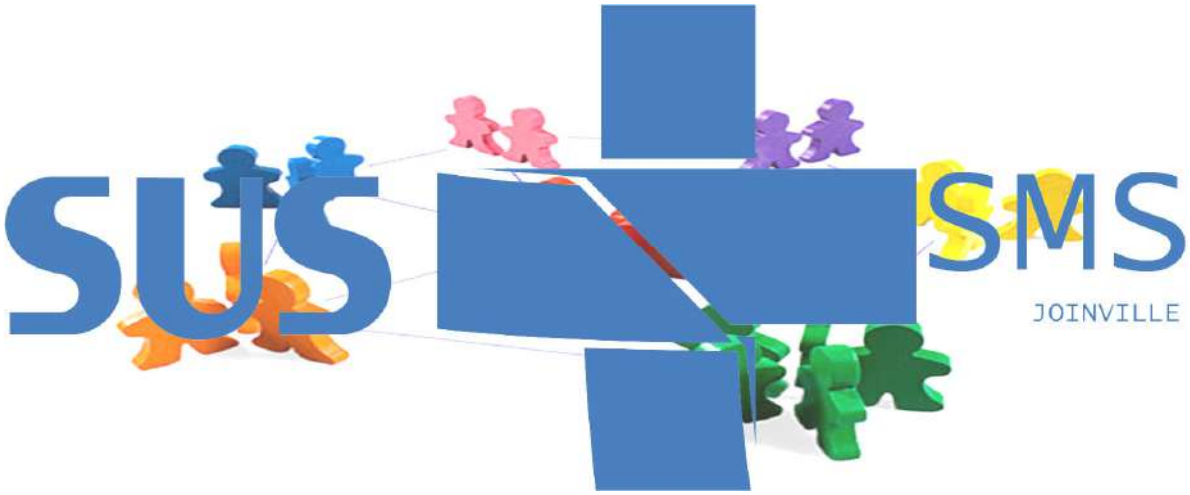
Prefeitura Municipal de Joinville

Secretaria Municipal da Saúde

Sistema Único de Saúde



RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2013

GOVERNO MUNICIPAL DE JOINVILLE

Udo Döhler

Prefeito de Joinville

GESTORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE EM 2013

Larissa Grun Brandão Nascimento

Secretária Municipal da Saúde (interina)

Larissa Grun Brandão Nascimento

Diretora Executiva

Jeane Regina Vanzuitein Vieira

Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde

Jusmara do Rocio Maciel da Hora

Gerente da Unidade de Serviços de Referência

Paulo Manoel de Souza

Gerente da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria

Rosana Emília Greipel

Gerente da Unidade Administrativa e Financeira

Larissa Grun Brandão Nascimento

Respondendo pela 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 2013, participaram da gestão:

Dr. Armando Dias Pereira Junior – Secretário de Saúde até março/2014

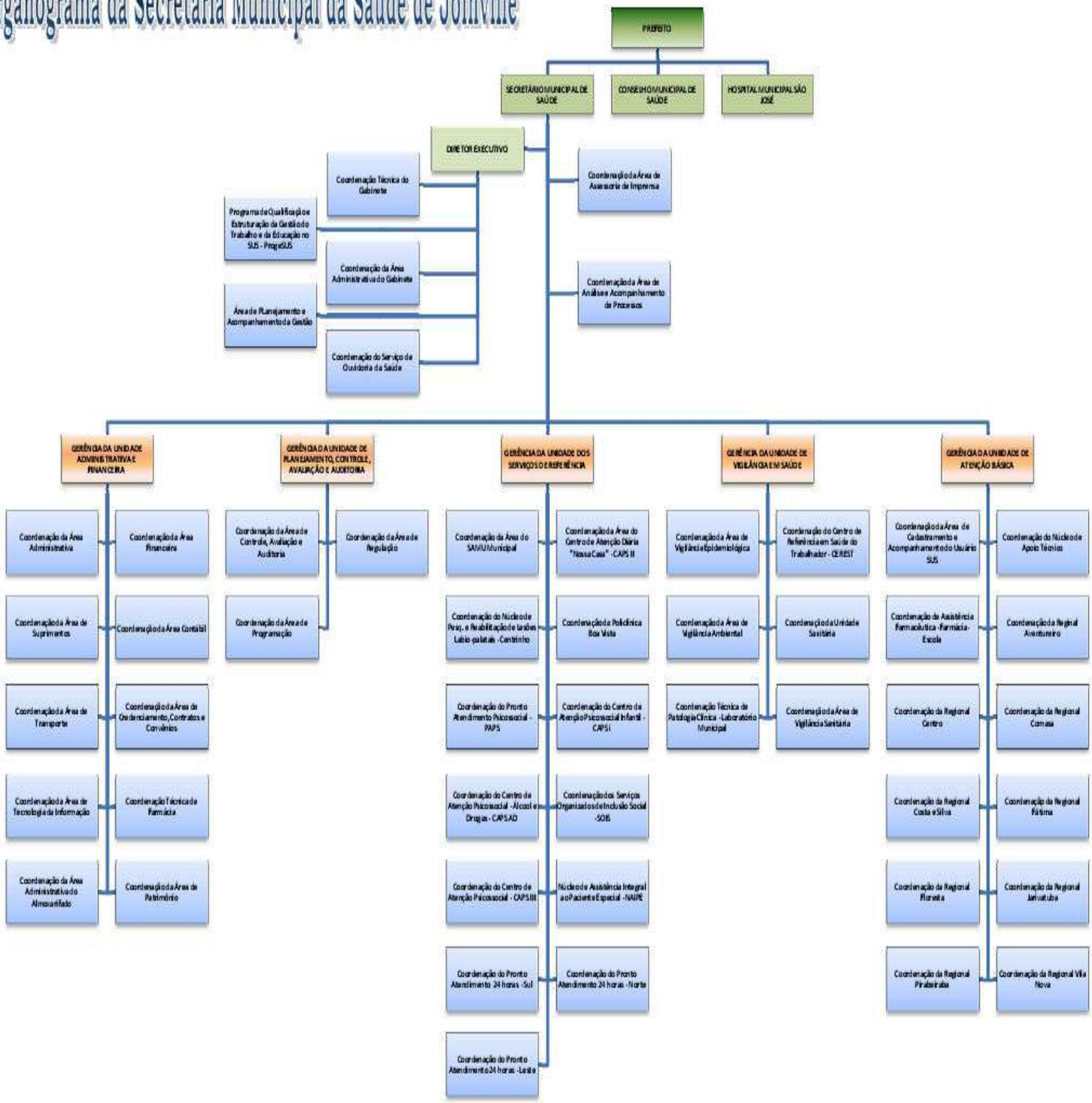
*S*ra. Marlene Bonow Oliveira - Diretora Executiva até setembro/2013

Dr. Eduardo Hudson Amaral – Gerente da Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação e Auditoria – até setembro/2013

Sr. Hamilton Augusto do Nascimento - Gerente da Unidade Administrativa e Financeira – até outubro/2013

Sra. Tânia Bettina Monich Jorge - Gerente da Unidade de Atenção Básica até março/14

Organograma da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville

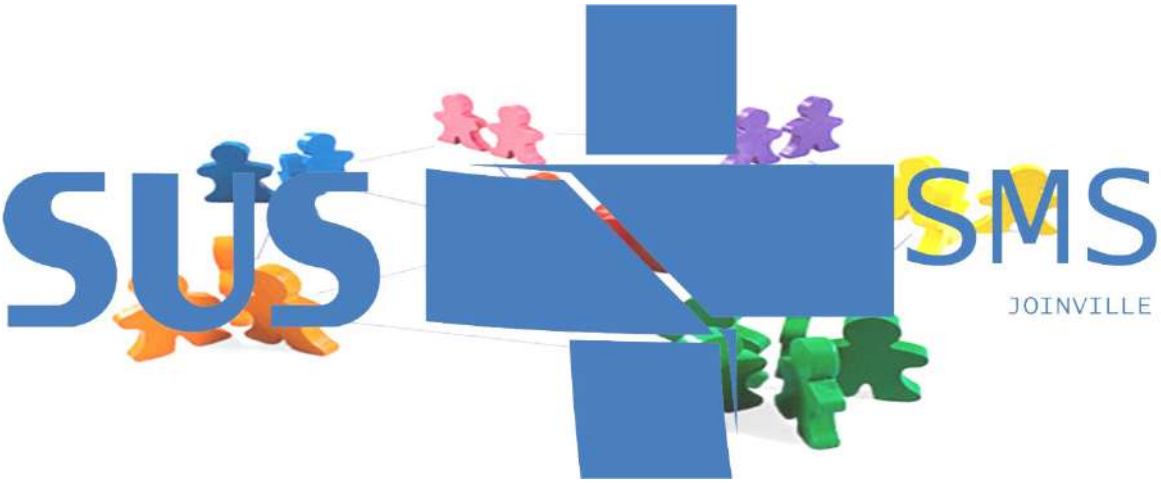


Gerências e Coordenações em 2013

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Secretária da Saúde (Interina)	**Larissa Grun Brandão Nascimento**
Diretora Executiva	**Larissa Grun Brandão Nascimento**
Coordenador Administrativo do Gabinete	Marilea Verch
Coordenador Técnico e de Ação Institucional	Mario José Bruckheimer
Coordenação de Análise e Acompanhamento de Processos	Sahmara Liz Botemberger
Coordenação do Conselho Municipal da Saúde	Sandra Helena Camilo B. da Cruz
Coordenação PROGESUS	Patricia Luzia Johann Teochi
Coordenação de Assessoria de Imprensa	Extinto
Coordenação de Ouvidoria da Saúde	Extinto
Gerência da Unidade de Atenção Básica	**Tânia Bettina Monich Jorge**
Coordenação de Assistência Farmacêutica	Fabiane Rocha e Silva
Coordenador do Núcleo de Apoio Técnico	Vivian Ellen Tacito Gouvea
Coordenador do Cadastramento e Acompanhamento do Usuário	Marcia da Rosa
Coordenação Regional Aventureiro	Michele de Souza Andrade
Coordenação Regional Centro	Flavia Wanda da Silva Marchi
Coordenação Regional Comasa	Leila Cristine Moraes Mautone
Coordenação Regional Costa e Silva	Cleonice B. Correa Siccardi
Coordenação Regional Fátima	Leila Narloch Graudin
Coordenação Regional Floresta	Regina Lande de Medeiros Sá
Coordenação Regional Jarivatuba	Fabiane Regina de Souza
Coordenação Regional Pirabeiraba	Luci Léia Honorato de Carvalho
Coordenação Regional Vila Nova	Chana Gresiele Beninca
Coordenação Ambulatório Leonardo Schilickmann (Iririú)	Patricia Frazão Sheffer de Mello
Coordenação Ambulatório Pam Bucarein	Deborah Henriques Conte Lofredo
Coordenação Ambulatório Comasa	Cristina Kortmann
Coordenação Ambulatório Costa e Silva	Sayonara Salete Zucchetti
Coordenação Ambulatório Fátima	Daiane Gambeta Fuchter
Coordenação Ambulatório Itaum	Viviane Karina Korovsky
Coordenação Ambulatório Petrópolis	Lisandra de Almeida Nunes
Coordenação Ambulatório Vila Nova	Marilda Maestri
Gerência da Unidade de Vigilância à Saúde	**Jeane Regina Vanzuiten Vieira**
Serv. de Verificação de Óbitos - SVO	Aline Costa da Silva
Coordenação da Vigilância Epidemiológica	Aline Costa da Silva
Coordenação Técnica de Patologia Clínica – Laboratório Munic.	Eliane Gropp
Coordenação do Centro Referência Saúde do Trabalhador	Lindacir Maires Baggio
Coordenação da Vigilância Sanitária	Edilaine Costa da Silva
Coordenação da Área de Vigilância Ambiental	Thaisa Lehner Kulevicz
Coordenação da Unidade Sanitária	Roseli Barbosa Rosa
Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	**Paulo Manoel de Souza**
Coordenação de Programação	Angela Schier
Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria	Maria Marlete Reinert Brittes
Coordenação de Regulação	Edna Campigoto
Gerência da Unidade de Serviços de Referência	**Jusmara do Rócio Maciel da Hora**
Coordenação do SAMU Municipal	Camila Silva Schwantes
Coordenação de Pronto Atendimento 24 horas	Álvaro César Ricardo Jr.
Coordenação Pronto Atendimento Psico-Social PAPS	Sandra Lucia Vitorino
Coordenação CAPS I	Katia Pessin
Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD)	Nasser Haidar Barbosa
Coordenação CAPS III	Ana Lúcia Alves Urbanski
Coordenação do NAIPE	Cinthia Friedrich
Coordenação Centrinho	Jacirema Campos Bentes
Coordenação Policlínica Boa Vista	Dagmar Asta Bohn Nunes
CAPS II CAD	Shirlei Vicente dos Santos
Coordenação Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS)	Anelise Dallagnolo

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Coordenação Especialidade Médica – PAs	Adriano Eduardo Rosa Cassiano Gonçalves Ucker Marcelo da Rosa Prates
Coordenação Especialidade Odontológica – PAs	André Ramos da Costa Moreira
Serv. Integrado de Assist. Ventilatória e Oxigenoterapia-SIAVO	Márcia R.S. Schvambachi
Gerência da Unidade Administrativa e Financeira	**Rosana Emília Greipel**
Coordenação de Transportes	Helcio Jose Costa
Coordenação de Patrimônio	Marlene Borderes Buzzi
Coordenação da Área Contábil	Yvena S. Ribeiro da Silva
Coordenação Administrativo	Eduardo Antônio Mendes
Coordenação do Almoxarifado	Maria Inês Maximino Cardozo
Coordenação da Área Financeira	Josiane Pereira Machado
Coordenação da Área de Suprimentos	Silvia Cristina Bello
Coordenação de Tecnologia de informação	Denis Albino de Oliveira
Coordenação de Credenciamento, Contratos e Convênios	Alinore Riba Ziemer
Coordenação Centro de Abastecimento Farmacêutico – CAF	Janaína Pravato Vicente

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS: Dezembro 2013



Larissa Grun Brandão Nascimento
Diretora Executiva

Mario José Bruckheimer
Chefe de Gabinete

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
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.
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 Domicilio
UADQ - Unidade de Atendimento em Dependência Química
UAB – Unidade de Atenção Básica
UAF – Unidade Administrativo-Financeira
UPCAA - Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação e Auditoria
UNIVILLE - Universidade da Região de Joinville
USR - Unidade de Serviços de Referência
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UVS - Unidade de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

Apresentação	11
1. Introdução	12
2. População	13
3. Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde	13
3.1 Profissionais de Saúde	14
4. O Sistema Único de Saúde em Joinville	15
4.1. Atenção Básica	15
4.2. Atenção Especializada	17
4.3. Serviços de Emergência, Pronto Atendimento e Hospitalares	17
4.4. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	18
5. Programação Anual	19
5.1. Notas Técnicas	19
Eixo 1 – Condições de Saúde da População	21
Área Estratégica – Saúde do Idoso	21
Área Estratégica – Saúde do Adulto	22
Área Estratégica – Saúde da Mulher	25
Área Estratégica – Saúde do Jovem	29
Área Estratégica – Saúde da Criança	29
Área Estratégica – Vigilância em Saúde e Controle de Endemias	35
Área Estratégica – Saúde Bucal	51
Área Estratégica – Grupos Vulneráveis	56
Eixo 2 – Determinantes e Condicionantes da Saúde	59
Eixo 3 – Gestão em Saúde	64
Estratégia Fortalecer a Atenção Básica	64
Estratégia Qualificar a Gestão do Trabalho	75
Estratégia Informatizar a Rede Assistencial	78
Estratégia Organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência	79
Estratégia Descentralização e Integração da Vigilância em Saúde	82
Estratégia Fortalecer a Gestão Pública em Saúde	83
6. Serviço de Ouvidoria do SUS	90
7. Obras	91
8. Orçamento	92
8.1. Receitas Orçamentárias	93
8.2. Despesas Orçamentárias	94
8.3. Assistência Ambulatorial, Hospitalar, Outros Serviços e Encargos	94
8.4. Situação Financeira	94
9. Comentários Finais	95
10. Apêndices	96
Apêndice 1 - População Residente por Unidade de Saúde	97
Apêndice 2 - Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil	99
Apêndice 3 - Análise do Plano Municipal de Saúde 2010-2013	110
Apêndice 4 - Demonstrativo de Gastos de Programas - Verbas Específicas	120
Apêndice 5 - Demonstrativo de Gastos de Convênios	123
Apêndice 6 - Resoluções do Conselho Municipal de Saúde	131
Apêndice 7 - Termo de Ajuste de Conduta – Sistema Penitenciário	133
Apêndice 8 - Aprovação do Relatório Anual de Gestão	136

Apresentação

A Secretaria Municipal da Saúde de Joinville apresenta o Relatório Anual de Gestão (RAG) - exercício de 2013, referente ao último ano de execução do Plano Municipal de Saúde de Joinville 2010-2013, encerrando assim um período do qual participaram duas gestões e três secretários municipais de saúde. Vale lembrar que o Plano foi construído de forma democrática, com ampla participação de profissionais que atuam no SUS e a sociedade civil organizada representada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Atendendo aos preceitos legais do SUS, o RAG apresenta a descrição da rede assistencial municipal que atende os pacientes do SUS e um conjunto de indicadores com metas e ações pactuadas cujos resultados estão aqui analisados, com o intuito de mostrar os aspectos que avançaram e se consolidaram no período, bem como os que ainda representam desafios para a gestão municipal.

Vale lembrar que os municípios, enquanto principais executores da política de saúde brasileira, assumem a responsabilidade de dar respostas às necessidades de saúde identificadas em sua população e que esta tarefa torna-se bastante complexa na medida em que a saúde e a atenção à saúde se inserem em um contexto no qual interagem a administração pública com aspectos políticos, sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que caracterizam os cidadãos, influindo na ocorrência de problemas de saúde e, consequentemente, nos resultados alcançados, seja em termos epidemiológicos, seja em termos dos avanços na política de saúde do SUS.

Daí, a importância dos atores do SUS se debruçarem sobre o RAG 2013, apreciando-o e refletindo sobre suas possíveis contribuições para o próximo ano que se inicia e que inaugura um novo ciclo com o próximo Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

Equipe de Planejamento

1. Introdução

O RAG 2013, o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual são instrumentos de gestão do SUS regulamentados por leis e decretos que buscam aperfeiçoar o cumprimento dos preceitos do SUS pelos diversos entes federativos e, dessa forma consolidar esta política social. Em junho de 2012, foi publicada a Lei Complementar 141, com o objetivo principal de definir os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. Assim, a partir de 2013, as prestações de contas dos gestores passaram a ser quadrimestrais e as informações sobre os gastos com saúde passaram a ser enviadas bimestralmente pelos municípios e estados ao Ministério da Saúde e publicadas pelo SIOPS, permitindo um acompanhamento mais próximo por parte da sociedade. Estas mudanças estão presentes no RAG 2013.

O presente relatório segue a forma definida nos anos anteriores, com a classificação dos indicadores 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. A Programação Anual de Saúde de 2013 da Secretaria Municipal da Saúde compreendeu 105 indicadores do Plano Municipal de Saúde, propostos pela própria Secretaria que permitiram às diversas gerências monitorar e avaliar o desempenho da gestão. Além disso, foi incluída uma análise do período de quatro anos (2010 a 2013) para diversos indicadores e estratégias. Lembramos que a população utilizada no cômputo dos indicadores é a do ano anterior, ou seja, de 2012 segundo o IBGE.

Sabemos que as dificuldades crônicas nas estatísticas de saúde em nosso país constituem grande dificuldade para os que pretendem monitorar, avaliar e reformular o trabalho num processo constante de aperfeiçoamento, assim agradecemos a todos os profissionais cujo esforço permitiu a elaboração do presente relatório.

Equipe de Planejamento

2. População

Segundo o IBGE a população do município em 2012 era de 526.338 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, 2012

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total	%
Menor 1 ano	3915	3664	7579	1,44%
1 a 4 anos	14125	13319	27444	5,21%
5 a 9 anos	18371	17637	36008	6,84%
10 a 14 anos	21892	21220	43112	8,19%
15 a 19 anos	23234	22409	45643	8,67%
20 a 29 anos	50821	48532	99353	18,88%
30 a 39 anos	43988	44231	88219	16,76%
40 a 49 anos	38172	39750	77922	14,80%
50 a 59 anos	26646	28034	54680	10,39%
60 a 69 anos	12672	14670	27342	5,19%
70 a 79 anos	5556	7876	13432	2,55%
80 anos e mais	1846	3758	5604	1,06%
Total	261238	265100	526338	100,00%

FONTE: IBGE - população 2012, utilizada como referência para o ano de 2013. Acesso em dezembro /2013.

3. Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde

O alto escalão da gestão municipal da saúde, Secretário da Saúde, Diretora Executiva e cinco gerentes, comandam as seguintes unidades gerenciais:

- Gabinete – compreende 5 áreas de coordenação (Administrativa, Análise e Acompanhamento de Processos, PROGESUS, Planejamento e Assessoria de Imprensa) e a Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde.
- Gerência de Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria (GUPCAA) com 4 áreas (Controle/Avaliação/Auditoria, Regulação, Programação e Ouvidoria)
- Gerência de Unidade de Serviços de Referência (GUSR) com 14 serviços que oferecem tratamentos especializados em diferentes áreas: Pronto Acolhimento Psicossocial (PAPS), Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD), Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS), Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial (NAIPE), Núcleo de Pesquisa e reabilitação de lesões Lábio Palatais (Centrinho), Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia

(SIAVO), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), Pronto Atendimento 24hs Sul, Norte e Leste, Policlínica Boa Vista e Residência Terapêutica I.

- Gerência de Unidade de Atenção Básica (GUAB) gerencia 9 Regionais de Saúde e possui 3 áreas de coordenação: Núcleo de Apoio Técnico (NAT), Assistência Farmacêutica e Cadastramento e Acompanhamento do Usuário SUS.
- Gerência de Unidade Administrativa Financeira (GUAF) engloba 10 áreas de coordenação: Credenciamentos/Contratos/Convênios, Suprimentos, Contabilidade, Financeira, Patrimônio, Transportes, Administrativa, Almoxarifado, Tecnologia da Informação e Farmácia.
- Gerência de Unidade de Vigilância em Saúde (GUVS) compreende 6 áreas: Vigilância Epidemiológica/Imunização/SVO/Prevenção de Violência e Acidentes, Unidade Sanitária, Vigilância Sanitária e Ambiental/Inspeção Veterinária, Vigilância Ambiental/CCZ, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Patologia Clínica.

3.1 Profissionais de Saúde

Atualmente há 2.939 profissionais de saúde alocados na Secretaria Municipal da Saúde, sendo o maior contingente na Rede Básica (54,96%). 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, 2013

Unidade	Número de profissionais	%
Gabinete da Secretaria da Saúde	49	1,67
Unidade de Atenção Básica	1615	54,96
Unidade de Vigilância em Saúde	304	10,34
Unidade de Planejamento/Controle/Avaliação/Auditoria	70	2,38
Unidade de Serviços de Referência	796	27,08
Unidade Administrativa e Financeira	105	3,57
TOTAL	**2939**	**100,0**

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – 18 dezembro 2013

Tabela - Distribuição das categorias profissionais da SMS Joinville, 2013 (n=2942)

Profissionais	Total	Profissionais	Total
Administrador	01	Enfermeiro	210
Agente Administrativo I Contínuo	01	Engenheiro	03
Agente Administrativo	178	Estagiário Nível Médio	-
Agente Comunitário de Saúde	523	Estagiário Nível Superior	07
Agente de Combate a Dengue	53	Farmacêutico	47
Agente de Consultório Dentário	83	Fiscal	31
Agente de Laboratório	21	Fisioterapeuta	09
Agente de Saúde II – Auxiliar Enfermagem	210	Fonoaudiólogo	17
Agente de Saúde Pública	326	Gerente de Unidade	5
Agente de Serviços Gerais	09	Médico	434
Agente Operacional I - Servente	17	Médico Veterinário	06
Almoxarife	01	Motorista	60
Analista Administrativo	02	Nutricionista	09
Analista de Tec. Informação	-	Odontólogo	160
Arquiteto	01	Pedagogo	06
Assistente Administrativo	35	Pedreiro	-
Assistente Social	20	Programador	01
Contador	02	Psicólogo	51
Coordenador I	05	Secretário de Saúde	01
Coordenador II	02	Técnico	350
Diretor Executivo	01	Telefonista	05
Economista	01	Terapeuta Ocupacional	38

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – dados fornecidos em 18 dezembro 2013

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 quanto à complexidade, que prestam assistência à população ali residente **(Apêndice 1).**

4.1. Atenção Básica

A Rede básica municipal é constituída por 53 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

Regionais de Saúde	Tipos de UBS			Total de UBS
	Convencional	EACS	ESF	
Aventureiro	02	02	04	08
Centro	01	01	04	06
Comasa	02	01	04	07
Costa e Silva	-	02	06	08
Fátima	-	04	-	04
Floresta	01	-	06	07
Jarivatuba	01 (mista)	-	04	05
Pirabeiraba	-	01	03	04
Vila Nova	-	02	02	04
TOTAL	07	13	33	53

FONTE: Cadastramento e Acompanhamento do usuário SUS/ GUAB/SMS – janeiro 2014.

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

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

Tipo de UBS	População	% de Cobertura
Convencional (Rede)	121.823	23,15%
EACS	205.292	39,00%
ESF	199.223	37,85%
Total	526.338	100,00%

FONTE: Cadastramento e Acompanhamento do usuário SUS/ GUAB - dezembro 2013

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 – a partir de fevereiro de 2013, as unidades de Saúde da Família passaram a cumprir 40 horas semanais, de 8:00 às 12:00 horas e 13:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta feira.

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 5 nutricionistas nas seguintes unidades sedes de Regionais: Costa e Silva, Centro, Jarivatuba, Vila Nova / Pirabeiraba, Floresta e Comasa. No Aventureiro há estágio de nutrição.

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 PA Leste transformou-se em UPA Leste em outubro/2013.

O Serviço de Atendimento Médico às Urgências (SAMU) atende mediante chamado pelo fone 192, via Central de Regulação que é um serviço do Estado de Santa Catarina. Atualmente existem 4 ambulâncias que ficam estacionadas em uma Central de Ambulâncias na Rua Max Colin e que atendem as demandas do município.

Além dos PAs, 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, 2013

Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos não SUS	Total
HRHDS	271	0	271
HMSJ	245	0	245
MDV	138	0	138
HJAF	166	--	166
Hospital Bethesda	32	--	32
CH Unimed	-	159	159
Hospital Dia de Olhos Sadalla	--	4	4
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 37% do total de exames realizados no SUS. Os demais são realizados em laboratórios privados contratados e hospitais no atendimento de Emergência. Além disso, há 9 postos de coleta de exames laboratoriais descentralizados nas seguintes unidades de saúde: UBSF Aventureiro II, Policlínica do Bucarein, Unidade Sanitária, UBS sede Comasa, UBS Edla Jordan, UBS sede Fátima, UBS sede Floresta, UBSF Jardim Paraíso I/II, UBS sede Jarivatuba.

5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

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

A Programação Anual 2013 compreendeu 105 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 (2012), com o total de 526.338 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 2013, o número de unidades básicas de saúde passou de 55 para 53, devido à unificação das unidades Roraima e CAIC e devido à mudança temporária da unidade Estevão de Matos para a unidade Jardim Edilene. Assim, considerou-se para fins de programação anual, 53 unidades básicas de saúde.

5. Nos quadros onde estão apresentados os indicadores, inseriu-se uma avaliação qualitativa usando figuras de carinhas para sinalizar visualmente as metas alcançadas, próximas da meta estabelecida (até 20% abaixo) e não alcançadas.

EIXO 1 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde do Idoso

OBJETIVO: Desenvolver uma política de saúde para o idoso

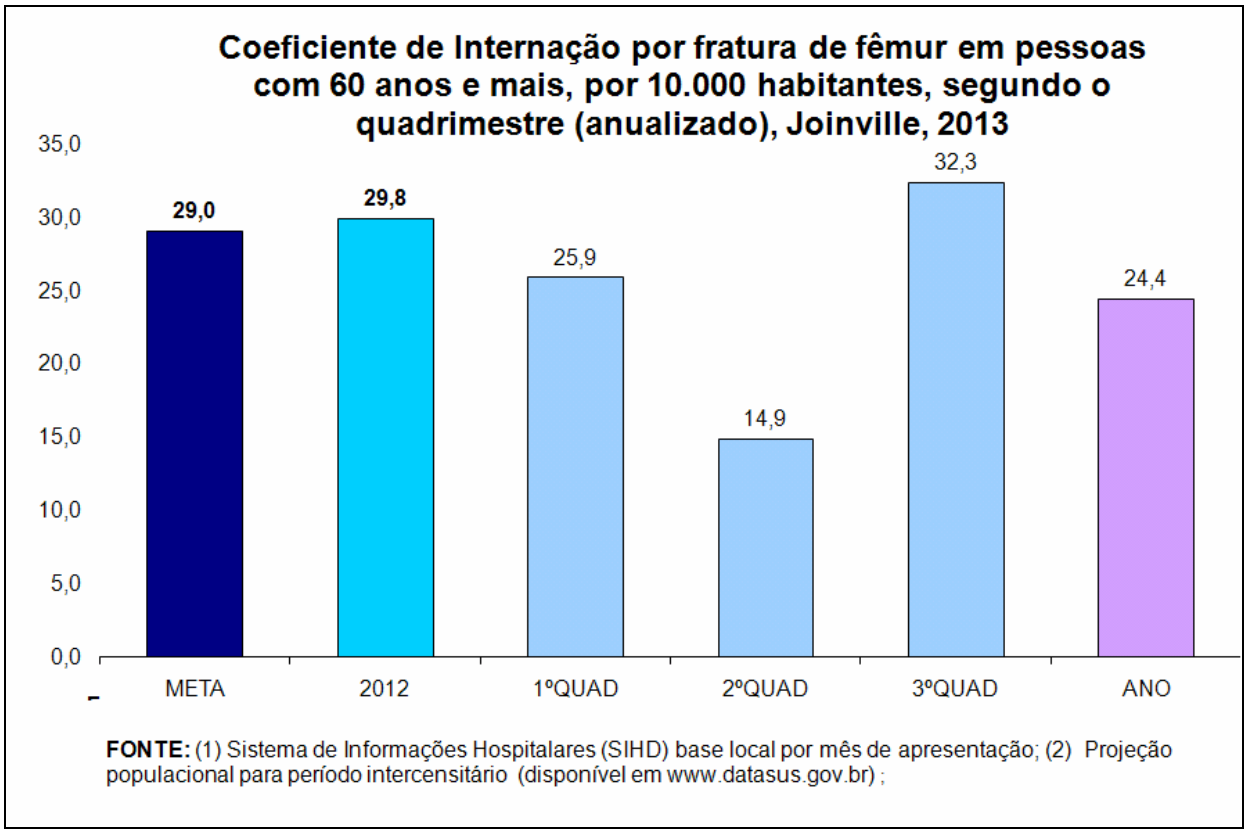
DIRETRIZ: Articular diversos segmentos envolvidos na assistência e promoção da Saúde do Idoso

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Programa de Saúde do Idoso elaborado	Divulgação de Programa de Saúde do Idoso (em conformidade com diretrizes e em formato padrão da SMS)			**SET10**	☹
Programa de Saúde do Idoso implantado	Apresentação do primeiro relatório dos resultados do Programa de Saúde do Idoso			**SET11**	☹
Coeficiente 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	113 X 10.000 / 46378	**24,4**	**29**	☺

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

PROGRAMA SAÚDE DO IDOSO: Em 2013, o Programa Saúde do Idoso não foi elaborado devido à grande demanda interna no serviço. A responsável técnica da Enfermagem que atua no Núcleo de Apoio Técnico da Atenção Básica incorporou mais esta atribuição e atualmente a equipe conta com o auxílio de uma geriatra (uma vez por semana) na programação de atividades a serem desenvolvidas para este grupo populacional nas unidades de Atenção Básica. Entretanto, ações foram desenvolvidas na Semana do Idoso, nos meses de setembro e outubro de 2013, a Atenção Básica também participa do Conselho Municipal do Idoso, a fim de adotar medidas em conjunto que favoreçam a implantação do plano de atendimento ao idoso. Em 2014, a equipe discutirá a proposta de adoção do Caderno de Saúde do Idoso, do Ministério da Saúde.



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) ;

Em 2013, houve redução do coeficiente de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur. Ainda assim, outras ações voltadas para este público-alvo serão desenvolvidas na Semana Municipal do Idoso em 2014, visando estabilizar ou mesmo diminuir este indicador.

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

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
O Programa de Saúde do Idoso não foi implantado no ano de 2013. Está em discussão pela Área Técnica, a adoção do Caderno de Saúde do Idoso, do Ministério da Saúde, sendo sua implantação prevista para o segundo semestre de 2014.
A criação de Indicadores para avaliação do programa, se dará no segundo semestre de 2014, paralelo à implantação do Programa.

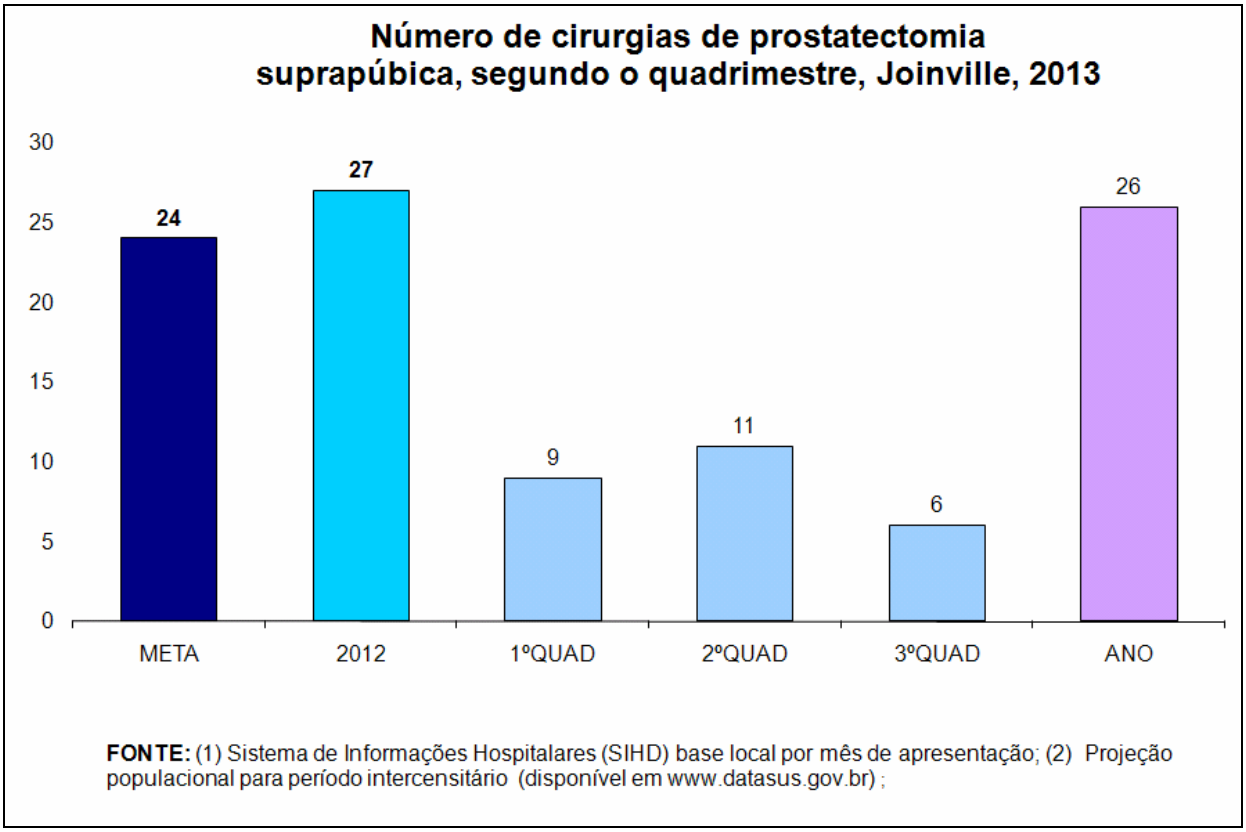
ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde do Adulto

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 2013	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 SMS)			**SET10**	☹
Número de cirurgias de prostatectomia suprapúbica	Número de cirurgias de prostatectomia suprapúbica em residentes	26	**26**	**24**	☺
Coeficiente de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos de idade	Número de internações por complicações do diabetes mellitus na população residente de 30 a 59 anos X 10.000 /Total de residentes entre 30 e 59 anos (anualizada)	36 X 10.000 / 220821	**1,6**	**2,8**	☺
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 (anualizada)	363 X 10.000 / 220821	**16**	**7**	☹

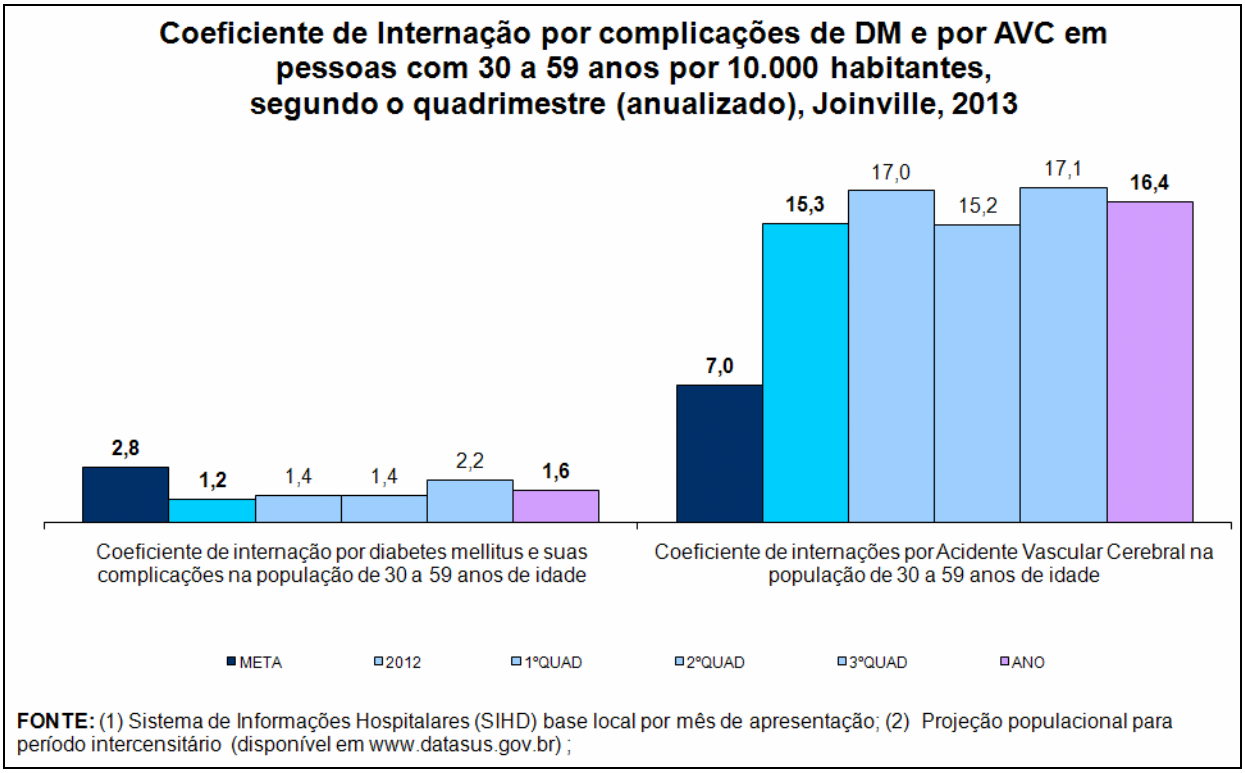
BASE/FONTE: (1) UPCAA\Programação: Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; (2) DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br); (3) UAB\ Relatório do HIPERDIA

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB
PROGRAMA SAÚDE DO HOMEM: O Projeto de Saúde do Homem foi elaborado e encaminhado ao Ministério da Saúde. As ações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – foram realizadas na forma de uma campanha chamada 'Novembro Azul', assim como o planejamento de ações para 2014 com a finalidade de atingir os objetivos propostos.



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) ;

A meta estimada de 24 cirurgias anuais foi estabelecida baseando-se na série histórica para o município de Joinville, cuja tendência tem se mostrado em ascensão quando comparada com municípios próximos. Este indicador foi incluído no pacto pela saúde porque reflete o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino. Cabe mencionar que não há filas de espera para este procedimento.



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) ;

DIABETES MELLITUS: o indicador manteve-se abaixo da meta de 2,8, entretanto isto precisa ser avaliado com cautela, já que um índice baixo pode refletir tanto uma redução das internações quanto um sub-registro deste código de doença nas internações no SUS. O Programa de Diabetes é um dos mais antigos da Secretaria de Saúde e nos últimos anos vem tendo prioridade do Ministério da Saúde para receber insumos e medicamentos. Atualmente, o protocolo de Diabetes Mellitus está sendo revisado, considerando a mudança de paradigma de abordagem ao cidadão. A Atenção Básica vem trabalhando com a metodologia do matriciamento, a exemplo da Hipertensão Arterial Sistêmica, que atualmente está sendo realizado por 4 profissionais endocrinologistas, visando qualificar a assistência e melhorar a resolutividade.

