratamento prolongado rebaixando a taxa de cura na análise dos quadrimestres, mas permanecendo no acumulado dentro da meta do Ministério da Saúde. Isso se dá pelo fato de o paciente ser diagnosticado em estágio avançado da doença e começar o tratamento tardiamente.

Segundo Nota técnica Ministério da Saúde (3/2012/CGHDE/DEVIT/SVS/MS), que orienta sobre o método de cálculo do indicador “taxa de cura nos anos da coorte” na Hanseníase, a interpretação é a seguinte: Bom > 90%; Regular entre 75 a 89,9%; Precário: < 75%.

O Programa atingiu 77,3% em 2012, ficando abaixo da meta estimada de 85%, mas segundo a classificação do MS, indica que o tratamento está sendo efetivo e que deve melhorar. O Ministério da Saúde permite que o tratamento seja prolongado desde que existam evidências da sua necessidade. Para melhorarmos o indicador é preciso que o paciente seja captado o mais precocemente possível, nesse sentido é necessária a capacitação dos profissionais, em especial da Atenção Básica por ser a principal porta de acesso, para o diagnóstico precoce e a busca ativa através de campanhas na comunidade. Esta é uma das estratégias planejadas pela equipe do Programa Municipal de Hanseníase para o ano de 2013: a capacitação dos profissionais da AB com o objetivo de fortalecer o papel da Rede no diagnóstico precoce da Hanseníase e nas ações em campanhas, contribuindo, com isso, para a eliminação dos casos índices.

Taxa de incidência da AIDS em residentes por 100.000 habitantes e AIDS em residentes menores de 5 anos por 100.000 habitantes, segundo o quadrimestre (anualizado), Joinville, 2012



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

TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS: Os casos novos de AIDS ultrapassaram a meta estabelecida de 28,5 por 100 mil e o Município encontra-se no segundo lugar no ranking do Estado de Santa Catarina em casos notificados. Isto reforça a importância do estado de alerta quando se discute as ações em saúde. A Equipe do Programa de DST/HIV/AIDS e Hepatites virais planeja para 2013 ações com a Atenção Básica para o fortalecimento do diagnóstico precoce das DST e do HIV/AIDS, em especial, da abordagem sindrômica das DSTs; discutir a importância da ampliação do Serviço de Referência a fim de qualificar a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), como preconiza o MS; ações de prevenção entre as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) e seus parceiros sexuais, tendo em vista que a recontaminação da AIDS deve ser evitada entre os infectados e a transmissão do HIV entre os soro discordantes. Visando efetivar o diagnóstico precoce, a implementação dos testes rápidos (TR) no município será uma das principais estratégias a ser adotada.

COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 05 ANOS: No Município não houve casos novos notificados de AIDS em menores de 05 anos neste período, porém ações contínuas devem ser desenvolvidas para a redução dos riscos de transmissão vertical. Nesta área, em 2013, está prevista a revisão e publicação do Protocolo de Assistência à Gestante Portadora de HIV, organização do fluxo de atendimento das mulheres desde o diagnóstico até o puerpério e, ainda, elaboração e publicação do Protocolo de Pediatria, com o objetivo de prestar assistência qualificada e humanizada às crianças expostas ao HIV e com diagnóstico de AIDS. Também haverá continuidade do fornecimento de fórmula infantil às crianças expostas ao HIV com idade inferior a 06 meses, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

A ausência de casos novos de AIDS em crianças reflete o fortalecimento das ações de testagem na gravidez, orientações diferenciadas às gestantes soropositivas, atendimento adequado durante o parto e assistência a esta criança, enquanto for necessário.

NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA: Foi implantado o protocolo de tratamento para sífilis congênita, com treinamento dos profissionais da rede básica para diagnóstico, notificação, tratamento e acompanhamento dos casos.

Em 2012, foram notificados 107 casos de Sífilis em gestantes, destes, 40 casos foram confirmados, 39 tratadas (1 não realizou pré-natal). Foram confirmados 2 casos de sífilis congênitas, onde 1 mãe não realizou o pré-natal, e a outra fez o pré-natal na rede privada com tratamento inadequado da gestante. Em virtude desta falha, foi proposta uma discussão com os responsáveis técnicos dos laboratórios particulares para pactuar algumas ações para controle da sífilis na gestante. Nesta reunião ficou

acordada a obrigatoriedade da notificação da sífilis em gestantes pelos laboratórios particulares de todos os exames VDRL reagentes de gestante, solicitado a colaboração dos médicos particulares nos casos de necessidade de intervenção em tratamentos inadequados de gestantes tratadas na rede particular, garantia de que todo parceiro de gestante com VDRL reagente receba o tratamento adequado e garantia de controle de cura para gestantes que receberam tratamento durante o pré-natal.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Organizar treinamentos sobre aspectos clínicos de leptospirose para profissionais da rede hospitalar de Joinville	UVS\ V.Epidemio	concluída
Articular com o setor de Informática a disponibilização das séries históricas dos agravos e doenças na página da SMS	UVS\ V.Epidemio e NIS	prejudicada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

Leptospirose: Foi realizado treinamento clínico em dezembro de 2011 para os profissionais médicos dos hospitais de Joinville. O informe técnico foi elaborado e encaminhado à rede pública e rede hospitalar sobre o tema. Os dados foram disponibilizados e a sistematização dos indicadores encontram-se em fase de conclusão (Mortalidade, Morbidade e Natalidade).

DIRETRIZ 5: Implantar o programa de controle das Hepatites Virais

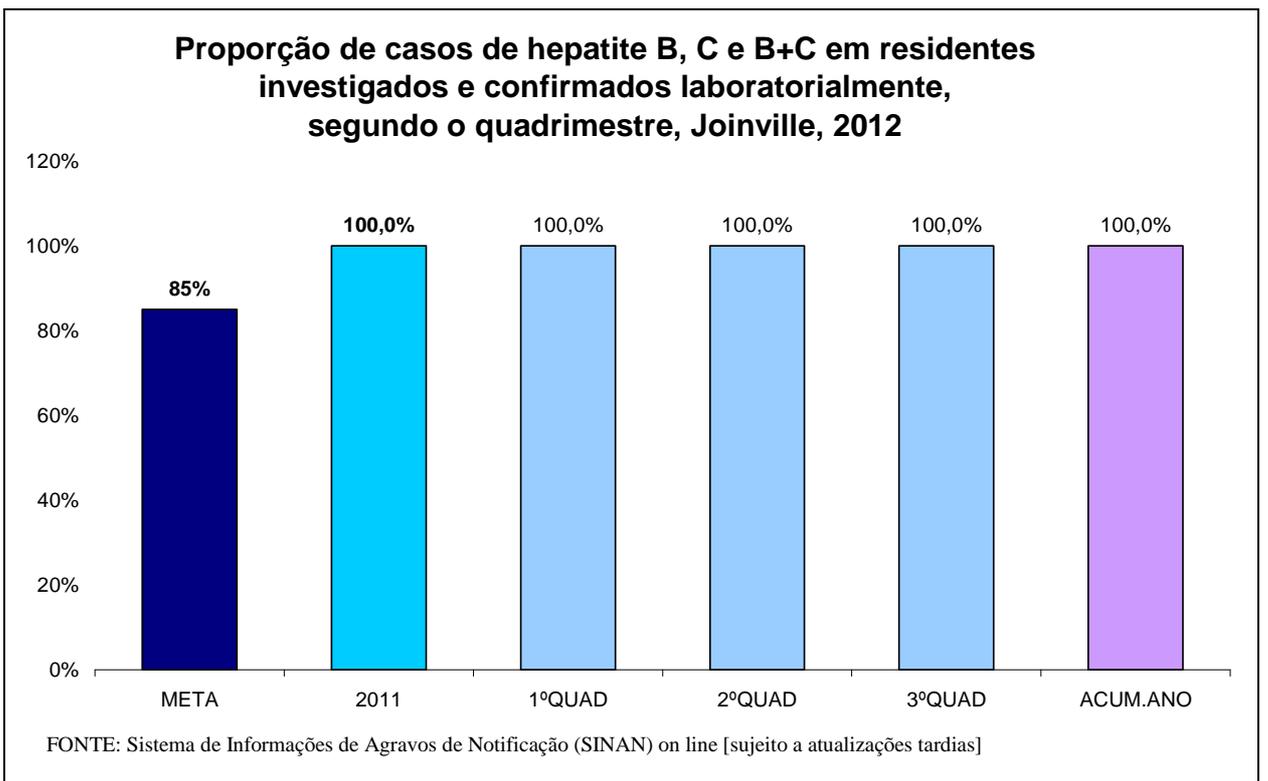
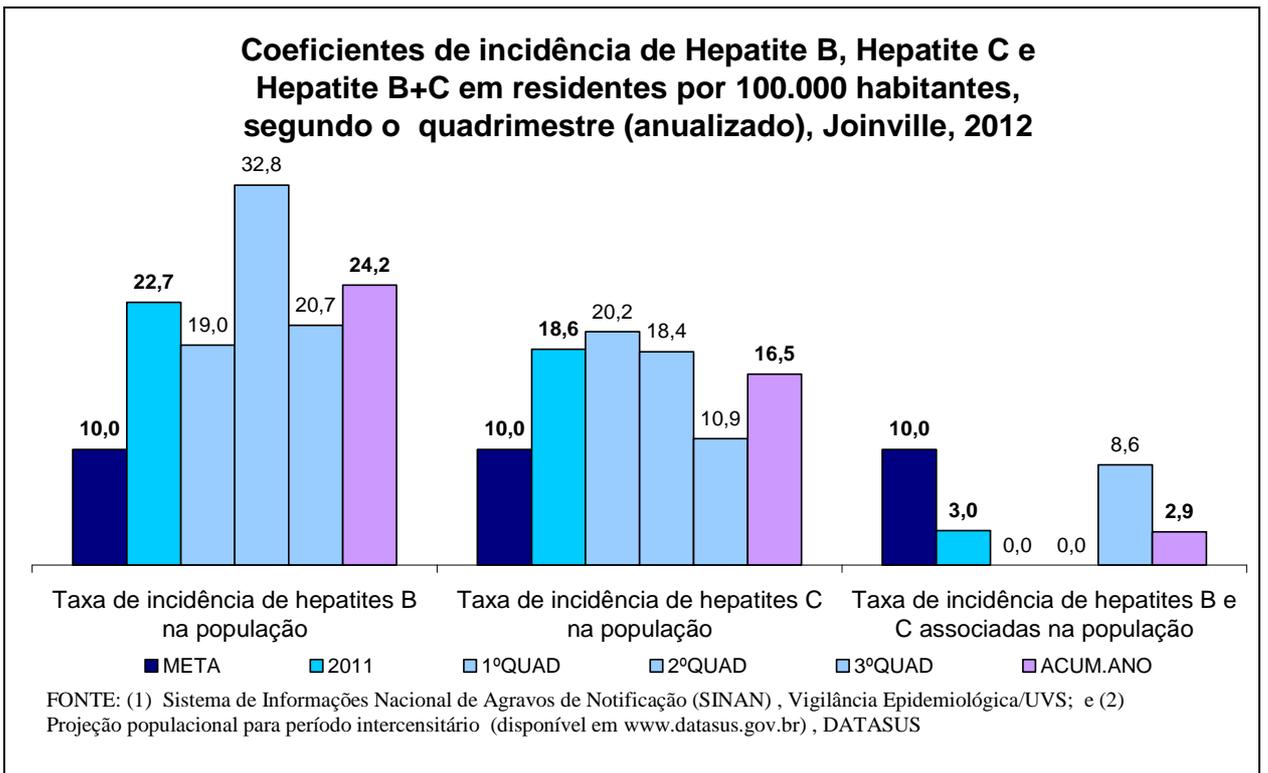
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AVALIAÇÃO
Taxa de incidência de hepatites B na população	Número de casos novos de hepatite B isolada em residentes X 100.000 / População residente	126 X 100.000 / 520905	24,2	10,0	
Taxa de incidência de hepatites C na população	Número de casos novos de hepatite C isolada em residentes X 100.000 / População residente	86 X 100.000 / 520905	16,5	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	1 X 100.000 / 520905	2,9	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)	213 X 100% / 213	100,0	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



Com a estruturação do Programa para atendimento das hepatites virais em 2010, houve melhora na notificação e vigilância dos casos. A partir disso será possível construir uma série histórica para servir de base para pactuação de metas futuras. Nos anos de 2011 e 2012 a taxa de incidência da hepatite B e C se mantém, com pequenas oscilações.

DIRETRIZ 6: Aperfeiçoar a Vigilância da mortalidade

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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]	118 X 100% / 121	97,5%	90,0%	😊
Proporção de óbitos maternos investigados	Número de óbitos de maternos de mulheres residentes investigados X 100% / Total de óbitos de maternos* de mulheres residentes	3 X 100% / 3	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	146 X 100% / 148	98,6%	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	2469 X 100% / 2516	98,1%	90,0%	😊

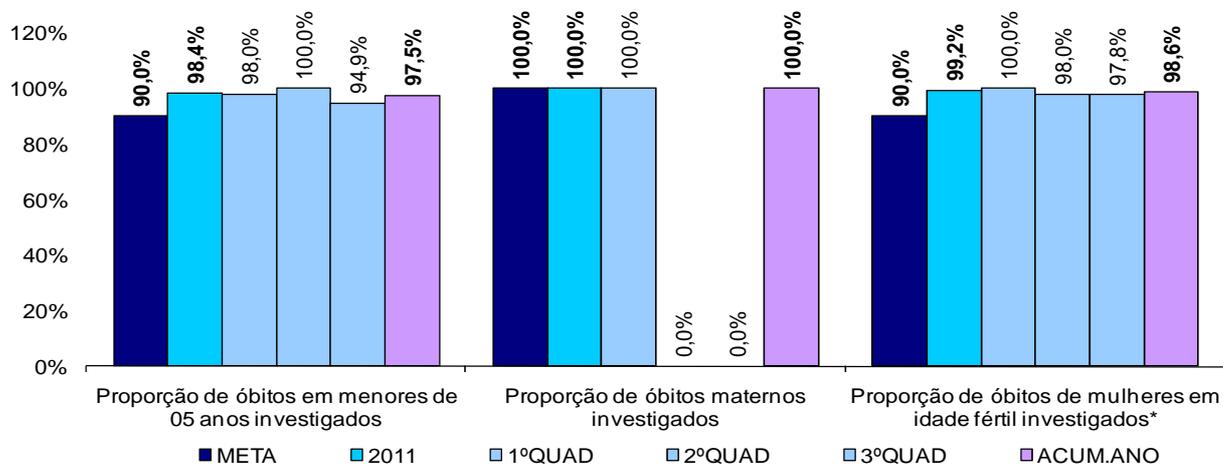
BASE/FONTE: UVS\C.Mortalidade Infantil: relatório da Comissão; UVS\Comissão de Mortalidade Materna: relatório da Comissão; UVS\Serviço de Verificação de Óbito: relatório do Serviço; UVS\Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias]

OBS (1): define-se como morte materna a morte de mulher por morte natural devido ou relacionada a gravidez durante a gestação ou até um ano após a mesma

OBS (2): * o indicador solicitado no SISPACTO é 'Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados', enquanto no Plano Municipal de Saúde destacou-se apenas o componente "Proporção de óbitos maternos investigados", objeto da Comissão de Mortalidade Materna. Aqui apresentamos também o componente ""Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados", complementando o Plano Municipal de Saúde e atendendo ao SISPACTO

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS

Proporções de óbitos crianças menores de 05 anos, maternos e de mulheres em idade fértil residentes investigados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2012



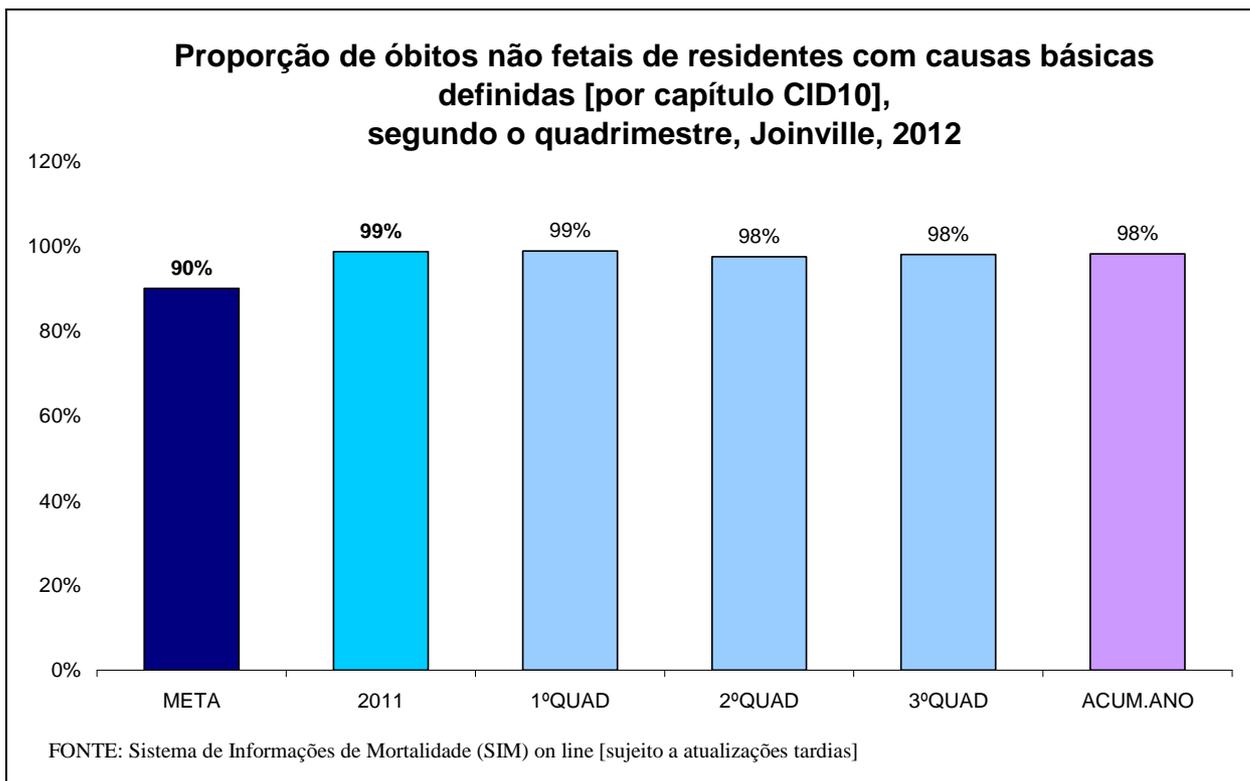
FONTE: (1) relatório UVS/Vigilância Epidemiológica & (2) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias]

A vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle. Para tanto, conhecer os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a ocorrência de eventos semelhantes resulta no indicador direto da qualidade da vigilância epidemiológica do óbito materno nas estruturas responsáveis por esta ação, além de ser um indicador indireto da qualidade dos dados de mortalidade.

Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde do município realiza 100% das investigações de óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) mortalidade materna (MM), óbitos de crianças menores de 5 anos e óbitos fetais, utilizando como fonte de informações a entrevista domiciliar, registros ambulatoriais, prontuários médicos, IML, SVO, entrevista com profissionais de saúde ou ainda outras fontes. A queda observada no terceiro quadrimestre refere-se aos casos que ainda estavam em investigação e não puderam ser concluídos até o final do ano de 2012, mas apenas posteriormente.

Os casos de óbitos maternos são investigados pela Comissão de Mortalidade Materna que foi instituída pela Portaria N° 026 de 2009 e os óbitos de crianças menores de 5 anos e óbitos fetais pela Comissão de Prevenção de Mortalidade Infantil, instituída pela Portaria 010 de 2002.

As declarações de óbito com causa mal definida são analisadas com intervenções junto ao médico/instituição quando necessário.



As declarações de óbito com causa mal definida são analisadas com intervenções junto ao médico/instituição quando necessário.

AÇÕES PROGRAMADAS

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Incluir representantes dos hospitais e das maternidades na Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil	Secretário	encaminhada
Retroalimentar continuamente os hospitais quanto aos óbitos ocorridos por causa mal definida, a partir do laudo da necrópsia e/ou análise da autópsia verbal	UVS\ VE\ SVO	ação contínua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

CPMI: A Comissão participa da formação do Comitê Regional de Prevenção de Mortalidade Materno Infantil. Também são realizadas reuniões com os representantes das instituições.

SVO: O Serviço encaminhou cópia das declarações de óbito emitidas pelo Serviço de Verificação de Óbito para a instituição que constatou o óbito.

SINAN: A notificação é on-line e está em andamento, com impressão das notificações 2 vezes ao dia.

DIRETRIZ 7: Aprimorar a Vigilância de Agravos Notificáveis

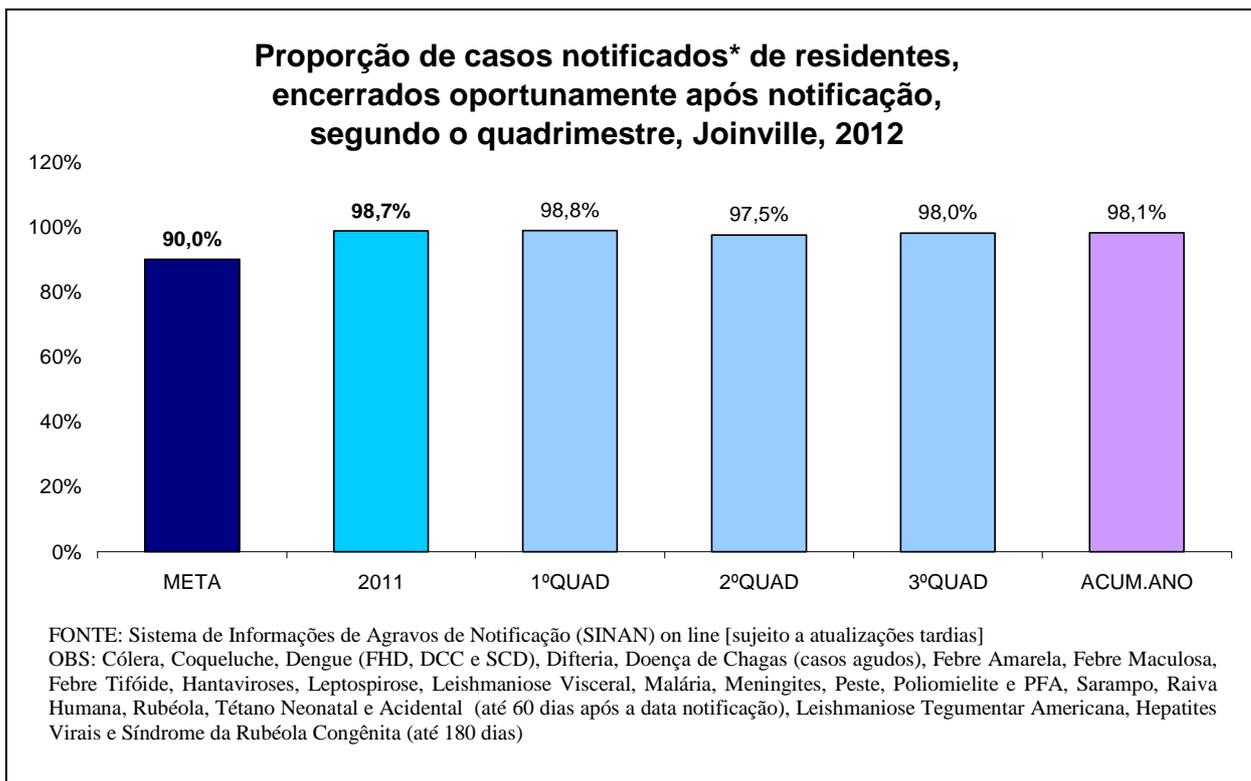
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AValiação
Proporção de casos notificados, encerrados oportunamente após notificação.	Número de casos* [de residentes] notificados encerrados oportunamente X 100% / Número de casos* [de residentes] notificados e superado o período de conclusão da investigação	662 X 100% / 663	99,8%	91,0%	😊
Proporção de casos de meningite bacteriana, em residentes, diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imunoeletroforese 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% / 47	31,9%	30,0%	😊
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	183 X 100% / 185	98,9%	95,0%	😊
Percentual de acidentes de trabalho graves 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	331 X 100% /331	100,0%	100,0%	😊

BASE/FONTE: UVS, SINAN

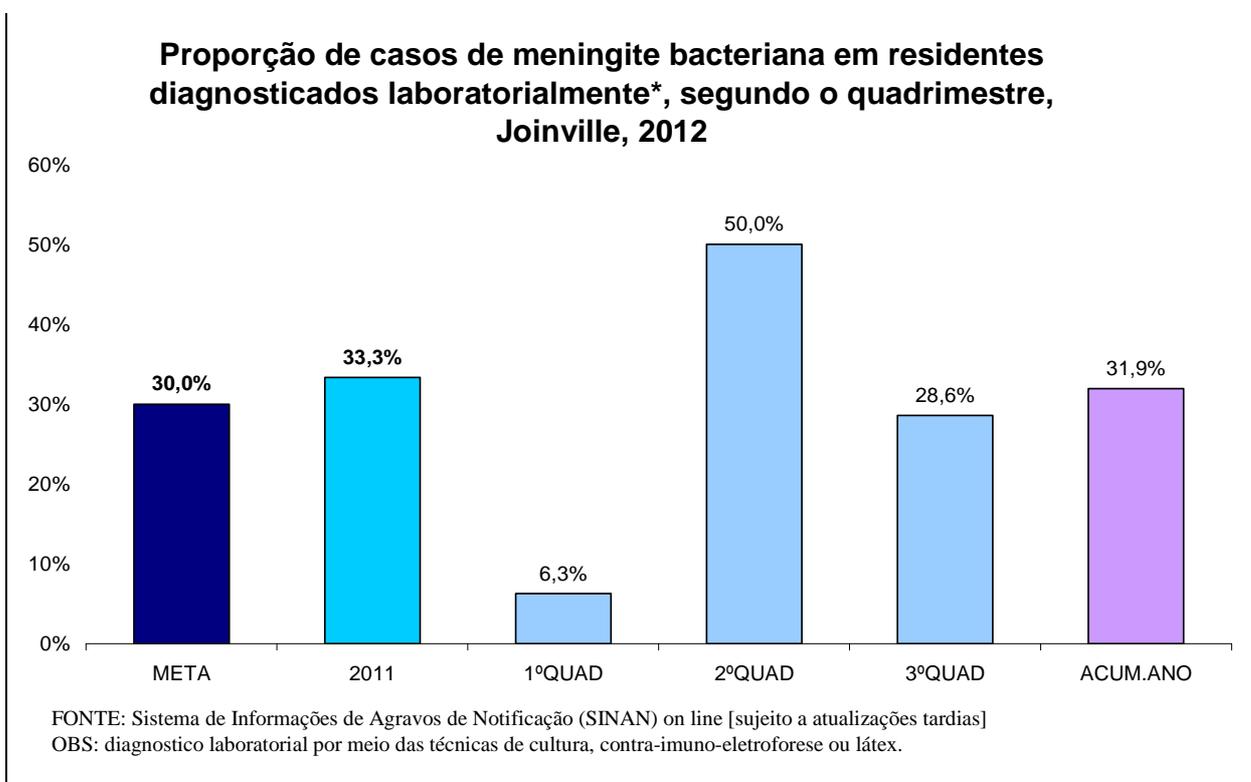
OBS (1): os agravos monitorados quanto a conclusão em tempo oportuno da investigação epidemiológica são: doença de Chagas, coqueluche, febre amarela, febre tifóide e hantavirose, hepatites virais (B e C), leptospirose, meningites (todas), tuberculose, tétano
 OBS (2): a definição dos acidentes de trabalho graves sujeitos a notificação encontra-se na PRT MS\GM 104/11, em substituição a PRT MS\GM 777/04

OBS (3): o SISPACTO 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

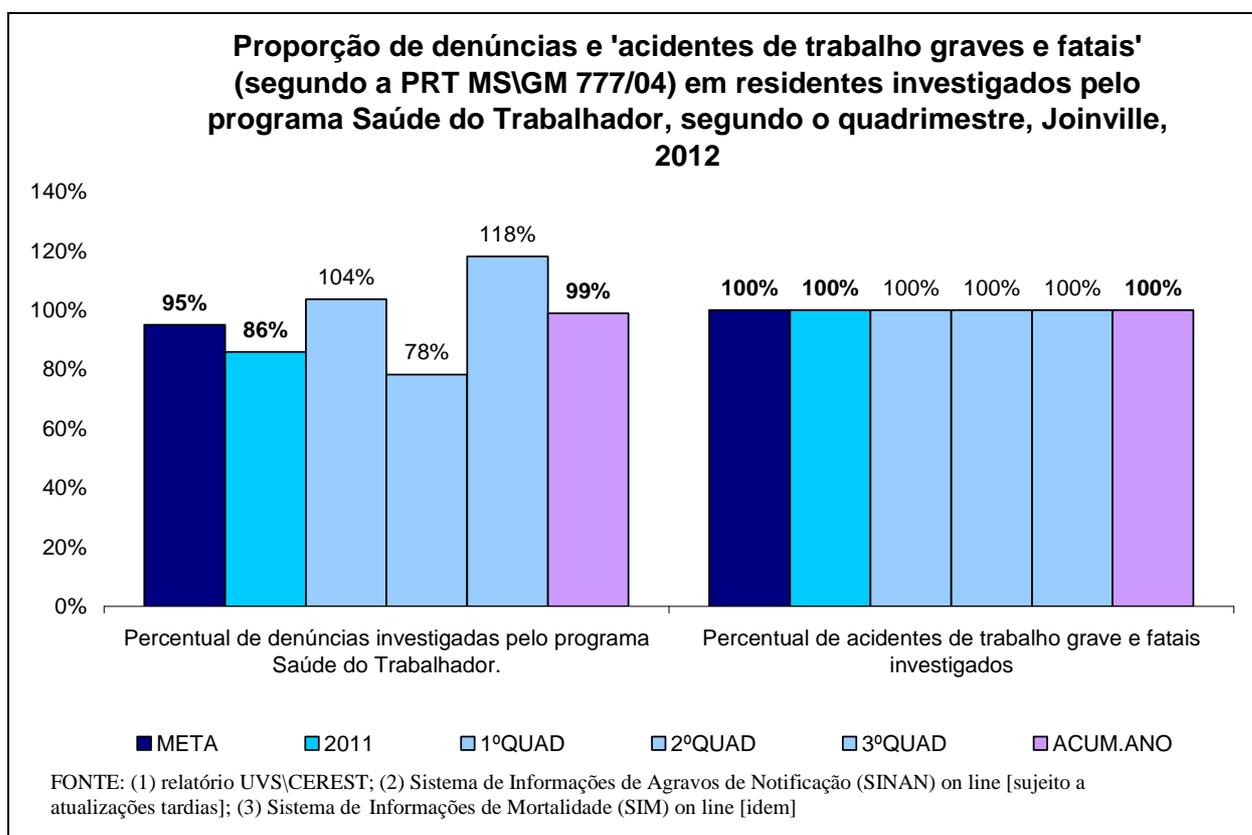


Encerramento oportuno das investigações: é realizado o monitoramento contínuo pelos técnicos, quanto às investigações em aberto, para encerramento oportuno, conforme preconizam as normativas.



Dos 47 casos de meningite notificados com suspeita de meningite bacteriana, 37 (78,7%) foram submetidos à cultura dos quais 15 tiveram o diagnóstico confirmado pelo crescimento do cultivo (exame positivo) e 22 tiveram resultado negativo devido ao uso prévio de antibióticos, coleta precoce frente a casos suspeitos. Observamos que o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) considera

apenas os resultados positivos ($15 \div 47 = 31,9\%$), consolidando uma proporção menor do que a de pacientes examinados (78,7%). Dez (10) pacientes (21,3%) com suspeita diagnóstica de meningite bacteriana, por motivos operacionais, não tiveram oportunidade de serem submetidos a confirmação diagnóstica.



O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) é o órgão que desempenha a função de promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores de 16 municípios da região norte de Santa Catarina. O Cerest ainda exerce a função de suporte técnico para a rede do SUS, de educação permanente e de coordenação de projetos de assistência.

Quanto às denúncias de residentes em Joinville ao Programa de Saúde do Trabalhador, o terceiro quadrimestre apresentou maior número de investigações, em comparação às recebidas, decorrente da realização de visitas pendentes dos meses anteriores.

Com relação aos acidentes, 5.497 trabalhadores de Joinville se envolveram no ano passado em acidentes de trabalho, segundo dados do Cerest. Foram registrados no SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) 331 casos classificados como graves, ocorridos com residentes de Joinville, sendo 107 envolvendo crianças e adolescentes. A estatística elevada se deve ao trabalho incessante de notificação dos acidentes pelas Unidades Sentinela de Joinville, formadas por hospitais e pronto-atendimentos, já que anteriormente muitos acidentes de trabalho não chegavam ao conhecimento dos órgãos responsáveis.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implementar as ferramentas de notificação on-line, com equipamentos eficientes e suficientes	UVS\ V.Epidemio	ação contínua
Aumento do número de investigações das denúncias através do serviço de fiscalização da Saúde do Trabalhador	UVS\ Saúde Trabalhador	ação contínua

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 2012	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)	480 X 100% / 480	100,0%	100,0%	😊

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

AVALIAÇÃO/RESPONSÁVEL: UVSVigilância Sanitária

Os números apresentados correspondem às coletas realizadas e enviadas ao LACEN,/SC, atendendo à competência municipal. O indicador consolidado pelo estado e disponível no SARGSUS corresponde aos exames efetivamente realizados pelo LACEN. Salientamos que o LACEN tem encontrado dificuldade para atender o volume de amostras encaminhadas pelos municípios, rebaixando o resultado estadual e o atribuído aos municípios no SARGSUS.

ESTRATÉGICA: Saúde Bucal

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

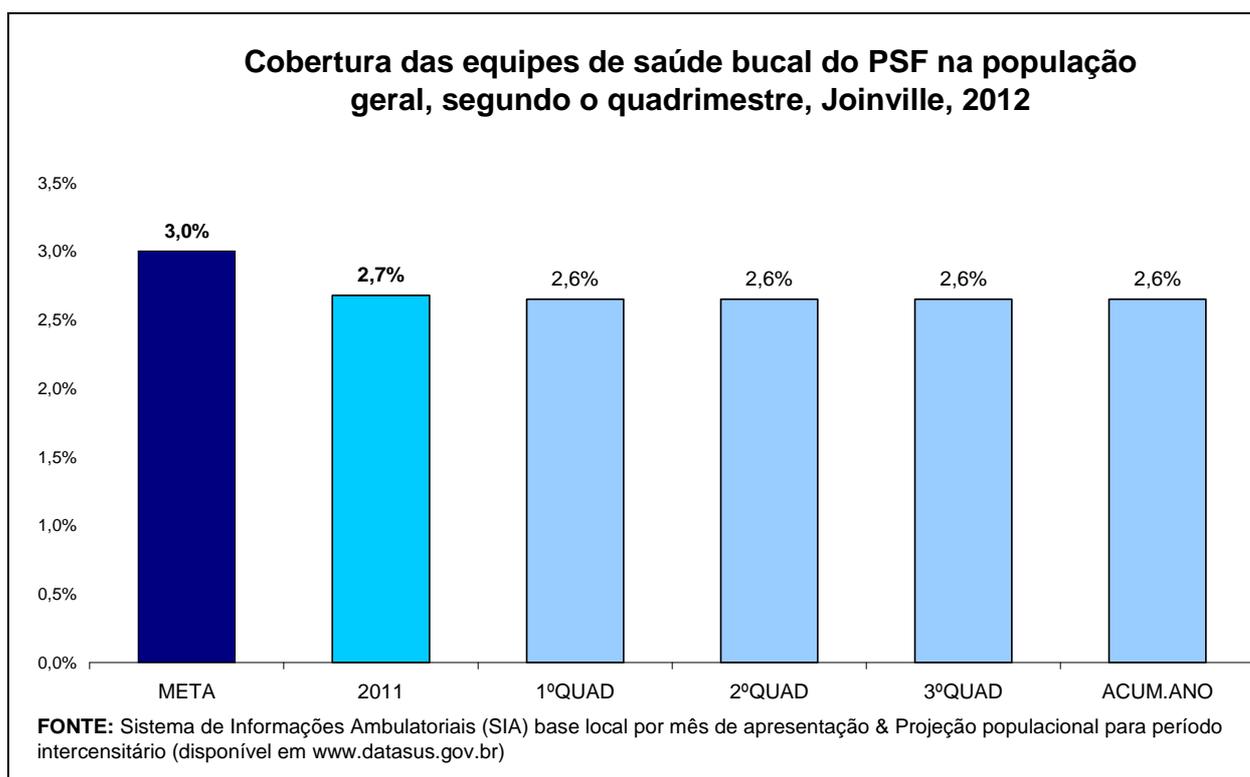
DIRETRIZ: Promover a saúde bucal da população

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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 X 3.450 X 100% / 520905	2,6%	3,0%	😊
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	{SB-ESF + [(carga horária semanal dos CD lotados em UBSSs convencionais)/ 40 horas semanais]} x 3.000 pessoas X 100% / Total de residentes	{[4 + (1545 / 40)] X 3.000} X 100% / 520905	24,5%	26,0%	😊
Cobertura de primeira consulta odontológica programática (acumulado)	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas (acumulado) X 100% / População residente total	88066 X 100% / 520905	16,9%	18,0%	😊
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizado em determinado local e período, dividido pelo período X 100 / População residente	192977 / 12 X 100% / 520905	3,09%	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	9314 X 100% / 320312	2,9%	1,5%	😊

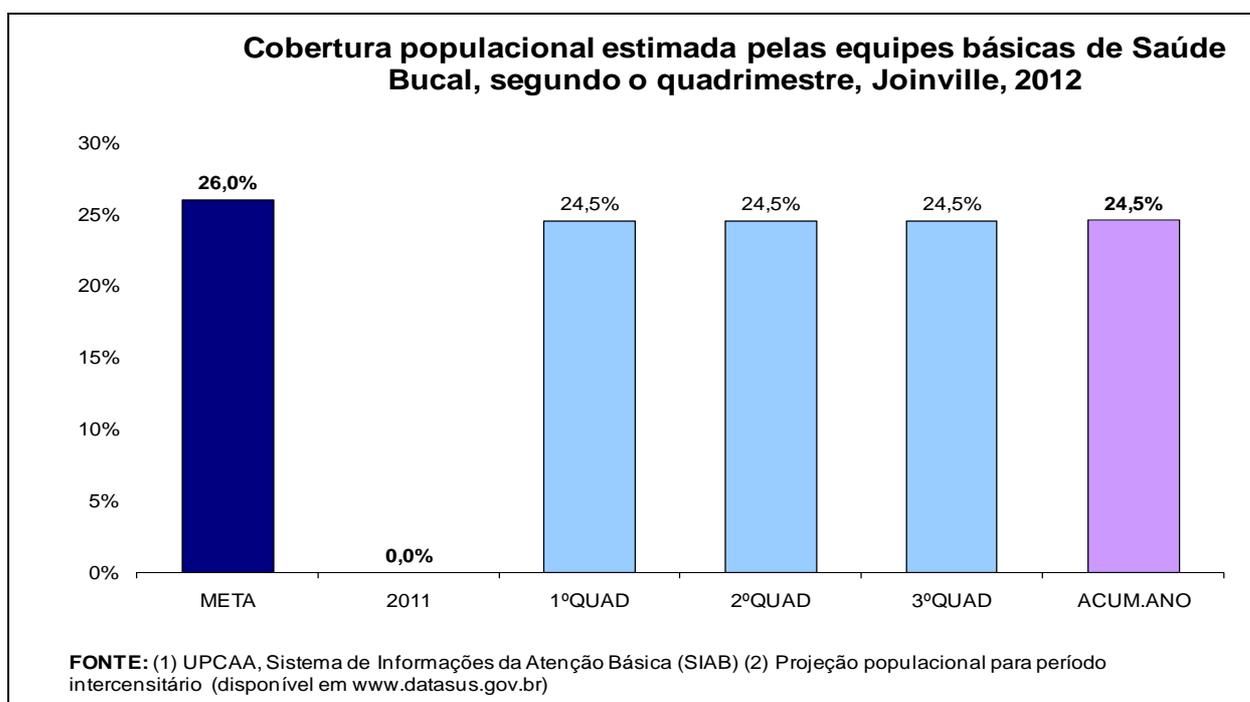
BASE/FONTE: (1) UPCA\Programação: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) base local por mês de apresentação; (2) DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br); MS, (3) 'Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde', Brasília: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

OBS: 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 (bucal-maxilo-facial e oral menor): 89,3 e 148,8%

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

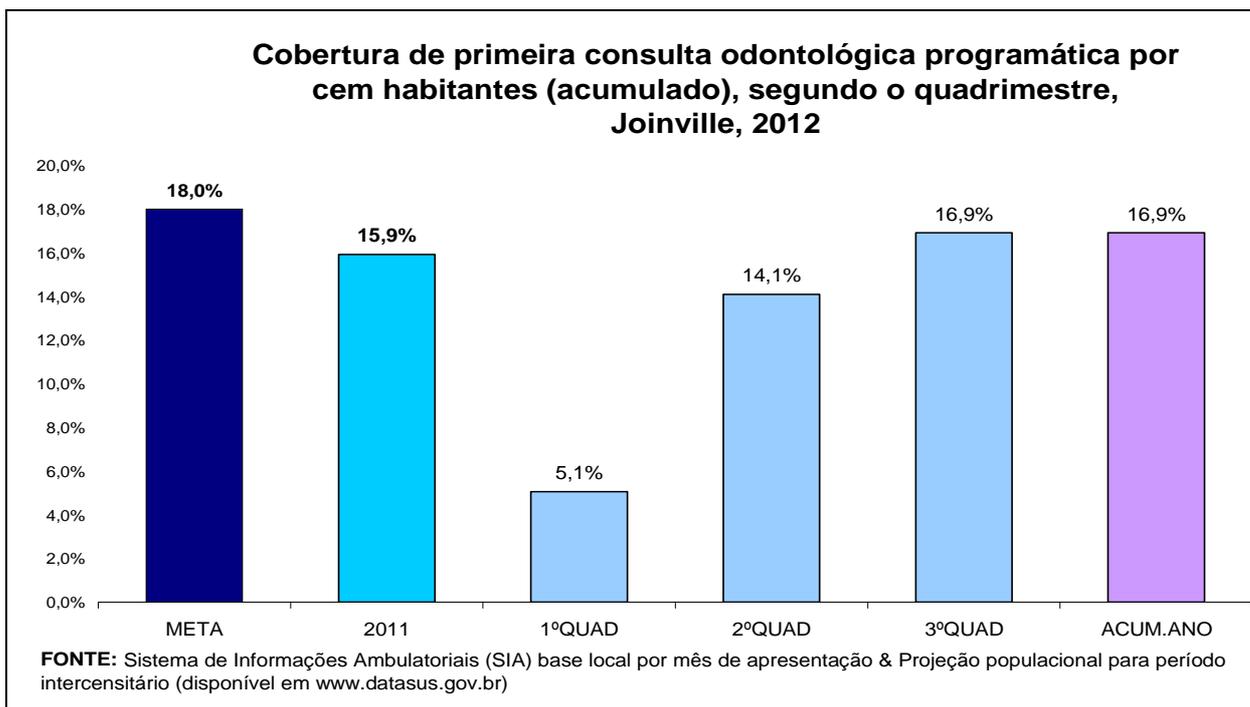


A meta proposta para o ano de 2011 não foi alcançada e continua a mesma para 2012, pois a ampliação das equipes de Saúde Bucal (SB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando a mudança do modelo de atenção, está sendo avaliada pela gestão. Contamos com 4 equipes de Saúde Bucal na ESF, o que corresponde a uma cobertura populacional de 2,6%.



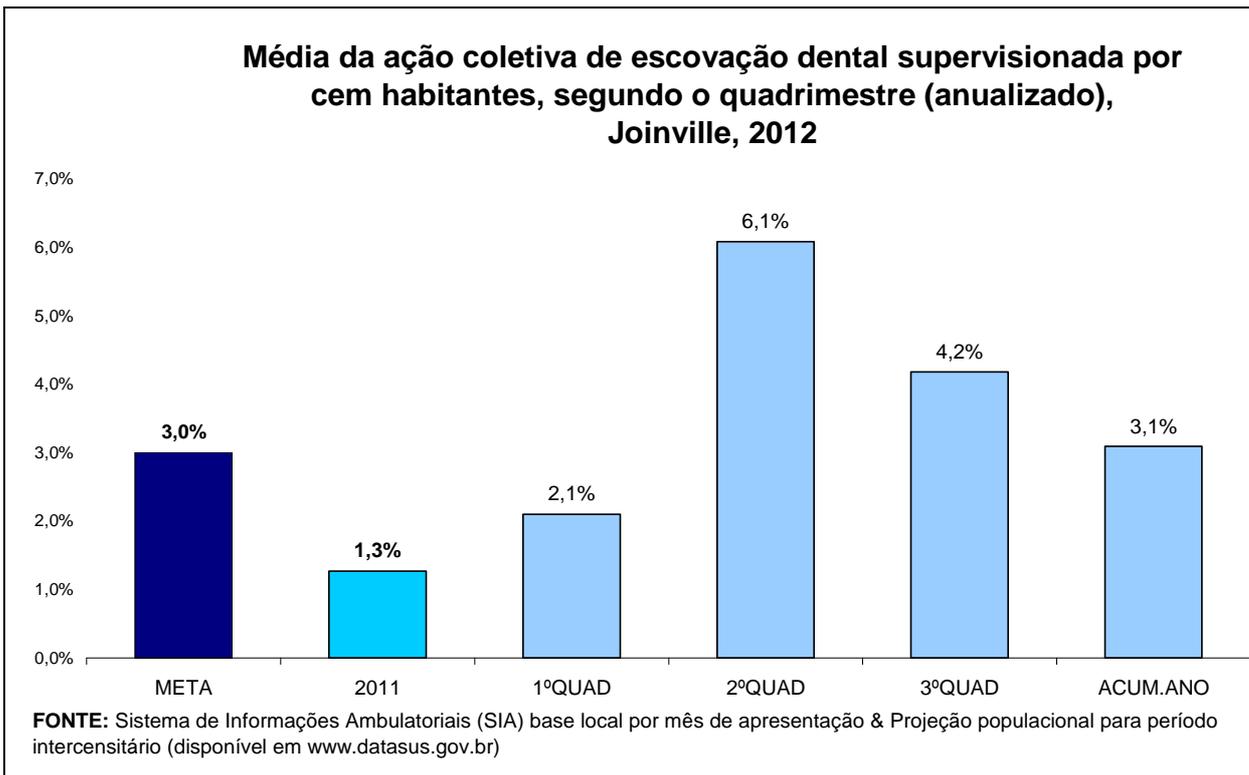
Apesar da cobertura inferior à preconizada em termos de ESF, Joinville conta com uma rede de

cirurgiões dentistas ambulatoriais em praticamente todos os bairros, com uma cobertura populacional de 24,5%.

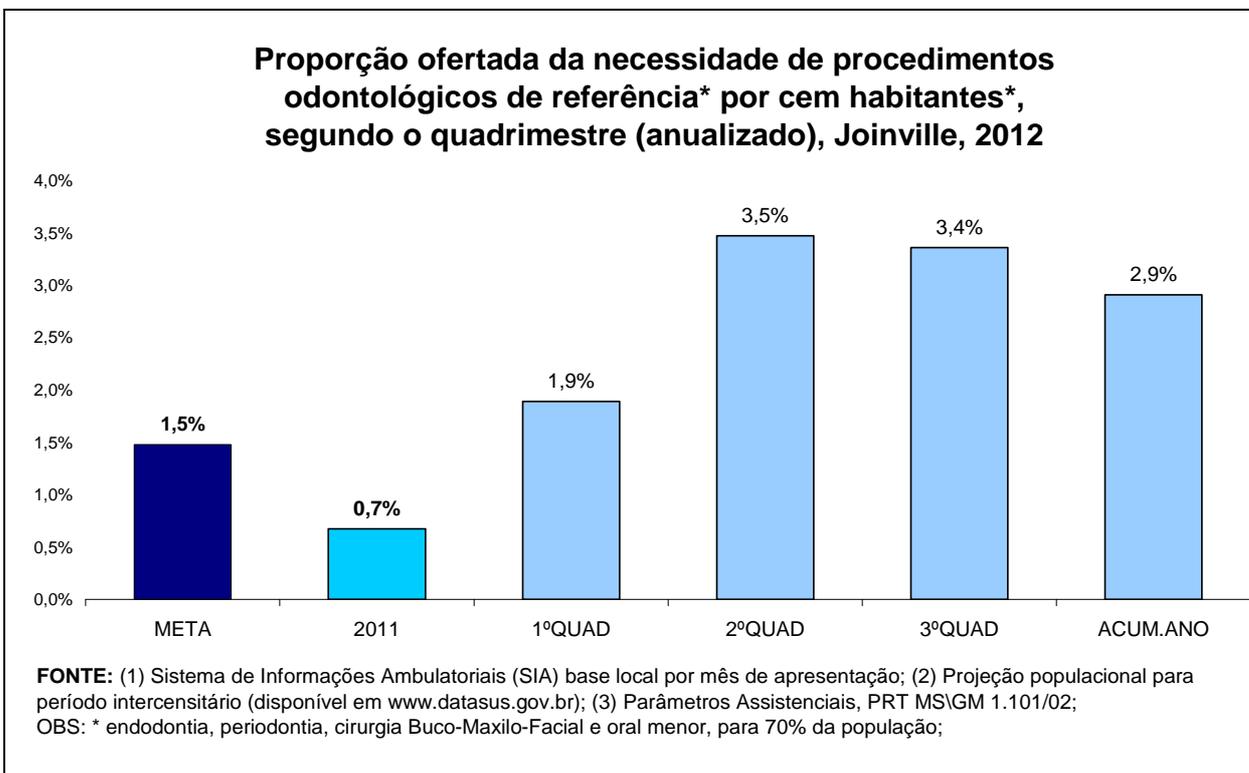


A meta alcançada foi de 16,9%. Apesar de não ter alcançado a meta estimada (18,0%), houve melhoria na captação e realização de 1ª consulta odontológica programática, em relação a 2011 (15,9%). No primeiro e início do segundo quadrimestre, foram realizados os exames clínicos das crianças das escolas públicas e CEIs, impactando positivamente no número de primeiras consultas. As primeiras consultas também são realizadas para os demais públicos de adultos, gestantes, diabéticos e idosos, resultando na ampliação do acesso. No segundo e terceiro quadrimestre é enfatizado o tratamento propriamente dito, como também é realizada a busca ativa das crianças faltosas nos exames iniciais (aproximadamente 25% dos alunos não trouxeram as autorizações assinadas pelos pais, sendo que há necessidade da autorização formal para a realização dos exames, conforme orientação do departamento jurídico do Conselho Regional de Odontologia).

Iniciativas no sentido de sensibilização dos profissionais para o correto registro do procedimento, organização do processo de trabalho visando a superação das dificuldades foram empreendidas.



A meta pactuada de 3% foi superada, como resultado da sensibilização dos coordenadores, profissionais de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde para a realização desta atividade. Houve também treinamento das equipes para o registro correto das atividades. Lembramos que esta atividade iniciou no mês de março, quando os alunos começaram as aulas, parou no mês de julho, período de férias, e foi retomada em agosto. O público contemplado encontra-se em sua maioria no ambiente escolar.



A meta pactuada para o CEO foi alcançada, obtendo-se bons resultados mediante os esforços empreendidos. Atualmente, as cirurgias para pacientes especiais são realizadas no hospital Bethesda. Está em andamento o processo de negociação com o HRHDS, para que mais vagas sejam disponibilizadas no centro cirúrgico, considerando que há uma demanda reprimida e cada internação gera um grande número de procedimentos.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Constituir comissão intersetorial envolvendo todos os níveis de atenção [em Saúde Bucal]	Secretário, UAB, USR	não encaminhada
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	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS:

COMISSÃO INTERSETORIAL: Houve reuniões periódicas em 2012, com discussões pontuais buscando integrar o trabalho da Atenção Básica com as Especialidades e área hospitalar.

CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA ADEQUAÇÃO DO QUADRO: O processo de implantação do CEO Tipo II, continua sendo uma necessidade para o município, mas em razão da limitação de recursos para a contratação dos profissionais, esta discussão deverá ser retomada a partir de 2014.

PACTUAÇÃO ENTRE O HRHDS E O CEO PARA A UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO: a pactuação está em andamento, porém ainda não foi concluída, pois houve dificuldades em cessão de horários por parte do hospital. Esta situação gera demanda reprimida para essa especialidade, prejudicando assim o andamento do serviço.

ÁREA ESTRATÉGICA: Grupos Vulneráveis

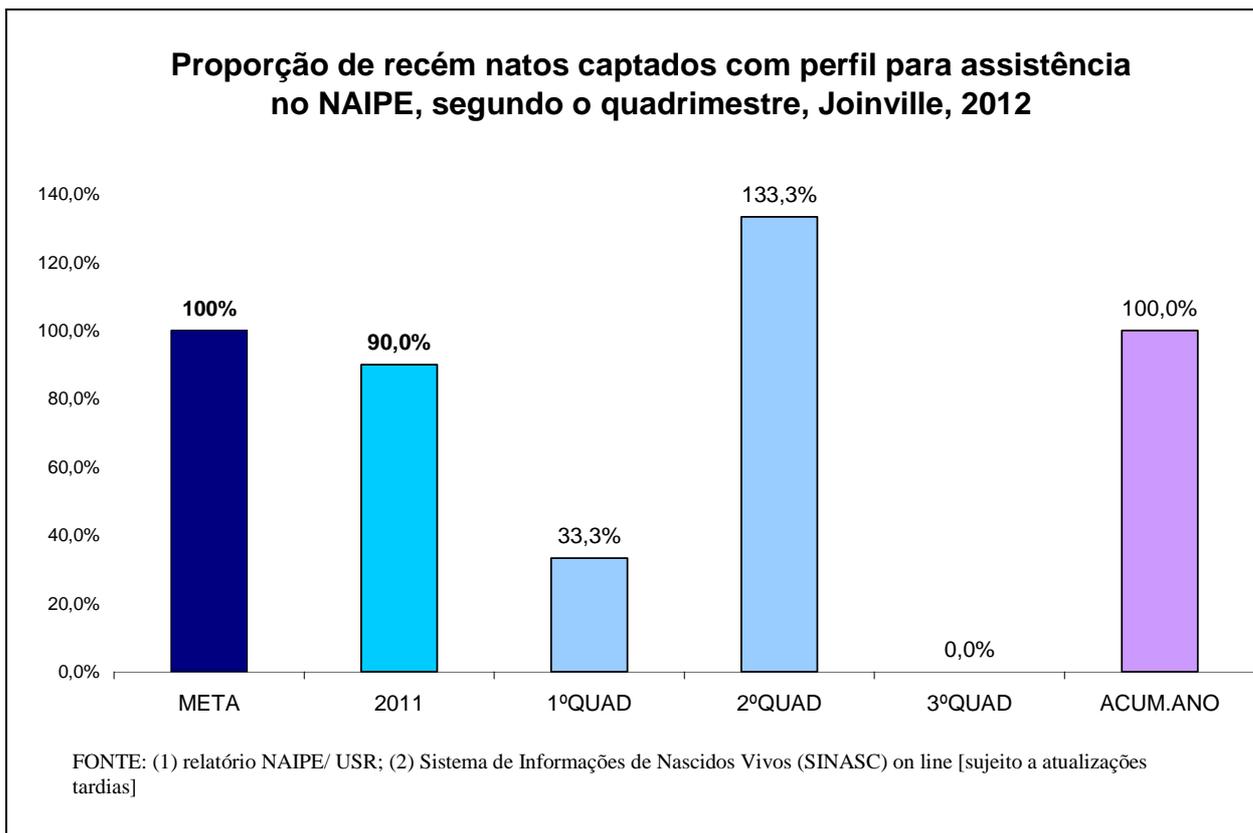
OBJETIVO: Promover a inclusão social de pessoas com deficiências ou transtornos mentais

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AValiação
Proporção de recém-natos captados com perfil para assistência no NAIPE	Número de recém-natos de mães residentes captados para tratamento no NAIPE X 100% / Total de nascidos vivos de mães residentes com perfil para assistência no NAIPE notificados, confirmados e com alta pelas Maternidades	6 X 100% / 6	100,0%	100,0%	😊

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: USR



O NAIFE presta assistência integral às pessoas com deficiência intelectual, com necessidade de atendimento continuado, sobretudo nas áreas de reabilitação, visando a inclusão social. A demanda captada e referenciada pelas Maternidades é de crianças que já nascem com alguma síndrome detectada. Existe uma demanda que procura o NAIFE em outras etapas da vida, elevando consideravelmente o número de crianças com perfil para atendimento no NAIFE.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Contratação de profissionais para ampliação da equipe	USR\ NAIFE	não encaminhada
Treinamento nas maternidades para o correto preenchimento do Campo 34 da Notificação de Nascidos Vivos	USR\ NAIFE UPCAA\ PROGESUS	prejudicada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS/TREINAMENTO: Foi solicitada a contratação de novos profissionais. Em função do quadro funcional atual não estar completo, não foram realizados treinamentos nas maternidades.

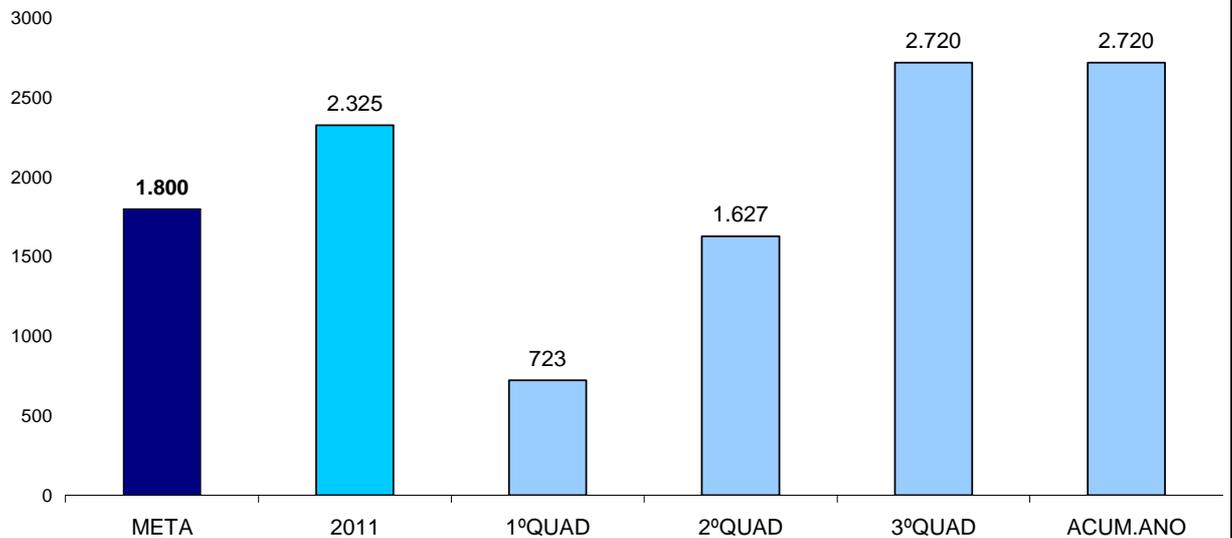
DIRETRIZ2: Ampliar a capacidade instalada do Centrinho

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AVALIAÇÃO
Número de exames para diagnóstico de deficiência auditiva (acumulado)	Número absoluto de exames para diagnóstico de deficiência auditiva realizados	2720	2.720	1.800	😊

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: USR

**Número de exames para diagnóstico de deficiência auditiva
(acumulado - Centrinho), segundo o quadrimestre, Joinville, 2012**



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

O serviço de Saúde Auditiva do Centrinho foi credenciado em 2005 como Serviço de Atenção à Saúde Auditiva em Alta e Média Complexidade, conforme Portarias GMS 587 e 589/2004. O Serviço tem cadastrado 5.320 pacientes, sendo 3.542 ativos que são acompanhados anualmente gerando consultas e exames. Mensalmente, ingressaram cerca de 200 casos novos e em média 140 adaptações de prótese auditivas são realizadas. Os municípios atendidos na **média complexidade** pelo Centrinho são: Joinville, São Francisco do Sul, São João do Itaperiú, Barra Velha, Itapoá, Araquari, Barra do Sul e Garuva. **Municípios atendidos na alta complexidade:** Joinville, São Francisco do Sul, São João do Itaperiú, Barra Velha, Itapoá, Araquari, Barra do Sul, Garuva, Jaraguá do Sul, Mafra, São Bento do Sul, Canoinhas, Porto União, Guaramirim, Rio Negrinho, Itaiópolis, Três Barras, Papanduva, Corupá, Schroeder, Campo Alegre, Irineópolis, Monte Castelo, Bela Vista do Toldo e Major Vieira.

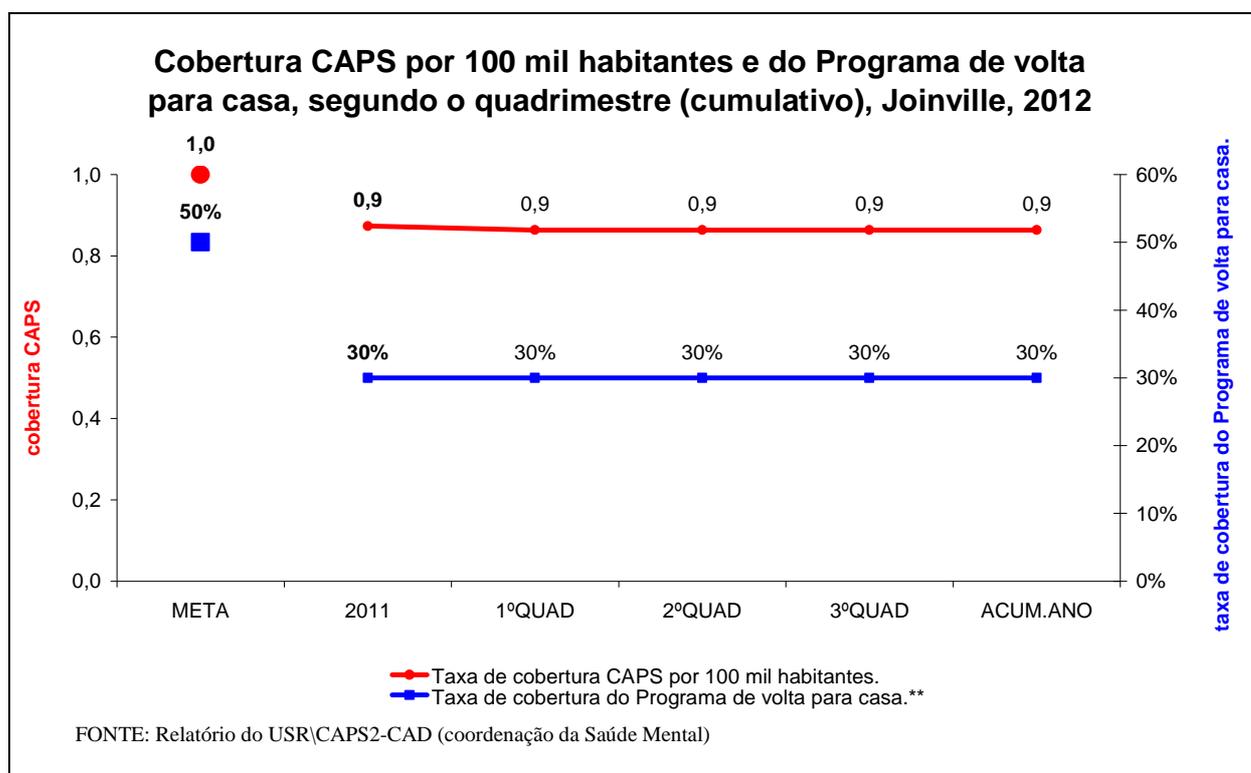
DIRETRIZ3: Articular os diferentes setores para construir uma política municipal de Saúde Mental baseada nas linhas de cuidado

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AVALIAÇÃO
Plano de Saúde Mental reelaborado	Divulgação de Plano de Saúde Mental (em conformidade com diretrizes e em formato padrão da Secretaria Municipal da Saúde)		1	OUT12 etapa 2	😊
Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes.	$[(\text{Número CAPS I} \times 0,5) + (\text{Número CAPS II}) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPSi}) + (\text{Número CAPSad})] \times 100.000 / \text{População residente}$	$4,5 \times 100.000 / 520905$	0,86	1,0	😐
Taxa de cobertura do Programa de volta para casa.**	Número de pessoas beneficiadas [no programa 'de volta para casa'] X 100% / 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



PLANO DE SAÚDE MENTAL: O plano foi concluído e está em fase de aprovação.