AVC: Historicamente o indicador de internação por AVC tem-se mantido acima da meta estabelecida, a exemplo do que acontece no Estado de Santa Catarina, sugerindo um comportamento próprio da doença ou um registro muito bom da mesma. Vale mencionar que em Joinville há uma base de dados populacional sobre AVC que compreende todas as hospitalizações públicas e privadas deste evento. Dessa forma não há perda de informação.
O hospital referência em AVC que atende as regiões Nordeste e Norte de Santa Catarina é o Hospital Municipal São José que se localiza em Joinville. Diversos esforços foram empreendidos para a melhoria neste indicador, como por exemplo, ações visando a modificação de riscos com a estratégia de matriciamento, realizada por 3 cardiologistas que se deslocam até as unidades de saúde e a discussão de casos clínicos iniciada nos Pronto Atendimentos (PA 24h). Outra ação realizada foi a Educação Permanente em Serviço visando a promoção e prevenção da doença, qualificando os encaminhamentos e aumentando a resolutividade das equipes, bem como dando maior agilidade para os casos mais urgentes.
Também foi realizada capacitação na Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, para todos os profissionais da Atenção Básica: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (para médicos em leitura e interpretação de ECG, para técnicos de enfermagem com revisão da técnica de aferição de PA).

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Elaborar o Programa de Saúde do Homem	CS.Homem	**encaminhada**
Implantar o Programa de Saúde do Homem	UAB, USR, UVS	**encaminhada**
Criar indicadores para avaliação do Programa Saúde do Homem e acompanhá-los	CS.Homem	**encaminhada**
Discutir intersetorialmente a elaboração do Plano de Ação para o controle das 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 Doenças e Agravos Não Transmissíveis 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 DANT	UVS\ V.Epidemio	**não encaminhada**
Monitorar os laboratórios de diagnóstico patológico na alimentação contínua do diagnóstico das neoplasias	UVS\ V.Epidemio	**ação contínua**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
As ações previstas na Programação Anual 2013, relacionadas à implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foram parcialmente desenvolvidas, considerando que o Projeto encontra-se no Ministério da Saúde, para um parecer formal. O técnico responsável assumiu em setembro/2013, período em que organizou as ações do 'Novembro Azul'. Embora este Programa não esteja formalmente implantado, os adultos masculinos são atendidos em suas necessidades pela rede de saúde municipal. Um aspecto que certamente irá auxiliar na estruturação deste Programa é a estruturação das Redes de Atenção, política nacional à qual o município de Joinville oficializou sua adesão em 2012, e que contempla um conjunto de ações relativas ao diagnóstico de hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Estes problemas de saúde são altamente prevalentes nos homens e são objeto de intervenção da Rede de Atenção aos Crônicos. Além disso, há ainda um conjunto de propostas das Doenças e Agravos Não transmissíveis (DANTs) que perpassa todas as redes e que no segundo

semestre de 2013 propiciou uma parceria da Vigilância Epidemiológica com o projeto JOINVASC, que propõe o monitoramento dos acidentes vasculares cerebrais em Joinville.

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde da Mulher

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

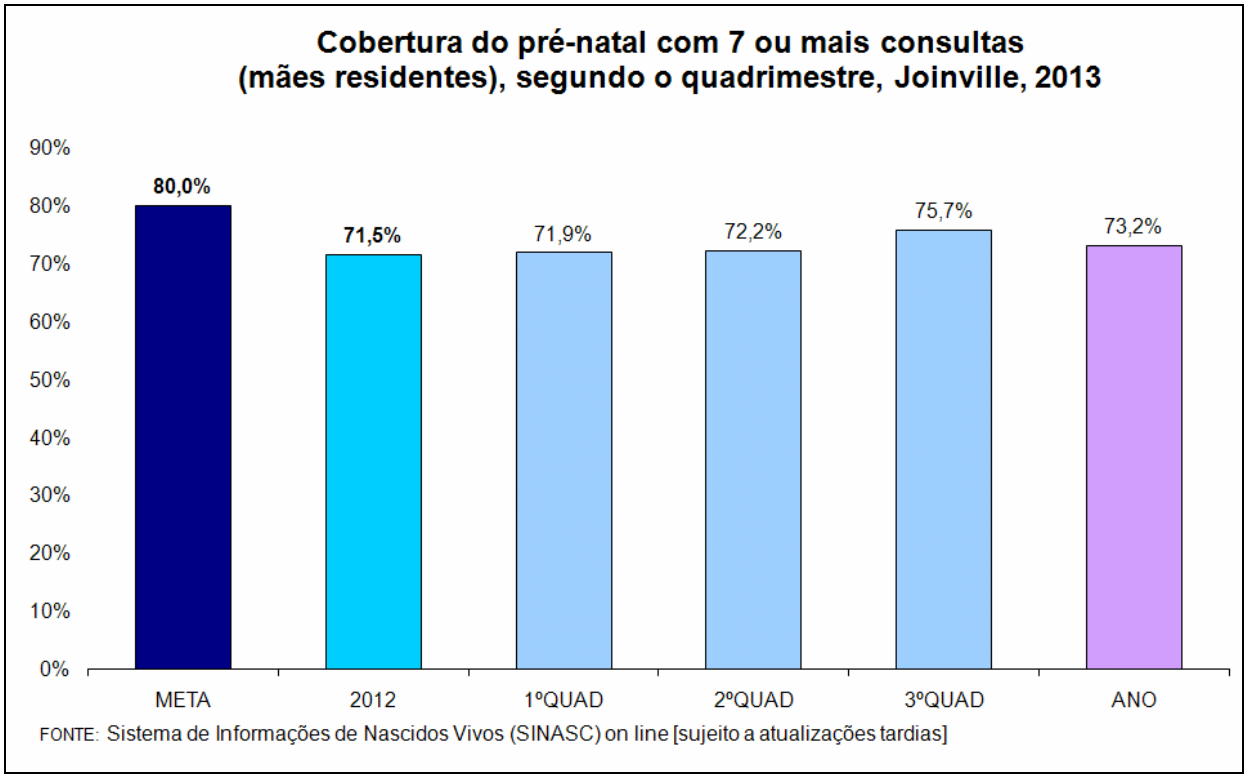
DIRETRIZ 1 – Aperfeiçoar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério

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

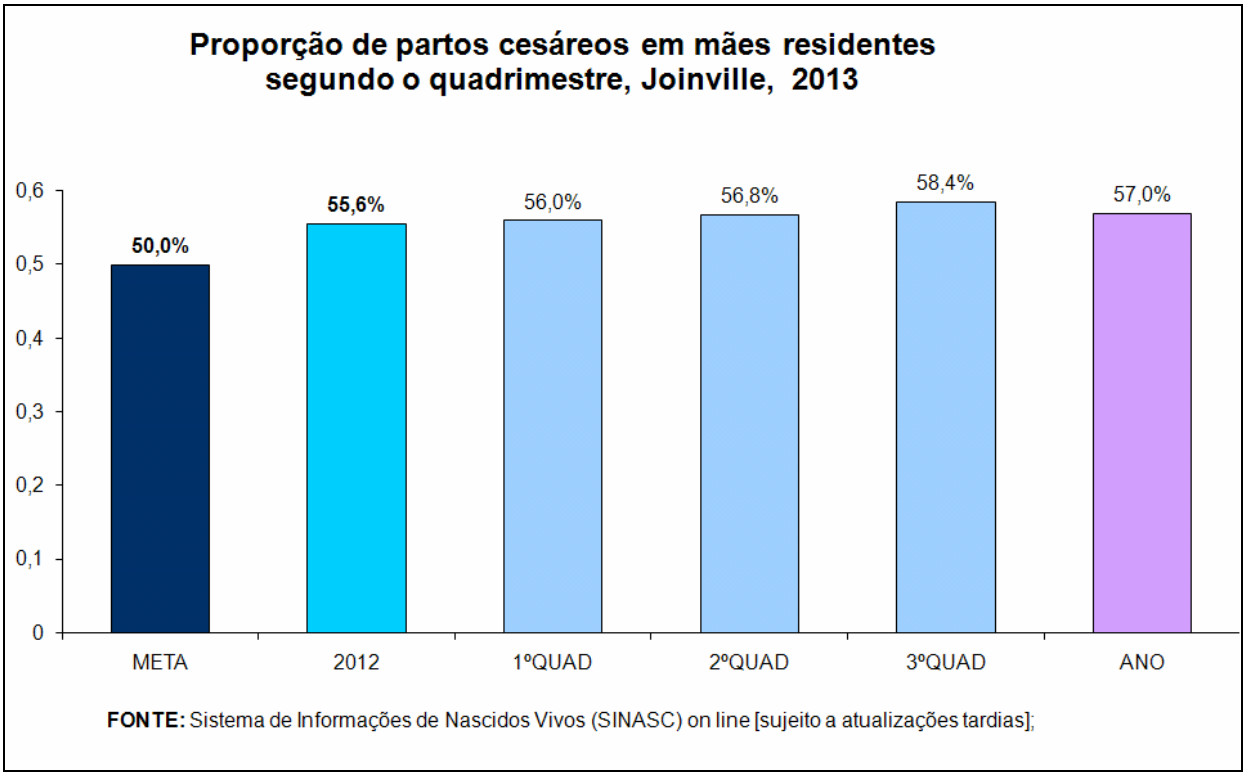
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães residentes com 7 ou mais consultas de pré-natal X 100 / Número de nascidos vivos de mães residentes	5740 X 100 / 7846	**73,2%**	**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	4471 X 100 / 7846	**57,0%**	**50,0%**	😐
Razão entre exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária	Número de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos/ Total de mulheres residentes de 50 a 69 anos (anualizada)	21197/ 42704	**50,0%**	**49,6%**	😐
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina nesta faixa etária.	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 64 anos/ Total de mulheres residentes de 25 a 64 anos (anualizada)	27437/ 145451	**0,19**	**0,30**	☹
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	Informação não disponível	Prejudicado	**100,0%**	☺

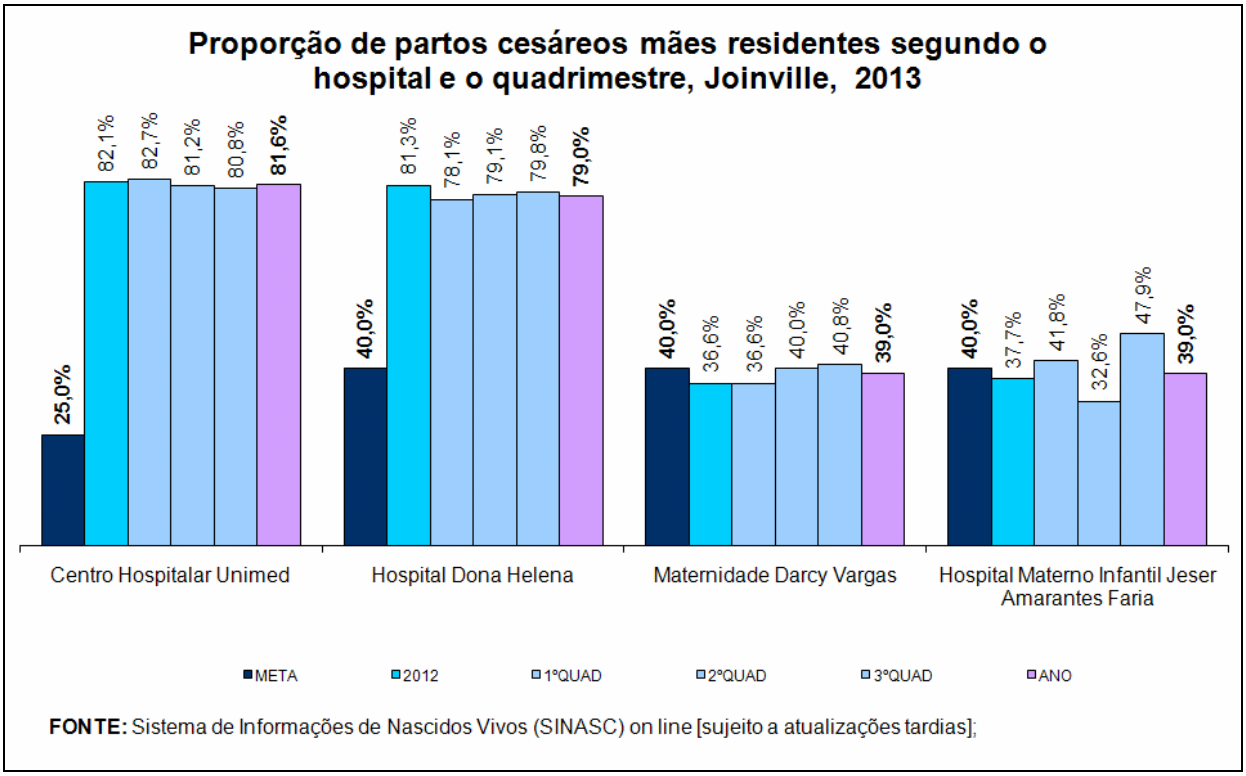
BASE/FONTE: UVS\Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias]; UAB\NAT, Sistema de Informações do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO); ___, Sistema de Informações do Câncer de Mama (SISMAMA); DATASUS: Projeção populacional para período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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

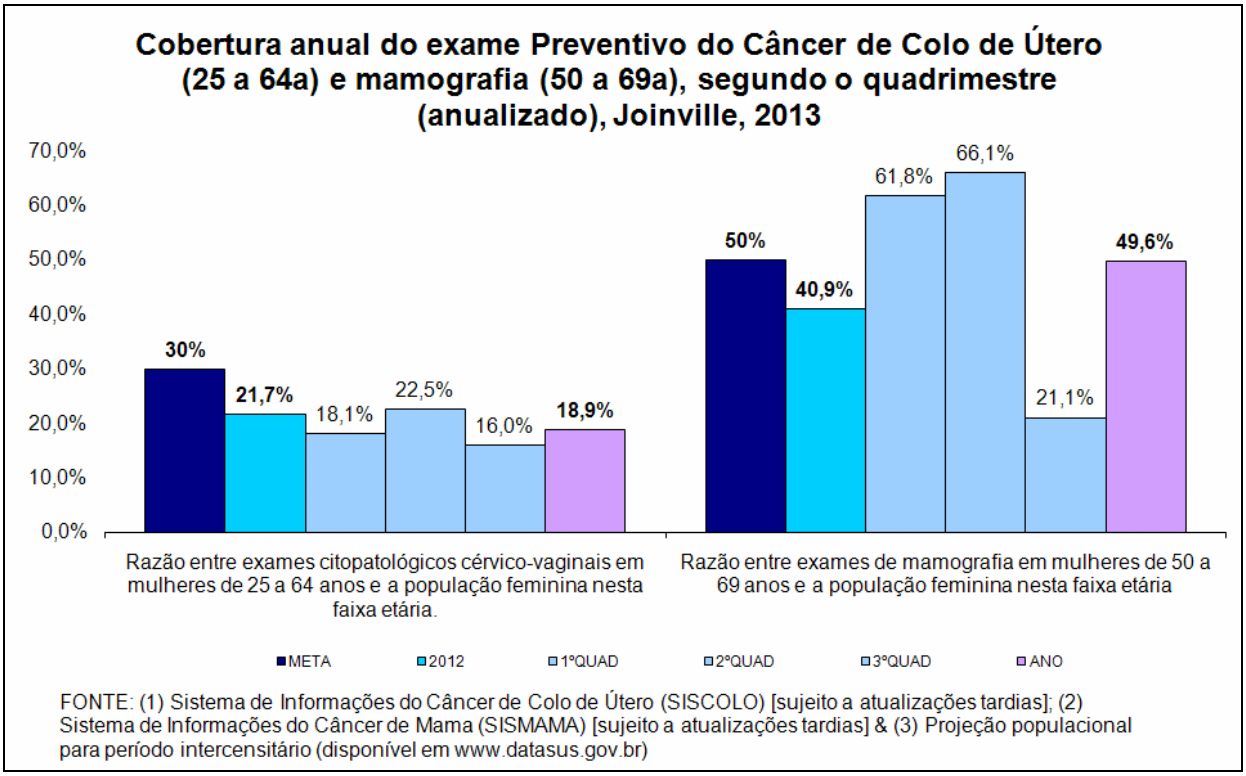


O percentual alcançado de 73,2%, apesar de estar abaixo da meta esperada para 2013, apresenta sensível melhora quando comparado a 2012 (71,5%). Neste sentido, esforços foram empreendidos visando alcançar a meta, como por exemplo, capacitações para todos os enfermeiros da Atenção Básica, a fim de descentralizar os testes rápidos de gravidez, HIV e Sífilis objetivando a captação precoce das gestantes e início das consultas de pré-natal. Vale lembrar que o Ministério da Saúde considera a captação precoce até 12 semanas de idade gestacional. Nestas capacitações foram desenvolvidas ações de sensibilização (enfermeiros) para a captação precoce e planejamento do intervalo entre as consultas. Ainda assim, medidas como a flexibilização da agenda de atendimento em relação ao início do pré-natal e ao intervalo das consultas, precisa ser melhor articulada com as equipes.





O indicador alcançado no município foi de 57%, ultrapassando a meta estimada de 50%. Quando se avalia cada hospital, nota-se que o percentual deste indicador é extremamente elevado nas privadas, enquanto nas públicas, encontra-se dentro do esperado. O Ministério da Saúde, a Secretaria do Estado da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville estão envolvidos com a implantação do Plano da Rede de Atenção à Saúde - Rede Cegonha. Entre as ações previstas no plano estão o fortalecimento do Pré-Natal, a criação da Casa de Parto e a sensibilização de profissionais da saúde sobre a importância do parto humanizado. Especialmente estas duas últimas, objetivam abordar o problema da medicalização do parto, uma questão complexa e de abrangência nacional.



O indicador alcançado foi de 0,19, sendo a meta de 0,3 exames por ano em mulheres na idade de **25 a 64**, portanto abaixo do esperado. Em setembro a Secretaria de Saúde seguiu a recomendação do Ministério da Saúde para a implantação do Sistema de Informação do Câncer – SISCAN, cujo prazo foi prorrogado até março de 2014. Este novo sistema permitirá a solicitação de requisições e laudos dos exames citopatológicos e histopatológicos. Entre os fatores que prejudicaram o alcance da meta, está o fato de que nem todos laboratórios conveniados fizeram a migração para o novo sistema. Além do mais, o sistema também passa por período de adaptação/correção de falhas, inerentes ao processo de mudança, dificultando a sistematização dos dados coletados. Como exemplo desta situação, no terceiro quadrimestre foram realizados 3.190 exames, não computados no indicador pelos motivos acima citados, o que elevaria o indicador para 0,21, ainda assim, não alcançando a meta desejada. Para 2014, espera-se que o DATASUS tenha solucionado a maior parte destes problemas.
A meta de 0,5 para exames de mamografia foi alcançada, ainda que a produção dos meses de outubro, novembro e dezembro da uma das clínicas conveniadas, não tenha sido inserida no sistema de informações, por problemas inerentes ao próprio sistema.

TRATAMENTO/SEGUIMENTO: Todos os casos diagnosticados são encaminhados para a atenção secundária no PAM BOA VISTA, onde é realizado o tratamento e acompanhamento. O cálculo deste indicador foi prejudicado devido aos problemas relativos à implantação do novo sistema SISCAN, conforme já explicado anteriormente. Aos poucos, estes problemas estão sendo solucionados pelo Ministério da Saúde e espera-se que os registros estejam melhores para o ano de 2014.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Atualizar os protocolos de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, câncer de colo uterino e de mama e do planejamento familiar na Lógica da Linha de Cuidado	CS.Mulher	**encaminhada**
Estabelecer 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	**PROBLEMA**
Capacitar os profissionais no SISPRENATAL	UAB\ NAT	**ação contínua**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

PROTOCOLOS: Os protocolos não foram atualizados, pois em 2013 se priorizou a realização de um conjunto de ações relativas à implantação da Rede Cegonha. Entretanto, é importante dizer que o programa de Pré-Natal está consolidado em nossa rede de saúde e vem se realizando com qualidade. Um dos indicadores que mostram isso é o coeficiente de mortalidade infantil, especialmente a neonatal, cujos índices se mantêm baixos.

FLUXO DE INFORMAÇÕES: O serviço de Vigilância Epidemiológica encaminha cópias das Declarações de Óbitos por Câncer de mama mensalmente para o PAM Boa Vista para fins de estatísticas.

CAPACITAÇÃO no SISPRENATAL: Todos os profissionais da equipe, envolvidos no pré-natal, foram capacitados para utilização do SISPRENATAL WEB, no período de junho a dezembro, no entanto, muitos não aderiram de imediato devido à falta de equipamentos.

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 2013	AVALIAÇÃO
Programa de Saúde da Juventude elaborado	Divulgação de Programa de Saúde da Juventude (em conformidade com diretrizes e em formato padrão da SMS)			**SET11**	☹

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

O Programa de Saúde da Juventude, apesar de não elaborado, está em fase de discussão entre os técnicos e desde 2012 as ações relacionadas ao Programa foram incorporadas pelo Programa Saúde na Escola. Em 2013 foram realizadas 3 reuniões intersetoriais incluindo a Secretaria da Educação. O Programa iniciou com atividades direcionadas às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e prevenção de drogas entre outras. Outra atividade foi a Semana de Saúde na Escola com ações desenvolvidas em parceria entre as equipes da atenção básica, vigilância em saúde e saúde mental.

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

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

No ano de 2014 está prevista a continuidade das ações já desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola, buscando construir ações intersetoriais para elaboração e implementação do Plano de Atenção à Saúde do Adolescente e visando o fortalecimento do vínculo entre os serviços/instituições envolvidas na proposta de trabalho.

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde da Criança

OBJETIVO: Reduzir a morbi-mortalidade da criança.

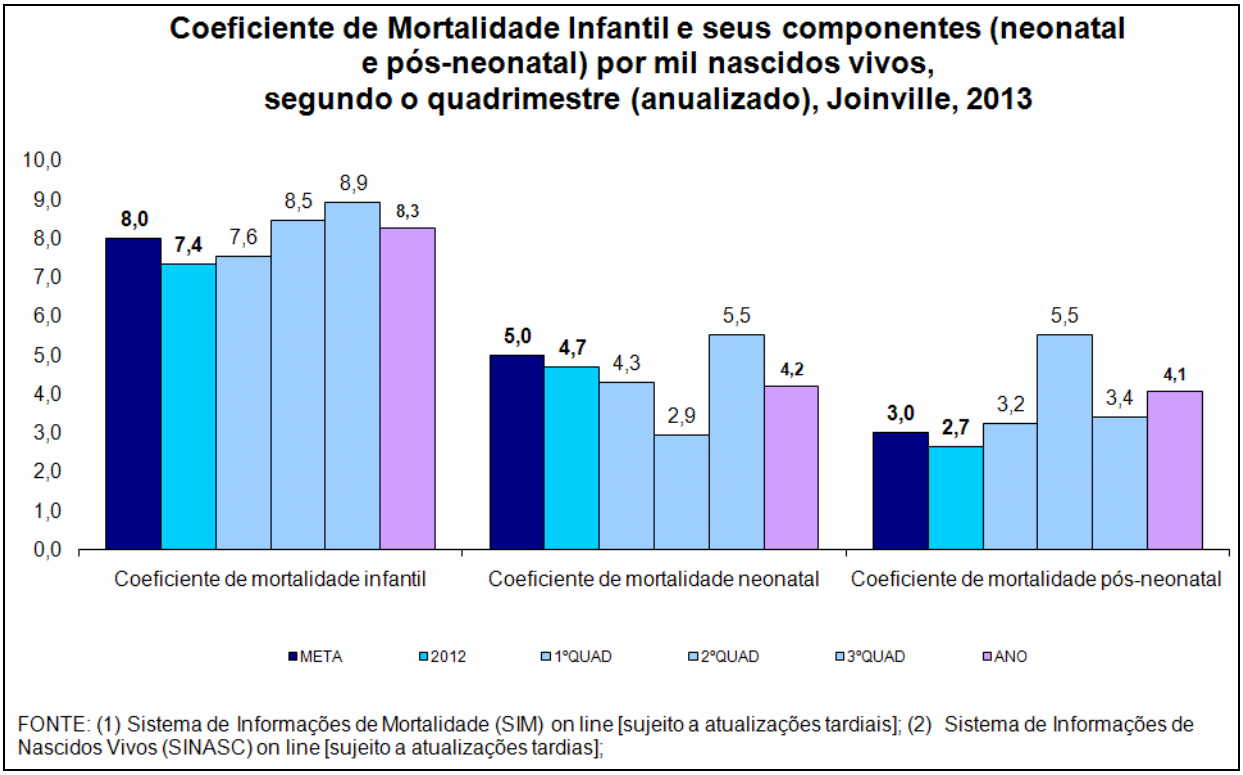
DIRETRIZ – Aperfeiçoar a atenção à saúde da criança

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	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	65 X 1.000 / 7846	**8,3**	**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	80 X 1.000 / 7846	**10,2**	**10,5**	☺

Coeficiente de mortalidade em menores de cinco anos por pneumonia (por 1.000)	Número de óbito de crianças residentes menores de 5 anos de idade por pneumonia X 1.000 / Total de crianças residentes menores de 5 anos de idade (anualizada)	6 X 1.000 / 35023	**0,2**	**0,2**	☺
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos de idade (por 1.000)	Número de internações por IRA em crianças residentes menores de 5 anos de idade residentes X 1.000 / Total de crianças residentes menores de 5 anos de idade (anualizada)	740 X 1.000 / 35023	**21,1**	**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 (anualizada)	63 X 1.000 / 35023	**1,8**	**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	240 X 100 / 13091	**1,8%**	**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	469 X 100 / 13091	**3,6%**	**3,0%**	😐
Cobertura vacinal para Tetravalente em menores de 1 ano	Número de crianças menores de 1 ano vacinadas com 3ª dose de Pentavalente X 100 / Número de nascidos vivos de mães residentes	7587 X 100 / 7846	**96,7%**	**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]; UPCAA\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 Interangencial de Informações para Saúde (RIPSA).

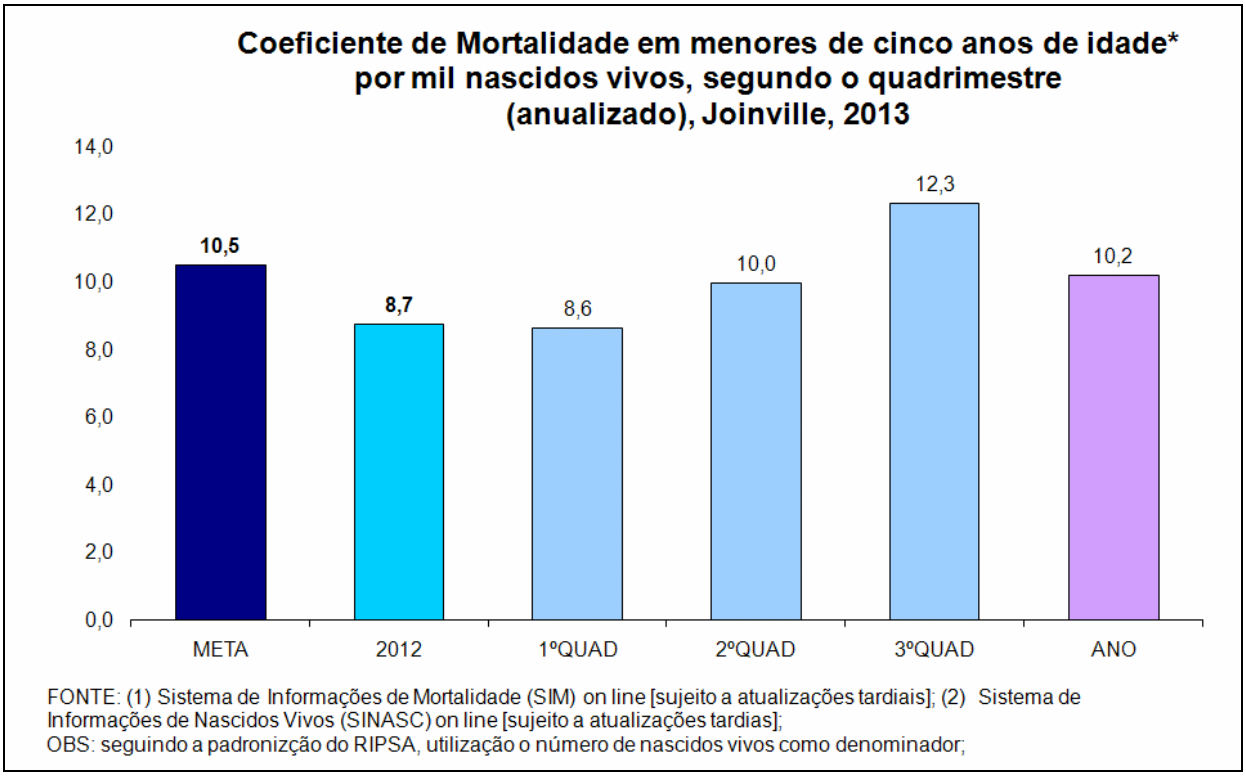
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



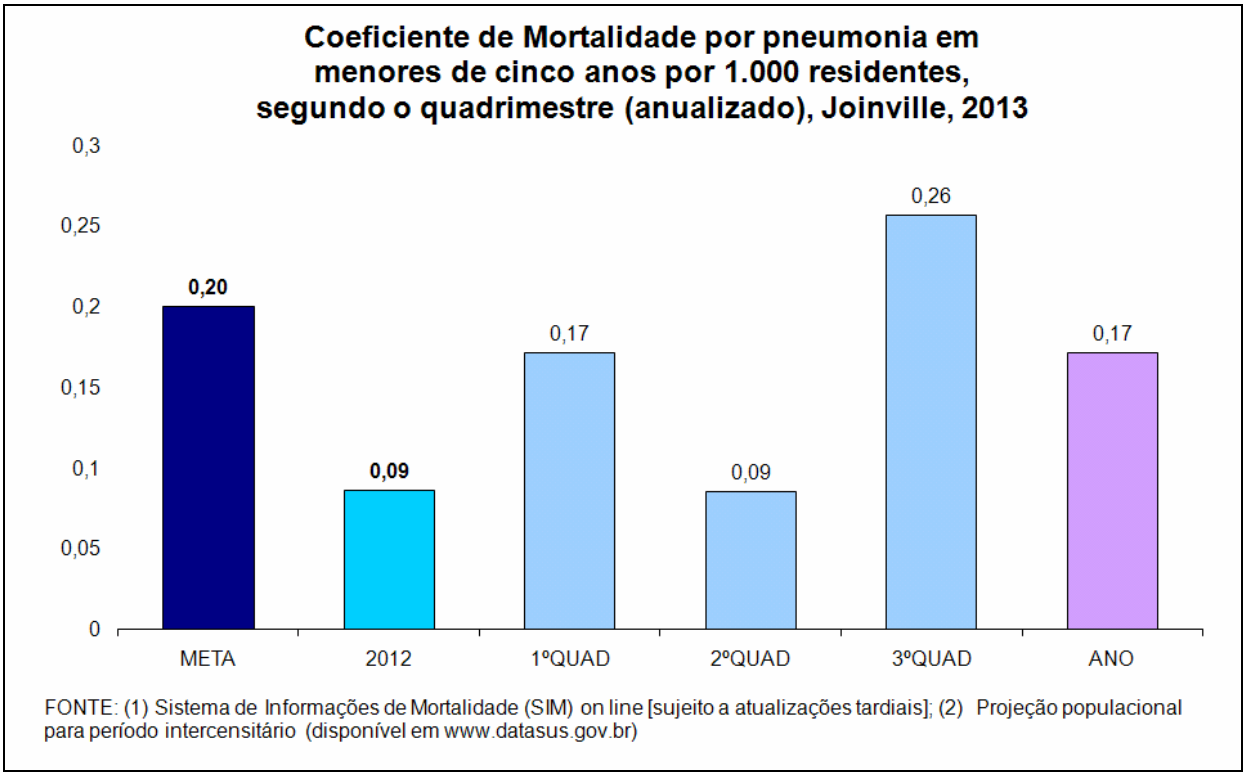
FONTE: (1) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardiais]; (2) Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) on line [sujeito a atualizações tardias];

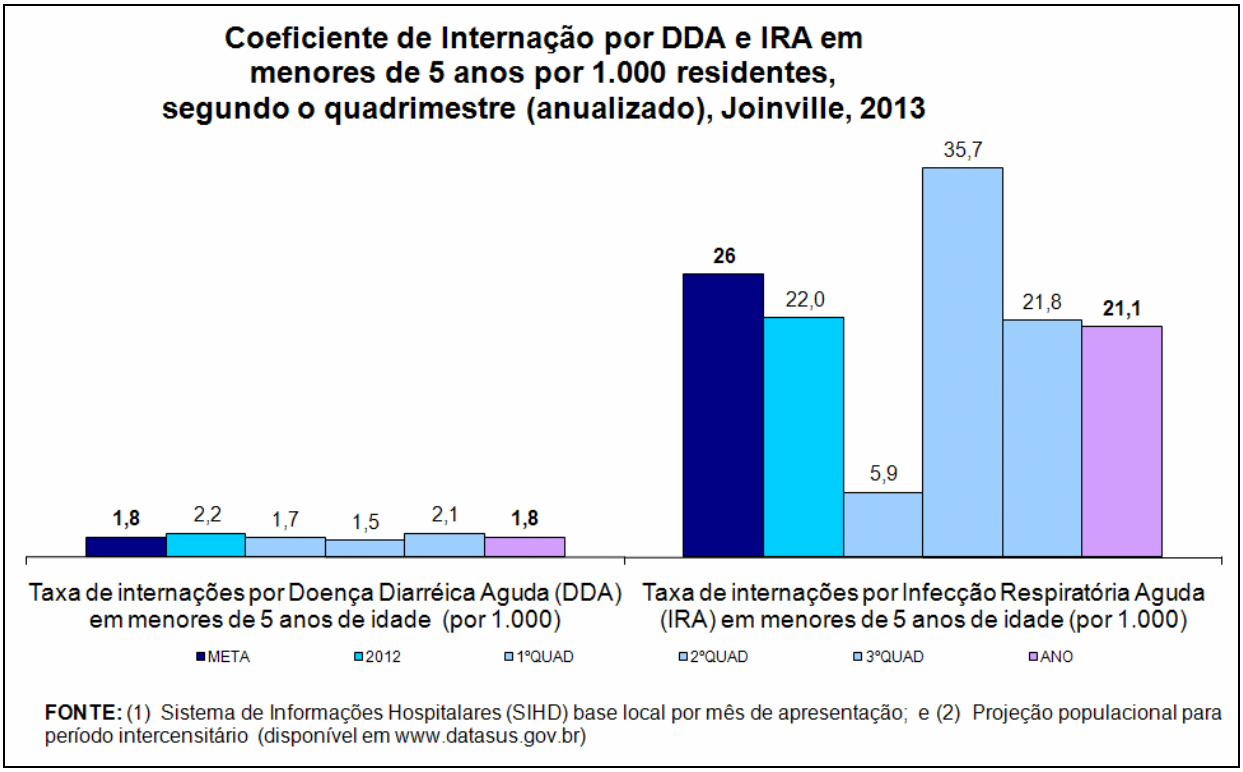
Em 2013, houve aumento no coeficiente de mortalidade infantil, principalmente no período pós neonatal. Do total de 65 óbitos de menores de 1 ano, 51% (33 crianças) obituaram no período neonatal, principalmente nos primeiros dias de vida, por causas associadas à prematuridade e extremo baixo peso e 49% (32 crianças), obituaram após o período neonatal, sendo que destas a maioria eram crianças de risco com diversas morbidades (prematuros / muito baixo peso, 9 bebês preciosos, 9 malformados, 6 pneumonias). Todos os óbitos fetais e de crianças de 0 a 5 anos são analisados rotineiramente pela Comissão de Prevenção de Mortalidade Infantil e constam no relatório detalhado da Comissão (**Apêndice 2)**.

As ações da área de saúde da criança na prevenção da mortalidade infantil incluem o incentivo ao aleitamento materno e alimentação adequada, com a realização de duas oficinas da rede alimenta/amamenta, a continuidade na distribuição do kit bem cuidar, o Programa Bebê Precioso, a capacitação dos profissionais em doenças respiratórias e o matriciamento em Pediatria.



Em 2013, ocorreram 15 óbitos de crianças entre 1 e 4 anos de idade. Se somados aos 65 óbitos de menores de 1 ano, totalizam 80 óbitos em menores de 5 anos, resultando em um coeficiente de 10,2. Este resultado é um dos mais baixos do país e mostra o risco de morrer antes de completar 5 anos de idade para cada mil crianças nascidas vivas. A análise das causas está no Apêndice 2.

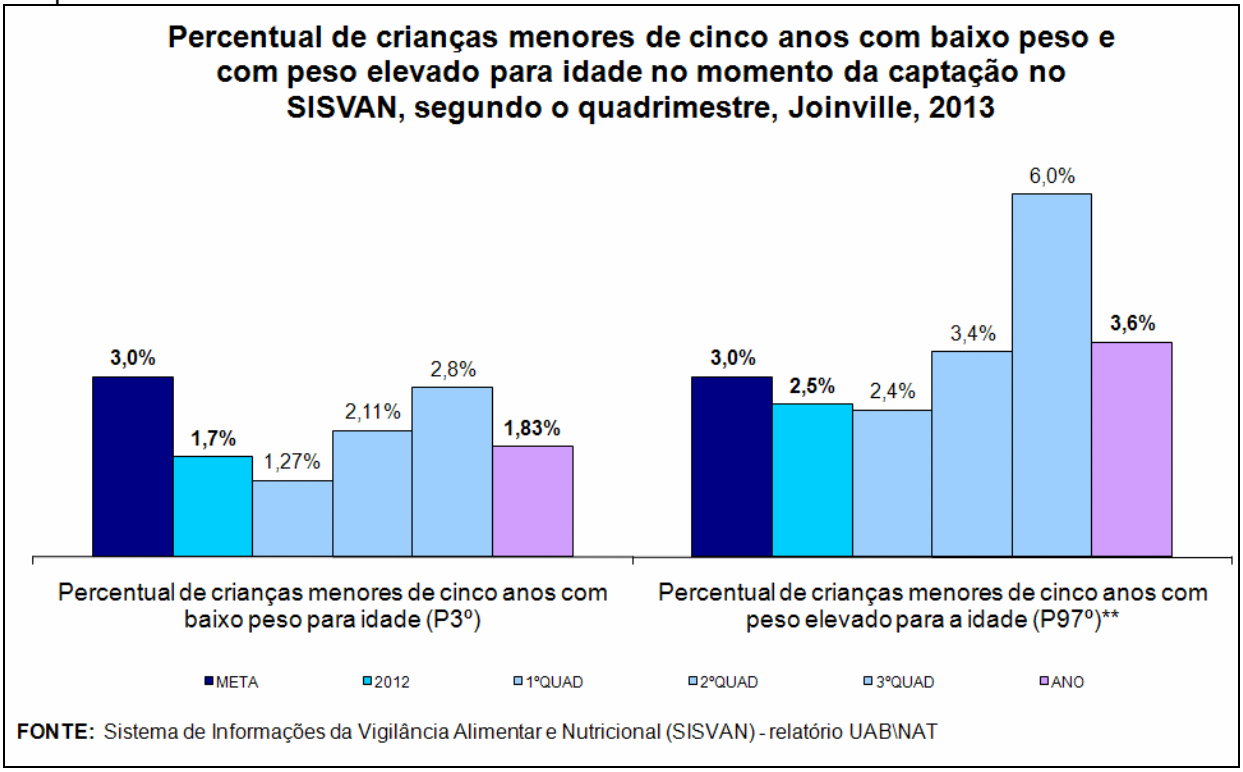




FONTE: (1) Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) base local por mês de apresentação; e (2) Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)

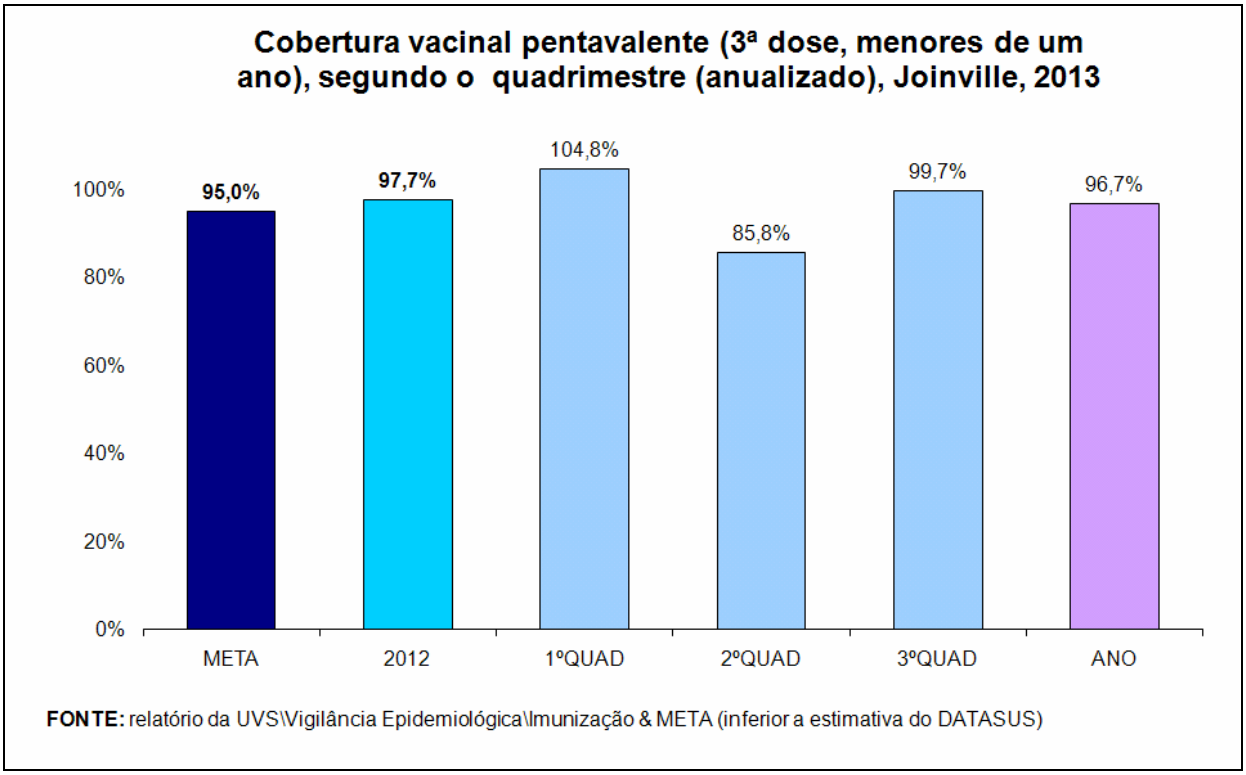
As internações por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de cinco anos diminuíram em 2013, porém houve um aumento dos óbitos causados por doenças respiratórias, com 6 casos de óbitos em menores de 5 anos. As causas estão relacionadas à busca tardia de atendimento, gravidade no momento da internação e comorbidades associadas.

A taxa de internação por doença diarréica aguda em menores de cinco anos é baixa, porém ocorreram 3 óbitos, dos quais 1 RN pré termo com uso de colostomia, 1 filho de mãe com HIV positivo, sendo que a criança exposta em uso de AZT, já chegou ao hospital com quadro de desidratação grave. O terceiro caso é de uma criança de família de maior vulnerabilidade, com fator socioambiental e familiar de agravo, houve busca tardia de atendimento e a criança chegou ao hospital com quadro de desidratação grave e choque.



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

Conforme mostra a série histórica do SISVAN no município e a transição nutricional da população brasileira, o baixo peso vem diminuindo e o peso elevado para idade vem aumentando nesta faixa etária. Em 2013 das 13.091 crianças avaliadas, 469 (3,6%) apresentaram peso elevando para idade, demonstrando um aumento em relação ao ano anterior e mostrando que a realidade no município de Joinville é tão preocupante quanto nas demais regiões do país, onde o avanço do sobrepeso/obesidade segue de forma acelerada.
As ações desenvolvidas em relação a este indicador estão contempladas na Rede Cegonha, através das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Joinville conta com as ações do grupo de tutores da Rede Amamenta e o Programa Saúde na Escola, onde as avaliações antropométricas realizadas nos escolares estão sendo enviadas às equipes de saúde para planejamento de ações para o desenvolvimento do programa. Além disto, são necessárias ações intersetoriais e regulatórias para garantir acesso à alimentação saudável, espaços para práticas esportivas, incentivo de empresas, CEIS e governo em relação ao apoio à mulher que amamenta, para que tenha condições e estrutura que facilite e promova a amamentação exclusiva até o 6º mês de vida e complementada até os 2 anos de idade. Sabe-se que tal medida comprovadamente diminui a prevalência de sobrepeso/obesidade e de doenças crônicas na vida adulta.



Das 7.846 crianças menores de 1 ano, 7.584 completaram o esquema de 3 doses, totalizando 96,7% de cobertura vacinal, índice considerado muito bom. Desde 2012 a vacina utilizada pelo Ministério da Saúde é a pentavalente (DPT, HIB e Hepatite B). Nesta cobertura estão incluídas as doses de vacina das clínicas particulares, que prestam contas mensalmente ao município e também aplicam esta vacina.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
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	**concluída**
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**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

As ações previstas para 2013 foram realizadas, com maior ênfase na capacitação sobre doenças respiratórias, contemplando 95 profissionais (médicos e farmacêuticos) em manejo da asma e DPOC.

Também foi realizada análise das causas de internações por IRA, conforme os códigos do Sistema de Internação Hospitalar do SUS, sendo que predominaram as internações para tratamento de pneumonia ou influenza e tratamento de outras infecções agudas das vias aéreas inferiores. As demais causas, tratamento de outras doenças do aparelho respiratório, tratamento de infecções agudas das vias aéreas superiores, tratamento de outras doenças da pleura, drenagem de pleura e toracotomia com drenagem, apresentaram número reduzido de internações.

Quanto ao folder educativo, está sendo elaborado, em parceria com o Programa PET Saúde.

Os indicadores do PMAQ relativos à puericultura estão sendo acompanhados pelos técnicos do Núcleo de Apoio Técnico.

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.

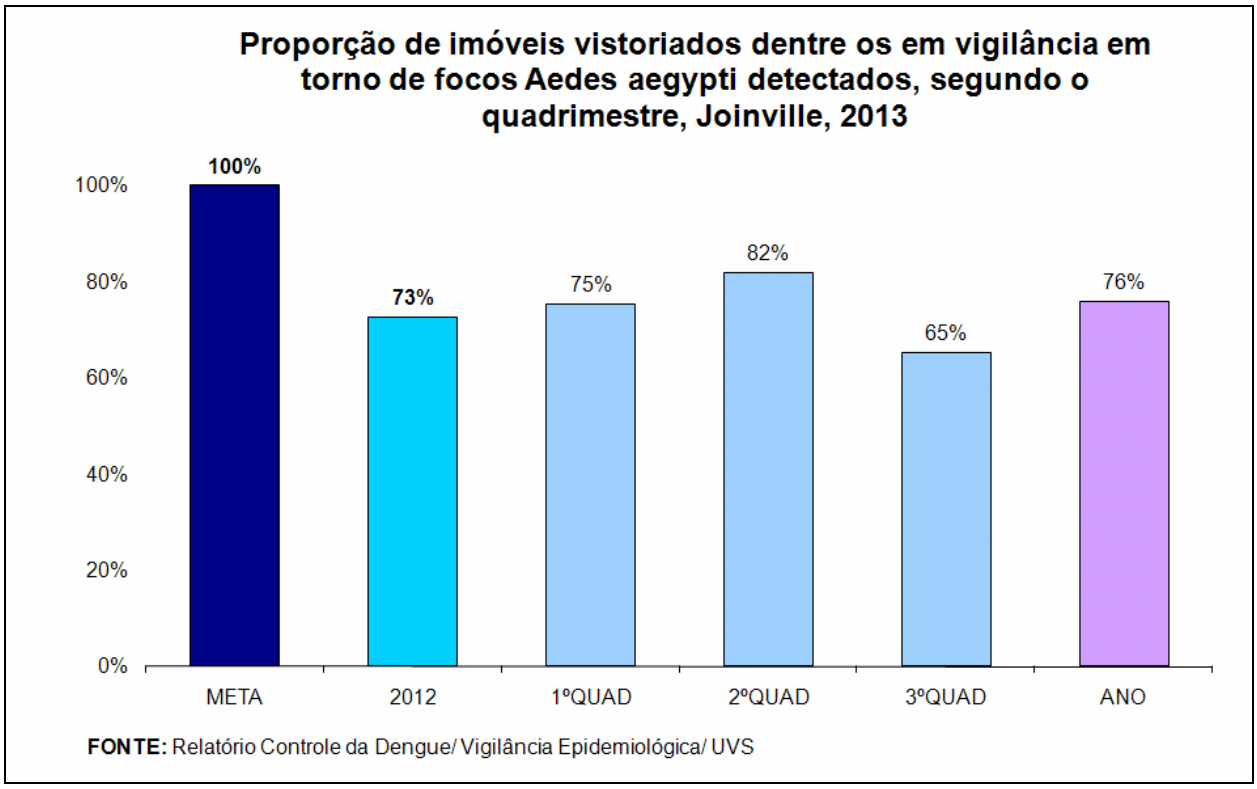
DIRETRIZ 1: Otimizar a vigilância entomológica e ambiental

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Proporção de vistorias de imóveis em vigilância em torno de focos detectados	Número de vistorias de imóveis (em áreas delimitadas em torno de focos detectados) X 100 / Número de vistorias de imóveis necessárias (em áreas delimitadas em torno de focos detectados)	9683 X 100 / 12767	**75,8%**	**100,0%**	☹
Taxa de letalidade por Febre Hemorrágica de Dengue	Número de óbitos por Febre Hemorrágica da Dengue em residentes X 100 / Número de casos de Febre Hemorrágica da Dengue em residentes	0 X 100 / 0	**0,0%**	**0,0%**	☺
Proporção de focos monitorados (mensalmente)	Número de focos inspecionados X 100 / Total de focos em atividade	39,9 X 100 / 20	**199,5%**	**100,0%**	☺
Proporção de visitas semanais nas armadilhas	Número de visitas semanais realizadas X 100 /Total de visitas semanais programadas nas armadilhas	73469 X 100 / 60740	**121,0%**	**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 num ano corresponde a soma do número necessário de vistorias nos meses do período.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



Este indicador envolve um trabalho intensivo e centrado nos agentes de Saúde Pública. A dificuldade para se alcançar a meta deve-se ao expressivo aumento no número de focos de Aedes, demandando a realização de milhares de visitas e também à defasagem no quadro de agentes. Precisa ser mencionado que nos meses de novembro e dezembro foi feito o Levantamento Rápido do Índice de Aedes aegypti - LIRAa, sendo as demais atividades rotineiras postergadas para um segundo momento, para concentração total no LIRAa. Para 2014, será proposta uma mudança no processo de trabalho dos técnicos, alternando os horários das atividades realizadas. Com isso, pretende-se otimizar o trabalho, num esforço dos técnicos para melhorar o resultado alcançado neste indicador.

PROPORÇÃO DE FOCOS MONITORADOS: A meta de 100% foi atingida e ultrapassada, já que tanto o numerador quanto o denominador do indicador compreendem número variável de focos. Ou seja, em determinado mês, os focos ativos e os inspecionados são a somatória dos focos novos mais os antigos que se acumulam, já que um foco pode permanecer ativo por diversos meses. Em 2013, a média mensal de focos ativos foi de 20, oscilando mês a mês e com um pico nos meses de verão.

PROPORÇÃO DE VISITAS SEMANAIS NAS ARMADILHAS: A meta de 100% foi atingida e ultrapassada. As visitas são realizadas semanalmente em cada armadilha e contabilizadas conforme o fechamento das semanas epidemiológicas. Considerando que as visitas não realizadas numa semana são recuperadas na semana seguinte e que há armadilhas que são visitadas diversas vezes, o índice pode ultrapassar os 100%.
Finalmente, há que se reforçar que a dengue é uma epidemia que persiste e se alastra em nosso país, devido ao peridomiciliamento do Aedes aegypti. Seu enfrentamento depende muito do envolvimento da população, com mudança de atitudes com relação aos cuidados ambientais e despejo de lixos. Joinville é um centro urbano que conseguiu até o momento ficar livre desta epidemia, visto que ainda não há registro de casos da doença com pacientes contaminados aqui. Todos vieram importados. Esta situação constitui uma exceção dentro do panorama nacional e é fruto, em grande parte do trabalho desenvolvido pela Vigilância Ambiental.

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

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
O laboratório existe e em 2013 investiu-se em sua estruturação com a aquisição de diversos equipamentos e melhorias na área física.

DIRETRIZ 2: Implantar o Centro de Controle de Zoonoses

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
CCZ construído	Conclusão da construção do prédio do CCZ			**2ª etapa****	☹
CCZ em operação*	Implementação das atividades da etapa de implantação			**75,0%**	☹

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/estábulos e pocilgas; 75% - Técnico – laboratório de entomologia

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS
O convênio para construção do CCZ não se efetivou, porém a Secretaria está discutindo com o Ministério da Saúde a construção de um serviço com porte menor do que o anteriormente proposto e que esteja adequado às necessidades.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Construção de baias/estábulos e pocilgas no Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)	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**

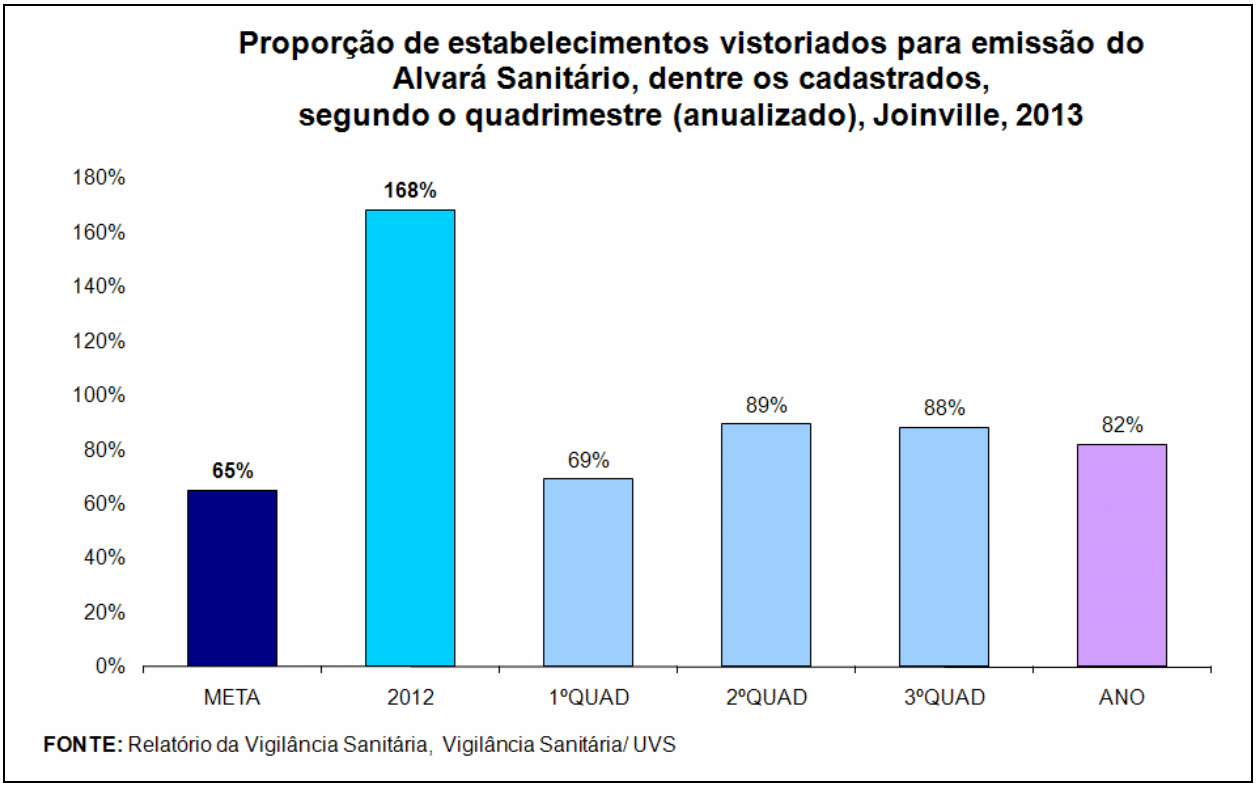
JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
Atualmente, o Ministério modificou a proposta do Centro para uma **Unidade de Zoonoses** centralizando em um único serviço a atuação sobre diversas zoonoses: prevenção da dengue, combate aos roedores, monitoramento da raiva, combate aos escorpiões, caramujos e outros animais que ofereçam risco á saúde da população. Em 2013 foram contratados 2 novos veterinários e houve mudanças no processo de trabalho com relação ao monitoramento da raiva e combate aos roedores. Foram identificados e eliminados 29 caramujos contaminados pelo verme que provoca doença no homem. As ações desenvolvidas são contínuas e voltadas para a educação da população e controle animal.

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 2013	AVALIAÇÃO
Proporção de estabelecimentos vistoriados para emissão do Alvará Sanitário, dentre os cadastrados	Número de vistorias para emissão de alvará sanitário de estabelecimentos das áreas de saúde, ensino, alimentos, saneamento e veterinária X 100 / Número de estabelecimentos das áreas de saúde, ensino, alimentos, saneamento e veterinária cadastrados que deveriam ser vistoriados no período	8999 X 100 / 10972	**82,0%**	**65,0%**	☺

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



A meta alcançada de 82,0% foi superior a estimada (65%), correspondendo a um volume muito expressivo de visitas, cerca de 9 mil. Os estabelecimentos vistoriados para emissão de Alvará Sanitário correspondem ao número de Alvarás e Habite-se entregues para estabelecimentos e residências cadastrados na VISA e ativos em agosto de 2013. Vistorias efetuadas em estabelecimentos que não atendiam a legislação não foram computadas. Há dificuldade de se atingir 100% de vistorias devido ao grande volume de visitas necessárias a cada ano, as quais são geradas pela expiração do alvará do ano anterior, pela abertura de nossos serviços e por denúncias oriundas da Ouvidoria. Em 2013, alterou-se a legislação sobre os prazos de renovação dos alvarás para 12 meses ao invés de ser em data fixa no início de cada ano, o que ocasionava represamento das demandas nos primeiros meses. Com isso, deverá haver melhora do fluxo no processo de vistoria.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implantar assessoria jurídica específica da Vigilância em Saúde	UVS	**prejudicada**
Implementar ações do VIGIAR	UVS\ V.Sanitária	**prejudicada**
Prover insumos para a realização das fiscalizações (contratação de 04 veículos, aquisição de 05 computadores, 03 impressoras, 05 máquinas fotográficas, 30 kits inspeção, 02 luxímetros e 02 pHmetros)	UVS\ V.Sanitária	**encaminhada**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

ASSESSORIA JURÍDICA: não foi contratada assessoria jurídica para atuar especificamente neste serviço.

VIGIAR: a implantação deste programa depende do Ministério da Saúde que precisa realizar as capacitações dos profissionais, o que não ocorreu até o momento.

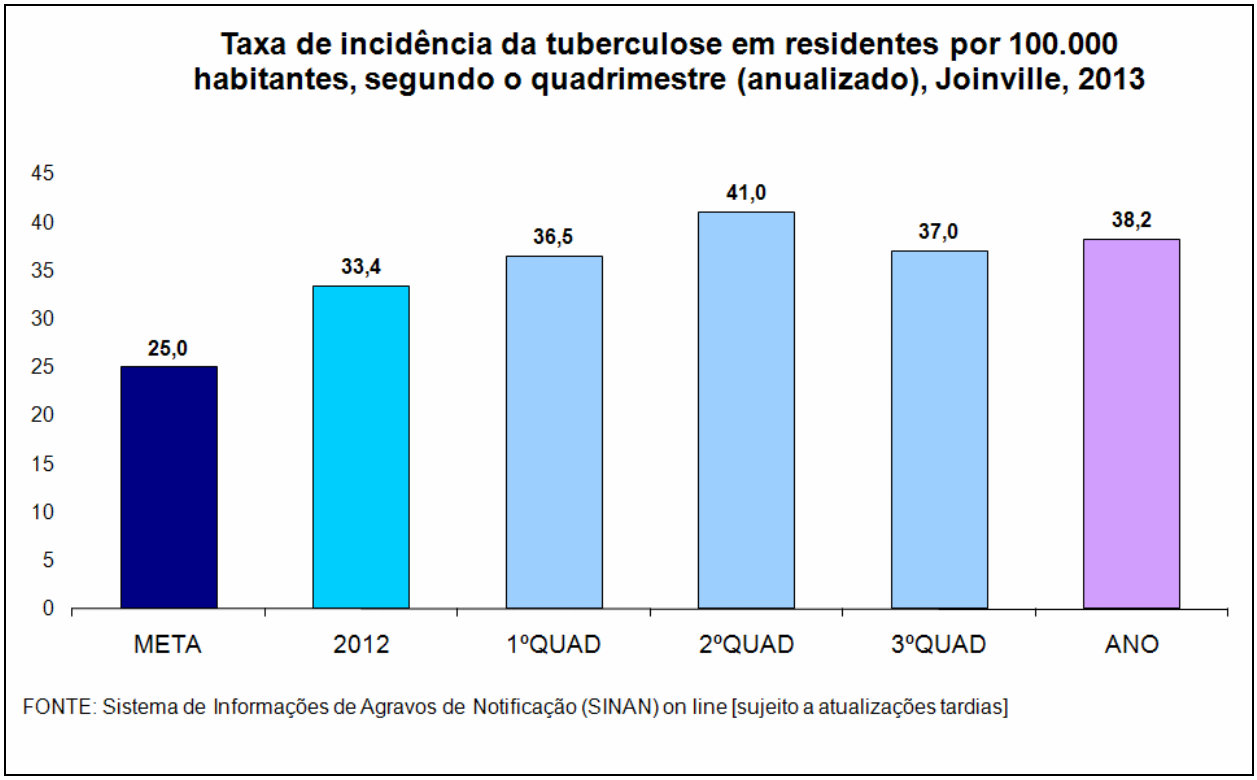
INSUMOS: Houve a contratação de 01 veículo, aquisição de impressoras, computadores, 3 máquinas fotográficas e 1 luxímetro.

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

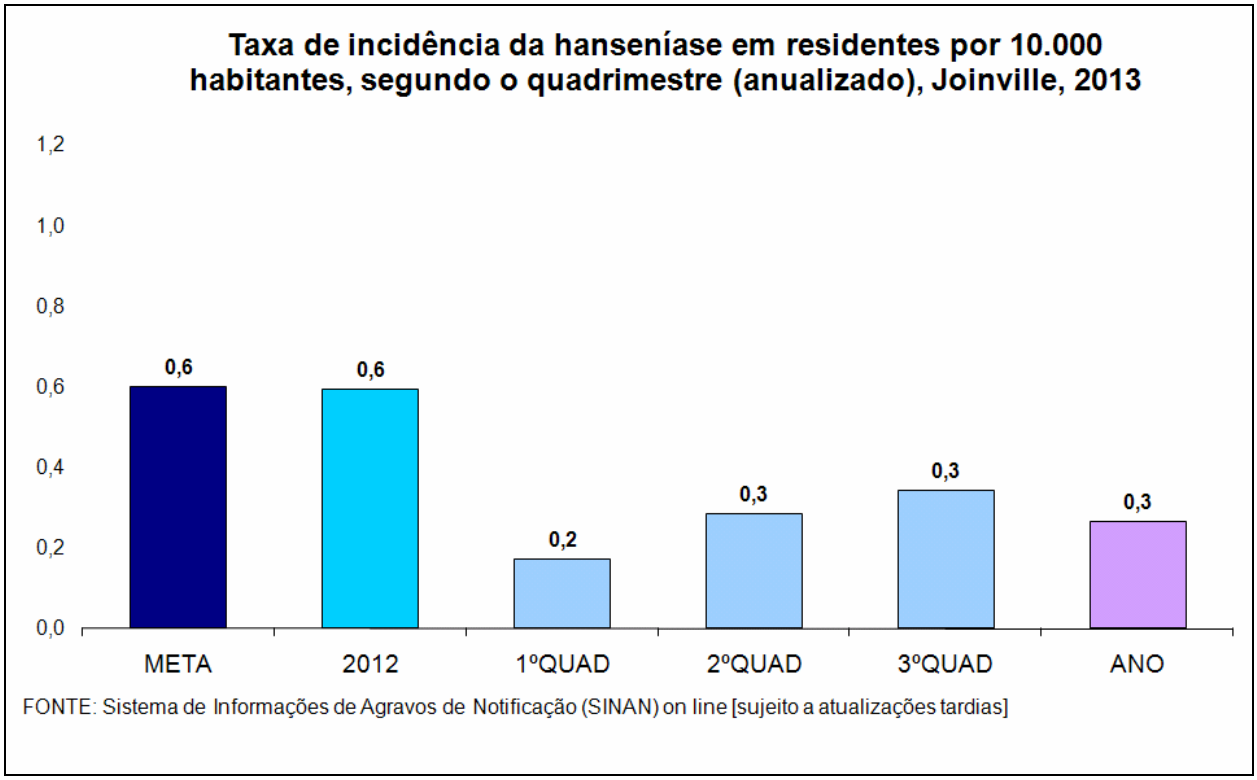
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Coeficiente de incidência de tuberculose (pulmonar e outras formas)	Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas) de residentes X 100.000 / População residente (anualizada)	201 X 100.000 / 526338	**38,2**	**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	54 X 100 / 78	**69,2%**	**85,0%**	😐
Coeficiente de incidência de hanseníase	Número de casos novos de hanseníase em residentes X 10.000 / População residente (anualizada)	14 X 10.000 / 526338	**0,3**	**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	27 X 100 / 29	**93,1%**	**85,0%**	☺
Taxa de incidência de AIDS na população	Número de casos novos de AIDS em residentes (por mês de notificação) X 100.000 / População residente (anualizada)	165 X 100.000 / 526338	**31,3**	**26,5**	😐
Coeficiente de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.	Número de casos de AIDS em crianças residentes menores de 5 anos (por mês de notificação) X 100.000 / Total de crianças residentes menores de 5 anos de idade (anualizada)	1 X 100.000 / 35023	**2,9**	**0**	☹
Número de casos novos de Sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis em recém-natos de mães residentes	11	**11**	**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)

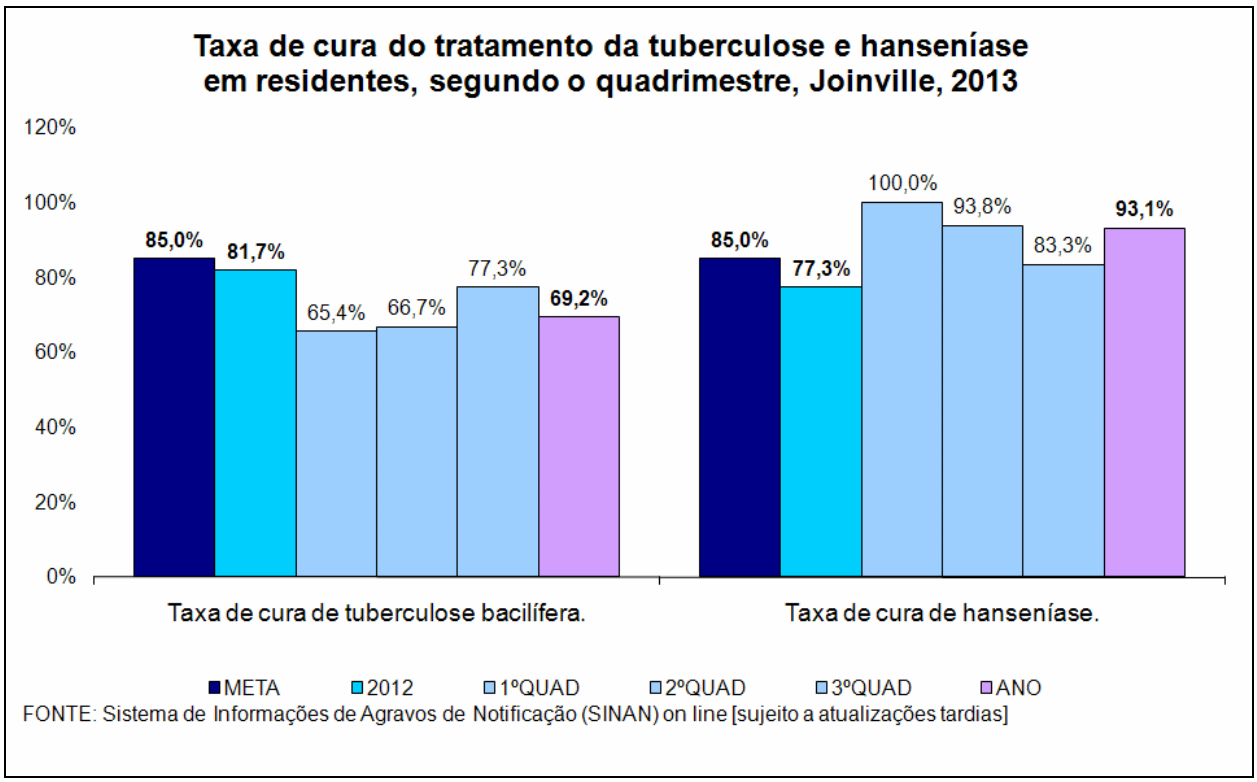
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



A incidência de Tuberculose atingiu 38,2 por 100.000 habitantes, superior à meta pactuada de 25. Este indicador mostra o panorama de ocorrência da doença no estado de Santa Catarina, que se concentra na região litorânea, incluindo a região nordeste onde se localiza o município de Joinville. A análise deste indicador precisa considerar que uma elevada incidência não significa necessariamente uma situação negativa, mas pode significar uma boa vigilância sobre a doença, com melhora na captação de casos novos. Nesse sentido, em 2013 foi realizado um mutirão no presídio de Joinville que favoreceu a identificação de novos casos de Tuberculose Pulmonar.

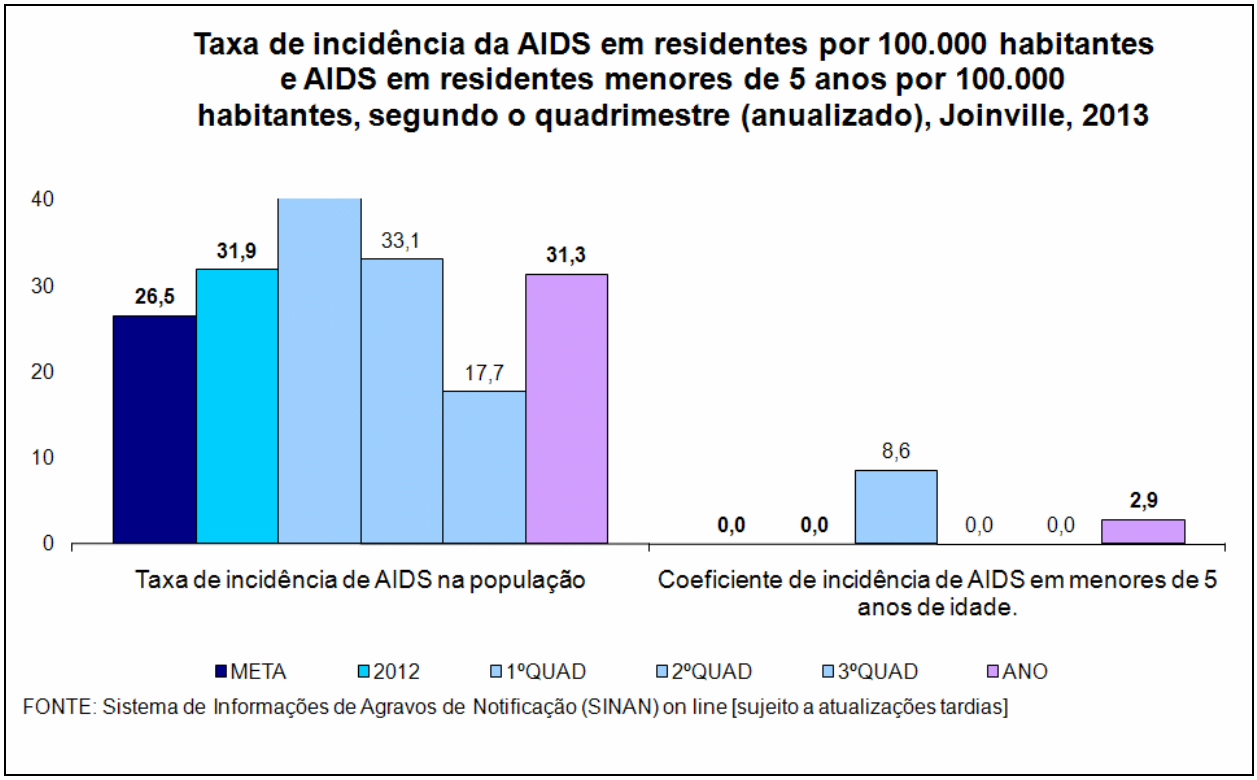


A incidência de Hanseníase está abaixo (0,3) da meta de 0,6, sendo que a maioria dos casos de Joinville são multibacilares (transmissores da doença). Há muita dificuldade em se erradicar esta doença a nivel nacional, sendo o sub-diagnóstico uma das causas. Daí a necessidade de se focar ações na divulgação da doença junto à população e na capacitação dos profissionais. Em 2013, na semana de combate à hanseníase o programa desenvolveu atividades de divulgação na mídia, distribuição de folders e palestras aos profissionais de saúde da rede pública. Em 2014, está prevista a compra de material e capacitação da rede de atenção a saúde, para descentralização do diagnóstico da hanseníase.



TAXA DE CURA DA TUBERCULOSE BACILÌFERA: A taxa de cura (69,2%) está com resultado abaixo da meta pactuada, sendo que dos 78 casos encerrados no período, 54 foram considerados curados. Dentre os 24 casos em que não houve cura, os motivos foram: 2 novos casos de portadores de Tuberculose multirresistente; 8 transferências para outros municípios; 10 abandonos de tratamento em que se realizou busca ativa, porém, sem sucesso, sendo 8 casos de usuários de drogas e 2 moradores de rua; 2 óbitos por Tuberculose com diagnóstico tardio por ocasião do óbito; e 02 casos com falência de tratamento, que permanecem em acompanhamento no Programa de Controle da Tuberculose, ainda sem evolução para cura, (um paciente em tratamento há 13 meses e o outro há 15 meses).

TAXA DE CURA DA HANSENÍASE: A taxa de cura (93,1%) está acima da meta pactuada de 85%. Dos 2 casos não curados, 1 foi por óbito e 1 abandono, em que o paciente retornou ao tratamento após busca ativa e intimação judicial.



TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS: A taxa de incidência de AIDS (31,3) tem apresentado pequena variação nos últimos 4 anos, porém segue o padrão do estado. Em 2013 foram realizadas atividades educativas na comunidade e indústrias com o objetivo de trabalhar a prevenção e diagnóstico precoce. No dia nacional de combate à AIDS, o programa desenvolveu atividades junto à comunidade e aos profissionais de saúde.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS: Houve 1 caso diagnosticado em criança com 3 anos de idade e residente em Joinville há 1 ano. O pré-natal e o nascimento desta criança ocorreram em outro município, onde não se fez o diagnóstico oportunamente. A identificação do caso foi feita durante o pré-natal de nova gestação em Joinville.

NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA: Houve 11 casos de sífilis congênita no ano, representando um aumento significativo com relação aos anos anteriores. Dos 11 casos diagnosticados como sífilis congênita, segundo o critério do Ministério da Saúde, 6 gestantes fizeram acompanhamento de pré-natal e 5 gestantes não fizeram o pré-natal na rede básica de saúde.
Dos 6 casos onde as gestantes foram acompanhadas durante o pré-natal:
- Gestante de 27 anos foi acompanhada na rede privada. Esta gestante já havia tratado sífilis durante uma gestação anterior e houve um erro na interpretação do resultado do exame, que foi considerado cicatriz sorológica. Esta gestante não foi tratada e nem o seu parceiro, sendo o RN considerado como sífilis congênita.

- Gestante de 19 anos, iniciou o pré-natal em Curitiba, mudou-se para Joinville, gestação gemelar, considerada de risco, ficou internada durante 2 meses e o médico entendeu o resultado da titulação 1:4 como cicatriz e não tratou. Após o parto na titulação das crianças foram constatado 1:24, sendo os 2 RNs considerados casos de sífilis congênita.
- Gestante de 16 anos, iniciou o pré-natal em Barra Velha, com resultado de exame VDRL não reagente no primeiro e segundo trimestre, porém o parceiro não foi tratado, a gestante se recontaminou no terceiro trimestre e no momento do parto foi diagnosticado sífilis na mãe, sem tratamento a tempo, contaminando o RN.
- Gestante de 18 anos, foi acompanhada pela Unidade Básica de Saúde durante o pré-natal, porém foi diagnosticada com sífilis, iniciado tratamento mas não completou o tratamento até o momento do parto, sendo considerado pelos critérios do MS como mais um caso de sífilis congênita.
- Gestante de 24 anos, foi diagnosticada com sífilis no segundo trimestre, iniciou o tratamento, mas até o momento do parto não houve diminuição da titulação a ponto de evitar a contaminação do RN. Pelos critérios do MS, o RN foi considerado caso de sífilis congênita.

Dos 5 casos onde as gestantes não fizeram acompanhamento de pré-natal:
- 100% das gestantes não fizeram o exame de gravidez na rede pública, não sendo possível diagnosticar previamente a contaminação por sífilis durante a gestação. Todas são donas de casa, com idade entre 16 e 20 anos de idade, e com baixa escolaridade.
- Uma das gestantes realizou o teste de gravidez no laboratório municipal, foi diagnosticada contaminação por sífilis, porem nunca retornou para buscar o resultado do exame, escondeu que estava grávida da família e recebeu o resultado do exame apenas no momento da curetagem, pois teve um aborto e foi diagnosticado no feto.
- Todas as gestantes pertenciam a áreas de abrangência de ESF ou de UBS, porém como as unidades de saúde não tinham conhecimento destas gestantes não foi possível resgatá-las para realizarem o acompanhamento de pré-natal e iniciarem o tratamento em tempo de não contaminarem os RNs.

Verifica-se assim que cada caso possui uma peculiaridade que dificultou o diagnóstico e tratamento oportuno. Apesar disso, considera-se que houve falhas nos serviços de saúde, desde captação, acesso, erro na conduta técnica, fluxo assistencial, entre outros. Espera-se que com a implantação da Rede Cegonha e descentralização dos testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV na própria unidade de saúde, estes problemas possam ser superados, visto que desde o momento do diagnóstico da gravidez até o momento do parto ela será acompanhada e monitorada pelas equipes da Unidade de Saúde e da Vigilância Epidemiológica.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Articular com o setor de Informática a disponibilização das séries históricas dos agravos e doenças na página da SMS	UVS\ V.Epidemio e NIS	**ação contínua**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

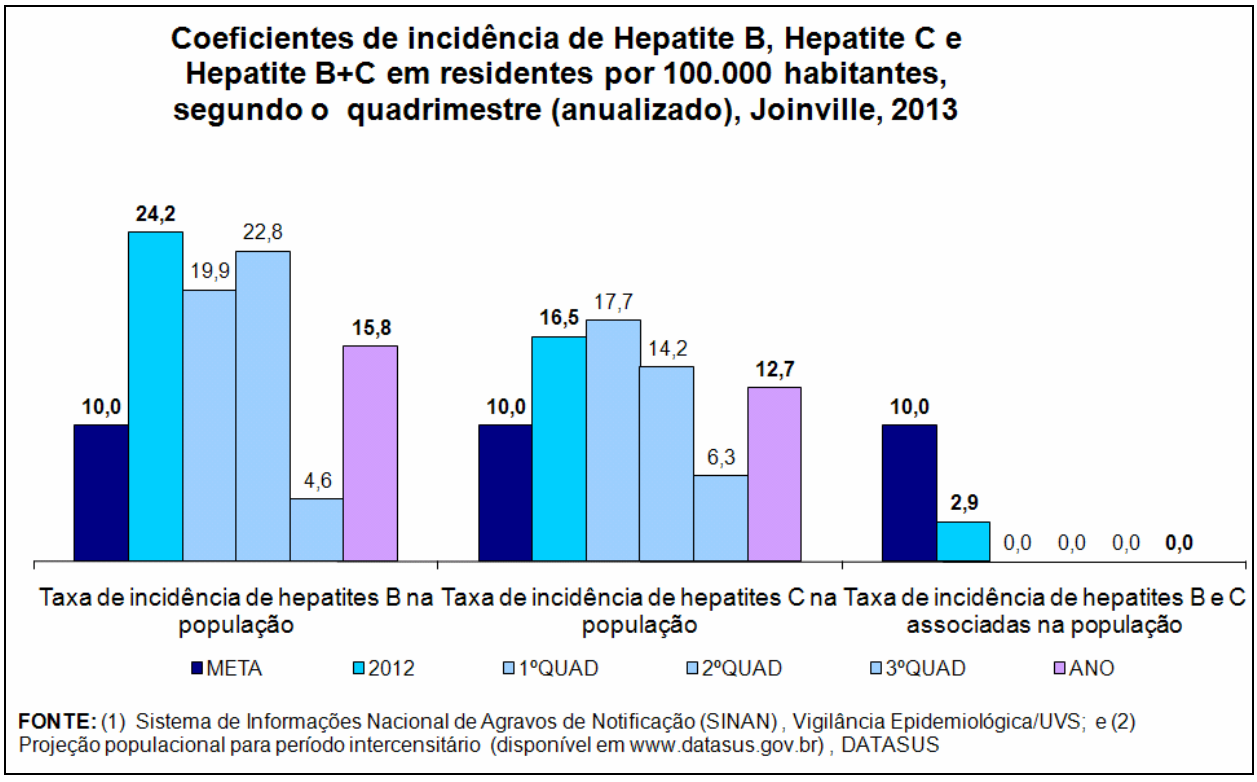
Esta proposta ainda está em pauta e deverá ser implantada quando a Secretaria tiver os sistemas de tecnologia da informação adequados. Entretanto, enquanto isto não ocorre, a vigilância tem dado retorno rotineiro às UBS sobre os agravos notificados em cada área de abrangência. Os dados dos nascimentos são informados a cada UBS com o encaminhamento das Declarações de Nascidos Vivos. O mesmo ocorre com os óbitos de crianças menores de 5 anos e óbitos fetais.