COBERTURA DE CAPS: A transformação dos CAPS II e AD em CAPS III está em fase de transição, o que possibilitará o cumprimento das metas de cobertura de CAPS/100 mil habitantes.

PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA: Não houve aumento de beneficiários do programa “De Volta Para Casa” devido à ausência de novos dispositivos de residências terapêuticas. Este indicador só mudará com a implantação de novos serviços residenciais terapêuticos.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Elaboração do Plano de Saúde Mental contemplando protocolos baseados em Linhas Guia	Grupo de Condução de Saúde Mental	concluída
Implantação do Plano [de Saúde Mental]	USR e Grupo de Condução de Saúde Mental	encaminhada
Avaliação da Implantação	USR e Grupo de Condução de Saúde Mental	encaminhada
Promover ações de educação continuada para os profissionais de saúde na abordagem à Saúde Mental	USR\ GT Saúde Mental UPCAA\ PROGESUS	ação contínua
Articular os serviços para os pacientes com necessidades especiais dentro de uma política municipal	USR\ Centrinho, NAIPE, Grupo de Condução de Saúde Mental	encaminhada
Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelo Centrinho, NAIPE e Saúde Mental	USR\ Centrinho, USR\ NAIPE, Grupo de Condução de Saúde Mental	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL: O Plano foi elaborado, devendo ser validado pela gestão e sua implantação acontecerá de forma contínua a partir de 2013.

AValiação da Implantação: É uma atividade contínua e terá início em 2013, paralelamente à sua implantação.

CAPACITAÇÃO CONTINUADA: As ações foram promovidas em 2012, sendo prevista sua continuidade em 2013.

ARTICULAR OS SERVIÇOS PARA OS PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS: a articulação é feita dentro da rede de atenção à saúde, com meta para criação de comissão definindo as competências na rede de cuidado das pessoas com deficiência.

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DO CENTRINHO, NAIPE E SERVIÇOS DA SAÚDE MENTAL: atualmente é acompanhado através dos boletins de produção mensais, porém necessita-se de um instrumento mais efetivo a ser construído em conjunto com os serviços nominados acima, tarefa também designada para o ano de 2013.

EIXO 2 - DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE

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

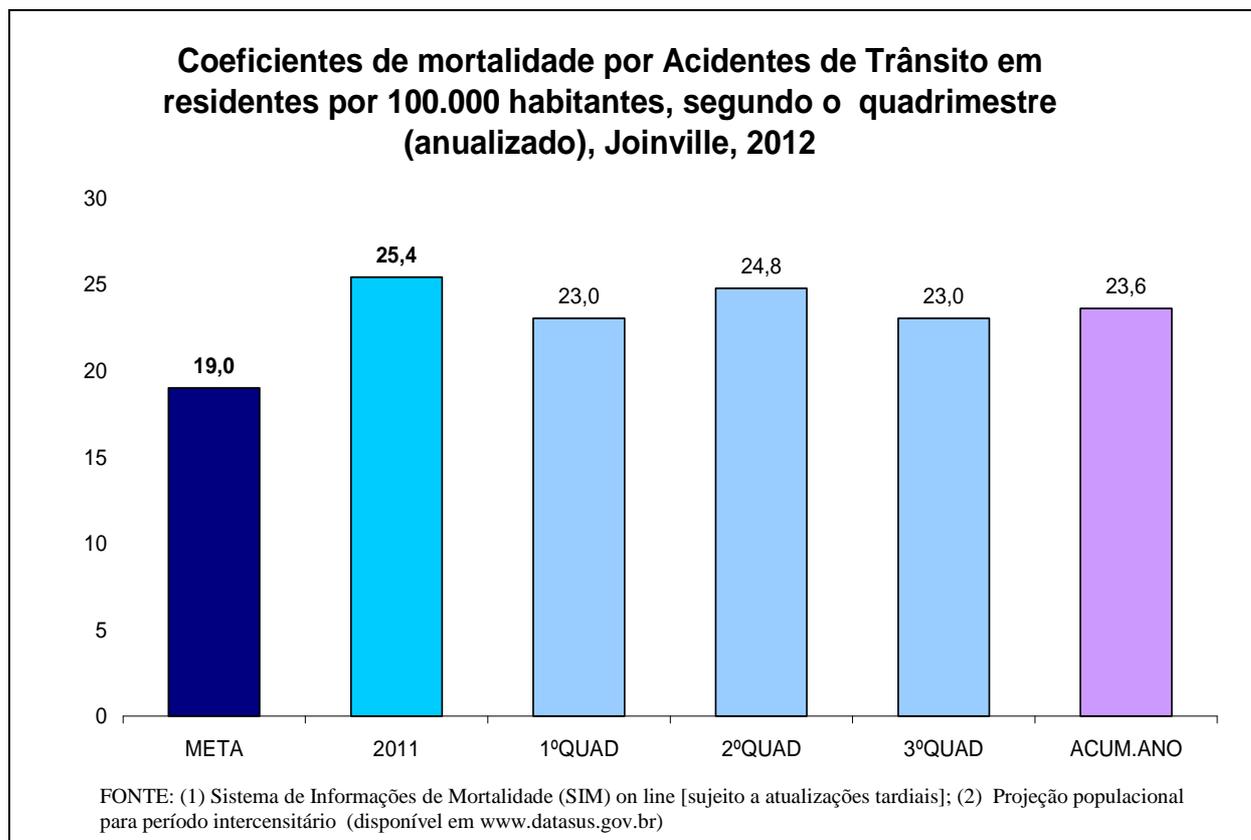
DIRETRIZ 1: Reduzir as causas externas de morbi-mortalidade, com foco nos acidentes de trânsito

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

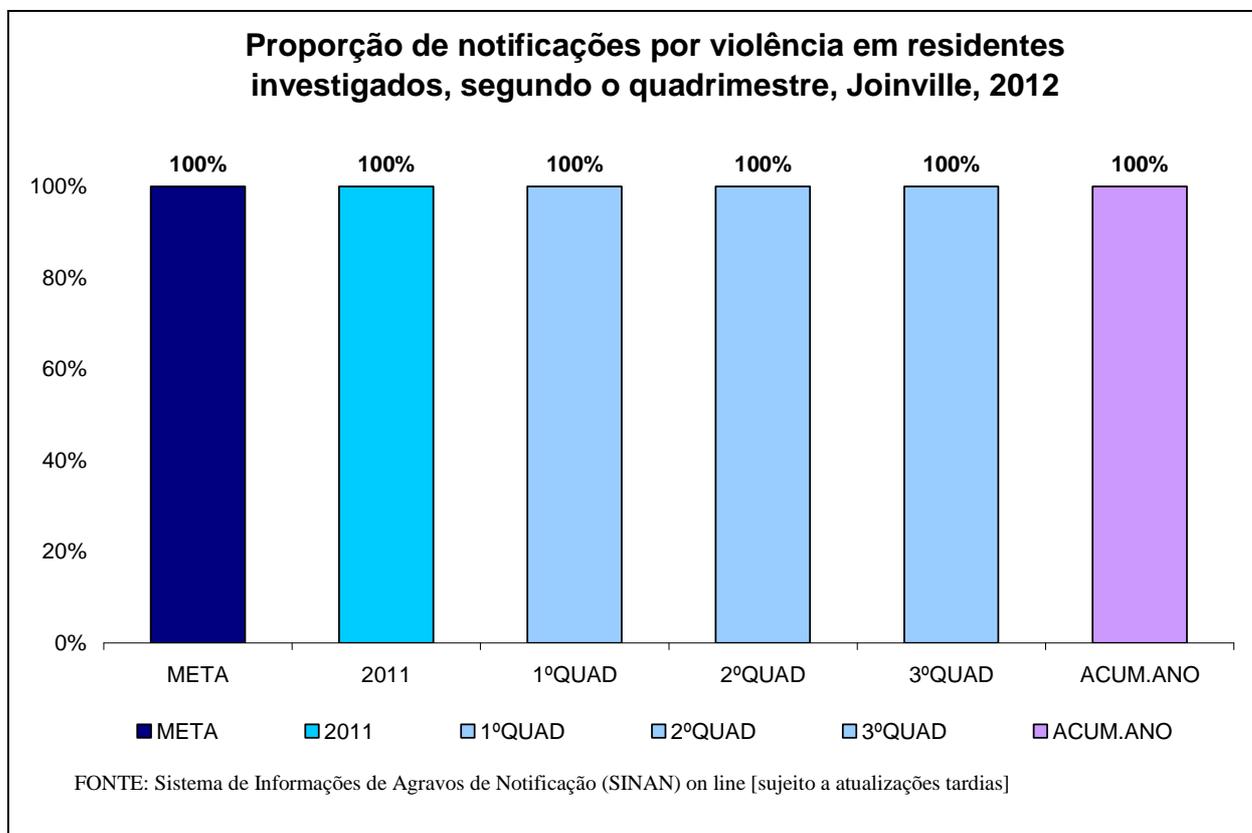
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AValiação
Coefficiente de mortalidade por acidentes de trânsito	Número de óbitos [de residentes] por acidentes de trânsito [em Joinville] X 100.000 / População residente	123 X 100.000 / 520905	23,6	19	☹
Número de Unidades de Saúde com serviço de Notificação de violência implantada	Número absoluto de Unidades de Saúde com notificação de violências implantada		3	3	☺
Percentual de notificações de violências (doméstica, sexual e outras) 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	180 X 100% / 180	100,0%	90%	☺

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 índice alcançado no Brasil em 2010 foi de 23 por 100 mil (DATASUS), semelhante ao encontrado em Joinville. Este indicador reflete um conjunto de ações intersetoriais envolvendo os serviços de atenção pré-hospitalares, os serviços de Segurança Pública, Trânsito, Educação, entre outros. Em 2012, foram realizadas ações educativas na Semana do Trânsito. Para unificar o banco de dados sobre acidentes de trânsito e a ampliação da captação destas informações, foi realizada reunião com os serviços pré-hospitalares.



Foram realizadas 08 capacitações com os médicos, enfermeiros e psicólogos da Rede de Atenção Básica, em outubro/12, sobre o preenchimento da ficha de notificação/investigação de violências bem como da abordagem sobre violências. Com estas capacitações houve ampliação dos tipos de violências registradas (psicológica, física, negligência). A Comissão Aconchegar Joinville, que atua na prevenção de violências, realizou 3 reuniões em 2012.

O HMSJ recebeu treinamento "in loco" por técnicos da Vigilância Epidemiológica sobre os vários agravos de notificação compulsória, entre eles a violência doméstica e/ou outras violências.

Foi publicada a Portaria nº 083/2012, pela Secretaria da Saúde, normatizando a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências, por todos os estabelecimentos de saúde do Município.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Realizar seminário sobre acidentes e violência	UVS\ VE\ Núcleo Violência	ação contínua
Processar e analisar os dados enviados pelos serviços pré-hospitalares e hospitalares	UVS\ VE\ Núcleo Violência	ação contínua
Divulgar a todos os segmentos informações sobre acidentes de trânsito	UVS\ VE\ Núcleo Violência	ação contínua
Informar a rede de serviços sobre os casos de violência notificáveis	UVS\ VE\ Núcleo Violência	ação contínua
Capacitar a Rede Básica de Saúde sobre o preenchimento da ficha de notificação de violências	UVS\ VE\ Núcleo Violência - UAB	ação contínua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

SEMINÁRIO SOBRE ACIDENTES E VIOLÊNCIA E DIVULGAÇÃO DE AÇÕES: O Núcleo de Prevenção à Violência e Acidentes (NPVA) é integrante da Comissão Municipal de Humanização do Trânsito e como tal participou das atividades da Semana do Trânsito bem como do evento na praça Tiradentes (Regional Floresta) sobre Saúde do Homem. Também na Semana do Trânsito, foram realizadas ações de prevenção de acidentes com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde.

DIVULGAR OS DADOS E INFORMAR A REDE: Foram realizadas reuniões com os Conselhos de Direito da Mulher, da Criança, do Idoso e Pessoa com Deficiência; 03 encontros com o Serviço de Referência em Saúde Mental e Programa de Atendimento Especializado de Famílias e Indivíduo/PAEFI para discutir ações e estratégias para atendimento das vítimas de violência na Rede Pública. O Protocolo de Violência Sexual foi apresentado aos conselheiros do Conselho Tutelar. Os dados de Joinville sobre Violência contra mulher, foram apresentados em audiência pública na Câmara de Vereadores.

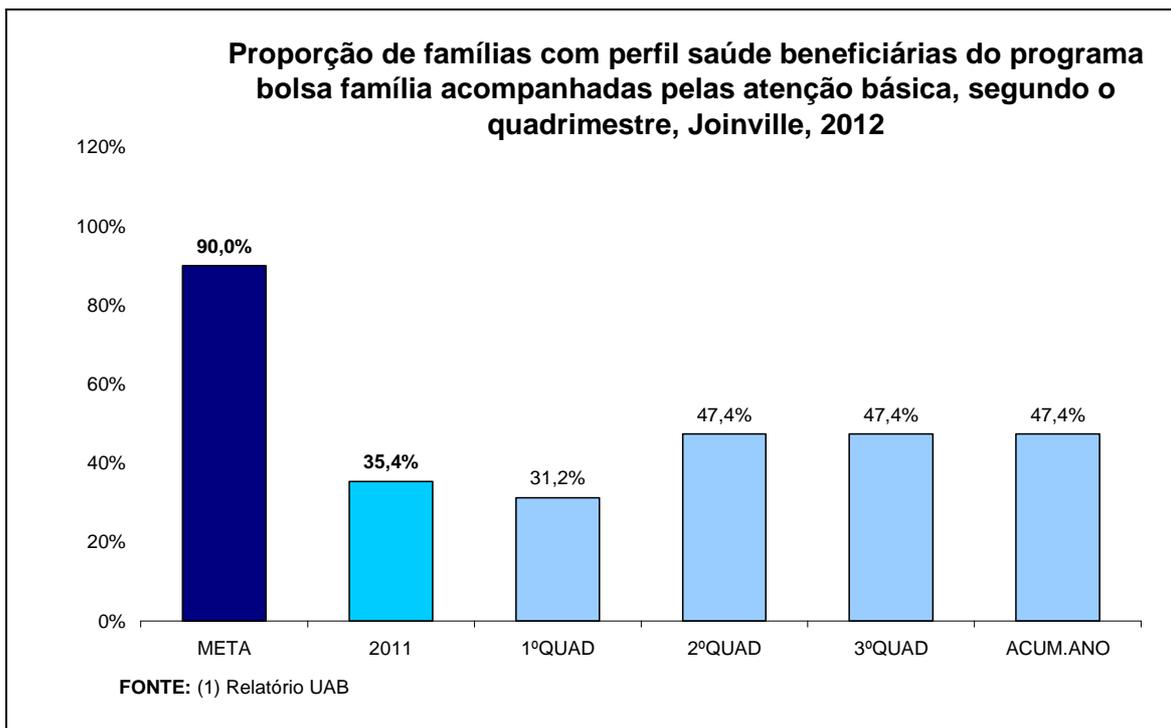
CAPACITAÇÃO SOBRE A FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIAS/SINAN: Foram realizados 08 Treinamentos com Atenção Básica (médicos, enfermeiros, psicólogos) envolvendo 170 profissionais; 03 Treinamentos sobre o Protocolo de Violência Sexual com Agentes de Saúde Pública, totalizando 50 profissionais e 05 Treinamentos sobre o Protocolo de Violência Sexual com Agentes Comunitários de Saúde (aprimoramento do “olhar” para a violência intrafamiliar bem como sua forma de abordagem), totalizando 350 profissionais.

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 2012	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 pelas atenção básica X 100% / Número de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família	2197 X 100% / 4617	47,6%	90,0%	

BASE/FONTE: UAB/NAT: relatório serviço

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



Este indicador é avaliado semestralmente, tendo alcançado 31,2% das famílias com perfil saúde acompanhadas no primeiro semestre e 47,6% no segundo.

Está sendo elaborado instrumento de acompanhamento, para registro das famílias beneficiárias inserindo-as na rotina diária de trabalho do ACS, visando o aumento da captação e monitoramento das famílias. Devido ao grande número de famílias com endereços não vinculados às regiões de saúde definidas pela Secretaria da Saúde, o setor de cadastramento está verificando, através do geoprocessamento, a busca pelas famílias e associação dos endereços dos beneficiários à unidade de saúde, para preenchimento do CAD Único pela Assistência Social. Neste processo já foram mapeados 900 endereços e atualizados 300 para captação pelas equipes de saúde da área de abrangência correlata.

AÇÕES PROGRAMADAS

RESPONSÁVEL

ANDAMENTO

Implantar o Projeto de descentralização das informações de condicionalidades do Bolsa Família

UAB

ação contínua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

A descentralização não ocorreu em novas unidades em 2012, sendo priorizado o aperfeiçoamento do processo de acompanhamento nas unidades já descentralizadas e corrigir as inconsistências relacionadas a endereços incorretos e/ou desatualizados. Foram verificados em torno de 900 endereços errados, impactando, portanto na localização das famílias e na cobertura de acompanhamento do programa. Neste sentido, foi realizado em conjunto com a Secretaria de Assistência Social um relatório para correção dessas informações, sendo que 300 endereços já foram corrigidos.

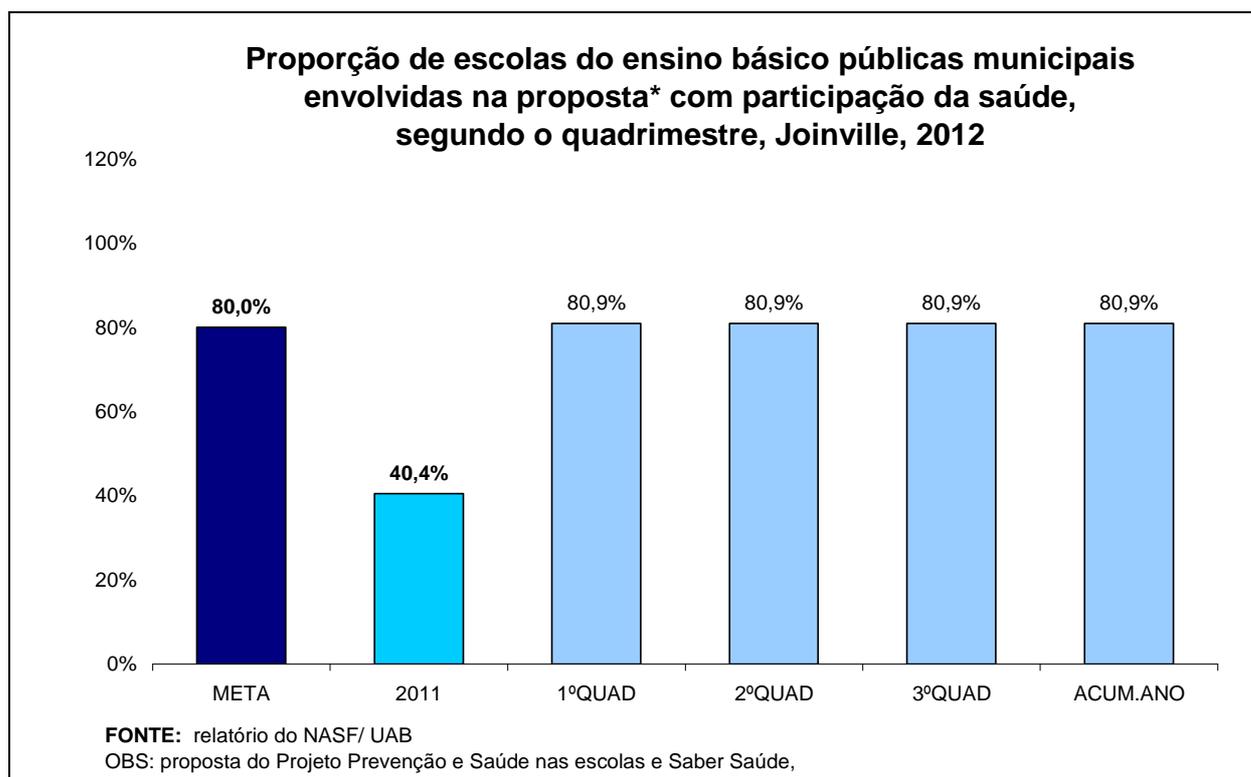
Outra dificuldade enfrentada diz respeito a quantidade de micro áreas descobertas, uma vez que a busca ativa é realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde. Para o próximo ano estão previstas visitas in loco nas Unidades de Saúde com menor percentual de acompanhamento, a fim de sensibilizar as equipes, bem como a elaboração de instrumento de acompanhamento, para registro das famílias beneficiárias, inserção na rotina diária de trabalho do ACS e melhoria do processo de trabalho.

DIRETRIZ 4: Projeto Prevenção e Saúde nas escolas.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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	72 X 100% / 89	80,9%	80,0%	😊

BASE/FONTE: UAB/NAT: relatório serviço

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



Em novembro de 2011 foi assinado o Termo de Adesão e Compromisso ao Programa Saúde na Escola, sendo nomeado Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI) de execução, gestão do recurso, acompanhamento e monitoramento das ações do PSE no território, com representantes da saúde, educação e de outros órgãos/instituições. Foram realizadas atividades em 51 escolas e 21 CEIs vinculadas às equipes de saúde da família. As metas pactuadas no termo de Compromisso foram inseridas no Sistema de acompanhamento do programa (SIMEC) e o município atingiu as metas, garantindo o repasse do restante do recurso (30%) e a repactuação em 2013 para continuidade das ações.

Para 2013 verifica-se a necessidade de incluir as ações do Projeto de Prevenção e Saúde nas Escolas na programação do PSE e manter apenas um GTI nomeado para integração e articulação das ações. Hoje este projeto está vinculado à Vigilância em Saúde e realizando ações e atividades paralelas.

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 UBS

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

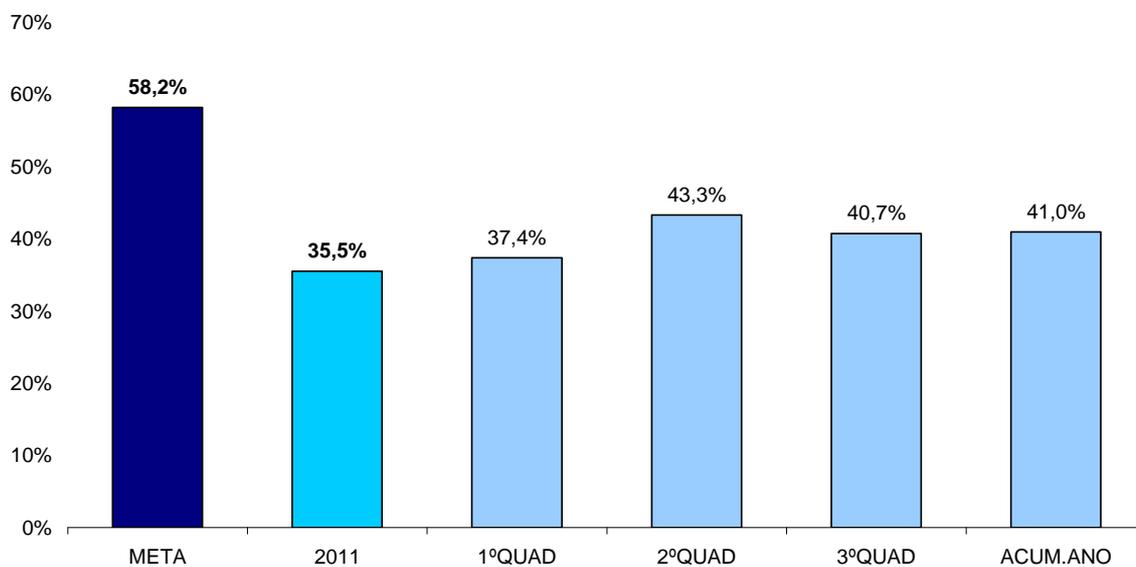
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AVALIAÇÃO
Proporção de consultas ambulatoriais realizadas na AB	Número de consultas médicas nas especialidades de básicas X 100% / total de consultas médicas ambulatoriais realizadas	$531371 \times 100\% / 1296930$	41,0%	58,2%	
Média anual de consultas médicas básicas por habitante	Número de consultas médicas nas especialidades de básicas/ População residente	$531371 / 520905$	1,02	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))	$595377 / 1143756$	0,52	0,9	
Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF).	População cadastrada no SIAB (Modelo de Atenção PSF) X 100% / População residente	$152863 \times 100\% / 520905$	29,3%	65,6%	
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	{equipes ESF + [(carga horária semanal dos médicos CG, PED e GO lotados em UBSs convencionais)/ 60 horas semanais]} x 3.000 pessoas X 100% / Total de residentes	$\{[51 + (1575 / 60)] \times 3.000\} \times 100\% / 520905$	44,5%	46,0%	

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

OBS: * Indicador não pactuado no Plano Municipal de Saúde 2010-3

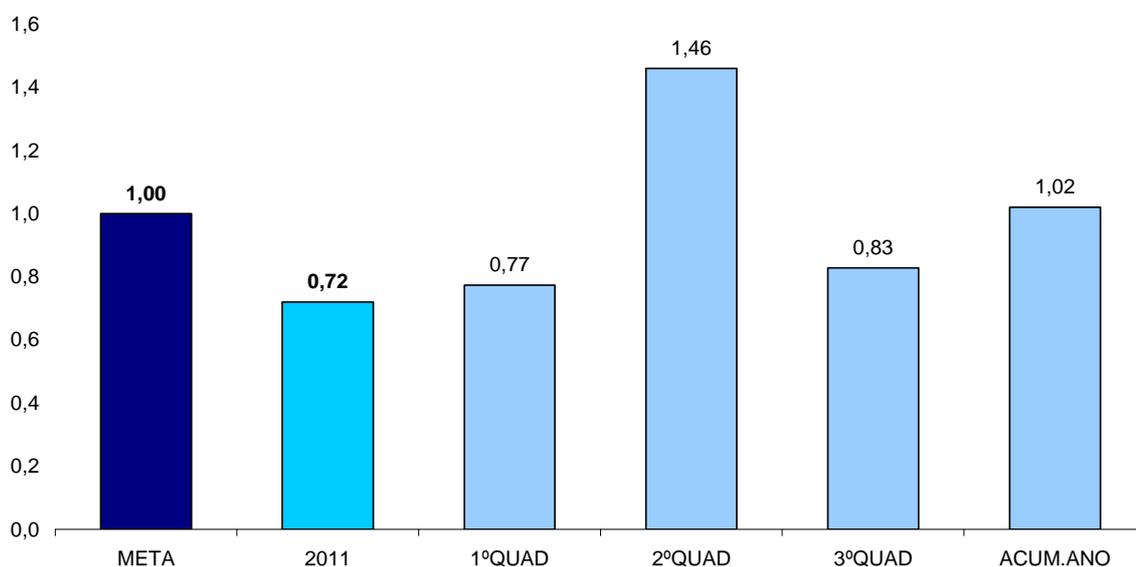
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

Proporção de consultas ambulatoriais realizadas na Atenção Básica, segundo o quadrimestre, Joinville, 2012

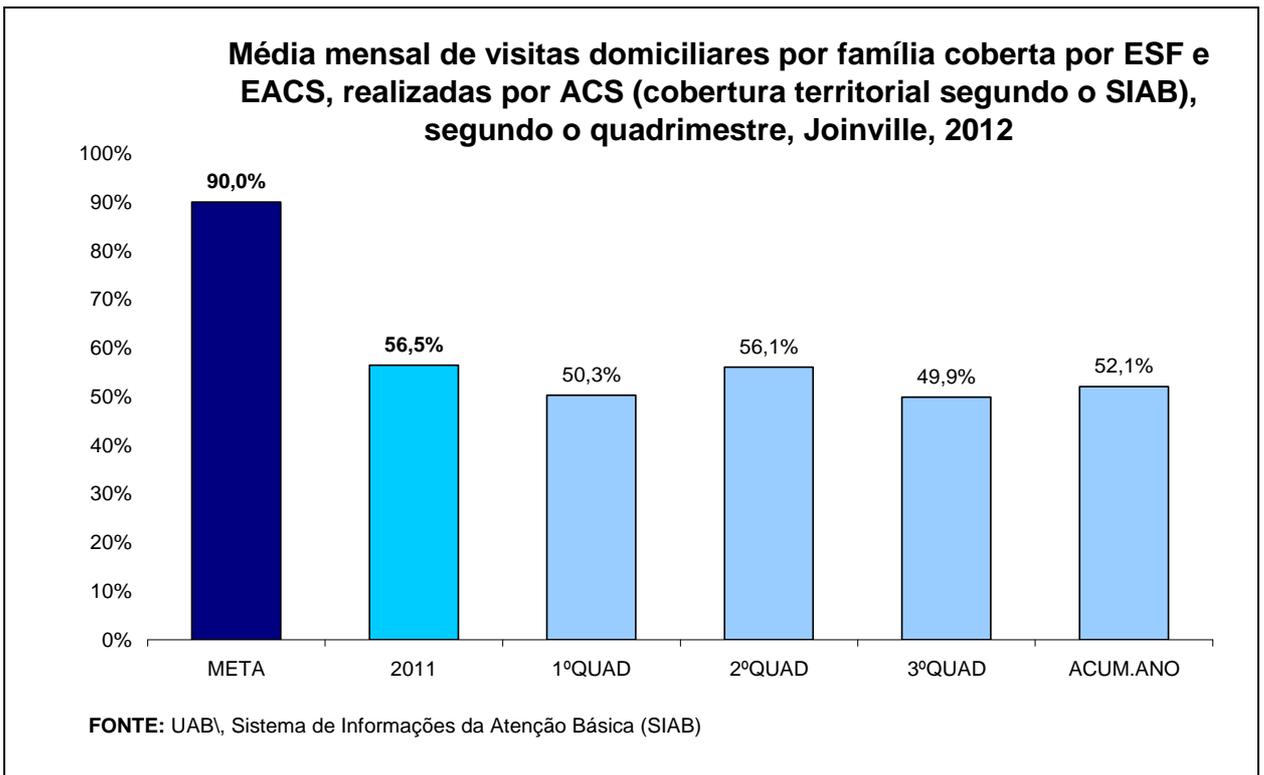


FONTE: UPCA\Programação, S istema de Informações Ambulatoriais (SIA), base local

Média anual de consultas médicas básicas por habitante, segundo o quadrimestre (anualizado), Joinville, 2012

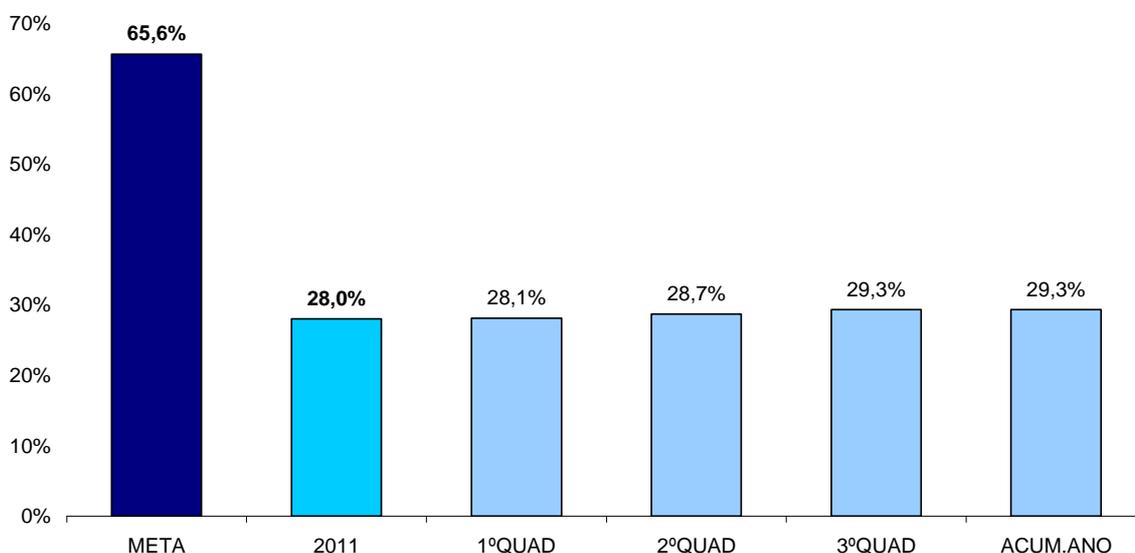


FONTE: (1) UPCA\Programação, S istema de Informações Ambulatoriais (SIA), base local; (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br);



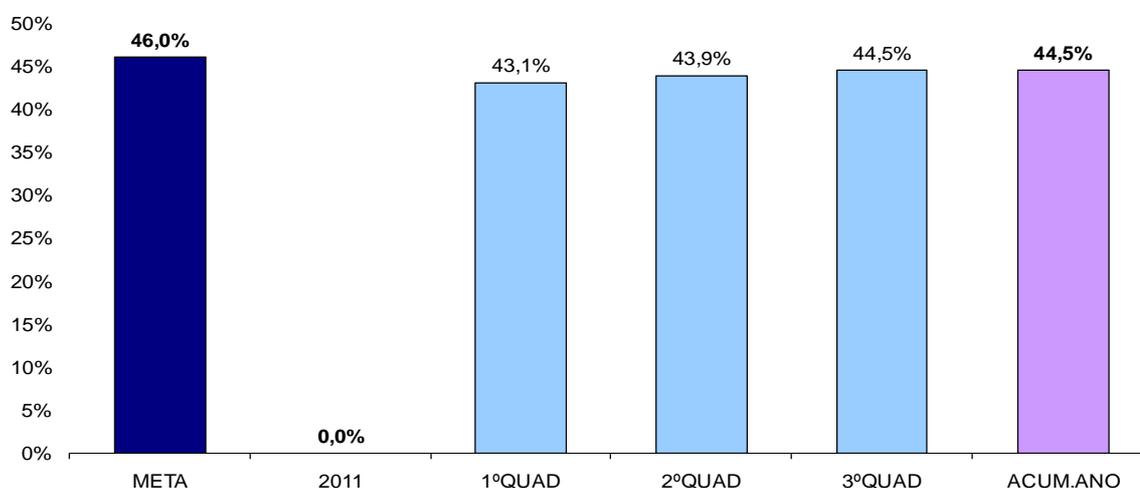
Alcançado 0,52 (52%) visitas domiciliares de ACS a cada mês, ficando aquém da meta programada de 0,9 (90%). Atualmente estão descobertas 117 micro áreas, apesar da reposição das vagas em aberto, o que prejudica a média das visitas no município. Além disto, o número de afastamentos por licença saúde dos ACS impacta no indicador. De acordo com estudo realizado pelo Ambulatório de Servidor, em 2011 foram comprometidos 14.000 dias, o que representa uma redução de aproximadamente 112.000 visitas/ano. Diante disso, está sendo avaliado e acompanhado o número de visitas abrangendo somente as micro áreas cobertas, o que demonstra melhoria de 20% no indicador. Planeja-se uma proposta de intervenção em conjunto com a Secretaria de Gestão de Pessoas para, em 2013, trabalhar ações referentes ao diagnóstico apresentado este ano com relação aos afastamentos.