DIRETRIZ 5: Implantar o programa de controle das Hepatites Virais

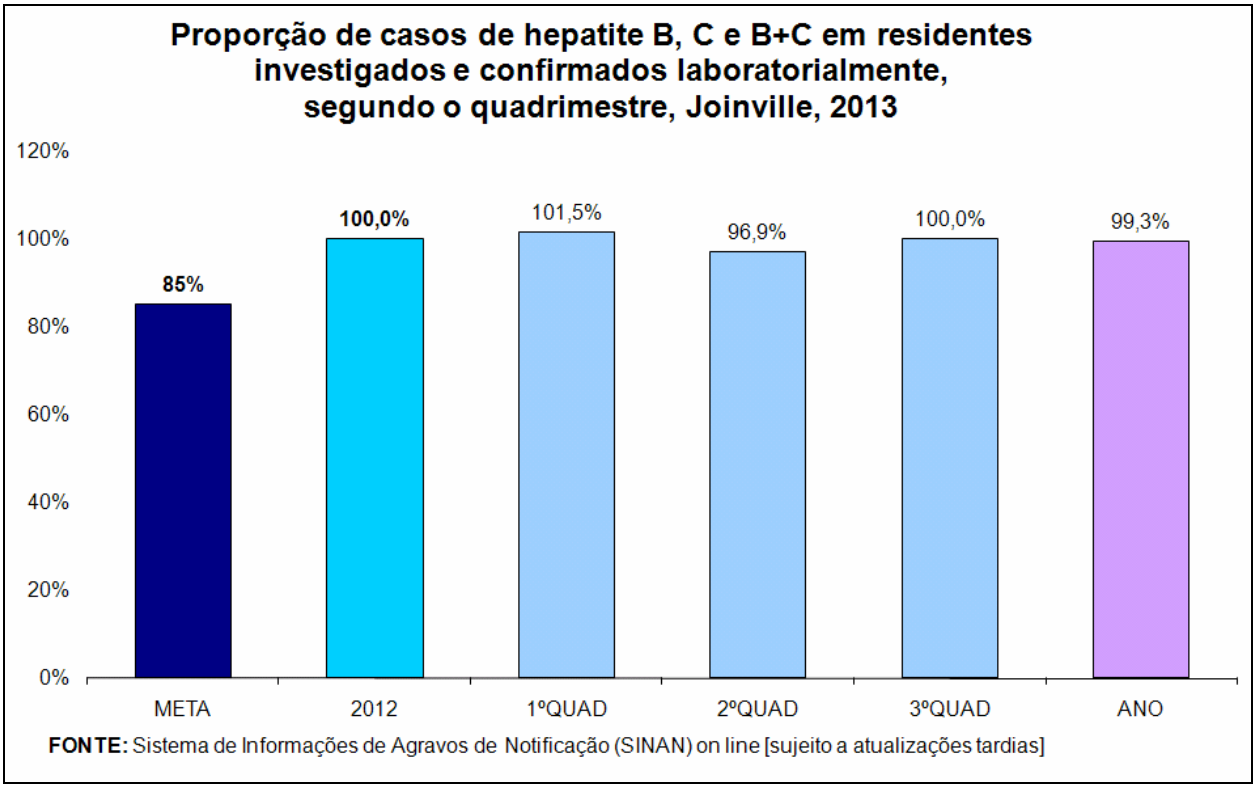
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Taxa de incidência de hepatites B na população	Número de casos novos de hepatite B isolada em residentes X 100.000 / População residente (anualizada)	83 X 100.000 / 526338	**15,8**	**10,0**	☹
Taxa de incidência de hepatites C na população	Número de casos novos de hepatite C isolada em residentes X 100.000 / População residente (anualizada)	67 X 100.000 / 526338	**12,7**	**10,0**	☹
Taxa de incidência de hepatites B e C associadas na população	Número de casos novos de hepatite B e C associadas em residentes X 100.000 / População residente (anualizada)	0 X 100.000 / 526338	**0,0**	**10,0**	☺
Proporção de casos de hepatites B, C e B+ C confirmados por sorologia*	Número de casos de hepatite B + hepatite C + Hepatite B e C confirmados por sorologia reagente X 100 / (Número de casos de hepatite B + hepatite C + hepatite B e C)	149 X 100 / 150	**99,3%**	**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



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



HEPATITES VIRAIS: O Programa Municipal de Controle das Hepatites Virais (PMCHV), criado em 2010, aumentou a captação de casos cadastrados, pois o fluxo de atendimento dos portadores de hepatites virais inclui a rede básica de saúde, rede particular e rede conveniada diretamente com o programa que oferece assistência integral ao paciente. As metas estabelecidas foram estimadas sem dados anteriores para serem usados como referência para pactuar. Somente após a criação do programa é que começam a surgir dados para formar uma série histórica. Este aspecto precisa ser levado em consideração na análise da incidência.

Desde sua criação, o PMCHV vem atendendo um número crescente de pacientes. Foram definidos fluxos assistenciais e a divulgação do programa entre os profissionais de saúde e na mídia provocou aumento da busca da população por testagem. A criação da rede e o fornecimento de medicamentos para o tratamento de hepatites Virais no PMCHV, motivou a inclusão de pacientes da rede particular e conveniada no PMCHV. Observou-se que a facilidade do acesso e boa assistência do PMCHV oportunizou pacientes co-infectados de municípios vizinhos se cadastrarem com endereço “emprestado” do município de Joinville, colaborando com o aumento dos números.

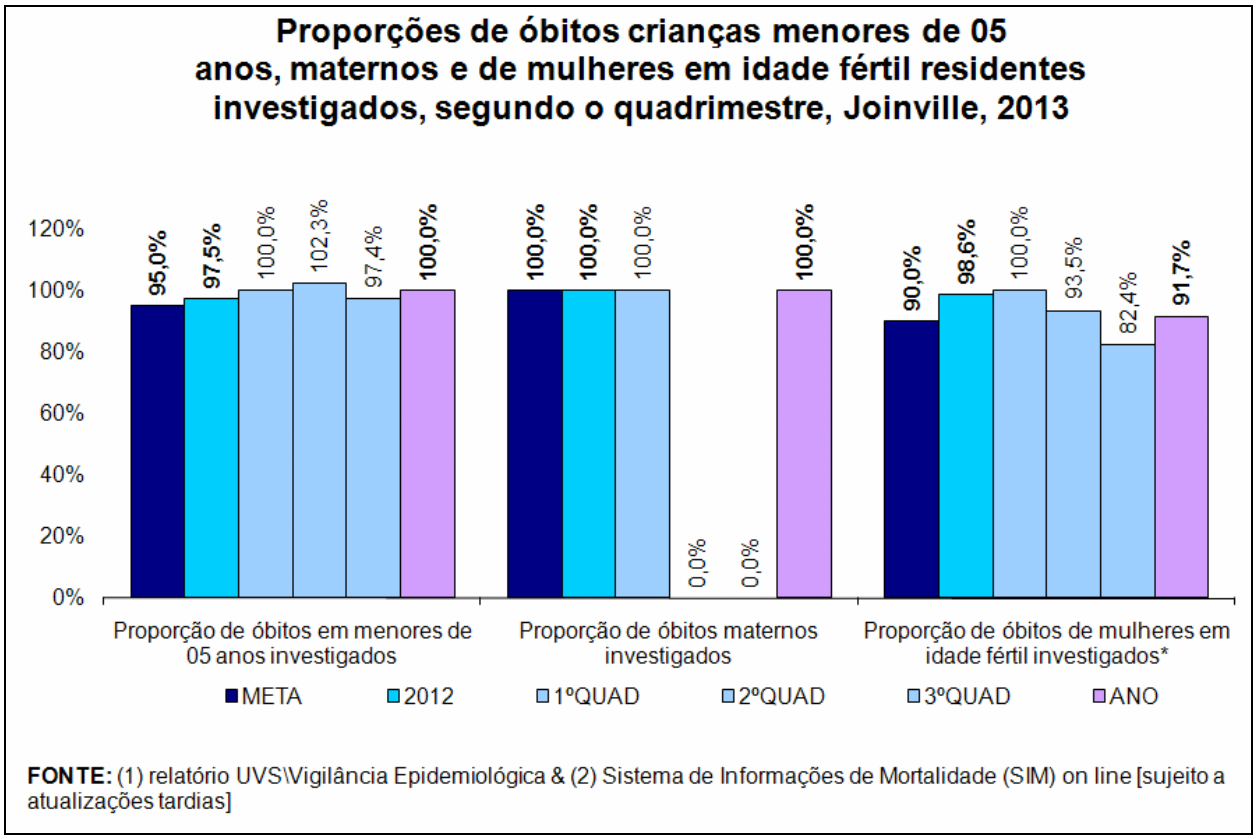
DIRETRIZ 6: Aperfeiçoar a Vigilância da mortalidade

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	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]	127 X 100 / 127	**100,0%**	**95,0%**	☺
Proporção de óbitos maternos investigados	Número de óbitos maternos de mulheres residentes investigados X 100 / Total de óbitos maternos* de mulheres residentes	2 X 100 / 2	**100,0%**	**100,0%**	☺

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	Número de óbitos de mulheres residentes de 10 a 49 anos de idade investigados X 100 / Total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade residentes	121 X 100 / 132	**91,7%**	**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	2456 X 100 / 2513	**97,7%**	**90,0%**	☺

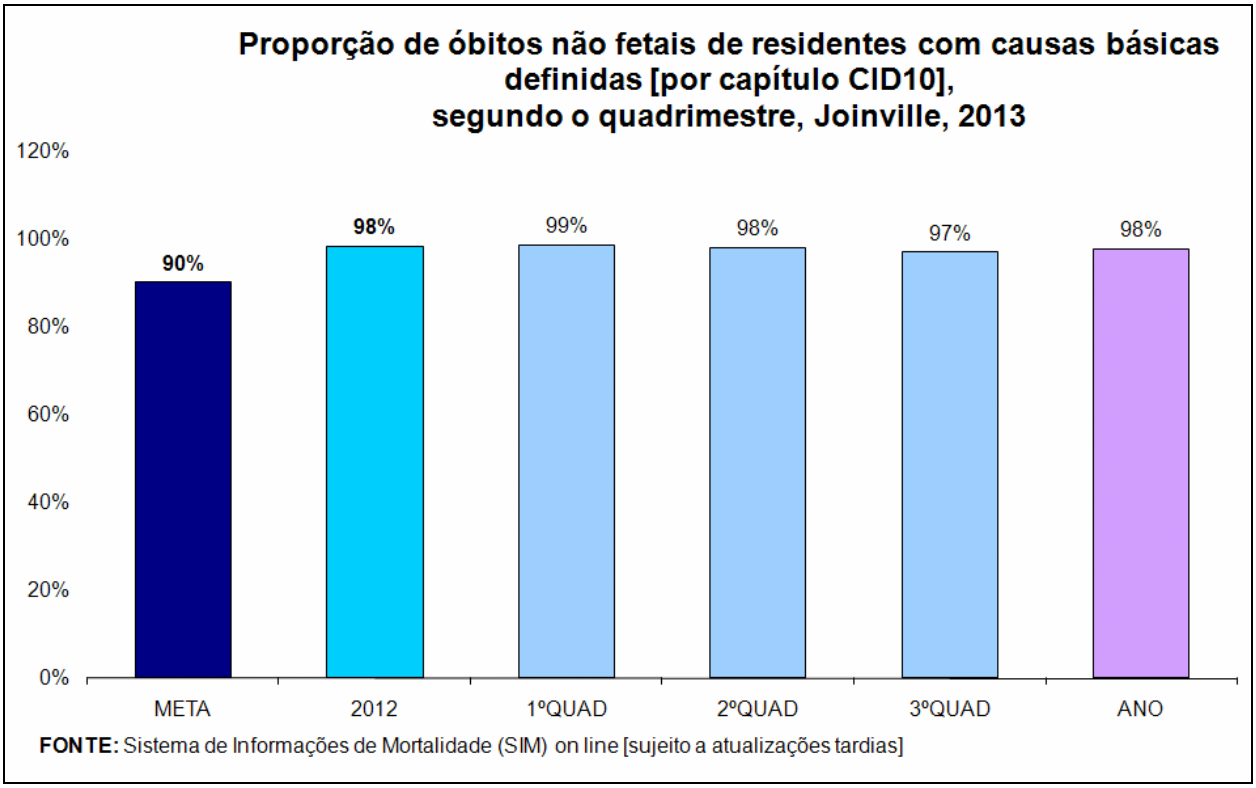
BASE/FONTE: UVS\C.Mortalidade Infantil: relatório da Comissão; UVS\Comissão de Mortalidade Materna: relatório da Comissão; UVS\Serviço de Verificação de Óbito: relatório do Serviço; UVS\Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) on line [sujeito a atualizações tardias];
*OBS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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



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

Todos os óbitos em menores de 5 anos e fetais foram investigados, analisados e digitados no Modulo do SIM WEB. As causas destes óbitos estão detalhadas no Relatório da Comissão de Prevenção de Mortalidade Infantil que é bastante atuante (Apêndice 02).
Em 2013, ocorreram 2 óbitos maternos sendo 01 direto e 01 indireto (acidente de trânsito), que foram investigados e alimentados no módulo SIM WEB. Dos 132 óbitos de mulheres em idade fértil, 121 foram investigados.



As declarações de óbito com causa básica definida permaneceram acima de 98% evidenciando a melhora na qualidade das informações no SIM nos últimos anos.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Incluir representantes dos hospitais e das maternidades na Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil - CPMI	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

INCLUSÃO NA COMISSÃO: Em reunião com Hospital Infantil Jeser Amarante Faria foi definido a participação de representação na CPMI a partir de setembro 2013. Para 2014, há a proposta de criar um Comitê de Investigação de Óbitos Infantis com a participação dos diversos serviços de atenção à criança, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

RETROALIMENTAÇÃO: há encaminhamento contínuo de cópia das Declarações de Óbitos emitidas pelo SVO aos hospitais.

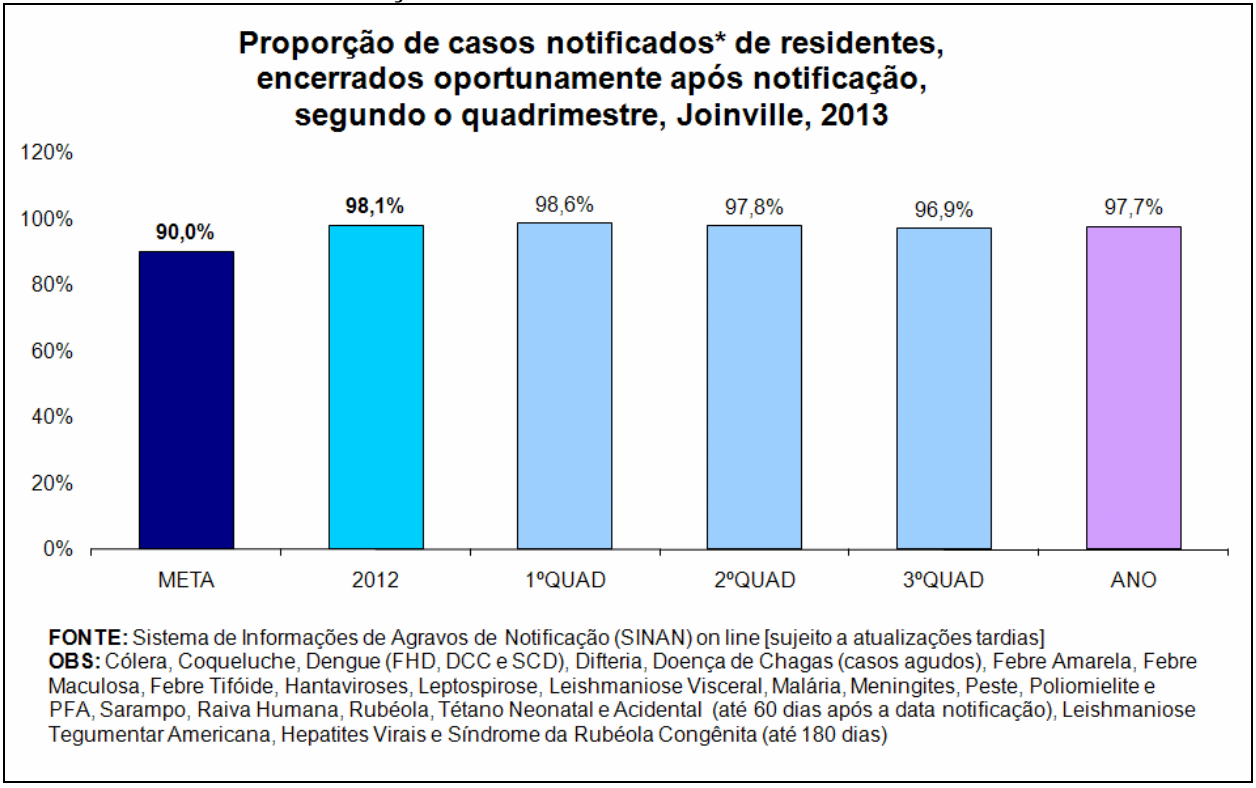
DIRETRIZ 7: Aprimorar a Vigilância de Agravos Notificáveis

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	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	568 X 100/ 578	**98,3%**	**93,0%**	☺

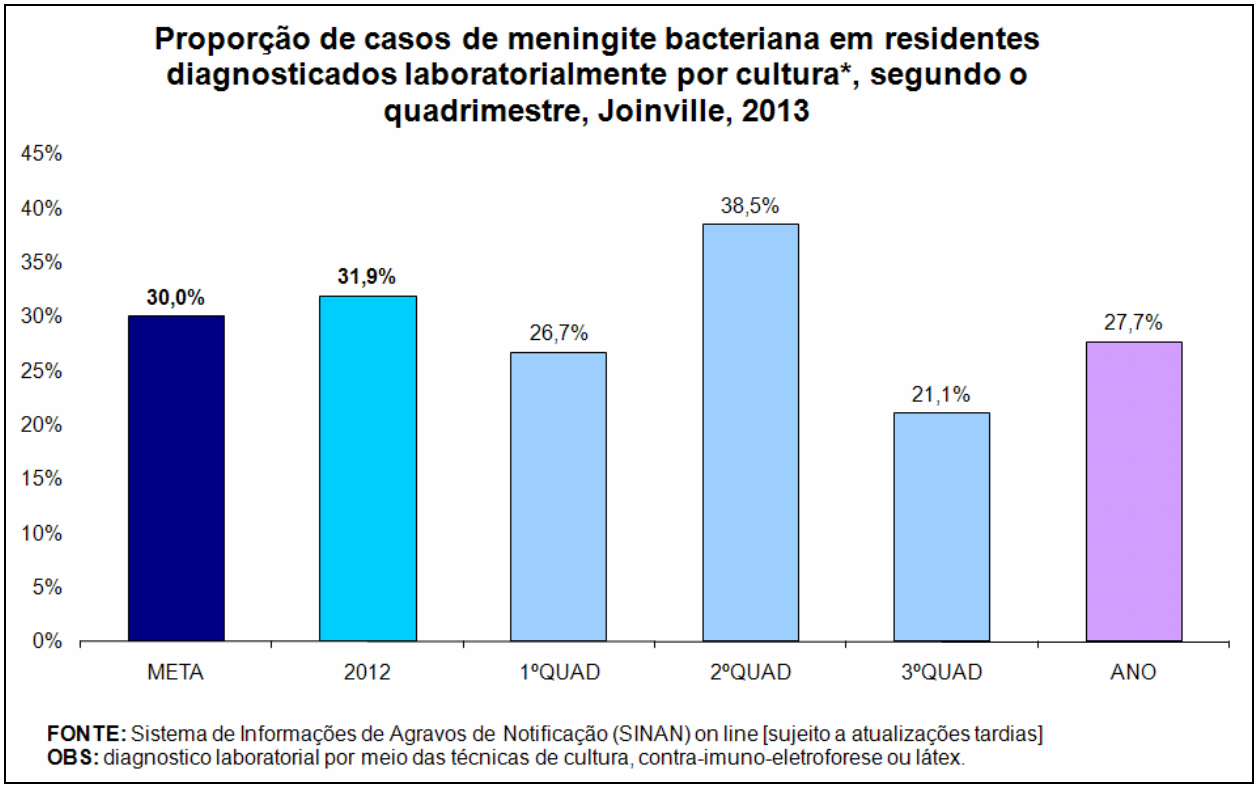
Proporção de casos de meningite bacteriana, em residentes, diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex	Número de casos de meningite bacteriana em residentes com confirmação laboratorial X 100 / Número de casos novos de Meningites bacterianas em residentes	13 X 100/ 47	**27,7%**	**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	233 X 100 / 208	**112,0%**	**100,0%**	☺
Percentual de acidentes de trabalho grave e fatais investigados	Número de acidentes em residentes, especificados na PRT MS\GM 104/11*, investigados pelo SINAN X 100 / Total de acidentes de trabalho em residentes, especificados na PRT MS\GM 104/11, notificados no SINAN	347 X 100 / 347	**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 , 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.

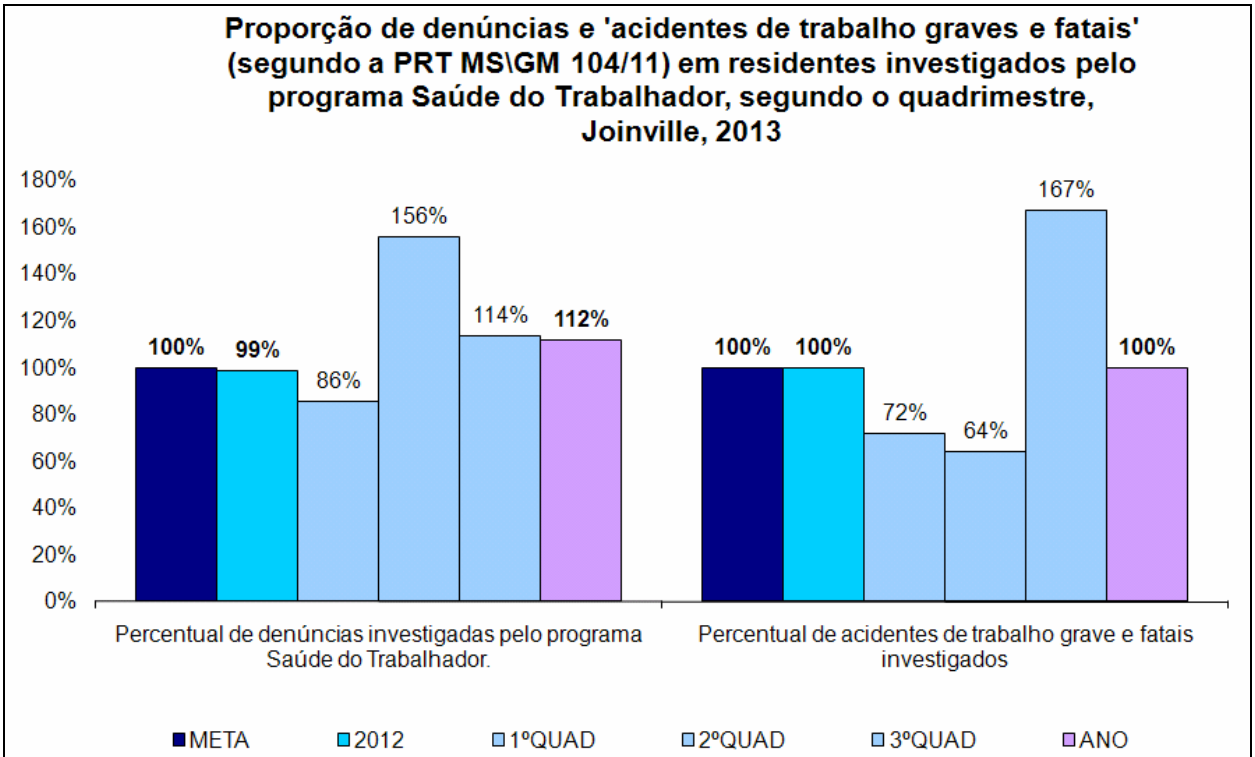
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS



O bom resultado do indicador (98,3%) deve-se ao monitoramento contínuo da equipe da VE através da investigação dos casos e do controle diário dos resultados de exames para encerramento dos casos notificados.



Em 2013 foram realizadas 36 culturas para meningites sendo 23 negativas na identificação do agente etiológico e 13 positivas. Apesar de apenas 27,7% dos exames terem possibilitado a identificação do agente etiológico da meningite, vale mencionar que 76% dos pacientes (36) tiveram os exames coletados. Entre os fatores que influenciam a identificação do agente temos a insuficiência de material para cultura e uso prévio de antibiótico. Além disso, no início do ano, o laboratório contratado pelo Hospital Infantil não estava realizando a cultura para todos os casos de meningites, situação esta que foi corrigida posteriormente com a mudança do prestador de serviço.



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

CEREST: Com relação às denúncias investigadas, o resultado acima de 100% deve-se às diversas fontes de informação que registram acidentes de trabalho, como Ouvidoria, Sindicatos, SINAN, Ministério público, superpondo e duplicando os registros. Em 2013, houve aumento do número de notificações, após a realização de um conjunto de ações visando sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da notificação dos agravos da portaria 104, e capacitá-los para a suspeição, identificação, registro e orientação dos pacientes. Estas ações abrangeram o Hospital Municipal São José, unidades de emergência, rede básica de saúde e unidades sentinelas.
Sobre a investigação dos acidentes de trabalho graves e fatais, todas são realizadas.

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**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
As notificações de agravos são realizadas via on line/Intranet e é impresso cópia física duas vezes ao dia pelos técnicos responsáveis.

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 2013	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)
OBS: os números apresentados correspondem as coletas realizadas e enviadas ao LACEN,/SC, atendendo a competência municipal. O indicador consolidado pelo estado corresponde aos exames efetivamente realizados pelo LACEN. Destaque-se que o

LACEN tem encontrado dificuldades para atender ao volume de amostras encaminhadas pelos municípios, rebaixando o resultado estadual e o atribuído aos municípios.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS

VIGIAGUA: são realizadas 100% das ações previstas no sistema de monitoramento da qualidade da água em Joinville. Atualmente há 44 pontos de coleta de água para análise.

ÁREA ESTRATÉGICA: Saúde Bucal

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

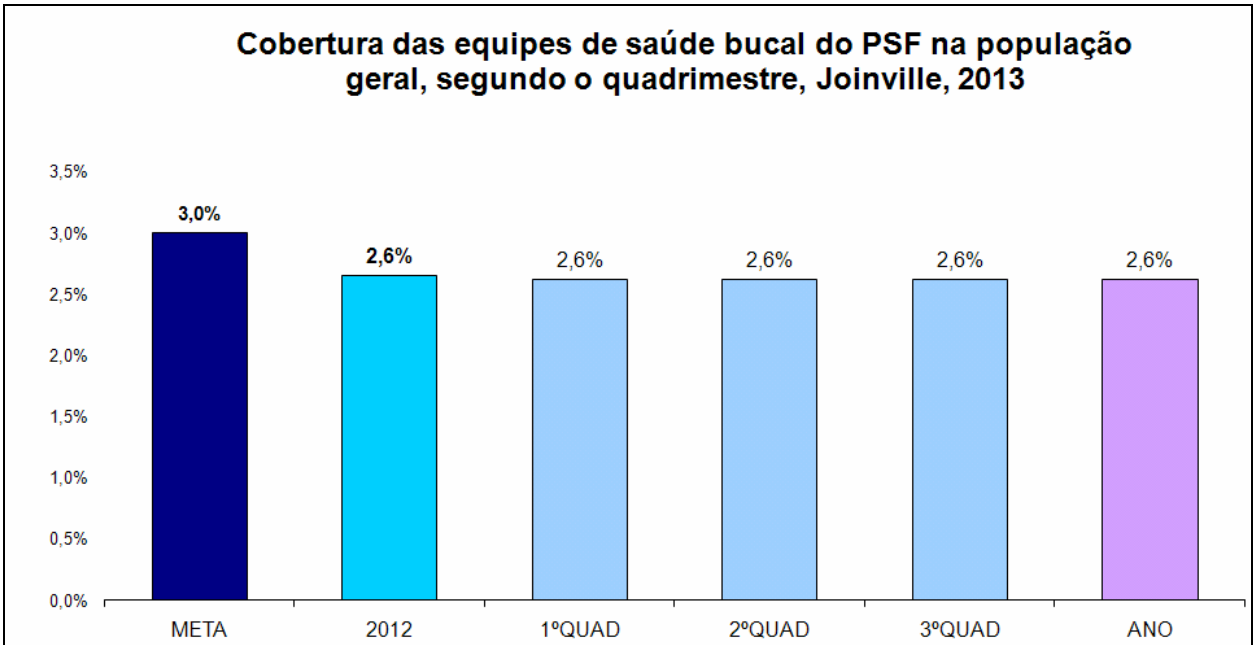
DIRETRIZ: Promover a saúde bucal da população

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	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 / 526338	**2,6%**	**3,0%**	😐
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	{SB-ESF + [(carga horária semanal dos CD lotados em UBSs convencionais)/ 40 horas semanais])} x 3.000 pessoas X 100 / Total de residentes	{[4 + (1620 /40)] X 3.000} X 100 / 526338	**25,4%**	**29,6%**	😐
Cobertura de primeira consulta odontológica programática (acumulado)	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas (acumulado) X 100 / População residente total	69111 X 100 / 526338	**13,1%**	**20,0%**	☹
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local e período, dividido pelo período X 100 / População residente	188831 /12X 100 / 526338	**2,99%**	**3,0%**	😐
Proporção ofertada da necessidade de procedimentos de endodontia, periodontia, cirurgia Buco-Maxilo-Facial e oral menor (para 70% da população)*	Número de procedimentos de endodontia, periodontia, cirurgia Buco-Maxilo-Facial e oral menor realizadas no CEO X 100 / Estimativa da população residente demandante a Rede Assistencial do SUS (anualizada)	10703 X 100 / 351019	**3,0%**	**1,5%**	☺

BASE/FONTE: (1) UPCAA\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 (buço-maxilo-facial e oral menor): 89,3 e 148,8%.

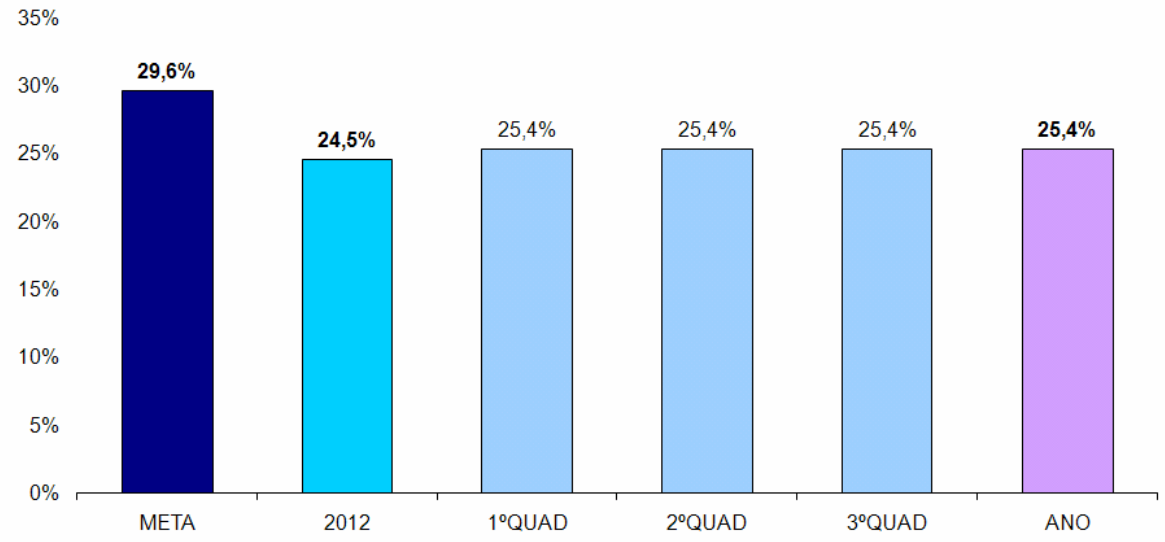
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



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

Atualmente a cobertura é de 2,6%, abaixo da meta estimada de 3%. A melhoria deste indicador depende da ampliação de equipes de Saúde Bucal na modalidade ESF. Foi realizado um estudo pela área técnica, propondo concurso interno (seleção interna) visando a mudança de modelo, de ambulatorial (convencional) para ESF. Esta mudança de forma progressiva e considerando os servidores atuais, provocaria uma evolução no indicador. A proposta encontra-se em análise e aguarda parecer para definição de edital de concurso.

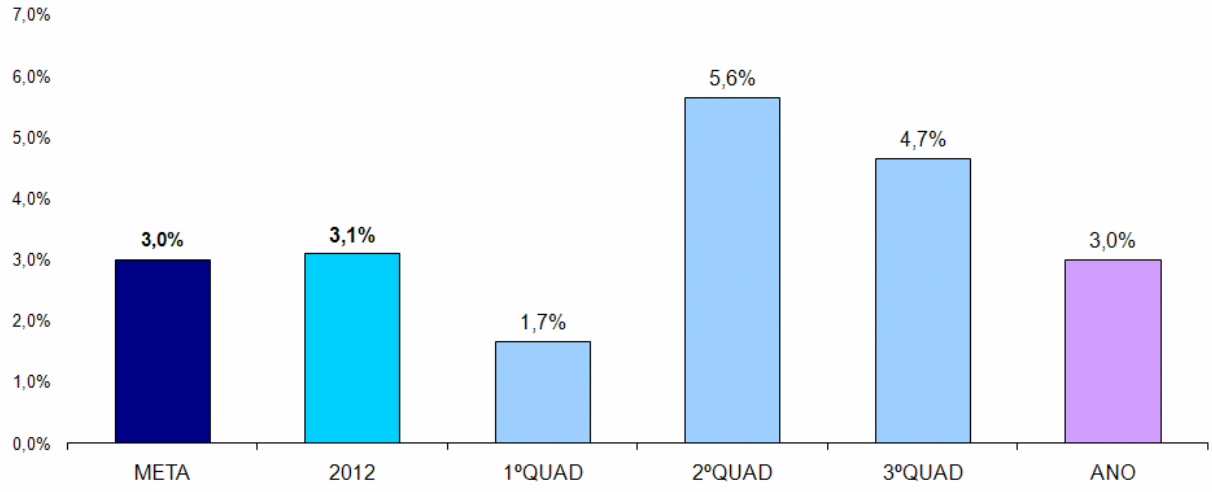
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal, segundo o quadrimestre, Joinville, 2013



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

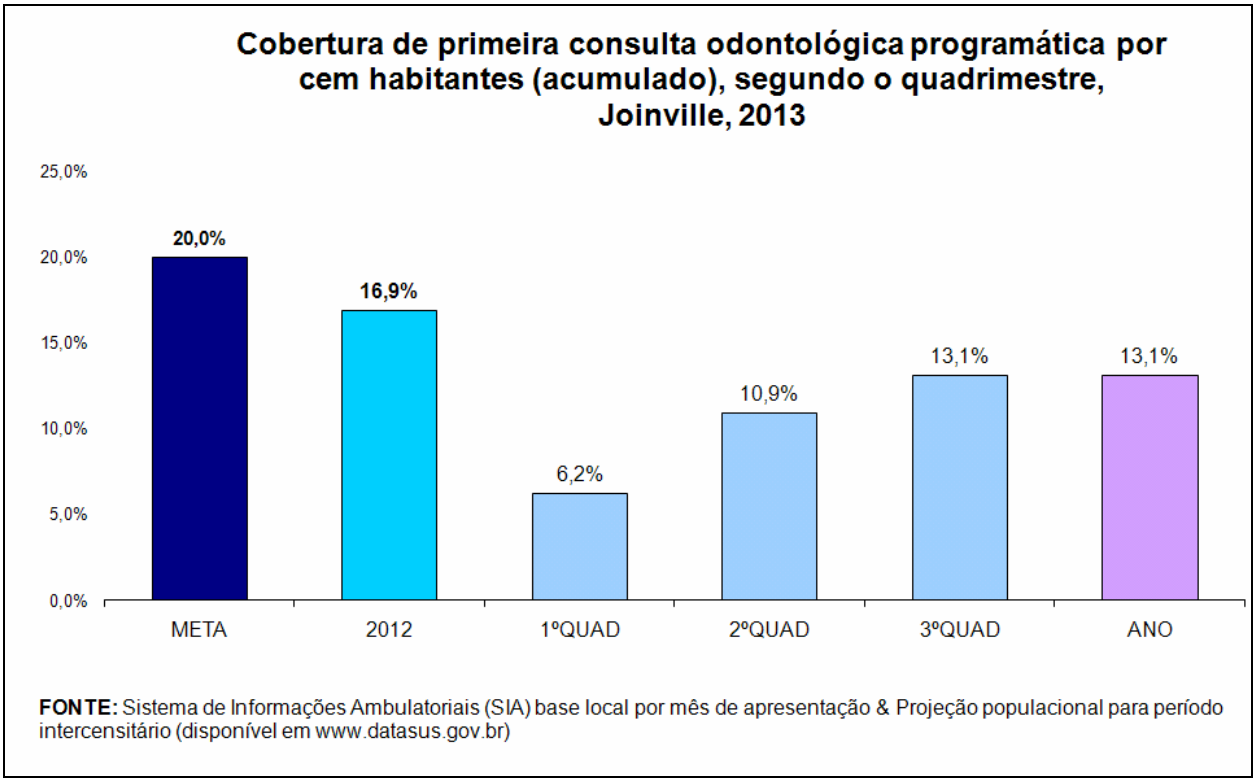
A cobertura em saúde bucal atingiu 25,4%, enquanto o esperado era de 29,6%. A meta de 29,6% foi estimada considerando a expectativa de ampliação do quadro de profissionais, portanto sua melhoria depende desta ampliação já que considera a carga horária dos profissionais. O estudo proposto de concurso interno (seleção interna) visando mudança de modelo de ambulatorial para ESF, permitiria otimizar o quadro de servidores atuais, onde os cirurgiões dentistas ambulatoriais passariam para carga horária diária integral, resultando na evolução do indicador de cobertura. A proposta está em análise e aguardando definição de edital de concurso.

Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada por cem habitantes, segundo o quadrimestre (anualizado), Joinville, 2013



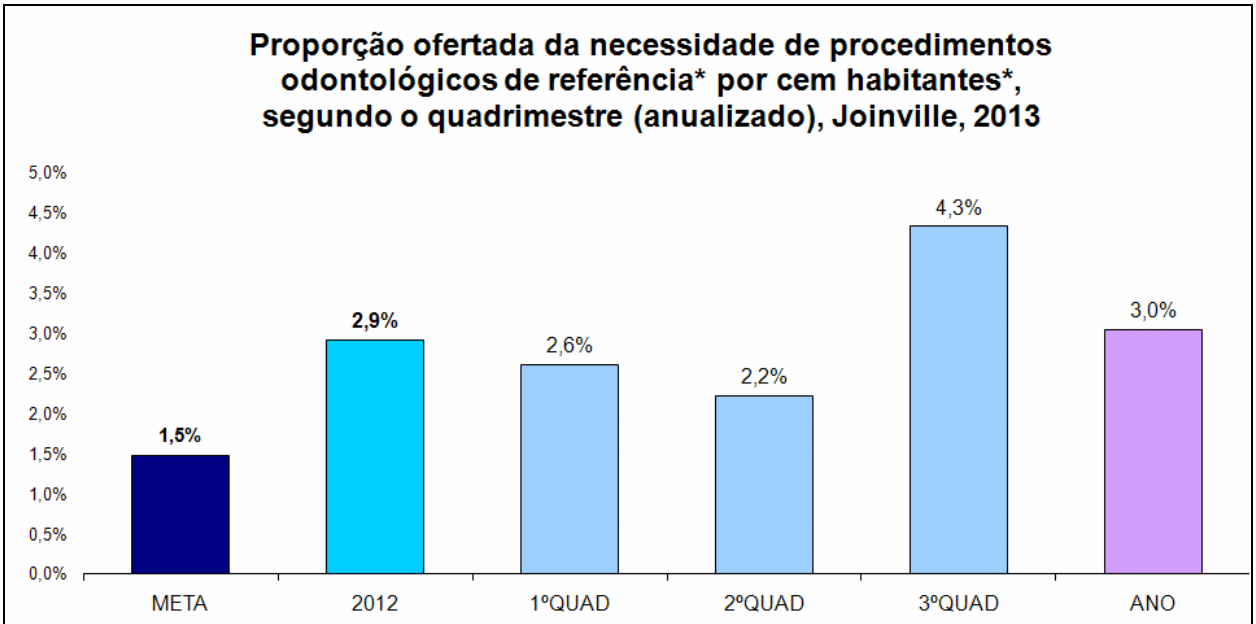
FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) base local por mês de apresentação & Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)

O indicador alcançado de 2,99% é extremamente positivo e reflete os esforços empreendidos para a melhoria dos resultados, como: reuniões com as equipes, relatórios de avaliação e monitoramentos periódicos, com o objetivo de sensibilização e conscientização das metas pactuadas, bem como a apropriação das informações. Existem dificuldades, como por exemplo, os agentes comunitários de saúde, importantes parceiros nesta atividade, que em 2013 focaram na meta de visita domiciliar não realizando a atividade de escovação em algumas unidades. Também o atraso no registro da produção de algumas unidades de saúde é outra dificuldade enfrentada.