Cobertura do Programa de Saúde da Família, segundo o quadrimestre, Joinville, 2012



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

Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, segundo o quadrimestre, Joinville, 2012



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

A cobertura atual da ESF é de 29,3% da população, contando-se somente as áreas cadastradas no SIAB. Se considerarmos as áreas de adscrição territorial das USF, esta proporção sobe para 37,85%. Em 2012 foi implantada nova equipe na unidade Itinga Continental, para adequação da área de abrangência, totalizando 52 equipes implantadas.

Está em andamento a construção e adequação de unidades, com capacidade para até 3 equipes de Saúde da Família em cada unidade.

AÇÕES:	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Revisar o Protocolo de Acolhimento existente e adequá-lo com a inclusão da escuta qualificada e classificação de risco	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 UBS	UAB\ NAT	encaminhada
Capacitar os profissionais das equipes ESF e EACS em Classificação de Risco familiar	UAB\ NAT UPCAA\ PROGESUS	encaminhada
Implantar cinco (05) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	UAB	não encaminhada
Implantar novas Equipes de Saúde da Família (ESF), priorizando as áreas de maior risco de saúde social	UAB	encaminhada
Implantar ACS nas áreas descobertas no Município	UAB	encaminhada
Padronizar o fluxo da informação ACS entre as UBSs e NAT	UAB	ação contínua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO: Iniciada revisão do protocolo de acolhimento em setembro de 2011, com a construção de proposta de novo fluxo de atendimento à demanda espontânea, com experiências práticas já ocorrendo em algumas unidades. Este processo foi discutido amplamente entre os profissionais de saúde, equipe técnica, coordenações e conselhos de classe (CRM, COREN), para ser validado e implementado oficialmente. O Ministério da Saúde lançou recentemente dois cadernos de acolhimento à demanda espontânea, reforçando a necessidade de revisão e aprimoramento desta prática e reorganização nas UBS.

NASF: o município recebeu aprovação pelo Ministério da Saúde para implantação de uma equipe este ano, porém a Secretaria de Gestão de Pessoas não liberou as vagas para composição da equipe, além do período eleitoral que restringe a contratação de novas vagas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR: nos meses de julho e agosto, foram capacitados todos os ACS e enfermeiros supervisores para utilização, reforçando a importância do apoio, acompanhamento, monitoramento e avaliação da utilização desta ferramenta no planejamento das ações territoriais e visitas domiciliares, em conformidade com o risco das famílias cadastradas. Há necessidade permanente de acompanhamento do uso da ferramenta para inserção no processo de trabalho das equipes. A sugestão é de incluir nas atividades do Núcleo de Apoio Técnico, iniciando pelas equipes que aderiram ao PMAQ.

FLUXO INFORMAÇÃO ACS/UBS/NAT: Foram realizadas reuniões mensais entre a Área Técnica e enfermeiros supervisores do EACS/ESF. Também foi efetivado um canal direto de comunicação (via email) entre a Área Técnica e os enfermeiros supervisores, visando melhorar este fluxo de informações e o processo de trabalho em si.

OBJETIVO 2: Estruturar a integração do sistema

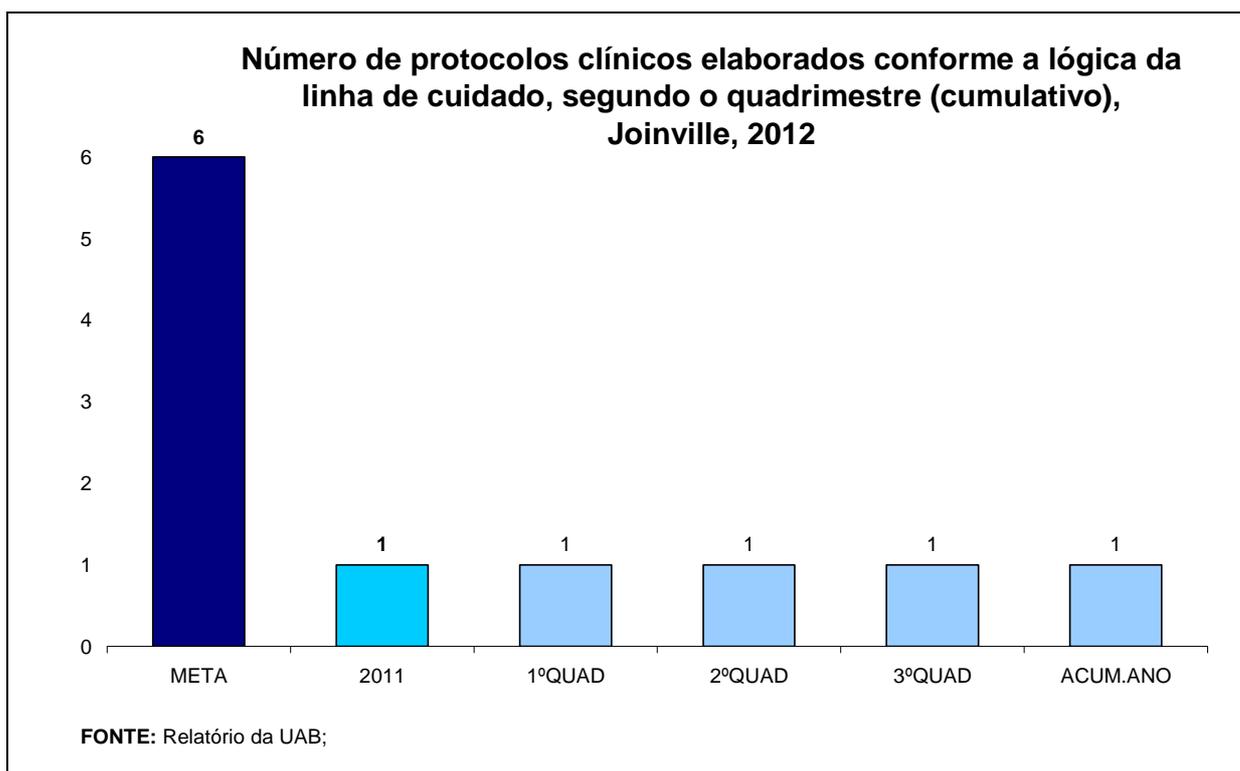
DIRETRIZ 1: Promover a continuidade e integralidade do cuidado e melhorar os fluxos de acesso aos serviços secundários e terciários

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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	6	

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



O indicador acima refere-se à elaboração e divulgação dos protocolos. Foram elaborados 3 protocolos segundo a lógica da linha de cuidado: Linha Guia Saúde da Criança, Linha Guia HAS e Linha Guia DM. Entretanto, apenas o de DM foi implantado e divulgado. Os demais necessitam de validação para a implantação, além da finalização da revisão das outras Linhas de Cuidado e efetivação das comissões de trabalho para execução compartilhada e co-responsabilização das tarefas.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implementar os protocolos de agravos existentes	UAB, USR, UVS e UPCAA	encaminhada
Discutir e pactuar os protocolos de agravos com as comissões temáticas por ciclos de vida definidas na secretaria municipal	Comissões	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PROTOSCOLOS: Os protocolos clínicos segundo a lógica das linhas de cuidado estão sendo discutidos no grupo de Condução das Redes de Atenção a Saúde, porém não estão implantados.

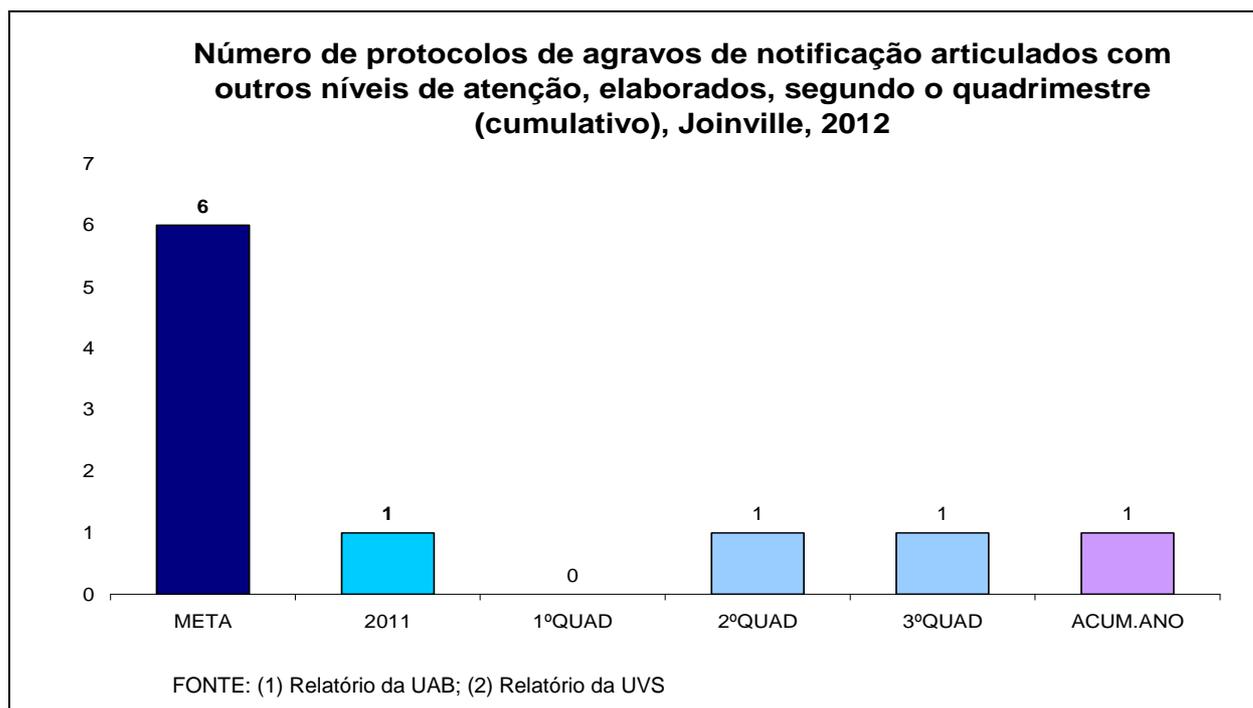
COMISSÕES TEMÁTICAS: Há necessidade de rever a forma de trabalho das comissões temáticas, em função da não participação e envolvimento no processo, prejudicando as discussões e execução das tarefas. Ainda, o Núcleo de Apoio Técnico, atualmente desenvolve atividades de apoio institucional, junto às equipes do PMAQ e é responsável em articular a elaboração, implantação, divulgação e execução das ações dos programas, que segundo a lógica do cuidado integral, envolvendo toda a rede de atenção à saúde e outras instituições. Em 2012, houve estruturação do apoio às 26 equipes que aderiram ao PMAQ, simultaneamente ao desenvolvimento das demais atividades e atribuições.

É necessário planejar a ampliação da capacidade da equipe para expansão do programa e apoio institucional integral a todas as equipes da Atenção Básica, através da interlocução nas necessidades das equipes, educação permanente em serviço, qualificação dos processos de trabalho e aproximação/ inclusão dos apoiadores à realidade local das equipes para intervenções e pactuações factíveis e efetivas.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AVALIAÇÃO
Número de protocolos de agravos de notificação elaborados e articulados com outros níveis de atenção (cumulativo)	Número de protocolos de agravos de notificação elaborados e articulados com outros níveis de atenção (cumulativo)	0	0	6	☹️

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



NÚMERO DE PROTOCOLOS DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO ELABORADOS E ARTICULADOS (AIDS, TB, HANSEN): Em 2012, foi elaborado o protocolo de Sífilis, e houve capacitação para os profissionais das 9 regionais de saúde, sobre o manejo do tratamento da sífilis em Joinville, o que contribuiu para o aumento das notificações da doença, principalmente em gestantes, e tratamento adequado para gestante e parceiro.

Está previsto para 2013 a finalização e publicação do protocolo de Hanseníase, a revisão do Protocolo de Manejo de Tuberculose e de Tratamento Diretamente Observado (TDO), do Protocolo de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico e do Protocolo de Assistência à Gestante Portadora de HIV. Também será elaborado em 2013 o Protocolo de Pediatria/HIV e de Manejo de HIV no Adulto. Já o Protocolo de Manejo de Hepatites virais será revisado em 2013 e ampliado para a assistência dos municípios de Garuva, Itapoá e São João do Itaperiú, conforme pactuação da CIB.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Elaborar os protocolos de saúde ambiental	UVS\ V.Sanitária	não encaminhada
Discutir e pactuar os protocolos de saúde ambiental com os segmentos afins	UVS\ V.Sanitária	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

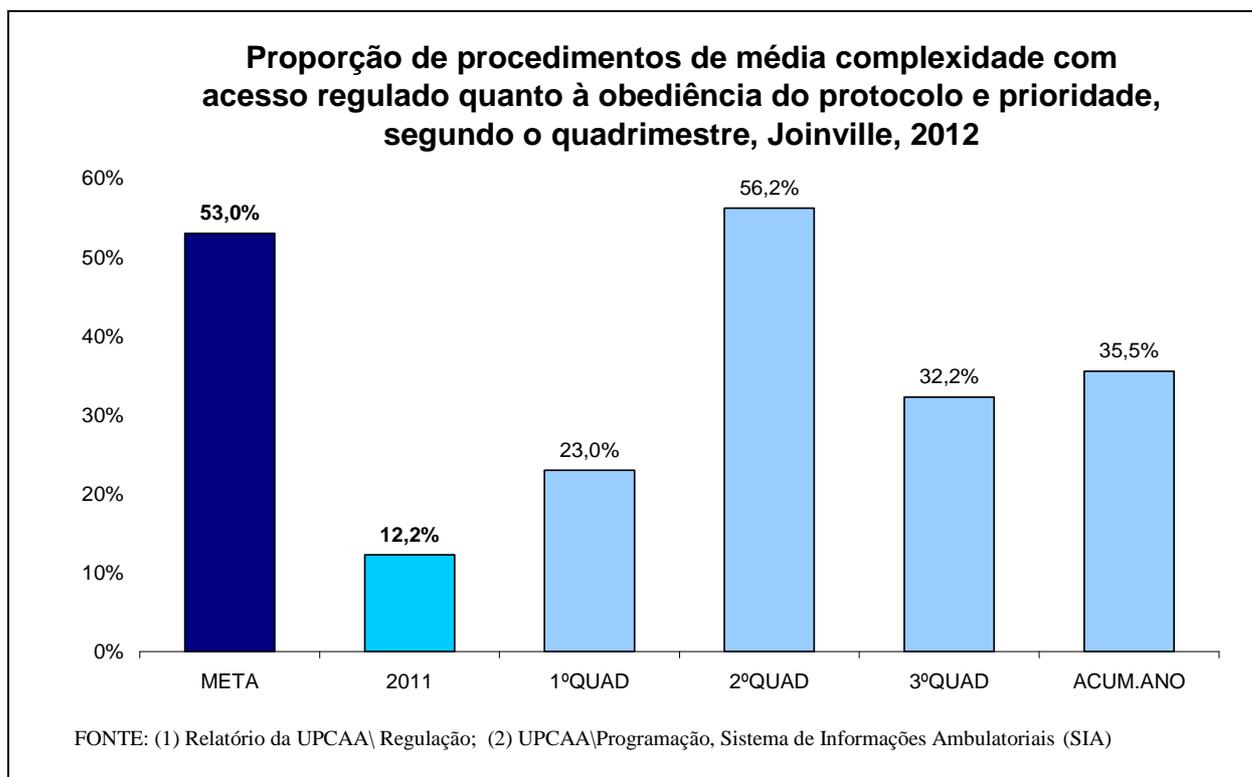
Os Protocolos de saúde ambiental não foram elaborados. O setor está se estruturando para que os mesmos sejam elaborados em 2013.

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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	$1098509 \times 100\% / 3143387$	35,5%	53,0%	☹️

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UPCAA



RETAGUARDA DE EXAMES: Houve um incremento de 22,2% na realização de exames laboratoriais em relação a 2011 (12,2%). Em 2012 houve um incremento no teto dos laboratórios privados contratualizados, com recursos provenientes da Câmara de Vereadores de Joinville.

REGULAÇÃO: Atualmente, na Área de Regulação temos duas situações:

1) Quantidade de exames agendados através do SISREG: a quantidade de exames agendados através do SISREG depende da avaliação do médico regulador e da classificação de prioridade. Alguns exames possuem oferta adequada e são agendados diretamente nas unidades solicitantes, como coleta para exames laboratoriais, mamografia, raio x, ultrassonografia obstétrica. Nesse aspecto já houve avanços, embora limitados;

2) Exames que são classificados conforme nível de prioridade e agendados pelo setor de regulação: tem aumentado gradativamente, com a inclusão no último quadrimestre dos exames de ultrassom geral e doppler, antes agendados manualmente no PAM Boa Vista e agora agendados através do SISREG pelo setor de regulação. Atualmente, são regulados os procedimentos de média complexidade que não possuem oferta compatível com a demanda e que necessitam ser agendados conforme a classificação, sendo agendados primeiramente os de Prioridade 1 (P1) - urgência ambulatorial. Além disso, está sendo realizado um piloto no Aventureiro para agendamento das coletas para exames laboratoriais nos postos de coleta.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Capacitar profissionais reguladores e operadores do sistema	UPCAA\ Regulação \ PROGESUS	encaminhada
Ampliar o agendamento pelo SISREG dos procedimentos ofertados pelo SUS	UPCAA\ Regulação	encaminhada
Implantar no SISREG a Regulação dos Exames Laboratoriais/Coleta	UPCAA\ Regulação	concluída
Implantar no SISREG a Regulação dos procedimentos de TFD/Pactuados c/ outros municípios, de alta e média complexidade	UPCAA\ Regulação	não encaminhada
Realizar Projeto (estudo) da real necessidade da oferta de ultrassonografia em Joinville	UPCAA\ Regulação	concluída
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: Em novembro foi realizada capacitação através da Secretaria de Saúde do Estado para 10 funcionários do setor de Regulação e solicitado ao ProgeSUS a inclusão de capacitações para o setor, em 2013.

AGENDAMENTO: Foram incluídos os exames laboratoriais e consultas de obstetria, sendo ainda necessário adequações na estrutura de informática para ampliação do setor. No 3º quadrimestre, foram inclusos os exames de ultrassom geral e obstétrico, doppler, densitometria, espirometria, ecocardiografia e mapeamento de retina.

COLETA DE EXAMES: Foi implantado o agendamento pelo SISREG e não sua regulação propriamente dita.

TFD: Ação não realizada. Essa ação depende da revisão da forma de organização da Programação Pactuada e Integrada (PPI). A inserção no SISREG não poderá ser por teto financeiro somente, e sim por cota física. Atualmente é pactuado em números fracionados, como 1,3 ou 0,7, sendo inviável colocar dessa forma no SISREG.

ULTRASSOM: Elaborado o Plano de Execução de Medidas Administrativas, em atendimento à determinação judicial, estando em implantação conforme cronograma próprio com prestação de contas quadrimestral.

COMPLEXO REGULADOR: foi elaborado o componente de cirurgias eletivas e encontra-se em elaboração o de exames de média e alta complexidade, com a participação das coordenações dos ambulatorios solicitantes. Os processos definidos já estão sendo implementados e sua oficialização ocorreu em 2012. A partir de 2013, será implantada em etapas a Central de Regulação de Consultas e Exames.

OBJETIVO 3: Fortalecer o controle social

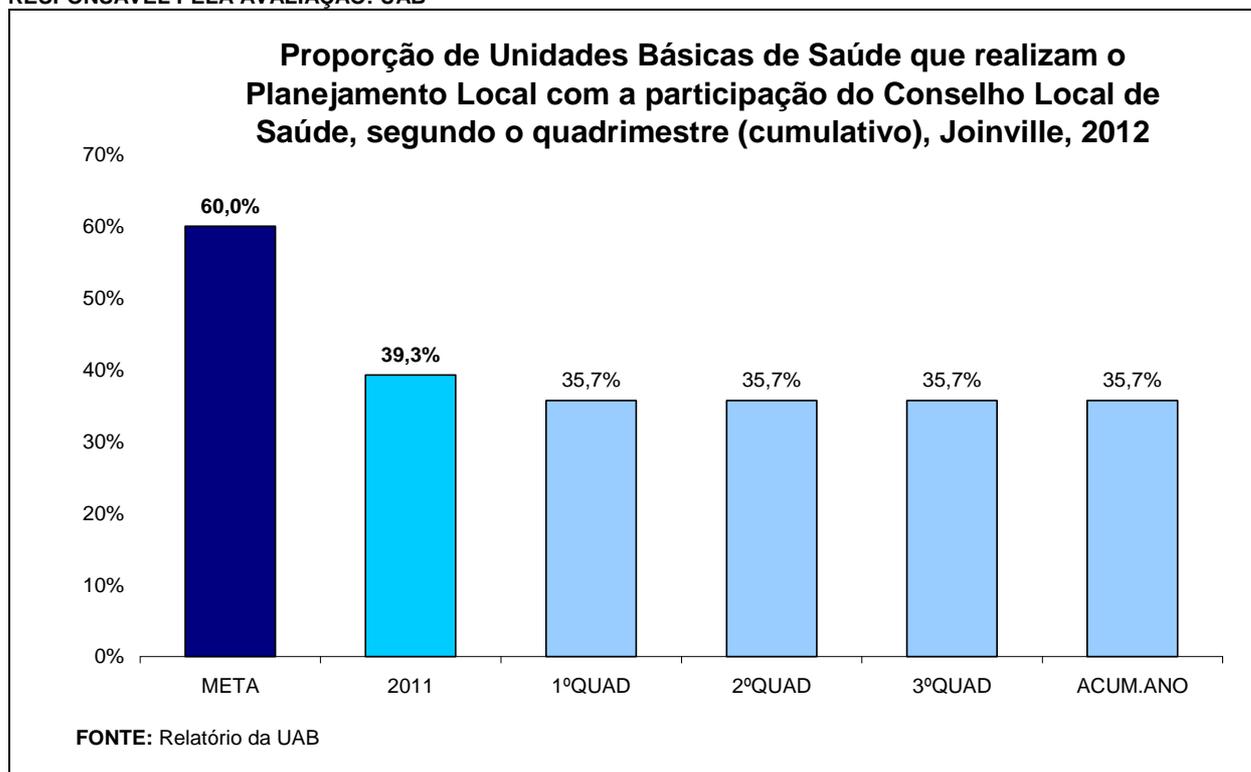
DIRETRIZ 1: Melhorar as parcerias com a comunidade

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 2012	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 Unidades Básicas de Saúde (CNES)	20 X 100% / 56	35,7%	60,0%	☹
Proporção de conselheiros municipais e locais capacitados	Número de conselheiros municipais e locais atuais já capacitados X 100% / total de conselheiros municipais e locais	341 X 100% / 648	52,6%	100,0%	☹

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



Das 56 unidades básicas de saúde, 41 entregaram o Planejamento Local de Saúde (PLS) e 13 ou 32% entregaram ata comprovando a participação do Conselho. Vale ressaltar que dos 43 CLS, atualmente 9 estão inativos e 3 em processo de eleição. Considerando o número total de 70 de equipes de saúde, 54 ou 77% entregaram o Planejamento Local de Saúde.

O Planejamento Local em Saúde proposto para este ano, teve como base o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o qual propõe o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ - AB), sendo proposto para utilização por todas as equipes de saúde, como forma de padronizar o formato e atender às diretrizes do Ministério da Saúde, nos instrumentos e processos de melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica. Desta forma muitas equipes não entenderam a participação comunitária como essencial no processo, elaborando-o sem a

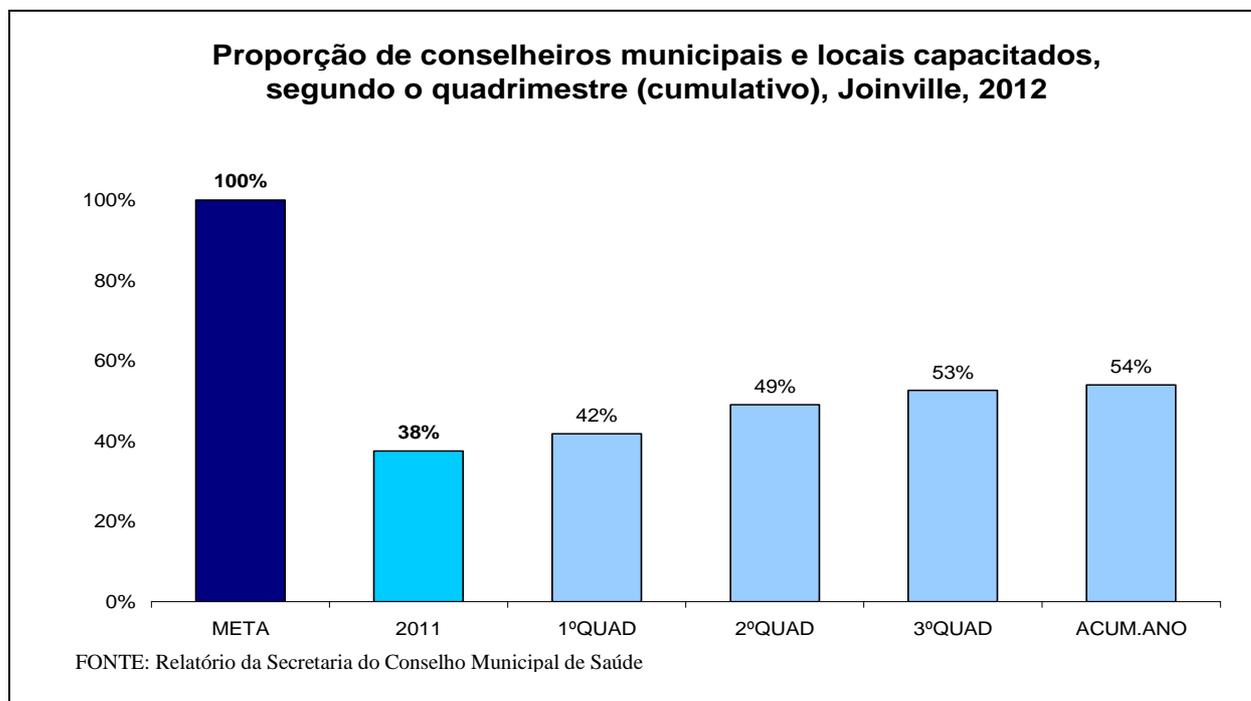
participação da comunidade, o que prejudicou o indicador e o fortalecimento da participação social na co-responsabilidade do processo.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
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	ação contínua
Definir um instrumento e metodologia de avaliação da satisfação dos usuários com relação aos serviços prestados pela Unidade	UAB\ NAT, Ouvidoria	encaminhada
Promover discussão dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários com os profissionais de saúde [através de reuniões]	UAB\ Coord.Regionais, Ouvidoria	não encaminhada
Promover encontros periódicos entre os Conselhos Locais de Saúde para troca de experiências e/ou outras informações necessárias	CMS	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

Durante o processo de avaliação externa do Ministério da Saúde (AMAQ), foi realizada pesquisa de satisfação com os usuários, a qual deverá ser ampliada nos próximos anos de acordo com a ampliação prevista. Além disto, a Ouvidoria da Secretaria de Saúde implantou nas nove sedes de regional uma caixa para pesquisa de opinião aos usuários, em substituição do Livro de Sugestões, sendo padronizado um formulário para preenchimento, que está sendo consolidado pela equipe da Ouvidoria e enviado mensalmente com as avaliações à Gerência e às Unidades de Saúde para análise e encaminhamentos quanto às melhorias necessárias. Há necessidade de expansão desta ferramenta de avaliação à todas as Unidades de Saúde.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: Secretaria do CMS



O total de 341 conselheiros capacitados corresponde a 52,6% de todos os conselheiros atuantes, desde o início do mandato. Essa proporção aumenta se considerarmos o número de conselheiros reconduzidos e já capacitados anteriormente.