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

Este indicador mede o acesso da população frente à capacidade instalada. A meta de 20% foi definida estimando a ampliação do número de equipes de saúde bucal, o que não ocorreu. Considerando que dois terços (2/3) deste indicador correspondem ao exame dos escolares, alguns fatores contribuíram para o não alcance da meta: aproximadamente 15.000 crianças deixaram de ser examinadas por falta de autorização dos pais e algumas equipes não examinam anualmente os escolares, pois os profissionais não finalizaram o atendimento do ano anterior, considerando que em média, cada primeira consulta exige 5 consultas de retorno para conclusão do tratamento. Outro fator relevante é a falta de informatização, resultando numa sobrecarga de trabalho aos digitadores e pelo menos 21 unidades de saúde fecharam o período com a digitação da produção atrasada. Ainda que relatórios de monitoramento da produção sejam enviados rotineiramente para as coordenações e equipes solicitando providências, este fator tem dificultado o registro da produção em tempo real, o que reduz o índice alcançado. Como medida para garantir o processo de registro adequado da produção, os consultórios estão recebendo computadores e a própria equipe de saúde bucal faz o registro. Em relação às autorizações para os exames, as mesmas não serão necessárias em 2014, pois os Secretários da Saúde, Educação, Promotoria da Infância e Conselho Regional de Odontologia, em reunião, elaboraram um parecer favorável (respaldo jurídico) para a realização dos exames.



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

Este indicador superou a meta estimada, o que é positivo. A inauguração do CEO Tipo III Univille e, consequentemente, o aumento do quadro nas especialidades, contribuiu para este resultado.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Constituir comissão intersetorial envolvendo todos os níveis de atenção [em Saúde Bucal];	Secretário, UAB, USR	**prejudicada**
Contratação de profissionais para adequação do quadro;	USR, UAB	**ação contínua**
Pactuação com HRHDS para utilização de horários pelos profissionais do CEO, no Centro Cirúrgico;	USR, UPCAA e Secretário	**prejudicada**
Implantar as equipes de saúde bucal – ESB em consonância com as equipes de ESF já existentes.	UAB	**encaminhada**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
COMISSÃO INTERSETORIAL SAÚDE BUCAL: A Comissão existe e reúne-se a cada 2 meses, mas não foi nomeada formalmente. O Núcleo de Apoio Técnico sugeriu o rodízio dos profissionais, permitindo assim a participação de um maior número de técnicos com visões e experiências diferenciadas. Desta forma, entende-se que não há necessidade de nomeação de uma comissão fixa.
CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Com a implantação do CEO Tipo III - UNIVILLE, foi readequado o quadro das especialidades, ampliando 1 vaga para a especialidade de Implantodontia e liberando 2 vagas para as especialidades de endodontia e pacientes especiais para o CEO Tipo II Bucarein.
PACTUAÇÃO COM HRHDS: A pactuação para utilização de horários no Centro Cirúrgico foi realizada, entretanto, apenas com o Hospital Bethesda e Hospital Infantil. Posteriormente, será necessária a articulação com o HRHDS visando contemplar o público adulto.
IMPLANTAR AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM CONSONÂNCIA COM A ESF: Existem aspectos legais que impedem as atuais ESB de atuarem na ESF. Esse assunto foi discutido com o Núcleo de Gestão de Pessoas, Diretoria Executiva, Gabinete e GUAB e a mudança só poderá ocorrer com a contratação dos novos profissionais.

ÁREA ESTRATÉGICA: Grupos Vulneráveis

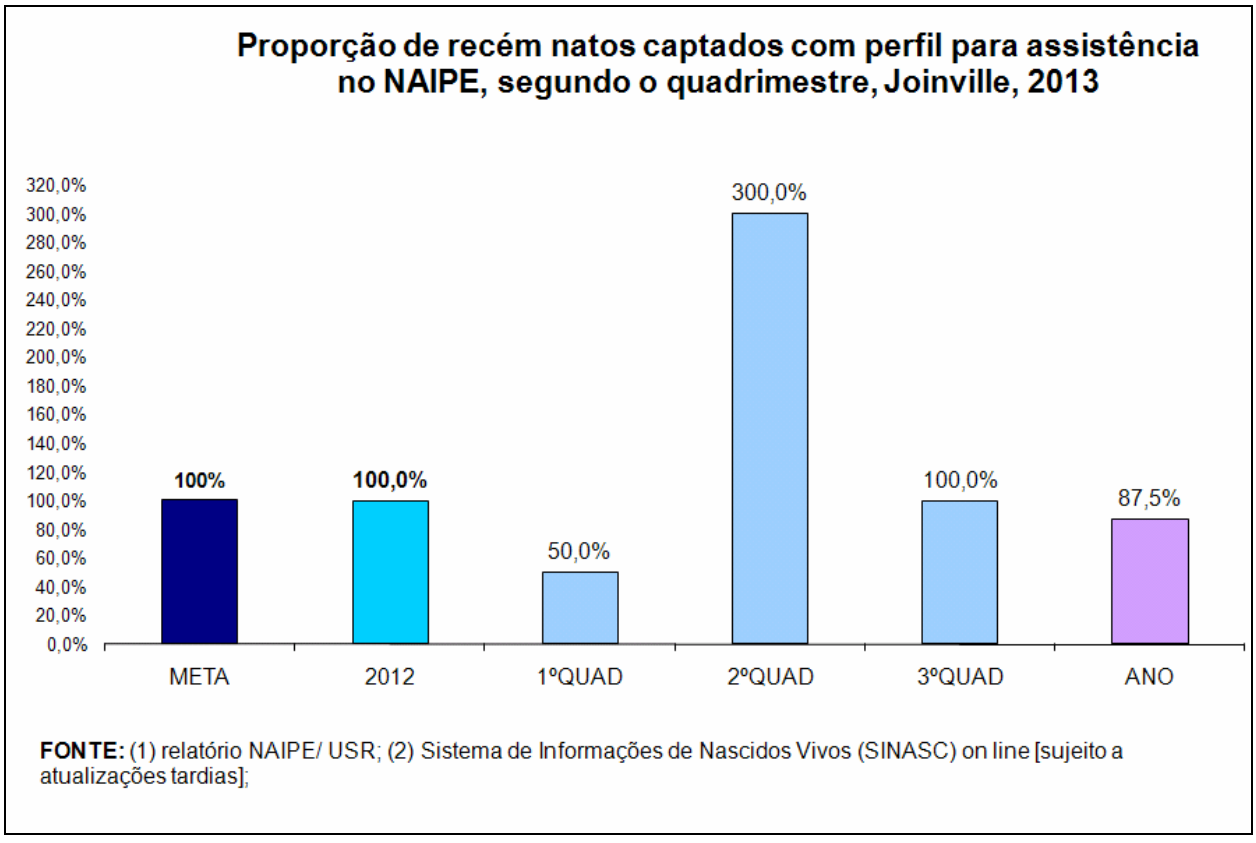
OBJETIVO: Promover a inclusão social de pessoas com deficiências ou transtornos mentais

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	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	7 X 100 / 8	**87,5%**	**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 indicador da proporção de recém natos captados pelo NAIPE, apesar de importante, não é representativo de todo o trabalho multiprofissional que o NAIPE realiza. A meta alcançada de 87,5% representa 7 crianças captadas, num total de 8 notificadas pelas maternidades. O fluxo estabelecido para esta captação está adequado. Uma das crianças notificadas, quando foi feita a busca ativa, já havia reinternado e obituado. O NAIPE é um serviço que realiza uma assistência diferenciada quanto à sua proposta inovadora e qualidade técnica.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Contratação de profissionais para ampliação da equipe;	USR\ NAIPE	**encaminhada**
Treinamento nas maternidades para o correto preenchimento do Campo 34 da Notificação de Nascidos Vivos.	USR\ NAIPE UPCAA\ PROGESUS	**Não encaminhada**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

Contratação de profissionais: houve ampliação de equipe, porém há problemas com o espaço físico, que necessita de reforma, para a implantação do segundo turno de funcionamento do serviço.

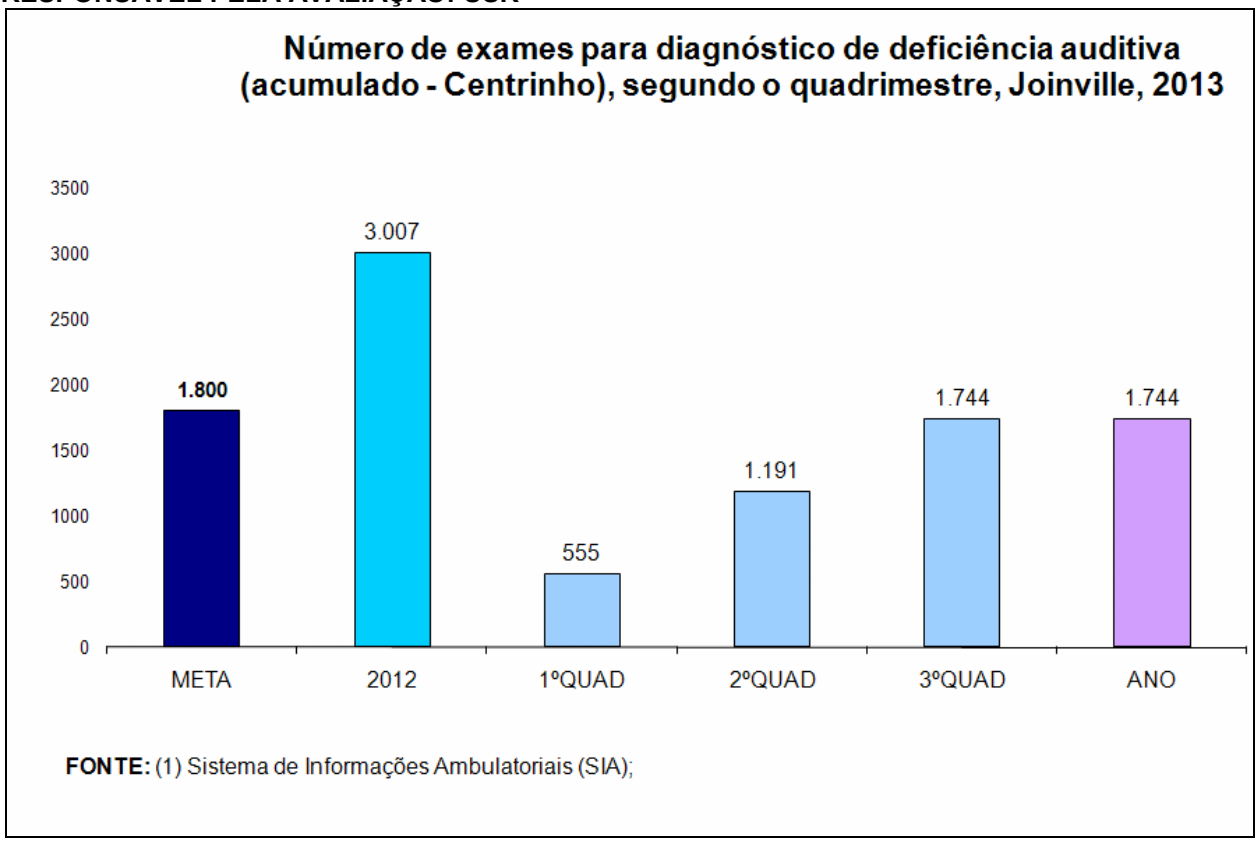
Treinamento: A efetivação do treinamento nas maternidades depende de uma articulação entre o município e o Estado, ultrapassando a esfera de governabilidade municipal. Com o avanço da organização das Redes de Atenção, especialmente a Rede Cegonha, haverá necessidade de maior articulação e pactuação entre os entes federados, como também o alinhamento para estas questões. Há necessidade de um planejamento mais ampliado desta ação, considerando que a mesma envolve outras instituições, como é o caso da Maternidade Darcy Vargas, sob a gestão estadual.

DIRETRIZ2: Ampliar a capacidade instalada do Centrinho

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Número de exames para diagnóstico de deficiência auditiva (acumulado)	Número absoluto de exames para diagnóstico de deficiência auditiva realizados	1744	**1.744**	**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



O resultado alcançado (1.744),está abaixo do esperado de 1.800, devido à diminuição do teto financeiro. Definiu-se que a partir de 2013, seriam protetizados aproximadamente 40 pacientes/mês, utilizando-se apenas os recursos oriundos do Ministério da Saúde. Com isto, diminuiu-se o atendimento de casos novos e, consequentemente, o número de exames realizados no quadrimestre. Com a implantação do Grupo de Condução da Rede do Deficiente em 2013, foi realizado um diagnóstico do deficiente e proposta do Estado, em atender apenas as 23º e 24º Regiões do Estado, através do Serviço de Assistência à Saúde Auditiva – SASA. Diante disso, verifica-se a necessidade da revisão desta meta, pois atualmente o SASA atende as 23º, 24º, 25º e 26º Regiões do Estado. Com isto, deverá ser revista a pactuação na Rede Regional. Entretanto, esta ação depende da implantação e/ou construção de 1 CER (Centro de Reabilitação) no município, proposta esta que está em discussão na Rede do Deficiente.

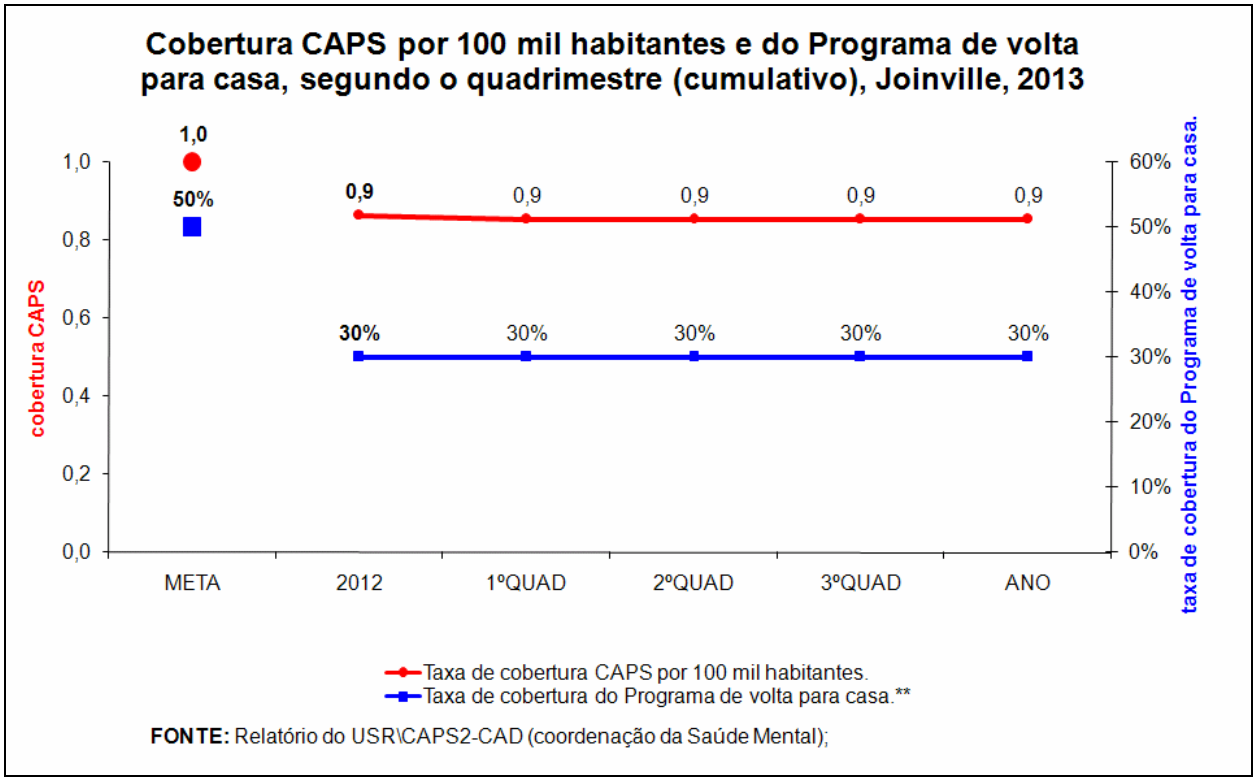
Em 2014, pretende-se reestudar esta meta, considerando a capacidade atual do serviço.

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 2013	AVALIAÇÃO
Plano de Saúde Mental reelaborado e implantado	Digulgação de Plano de Saúde Mental (em conformidade com diretrizes e em formato padrão da Secretaria Municipal da Saúde)		-	**OUT13 etapa 3**	☹
Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes.	[(Número CAPS I x 0,5)+(Número CAPS II)+(Número CAPS III x 1,5)+ (Número CAPSi)+(Número CAPSad)] X 100.000 / População residente (anualizada)	4,5 X 100.000 / 526338	**0,85**	**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 X 100 / 20	**30,0%**	**50,0%**	☹

BASE/FONTE: (1) Gabinete do Secretário Municipal da Saúde: Plano de Saúde Mental (homologado); (2) relatório UAAH\ Assistência Ambulatoria/ 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: [(Número CAPS I x 0,5)+(Número CAPS II)+(Número CAPS III x 1,5)+ (Número CAPSi)+(Número CAPSad)] = (0 x 0,5)+(1)+(1 x 1,5)+ (1)+(1] = 4,5

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: USR
O Plano Municipal de Saúde Mental foi elaborado e está em fase de Consulta Pública, com perspectiva de divulgação em 2014, juntamente com a organização das Redes de Atenção Psicossocial – RAPS.



Em Joinville não há perspectiva de implantar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), pois conforme portaria, este dispositivo é indicado para municípios com menor população. A taxa de cobertura será maior a partir da transformação do CAPS Álcool e Drogas (AD) em CAPS AD III 24hs, previsto para 2014. Já existe projeto cadastrado e aprovado pelo Ministério da Saúde, com incentivo de recurso para construção de estrutura própria tanto para o CAPS AD atual, que se transformará em CAPS AD III 24hs e

Unidade de Acolhimento (UA) 24s adulto própria, conforme o Plano “Crack, é possível vencer”, com implantação também prevista para 2014.
PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA: O aumento do número de beneficiários do Programa de Volta Para Casa só se dará com a desinstitucionalização de moradores do Instituto de Psiquiatria e do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, o que irá demandar a implantação de mais uma residência terapêutica. Atualmente temos 6 usuários do Hospital de Custódia aguardando implantação da segunda Residência Terapêutica.

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

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
Considerando a organização em Redes de Atenção à Saúde, conforme preconiza o Ministério da Saúde, as ações propostas estão sendo implantadas alinhadas com esta proposta. A Rede de Atenção Psicossocial em Joinville tem avançado no seu plano. Existe a necessidade de criar Câmaras Técnicas para discutir protocolos, linhas de cuidado, fluxos, entre outras necessidades para melhor atender a população nesta área.
Com relação aos pacientes com necessidades especiais, este ano, foi criado o Grupo de Condução Municipal da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, bem como, instituído o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, com objetivo em implantar um CER – Centro Especializado de Reabilitação, para atender a 23ª e 24ª Região de Santa Catarina, que compreende 13 municípios. Cada serviço vem tentando elaborar indicadores próprios para melhorar o monitoramento e avaliação das ações.

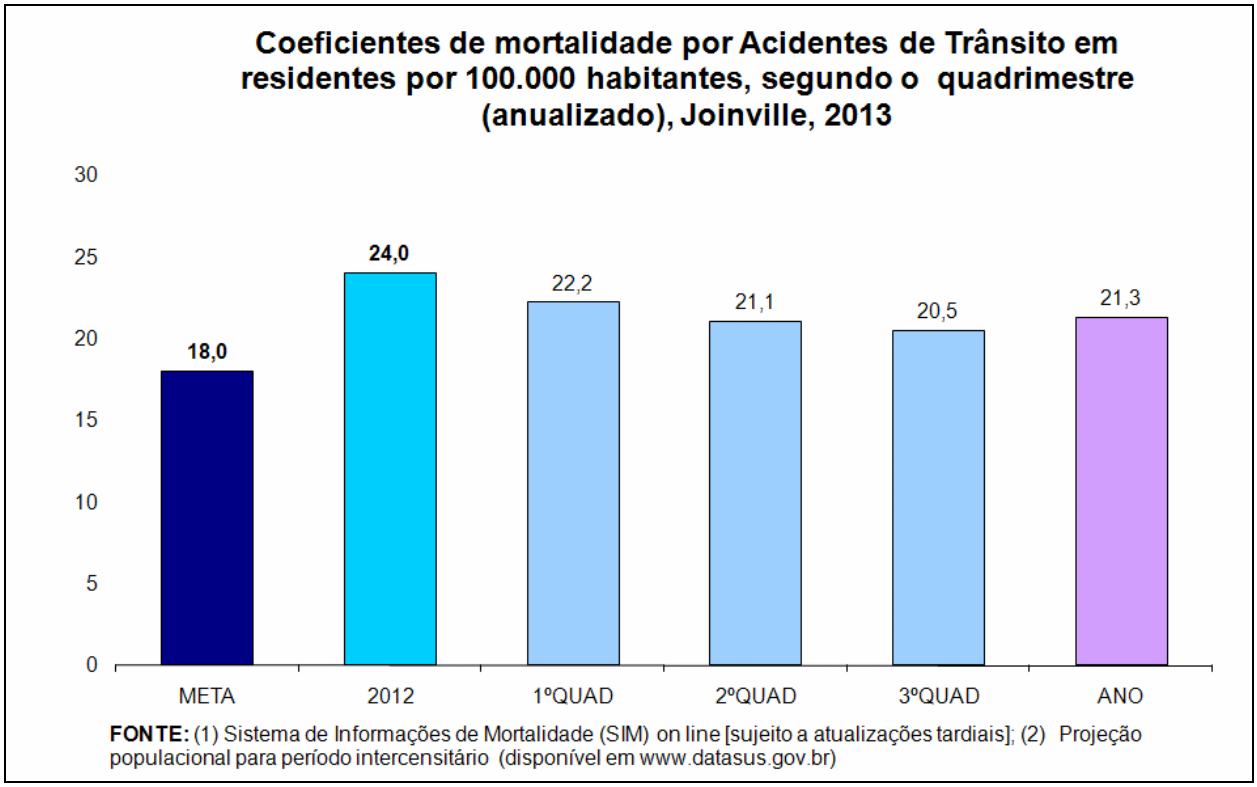
EIXO 2 - DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE

OBJETIVO: Manter e ampliar as ações nas políticas sociais do município
DIRETRIZ 1: Reduzir as causas externas de morbi-mortalidade em Joinville com foco nos acidentes de trânsito
DIRETRIZ 2: Articular as redes de atenção integral à criança, mulher e adolescentes em situação de violência

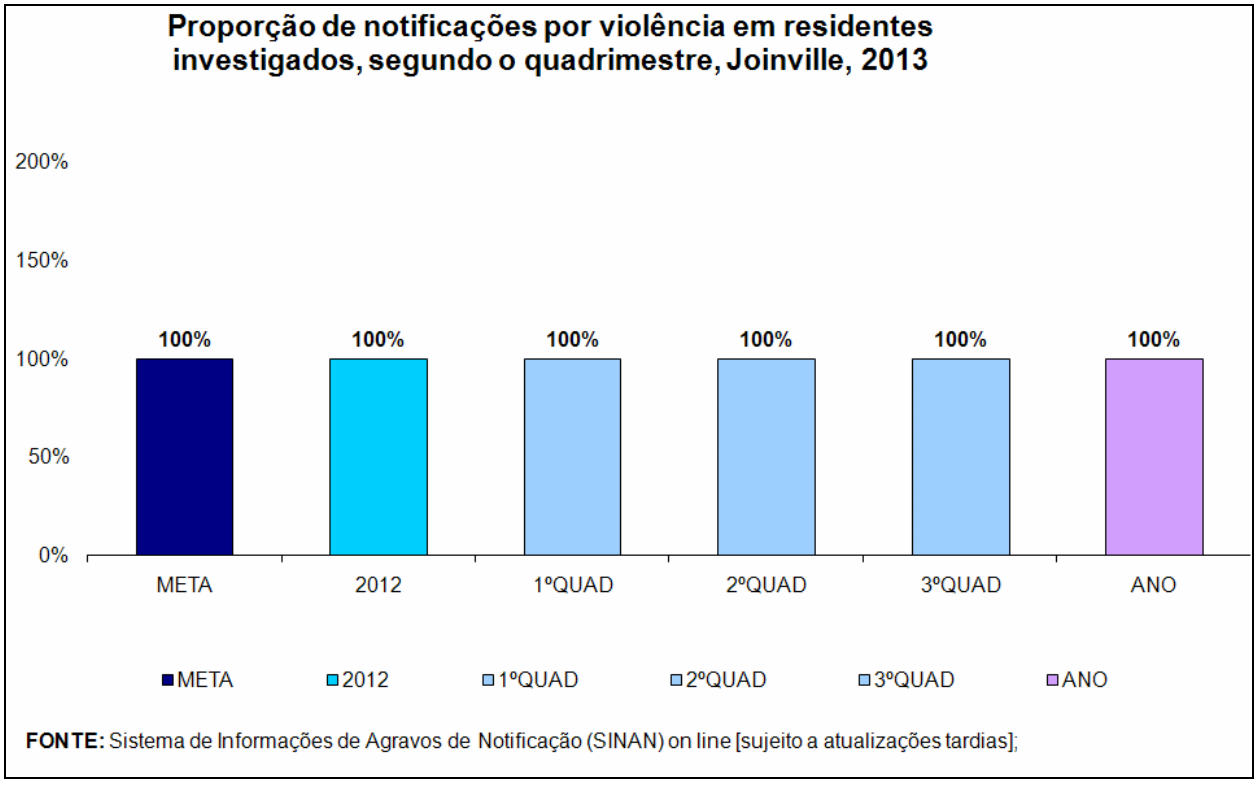
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito	Número de óbitos [de residentes] por acidentes de trânsito [em Joinville] X 100.000 / População residente (anualizada)	112 X 100.000 / 526338	**21,3**	**18**	😐
Número de Unidades de Saúde com serviço de Notificação de violência implantada	número absoluto de Unidades de Saúde com notificação de violências implantada		**66**	**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	426 X 100 / 426	**100,0%**	**100%**	☺

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



ACIDENTES DE TRÂNSITO:



O processo para notificação das violências iniciou a partir da implantação do protocolo de violência sexual em 2009 e consistiu basicamente de treinamento específico realizado sobre o preenchimento das fichas de notificação/investigação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Sistema de Notificação de Agravos (SINAN), pela Secretaria Estadual de Saúde no ano de 2010. O público alvo deste

encontro foi formado pelos profissionais da rede de atendimento - hospitais da porta de entrada, serviços da Secretaria de Assistência Social, grande maioria, profissionais da vigilância epidemiológica, atenção básica, Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e NPVA. Em 2012 foram realizados dois grandes encontros envolvendo novamente a rede de atendimento existente: em julho na Câmara de Vereadores em parceria com a Secretaria de Assistência Social tratando especificamente de violência contra crianças e adolescentes e um dia com o Serviço de Atendimento Especializado - SAE da Unidade Sanitária sob o mesmo tema e aprofundando o preenchimento da ficha de notificação de violências do SINAN. Com a Atenção Básica, foi organizado junto com o PROGESUS, uma capacitação, que envolveu médicos, enfermeiros, psicólogos, totalizando 170 profissionais; Agentes de Saúde Pública (50 profissionais); Agentes Comunitários de Saúde (350 profissionais) com estes, focando no aprimoramento do "olhar" (identificação) para a violência intrafamiliar e doméstica, bem como a sua forma de abordagem e principalmente, o preenchimento da ficha de notificação/investigação com os profissionais de nível superior. Em 2013 foram realizadas reuniões com as equipes dos PAs Sul, Norte e UPA Leste para tratar especificamente do preenchimento da ficha de notificação/investigação das violências/SINAN.
Concluindo, podemos afirmar que a rede da atenção básica da SMS, está com o serviço de notificação implantado, os PAs 24 Horas da rede do SUS, os hospitais que são porta de entrada do atendimento de violência sexual - Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e Hospital Materno Infantil Jeser Amarante Faria e o SAE da Unidade Sanitária que realiza o acompanhamento com profilaxia dos casos de violência sexual até os 30 dias após o ocorrido e o NPVA acompanha com exames, até 06 meses após a ocorrência do fato, totalizando 66 unidades notificadoras. Estas unidades registraram no SINAN 426 notificações, 100% investigadas pelo NPVA.
Para o ano de 2014 está previsto o matriciamento com toda a rede hospitalar, tanto pública, quanto privada do município, bem como os PAs 24 Horas do SUS, no primeiro semestre, e com a rede da atenção básica para o segundo semestre. O objetivo é ampliar a identificação da violência intrafamiliar e doméstica e demais violências, conforme a legislação pertinente, bem como orientar o correto preenchimento da ficha de notificação/investigação.

AÇÕES PROGRAMADAS	**RESPONSÁVEL**	**ANDAMENTO**
Realizar seminário sobre acidentes e violência	UVS\ VE\ Núcleo Violência	**concluída**
Processar e analisar os dados [de acidentes de trânsito] enviados pelos serviços pré hospitalares e hospitalares;	UVS\ VE\ Núcleo Violência	**prejudicado**
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	**concluída**

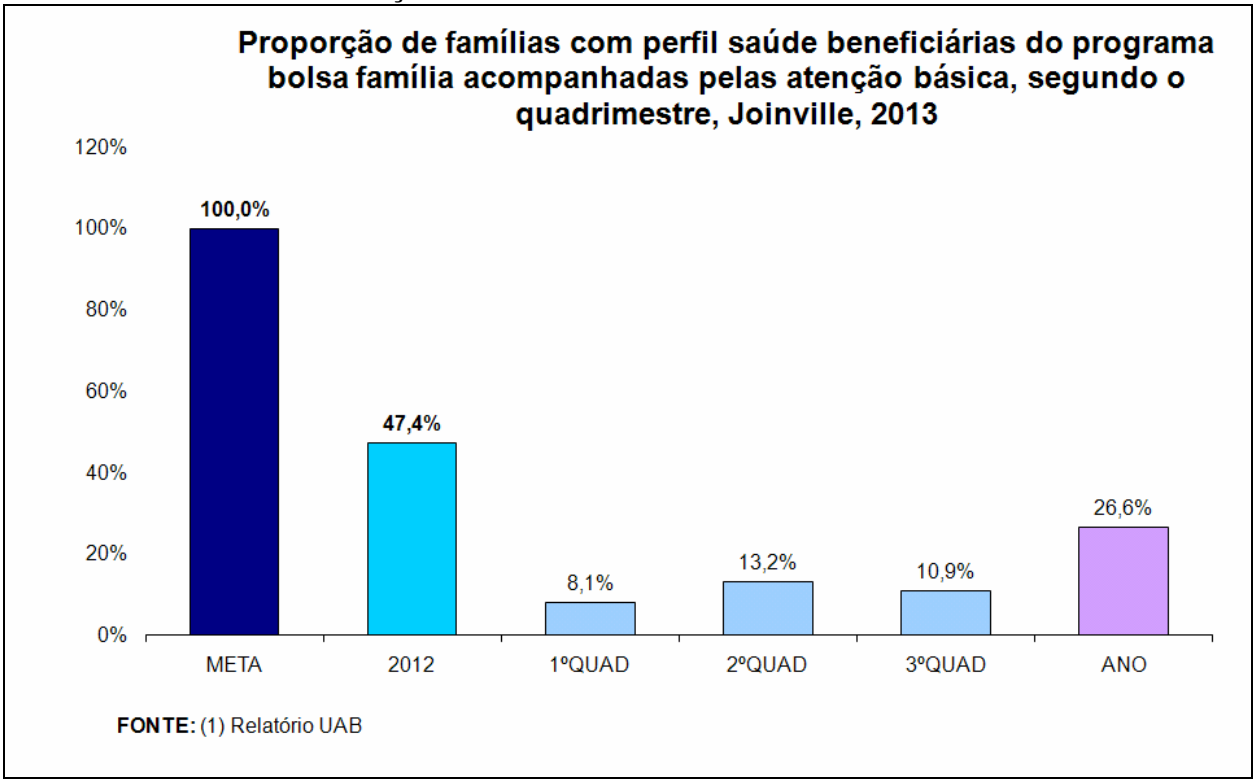
JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
SEMINÁRIO: realizado.
DADOS HOSPITALARES: há dificuldades em se obter estes dados. Foi feita uma tentativa, que não se concretizou. Nem mesmo o Ministério da Saúde instituiu notificação contínua de acidentes de trânsito.
DIVULGAR INFORMAÇÕES: está em debate na Comissão Municipal de Humanização do Trânsito, da qual o NPVA faz parte.
INFORMAR A REDE DE SERVIÇOS: está em debate na Comissão Aconchegar Joinville, presidida por integrante do NPVA.
CAPACITAR A REDE SOBRE O PREENCHIMENTO: atualmente há 66 pontos de atenção aptos para preencher.

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 2013	AVALIAÇÃO
Proporção de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica	Número de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica X 100 / Número de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família	1361 X 100 / 5111	**26,6%**	**100,0%**	☹

BASE/FONTE: UAB\NAT: relatório serviço

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



Este indicador é informado e registrado semestralmente. Considerando o ano anterior houve queda no número de famílias acompanhadas, não atingindo a meta de 100%, em função de fatores como o grande número de endereços não vinculados às regiões de saúde definidas pela territorialização da Secretaria da Saúde, dificultando o acompanhamento nas unidades de saúde de referência. Mesmo com o geoprocessamento iniciado em 2012, não foi obtido o resultado esperado. No final de 2013, houve uma sensibilização junto à Secretaria de Assistência Social para a correção dos cadastros utilizando como referência o cadastro do usuários da Secretaria da Saúde, registrando-o na unidade de saúde correspondente à família. Outro fator foi a não implementação do instrumento de acompanhamento proposto para registro das famílias beneficiárias na rotina diária de trabalho do ACS, uma vez que os técnicos responsáveis estiveram imersos no trabalho de implantação in loco dos sistemas de informação SISVAN WEB, SISPRENATAL WEB E SISCAN, demandas priorizadas por envolveram repasse de recursos financeiros e prazos, além de constituírem dados fundamentais para diagnóstico e planejamento de ações pelas equipes de saúde. Desta forma, não foi possível realizar o trabalho de sensibilização e apoio *in loco* às equipes para acompanhamento das condicionalidades. Estes aspectos, somados à quantidade de micro áreas descobertas, contribuíram para a queda no indicador.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implantar o Projeto de descentralização das informações de condicionalidades do Bolsa Família;	UAB	**prejudicada**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

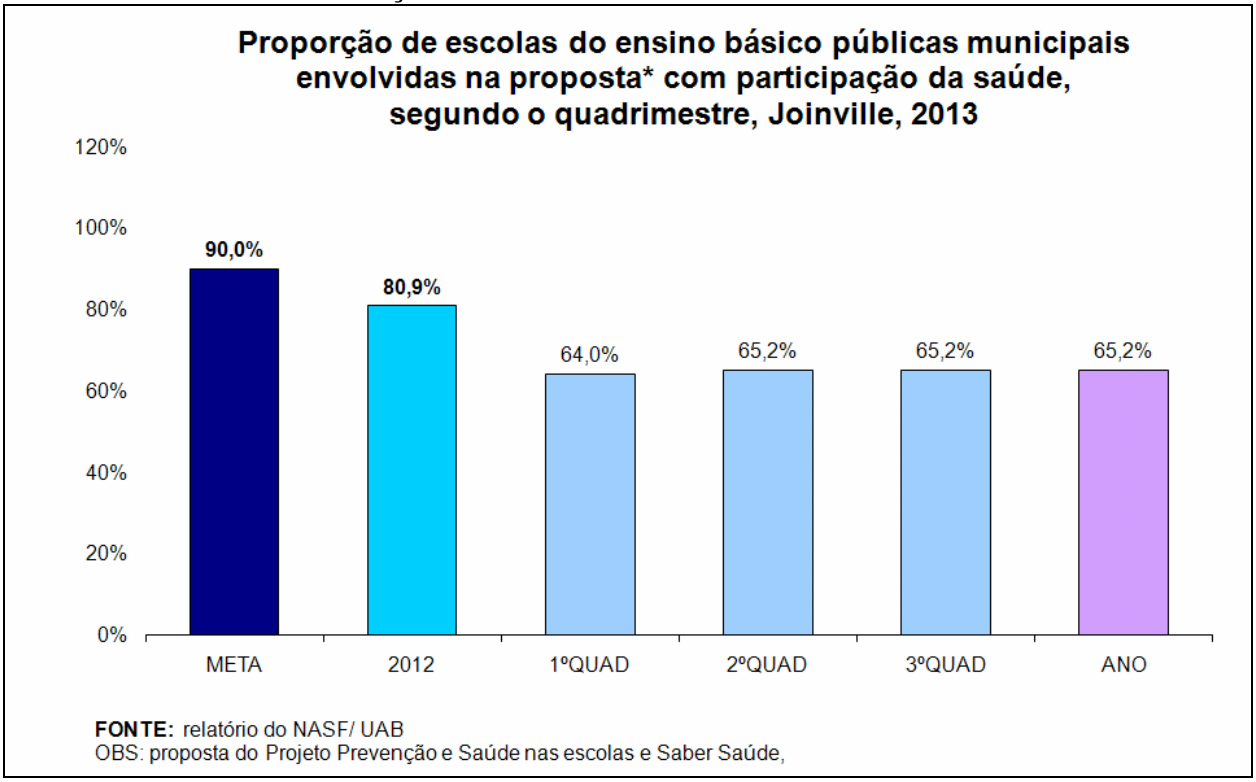
A descentralização da digitação dos registros de acompanhamento das famílias beneficiárias foi prejudicada pela falta de adequação dos cadastros e vinculação às regiões de saúde definidas pela territorialização da Secretaria da Saúde. A dificuldade de captação continua impactando na cobertura de acompanhamento pactuada, portanto, esta ação é prioritária para efetivar a descentralização e no momento inviável diante das inconsistências encontradas.

DIRETRIZ 4: Projeto Prevenção e Saúde nas Escolas (PSE)

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	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	58 X 100 / 89	**65,2%**	**90,0%**	☹

BASE/FONTE: UAB\NAT: relatório serviço

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



A meta de 65,2% ficou abaixo da estimada (90%), entretanto o programa encontra-se em vigência com ações previstas até julho de 2014. Em função da capacidade instalada, o PSE estruturou-se para atuar em escolas das áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Desta forma, na medida em que ocorrer a ampliação da ESF, o programa será ampliado. Em 2013, houve a participação de 58 instituições públicas municipais (21 Centros de Educação Infantil e 37 escolas), além de 8 escolas estaduais, alcançando assim o previsto para o ano. Os dados antropométricos, acuidade visual, saúde oral e cartão vacinal, referente às ações realizadas, foram encaminhados pela escola para a inserção no sistema. Em setembro/13 algumas dificuldades pontuais foram detectadas em relação à morosidade no envio dos dados pelas escolas, em função da obrigatoriedade do cartão SUS. Apesar disso, esforços foram empreendidos para que os dados fossem inseridos no sistema e-SUS, por profissionais do NAT. Em 2014, com a obrigatoriedade do cartão SUS e do cartão vacinal no momento da matrícula, a agilidade no fluxo de informações tende a ser maior.

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

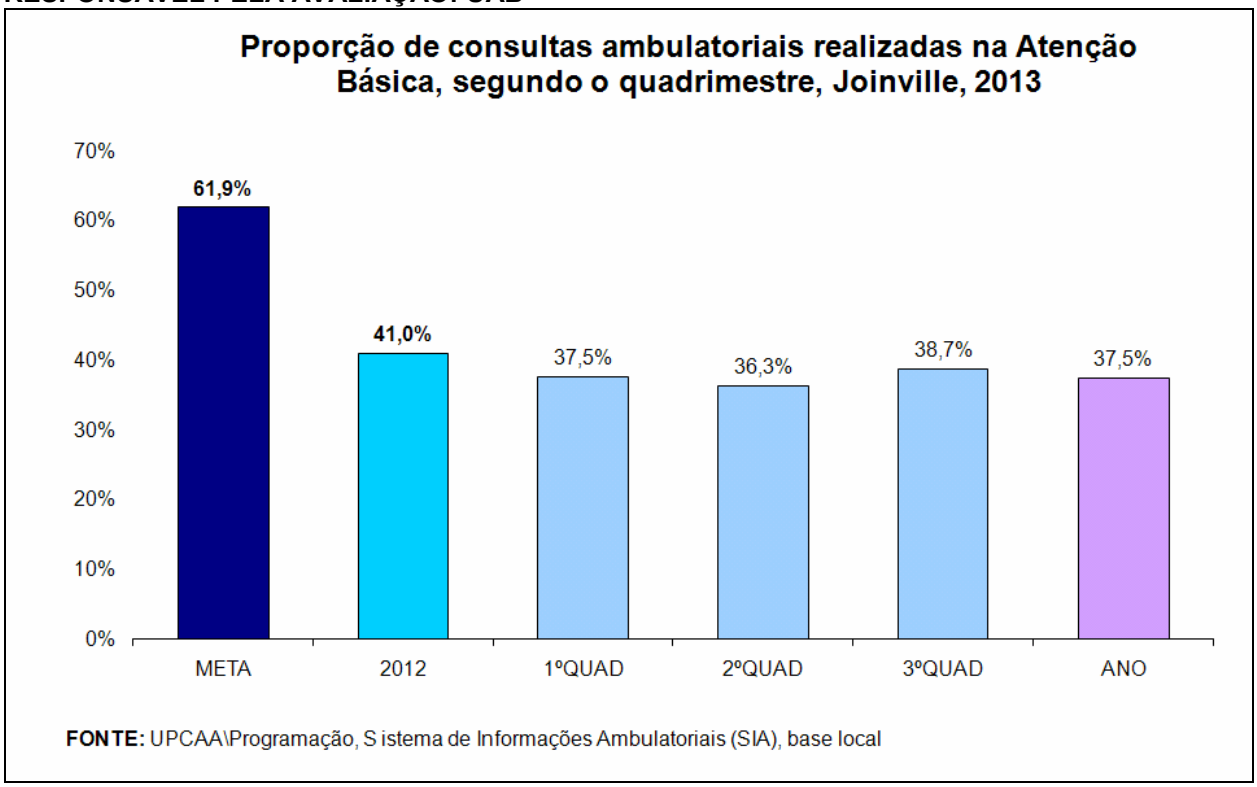
DIRETRIZ 5: Implantar o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Proporção de consultas ambulatoriais realizadas na AB	Número de consultas médicas nas especialidades de básicas X 100 / total de consultas médicas ambulatoriais realizadas	432304 X 100 / 1152820	**37,5%**	**61,9%**	☹
Média anual de consultas médicas básicas por habitante	Número de consultas médicas nas especialidades de básicas/ População residente (anualizada)	432304/ 526338	**0,82**	**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))	615809/ 1195755	**0,51**	**0,9**	☹
Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF).	População cadastrada no SIAB (Modelo de Atenção PSF) X 100 / População residente (anualizada)	163812 X 100 / 526338	**31,1%**	**72,5%**	☹
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	{[52 + (2250 / 60)] X 3.000} X 100 / 526338	**51,0%**	**59,3%**	😐
Proporção de Unidades Básicas de Saúde com classificação de risco implantada [prevalência]	Número de Unidades Básicas de Saúde com classificação de risco implantada X 100 / Número de Unidades Básicas de Saúde (CNES)	0 X 100 / 55	**0,0%**	**100,0%**	☹

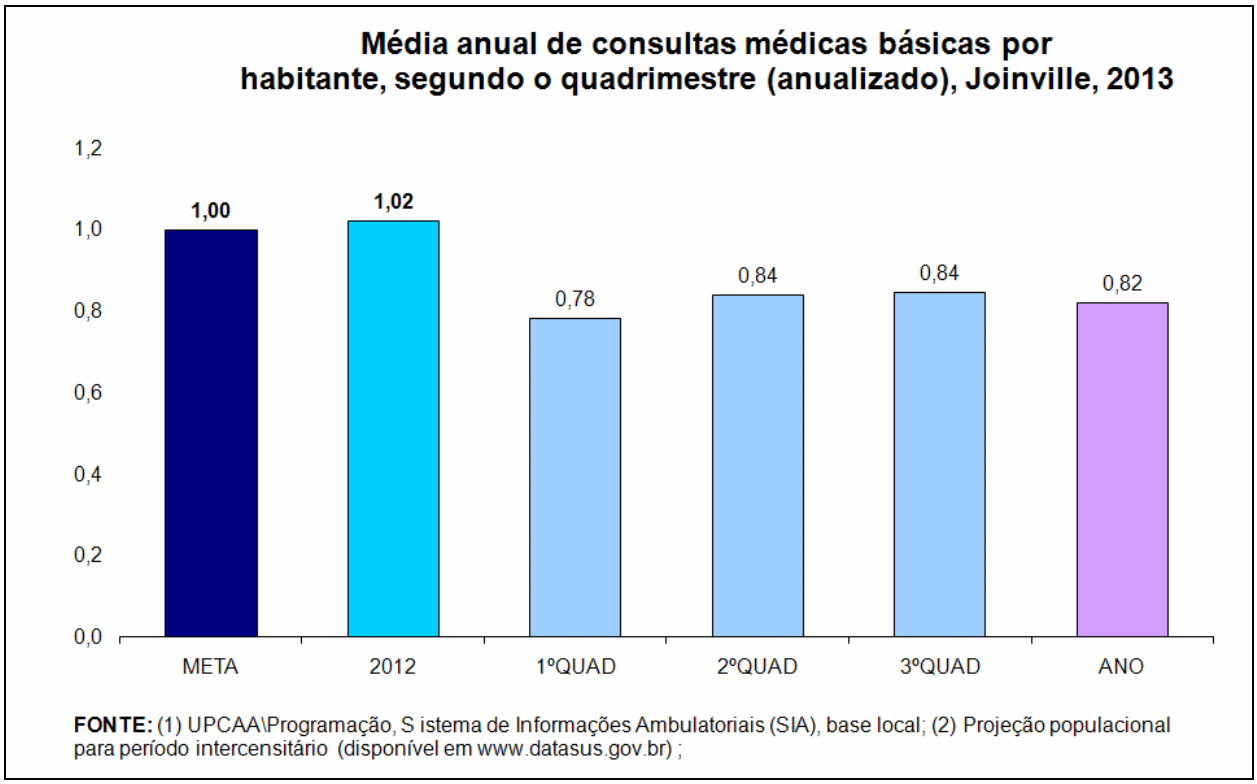
BASE/FONTE: UPCAA\Programação: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) base local por mês de apresentação; UAB\NAT: Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB); relatório da Unidade de Atenção Básica; DATASUS: Projeção populacional para período intercensitário (disponível em www.datasus.gov.br)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

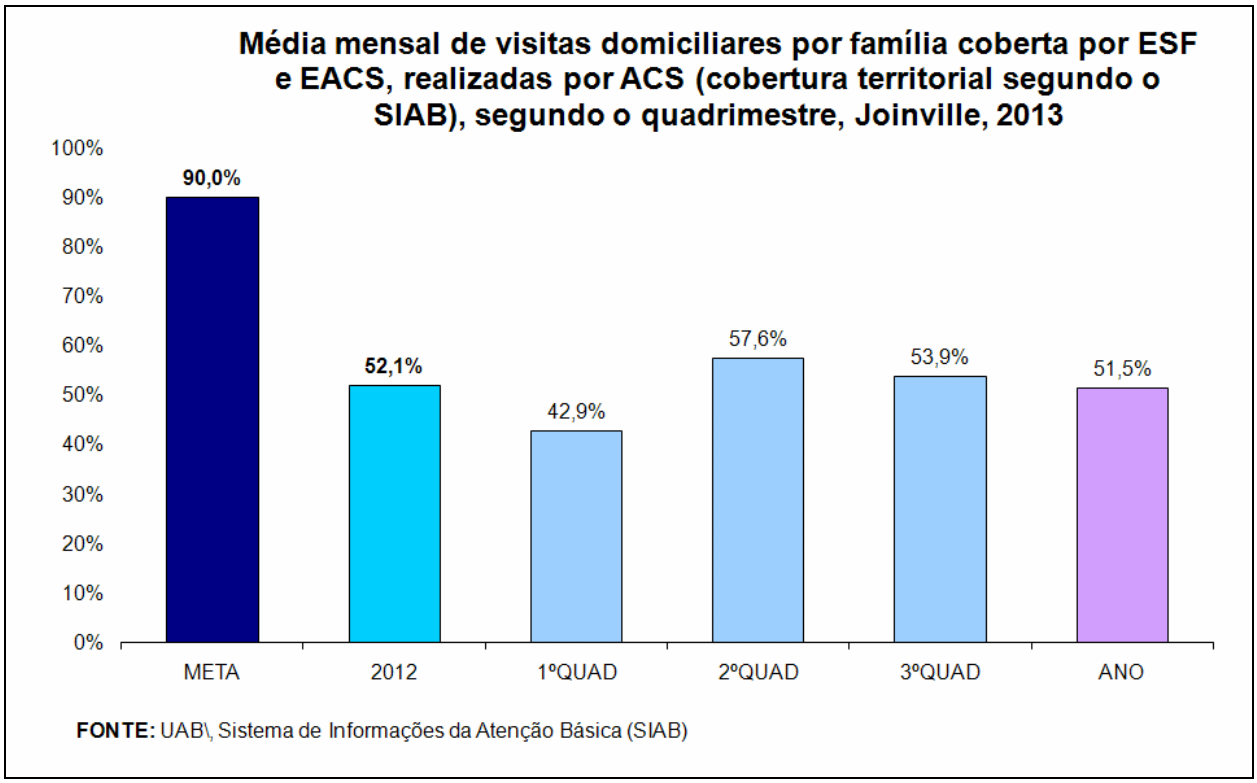


O resultado alcançado de 37,5%, foi inferior à meta estimada de 61,9% e da alcançada em 2012 de 41%. Considerando as dificuldades no setor de informática, mais precisamente no registro e na digitação da produção realizada, com aproximadamente 71 mil consultas médicas não lançadas no sistema, pode-se inferir que este seja o motivo na queda do indicador.

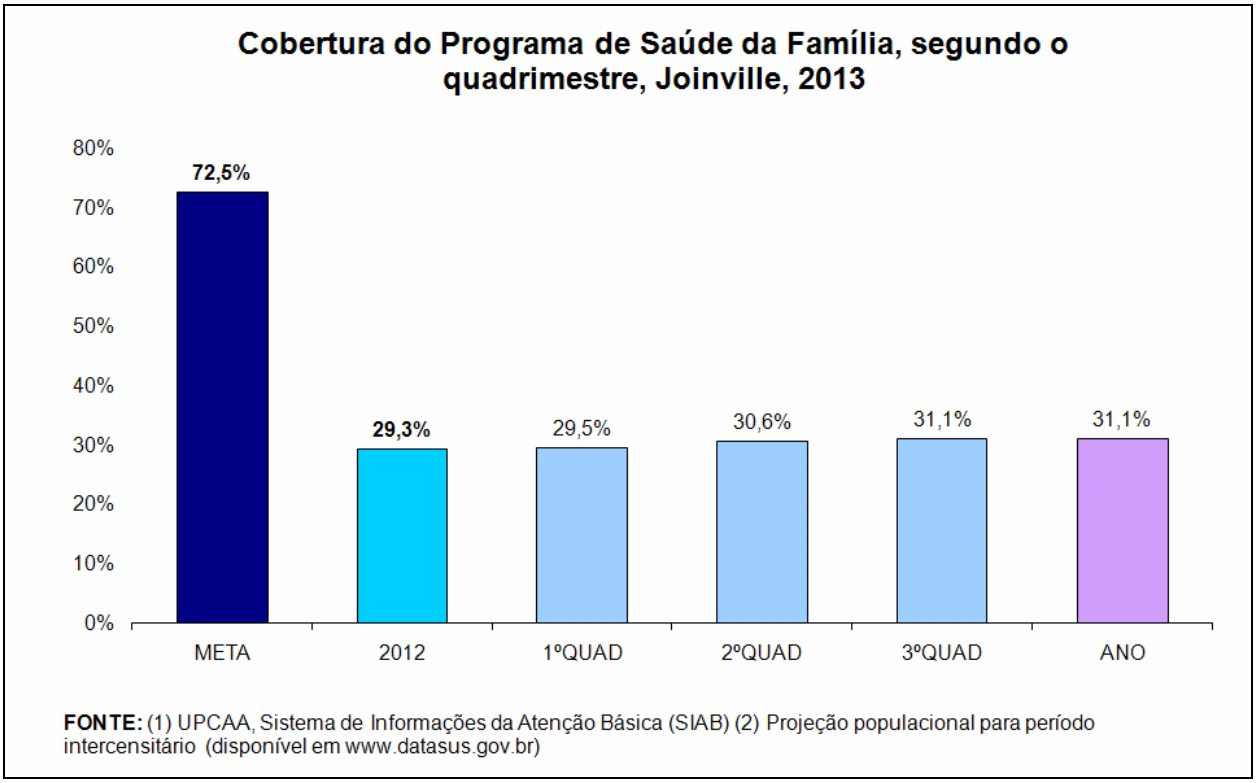


No ano de 2013 o resultado de 0.82 consultas por habitante/ano apresentou redução em relação ao ano anterior (1,02) devido a dificuldades no registro de dados da produção da atenção básica. Isto se deve a

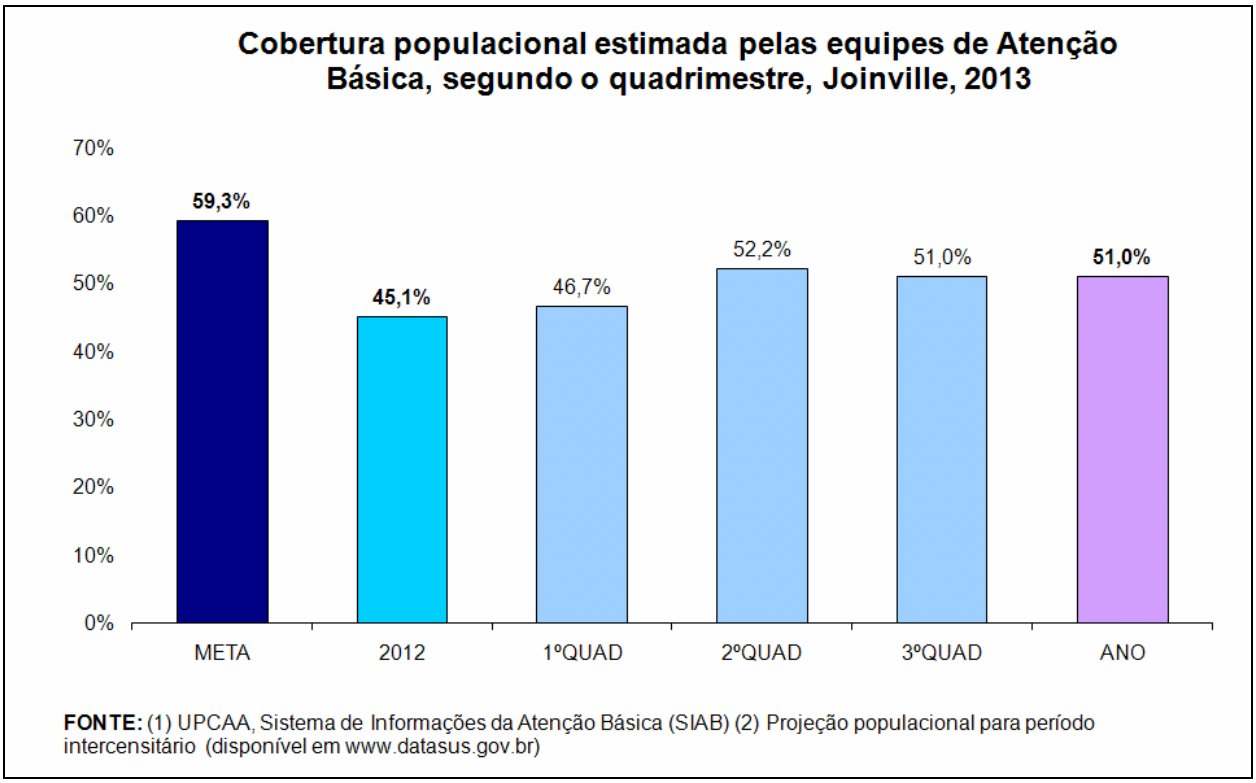
mudanças no suporte técnico de informática, que deixou de ser realizado pela SMS e passou a ser gerenciado pela PMJ. As dificuldades com o sistema de informação e de técnicos para o registro da produção, por um período superior a 30 dias, ocasionou o não lançamento de muitos procedimentos em tempo hábil, já que o Ministério permite o envio desta produção por um período de até 90 dias. Na tentativa de solucionar o problema da digitação, houve mudanças no processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, sendo que os profissionais que possuem computador no consultório passaram a digitar sua produção, melhorando assim, a fidedignidade e a velocidade das informações. Desta forma, espera-se que em 2014 os dados sejam compatíveis com a realidade, uma vez que em 2013 não houve descontinuidade na assistência, não houve falta de médicos na atenção básica e, além disso, com a entrada de mais 15 médicos do 'Programa Mais Médicos', espera-se um impacto na produção de consultas.



O resultado alcançado de 0,51 visitas domiciliares de ACS foi semelhante ao ano anterior (0,52), no entanto abaixo do estimado. O cálculo deste indicador contempla as áreas descobertas, sendo este um fator que dificultou o alcance da meta. Novos ACS foram chamados por meio de processo seletivo, no entanto, não supriram a necessidade dos territórios descobertos por falta de candidatos e muitos desligamentos. Entretanto, durante o ano de 2013 foram realizadas rodas de conversas com as 13 equipes de EACS (atualmente 12), com o objetivo de discutir o processo de trabalho das equipes. Para conduzir as discussões foi utilizado um instrumento elaborado com base em alguns pressupostos da Política Nacional de Humanização, que possibilitou identificar as fragilidades e encaminhar as propostas. As principais situações apontadas diziam respeito à manutenção das bicicletas, excesso de atividades educativas ou atuação na substituição de ASP dentro das unidades. As situações foram discutidas no nível central e a devolutiva foi realizada em novas rodas com as equipes, onde também foi aplicado um instrumento de avaliação do processo.



A cobertura da ESF é de 31,1%, superior à do ano anterior, porém muito aquém do desejado, considerando somente as áreas cadastradas no SIAB. Em 2013 houve a implantação de nova equipe na unidade do São Marcos, porém houve o fechamento de uma equipe no Jardim Sofia, totalizando 52 equipes. Para 2014 está prevista a ampliação de novas equipes, com a finalização das obras em andamento.



O indicador de cobertura populacional, apesar de não atingir a meta, apresentou aumento em relação ao período anterior que foi de 44,5%, uma vez que ocorreu a contratação de um número maior de médicos. Além disso, recebemos no final de 2013 um incremento de 15 médicos do Programa Mais Médicos, atualmente alocados nas UBS do Edla Jordan, Adhemar Garcia, Bakitas, Leonardo Schilikmann e Costa e Silva e nas unidades da ESF Santa Bárbara, Jardim Paraíso II e V, Moinho dos Ventos, Vila Nova Rural, Dom Gregório, Parque Guarani, Jarivatuba, CAIC/Roraima e Itinga. O que torna a nossa cobertura de atendimento médico ainda maior. A previsão é de aumento em 2014, pois teremos a abertura de novas equipes de Saúde da Família.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implantar o Protocolo de Acolhimento nas Unidades Convencionais (UBS) das Sedes de Regionais.	UAB\ NAT	**ação contínua**
Definir e instituir uma rotina de monitoramento da aplicação dos Protocolos de Acolhimento em todas as UBS.	UAB\ NAT	**ação contínua**
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	**ação contínua**
Implantar novas Equipes de Saúde da Família (ESF), priorizando as áreas de maior risco de saúde social	UAB	**ação contínua**
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

IMPLANTAR ACOLHIMENTO: A Gerência de Atenção Básica tem enfatizado a importância de se realizar acolhimento em todos os horários em que a unidade estiver aberta, e por todos os profissionais, buscando melhorar o acesso.

NASF: As equipes ainda não foram implantadas em função da racionalização de recursos, no entanto esta ação está em processo de discussão entre os técnicos e a gestão, juntamente com a proposta de implantação do Programa Melhor em Casa. A estratégia dos NASFs tem como objetivo a qualificação da atenção e a melhoria da resolutividade da atenção básica. Embora esta estratégia ainda não tenha se concretizado em Joinville, outras ações com o mesmo objetivo têm sido implantadas, como é o caso do matriciamento que vem se expandindo para diversas categorias profissionais.

IMPLANTAR NOVAS EQUIPES: Com a construção de novas unidades de saúde, está prevista a ampliação de equipes da ESF nas seguintes unidades: Parque Douat, estimativa de 3 equipes; Unidade Vila Nova II, 3 equipes; Aventureiro III, 3 equipes e, ainda em processo de discussão com a comunidade, a unidade de Pirabeiraba, com a proposta de mudança de modelo para a ESF com 4 equipes, totalizando assim, 13 novas equipes da Estratégia Saúde da Família.

IMPLANTAR ACS: A chamada pelo processo seletivo não surtiu o efeito desejado em relação ao quadro e novo processo seletivo está sendo elaborado para o inicio de 2014.

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 2013	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	Número absoluto	**0**	**8**	☹

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB

Em 2013, os protocolos validados pelas equipes, atualizados e enviados para a impressão, foram das Linhas de Cuidado da Saúde da Criança, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O manual de Biossegurança não se caracteriza como Linha Guia, no entanto, é um instrumento importante no alinhamento das condutas de biossegurança, tendo sido revisado e encaminhado para impressão. Estes manuais estão sendo trabalhados junto às equipes/profissionais, por meio do matriciamento e supervisões técnicas.

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	**prejudicada**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

A implementação dos protocolos se dará na medida em que a impressão estiver concluída e for disponibilizada aos profissionais, permitindo embasar as discussões em Rede e o alinhamento nos diversos grupos de condução. A Vigilância Epidemiológica elaborou e/ou revisou 11 protocolos de agravos, necessitando ainda, fortalecer a articulação dos mesmos com os demais serviços envolvidos.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Número de protocolos de agravos de notificação elaborados e articulados com outros níveis de atenção (cumulativo)	Número de protocolos de [controle] de agravos de notificação elaborados e articulados com outros níveis de cuidado	10	**10**	**8**	☺

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS

Os protocolos de agravos de notificação elaborados e articulados com outros níveis de atenção pela Vigilância Epidemiológica foram da Influenza, Dengue, Hepatites Virais, Violência Sexual, Anti- Rábico, Tétano Acidental, Sífilis (Gestante). Revisão AIDS, Tuberculose e Hanseníase.

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

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

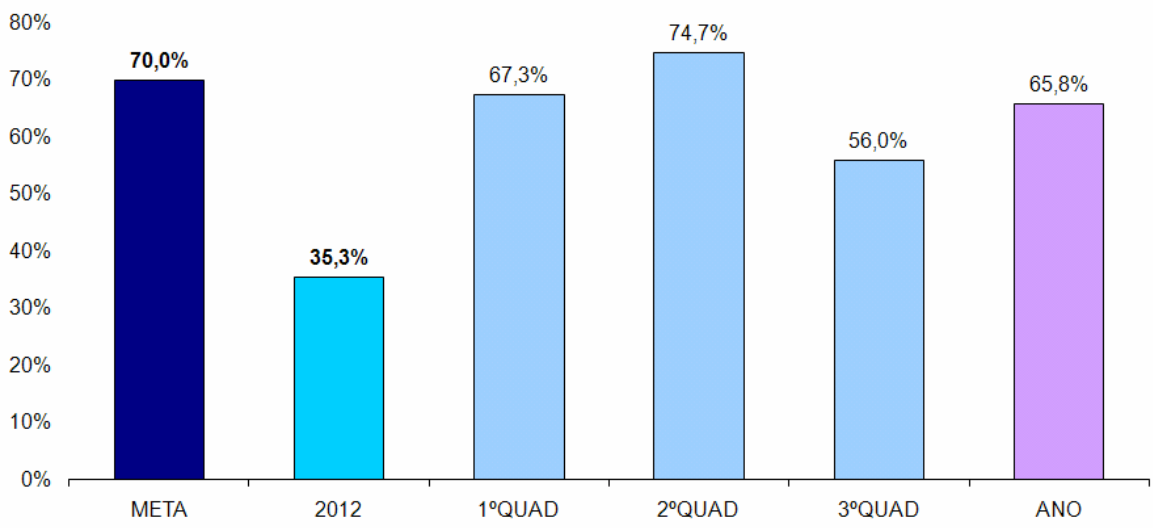
Referente aos protocolos de vigilância ambiental, de que trata o Plano de Ação, não foram elaborados protocolos, pois a capacitação para ações do VIGISOLO e VIGIAR, que são de responsabilidade da Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado, não ocorreram. Sem esta capacitação técnica, não foi possível implementar ações referente a estes protocolos. Quanto ao VIGIAGUA, as ações são realizadas de forma contínua e dentro das metas planejadas.

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	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	2491818 X 100 / 3800831	**65,8%**	**70,0%**	😐

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UPCAA



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

Houve um aumento dos procedimentos agendados pela Regulação com a inserção no SISREG de procedimentos como densitometria, ginecologia, ortopedia, otorrino, urologia, vascular, entre outros.

AÇÕES	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Capacitar profissionais reguladores e operadores do sistema	UPCAA\ Regulação PROGESUS	**encaminhado**
Ampliar o agendamento pelo SISREG dos procedimentos ofertados pelo SUS	UPCAA\ Regulação	**encaminhado**
Implantar no SISREG a Regulação dos procedimentos de TFD/Pactuados c/ outros municípios, de alta e média complexidade	UPCAA\ Regulação	**encaminhado**
Elaborar projeto de Reestruturação do Complexo Regulador no município de Joinville em 03 eixos principais: -Regulação de Consultas Especializadas -Regulação de Exames de Alta e Média Complexidade -Regulação de Leitos Hospitalares/Cirurgias Eletivas	UPCAA\ Regulação	**encaminhado**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

CAPACITAR PROFISSIONAIS: mais de 200 operadores/solicitantes foram capacitados para utilização da Regulação Online. Os profissionais reguladores ainda não foram capacitados.

AMPLIAR AGENDAMENTO PELO SISREG: foram inseridos para agendamento no SISREG os procedimentos de Densitometria, Mutirão de Cirurgias/Consultas em Cirurgia Geral, Ginecologia, Hérnia, Ortopedia dos Membros Inferiores, Otorrino, Urologia e Vascular, avaliação para Diagnóstico de Deficiência Auditiva (com Higienização e Migração total da fila de espera do Centrinho, CEO III (Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Paciente com Necessidade Especial, Disfunção Têmporo Mandibular, Estomatologia, Ortopedia dos Maxilares e Prótese Total Superior e/ou Inferior), Programa HIV/DST, Programa Hanseníase, exames Laboratoriais dos Postos de Coleta do Lab. Municipal, exames Citopatológicos, catarata, consultas Oftalmológicas, radiodiagnóstico.

IMPLANTAR A REGULAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE TFD: os municípios pactuados passaram a agendar também pelo SISREG a avaliação para diagnóstico de Deficiência Auditiva, consultas

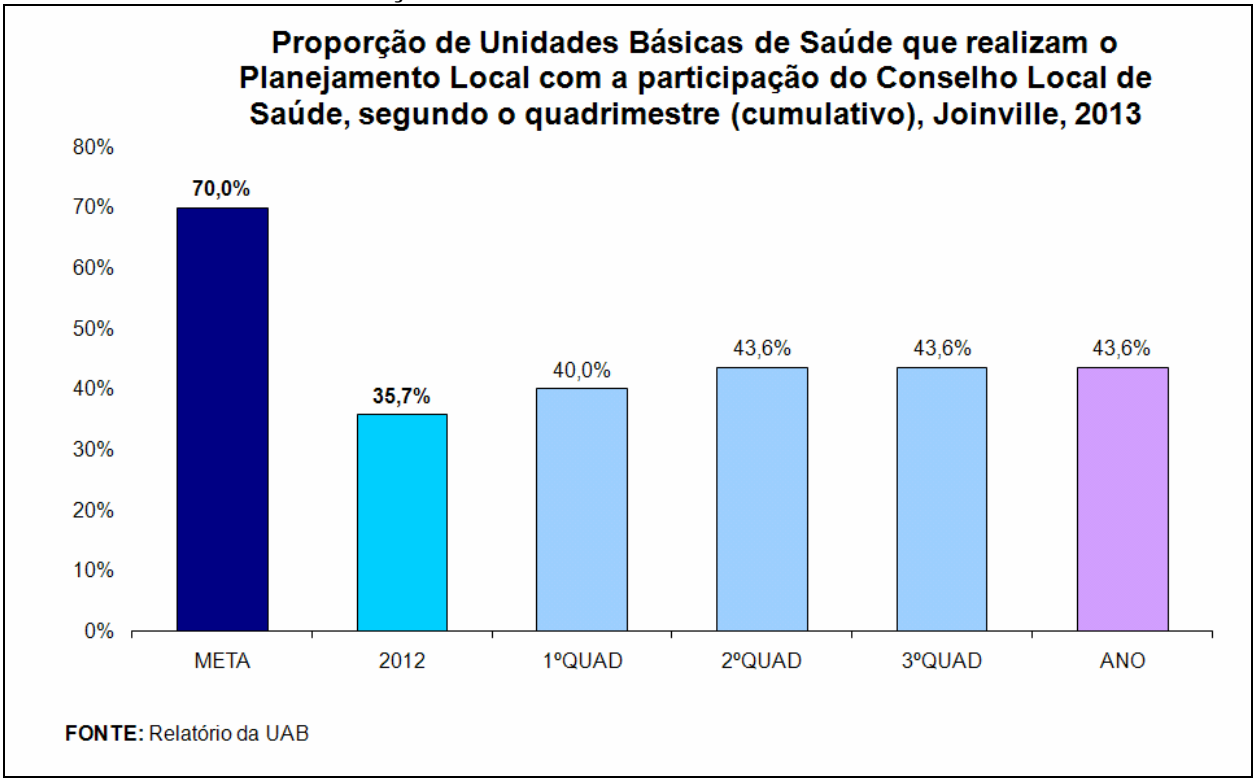
odontológicas (CEO III), exames citopatológicos e Ultrassom Geral. Os demais procedimentos não foram liberados ainda devido a dificuldades na PPI, que necessita de revisão.
A Regulação Online não foi iniciada devido aos mesmos problemas técnicos (link de internet, suporte de TI e estrutura física das Unidades de Saúde).
PROJETO COMPLEXO REGULADOR: foi iniciado o projeto de ampliação do SISREG no município, entretanto o projeto não evoluiu devido a problemas técnicos (link de internet, suporte de TI e estrutura física das Unidades de Saúde). A Regulação de Leitos Hospitalares foi implantada no segundo semestre/2013 e é coordenada pela 23ª Regional de Saúde.

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 2013	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)	24 X 100 / 55	**43,6%**	**70,0%**	☹

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



O indicador de planejamento local fechou o ano de 2013 em 43,6%, abaixo da meta estimada de 70%. As equipes relataram dificuldades na realização do planejamento local em parceria com o Conselho Local e, neste sentido, ao longo do ano foram realizadas capacitações para orientações das equipes, bem como proposta de intensificar o monitoramento de elaboração e entrega do mesmo.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Elaborar cronograma de reuniões (para aproximação das Equipes/UBS com a comunidade, alinhamentos conceituais,	UAB\ Coord.Regionais	**ação contínua**

definição conjunta de propostas de mudanças, entre outras) das Equipes/UBS com a comunidade, com periodicidade mínima de 03 reuniões/ano.		
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	**encaminhada**
Promover encontros periódicos entre os Conselhos Locais de Saúde para troca de experiências e/ou outras informações necessárias	CMS	**encaminhado**

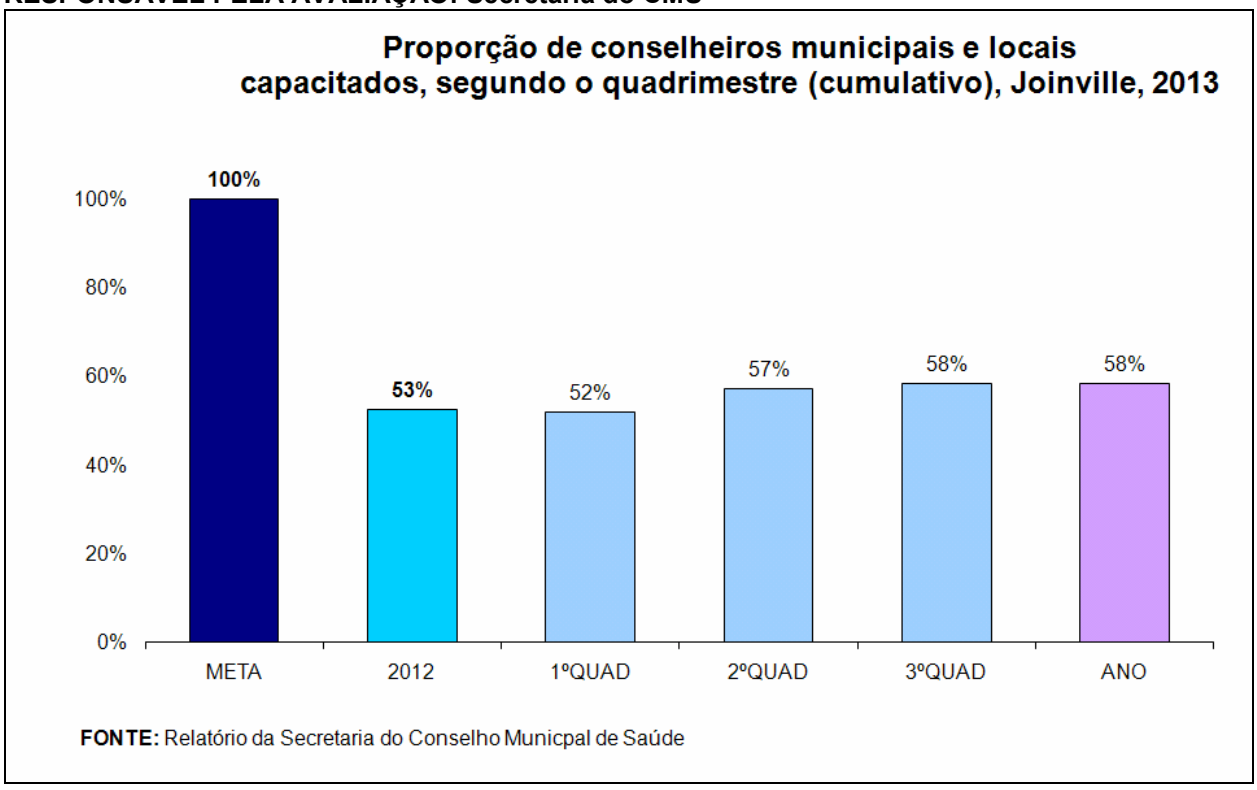
JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: O planejamento local foi elaborado com base no instrumento de autoavaliação proposto pelo Ministério da Saúde (PMAQ). As equipes relataram dificuldades em relação ao instrumento, por ser extenso e autoavaliativo, o que dificulta a participação da comunidade. As 13 equipes que não entregaram o relatório justificaram dificuldades de organização interna. Outras entregaram o relatório, cujo planejamento foi desenvolvido com a participação da comunidade, no entanto, por não terem conselho local formalizado, não foram computadas neste indicador. Para o próximo ano, no mês de fevereiro, o monitoramento da entrega do planejamento local pelas equipes será intensificado. Outra medida positiva foi a mudança do instrumento, realizada em parceria com o setor de Planejamento da Secretaria, buscando alinhar o instrumento que orienta a elaboração do Planejamento Local com o Plano Municipal de Saúde.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Proporção de conselheiros municipais e locais capacitados	Número de conselheiros municipais e locais atuais já capacitados X 100 / total de conselheiros municipais e locais	382 X 100 / 654	**58,4%**	**100,0%**	☹

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: Secretaria do CMS



FONTE: Relatório da Secretaria do Conselho Municpal de Saúde

O percentual desejado de conselheiros municipais capacitados não foi alcançado. Entretanto, as capacitações ocorrem e são realizadas no 2º semestre de cada ano, a cada 15 dias, no período noturno e no centro de Joinville. Desta forma, alguns conselheiros locais justificaram sua ausência devido à distância ou falta de recursos para o deslocamento. A ausência de divulgação na mídia pode ser outro fator que contribuiu para a baixa adesão dos conselheiros municipais nas capacitações, pois é realizada apenas com recursos próprios da Secretaria Executiva do Conselho (email, malote, telefone, correio).

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Prover estrutura para a Secretaria do Conselho Municipal de Saúde	CMS	**ação contínua**
Avaliar a satisfação dos usuários	UBS, Ouvidoria	**encaminhada**
Estruturar a Ouvidoria	Ouvidoria	**encaminhada**

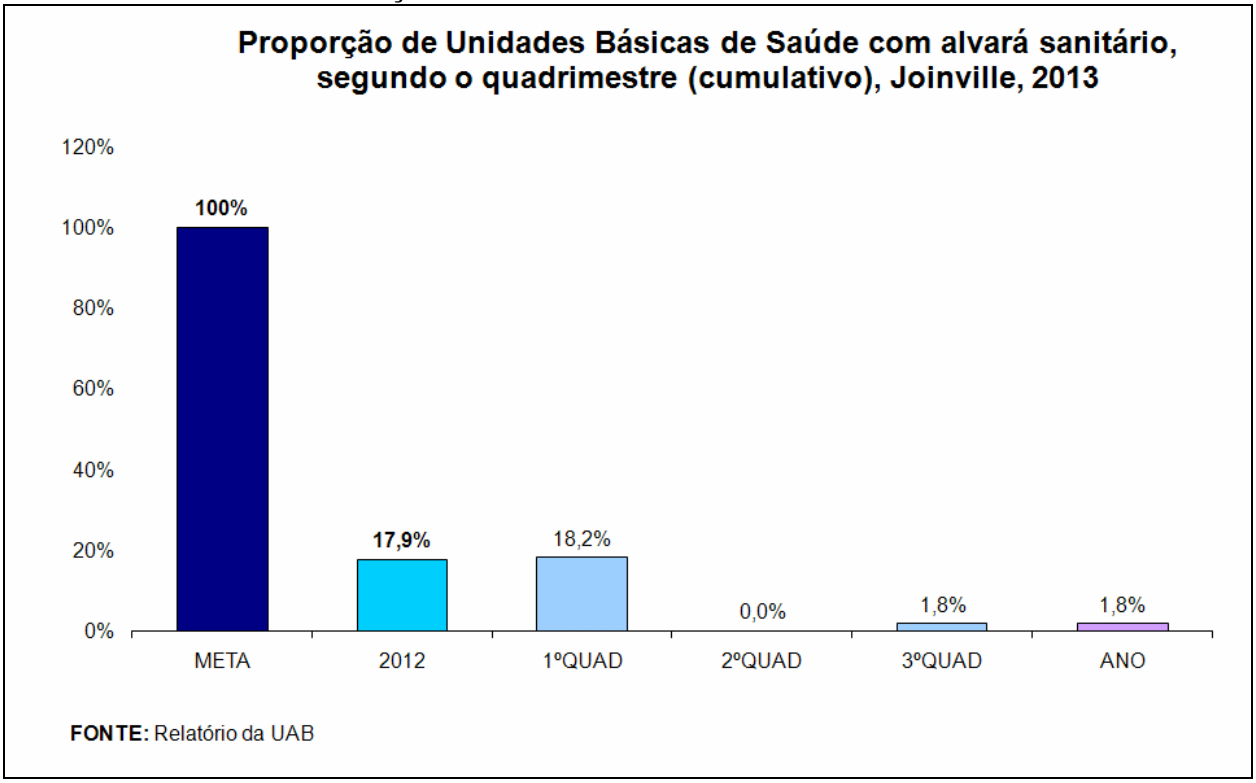
JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
ESTRUTURA: A aquisição de equipamentos e recursos humanos em 2012,foi complementada com a aquisição de duas cadeiras em 2013, sendo ainda aguardada a vinda de dois computadores.
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: A avaliação da satisfação do usuário era realizada pela Ouvidoria da SMS, de forma incipiente. Com o intuito de dar agilidade e otimizar os recursos, em setembro de 2013, o serviço foi incorporado ao sistema 156 já existente na PMJ, passando por adequações durante o período de setembro-dezembro/13. Atualmente, a atenção básica tem disponibilizado nas unidades de saúde, a caixa de sugestões e avaliação de questões relacionadas ao atendimento, além da ouvidoria do SUS e do sistema 156.