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

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

RECURSOS HUMANOS E EQUIPAMENTOS: Foi atendido parcialmente.

OUVIDORIA: Foram instaladas caixas para "pesquisa de satisfação" dos usuários nas 9 regionais, porém não foram contempladas todas as UBS por falta de recursos humanos. Contratação de mais um funcionário em substituição ao que saiu da coordenação, também há necessidade de espaço físico maior.

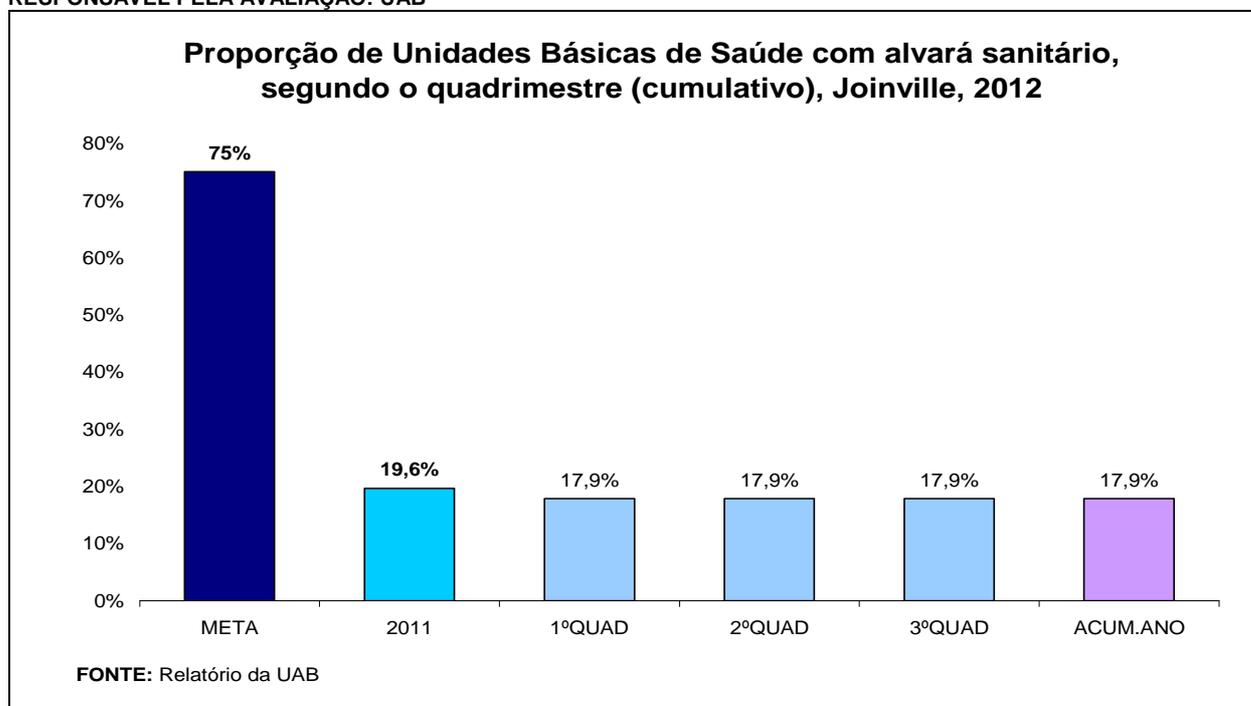
OBJETIVO 4: Prover uma infra-estrutura adequada às Unidades de Saúde

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 2012	AValiação
Proporção de Unidades Básicas de Saúde com alvará sanitário	Número de Unidades Básicas de Saúde [próprias e alugadas] com Alvará Sanitário X 100% / Número de Unidades de Saúde [próprias e alugadas (CNES)]	10 X 100% / 56	17,9%	75,0%	☹️

BASE/FONTE: UVSVigilância Sanitária

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



A regularização das Unidades para liberação de alvará sanitário depende das adequações físicas, que estão sendo realizadas, conforme cronograma de reformas e ampliações em andamento. Além disto, a equipe responsável da Atenção Básica tem cronograma de visitas às Unidades, elabora relatórios com orientações quanto à organização da Unidade, rotinas e fluxos a serem seguidos, bem como

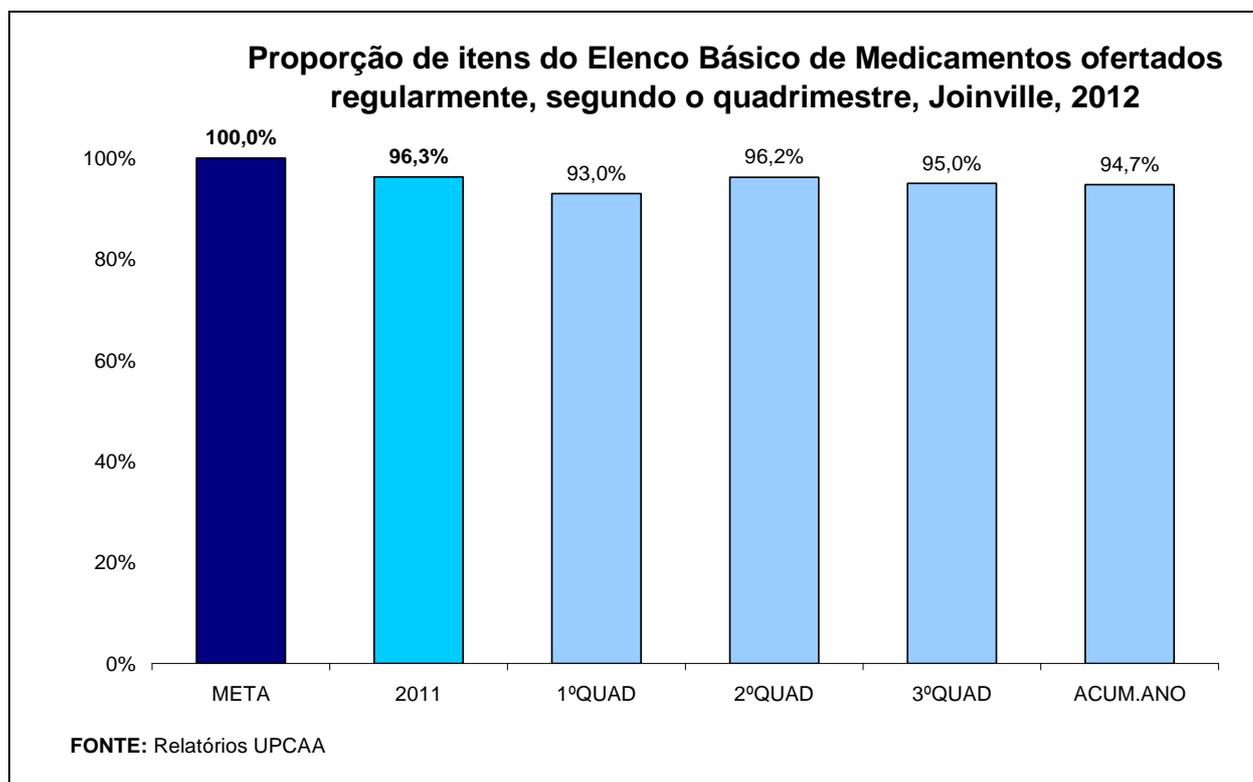
encaminhamento para providências à Gerência Administrativa e Financeira, das adequações físicas necessárias para melhor funcionamento e adequações.

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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	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)	50822 X 100% / 53655	94,7%	100,0%	☹️

BASE/FONTE: UAF, Relatório do Serviço de Logística; UAB\ Assistência Farmacêutica, Relatório da Assistência Farmacêutica;

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



Os dados acima correspondem à soma aritmética da proporção de itens ofertados em 2012, e que corresponde a 94,7% alcançado.

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

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implantar serviço de manutenção preventiva de estrutura física, móveis e equipamentos	UAF	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

Na avaliação do GUAF, não há necessidade de se implantar um serviço específico de logística, mas sim de organizar e articular melhor os serviços existentes (patrimônio/manutenção, almoxarifado, CAF, transporte), além de padronizar e divulgar rotinas.

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 2012	AValiação
Plano de Educação Permanente da SMS elaborado	Divulgação do Plano de Educação Permanente da Secretaria Municipal da Saúde	1	1	JUN10	😊
Programa de Incentivos baseado em produtividade e em metas alcançadas elaborado e implementado	Divulgação de proposta de Programa de Incentivos	0	0	Março Programa implantado	😞
Proporção de funcionários ativos em relação ao Quadro Necessário	100%-(Número de horas de afastamento de profissionais [exceto férias e licença sem vencimento] no período/ 6 horas-dia/ dias úteis no período X 100% / (Número ideal de profissionais na SMS)	2641,7 X 100% / 3504	96,3%	85,0%	😊

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

PROGRAMA DE INCENTIVOS: A Proposta de programa de incentivos será elaborada em 2013, em consonância com a discussão e implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários em 2015.

PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: O Plano de educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde foi elaborado e está em processo concomitante de discussão e divulgação com a comissão ProgeSUS, com as Gerencias de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria, Vigilância em Saúde, Serviços de Referência e equipe do Núcleo de Apoio Técnico da Unidade de Atenção Básica. A implantação será gradativa a partir de 2013.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Definir uma política de estágios	UPCAA\ PROGESUS	ação contínua
Elaborar programa de incentivos baseado em resultados e metas (inclusive regulamentando a Gratificação de Produtividade por Desempenho Médico na Atenção Básica e/ou Referência, instituída na Lei Complementar nº 349, de 20 de outubro de 2011)	UPCAA\ PROGESUS	encaminhada
Suprir as necessidades de pessoal estabelecendo o quadro necessário, segundo parâmetros assistenciais e epidemiológicos	UPCAA\ PROGESUS & SGP	encaminhada
Agilizar e melhorar o processo de admissão para preenchimento de vagas efetivas ou temporárias	UPCAA\ PROGESUS & SGP	encaminhada

Qualificar o ingresso, redefinindo a forma de seleção para preenchimento de vagas, melhorando a descrição de cargos e os editais	UPCAA\ PROGESUS & SGP	ação contínua
Elaborar (1) um Plano de Cargos, Carreira e Salários da SMS	UPCAA\ PROGESUS & SGP	encaminhada
Instituir rotina de monitoramento dos processos de avaliação e liberação de licenças prêmio	UPCAA\ PROGESUS & SGP	prejudicada
Monitorar e acompanhar os processos de afastamentos, remanejamentos e readaptações com a Unidade de Saúde do Servidor (USS)	UPCAA\ PROGESUS & SGP	ação contínua
Elaboração de projeto de organização do processo de trabalho	UPCAA\ PROGESUS	ação contínua
Qualificar profissionais das equipes para a gestão dos processos de trabalho	UPCAA\ PROGESUS	ação contínua
Qualificar gestores no gerenciamento das equipes	UPCAA\ PROGESUS	encaminhada
Implantar o PMAQ nas UBS com ESF	UPCAA\ PROGESUS	encaminhada
Elaborar (1) proposta de mesa de negociação do trabalho em saúde	UPCAA\ PROGESUS	concluída
Implantar (2) mesa de negociação do trabalho em saúde;	Secretário da Saúde e SGP	encaminhada
Elaborar calendário de educação continuada para todos os profissionais da SMS	UPCAA\ PROGESUS	concluída
Implantar o acolhimento para todos os novos servidores da SMS	UPCAA\ PROGESUS	concluída
Implantar Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS - InforSUS	UPCAA\ PROGESUS	encaminhada
Elaborar política de educação permanente	UPCAA\ PROGESUS	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

POLÍTICA de ESTÁGIOS: Foi Iniciado o esboço da Política, tendo como previsão sua conclusão no primeiro quadrimestre de 2013.

QUADRO PESSOAL/ADMISSÃO: As medidas implantadas em 2012 (Acolhimento ao Candidato, mudanças internas no Núcleo de Gestão de Pessoas - NGP, visando implementar o recrutamento) não atingiram o resultado esperado. Entende-se que há necessidade de descentralização da área de recrutamento do nível central para o NGP da SMS, como forma de otimizar o processo.

PROCESSO de SELEÇÃO: Os editais são revistos a cada processo seletivo e/ou concurso. O projeto de Revisão e Atualização da Descrição dos Cargos está em processo de finalização, tendo que passar pela Secretaria de Gestão de Pessoas e pela Câmara de Vereadores para oficialização. Entende-se como necessária a implantação de processo seletivo interno para determinadas áreas.

PCCS: Esta ação foi colocada como meta para o Plano Municipal de Saúde 2014-17.

MONITORAMENTO PROCESSO/LICENÇA PRÊMIO: A Proposta elaborada não foi aprovada pela atual gestão. Foram realizadas adequações que serão apresentadas à nova gestão.

MONITORAMENTO PROCESSOS AFASTAMENTOS: O Projeto foi implantado de forma experimental por 4 meses - atualmente está em fase de finalização.

OFICINAS: Oficinas de processo de trabalho foram realizadas em 2012.

IMPLANTAÇÃO PMAQ: O Projeto foi implantado em 26 equipes, alcançando-se a meta do indicador. A ação é considerada encaminhada, porém não concluída, visto pretender-ser a implantação gradativa a totalidade das equipes.

CAPACITAÇÃO GESTORES: O Programa "Desenvolvendo lideranças" foi elaborado. Não foi aprovado em colegiado para implantação em 2012, sendo prevista sua implantação em 2013.

CALENDÁRIO CAPACITAÇÕES: A proposta foi elaborada.

INFORSUS: Programa instalado, aguardando migração de dados dos servidores da Saúde, pela TI/SGP, para a operacionalização do sistema. Iniciado esboço da política, em fase de finalização para ser aprovado pela nova gestão em 2013.

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 2012	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 administrat	
Núcleo de Informação em Saúde (NIS) ativo	Nomeação dos membros do Núcleo de Informação em Saúde	-	implantado	manter	
Plano de Informática elaborado	Divulgação de Plano de Informática	-	elaborado	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	0 X 100% / 0	0	3ªetapa	
Proporção de Postos de Trabalho adequados (conforme o PTI)	Novas estações de trabalho implantadas	não consolidado	não consolidado	3ªetapa	
Proporção de Unidades de Saúde próprias com conectividade	Número de Unidades de Saúde próprias com conectividade X 100% / Número de Unidades de Saúde próprias	71 X 100% / 71	100%	100,0%	
Prontuário Eletrônico implantado	Definição e Avaliação de software de Prontuário Eletrônico	Não implantado	Não implantado	3ªetapa (estender o uso do software a 100% dos postos de trabalho)	
	Disponibilização do uso do Prontuário Eletrônico a todas unidades na rede	-	0	2ªetapa (estender a o uso do software a 100% das US com estações de trabalho existentes)	
Georreferenciamento do Cadastro dos usuários implantado – Geoprocessamento (2)	Disponibilização de interface de mapas temáticos com dados do Cadastro	-	0	3ªetapa	

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

Primeiro serão equipadas todas as unidades, sendo que atualmente encontra-se em fase de instalação. Em seguida, está prevista a implantação do prontuário eletrônico.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Adequar o regimento interno do NIS	NIS	não encaminhada
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
Implementação da tecnologia de informática em todos os locais de registro nas US (recepção, consultórios médicos e odontológicos, sala de vacina, posto de enfermagem, recepção, farmácia, sala do AC)	TI, NIS	encaminhada
Implantar o Registro Eletrônico Individual dos Atendimentos	TI	não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

REGIMENTO INTERNO DO NIS, o mesmo limitou-se à criação da portaria, considerando a necessidade urgente do grupo trabalho na elaboração do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e na ação de análise de solução para Prontuário Eletrônico. Para as ferramentas que interagem com as bases de dados o processo é contínuo a exemplo do sistema de classificação de riscos que foi desenvolvido atendendo este quesito. O PDTI foi desenvolvido e concluído. A higienização da base de dados foi coordenada pelo setor de cadastro do GUAB e com auxílio da área de Tecnologia da Informação que auxiliou no desenvolvimento de rotinas para otimizar o tempo da higienização.

Uniformizar a identificação do cadastro de usuários, a ação foi encaminhada para o DATASUS, mas este órgão está reestruturando os sistemas, incluindo o do Cadastro Nacional de Usuários. Foi solicitada consultoria do Ministério através de visitas técnicas, o que ainda não foi concluído pela indisponibilidade do DATASUS/MS. As demais ações foram concluídas e podemos citar a criação do NIS-Núcleo de Informações em Saúde, que reuniu-se para discutir e elaborar diretrizes e plano de ações. Um dos principais resultados foi a conclusão do PDTI e posteriormente um diagnóstico das soluções de Prontuário eletrônico que foi encaminhado para o gestor da Secretaria para definição, enquanto isso os trabalhos de informatização ainda estão ocorrendo com as ferramentas existentes, tanto em software quando 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.

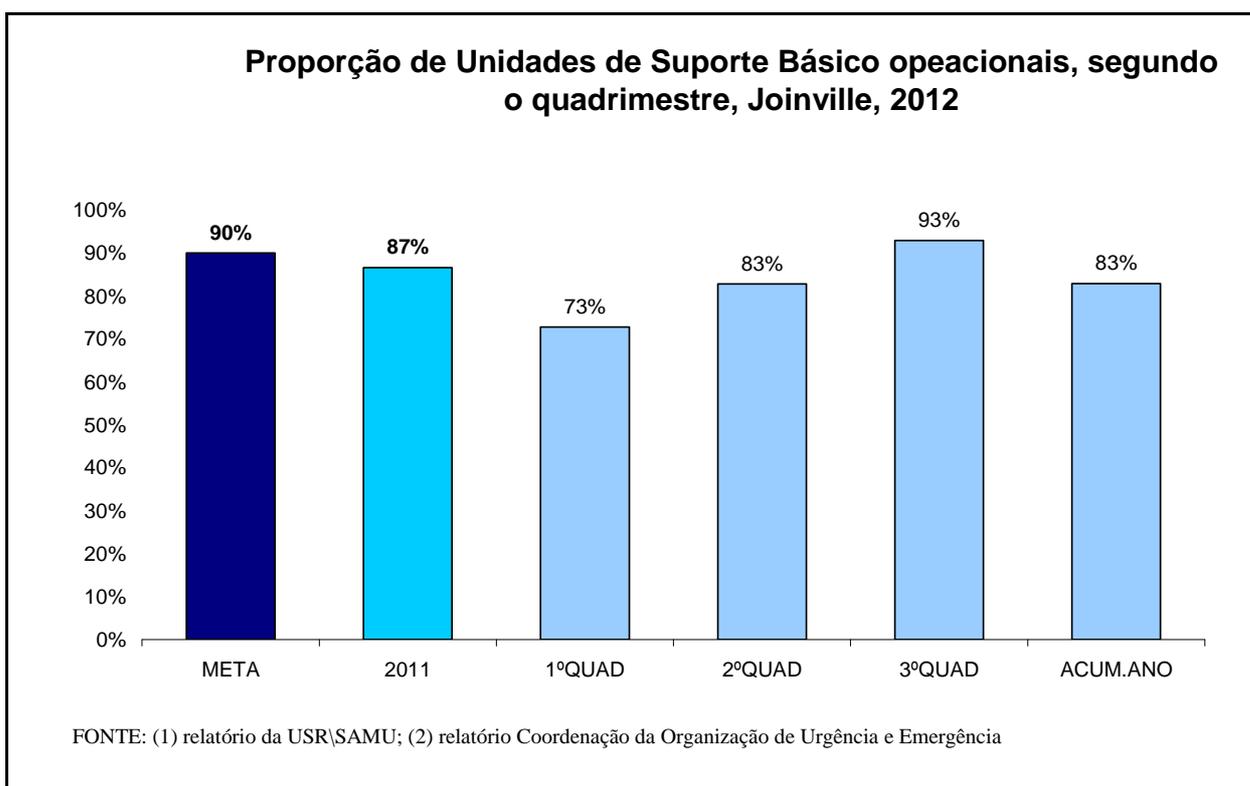
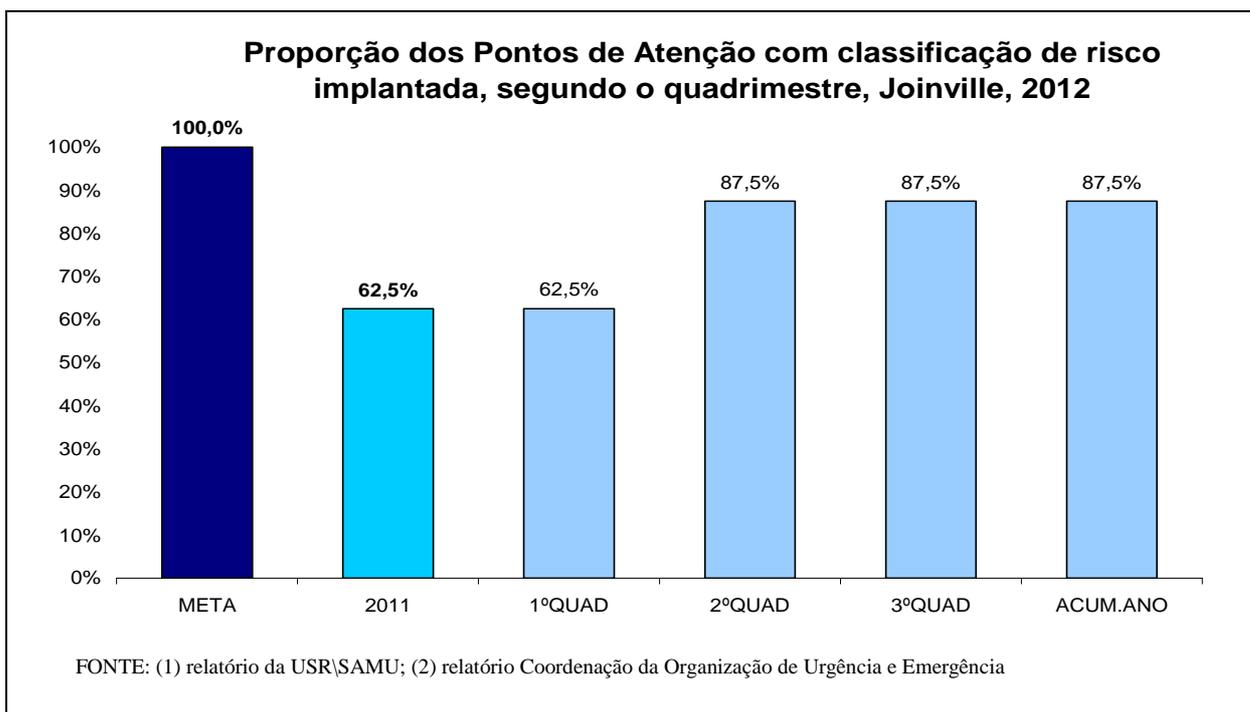
DIRETRIZ 1: Implantar a classificação de risco nas UBS

DIRETRIZ 2: Implementar o Transporte Sanitário

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AVALIAÇÃO
Proporção dos Pontos de Atenção com classificação de risco implantada	Número de Unidades de Saúde com Classificação de Risco Implantada X 100% / Número de Unidades de Saúde com atendimento de porta aberta e vocacionadas para o atendimento de urgências	7X 100% / 8	87,5%	100,0%	☹️
Critérios de transporte de pacientes de baixo risco (linha branca) elaborados	Divulgação de Critérios de Transporte de pacientes de baixo risco	-	0	-	☹️
Proporção de Unidades de Suporte Básico disponíveis*	Somatório do número de ambulâncias de Suporte Básico por dia equipadas, disponíveis e com equipe completa por dia X 100 / (nº de dias no período x 4 ambulâncias USB)	1213 X 100% / 1464	82,9%	90,0%	☹️

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



O Hospital Bethesda iniciou a Classificação de Risco em Junho de 2012, e a MDV está em discussão com o Grupo de Condução das Redes para implantar o serviço de classificação de risco, concluindo as Unidades de Saúde vocacionadas para o atendimento de urgência e emergência.

Com relação à proporção de unidades de Suporte Básico disponíveis, o valor alcançado acima corresponde à soma aritmética dos turnos efetivos das quatro Unidades de Suporte Básico dos meses de janeiro a dezembro/2012. Este dado corresponde a 82,9% dos turnos efetivos acumulado até

dezembro/2012. Há prejuízo no alcance da meta devido a problemas mecânicos e/ou acidentes com os veículos.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
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	prejudicada
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	encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

ELABORAÇÃO DE PLANO DE ORGANIZAÇÃO DO TRANSPORTE EM SAÚDE: está em discussão no grupo de condução de Redes de Atenção à Saúde do Município e do Estado.

DEFINIÇÃO DE SOFTWARE E INFORMATIZAÇÃO: há falta de equipamentos (computadores) nos serviços de saúde, dificultando a operacionalização dessa ação.

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.

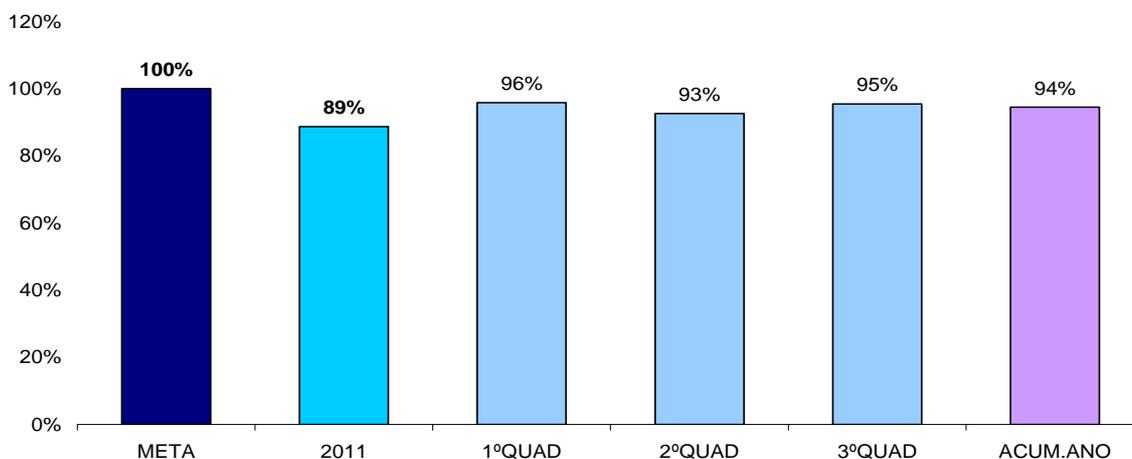
DIRETRIZ: Elaborar estratégias de divulgação para o repasse efetivo das informações sobre os serviços da Vigilância em Saúde à comunidade.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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	545 X 100% / 577	94,5%	100,0%	☹

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS

Proporção de notificações de tuberculose, hanseníase, meningite, leptospirose e hepatite de residentes informadas as Unidades Básicas de Saúde de abrangência do usuário, segundo o quadrimestre, Joinville, 2012



FONTE: relatório da UVS

O Programa de Tuberculose notifica todas as UBS sempre que o caso é confirmado. No momento que o usuário realiza a primeira consulta, há o contato entre as equipes para o início do Tratamento Diretamente Observado e a equipe da UBS tem o conhecimento do agravo do usuário da sua área de abrangência. O Programa de Hanseníase vem realizando esta contra-referência desde o segundo quadrimestre de 2012, sempre após a confirmação do diagnóstico médico. É feito contato com a equipe da UBS e o enfermeiro responsável pela equipe é notificado sobre o agravo do usuário da sua área de abrangência.

AÇÕES PROGRAMADAS

RESPONSÁVEL

ANDAMENTO

Intensificar as ações de educação em saúde do controle da tuberculose com as equipes da Atenção Básica, para o fortalecimento do diagnóstico precoce

UVS-UAB

contínua

Realizar parcerias com a Saúde Mental (CAPS AD) para o atendimento dos usuários de drogas (crack) acompanhados no Programa de Controle da Tuberculose

UVS-USR

não encaminhada

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

A ação de articular o acompanhamento dos pacientes do Programa de Tuberculose usuários de drogas com a Saúde Mental é uma necessidade identificada, porém até o momento sem estabelecer um fluxo entre os serviços. Quando os CAPS recebem um usuário de risco, encaminham e acompanham até a Vigilância sanitária, para ter acesso ao Programa de Controle de Tuberculose.

ESTRATÉGIA: Fortalecer a Gestão Pública em Saúde

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

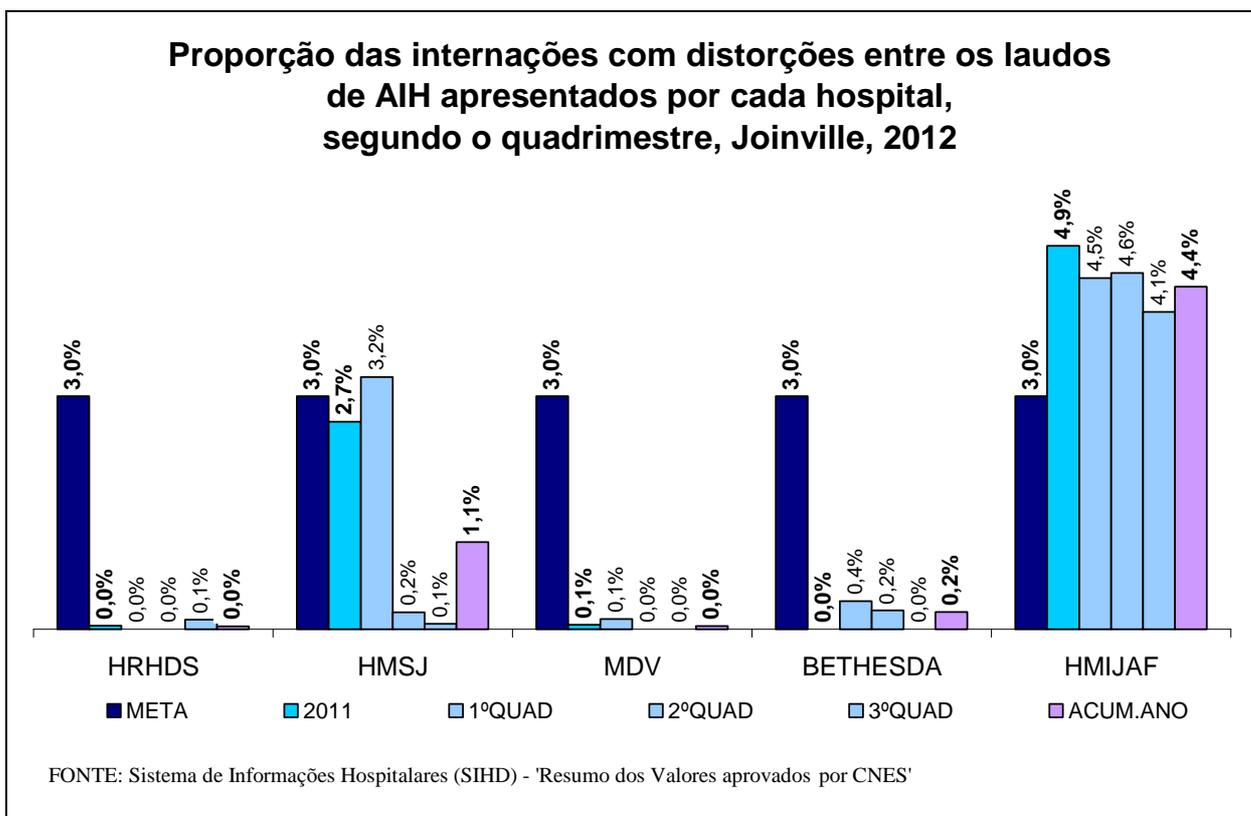
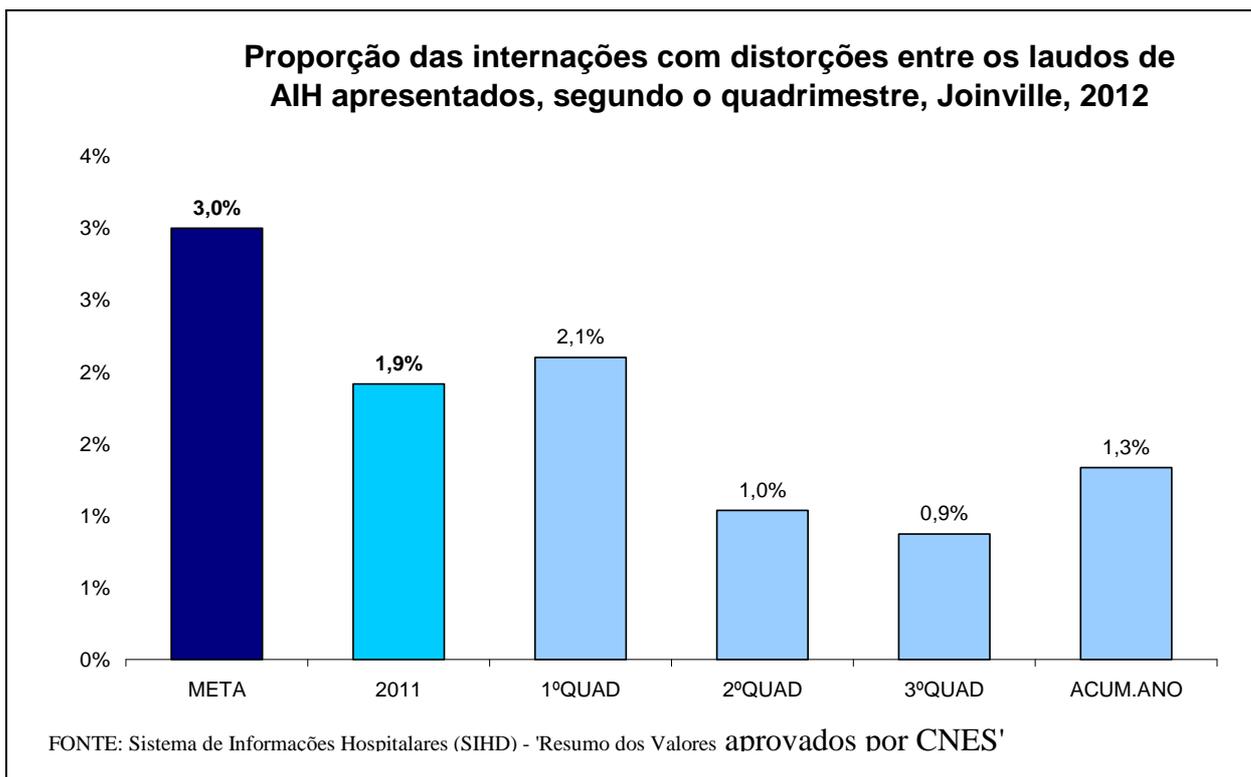
DIRETRIZ1: Normalizar a relação dos Serviços complementares.

DIRETRIZ2: Implantar a metodologia de Gestão de Processo na SMS

DIRETRIZ3: Implantar uma Política de Comunicação externa e interna

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	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	495 X 100% / 37096	1,3%	3,0%	😊
Proporção de Serviços Hospitalares com contrato de metas firmado	Número de hospitais SUS acima de 50 leitos contratualizados X 100% / Total de hospitais acima de 50 leitos que atendem pelo SUS	4 X 100% / 4*	100,0%	100,0%	😊
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)	44 X 100% / 44	100,0%	100,0%	😊
Proporção de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Físico Orçamentária contratada	Número de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Físico Orçamentária contratada X 100% / Número de prestadores contratados por Credenciamento Universal	12 X 100% / 33	36,4%	85,0%	😞
Auditorias Sistemáticas de Serviços Complementares Realizadas		7	7	4	😊
Proporção de Gerências e Coordenações com descrição de atribuições setoriais	Número de Gerências e Coordenações com descrição de atribuições setoriais X 100% / Total de Gerências e Coordenações (no organograma)	0 X 100% / 36	0%	0,2	😞
Releases publicados regularmente	Número de releases publicados	265	265	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%	😊

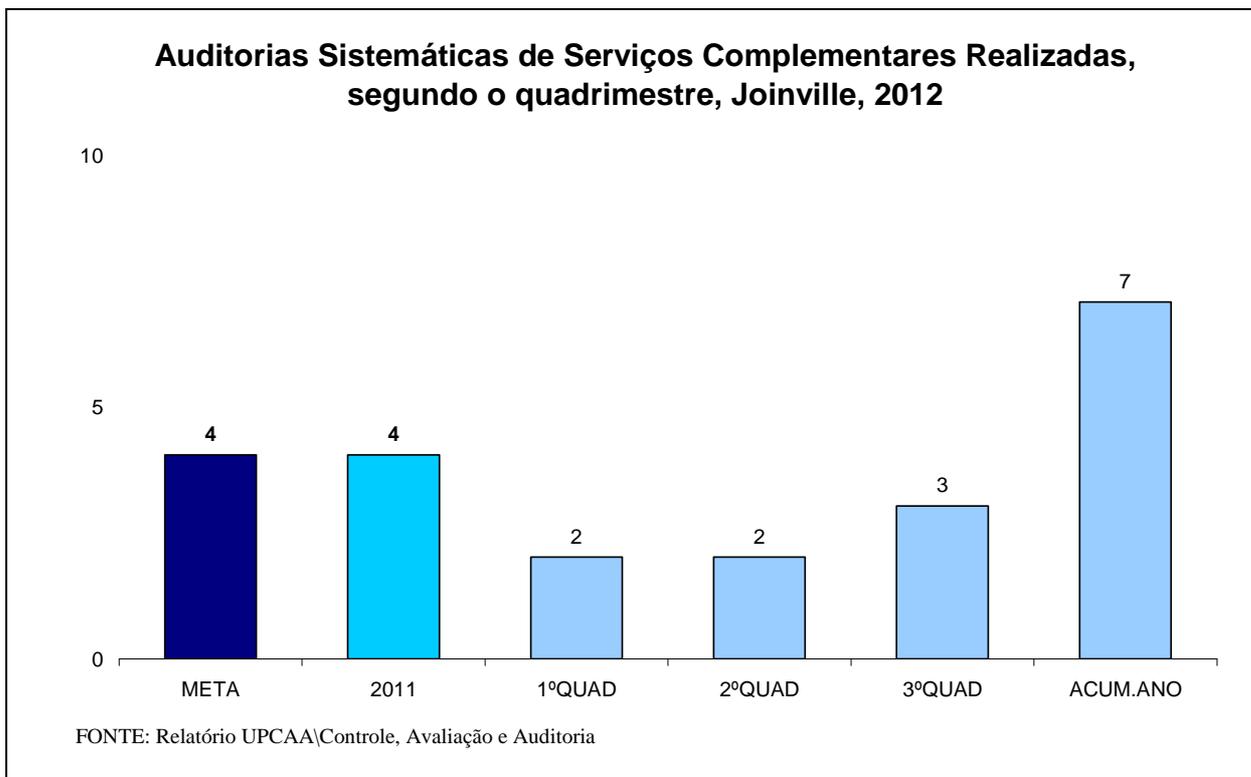
BASE/FONTE: (1) UPCAA\Programação: Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; relatório da UPCAA\Controle, Avaliação e Auditoria; ____: relatório da situação de contratualização dos prestadores; ____: relatório de cumprimento da Programação Física Orçamentária das 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



A maior fonte de distorções é o HJAF devido a não habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde (MS).

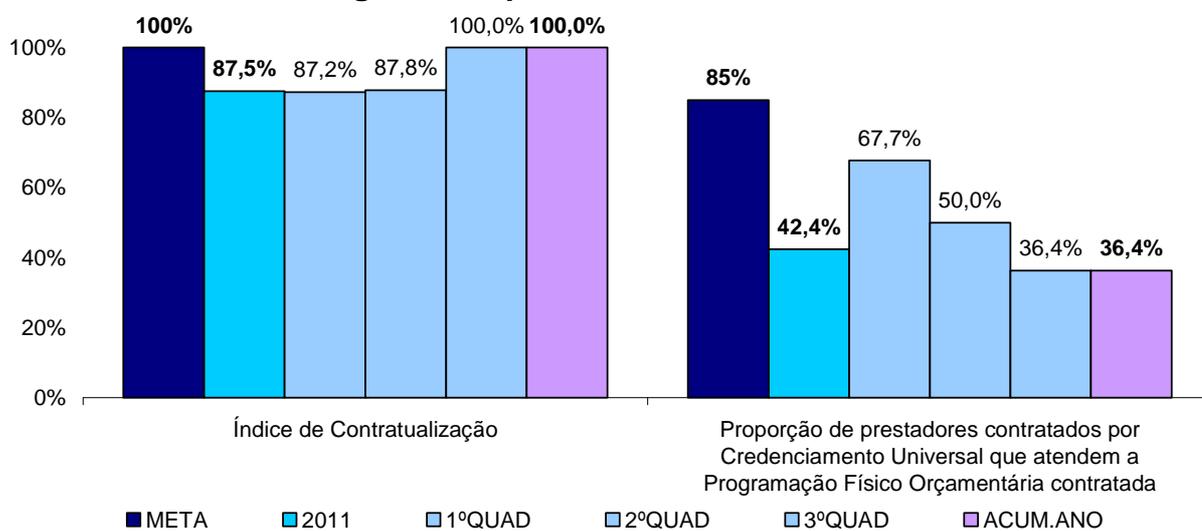
SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS: Todos os Hospitais prestadores de serviço ao SUS, apresentam contrato de metas, sendo atualmente 04 Hospitais (HMSJ, HRHDS, HBETHESDA,

MDV). O dado está alimentado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e lançado corretamente, entretanto o CNESWEB não emite o relatório com essa informação. O HIJAF tem contrato de metas, sendo gerenciado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES).



Auditorias Sistemáticas: Foram realizadas nos seguintes locais e períodos: (1) Pronto Socorro do HRHDS e do HMSJ em março; (2) Clínicas de Fisioterapia, de março a junho; (3) Clínica São Marcos, de junho a agosto; (4) Centro Cirúrgico do Hospital Bethesda em agosto; Ala Psiquiátrica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e o NAIPE em setembro; Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt em outubro. Os relatórios foram encaminhados ao Gestor Municipal para serem avaliados e encaminhados aos serviços auditados, com exceção do Núcleo de Atenção Integral ao Paciente com necessidades Especiais - NAIPE. A auditoria foi concluída e foram realizados os encaminhamentos para credenciamento do Serviço de Reabilitação e Atendimento a Pessoa com Deficiência Mental e Autismo. No mês de novembro foram realizadas 3 auditorias, Serviço de Endoscopia do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Clínicas de Fisioterapia e Laboratórios de Análises Clínicas, todas concluídas durante o próprio mês.

Proporção de prestadores com contrato regular (índice de contratualização) e proporção de prestadores* que atendem a Programação Físico Orçamentária contratada, segundo o quadrimestre, Joinville, 2012**



FONTES: Relatório da UPCAA\Programação;

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

ÍNDICE DE CONTRATUALIZAÇÃO: Atualmente a SMS conta com 44 prestadores de serviços de saúde, todos regularmente contratualizados.

PRESTADORES CONTRATADOS QUE ATENDEM A PFO: Admite-se como cumprimento da PFO o atendimento entre 80 e 120% da oferta contratada. Variações além dessa faixa exigem reajuste do contrato. As variações envolvem impossibilidades do prestador (desfalque de profissionais, quebra de equipamento,...) como também solicitações de oferta não programada por parte da SMS. Dessa forma, a inconformidade indica a necessidade de uma reestruturação da Regulação, Controle e Avaliação e Programação, de forma a atualizar constantemente os contratos, conforme as necessidades, bem como a obediência estrita ao contratado.

SERVIÇOS HOSPITALARES CONTRATUALIZADOS: Dos cinco (05) hospitais no município, apenas o Bethesda tem menos de 50 leitos e tem contrato de gestão junto à SMS. O HJAF, sob gerência estadual, dispõe de contrato entre a SES e a Organização social (OS) responsável por sua gerência. Todos os demais hospitais (HMSJ, HRHDS e MDV) dispõem de contrato de gestão junto à SMS. Outrossim, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) não permite a atualização do campo correspondente, apresentando como se nenhum hospital no município dispusesse de contrato de gestão.

DESCRIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES SETORIAIS: O Setor de Programação descreveu as atribuições setoriais e o relatório está disponível para consulta e divulgação dos serviços de responsabilidade da área.

AÇÕES PROGRAMADAS

RESPONSÁVEL

ANDAMENTO

Estruturar equipe permanente do UPCAA para o acompanhamento dos Planos Operativos de Contratos dos Convênios	UPCAA\ Programação	encaminhada
Aperfeiçoar o acompanhamento da execução das Programações Físico Orçamentárias dos prestadores	UPCAA\ Programação	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	encaminhada
Definir um calendário para divulgação de ações e programas da SMS baseado em datas comemorativas	Comunicação, TI	ação contínua

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

EQUIPE ACOMPANHAMENTO: a rotina de monitoramento é hoje executada por uma (01) médica e (03) agentes administrativos, sendo considerado necessário e já solicitado a abertura de uma (01) vaga de enfermeiro e uma (01) de fisioterapeuta. No ano de 2012, o Controle e Avaliação passou a acompanhar dois convênios com hospitais, o HMSJ e o Hospital Bethesda.

PFO: Em 2011 foi implantada uma planilha de acompanhamento e monitoramento do cumprimento das PFOs. Em maio de 2012 houve mudança do profissional responsável pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). O aperfeiçoamento poderá ser implementado na medida em que a equipe esteja estruturada (ação acima).

MANUAL: As atribuições setoriais estão concluídas, faltando verificar as rotinas setoriais e publicá-las. Todas as Coordenações do GUPCAA (CAA, PLANEJAMENTO, REGULAÇÃO e PROGESUS) elaboraram os relatórios de atribuições setoriais, em 2012.

COMUNICAÇÃO: As propostas para comunicação interna estão sugeridas no plano de comunicação enviado como sugestão ao setor de planejamento para o PMS 2014-2017. Estratégia já adotada pela assessoria de imprensa. Calendários de referência: Ministério da Saúde e SMS Joinville. A divulgação de releases (para o público interno) já é realizada pela intranet, facebook e site da SMS.

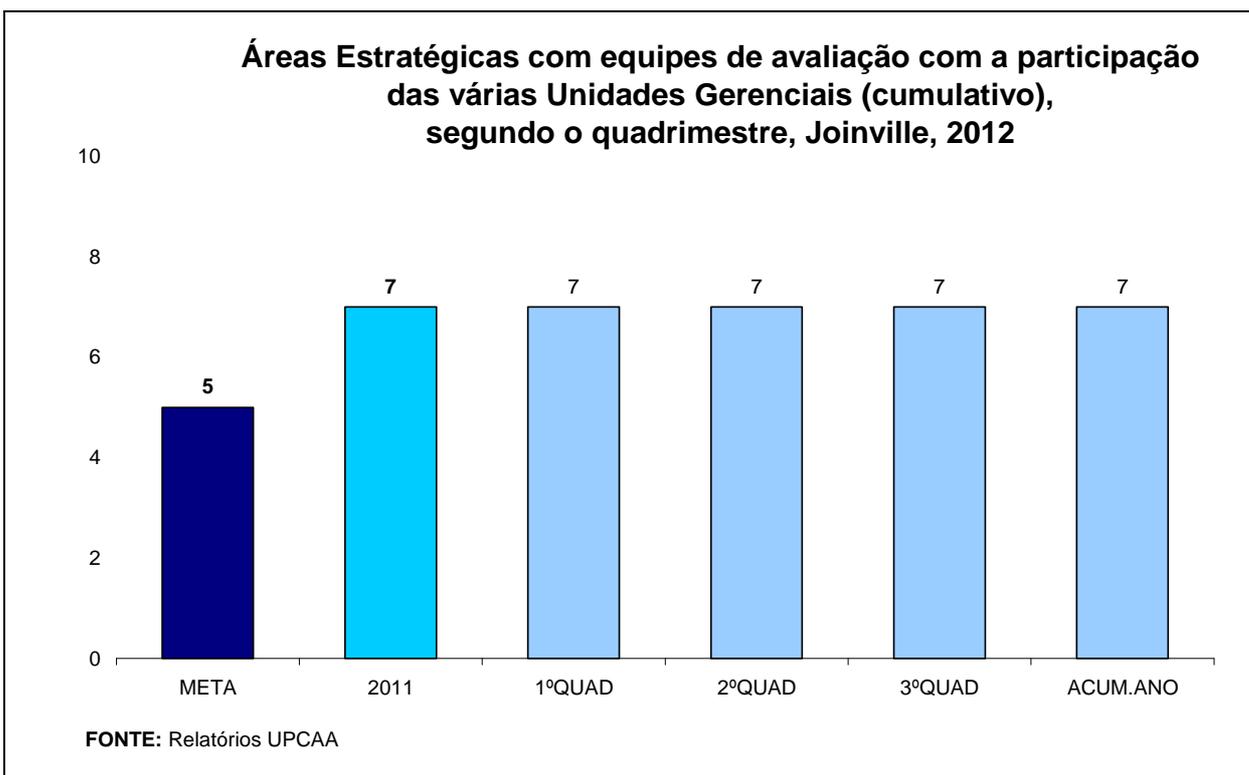
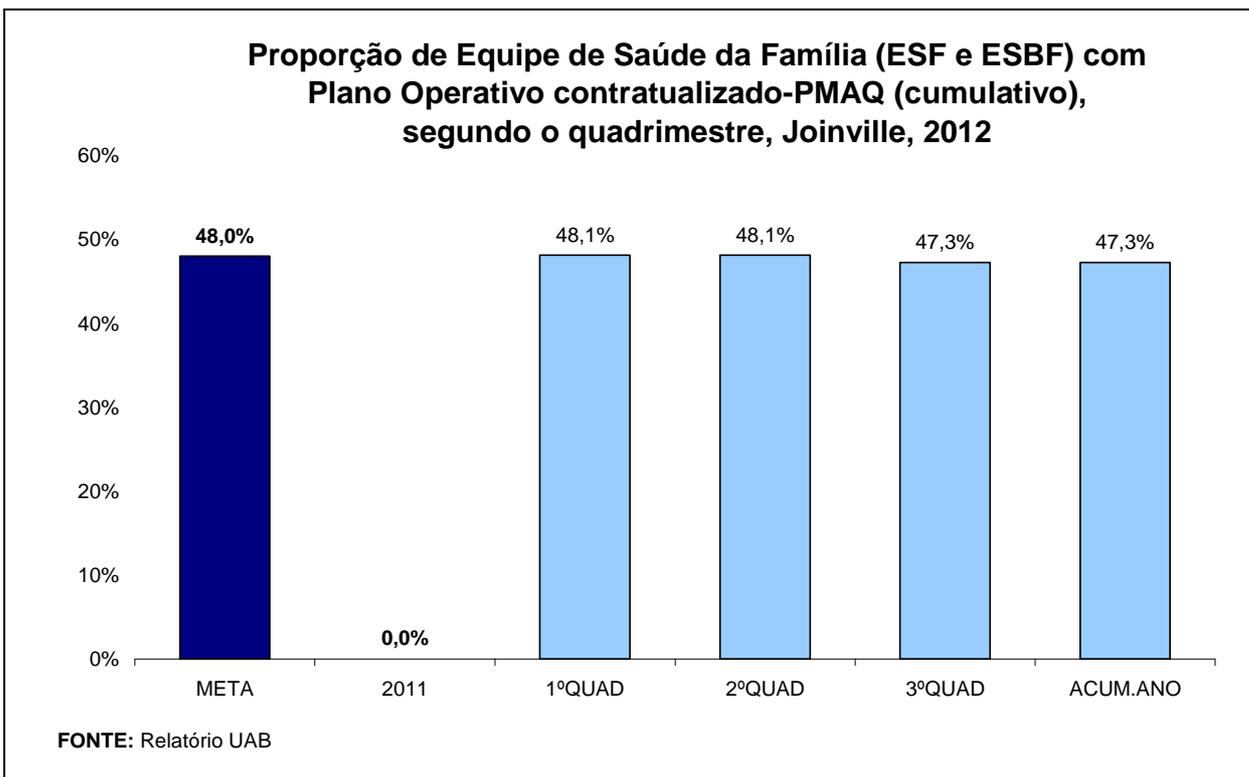
OBJETIVO 2: Aproximar o processo de decisão dos Pontos de Atenção em Saúde

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2012	AVALIAÇÃO
Proporção de Equipes de Saúde da Família (ESF e ESBF) com Plano Operativo contratualizado (PMAQ)	Número de Equipes de Saúde da Família (ESF e ESBF) com Plano Operativo contratualizado X 100% / Total de Equipes de Saúde da Família (ESF e ESBF)	26 X 100% / 56	46,4%	48,0%	☹
Áreas Estratégicas com equipes de avaliação com a participação das várias Unidades Gerenciais (cumulativo)	Número de Grupos Temáticos Implantados	7	7	5	☺

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



Em 2012 houve adesão de 26 equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e, para dar suporte ao desenvolvimento do programa, os profissionais do Núcleo de Apoio Técnico se organizaram para realizar o apoio institucional às equipes, havendo o dimensionamento de 11 técnicos como apoiadores destas equipes. Foram elaboradas as atribuições e responsabilidades de cada apoiador, no sentido de inclusão junto à realidade de cada equipe, através de participação mensal nas reuniões internas e interlocução das necessidades das equipes na lógica de inversão do modelo com sistematização dos processos de análise, avaliação e devolução com vistas à gestão por resultados. Diante da necessidade de organização dos processos de trabalho, principalmente

com a implantação do PMAQ, que coloca como desafio a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes da Atenção Básica, foram realizadas oficinas, divididas em quatro módulos, para a mediação e organização do processo de trabalho. Como multiplicadores desse processo participaram profissionais do Núcleo de Apoio Técnico - NAT, representantes da Comissão Permanente do ProgeSUS, Equipe do ProgeSUS, Gerências e Coordenadores da Secretaria Municipal da Saúde – SMS. Após estas oficinas, os multiplicadores elaboraram cronograma de implantação em 28 unidades, incluindo duas unidades das regionais Jarivatuba e Fátima, que não tiveram adesão ao PMAQ, sendo realizados em média 3 encontros com as equipes e apoiadores e 4 encontros de avaliação do processo de implantação, bem como apresentação das experiências pelas equipes, compartilhando as dificuldades e avanços alcançados neste processo.

Dessa forma, a meta de 48% das equipes foi alcançada integralmente nos dois primeiros quadrimestres, sendo a discreta redução no último provocada pelo aumento do número de equipes de SF, pela conversão da UBS Itinga Continental ao modelo de Saúde da Família, ainda não inserida no PMAQ.

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	concluída
Estruturar Comissões Intersectoriais para Normatizar e Acompanhar as Áreas Estratégicas, integrando as ações	Secretario (por delegação) & Colegiado	não encaminhada
Implantar o PMAQ nas UBS com ESF	UAB\ NAT	em andamento

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

OFICINAS: Com o redirecionamento dos Planos Operativos nas Unidades de Saúde próprias para a implantação do PMAQ, que coloca como desafio a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes foram realizadas oficinas com a Atenção Básica, divididas em quatro módulos, para a mediação e organização do processo de trabalho. Como multiplicadores desse processo participaram profissionais do Núcleo de Apoio Técnico - NAT, representantes da Comissão Permanente do ProgeSUS, Equipe do ProgeSUS, Gerências e Coordenadores da Secretaria Municipal da Saúde – SMS
 COMISSÕES INTERSETORIAIS: em função da adesão ao PMAQ, os profissionais do Núcleo de Apoio Técnico se organizaram para realizar o apoio institucional às equipes, havendo o dimensionamento de 11 técnicos como apoiadores destas equipes para o suporte no desenvolvimento do programa,
 PMAQ: adesão de 26 equipes ao PMAQ.

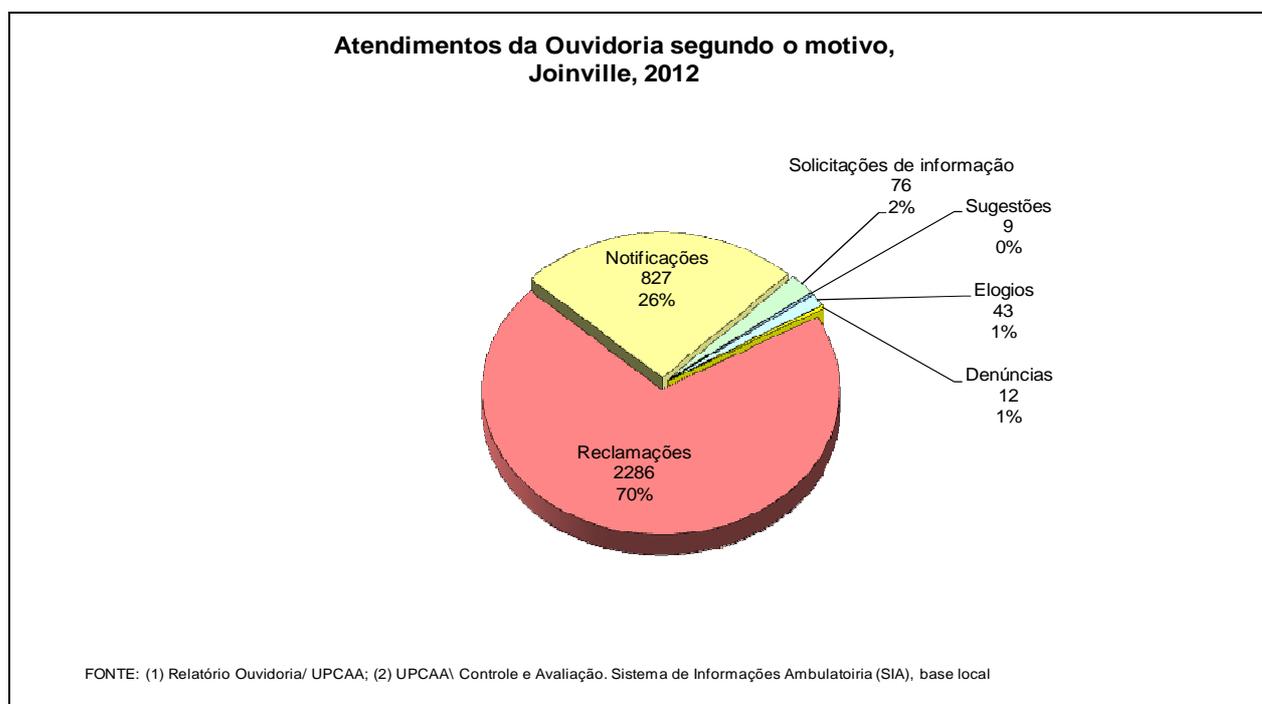
6. SERVIÇO DE OUVIDORIA DO SUS

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. O Serviço de Ouvidoria está integrado à GUPCAA.

Durante o ano foram atendidas 3.253 ocorrências, distribuídas conforme tabela e gráfico abaixo.

Tabela - Distribuição das ocorrências da ouvidoria

OCORRÊNCIAS	MÉDIA QUAD 2011	1ºQUAD 2012	2ºQUAD 2012	3ºQUAD 2012	MÉDIA QUAD 2012
Reclamações	610	792	843	651	762
Notificações (Vigilância e Dengue)	310	309	250	268	276
Solicitações de informação	54	39	11	26	25
Sugestões	5	2	5	2	3
Elogios	9	12	15	16	14
Denúncias	13	8	3	1	4



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 2012:

- UBSF Morro do Amaral (julho de 2012);
- UBSF Rio da Prata (setembro de 2012);
- UBS Itaum – adequação de novo local (dezembro de 2012);

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 2012 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 2012, 28,98 % 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 2012

RECEITA 2012	ORÇADO	RECEBIDO	% RECEB./ ORÇADO
Remun. de Depositos Bancários	547.700	954.031	174,2%
Demais Transferências da União	6.242.500	-	0,0%
Gestão Plena	75.952.000	64.118.446	84,4%
Piso de Atenção Básica - Fixo	9.559.000	10.227.614	107,0%
Piso de Atenção Básica - Variável	139.000	1.288.982	927,3%
Prog Agente Comunitário de Saúde	5.820.000	4.752.176	81,7%
Prog Saúde da Família PSF	3.974.000	3.438.910	86,5%
Prog. Assist. Farm. Básica/União	2.927.000	2.536.388	86,7%
Vigilância e Promoção da Saúde	778.000	929.714	119,5%
Piso fixo de Vig.Sanit.-PFVISA	350.000	300.220	85,8%
FAEC (Fundo de Ações Estr.e Compensação)	14.983.000	14.990.409	100,0%
Piso Var.Vig.e Prom.Saúde-PVVS- FMS	550.000	1.145.328	208,2%
CEREST	384.000	360.000	93,8%
SAMU 192	710.400	600.000	84,5%
U P A	6.000.000	200.000	3,3%
Centro Especialidades Odontológicas	122.000	118.800	97,4%
Vig.Epid.e Amb.em Saúde-FMS	525.000	145.654	27,7%
Bloco Investimentos	7.769.500	159.526	2,1%
Assistência Farm.Basica/Estado	2.467.000	2.326.344	94,3%
Oxigenoterapia/Estado	118.000	125.672	106,5%
Atenção Básica/Estado	359.000	852.950	237,6%
Média Complex. Estado	-	173.533	0,0%
Incentivo Hospitalar/Estado	5.292.000	1.392.122	26,3%
Centro Esp.Odontológ. Estado	34.000	37.760	111,1%
Cirurgias Eletivas	450.000	78.993	17,6%
Transf.de Convênios da União	535.000	1.845.883	345,0%
Transf.de Convênios do Estado	1.000.000	-	0,0%
Outras Receitas Diversas	700.000	419.453	59,9%
SVO-Serv.Verif.Obitos	-	100.000	0,0%
TOTAL	148.588.100	113.618.908	76,5%
REPASSES PMJ	132.880.000	162.224.985	122,1%
TOTAL	281.468.100	275.843.894	98,0%

8.2. RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS – CONSOLIDADO 2012 – RESUMIDO

RECEITAS 2012	ORÇADO	RECEBIDO	% RECEBIDO/ ORÇADO
CONVÊNIOS, PROGRAMAS E INCENTIVOS FEDERAIS	137.320.400	107.158.050	78,0%
CONVÊNIOS, PROGRAMAS E INCENTIVOS ESTADUAIS	10.020.000	5.087.374	50,8%
OUTRAS RECEITAS	1.247.700	1.373.484	110,1%
SUB - TOTAL	148.588.100	113.618.908	76,5%
RECURSOS MUNICIPAIS	132.880.000	162.224.985	122,1%
RECURSOS TOTAIS	281.468.100	275.843.894	98,0%

8.3. DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS – CONSOLIDADO 2012

TIPOS DE GASTOS	ANO	MÉDIA/MÊS	%
PESSOAL	150.527.508	12.543.959	53,7%
MATERIAL DE CONSUMO	13.712.173	1.142.681	4,9%
DECISÕES JUDICIAIS	7.984.559	665.380	2,8%
SERVICOS DE TERCEIROS	30.217.221	2.518.102	10,8%
OUTROS SERV E ENCARGOS-SUS	72.302.108	6.025.176	25,8%
INVESTIMENTOS	5.603.269	466.939	2,0%
DESPESAS TOTAIS	136.206.083	11.350.507	100,0%

8.4. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR, OUTROS SERVIÇOS E ENCARGOS – CONSOLIDADO 2012

TIPO	ANO	MÉDIA/MÊS	%
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ	40.176.385	3.348.032	55,6%
HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	7.856.378	654.698	10,9%
HOSP.E MAT. BETHESDA	2.201.334	183.444	3,0%
CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, OUTROS	22.068.012	1.839.001	30,5%
TOTAL REPASSES	72.302.108	6.025.176	100,0%

8.5. SITUAÇÃO FINANCEIRA – CONSOLIDADO 2012

	31/12/2012
DISPONÍVEL + REALIZAVEL	23.216.616
Bancos Conta Movimento	3.314
Banco Conta Vinculada	-
Bancos Conta Aplicação	16.421.227
Realizavel	6.792.075
Contas a Pagar	31.625.863
Fornecedores	18.026.772
Folha de Pagamento	13.599.091
SALDO	(8.409.247)

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, comparados com índices nacionais, estaduais e de outros municípios da região, demonstram a efetividade das ações realizadas. As metas ainda não atingidas referem-se a situações de maior complexidade e, portanto, difíceis de serem alcançadas, apesar dos esforços da gestão. No período deu-se maior atenção à integração entre a assistência e vigilância em saúde e entre os níveis assistenciais, apesar de poucos avanços concretos. A fragmentação das ações de saúde e dos processos da gestão constitui um entrave histórico para ser superado.