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 2013	AVALIAÇÃO
Proporção de Unidades Básicas de Saúde [próprias e alugadas] com alvará sanitário	Número de Unidades Básicas de Saúde [próprias e alugadas] com Alvará Sanitário X 100 / Número de Unidades Básicas de Saúde [próprias e alugadas (CNES)]	1 X 100 / 55	**1,8%**	**100,0%**	☹

BASE/FONTE: UVS\Vigilância Sanitária

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



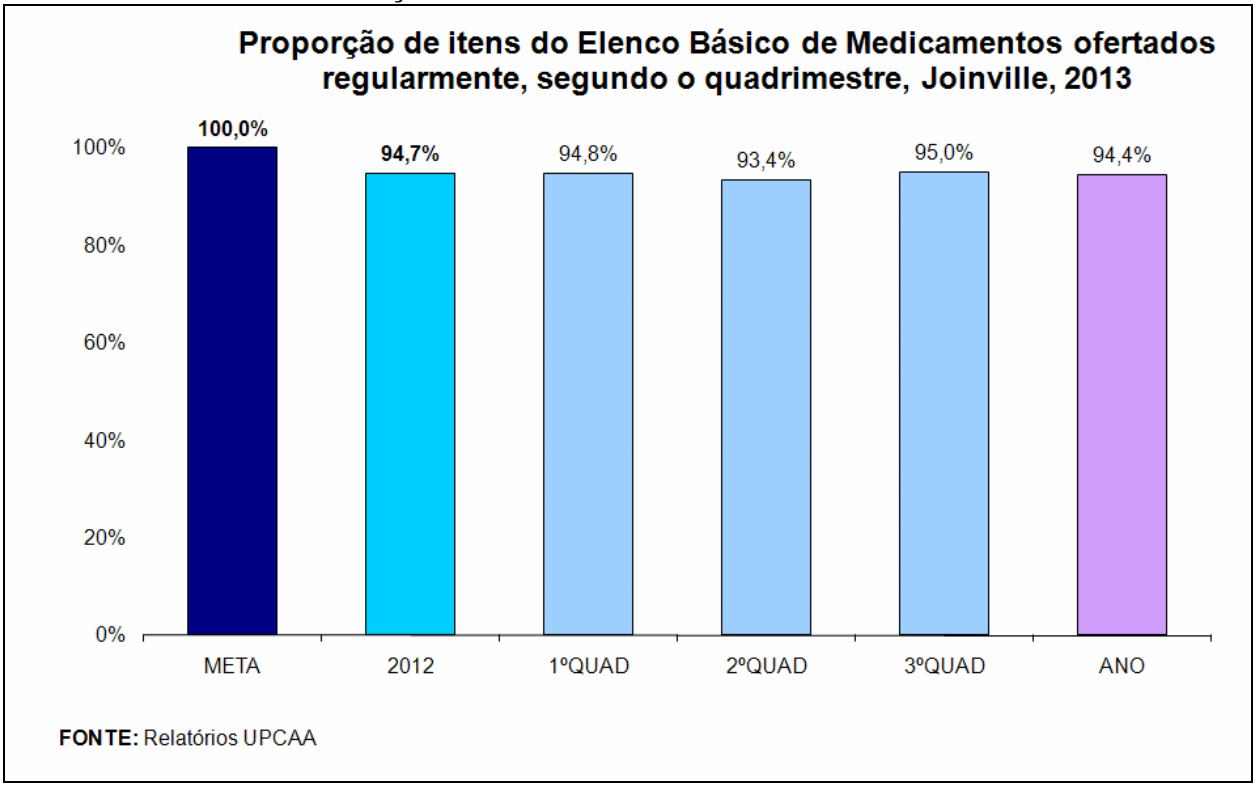
O Alvará Sanitário das unidades vence anualmente no mês de abril e a renovação depende de adequações ou reformas e das vistorias realizadas pelos fiscais. Como o vencimento de todos os estabelecimentos ocorre na mesma época, ocorre um represamento das vistorias sempre no início de cada ano, impactando no indicador. Diante disso, essa periodicidade de vencimento foi mudada por meio de portaria e, a partir de 2014, esse problema deverá ser solucionado. Resta assim o problema relativo à infraestrutura das unidades que tem sido enfrentada pela gestão com uma série de dificuldades, principalmente no que diz respeito à qualidade e morosidade da construção civil. No início de 2013 havia 10 unidades básicas com alvará sanitário e em dezembro apenas uma Unidade (CAIC Espinheiros). Em 2014, todos os novos projetos de construções/reformas que foram elaborados, estão adequados às normas da Vigilância, facilitando a emissão do alvará quando da sua conclusão.

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Serviço de Logística ampliado e vinculando ao GUAF para atender toda a Secretaria	Serviço de Logística ampliado e vinculando ao GUAF para atender toda a Secretaria	-	**0**	**NOV10 implantação**	☹
Proporção de itens do Elenco Básico de Medicamentos ofertados regularmente*	somatório do produto do número de itens de medicamentos no Elenco Básico por dias em que estiveram disponíveis X 100 / (produto do número de itens do Elenco Básico por dias no período)	50653 X 100 / 53655	**94,4%**	**100,0%**	😐

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



Atingir a meta de 100% neste indicador é um desafio, considerando as faltas eventuais no elenco de medicamentos SUS, que além de amplo possui legislação específica. Assim, a meta alcançada de 94,4%, mesmo não sendo a ideal, reflete o esforço da administração em manter a oferta de medicamentos, o máximo possível, para os usuários. Os principais motivos que contribuíram para o não alcance da meta foram: descumprimento de prazos de contratos por fornecedores, cancelamento de contrato por empresas que não conseguiram cumpri-los, problemas com documentação técnica e laboratórios que não puderam fabricar provocando desabastecimento de itens de contrato, dificuldade de punição das empresas devido à falta de uma equipe de punição atuante, mudanças de rotinas nos processos de compras em andamento e que atrasaram alguns processos já em andamento. Para o ano de 2014, a meta foi revista e ficou estabelecida em 95%, considerando que o elenco é muito amplo e sempre haverá dificuldades que extrapolam a governabilidade da Secretaria.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Implantar serviço de manutenção preventiva de estrutura física, móveis e equipamentos;	UAF	**ação contínua**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

A manutenção preventiva foi iniciada ao longo do exercício de 2013, de forma gradativa e em pequeno número, porém devido às más condições dos equipamentos e imóveis, foi necessário atuar de forma corretiva em grande quantidade e volume.

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.

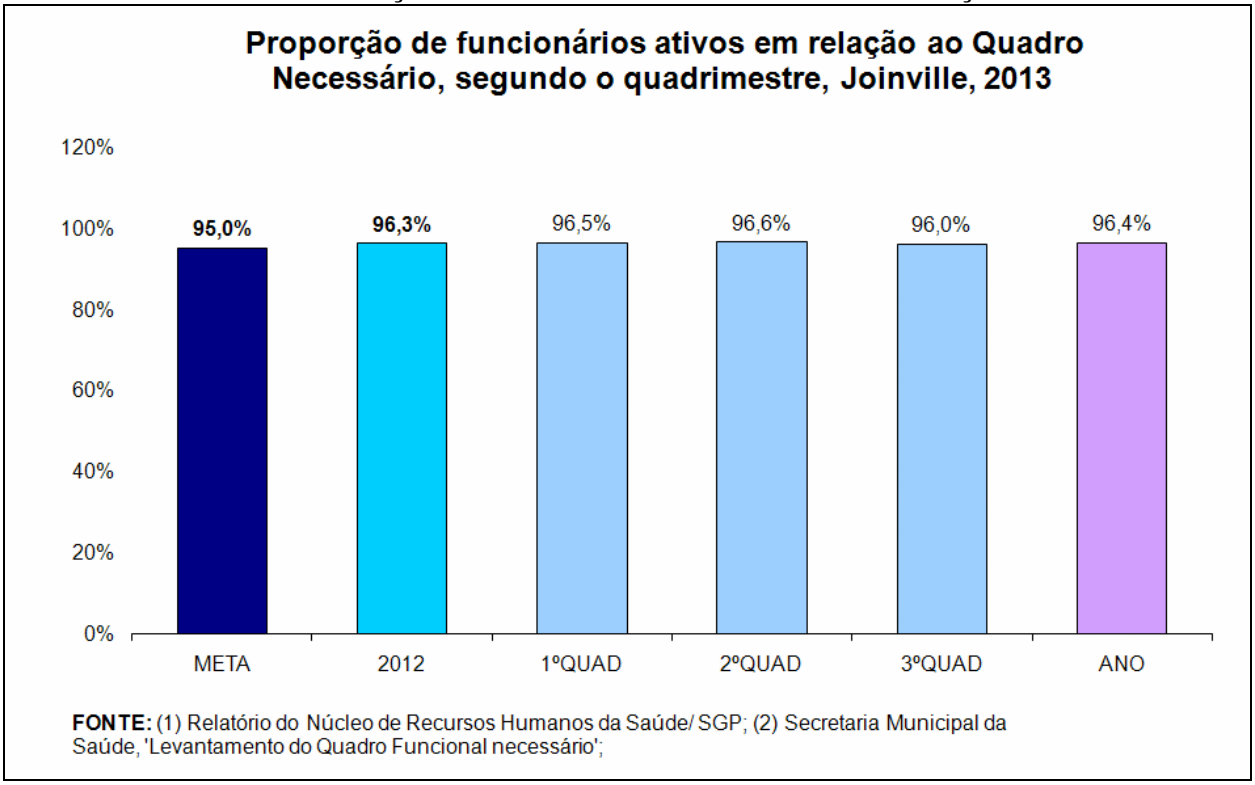
DIRETRIZ 3: Suprir as necessidades de profissionais nas Unidades de Saúde e Serviços

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Plano de Educação Permanente da SMS elaborado	Divulgação do Plano de Educação Permanente da Secretaria Municipal da Saúde	-	**0**	**JUN10**	☹

Programa de Incentivos baseado em produtividade e em metas alcançadas elaborado e implementado	Divulgação de proposta de Programa de Incentivos	-	**0**	**MAR10 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)	2559,5 X 100 / 3504	**96,4%**	**95,0%**	☺

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



FONTE: (1) Relatório do Núcleo de Recursos Humanos da Saúde/ SGP; (2) Secretaria Municipal da Saúde, 'Levantamento do Quadro Funcional necessário';

O índice alcançado superou a meta pactuada, o que mostra o esforço da gestão em manter o quadro de profissionais o mais próximo possível do ideal. Dificuldade nos processos de trabalho que envolvem a admissão de novos profissionais, legislação inadequada e arcaica que não considera as peculiaridades da área de saúde e dificulta a contratação mais ágil dos profissionais são alguns dos problemas enfrentados no âmbito da gestão de pessoas do serviço público.

PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: A área de Gestão da Educação na Saúde estruturou-se para elaborar projetos de Educação Permanente por gerências, em que o plano de Educação Permanente consta dos calendários com a programação específica do ano. Ainda, o Serviço conta com profissionais pedagogas, responsáveis por conduzir o processo de educação permanente nas gerências.

PROGRAMA DE INCENTIVOS: Proposta de inclusão deste Programa na discussão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários da Saúde em conjunto com a Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP).

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Definir uma política de estágios.	PROGESUS	**encaminhado**
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).	PROGESUS	**encaminhado e prejudicado**
Suprir as necessidades de pessoal estabelecendo o quadro necessário, segundo parâmetros assistenciais e epidemiológicos;	PROGESUS & SGP	**contínua**
Agilizar e melhorar o processo de admissão para preenchimento de vagas efetivas ou temporárias .	PROGESUS & SGP	**contínua**
Qualificar o ingresso, redefinindo a forma de seleção para preenchimento de vagas, melhorando a descrição de cargos e os editais.	PROGESUS & SGP	**contínua**
Elaborar(1) um Plano de Cargos, Carreira e Salários da SMS/Jlle.	PROGESUS & SGP	**encaminhado**
Instituir rotina de monitoramento dos processos de avaliação e liberação de licenças prêmio	PROGESUS & SGP	**encaminhado**
Monitorar e acompanhar os processos de afastamentos, remanejamentos e readaptações com a Unidade de Saúde do Servidor (USS).	UPCAA\ PROGESUS & SGP	**encaminhado**
Definir metodologia de documentação do processo de trabalho (projeto elaborado em 2011 - oficinas previstas no primeiro semestre de 2012) (NOVA)	UPCAA\ PROGESUS	**PROBLEMA**
Qualificar profissionais das equipes para a gestão dos processos de trabalho;	PROGESUS	**contínua**
Qualificar gestores no gerenciamento das equipes;	PROGESUS	**contínua**
Implantar o PMAQ nas UBS com ESF	UAB\ NAT	**implantado**
Implantar(2) mesa de negociação do trabalho em saúde;	Secretário da Saúde e SGP	**encaminhado**
Elaborar política de educação permanente	PROGESUS	**encaminhado**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

POLÍTICA DE ESTÁGIO: Foi iniciado o esboço da Política que será concluída com a implantação da Comissão Permanente de Integração entre os serviços de saude da SMS e as instituições de ensino, cuja previsão é para o primeiro semestre de 2014.

PROGRAMA DE INCENTIVOS: Há proposta de inclusão deste Programa na discussão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários da Saúde em conjunto com a Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP). No entanto, com a falta de profissional na área de gestão do trabalho/PROGESUS não há previsão para início deste processo.

RH: As medidas implantadas em 2012 (Acolhimento ao Candidato, mudanças internas no NGP visando implementar o recrutamento) atingiram os resultados esperados, mas entende-se necessária a descentralização da área de recrutamento do nível central para o Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS. Também está sendo realizado estudo de necessidade de contratação de alguns cargos que são muito solicitados pelas coordenações. Em 2013 foi realizado um estudo de quadro ideal junto às coordenações de regionais e PAs para os cargos de ASP e Técnicos de enfermagem.

QUALIFICAR O INGRESSO: Os editais são revistos a cada processo seletivo e/ou concurso. O projeto de Revisão e Atualização da Descrição dos Cargos da SMS foi finalizado em 2013, enviado para a Secretaria de Gestão de Pessoas que poderá utilizá-lo para o próximo concurso. Também foi enviada para a SGP a proposta de fusão do cargo de ASP para o cargo de Agente Administrativo, já aprovado e colocado em prática.

PLANO CCS DA SMS: Esta ação foi colocada como meta para o Plano Municipal de Saúde 2014/17.

PROCESSO AVALIAÇÃO: A proposta elaborada não foi aprovada pela atual gestão. Foram realizadas adequações que serão reapresentadas à nova gestão.

AFASTAMENTOS/LIBERAÇÕES: O projeto foi implantado e aprovado, continua em pleno exercício o acompanhamento com os novos casos de Programa de Reabilitação Profissional.

METODOLOGIA PROCESSO DE TRABALHO: As oficinas previstas sobre processo de trabalho foram realizadas em 2012. Em 2013 foram realizadas algumas atividades de organização dos processos de trabalho em algumas unidades, com continuidade prevista para 2014 em outras unidades.
QUALIFICAR PROFISSIONAIS PARA A GESTÃO PROCESSOS DE TRABALHO: O projeto implantado em 26 equipes, sendo 24 ESF que aderiram ao PMAQ mais uma ESF e uma EACS. Em 2013 foram mais 3 equipes.
QUALIFICAR GESTORES: Foi implantada e realizada em 2013 a "Qualificação para os gestores na SMS", com participação de todos os gerentes e coordenadores. Em 2014, no mês de abril, será realizada nova capacitação para os gestores da SMS, abordando novos temas.
PMAQ: O programa de melhoria e de acesso da qualidade foi ampliado de 26 para 42 equipes.
MESA DE NEGOCIAÇÃO: A proposta foi elaborada em 2013 e encontra-se em avaliação pela gestão para possível implantação no decorrer do ano de 2014.
POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: Foi elaborado o projeto de Educação Permanente por gerência.

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 2013	AVALIAÇÃO
Unidade de Tecnologia da Informação (GTI) instituida formalmente	Publicação da Reforma Administrativa (com a inclusão da Gerência de Tecnologia de Informação)	-	**0**	**DEZ10** **Publicação de reforma administ.**	☹
Núcleo de Informação em Saúde (NIS) ativo	Nomeação dos membros do NIS	-	**-**	**manter**	☹
Plano de Informática elaborado	Digulgação de Plano de Informática	-	**-**	**JUL10** **(elaborado pela GTI & NIS)**	☹
Proporção da Equipe de Informática implantada	Nº de profissionais lotados e ativos (não afastados) na GTI em determinado instante X 100 / Nº ideal de profissionais da GTI conforme lotação e categoria				
Proporção de Postos de Trabalho adequados (conf. Plano de Tecnologia de Informação)	Novas estações de trabalho implantadas	787 x 100 / 887	**88,7%**	**100,0%**	😐
Proporção de Unidades de Saúde próprias com conectividade	Nº de Unidades de Saúde próprias com conectividade X 100 / Nº de Unidades de Saúde próprias	79 X 100 / 80	**98,8%**	**100,0%**	☺
Prontuário Eletrônico implantado	Definição e Avaliação de software de Prontuário Eletrônico	-	**-**	**4ªetapa** **(manutenção e implantação em novas Unidades)**	☹
	Disponibilização do uso do Prontuário Eletrônico a todas unidades na rede	-	**0**	**2010-13**	☹
Georreferenciamento do Cadastro dos usuários implantado – Geoprocessamento (2)	Disponibilização de interface de mapas temáticos com dados do Cadastro	-	**0**	**4 ªetapa** **(disponib. de interface de mapas temáticos de Base de Dados integradas ao Cadastro)**	☹

BASE/FONTE: Prefeitura Municipal de Joinville: Jornal do Município; Gabinete do Secretário Municipal da Saúde: portaria de nomeação dos membros do NIS; ___: 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

UNIDADE DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO INSTITUÍDA FORMALMENTE: atualmente aTI da Secretaria da Saúde está dentro da Unidade de TI da PMJ, sendo nominado de Núcleo de Tecnologia da Informação.

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (NIS) ATIVO: está em andamento um levantamento de todas as demandas de infraestrutura e sistemas para propor uma reestruturação da equipe de TI da Saúde

PLANO DE INFORMÁTICA ELABORADO: Já concluído em 2011, porém não divulgado e nem implementado.

PROPORÇÃO DE POSTOS DE TRABALHO ADEQUADOS: Está em processo de conclusão um levantamento de infraestrutura física para compra de novos equipamentos.

CONECTIVIDADE PRÓPRIA: De todas as unidades, apenas a Vila Nova Rural não apresenta conectividade própria.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: as definições para o desenvolvimento foram validadas pelo NIS. Atualmente há um prontuário eletrônico implementado no PAM do Boa Vista, porém com problemas de aderência ao sistema por parte da maioria dos médicos. Esta falta de aderência está se refletindo em acúmulos de prontuários para digitalização.

GEORREFERENCIMENTO: Interface já existe, porém existe a necessidade de controle de acesso e migração dos dados do cadastro para o sistema de georeferenciamento.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Adequar o regimento interno do NIS	NIS	**PROBLEMA**
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	**PROBLEMA**
Implementação da tecnologia de informática em todos os locais de registro nas Unidades de Saúde (recepção, consultórios médicos e odontológicos, sala de vacina, posto de enfermagem, recepção, farmácia, sala do agente comunitário,...)	TI, NIS	**PROBLEMA**
Implantar o Registro Eletrônico Individual dos Atendimentos	TI	**PROBLEMA**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

A área de TI constitui um grande nó crítico na Secretaria de Saúde. Esta situação é fruto de não investimento em gestões anteriores, o que provocou um atraso tecnológico que gera problemas no cotidiano dos profissionais em todos os setores da secretaria. Em 2013, a equipe de informática da Prefeitura passou a dar apoio operacional para a Secretaria de Saúde com equipe de técnicos e realização de serviços tais como a manutenção do Servidor que foi unificado. Há propostas da gestão atual de melhorar a área de TI, investindo tanto em hardware quanto em programas, o que irá permitir avanços significativos com relação à fidedignidade dos dados existentes, monitoramento da gestão, avaliação dos resultados assistências, etc

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

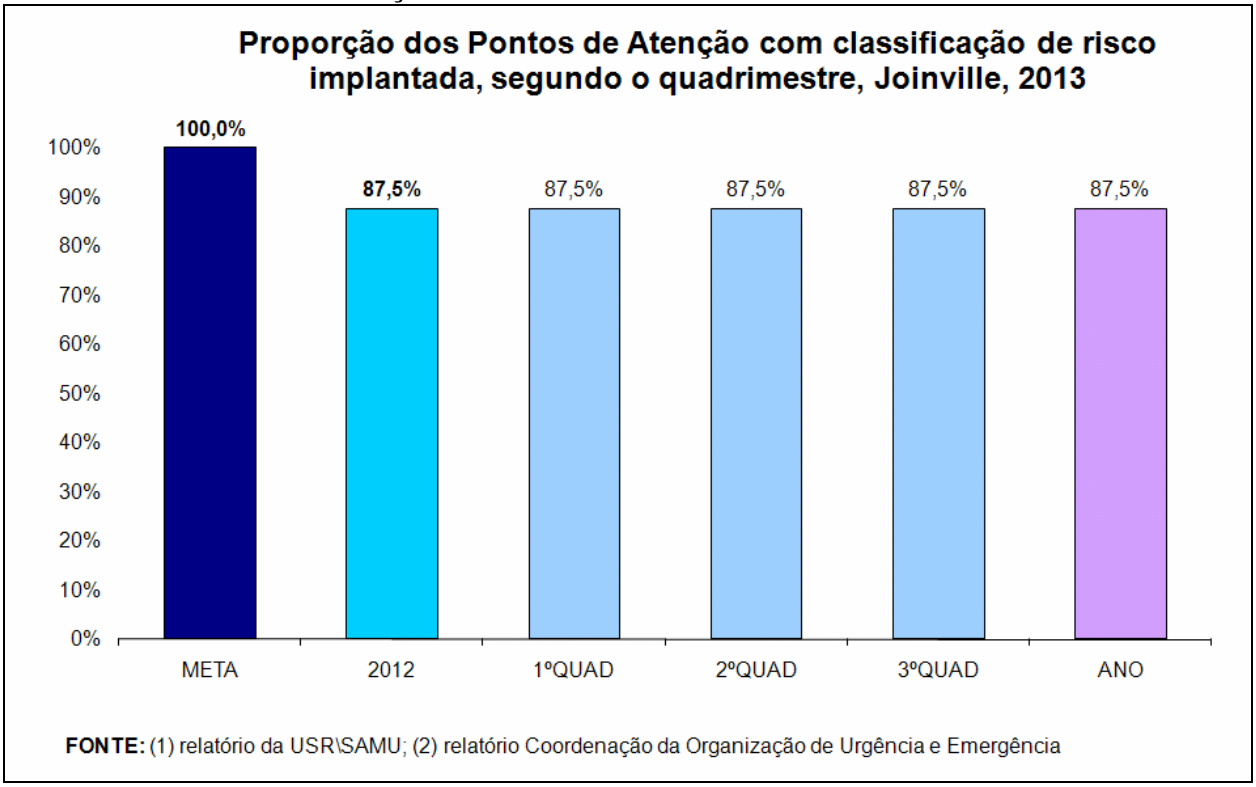
DIRETRIZ 2: Implementar o Transporte Sanitário

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Proporção dos Pontos de Atenção com classificação de risco implantada	Nº de Unidades de Saúde com Classificação de Risco Implantada X 100 / Nº de Unidades de Saúde com atendimento de porta aberta e vocacionadas para o atendimento de urgências	7 X 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	**0**	**–**	☹

Proporção de Unidades de Suporte Básico disponíveis*	Somatório do Nº 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 previstas)	1173,5 X 100 / 1464	**80,2%**	**95,0%**	😐

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

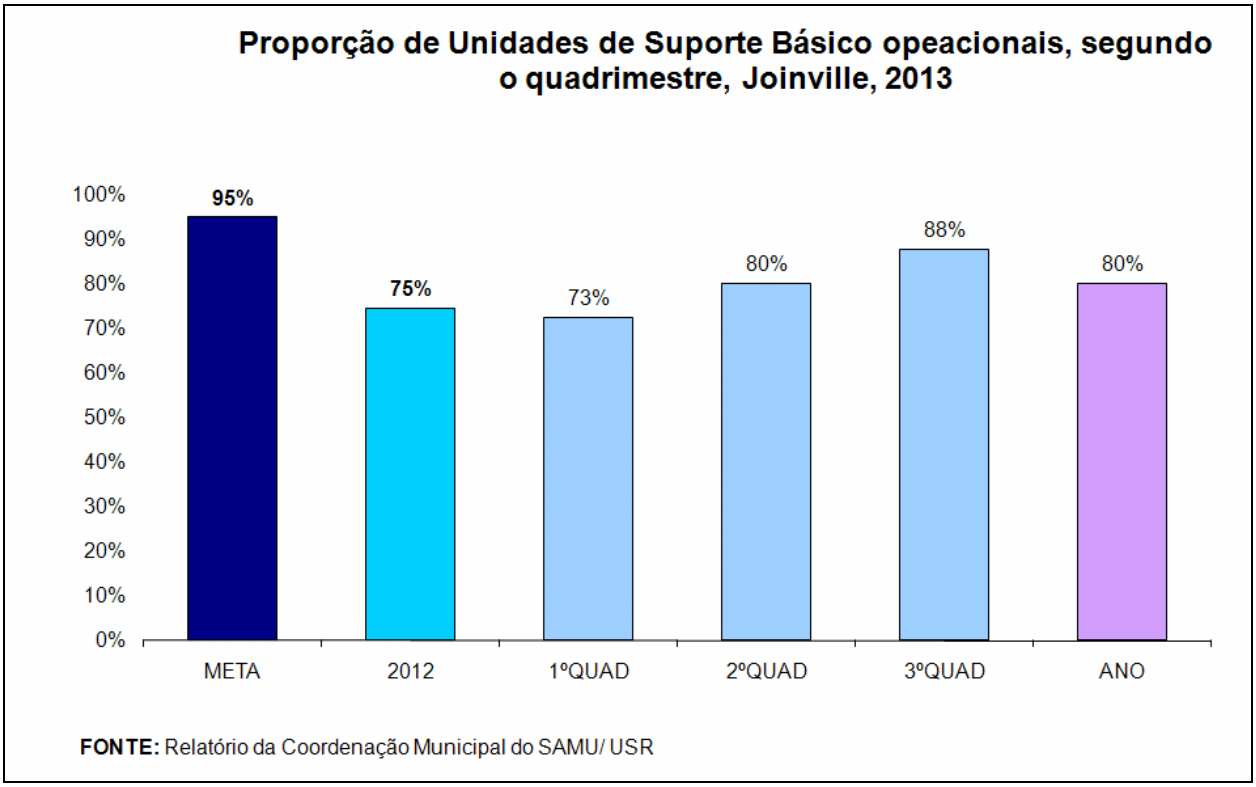
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: USR



O município dispõe de oito pontos de atenção vocacionados para o atendimento de urgência: os Serviços de Emergência do HMSJ, do HRHDS, do Hospital Bethesda, da MDV, do HJAF e dos Pronto Atendimentos 24 horas Norte, Sul e Leste. Dentre estes, os PAs24horas e os Serviços de Emergência do HMSJ, do HRHDS e do HJAF já utilizavam o Protocolo de Manchester para a Classificação de Risco dos seus pacientes, totalizando 6 unidades com classificação de risco implantada. Em março de 2013 o Hospital Bethesda implantou a classificação de risco dos seus pacientes, totalizando 7 unidades – 87,5% das unidades vocacionadas, ficando para 2014 a Maternidade Darcy Vargas, o que irá concluir essa estratégia com 100% das unidades com o Protocolo de Manchester.

TRANSPORTE SANITÁRIO: O transporte sanitário é um meio de viabilizar e regular a transferência de pacientes entre as Unidades de Saúde, quando necessário, pelo SUS, sendo atualmente operacionalizado pelo SAMU para pacientes graves (transferência de pacientes para internação em UTIs em Unidades de Suporte Avançado - USA). Em **04 de dezembro** a 23ª Regional de Saúde promoveu uma reunião sobre o tema na Câmara de Vereadores de Joinville com representantes das Secretarias Municipais de Saúde das Macrorregiões Norte e Nordeste. Nessa reunião foi pactuado que, com a renovação das Unidades de Suporte Básico - USB, os municípios cederiam os veículos antigos à SES. Por sua vez, com esses veículos, a SES operacionalizará a transferência de pacientes para internação em hospitais de retaguarda e de longa permanência, regulando-as por intermédio do SAMU. A transferência de pacientes com alta hospitalar para os seus municípios de origem continuará sendo viabilizada pela Secretaria Municipal de Saúde desses municípios.
Por outro lado, a transferência pelo SUS de pacientes em condições de urgência das UBSs para os PAs24horas e Serviços de Emergência são condicionadas, momento a momento, à disponibilidade do SAMU e às condições clínicas do paciente. Ainda, o deslocamento dos pacientes ambulatoriais de baixo

risco (ex. encaminhamento de pacientes 'verdes' entre os PAs24horas) é realizado pelos próprios usuários.



Quanto à disponibilidade efetiva das Unidades de Suporte Básico (USB), durante o ano de 2013 não havia ambulância reserva, pois, a mesma estava constantemente em conserto. Assim, à medida que qualquer ambulância apresentasse problemas (fosse 'baixada'), não havia ambulância para substituí-la, desfalcando o serviço. Ainda, no período, ocorreram demoras para reposição da equipe desfalcando a cobertura de alguns plantões. Essa situação foi parcialmente corrigida a partir de outubro, porém, ainda observamos problemas mecânicos constantes com as viaturas, inclusive nas mais novas. Desde outubro tem-se conseguido manter em funcionamento as quatro (04) UBSs.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Adequação da estrutura física, de equipamentos e de recursos humanos para atender a competência definida;	Hospitais & Conselho Gestor Redes	**não concluída**
Definição de software a ser utilizado nos Pontos de Atenção (que não possuem prontuário eletrônico) integrando com os softwares existentes;	TI & G.Condução Redes	**não concluída**
Definição de uma Coordenação para unificar as Unidades de Transporte em Saúde do Município sob um comando único;	Secretário & UAF	**não encaminhada**
Elaboração de Plano de Organização do Transporte em Saúde.	UAF\ Transporte	**não concluída**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

A adequação da estrutura dos hospitais foi conduzida por suas próprias gerências, cabendo o destaque para a ampliação de quarenta e sete (47) leitos de observação do Serviço de Emergência do HMSJ em dezembro de 2013. Foram identificadas as dificuldades para manter as equipes completas dos Serviços de Emergência do HRHDS.

Quanto à informatização da Classificação de Risco, o HMSJ, o HRHDS, o HJAF e os PAs24horas dispõem de sistemas próprios de registro. A Secretaria Municipal ofereceu ao hospital Bethesda acesso ao seu sistema na intranet, entretanto, por problemas técnicos, o mesmo não foi implementado.

Como descrito no indicador da organização do transporte sanitário, a elaboração de Plano de Organização do Transporte em Saúde envolve a articulação entre Gerências junto a outras instituições.

Atualmente, mantêm-se a segmentação da estrutura operacional (SAMU/ USR e TFD/ UPCAA) e de suporte e manutenção (Transporte/ UFA), apesar de diversas tentativas de definir as responsabilidades de cada setor.

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

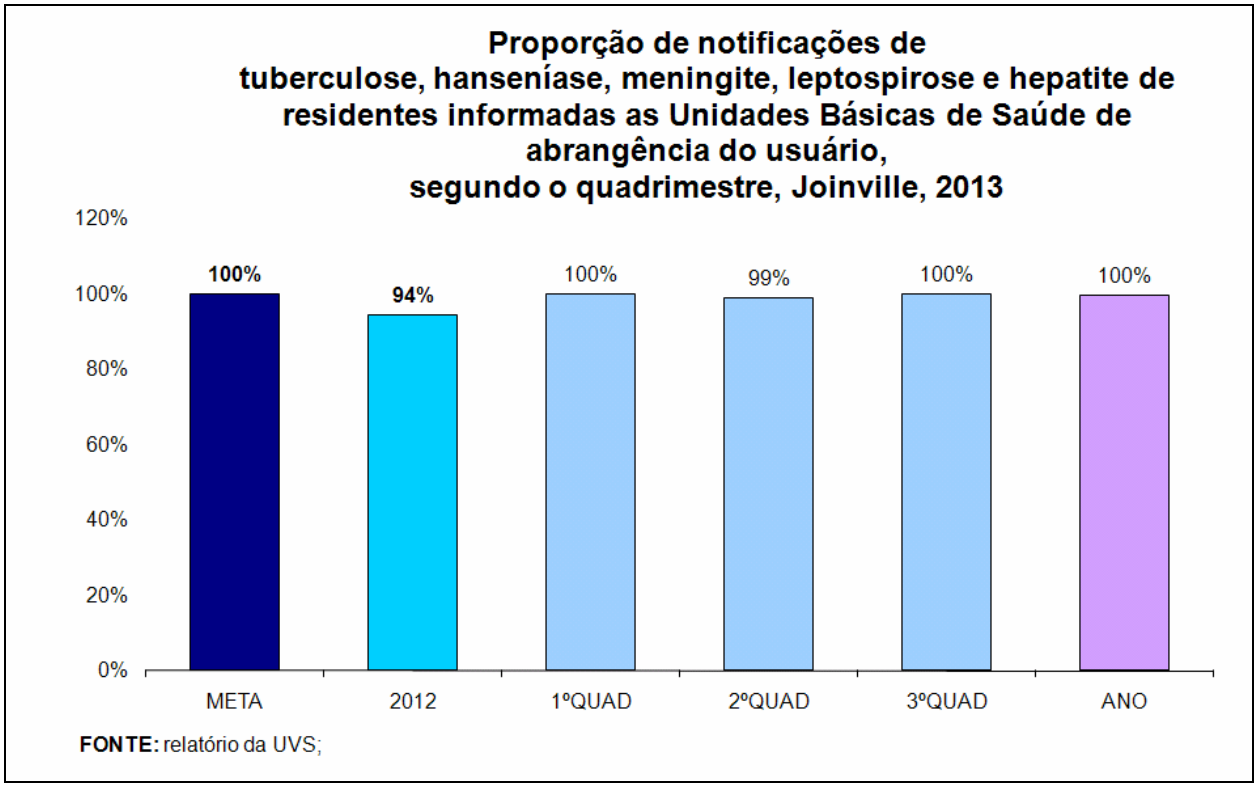
OBJETIVO 1: Promover ações que articulem os serviços da vigilância em saúde com as demais gerências da Secretaria de saúde e outras instituições governamentais e não governamentais de saúde.
DIRETRIZ: Elaborar estratégias de divulgação para o repasse efetivo das informações sobre os serviços da Vigilância em Saúde à comunidade.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Número de Boletins Epidemiológicos publicados por ano	Número de Boletins Epidemiológicos publicados	-	**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	509 X 100 / 511	**99,6%**	**100,0%**	😐

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UVS

Em 2013 foram elaborados e divulgados na mídia eletrônica e física 2 Informes Epidemiológicos, um sobre Dengue e outro sobre Imunização e Influenza (processo de edição para publicação).



Sobre as devolutivas dos agravos para a Atenção Básica, foram realizados 100% das devolutivas previstas, permitindo às equipes conhecer a analisar as doenças de notificação existentes em seu território.

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 (NOVA)	UVS-UAB	**não encaminhada**
Realizar parcerias com a Saúde Mental (CAPS AD) para o atendimento dos usuários de drogas (crack) acompanhados no Programa de Controle da Tuberculose (NOVA)	UVS-USR	**não encaminhada**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS

UVS: Embora não tenha se intensificado as ações de educação em saúde para o controle da Tuberculose em 2013 por falta de recursos humanos, o protocolo de tuberculose está implantado e segue as diretrizes do Ministério da Saúde, com bons resultados em seus indicadores. A parceria com a Saúde Mental (CAPS AD) existe e mantêm-se o fluxo de encaminhamento para internação quando indicado. O que ainda precisa ser aprimorado é o monitoramento de casos de tuberculose e seu tratamento entre esses pacientes dependentes químicos, já que envolve problemas sociais bastante complexos.