Na área de **Saúde da Criança** o indicador de mortalidade infantil está abaixo de dois dígitos superando a meta estimada. O olhar diferenciado para a atuação precoce como o Programa Bebê Precioso, reforçou a atenção aos recém-natos com maior risco de morte e adoecimento, integrando a atenção hospitalar aos cuidados primários em saúde, resultando assim nos bons resultados alcançados. A investigação dos óbitos de crianças até 5 anos de idade e de natimortos pela Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil também tem dado contribuições importantes para a correção de processos assistenciais e prevenção dos fatores de risco associados à mortalidade.

Na área de **Saúde da Mulher**, a cobertura do preventivo de Câncer de Colo Uterino foi priorizada no Planejamento Local das Unidades Básicas, melhorando a captação e o resultado em relação ao ano anterior, ainda com potencial de melhorias. 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 se buscado maior articulação das ações de saúde realizadas na Atenção Básica com a média complexidade, num esforço de construir as linhas de cuidado e atender ao princípio da integralidade. 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. 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. Vale ressaltar o perigo iminente da ocorrência de um surto de dengue no município em vista do aumento do número de focos do mosquito transmissor. O trabalho intensivo dos profissionais da Vigilância tem possibilitado manter, até o momento, nosso município livre da doença autóctone. Os casos registrados foram todos importados.

Áreas que constituem **atividades-meio**, como a Programação, a Regulação, Controle e Avaliação e a Auditoria têm reestruturado seus processos de trabalho buscando facilitar o acesso dos usuários aos serviços e 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 de parcerias, do monitoramento dos contratos, da compra de serviços e do gerenciamento da fila de espera.

O Progesus tem empreendido ações intensivas de capacitações para os profissionais que atuam na rede assistencial e o setor de Planejamento tem se esforçado para contribuir para a formação de uma cultura de planejamento entre os profissionais.

Algumas áreas ainda estão fragilizadas e necessitam serem fortalecidas para o bom desempenho geral, como a informática, fundamental para a avaliação, acompanhamento e monitoramento do processo de trabalho.

Enfim, todos os esforços empreendidos em 2012 traduzem o comprometimento da gestão municipal e dos profissionais das áreas assistenciais com o cumprimento dos princípios do SUS, com a qualidade que esta política de Estado merece.

APÊNDICES

Apêndice 1

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE - JOINVILLE/SC

População Residente por Unidade de Saúde, quantidade de Famílias e Domicílios – 2011*

REGIONAIS	EQUIPES DE SAÚDE	SIAB	SMS	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS
Pirabeiraba Segmento 01	Sede da Regional (EACS total)	010	0104	11.687	3.436	3.756
	ESF Rio Bonito	011	0101	3.158	927	997
	ESF Rio da Prata	012	0102	3.431	938	1.125
	ESF Canela	013	0103	2.941	799	850
	Total			21.217	6.101	6.728
Vila Nova Segmento 02	Sede da Regional (EACS total)	020	0204	22.675	6.970	7.644
	ESF Vila Nova Rural	021	0201	1.767	538	651
	ESF Anaburgo	022	0202	2.657	803	909
	UBS Glória (EACS parcial)	023	0203	14.134	4.991	5.549
	Total			41.233	13.301	14.753
Aventureiro Segmento 03	UBS Aventureiro I	REDE	REDE	11.221	3.543	3.413
	Sede da Regional Saguauçú	REDE	REDE	17.365	6.262	7.139
	ESF Aventureiro II	031	0301	4.210	1.336	1.422
	ESF Aventureiro II	032	0302	4.161	1.264	1.326
	ESF Santa Bárbara	033	0303	3.388	1.021	1.220
	ESF Cubatão	034	0304	3.033	869	980
	ESF Rio do Ferro	035	0305	3.314	962	1.010
	UBS Parque Joinville(EACS total)	036	0306	16.258	4.743	4.949
	UBS CSU Iriiriu (EACS total)	037	0307	17.432	5.673	6.125
	Total			80.382	25.673	27.584
Costa e Silva Segmento 04	Sede Regional (EACS parcial)	040	0409	29.766	10.307	11.686
	ESF Jardim Paraíso I	041	0401	4.020	1.189	1.206
	ESF Jardim Paraíso II	042	0402	3.819	1.089	1.143
	ESF Jardim Paraíso III	043	0403	3.280	951	1.028
	ESF Paraíso IV (Canto do Rio)	044	0404	3.110	892	951
	ESF Jardim Sofia**	045	0405	4.278	1.286	1.446
	ESF Willy Schossland	046	0406	6.432	1.810	1.947
	UBS Bom Retiro (EACS parcial)	047	0407	15.457	5.632	6.503
	ESF Jardim Paraíso V	048	0408	4.139	1.133	1.200
Total			74.301	24.290	27.109	
Floresta Segmento 05	Sede Regional	REDE	REDE	20.320	6.603	7.229
	ESF Profipo	051	0501	3.116	898	950
	ESF Profipo	052	0502	3.187	945	1.032
	ESF Boehmerwald I	053	0503	3.757	1.105	1.164
	ESF Boehmerwald I	054	0504	3.723	1.119	1.212
	ESF Boehmerwald II	055	0505	3.810	1.151	1.267
	ESF Boehmerwald II	056	0506	3.760	1.109	1.198
	ESF Itinga Continental*	057	0507	3.217	973	1.043
	ESF Itinga	058	0508	3.205	925	1.021
	ESF Km 4	059	0509	2.664	816	855
	ESF Km 4	050	0510	2.598	791	839
	Total			53.357	16.436	17.810

REGIONAL	UNIDADE DE SAÚDE	SIAB	SMS	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS
Centro Segmento 06	Sede da Regional	REDE	REDE	25.262	9.319	10.911
	ESF Nova Brasília/Jativoca	061	0601	4.091	1.205	1.308
	ESF Nova Brasília	062	0602	3.432	1.057	1.136
	ESF Nova Brasília	063	0603	3.601	1.111	1.196
	ESF Morro do Meio	064	0604	3.080	889	972
	ESF Lagoinha	065	0605	3.435	928	1.010
	UBS São Marcos (EACS total)	066	0606	5.561	1.752	1.962
	ESF Morro do Meio	067	0607	3.689	1.045	1.128
	Total			52.151	17.306	19.623
Jarivatuba Segmento 07	ESF Jarivatuba (UBS/Sede)	070	0700	7.862	2.349	2.467
	ESF Jarivatuba (UBS/Sede)	710	0710	7.665	2.282	2.386
	ESF Jarivatuba (UBS/Sede)	711	0711	7.839	2.376	2.515
	ESF Paranaguamirim	071	0701	4.203	1.231	1.284
	ESF Paranaguamirim	072	0702	4.431	1.265	1.333
	ESF Jardim Edilene/Morro do Amaral	073	0703	5.416	1.516	1.618
	ESF Estevão Matos	074	0704	3.858	1.099	1.144
	ESF Parque Guarani	075	0705	3.621	999	1.065
	ESF Parque Guarani	076	0706	3.680	753	809
	ESF Parque Guarani	077	0707	3.561	1.054	1.148
	ESF Estevão Matos	078	0708	4.837	1.289	1.384
	ESF Jardim Edilene	079	0709	4.457	1.176	1.297
	Total			61.430	17.389	18.449
Comasa Segmento 08	Sede da Regional	REDE	REDE	17.764	5.526	5.966
	UBS Jardim Iriú	REDE	REDE	10.458	3.038	3.219
	ESF Espinheiros	081	0801	4.534	1.389	1.466
	ESF CAIC	082	0802	3.625	986	1.056
	ESF Da Ilha	083	0803	3.976	1.139	1.203
	ESF Roraima	084	0804	3.694	1.047	1.090
	ESF Dom Gregório	085	0805	3.729	1.011	1.041
	UBS Bakitas (EACS Total)	086	0806	16.670	5.386	5.812
Total			64.450	19.523	20.853	
Fátima Segmento 09	Sede da Regional (EACS total)	090	0903	18.204	5.510	5.978
	UBS Edla Jordan (EACS parcial)	091	0901	19.840	5.987	6.442
	UBS Itaum (EACS total)	092	0902	15.821	5.178	5.579
	UBS Ademir Garcia (EACS total)	093	0904	18.519	5.298	5.577
	Total			72.384	21.973	23.576
Total Geral				520.905	161.992	176.486

Fonte: SMS/ Gerência da Unidade de Atenção Básica/Cadastramento.

* Consta na tabela acima o número de Unidades de Saúde existente no ano de 2012, entretanto a população como referência é do ano de 2011.

** Unidades com 2 equipes de SF

Estudo realizado por:

Ermelinda Maria Uber Januário

Consultora SMS/GUAB/Área do Cadastramento

Apêndice 2

Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil 2012, Joinville-SC

INTRODUÇÃO

Em 2012, a Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil de Joinville (CPMI) completou dez anos de atuação. Com o objetivo de promover ações visando a prevenção da mortalidade infantil no município de Joinville, o trabalho realizado pela Comissão tem subsidiado a gestão na implementação de medidas para reduzir a morte de crianças decorrente de eventuais falhas na assistência ao pré-natal, ao parto ou ao recém-nascido. A Comissão posiciona-se quanto à qualidade da assistência prestada (organização dos serviços, acessibilidade e manejo do paciente), identifica problemas na assistência, classifica os óbitos segundo a evitabilidade, faz recomendações e propõe correções e complementação da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e de Óbito (DO).

Desde o início de seus trabalhos em 2002, a Comissão investiga todos os óbitos de filhos de mães residentes em Joinville, até um ano de idade. Em 2008, a investigação estendeu-se para os óbitos de crianças entre 1 e 5 anos e, a partir de 2010, passou a incluir também os óbitos fetais.

A metodologia usada no processo investigativo baseia-se em informações coletadas com os pais das crianças, por profissionais da atenção primária, analisando condições de vida da família, assistência recebida pela gestante e criança, em registros de prontuários clínicos nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais ou Maternidades, em laudos do Instituto Médico-Legal, Serviço de Verificação de Óbitos e em registros da DNV e DO. Este conjunto de dados é discutido e analisado pela equipe da Comissão, composta por profissionais das áreas de Vigilância, Atenção Básica e Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, que se reúne semanalmente. A partir das conclusões de cada caso são então encaminhadas medidas corretivas e/ou preventivas.

As ações realizadas têm sido basicamente em duas vertentes: a gestão do risco, buscando atuar sobre os fatores determinantes da mortalidade e a gestão do caso, empreendendo esforços para minimizar os efeitos da exposição ao risco. Como exemplo destas estratégias pode-se mencionar: o Programa Bebê Precioso criado em 2009 para intensificar o acompanhamento das crianças oriundas de UTIs neonatais; elaboração de normativas para o acompanhamento com geneticista das crianças, mães e familiares com critérios específicos; revisão do protocolo de assistência à infecção urinária em gestantes, por ser a grande causa associada à prematuridade, principal fator de risco identificado; articulação para propiciar o acompanhamento psicológico das famílias; visitas às unidades de saúde para discutir problemas assistenciais específicos; realização de eventos anuais com profissionais de saúde visando sensibilizá-los para o tema. Além destas ações, outras como a correção dos bancos de dados (SINASC e SIM), capacitação de profissionais e maior articulação entre os serviços, tem contribuído para aprimorar uma cultura de vigilância em saúde. O propósito deste conjunto de ações é produzir mudanças nas práticas assistenciais, qualificar a atenção à gestante, a mãe e à criança e, dessa forma, prevenir a ocorrência de eventos negativos de saúde, entre os quais os óbitos infantis evitáveis. Os resultados ao longo da década permitem verificar um impacto positivo sobre os óbitos evitáveis, com índices de mortalidade infantil que estão entre os menores do país para municípios do porte de Joinville.

Para 2013, a meta é aprimorar este trabalho multidisciplinar e intensificar a vigilância sobre a mortalidade perinatal e suas causas específicas.

Perfil dos óbitos:

Em 2012, nasceram 7.939 crianças de mães residentes em Joinville, sendo 7.887 nascidos vivos e 52 natimortos. Neste mesmo período, ocorreram 58 óbitos de crianças entre 0 e 1 ano de idade e 11 de crianças entre 1 e 4 anos. Os coeficientes foram os seguintes:

Tabela 1 – Total de óbitos, nascimentos e coeficientes de mortalidade no ano de 2012

Coeficientes	Total óbitos	Nascimentos	Coeficientes (por mil)
Mortalidade perinatal	75	7.939*	9,45
Mortalidade infantil	58	7.887	7,35
Mortalidade menores de 5 anos	69	7887	8,75

Fonte: SIM / SINASC

Nota: * total de nascimentos = nascidos vivos + óbitos fetais

Observa-se a redução significativa da mortalidade infantil, em relação ao ano anterior, de 9,4 para 7,35 óbitos por mil nascidos vivos. O mesmo ocorreu com a mortalidade perinatal que caiu de 10,3 para 9,45 por mil nascimentos. Já, a mortalidade de crianças entre 1 e 4 anos manteve-se nos mesmos patamares, sendo 10 casos em 2011 e 11 em 2012.

A seguir, faz-se uma análise destes três grupos separadamente:

• Mortalidade perinatal:

Este indicador de saúde materno-infantil reflete as condições de saúde reprodutiva, bem como a qualidade da assistência perinatal, incluindo pré-natal, parto e neonatal precoce.

A literatura (FONSECA e COUTINHO, 2004)¹ aponta que cerca de 57% da mortalidade perinatal é devida aos óbitos fetais. No caso de Joinville, este percentual foi de 53% em 2011 e 69,3% em 2012. Assim, a queda observada do coeficiente em 2012 (Tabela 2), pode estar relacionada à redução dos óbitos neonatais precoces e a possível migração de uma parcela de óbitos neonatais precoces para óbito fetal, corroborada pelo aumento dos casos de natimortos nesse período.

Tabela 2 – Total de óbitos perinatais e de nascimentos totais em Joinville, 2011 e 2012

Eventos / Ano	2011	2012
Óbitos fetais	43	52
Óbitos neonatais precoce	38	23
Nascimentos (nascidos vivos + óbitos fetais)	7.829	7.939
Coeficiente de mortalidade perinatal (por mil nascimentos)	10,3	9,45

Fonte: SIM / SINASC

Em relação aos óbitos fetais, os grupos de causas foram:

Tabela 3 - Causas básicas dos óbitos fetais em 2012

Causas por capítulo CID 10 / Ano	2012	
	N	%
Algumas afecções originadas no período perinatal	49	94,2
Anomalias congênitas	2	3,8
Mal Definidas	1	1,9
TOTAL	52	100,0

Fonte: CPMI/SIM/ GUVS/SMS

A literatura ainda aponta que a mortalidade perinatal resulta de um complexo conjunto de causas que se interrelacionam. Dentre elas, dá-se destaque à prematuridade e ao retardo de crescimento intra-útero, os quais por sua vez são determinados por fatores maternos como: sócio-econômicos, biológicos, história reprodutiva, hábitos e doenças, bem como assistência pré e perinatal (FONSECA e COUTINHO, 2004). Assim, qualquer intervenção que tenha o objetivo de reduzi-la deve considerar estes determinantes.

¹ Fonseca SC, Coutinho ESF. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (Supl 1): 17-9.

Como não há um monitoramento sistemático e rotineiro desta mortalidade por parte do Ministério da Saúde, dificulta comparações entre índices, os quais variam consideravelmente, como foi observado em 2010, cujos índices foram de 13,6 em Santa Catarina e 20,0 em Mato Grosso do Sul.

Portanto, a falta de análises sobre o perfil desta mortalidade, a pouca visibilidade que ela possui para os profissionais e gestores de saúde, a escassa avaliação sobre fatores de risco certamente tem contribuído para sua persistência.

• **Mortalidade infantil (menores de 1 ano):**

Em 2012, verificou-se uma significativa redução da mortalidade infantil em relação ao ano anterior, em decorrência da redução da mortalidade neonatal (de 52 para 38 casos), sendo que permanece o mesmo perfil histórico de predomínio desta última (65,5%) sobre a pós-neonatal (34,5%). O componente da mortalidade neonatal que apresentou queda importante foi o neonatal precoce (até 6 dias de vida). A redução no componente neonatal precoce sugere uma melhoria na assistência à gestação, ao parto e ao neonato.

Tabela 4 - Óbitos Infantis e componentes, 2008 a 2012 Joinville-SC

Ano	2008	2009	2010	2011	2012
Total de óbitos	75	71	60	73	58
Total de nascimentos (vivos)	7.459	7.531	7.265	7.786	7887
Coefficiente de Mort. Infantil	10,1	9,4	8,3	9,4	7,35
Óbitos neonatais precoce	35 (46,7%)	30 (42,9%)	29 (48,3%)	38 (52,05%)	23 (39,6%)
Óbitos neonatais tardios	15 (20,0%)	18 (25,7%)	12 (20%)	14 (19,18%)	15(25,9%)
Óbitos pós neonatais	25 (33,3%)	22 (31,4%)	19 (31,7%)	21(28,77%)	20(34,5%)

Fonte: CPMI/ SINASC/SIM/ GUVS/SMS

Das crianças menores de 1 ano que foram a óbito em 2012, quatro (04) ocorreram em outros municípios, representando 6,9% do total de óbitos menores de 1 ano.

Ao se comparar a proporção dos óbitos com a dos nascimentos nas regionais de saúde, nota-se uma maior concentração de mortes nas regionais Aventureiro, Comasa, Costa e Silva, Fátima e Pirabeiraba.

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

Regional de Saúde	ANO 2010				ANO 2011				ANO 2012			
	Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)		Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)		Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aventureiro	1045	14,4	10	16,7	1157	14,8	9	12,3	1169	14,8	10	17,2
Centro	842	11,6	7	11,7	869	11,2	10	13,7	905	11,5	4	6,9
Comasa	704	9,7	6	10	746	9,6	9	12,3	714	9,1	6	10,3
Costa e Silva	992	13,8	9	15	1146	14,7	7	9,6	1087	13,8	11	19,0
Fátima	1038	14,3	8	13,3	1148	14,7	12	16,4	1149	14,6	10	17,2
Floresta	721	10	9	15	730	9,4	6	8,2	776	9,8	4	6,9
Jarivatuba	1000	13,9	6	10	1043	13,4	9	12,3	1076	13,7	7	12,1
Pirabeiraba	285	3,9	3	5	331	4,26	5	6,8	320	4,1	3	5,2
Vila Nova	600	8,4	2	3,3	616	7,9	6	8,2	614	7,8	3	5,2
Total	7265	100	60	100	7786	100	73	100	7.887	100	58	100

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

No acumulado do período e em nenhum ano houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) no CMI entre as Regionais de Saúde. No conjunto do município e dentro de cada Regional de Saúde, não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) no CMI entre os anos do óbito. Não há diferença estatisticamente significativa entre os anos e Regionais de Saúde quanto ao número de óbitos e de nascidos vivos (teste qui-quadrado de independência).

Na tabela 6 está descrito o perfil dos óbitos e sua comparação com anos anteriores:

Tabela 6 – Perfil dos óbitos ocorridos em 2010, 2011 e 2012

Frequência		2010		2011		2012	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mãe adolescente	S	13	21,7	10	13,7	12	20,7
	N	47	78,3	63	86,3	46	79,3
Realização de Pré Natal	S	54	90,0	69	94,5	55	94,8
	N	6	10,0	4	5,48	3	5,2
ITU durante a gestação	S	18	30,0	23	31,5	20	34,5
	N	42	70,0	50	68,5	38	65,5
Tipo de maternidade	Pública	40	66,7	45	61,6	41	70,7
	Privada	20	33,3	28	38,4	17	29,3
Tipo de parto	Vaginal	24	40,0	28	38,4	18	31,0
	Cesário	36	60,0	45	61,6	40	69,0
RN de risco (Pequeno Príncipe)*	S	48	80,0	69	94,5	53	91,4
	N	12	20,0	4	5,48	5	8,4
Bebê Precioso	S	4	6,7	4	5,5	3	5,2
	N	56	93,3	69	94,5	55	94,8
Prematuridade	S	40	60,0	54	74,0	38	65,5
	N	20	40,0	19	26,0	20	32,8
Baixo peso ao Nascer	S	38	63,3	51	70,0	40	69,0
	N	22	36,7	22	30,0	18	31,0
Presença de malformação	S	18	30,0	27	37,0	18	31,0
	N	42	70,0	46	63,0	40	69,0
Evitáveis	S	45	75,0	58	79,5	45	77,6
	N	15	25,0	15	20,5	13	22,4
Total óbitos		60	100,0	73	100,0	58	100,0

Fonte: CPMI/ SIM/ GUVS/SMS

Nota: * 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 2.500g; 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”.

Com relação às características maternas, identifica-se uma discreta elevação na proporção de mães adolescentes (14 a 19 anos) em relação a 2011. A grande maioria realizou pré-natal (94,5%), destes 44,8% com 7 ou mais consultas. A infecção urinária na gestação esteve presente em 34,5% dos casos. Houve um aumento proporcional nos partos realizados em maternidades públicas (70,7%) e um aumento no percentual de partos cesárea (69,0%). O aumento proporcional dos partos cesárea neste grupo populacional precisa ser analisado com cuidado considerando que se trata de crianças de alto risco e que a indicação de cesárea pode se justificar. Salienta-se que houve redução da mortalidade periparto e neonatal, o que parece evidenciar que as indicações foram adequadas e oportunas. Entretanto para afirmar isso seria necessário realizar um estudo específico a respeito destas indicações.

A classificação de risco do Programa Pequeno Príncipe é validada uma vez que 91,4% das crianças que foram a óbito foram classificadas como risco ao nascer, e entre os óbitos, 5,2% estavam sendo acompanhadas pelo Programa Bebê Precioso. Entre os óbitos, 65,5% foram prematuros, sendo 71% deles prematuros extremos (até 31 semanas), 69,0% apresentaram baixo peso ao nascer (45% com menos de 1000 g), e 31,0% com presença de malformações. Novamente, a exemplo dos anos anteriores, a grande maioria dos óbitos (77,6%) foi considerada evitável segundo os critérios da Fundação SEADE.

Tabela 7 - Causas básicas dos óbitos nos anos de 2010, 2011 e 2012

Causas / Ano	2010		2011		2012	
	Nº	%	Nº	%	N	%
Algumas afec. originadas no período perinatal	34	56,7	37	51	22	37,9
Anomalias congênitas	15	25	25	34	19	32,8
Doenças do aparelho respiratório	3	5	3	4,1	7	12,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	3,3	3	4,1	3	5,2
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	1	1,7
Causas externas	0	0	0	0	1	1,7
Mal Definidas	2*	3,3	1*	1,4	1*	1,7
Neoplasias (tumores)	1	1,67	1	1,4	0	0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	3,3	1	1,4	1	1,7
Doenças do sistema nervoso	1	1,67	2	2,7	3	5,2
TOTAL	60	100,0	73	100,0	58	100,0

Fonte: CPMI/SIM/ GUVS/SMS * Morte súbita do lactente.

A análise dos óbitos por capítulos da CID 10 (Classificação Internacional de Doenças - Organização Mundial da Saúde, 2003), aponta as afecções do período perinatal como primeira causa. A prematuridade e as complicações decorrentes desta (septicemia, hemorragias intracranianas, pneumonia), como os principais fatores de risco. As anomalias congênitas aparecem em segundo lugar, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema nervoso e doenças infecciosas e parasitárias (tabela 7). Considerando que as malformações congênitas vem se mantendo em 2º lugar como causa de óbito em crianças menores de 1 ano em Joinville e, no ano de 2012, verificou-se em número absoluto uma diferença de 3 crianças a menos em relação à primeira causa de óbito. Estes dados apontam para a importância da disponibilização do aconselhamento genético no Sistema Único de Saúde como estratégia na redução da mortalidade infantil e fetal.

Desde 2010 a Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil de Joinville, utiliza 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, conforme tabela 8:

Tabela 8 - Distribuição dos óbitos segundo Classificação de evitabilidade da Fundação SEADE

Classificação por Grupos Fundação SEADE	2010	2011	2012
1-Redutíveis por imunoprevenção	0	0	0
2-Redutíveis por adequado controle na gravidez	7	6	4
3-Redutíveis por adequada atenção ao parto	2	4	10
4-Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	29	32	23
5-Redutíveis através de parcerias com outros setores	8	16	8
6-Não evitáveis	14	15	13
7-Mal definidas	0	0	0
8-Não classificadas	0	0	0
Total	60	73	58

Fonte: CPMI / GUVS/SMS

Quanto à evitabilidade, em 2010, 75% dos óbitos foram considerados evitáveis, 79,5% em 2011 e 77,6% em 2012, com predomínio no grupo de casos “redutíveis por ações de

prevenção, diagnóstico e tratamento precoces”, que inclui patologias que requerem alta tecnologia e serviços especializados, muitas vezes não disponíveis no município ou estado. Na análise dos óbitos de menores de 1 ano investigados pela CPMI, foram identificados os seguintes problemas:

Tabela 9 - Problemas identificados

Problemas	2010	2011	2012
Sem evidência de falhas	29	38	35
Dificuldades sócio-familiares	17	17	11
Problemas na atenção ao pré natal	10	7	3
Problemas na atenção à criança	7	6	9
Problemas na atenção ao parto	2	0	2
Problemas nos exames (USG)	0	0	2
Outros problemas	8	8	2
Total de problemas	73	76	64

Fonte: CPMI/ GUVS/SMS

Vale ressaltar que os casos classificados como ‘sem evidências de falhas’ não significa que não houve falhas no processo assistencial, mas sim que os documentos analisados e a entrevista realizada não permitiram evidenciá-las de forma clara e inequívoca.

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

Tabela 10 – Medidas corretivas

Medidas corretivas	2010	2011	2012
Correção dos bancos de dados (SIM, SINASC)	16	13	12
Carta às UBS para seguimento das famílias	17	13	5
Carta aos Hospitais	4	0	2
Encaminhamento ao geneticista	11	16*	4
Discussão com profissionais/equipes de Saúde	2	6	10

Fonte: CPMI / GUVS/SMS

Quanto à discussão com profissionais/equipes de Saúde, com reuniões *in loco* promovendo análise do processo de investigação dos óbitos ocorridos na área de abrangência da Unidade de Saúde, com foco na prevenção e evitabilidade de novos óbitos contribuem na assimilação do conceito de territorialidade e auxiliam no planejamento local de ações preventivas.

- **Mortalidade de crianças de 1 a 4 anos:**

A faixa etária de 1-4 anos marca a passagem da fase de lactente para a infância propriamente dita, sendo um período crucial no desenvolvimento mental, emocional e de socialização do indivíduo. As políticas públicas voltadas para a primeira infância tiveram um avanço muito grande nos últimos anos e contribuíram para a mudança do perfil da mortalidade nesta fase da vida.

As causas infecciosas, principal causa de óbito na década de 80- 90 decresceram em importância em consequência das medidas adotadas no acompanhamento a gestação, aleitamento materno, melhoria da qualidade e quantidade de alimentos, vacinação, assistência à criança, infra-estrutura e saneamento básico entre outras.

Os dados na tabela 11 apresentam as principais causas de mortalidade das crianças de 1 a 4 anos no município de Joinville no período de 2000 a 2012.

Tabela 11 - Óbitos de 1 a 4 anos segundo anos e causas (Capítulos) – Joinville, 2000-2012

Causas Capítulos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	N	%
Causas externas	4	5	8	3	5	3	1	3	0	3	2	0	1	38	24,5
Doenças do aparelho respiratório	2	1	2	1	4	3	3	1	3	2	1	3	2	28	18,1
Neoplasias (tumores)	1	0	1	3	2	2	4	4	2	2	0	1	2	24	15,5
Doenças do sistema nervoso	0	1	1	1	1	1	0	0	0	4	1	2	2	14	9,0
Anomalias congênitas	0	1	1	0	0	0	1	1	2	1	2	1	3	13	8,4
Alg dças infecciosas e parasitárias	2	2	2	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	13	8,4
Mal Definidas	2	1	1	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	9	5,8
Demais causas	1	2	0	3	2	0	1	0	0	2	3	2	0	16	10,3
TOTAL	12	13	16	11	15	10	14	11	8	14	10	10	11	155	100

Fonte: CPMI/SIM/ GUVS/SMS

No período de 2000 a 2012 os principais grupos de causas de óbito em crianças de 1 a 4 anos foram as causas externas (24,5%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (18,1%) e neoplasias (15,5%). Vale ressaltar a gradativa redução de causa de morte mal definidas sendo que a partir de 2009 todos os óbitos de crianças de 1 a 4 anos tiveram sua 'causa mortis' definida.

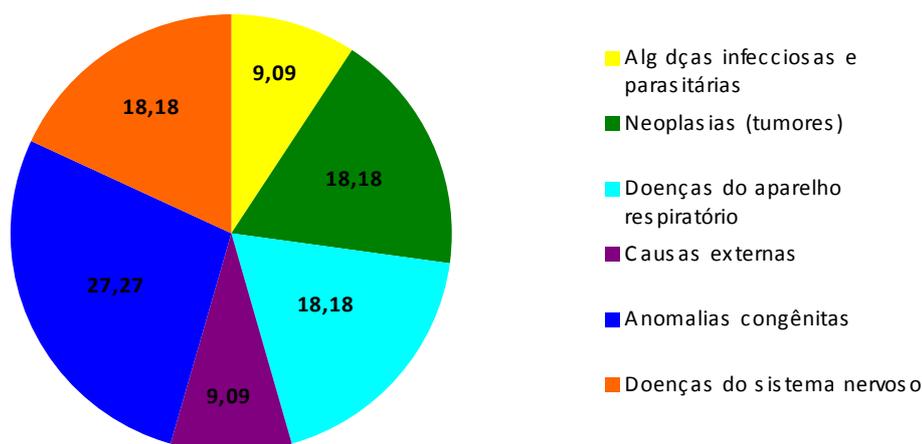
Tabela 12 - Nº de óbitos de 1 - 4 anos por ano do óbito segundo causas externas- Joinville/ SC

Causas Externas	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Acidentes de trans-portes	1	3	6	2	3	2	1	1	0	3	2	0	0	24
Acidentes-afogamento	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Demais causas externas	1	1	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	1	8
Total de óbitos por causas externas	4	5	8	3	5	3	1	3	0	3	2	0	1	38

Fonte: CPMI/SIM/ GUVS/SMS

Em relação à tabela 12, observa-se que dentro das causas externas, os acidentes de trânsito e afogamentos predominaram no perfil da mortalidade até 2010, sendo os acidentes de transportes a causa responsável por 15,5 % dos óbitos (24 do total de 155 mortes nesta faixa etária). A redução de mortes por esta causa observada em 2011 e 2012 pode estar correlacionada com as campanhas de prevenção de acidentes realizadas em todo o país pelo Ministério da Saúde, com a obrigatoriedade do uso da cadeira para o transporte de crianças, bem como a fiscalização no trânsito.

Gráfico 01 - Causas básicas dos óbitos de 1 – 4 anos no ano de 2012- Joinville /SC



Fonte: CPMI/SIM/ GUVS/SMS

As causas identificadas em 2012 nesta faixa etária foram: grupo de anomalias congênitas perfazendo 27,3% (um caso de Síndrome de Appert, um Síndrome de Down, um Síndrome de Goldenhar), em segundo lugar as neoplasias com 18,2% (tumor cerebral e rabiomiossarcoma de nasofaringe), seguidas de doenças do aparelho respiratório (pneumonia e amigdalite crônica), doenças do sistema nervoso (encefalopatia epiléptica e Síndrome de West), um caso de septicemia e um de causa externa (agressão).

Em relação à mortalidade proporcional por idade, observa-se o seguinte: das 11 mortes ocorridas em 2012, 45,5% na faixa etária 1- 2 anos, 45,5% 2-3 anos e 9,0% 3-4 anos. Considerando a causa básica, todos os óbitos de 1 a 4 anos foram classificados como potencialmente evitáveis através de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce (Classificação de evitabilidade da Fundação SEADE). Lembrando que, neste agrupamento estão incluídas patologias que requerem alta tecnologia e serviços especializados, muitas vezes não disponíveis no município ou estado.

“O propósito da investigação não é responsabilizar pessoas ou serviços, mas prevenir mortes por causas similares no futuro”

(MANUAL DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL E FETAL- Ministério da Saúde, Brasília,2009)

Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil

<i>Adriana Morato Rosas</i>	<i>Unidade de Vigilância em Saúde</i>
<i>Fátima Mucha</i>	<i>Unidade de Atenção Básica</i>
<i>Maria Volpato Kropiwiec</i>	<i>Unidade de Vigilância em Saúde</i>
<i>Selma Cristina Franco</i>	<i>Unidade de Planejamento, Controle Avaliação e Auditoria</i>
<i>Terezinha Hillesheim</i>	<i>Unidade de Planejamento, Controle Avaliação e Auditoria</i>
<i>Viviane Karina Korovsky</i>	<i>Unidade de Atenção Básica</i>

Apêndice 3

RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2012 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE

O Conselho Municipal de Saúde - CMS - é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo e normativo. É formado por 40 membros titulares e 40 suplentes, considerando a paridade de 50% de entidades de usuários, 50% de entidades de profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores, conforme expressa o Decreto nº 18.493, que efetivou a composição do Conselho Municipal de Saúde gestão 2011/2013 publicado no Jornal do Município em 28 de novembro de 2011.

É conduzido por uma Mesa Diretora composta por: Presidente, conselheiro Valmor João Machado, segmento usuário; vice-presidente, conselheira Michele de Souza Andrade, segmento governo e secretária, conselheira Neusa Maria Alcântara, segmento usuário. É assessorado por cinco comissões permanentes: Comissão de Assuntos Internos, Comissão de Assuntos Externos, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, Comissão de Capacitação de Conselheiros de Saúde e Comissão de Ética e Conduta.

Para garantir seu funcionamento o conselho conta com uma secretaria executiva, que tem a finalidade de fornecer as condições necessárias para o cumprimento das competências do Conselho Municipal de Saúde de Joinville. Cabe à Secretaria dar todo o suporte técnico-administrativo para as atribuições do conselho e às suas Comissões. A Secretaria Executiva assessora, também, os conselhos locais de saúde, que em dezembro de 2012 totalizavam 34 (trinta e quatro) conselhos ativos.

Para fortalecer a atuação do Controle Social no município, o conselho promoveu durante o ano 7 (sete) encontros de capacitação, e realizou 2 (dois) seminários, o primeiro em abril, em comemoração ao dia mundial da saúde, com o tema: “Ser/estar conselheiro de saúde e a importância da capacitação/atualização” e o segundo no mês de junho com o tema: “Organizações Sociais”.

Neste ano o conselho realizou 12 (doze) assembleias ordinárias e 05 (cinco) extraordinárias, totalizando 17 (dezessete) assembleias realizadas em 2012, as quais deram origem a 61 Resoluções, que foram homologadas pelo prefeito e publicadas no Jornal do Município.

ÍNDICE DAS RESOLUÇÕES DO ANO DE 2012

- RESOLUÇÃO Nº 001/2012 - Recomposição da Comissão de Ética e Conduta;
- RESOLUÇÃO Nº 002/2012 - Criação de Comissão Eleitoral;
- RESOLUÇÃO Nº 003/2012 - Constituição de um Grupo de Trabalho para analisar a Situação do Setor Saúde, definir prioridades e elaborar Proposta de Diretrizes e Estratégias para elaboração do Plano Municipal De Saúde;
- RESOLUÇÃO Nº 004/2012 - Projeto Pró-Saúde III em parceria com a UNIVILLE;
- RESOLUÇÃO Nº 005/2012 - Proposta de Renovação de Convênio nº 007/2007/SEPLAN-CV Celebrado com o 8º Batalhão da Polícia Militar – Paramédicos;
- RESOLUÇÃO Nº 006/2012 - Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde - 3º Trimestre de 2011;
- RESOLUÇÃO Nº 007/2012 - Minuta do 5º Termo Aditivo ao Convênio Celebrado entre Secretaria Municipal de Saúde e Instituição Bethesda – Hospital e Maternidade;
- RESOLUÇÃO Nº 008/2012 - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ;
- RESOLUÇÃO Nº 009/2012 - Eleição de Secretário(a) da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde;
- RESOLUÇÃO Nº 010/2012 - Recomposição da Comissão de Assuntos Internos (CAI) do Conselho Municipal de Saúde;
- RESOLUÇÃO Nº 011/2012 - Indicação de Representante do Conselho Municipal de Saúde no Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – FITOJOINVILLE;
- RESOLUÇÃO Nº 012/2012 - Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde - Exercício 2011;
- ERRATA Nº. 001/2012 - Referente a Resolução nº. 012/2012;
- RESOLUÇÃO Nº 013/2012 - Exclusão do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES de Quatro Leitos de UTI Pediátrica cadastrados no Hospital Municipal São José;
- RESOLUÇÃO Nº 014/2012 - Credenciamento do Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria para Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia;
- RESOLUÇÃO Nº 015/2012 - Prestação de Contas do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) referente ao Terceiro Trimestre de 2011;
- RESOLUÇÃO Nº 016/2012 - Prestação de Contas do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) referente ao Quarto Trimestre de 2011;
- RESOLUÇÃO Nº 017/2012 - Indicação de Representante do CMS na Comissão Gestora Local do Projeto Pró-Saúde III;
- RESOLUÇÃO Nº 018/2012 - Prestação de Contas da ONG Abrigo Animal referente aos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2011;
- RESOLUÇÃO Nº 019/2012 - Prestação de Contas da ONG Abrigo Animal referente aos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2011;
- RESOLUÇÃO Nº 020/2012 - Plano de Implantação do Serviço de Referência em Hepatites Virais;
- RESOLUÇÃO Nº 021/2012 - Recomposição da Comissão de Ética e Conduta (CEC) do Conselho Municipal de Saúde;
- RESOLUÇÃO Nº 022/2012 - Utilização temporária dos recursos do Programa DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais para aquisição de exames;
- RESOLUÇÃO Nº 023/2012 - Recomposição da Comissão de Assuntos Internos (CAI) do Conselho Municipal de Saúde;
- RESOLUÇÃO Nº 024/2012 - Plano de Ação do CEREST para 2012;
- RESOLUÇÃO Nº 025/2012 - Atualização do Estabelecimento Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com a Exclusão de 24 Leitos Cadastrados;
- RESOLUÇÃO Nº 026/2012 - Minuta do 1º Termo Aditivo ao Convênio Nº 060/2011-SEPLAN/CV firmado entre Secretaria Municipal de Saúde e Hospital Municipal São José;
- RESOLUÇÃO Nº 027/2012 - Alterações, Exclusões, Metas e Ações novas da Programação Anual de Saúde dos anos 2012 e 2013 do Plano Municipal de Saúde 2010-2013;

RESOLUÇÃO Nº 028/2012 - Representatividade do Conselho Municipal de Saúde em Comissões de Acompanhamento de Contratos e/ou Convênios, Comitês e Conselhos Gestores e/ou Administrativos;

RESOLUÇÃO Nº 029/2012 - Indicação de Representante do Conselho Municipal de Saúde na Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES);

RESOLUÇÃO Nº 030/2012 - Indicação de Representante do Conselho Municipal de Saúde no Conselho Consultivo da Rádio Joinville Cultural FM (105.1), na Gestão 2012/2014;

RESOLUÇÃO Nº 031/2012 - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO Tipo II;

RESOLUÇÃO Nº 032/2012 - Diretrizes e Estratégias do Plano Municipal de Saúde 2014-17;

RESOLUÇÃO Nº 033/2012 - Solicitação do Centro Hospitalar UNIMED para credenciamento dos Serviços de Transplante de Córnea e Transplante Ósseo;

RESOLUÇÃO Nº 034/2012 - Prestação de Contas da ONG Abrigo Animal referente aos meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2012;

RESOLUÇÃO Nº 035/2012 - Habilitação/Credenciamento do Naípe – Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial como Unidade de Reabilitação da Deficiência Mental e/ou Autismo;

RESOLUÇÃO Nº 036/2012 - Retificação da Resolução nº. 020/2011 do Conselho Municipal de Saúde;

RESOLUÇÃO Nº 037/2012 - Primeiro Termo Aditivo ao Convênio Nº002/2012/SEPLAN-CV Autorizado pela Lei Nº 7.172/2011;

RESOLUÇÃO Nº 038/2012 - Análise e Parecer de Novo Instrumento Convenial a ser firmado com a Instituição Bethesda – Hospital e Maternidade, com Inclusão do Incentivo à Contratualização - Iac em Substituição ao Convênio nº. 027/2007 – SEPLAN – CV;

RESOLUÇÃO Nº 039/2012 - Aprovação de Seis Novos Indicadores do SISPACTO para Inclusão na Programação Anual 2012-13;

RESOLUÇÃO Nº 040/2012 - Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde referente ao 4º Trimestre de 2011;

RESOLUÇÃO Nº 041/2012 - Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde referente ao 1º Quadrimestre de 2012;

RESOLUÇÃO Nº 042/2012 - Relatório de Atividades/Balanco Patrimonial 2009 e 2010, Plano de Trabalho para 2010 e 2011 do CIS/AMUNESC – Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMUNESC;

RESOLUÇÃO Nº 043/2012 - Recomposição da Comissão de Ética e Conduta (CEC);

RESOLUÇÃO Nº 044/2012 - Recomposição da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST;

RESOLUÇÃO Nº 045/2012 - Renovação do Convênio Nº 118/2011 – SEPLAN/CV com a PROFIS – Associação de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal de Joinville;

RESOLUÇÃO Nº 046/2012 - Prestação de Contas do 1º Quadrimestre de 2012 do Plano de Ações e Metas do Programa DST/HIV/AIDS 2012;

RESOLUÇÃO Nº 047/2012 - Prestação de contas do 2º Quadrimestre de 2012 do Plano de Ações e Metas do Programa DST/HIV/AIDS 2012;

RESOLUÇÃO Nº 048/2012 - Comissão para elaboração de proposta de revisão do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde;

RESOLUÇÃO Nº 049/2012 - Prestação de contas do 1º quadrimestre de 2012 do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);

RESOLUÇÃO Nº 050/2012 - Prestação de contas do 2º quadrimestre de 2012 do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);

RESOLUÇÃO Nº 051/2012 - Prestação de contas da ONG Abrigo Animal referente aos meses de abril, maio, junho e julho de 2012;

RESOLUÇÃO Nº 052/2012 - Prestação de contas do 1º trimestre de 2011 do Hospital Municipal São José;

RESOLUÇÃO Nº 053/2012 - Prestação de contas do 2º trimestre de 2011 do Hospital Municipal São José;

RESOLUÇÃO Nº 054/2012 - Prestação de contas do 3º trimestre de 2011 do Hospital Municipal São José;

RESOLUÇÃO Nº 055/2012 - Prestação de contas do 4º trimestre de 2011 do Hospital Municipal São José;

RESOLUÇÃO Nº 056/2012 - Renovação do convênio nº 06 8/2007–SEPLAN-CV de cooperação mútua que celebram o município de Joinville, com a interveniência da Secretaria Municipal de Saúde, através do Fundo Municipal de Saúde e a APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Joinville;

RESOLUÇÃO Nº 057/2012 - Recomposição da Comissão de Assuntos Internos – CAI;

RESOLUÇÃO Nº 058/2012 - Normas para Solicitação, Autorização, Concessão e Prestação de Contas de Transporte, Passagens, Hospedagem e Adiantamento aos Conselheiros de Saúde;

RESOLUÇÃO Nº 059/2012 - Prestação de Contas da ONG Abrigo Animal Referente aos Meses de Agosto e Setembro de 2012;

RESOLUÇÃO Nº 060/2012 - Renovação do Convênio Nº 06 4/2007–SEPLAN-CV que Celebram Entre Si o Município de Joinville e a Rede Feminina de Combate ao Câncer através da Secretaria Municipal de Saúde;

RESOLUÇÃO Nº 061/2012 - Cronograma das Assembléias Gerais Ordinárias do Conselho Municipal de Saúde de 2013.

Sandra Helena Camilo Bado da Cruz
SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Araranguá, 397 – América – Joinville – SC
Contatos: (47) 3481-5181 – e-mail: cms.joinville@gmail.com

Apêndice 4

DEMONSTRATIVO DE GASTOS DE PROGRAMAS COM VERBAS ESPECÍFICAS

Obs.: Os rendimentos financeiros ficam dentro do bloco de financiamento podendo ser utilizados de acordo com a necessidade de cada projeto.

Incentivos credenciados em 2012, porém depositados em 2013 referentes ao mês de dezembro de 2012:

PROGRAMA	DATA DO DEPÓSITO	VALORES
o Incentivo Reabilitação Psicossocial	03/01/2013	R\$ 30.000,00
o Qualificação da Regulação do Acesso as Ações e Serviços de Saúde	03/01/2013	R\$ 112.842,89

DEMONSTRATIVO DE GASTOS DE PROGRAMAS COM VERBAS ESPECÍFICAS

1. Programa das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 91.959,13
2. total de entradas no ano	R\$ 40.153,00
3. total de despesas no ano	R\$ 16.777,35
4. saldo no final do ano	R\$ 115.334,78

2. Incentivo Destinado aos Leitos de Acolhimento por Usuários de Drogas

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 364.800,00
2. total de entradas no ano	R\$ 0,00
3. total de despesas no ano	R\$ 126.969,28
4. saldo no final do ano	R\$ 237.830,72

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

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 150.000,00
2. total de entradas no ano	R\$ 0,00
3. total de despesas no ano	R\$ 46.788,60
4. saldo no final do ano	R\$ 103.211,40

4. Complexo Regulador

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 56.534,65
2. total de entradas no ano	R\$ 35.064,35
3. total de despesas no ano	R\$ 56.955,76
4. saldo no final do ano	R\$ 34.643,24

5. Programa Financiamento da Assistência Farmacêutica no Pro Saúde

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 462.623,35
2. total de entradas no ano	R\$ 0,00
3. total de despesas no ano	R\$ 3.935,00
4. saldo no final do ano	R\$ 458.688,35

Esses recursos são aplicados no custeio de ações de promoção à saúde desenvolvidas pelos cursos de odontologia e farmácia participantes do Pró Saúde, no Jardim Paraíso. Previa-se a reforma do UBSF Jardim Paraíso I/II com a construção da Clínica Odontológica e conseqüente aumento da oferta das ações de saúde bucal. Os recursos desse programa seriam investidos

na obra e em equipamentos, bem como no custeio das ações. No ano de 2012 não foi realizada a referida obra, dessa forma não sendo realizada a despesa.

6. Programa Qualificação dos CAPS

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 0,00
2. total de entradas no ano	R\$ 4.000,00
3. total de despesas no ano	R\$ 0,00
4. saldo no final do ano	R\$ 4.000,00

7. ProgeSUS

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	(R\$ 4.261,34)
2. total de entradas no ano	R\$ 7.858,64
3. total de despesas no ano	R\$ 3.597,30
4. saldo no final do ano	R\$ 0,00

8. 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\$ 39.965,11
4. saldo no final do ano	R\$ 10.034,89

9. Custeio dos Centros de Atendimento Psicossocial CAPS III

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 21.371,47
2. total de entradas no ano	R\$ 0,00
3. total de despesas no ano	R\$ 3.945,00
4. saldo no final do ano	R\$ 17.426,47

10. Política de Promoção da Saúde

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 24.475,36
2. total de entradas no ano	R\$ 0,00
3. total de despesas no ano	R\$ 0,00
4. saldo no final do ano	R\$ 24.475,36

11. Participa SUS - Política em Gestão

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 72.222,46
2. total de entradas no ano	R\$ 0,00
3. total de despesas no ano	R\$ 6.810,00
4. saldo no final do ano	R\$ 65.412,46

12. Incentivo Financeiro aos Serviços Residências Terapêuticas

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

13. Programa Redução Danos CAPS AD

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 20.000,00
2. total de entradas no ano	R\$ 0,00
3. total de despesas no ano	R\$ 10.000,00
4. saldo no final do ano	R\$ 10.000,00

14. Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho Saúde Mental

BALANCETE:	VALORES
1. saldo no início do ano	R\$ 6.583,34
2. total de entradas no ano	R\$ 0,00
3. total de despesas no ano	R\$ 2.640,00
4. saldo no final do ano	R\$ 3.943,34

Apêndice 5

RELATÓRIO PROJETO VIOLÊNCIAS E ACIDENTES: UMA NOVA ABORDAGEM NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE.

1. INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 2012 iniciou-se o desenvolvimento das atividades programadas no Projeto Violências e Acidentes: uma nova abordagem no município de Joinville, aprovado pelo Ministério da Saúde através das Portarias nº 227 e 2.970 de 2011, que regulamentaram e aprovaram o incentivo no valor de setenta e cinco mil reais.

O projeto teve como objetivo geral “aprimorar ações para identificação, notificação e cuidado em relação às violências intencionais e não intencionais cujas ações foram desenvolvidas pelos técnicos do Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes, do Serviço de Vigilância Epidemiológica, da Gerência de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville”.

Durante o ano de 2012 foi desenvolvido um conjunto de ações para a implantação do controle das violências e dos acidentes de trânsito. Articulações com outros setores governamentais e não governamentais foram desenvolvidas na realização de um diagnóstico situacional preciso, que subsidiasse a elaboração de um Plano de Ação do Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes, muitas contempladas pelo Projeto financiado pelo governo federal.

Este relatório tem como propósito apresentar o conjunto de ações programadas segundo o Plano de trabalho apresentado no Projeto sobre Violências e Acidentes: uma nova abordagem no município de Joinville.

2. AÇÕES PROGRAMADAS NO PROJETO

Objetivo 1:

- Organizar os treinamentos por meio de definição da clientela, definição cronograma de trabalho, conteúdo programático, preparação de materiais didáticos, seleção de instrutores.

Objetivo 2:

- Conhecer os trabalhos em violência desenvolvidos pelos governos de Campinas\SP e a criação de observatório de trânsito pelo governo de Curitiba\PR;

- Garantir a participação do NPVA- Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes na Comissão Municipal de Humanização do Trânsito.

Objetivo 3:

- Elaborar protocolo de violência doméstica.
- Discutir com parceiros as ações e estratégias para atendimento das vítimas de violência doméstica na rede pública.
- Traçar o perfil epidemiológico (demográfico e de saúde) das vítimas de violência doméstica e de homicídios.
- Organizar um Seminário Municipal sobre violência doméstica.

Objetivo 4

- Processar e consolidar os dados de fontes secundárias específicas que produzem dados relacionados aos acidentes de transporte e violências.
- Realizar análise da tendência e de situações a partir da integração das informações advindas das diferentes fontes de dados.
- Promover a divulgação regular sobre as tendências de morbimortalidade por acidentes de trânsito.
- Disponibilizar informações às gerências da Secretaria Municipal da Saúde para subsidiar ações de planejamento, monitoramento e avaliação na adoção de medidas pertinentes para a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e violências.
- Divulgar as informações sobre acidentes de trânsito e violências aos diversos segmentos do setor saúde, outros setores governamentais, entidades civis e Comissão Municipal de Humanização do Trânsito.

3. AÇÕES REALIZADAS

O Serviço de Vigilância Epidemiológica decidiu encabeçar a discussão sobre a necessidade da implantação do Controle das Violências Doméstica, Sexual e outras violências com a participação da coordenação em uma das reuniões da Comissão Aconchegar. Na oportunidade foram identificadas as instituições que prestam assistência às vítimas de violência doméstica, com enfoque na mulher e crianças: Secretaria de Assistência Social – PAEFI, Centro de Atendimento as Vítimas de Crimes, Centro de Referência de Assistência Social, Casa Abrigo Viva Rosa.

Foi então marcada uma primeira reunião com representantes da Gerência de Atenção Básica, porta de entrada do sistema municipal de Saúde, Gerência de Unidades de Referência, da qual fazem parte os três Prontos atendimentos do Município e a Coordenação do Programa de Saúde Mental. Na oportunidade foi apresentado um diagnóstico sobre a situação das violências no município, que apresentava uma expressiva subnotificação de casos.

Paralelamente foi agendada uma reunião com a Secretaria de Assistência Social/ Programa de Atendimento Especializado de Famílias e Indivíduos (PAEFI), para apresentar proposta de um trabalho integrado entre saúde e assistência social no controle das violências do município. Desdobramentos ocorreram a partir desta reunião com a realização de outros encontros: Coordenadores do PAEFIs, Casa dos Conselhos, Conselho Tutelar. A proposta era o desenvolvimento de um Plano Integrado de Controle das Violências Domésticas, Sexual e outras violências, a ser operacionalizado por toda a rede de saúde e assistência social.

Em relação à elaboração do Protocolo de Manejo das Violências, foi discutida com as demais instituições e entidades que prestam algum tipo de assistência, e as

gerências da Secretaria Municipal de Saúde sobre a necessidade de sua elaboração, com a definição das competências de cada serviço e do fluxograma de atendimento no município. O protocolo encontra-se em fase de elaboração a partir do levantamento das referências sobre o tema.

Outras atividades referentes à implantação do controle de violências foram desenvolvidas, a saber:

- a) Realização no mês de julho, na Câmara de Vereadores, do Seminário Municipal sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (todas as modalidades de violências) com a especialista Luci Pfeiffer, aberto aos profissionais da área de saúde, assistência social e educação.
- b) Elaboração da análise de homicídios a partir do Sistema de Informação de Mortalidade;
- c) Análise de morbidade das violências, dos casos de violências domésticas, sexual e outras violências investigados por duas unidades hospitalares nos anos de 2010 e 2011 no município de Joinville.

Nos dias 02 e 03 de agosto de 2012, duas técnicas do Núcleo de Prevenção de Violência e Acidentes foram a Campinas-SP conhecer o Programa Iluminar Campinas - Rede Integrada Intersectorial, para atendimento das vítimas de violências, principalmente a sexual. Visitaram o Centro de Atendimento Integral a Saúde da Mulher-CAISM, instalado no Hospital de Referência de Saúde da Mulher da UNICAMP, a Unidade de Emergência Pediátrica e a Organização Não Governamental - TABA que desenvolve um trabalho para inclusão social de adolescentes agressores - Grupo de Vivência e Convivência de Adolescentes, a partir do desenvolvimento de cursos de formação profissional. No mesmo dia visitou-se o Centro de Referência e Apoio à Mulher, da Secretaria de Assistência Social que oferece apoio psicossocial e jurídico, individual e coletivo, para as mulheres que sofrem violência doméstica. No dia seguinte as técnicas foram recebidas na Vigilância em Saúde, onde está instalado o Núcleo de Prevenção de Violências, que articula várias instituições que desenvolvem ações às violências e acidentes, bem como é responsável pela coleta, processamento e análise dos dados de violências e acidentes do município.

Durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2012 foram realizados dezesseis encontros com profissionais de nível superior da Atenção Básica para discutir a implantação do controle da violência doméstica, sexual e outras violências na rede de atenção pública de saúde do município, com participação de médicos, enfermeiros, psicólogos, num total de 170 técnicos. O mesmo tema também foi abordado junto aos agentes comunitários de saúde, na realização de cinco treinamentos para o aprimoramento do “olhar” (identificação) de casos de violência intrafamiliar e doméstica bem como a sua forma de abordagem para Agentes de Saúde Públicas e Agentes Comunitários de Saúde, com a participação de 50 e 350 profissionais, respectivamente.

No que diz respeito a controle dos acidentes de trânsito em Joinville durante o ano de 2012, de acordo com as ações programadas no projeto, foram realizadas:

- a) participação de uma técnica do NPVA nas reuniões da Comissão Municipal.

b) Planejamento e realização da Semana do Trânsito com desenvolvimento de ações de Prevenção de acidentes, que contou com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde, na realização de peças de teatro sobre o tema.

c) Reunião com representantes do Corpo de Bombeiros de Joinville, Coordenador Municipal do SAMU, representante do Instituto de Trânsito e Transporte de Joinville – ITTRAN, para discutir a implantação de um formulário único de controle dos acidentes de trânsito. Apenas o Corpo de Bombeiros possui um excelente sistema informatizado dos acidentes que ocorrem no município. O SAMU apenas preenche o formulário

Em decorrência da não disponibilidade dos dados referentes à morbimortalidade de acidentes de trânsito no setor saúde, não foi possível em tempo hábil processar o banco de dados do Corpo de Bombeiros para realizado deste perfil epidemiológico. Esta ação deverá ser realizada no primeiro trimestre de 2013.

No mês de outubro, três técnicas do Núcleo e a Coordenadora de Vigilância Epidemiológica foram à Curitiba conhecer o Projeto Vida no Trânsito, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde com financiamento do Ministério da Saúde. Na oportunidade visitou-se o DETRAN/PR, um dos executores do Projeto.

4. RESULTADOS ALCANÇADOS

a) Treinamento de 170 técnicos no preenchimento da ficha de Notificação/Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências na Atenção Básica e Pronto Atendimento 24 horas.

b) Treinamento de 400 Agentes de Saúde Pública e Agentes Comunitários de Saúde no aprimoramento do “olhar” (identificação) de casos de violência intrafamiliar e doméstica, bem como a sua forma de abordagem.

c) Extensão a outros três hospitais (01 privado e 02 públicos) do município para a investigação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

d) Investigação epidemiológica de 216 casos residentes de Joinville.

e) Desenvolvimento de campanha junto às universidades e faculdades do município para criação da logomarca sobre prevenção de acidentes no trânsito.

f) Aproximação da Unidade Sanitária para a discussão e atendimento dos casos de violência sexual de crianças e adolescentes.

Débora Galle Moraes
Rosana Aparecida Barbosa

Monica Volrath
Sonia João Antunes

Tadiana Alves Moreira
Coordenadora da Vigilância Epidemiológica

Rosilei Teresinha Weiss Baade
Gerente da Unidade de Vigilância em
Saúde

Gerência das Unidades de Vigilância em Saúde
Coordenação de Vigilância Epidemiológica

Apêndice 6

RELATÓRIO DO PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA AMPLIADA DA INFLUENZA DE JOINVILLE – SC

O plano constitui-se de diferentes estratégias para ampliar as ações de vigilância da influenza focando a síndrome respiratória aguda grave e síndrome gripal.

A Vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave foi pactuada com os seguintes hospitais: Centro Hospitalar Unimed - CHU (UTI adulto e infantil privado), Hospital Regional Hans Dieter Schmidt – HRHDS (UTI adulto pública) e Hospital Infantil Jesser Amarante Faria – HIJAF (UTI infantil pública) e os locais de atendimento da síndrome gripal os três pronto-atendimentos municipais (PA Sul, PA Norte e PA Leste), em reunião no final de 2011.

- Em janeiro de 2012 foi encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde o Plano de Ação da Vigilância Ampliada da Influenza de Joinville, com aprovação municipal e pela Deliberação da CIB 006/12, de 10/01/2012.

- No dia 01/03/2012 houve a primeira reunião entre a DIVE, LACEN, representantes da Secretaria Municipal de Joinville e de Florianópolis para a implantação da vigilância ampliada da Influenza.

- Nos dias de 19 e 20 junho de 2012 houve a participação de técnicos do município (Coordenadora da Vigilância Epidemiológica e Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde) na Oficina Nacional sobre a Vigilância Ampliada da Influenza em Brasília.

- Em agosto de 2012 foram disponibilizadas vagas no EAD Influenza para o município de Joinville, onde foram indicados profissionais dos hospitais incluídos na vigilância da SRAG e profissionais da Vigilância Epidemiológica – VE, não dos Pronto Atendimentos, em virtude da ausência de laboratório para realizar a leitura do material referente à Síndrome Gripal.

I OBJETIVO

- Ampliar as ações de vigilância da Influenza no município de Joinville, no cumprimento da Portaria nº 2696/2011, publicada em 17 de novembro de 2011.

II VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Metas

- Notificar e investigar 80% dos casos de SRAG das UTI selecionadas, com o devido envio das amostras coletadas de sorologia para imunofluorescência e PCR ao LACEN;
- Realizar informe semanal do número de internações por CID-10 J09 a J18 nas UTI dos serviços selecionados com regularidade mínima de 90% das semanas epidemiológicas do ano;
- Informar, de maneira agregada e semanalmente, as internações por CID J09 a J18 no módulo específico do SIVEP Gripe em, pelo menos, 90% das semanas epidemiológicas por meio da alimentação do sistema informatizado de planilha semanal de internações em UTI.

Resultados:

- Notificação de 115 casos suspeitos no ano, sendo 21 casos confirmados, 93 descartados, 01 em andamento e 02 óbitos (confirmados). Foram investigados todos os casos notificados, inclusive os de outras instituições e realizado encaminhamento das amostras ao LACEN – Florianópolis.
- Obtivemos as informações dos hospitais pactuados, mas as mesmas são formadas dentro do modelo de planilha repassado pelo estado, sendo que não dispomos de módulo do SIVEP Gripe para digitação, o que dificulta o acesso à informação em tempo hábil para divulgação semanal.
- Anexo 1 refere-se às informações de internações do CID-10 J09 a J18, das instituições hospitalares pactuadas – CHU, HRHDS e HIJAF.

Ações:

- Treinar técnicos de enfermagem na coleta de SWAB nasal.
- Organizar o fluxograma dos materiais coletados à SVE para preparação e seu envio ao LACEN.
- Discutir com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Laboratório Central de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde a realização e o fluxo de exames Imunofluorescência e PCR em tempo real nas unidades hospitalares.

Resultados:

A equipe da Vigilância Epidemiológica foi ampliada e está capacitada para investigação e coleta de swab nasal, bem como as equipes das unidades hospitalares pactuadas. O fluxo de encaminhamento de amostras e efetivação do mesmo está ocorrendo normalmente.

III VIGILÂNCIA DE SÍNDROME GRIPAL (SG)

Metas

- Coletar 5 amostras de SWAB/semana em todas as semanas epidemiológica do ano (treinar equipe para a coleta do SWAB).
- Atingir 80% de notificações e coleta de material/semana/semana epidemiológica
- Alimentar o SIVEP/Gripe semanalmente. (Implantar o SIVEP Gripe nos PA).

Ações

- Informar proporção de SG sobre o total de atendimentos realizados nas unidades sentinelas;
- Coletar 5 (cinco) amostras entre pacientes com SG a cada semana epidemiológica;
- Treinar técnicos dos PA na alimentação do SIVEP e transferência semanal do banco de dados.
- Implantar nos três PA o SIVEP Gripe
- Alimentar semanalmente o SIVEP- Gripe;

Resultados:

- As metas e ações da Vigilância da Síndrome Gripal não puderam ser efetivadas, pois o LACEN justifica que não tem capacidade técnica para aumentar o número de leituras de Imunofluorescência em Florianópolis e o Laboratório Municipal de Joinville não desenvolve esta técnica, não possuindo escala que justifique a implantação de uma metodologia nova para leitura de apenas 15 amostras semanais. Como não é possível à realização da compra desta técnica por serviços de terceiros (não os realizam e o mesmo não é aceito como

comprobatório dentro das normas do MS), não temos para onde enviá-los. Em anexo cópia de diversos e-mails e documentos enviados à DIVE e a SES, na tentativa de resolver a situação.

- As ações relacionadas à vigilância da síndrome gripal somente poderão ser efetivadas após a definição e garantia da leitura dos exames.

ORÇAMENTO

O município recebeu R\$ 170.000,00 para a Vigilância Ampliada da Influenza e este recurso encontra-se na conta da Vigilância em Saúde – 11.492-8.

Gerência da Unidade de Vigilância em Saúde