ESTRATÉGIA: Fortalecer a Gestão Pública em Saúde

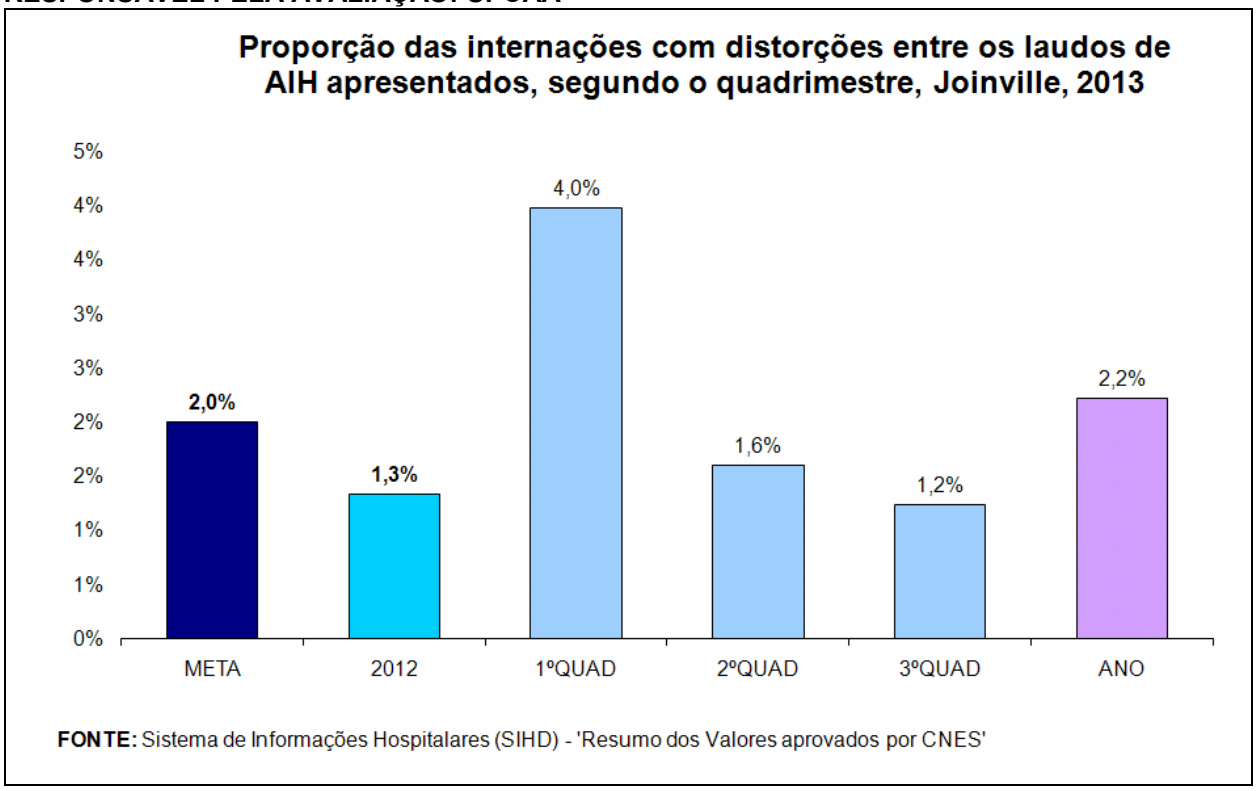
OBJETIVO 1: Aprofundar a eficácia, transparência e publicização das ações públicas em saúde.
DIRETRIZ1: Normalizar a relação dos Serviços complementares.
DIRETRIZ2: Implantar a metodologia de Gestão de Processo na SMS
DIRETRIZ3: Implantar uma Política de Comunicação externa e interna

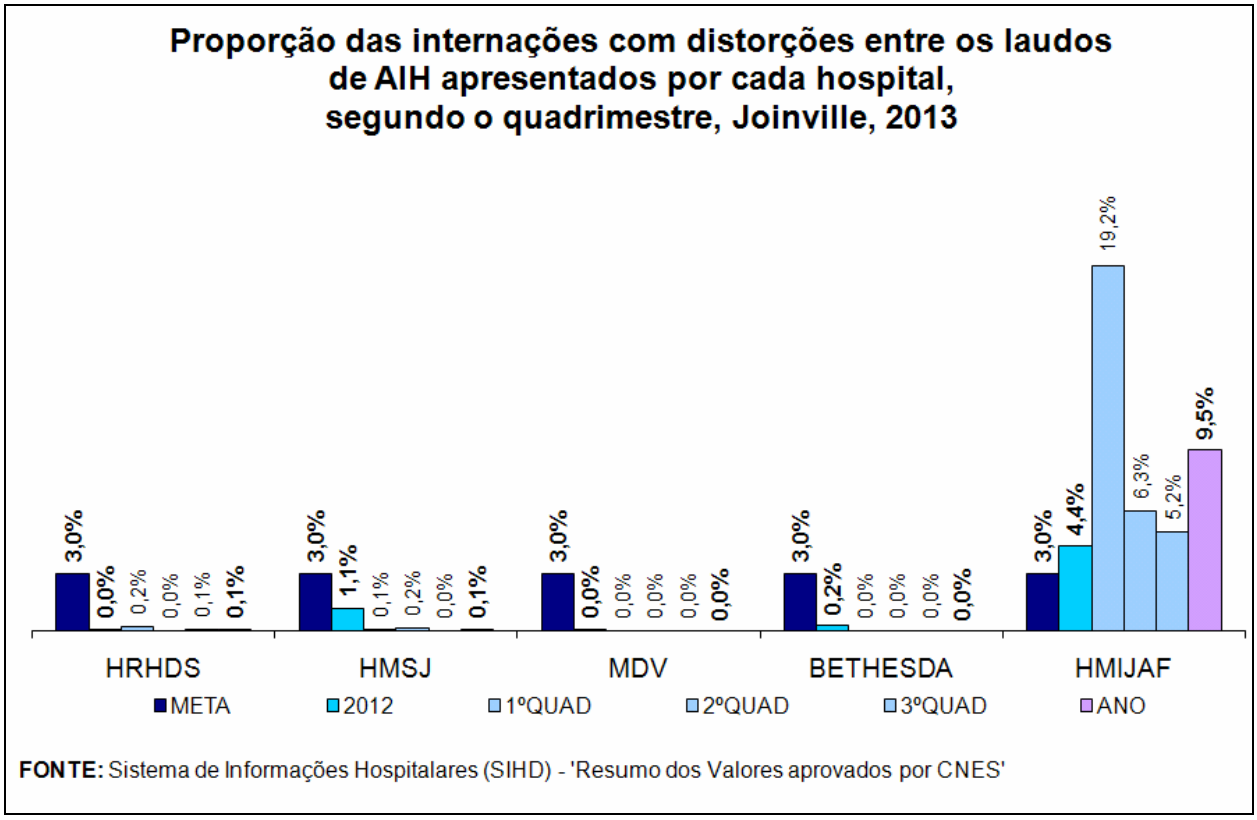
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2013	AVALIAÇÃO
Proporção das internações com distorções entre os laudos de AIH apresentados por cada hospital	número de laudos de AIH rejeitados X 100 / número de laudos de AIH apresentados	861 X 100 / 38723	**2,2%**	**2,0%**	😐
Proporção de Serviços Hospitalares com contrato de metas firmado	Número de hospitais SUS acima de 50 leitos contratualizados X 100 / Total de hospitais acima 50 leitos que atendem pelo SUS	4 X 100 / 5	**80,0%**	**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	29 X 100 / 34	85,3%	**95,0%**	😐
Auditorias Sistemáticas de Serviços Complementares Realizadas	Número de Auditorias Sistemáticas de Serviços Complementares Realizadas	6	**6**	**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**	**0,3**	☹

Releases publicados regularmente	Número de releases publicados	92	**92**	**48**	☺
Percentual de bancos de dados alimentados (CNES, SIA, SIH, SIM, SINASC, SINAN, PNI, SIAB)*	Número de bancos de dados alimentados no mês X 100 / Número de bancos de dados a serem alimentados obrigatoriamente no mês (8: CNES, SIA, SIH, SIM, SINASC, SINAN, PNI, SIAB)	96 X 100 / 96	**100,0%**	**100,0%**	☺

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UPCAA

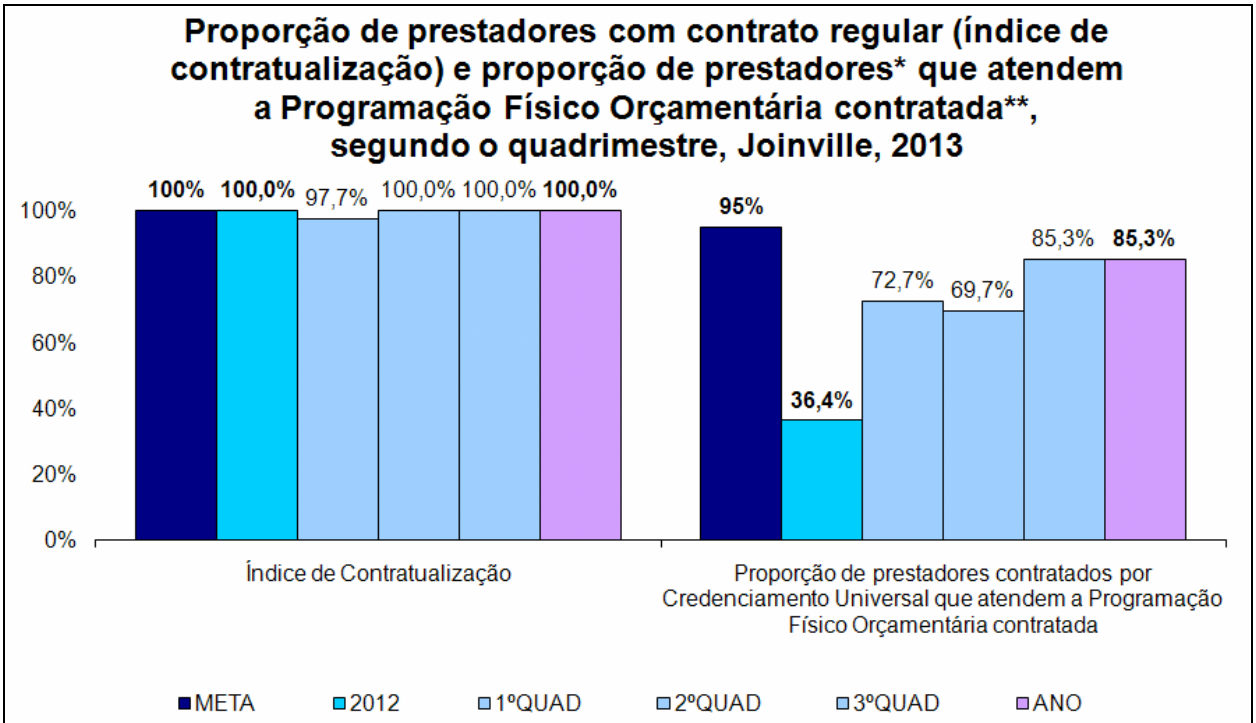




FONTE: Sistema de Informações Hospitalares (SIHD) - 'Resumo dos Valores aprovados por CNES'

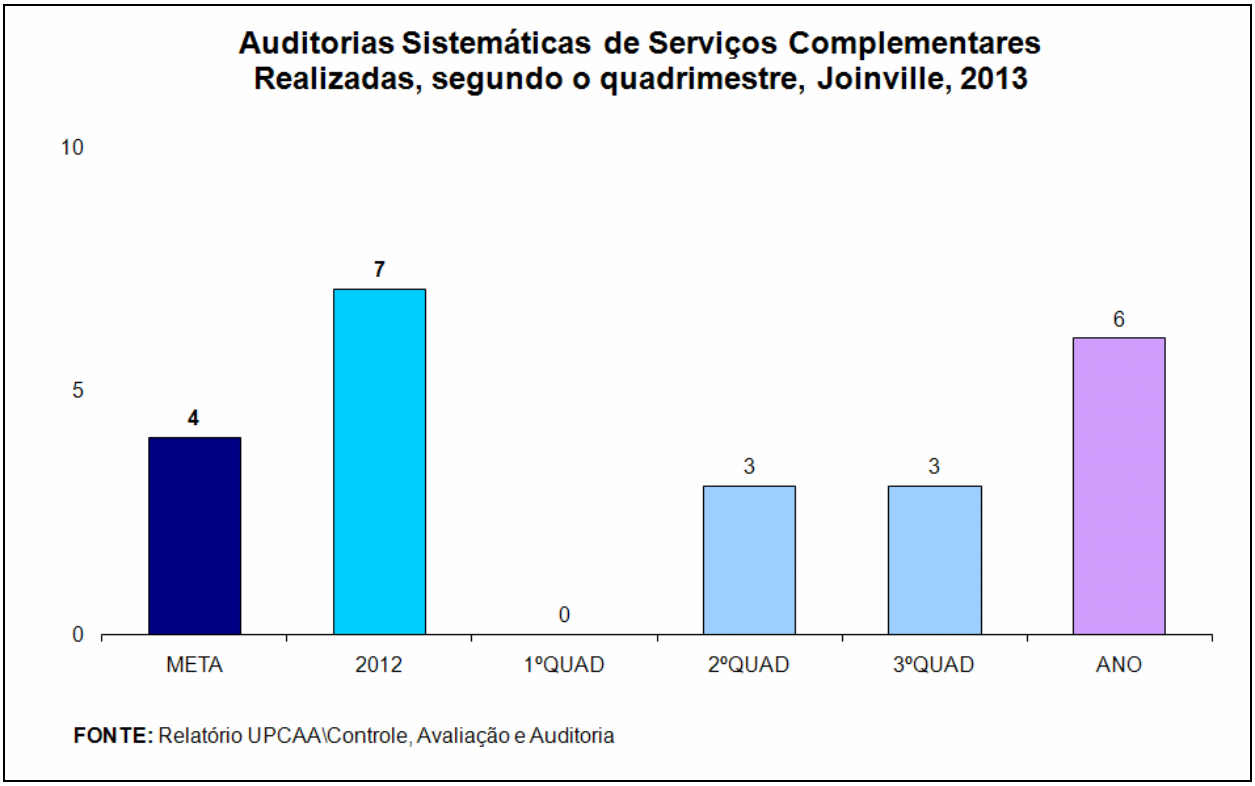
A maior fonte de distorções nas AIHs foi do HJAF, no 1ºquadrimestre, devido à não habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde (MS).

SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS: Todos os Hospitais prestadores de serviço ao SUS apresentam contrato de metas, sendo que atualmente quatro (04) Hospitais (HMSJ, HRHDS, BETHESDA, MDV) possuem contrato assinado com o gestor municipal. O Hospital Jeser Amarante Faria é gerido por uma Organização Social, tendo firmado contrato de metas junto à Secretaria de Estado da Saúde (SES). Como esse contrato de gestão não foi firmado com o gestor municipal ele não é computado no CNES.



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

ÍNDICE DE CONTRATUALIZAÇÃO: Atualmente estamos com 44 prestadores de serviços de saúde, todos com contratos firmados e publicados.
Com relação ao cumprimento da Programação Físico-Orçamentária (PFO), houve melhoria significativa com relação ao ano anterior. O acompanhamento dos contratos de prestadores credenciados possibilitou uma melhoria na qualidade dos serviços prestados.



FONTE: Relatório UPCAA\Controle, Avaliação e Auditoria

Foram realizadas 6 auditorias sistemáticas, listadas a seguir:
- CLÍNICA DE NEFROLOGIA - iniciada em dezembro de 2013, com o intuito de averiguar a situação da estrutura física do local, parte elétrica e demais dinâmicas do serviço;
- HOSPITAL BETHESDA - foram realizadas várias auditorias neste local, com as seguintes finalidades: Habilitação em Unidade de Cuidados Prolongados; Habilitação para a realização do "Mutirão" de cirurgias eletivas; Habilitação e qualificação das redes de atendimento de Urgência e Emergência (RUE); Habilitação em Unidade de Retaguarda;
Foram analisados os seguintes quesitos: leitos; estrutura física; recursos humanos; certificação dos profissionais para atualização do CNES; acompanhamento do projeto e a implantação do serviço.
- CLÍNICAS DE FISIOTERAPIA - foram vistoriadas oito Clínicas de Fisioterapia, com o objetivo de verificar a dinâmica dos agendamentos e o enquadramento na tabela SIGTAP, de acordo com o diagnóstico. Constou ainda, a avaliação da estrutura física; recursos humanos; discussão com a Regulação para a revisão do fluxo do agendamento. Foi formatado um novo fluxo, por meio de Instrução Normativa, que entrará em vigor 2014 e será monitorada pelos serviços de regulação e controle para mensurar resultados.
- HMSJ - foram realizadas diversas auditorias: Auditoria nas fichas ambulatoriais e prontuários para identificação de possíveis inconformidades no preenchimento, atividade esta realizada na forma de força tarefa, com seis auditores e encaminhado o relatório final ao Ministério da Saúde; Auditoria nos equipamentos do Hospital a fim de apurar a disponibilidade, o estado de conservação e plano de manutenção. Foi acordado com a empresa responsável pela manutenção o envio de relatórios periódicos; Auditoria visando à habilitação e qualificação das REDES - UTI/AVC, conforme a Portaria nº 2.809 de 7/12/2012; Auditoria visando para a realização do "Mutirão" de cirurgias eletivas; Auditoria visando habilitação e qualificação das redes de atendimento de Urgência e Emergência (RUE).
- APAE - Foi realizada auditoria na Instituição, na forma de força tarefa, com seis auditores, a fim de adequar a dinâmica do atendimento aos pacientes e comprovar a quantidade de atendimentos mensais, conforme preconizam as Portarias nº 1635/GM de 12/09/2002, Portaria 492 da Secretaria de Assistência Social de 30/04/2013, e a Deliberação da CIB 228/CIB 2013. Foram analisados ainda, a estrutura física, recursos humanos, certificação dos profissionais para atualização do CNES.
- UNIVILLE - Foi realizada auditoria na Univille visando à habilitação e implantação do serviço do Centro de Especialidades de Odontologia - CEO III, em parceria com a SMS e o CIS AMUNESC. Foram analisados os seguintes aspectos: estrutura física, equipamentos, profissionais e organização do fluxo interno e externo do agendamento e do atendimento. Após isto, a equipe foi favorável à implantação do serviço e o CEO III já se encontra em pleno funcionamento desde o dia 19 de agosto de 2013.
DESCRIÇÃO DE ATRIBUIÇÕES SETORIAIS: Alguns serviços descreveram as suas atribuições, porém não foi estabelecido um padrão de descrição para toda a SMS. Esta proposta está no PMS 2014-17, sob a coordenação do Progesus.

ALIMENTAÇÃO DOS BANCOS DE DADOS: Os bancos de dados da SMS são alimentados regularmente, atendendo os prazos estabelecidos pelo MS.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Estruturar equipe permanente do UPCAA para o acompanhamento dos Planos Operativos de Contratos dos Convênios	UPCAA\ Programação	**ação contínua**
Aperfeiçoar o acompanhamento da execução das Programações Físico Orçamentárias dos prestadores	UPCAA\ Programação	**ação contínua**
Elaborar manual operacional com as atividades/rotinas existentes nos serviços	Coordenadores	**ação contínua**
Definir estratégia de comunicação interna nas Unidades de Saúde (releases semanais)	Comunicação	**PROBLEMA**
Definir um calendário para divulgação de ações e programas da SMS baseado em datas comemorativas	Comunicação, TI	**prejudicada**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
O manual do Controle, Avaliação e Auditoria está com as descrições de cada serviço finalizadas, faltando somente determinar o fluxo do serviço de auditoria de AIH´s e implantar em 2014. O controle e avaliação dos contratos de prestadores de serviços privados está com rotina definida para acompanhamento e controle dos mesmos. Em relação aos convênios hospitalares, estão sob responsabilidade do setor de

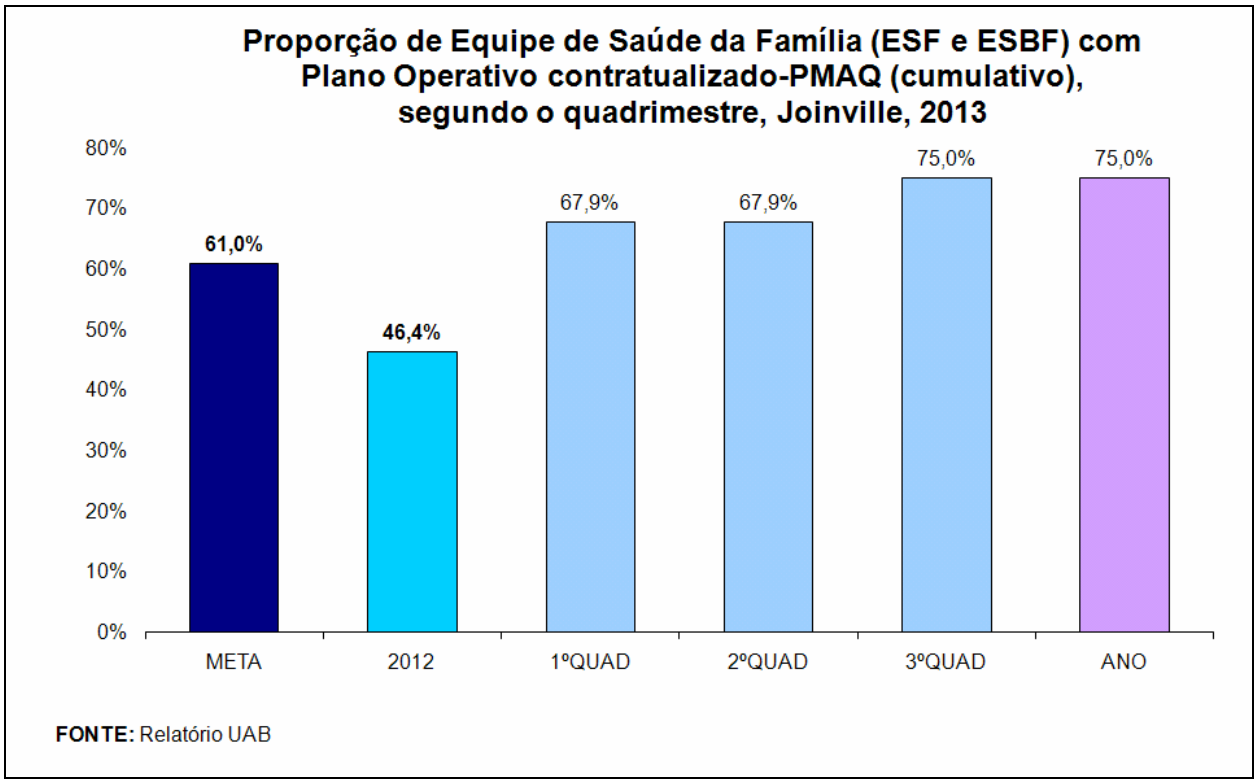
Controle Avaliação e Auditoria, os hospitais HMSJ e BETHESDA, sendo monitorados mensalmente e apresentadas as prestações de contas juntamente com a Comissão de Acompanhamento dos Convênios – CAC. Em 2014 continuará o processo da estruturação do setor para monitoramento da MDV e HRHDS.
Em relação aos contratos de prestadores de serviços complementares ao SUS, a coordenação acompanha mensalmente o total da produção, avaliando com o gerente as causas de cada situação. O setor de Controle Avaliação e Auditoria necessita de 03 técnicos administrativos para melhorar a sua capacidade de controle. O CAA desenvolveu um manual de atividades para o serviço de Auditoria e o de Controle e Avaliação, faltando a descrição de rotinas do dia a dia de cada profissional. Prevê-se que o manual será finalizado em 2014. Há necessidade de capacitação dos técnicos de nível médio e dos auditores, em 2014, para melhor entendimento das metas a serem alcançadas.
COMUNICAÇÃO INTERNA E EXTERNA: estão centralizadas na Secretaria de Comunicação da Prefeitura.

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 2013	AVALIAÇÃO
Proporção de Equipes de Saúde (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)	42 X 100% / 56	**75,0%**	**61,0%**	☺
Áreas Estratégicas com equipes de avaliação com a participação das várias Unidades Gerenciais (cumulativo)	Número de Grupos Temáticos Implantados	0	**0**	**7**	☹

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

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: UAB



FONTE: Relatório UAB

O indicador ultrapassou a meta estimada de 61%, sendo extremamente significativo para a Gestão, a efetivação da melhoria do acesso e da qualidade dos serviços, na medida em que pactua este compromisso com as equipes.
No primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, 26 equipes aderiram, com início em 1° de novembro de 2011 e término em 31 de dezembro de 2012. O processo de avaliação externa, preconizado e realizado nos moldes previstos pelo programa, resultou em 19 equipes com avaliação acima da média, 4 muito acima da média e 3 pouco abaixo da média. Em março de 2013 houve a recontratualização de 25 equipes e adesão de mais 17 equipes, totalizando 42. As equipes recebem incentivos do programa desde o momento da contratualização e recontratualização e após a avaliação externa, recebem outro incentivo de acordo com a avaliação.
Com a adesão do município de Joinville à Política Nacional de Redes de Atenção à Saúde – Rede de Urgência e Emergência, Cegonha, Atenção aos Crônicos, Deficiências e Saúde Mental, o processo de discussão e avaliação das áreas estratégicas passa a ser inserido nos respectivos grupos de redes com a estruturação dos grupos condutores.

AÇÕES PROGRAMADAS	RESPONSÁVEL	ANDAMENTO
Estruturar Comissões Intersetoriais para Normatizar e Acompanhar as Áreas Estratégicas, integrando as ações	Secretario (por delegação) & Colegiado	**PROBLEMA**
Implantar o PMAQ nas UBS com ESF	UAB\ NAT	**contínua**

JUSTIFICATIVA/ MEDIDAS CORRETIVAS
COMISSÃO INTERSETORIAL: As comissões intersetoriais foram substituídas pelos grupos condutores municipais das Redes de Atenção, os quais possuem cronogramas de reuniões estabelecidos para deliberar sobre a organização de cada rede temática. Atualmente são 5: Rede Cegonha, Rede de Atenção aos Pacientes Crônicos, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção aos Deficientes e Rede de Urgência e Emergência.
PMAQ: A proposta da Secretaria é implementar o PMAQ, entretanto as recontratualizações de metas com as equipes de saúde e as novas adesões dependem do recebimento de incentivos financeiros do Ministério da Saúde. Através de contato com este último, fomos informados que o município permanecerá recebendo o incentivo, contudo não há informações disponíveis sobre datas.

6. SERVIÇO DE OUVIDORIA

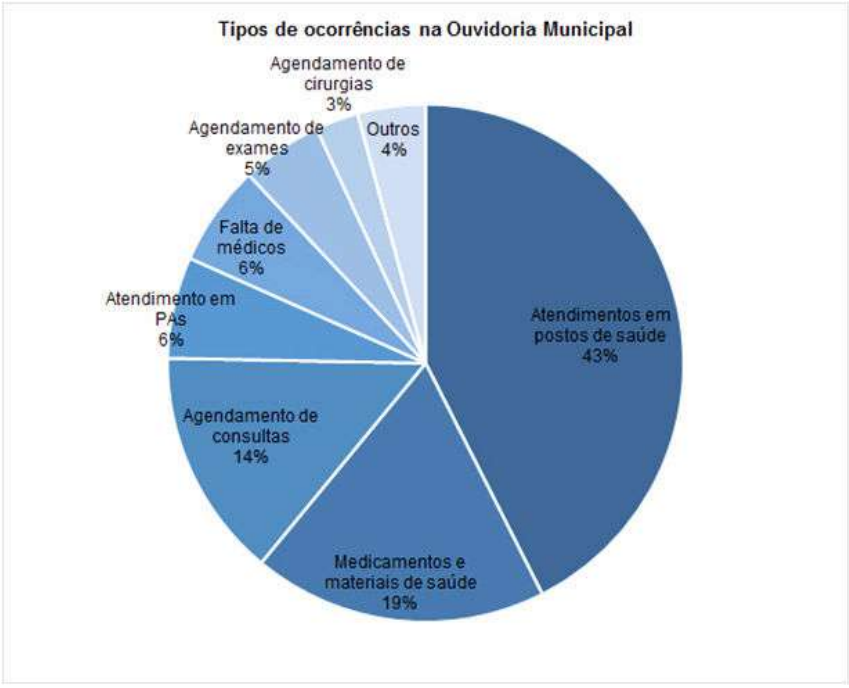
O serviço de Ouvidoria do SUS centralizado na Prefeitura a partir de outubro de 2013, passou a ser operado conjuntamente ao Sistema 156. Diante desta mudança de organização, os registros das ocorrências estão apresentados com formatos distintos, respectivo a estes dois momentos. No primeiro e segundo quadrimestres de 2013 foram registradas 1.901 ocorrências no serviço instalado na Secretaria de Saúde, conforme mostrado abaixo:

Tabela – Ocorrências registradas pelo serviço de Ouvidoria do SUS

OCORRÊNCIAS	1ºQUAD	2ºQUAD	TOTAL
Reclamações	744	563	1307
Notificações	362	182	544
Solicitação de informações	10	13	23
Sugestões	10	0	10
Elogios	5	5	10
Denúncias	0	7	7
Total	1131	770	1901

No segundo semestre de 2013, a Ouvidoria Municipal, operada pela Prefeitura de Joinville, foram registradas **1.429 ocorrências relacionadas à saúde.** Além dessas, **88 ocorrências** foram notificadas diretamente à Ouvidoria SUS, operada pelo Ministério da Saúde e respondidas pelas Secretarias Municipais.

Ocorrências da Ouvidoria municipal, segundo o tipo, Joinville-SC. 2013



7 . OBRAS

Em 2013 houve a reforma e ampliação do CAIC Espinheiros, finalizada em setembro/2013. Há diversas construções em andamento conforme previsto no PPA, tais como: Policlínica Pirabeiraba, UBS Parque Douat, UBS Aventureiro III, UBS Vila Nova I; reforma do CAPS II. Foram realizadas diversas intervenções na estrutura física das unidades básicas visando sua manutenção, melhorias e adequação às normas da Vigilância Sanitária. São serviços de pintura predial, reformas, construção de calçada, adequação da entrada para possibilitar acessibilidade, recuperação do pátio das unidades e reparação predial. Foram contempladas as seguintes unidades: Ademar Garcia, Centrinho, Cubatão, Floresta, Glória, Jarivatuba, Nova Brasília, PA Leste, Unidade Sanitária, Vila Nova, Rio da Prata, setor de Patrimônio, Itaum, Jardim Paraíso V, NAIPE, SAMU e prédio da Secretaria de Saúde. O montante investido nesta obras foi de R$ 497.872,00. Das unidades especializadas, inaugurou-se o CEO-Univille que passou a funcionar a partir de agosto/2013.

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

Os dados financeiros do ano de 2013 estão descritos a seguir.

Gastos em Saúde

O indicador da proporção de recursos municipais aplicados na saúde (LC 141/12) é avaliado bimestralmente pelo Sistema de Informações do Orçamento Público em Saúde (SIOPS). No ano de 2013, 34% 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. O valor gasto per capita em saúde foi de R$ 809,24.

8.1. RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS – CONSOLIDADO 2013

RECEITA 2012	ORÇADO	RECEBIDO	% RECEB. ORÇADO
Gestão Plena	71.554.000	56.241.454	78,6%
UPAS - Unid. Pronto Atendimento Saúde	4.200.000	2.400.000	57,1%
Teto Municipal Rede de Urgência	-	19.793.556	0,0%
Teto Municipal Rede Saúde Mental	-	1.380.626	0,0%
Teto Municipal Rede Viver sem Limite	-	132.269	0,0%
Teto Municipal Rede Cegonha	-	3.809.917	0,0%
Teto Municipal Rede Prev. Câncer	-	185.176	0,0%
Piso de Atenção Básica - fixo	9.500.000	10.534.402	110,9%
Piso de Atenção Básica - variável	965.000	1.452.444	150,5%
PAB - Saúde Bucal	110.000	90.800	82,5%
PAB - Política Nacional Saúde do Homem	50.000	1	0,0%
Progr. Agente Comunitário de Saúde	5.800.000	5.004.600	86,3%
PSF- Programa Saúde da Família	3.970.000	3.272.670	82,4%
Progr.Assist.Farmacêutica básica/união	2.600.000	2.646.597	101,8%
Vigilância e Promoção da Saúde	380.000	1.610.594	423,8%
Piso fixo de Vigilância Sanit.- PFVISA	350.000	298.960	85,4%
Piso variável Vig/Prom. Saúde - PVVS/FMS	595.000	966.875	162,5%
Vigil.Epidem./Ambiental Saúde - FMS	580.000	145.654	25,1%
FAEC (Fundo Ações Estr.e Compensação)	19.146.000	17.750.263	92,7%
SAMU	600.000	1.109.505	184,9%
CEREST	390.000	390.000	100,0%
Centro de Especialidades Odontológicas	110.000	223.424	203,1%
Bloco de Investimentos	3.634.000	422.855	11,6%
Outras Transf. da União	4.763.000	1.112.547	23,4%
TOTAL RECURSOS - UNIÃO	**129.297.000**	**130.975.188**	**101,3%**
Vigilância Sanitária do Estado	-	57.000	0,0%
Assistência Farmacêutica Basica/Estado	2.300.000	2.318.625	100,8%
Oxigenoterapia/Estado	120.000	146.355	122,0%
Atenção Básica/Estado	670.000	762.200	113,8%
Média Complexidade/Estado	810.000	1.733.416	214,0%
Incentivo Hospitalar/Estado	3.200.000	73.605	2,3%
Centro Esp.Odontológicas/Estado	35.000	40.700	116,3%
Cirurgias Eletivas/Estado	450.000	899.915	200,0%
Transf.de Convênios/Estado	1.000.000	14.016.763	1401,7%
TOTAL RECURSOS - ESTADO	**8.585.000**	**20.048.579**	**233,5%**
Rem. de Depósitos Bancários	1.012.000	1.052.745	104,0%
Outras Receitas Diversas	120.000	346.009	288,3%
TOTAL	**139.014.000**	**152.422.521**	**109,6%**
REPASSES PMJ	**177.711.000**	**175.905.512**	**99,0%**
TOTAL GERAL	**316.725.000**	**328.328.033**	**103,7%**

8.2. DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS – CONSOLIDADO 2013

TIPOS DE GASTOS	ANO	MÉDIA/MÊS	%
PESSOAL + DIÁRIAS	167.030.717	13.919.226	52,94%
NATERIAIS DE CONSUMO	22.049.247	1.837.437	6,99%
SERVIÇOS DE TERCEIROS	25.444.732	2.120.394	8,06%
INVESTIMENTOS	4.396.798	366.400	1,39%
OUTROS SERVIÇOS - SUS	90.699.203	7.558.267	28,75%
DECISÕES JUDICIAIS	5.905.276	492.106	1,87%
TOTAL DESPESAS	**315.525.972**	**25.801.725**	**100,00%**

8.3. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR, OUTROS SERVIÇOS E ENCARGOS – CONSOLIDADO 2013

TIPO	ANO	MÉDIA/MÊS	%
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ	39.391.907	3.282.659	43,43%
HOSPITAL REG. HANS DIETER SCHMIDT	21.182.255	1.765.188	23,35%
HOSPITAL BETHESDA	4.038.580	336.548	4,45%
CLÍNICAS E LABORATÓRIOS	26.086.461	2.173.872	28,76%
TOTAL	**90.699.203**	**7.558.267**	**100,00%**

8.4. SITUAÇÃO FINANCEIRA – CONSOLIDADO 2013

	31/12/2013
DISPONÍVEL + REALIZAVEL	**5.646.171**
Bancos Conta Movimento	29.842
Banco Conta Vinculada	-
Bancos Conta Aplicação	1.411.945
Realizavel	4.204.385
Contas a Pagar	7.258.748
Fornecedores	3.151.991
Folha de Pagamento	4.106.756
SALDO	**(1.612.576)**

9. COMENTÁRIOS FINAIS

Avaliar os dados apresentados neste relatório requer um olhar crítico da gestão e dos profissionais na busca do fortalecimento do SUS Joinville para todos.

Em relação às condições de saúde da população, a principal causa de morte em adultos de ambos os gêneros foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e causas externas. Considerando-se os APVP, as causas externas apareceram como a mais importante, com destaque para os acidentes de transporte. As ações de vigilância têm mantido um bom padrão de controle dos agravos de notificação (agravos encerrados oportunamente). As principais doenças notificadas no período foram a AIDS, tuberculose e meningites. Vale mencionar o grande aumento dos focos do mosquito *Aedes aegypti* que chegou a 80 no início de 2013, embora até o momento não tenhamos registro de casos autóctones de dengue no município. A mortalidade infantil vem se mantendo baixa, sendo a prematuridade e as malformações as principais causas. A imunização, historicamente, mantém boa cobertura vacinal.

Os bons resultados alcançados quando comparados com índices nacionais, estaduais e de outros municípios da região, demonstram a efetividade das ações realizadas. Entretanto, as metas ainda não atingidas referem-se a situações de maior complexidade e, portanto, difíceis de serem alcançadas, apesar dos esforços empreendidos. A necessidade de maior integração entre a assistência e vigilância em saúde e entre os níveis assistenciais, ficou evidente, apesar de poucos avanços concretos. A fragmentação das ações de saúde e dos processos da gestão constitui um entrave histórico para ser superado.

APÊNDICES

Apêndice 1

Secretaria Municipal da Saúde, População residente por unidade de saúde - 2013

PMJ - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA					
REGIONAL	**CNES**	**UNIDADES DE SAÚDE**	**ESF**	**TELEFONE**	**POPULAÇÃO**
01 – PIRABEIRABA	2511290	UBS Sede Piraberaba		3424-0195	11.708 hab.
(3424-0978)	2511282	UBSF Rio Bonito	1	3464-1487	3.162 hab.
Pop. Reg. 21.371 hab.	2511274	UBSF Rio da Prata	1	3428-0108	3.396 hab.
	3101711	UBSF Canela	1	3437-1141	3.105 hab.
02 - VILA NOVA	2511703	UBS Sede Vila Nova		3439-2201	22.976 hab.
(3439-6357)	2568667	UBSF Vila Nova Rural (K18)	1	s/ telefone	1.784 hab.
Pop. Reg. 41.574 hab.	3001164	UBSF Anaburgo	1	3455-2326	2.657 hab.
	2511711	UBS Glória		3416-3074	14.157 hab.
03 – AVENTUREIRO	2511487	**UBS Aventureiro I**		3467-5599	11.390 hab.
(3427-3840)	2511525	UBSF Aventureiro II	2	3467-3044	8.414 hab.
Pop. Reg. 81.523 hab.	2622963	UBSF Santa Bárbara	1	3418-8263	3.420 hab.
	2436434	UBSF Cubatão	1	3467-3818	3.121 hab.
	3085864	UBSF Rio do Ferro	1	3467-2061	3.321 hab.
	2511606	UBS Parque Joinville		3472-1795	16.693 hab.
	2511355	UBS Leonardo Schilickman		3437-7793	17.762 hab.
	3781194	**UBS Sede Saguaçú**		3473-6939	17.398 hab.
04 – COSTA E SILVA	2511592	UBS Sede Costa e Silva		3425-0017	29.812 hab.
(3473-6851)	2511843	UBSF Jardim Paraíso I e II	2	3467-0017	7.864 hab.
Pop. Reg. 74.553 hab.	2512009	UBSF Jardim Paraíso III	1	3467-2348	3.329 hab.
	2622955	UBSF Jardim Paraíso IV	1	3418-8236	3.140 hab.
	3400069	UBSF Jardim Paraíso V	1	3467-0112	4.139 hab.
	2511835	UBSF Jardim Sofia	1	3473-0870	4.380 hab.
	2511959	UBSF Willy Schossland	1	3418-0407	6.432 hab.
	2511320	UBS Bom Retiro		3425-2580	15.457 hab.
05 – FLORESTA	2511878	**UBS Sede Floresta**		3426-4941	20.523 hab.
(3426-7890)	2511363	UBSF Profipo	2	3429-7306	6.350 hab.
Pop. Reg. 55.602 hab.	2511541	UBSF Boehmerwaldt I	2	3454-8066	7.500 hab.
	2657481	UBSF Boehmerwaldt II	2	3429-6269	7.570 hab.
	3461203	UBSF Itinga Continental	2	3465-5200	5.532 hab.
	2511509	UBSF Itinga	1	3417-2783	3.257 hab.
	2511371	UBSF KM 04	2	3454-1073	5.870 hab.
06 – CENTRO	2511681	**PAM Bucareim (Sede)**		3433-4532	25.901 hab.
(3433-4532)	2511304	UBSF Nova Brasília	3	3454-1842	11.179 hab.
Pop. Reg. 52.979 hab.	2436426	UBSF Jativoca		(~02 MA´s)	Extensão
	2511495	UBSF Morro do Meio	2	3429-6229	6.515 hab.
	8007535	UBSF Lagoinha	1	3465-1912	3.435 hab.
	2511312	UBSF São Marcos (Mista)	1	3438-0652	5.621 hab.
07 – JARIVATUBA	2622971	**UBS Sede Jarivatuba (Mista)**	3	3466-7427	23.366 hab.
(3438-2016)	2511576	UBSF Paranaguamirim	2	3463-6589	8.634 hab.
Pop. Reg. 61.559 hab.	3062724	UBSF Jardim Edilene/Estevão Matos	4	3463-7266	18.649 hab.
	2511770	UBSF Morro do Amaral		(~02 MA´s)	Extensão
	2511819	UBSF Parque Guarani	3	3429-7304	10.910 hab.
08 – COMASA	2511517	**UBS Sede Comasa**		3434-0360	17.780 hab.
(3434-5179)	2511460	**UBS Jardim Iririú**		3418-3163	10.480 hab.
Pop. Reg. 64.468 hab.	2511452	UBSF Moinho dos Ventos	1	3434-6600	4.540 hab.
	2511851	UBSF CAIC Esp./Roraima	2	3416-3240	7.250 hab.
	3004007	UBSF Da Ilha	1	3439-2471	3.980 hab.
	2501150	UBSF Dom Gregório	1	3435-5112	3.690 hab.
	2511347	UBS Bakitas		3432-2220	16.748 hab.
09 – FÁTIMA	2511614	UBS Sede Fátima		3436-3073	18.447 hab.
(3465-6625)	2512017	UBS Edla Jordan		3436-6705	19.886 hab.
Pop. Reg. 72.709 hab.	2511479	UBS Itaum		3429-6251	15.842 hab.
	2511568	UBS Adhemar Garcia		3429-5056	18534 hab.

TOTAL: 53 Un. Saúde na At.Básica (17 UBS´s; 02 UBS´s Mistas; 01 Pol.; 33 UBSF´s). Eq. ESF: 52	**526.338hab.**
Data: 06/07/2013	**População 2013 p/ 2014: 546.981hab.**

Obs: Os critérios usados para se considerar como Unidade Básica são: ter área adscrita, ter prédio instalado e ter CNES próprio. Portanto atualmente, a Atenção Básica do Município de Joinville identifica 53 unidades na Atenção Básica, incluídas as 2 extensões (Jativoca e Morro do Amaral). No caso da unidade Estevão de Matos que está funcionando temporariamente no prédio da unidade J Edilene , considerou-se como 1 unidade.

Arquivo: *Documento/Gabinete/GUAB/Território/06_09_2013 - RELAÇÃO UBS_UBSF_POPULAÇÃO*

Apêndice 2

Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil 2013, Joinville-SC

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um indicador clássico dos níveis de desenvolvimento social e econômico e de condições de saúde da população. O óbito infantil é um evento- sentinela e como tal indica a vulnerabilidade social e contribui para a identificação de riscos norteando gestores e profissionais na tomada de decisões e alocação de recursos e políticas publicas.

O acompanhamento da TMI é de fundamental importância para o desenvolvimento de políticas governamentais voltadas para a promoção da saúde das crianças e vem ao encontro do art. 24 da Convenção dos Direitos da Criança, que trata do compromisso assumido pelo Brasil, em 1990, de adotar as medidas apropriadas para reduzir a mortalidade infantil.

Assim, a vigilância do óbito constitui uma estratégia importante no cuidado da saúde da mulher e da criança, contribui para a melhoria do registro dos óbitos, orienta as ações de intervenção para a prevenção e o controle de novos óbitos, avalia as ações e os serviços de saúde, subsidia analise do contexto social e econômico das famílias envolvidas e propicia processo formativo permanente dos profissionais envolvidos, por meio de ações de sensibilização e analise de óbitos (FRIAS e NAVARRO, 2013).

A investigação é uma atividade fundamental para analisar a causa dos óbitos e subsidiar as ações para prevenção dos mesmos. Os óbitos são analisados considerando dados gerais de caráter socioeconômico e demográficos, serviços de saúde por onde a criança passou, com foco na organização, acesso e qualidade da assistência. Em Joinville, no ano de 2013, 100% dos óbitos fetais e menores de cinco anos foram investigados.

Perfil dos óbitos:

Em 2013, nasceram 7.893 crianças de mães residentes em Joinville, sendo 7.845 nascidos vivos e 48 natimortos. Neste mesmo período, ocorreram 65 óbitos de crianças entre 0 e 1 ano de idade e 15 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 2013

Coeficientes	Total óbitos	Nascimentos	Coeficientes (por mil)
Mortalidade perinatal	74	7.893*	9,37
Mortalidade infantil	65	7.845	8,28
Mortalidade menores de 5 anos	80	7845	10,19

Fonte: SIM / SINASC Nota: * total de nascimentos = nascidos vivos + óbitos fetais

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

Mortalidade Perinatal:

A identificação e monitoramento dos fatores relacionados ao óbito perinatal evitável permitem a formulação de hipóteses sobre o desempenho dos serviços de saúde em uma determinada área geográfica, a identificação das regiões mais críticas e de problemas relacionados à assistência obstétrica e neonatal auxilia no processo de tomada de decisões voltadas à redução do evento. Causas relacionadas à assistência pré-natal, além de fatores obstétricos e neonatais, têm sido relacionadas à ocorrência da mortalidade no período perinatal (LANSKY et al, 2006). Por esse motivo, o Ministério da Saúde tem recomendado o coeficiente de mortalidade perinatal como o principal indicador para a avaliação da qualidade da atenção obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

A taxa de mortalidade fetal é influenciada pelas condições de vida e de acesso a serviços pela população. Conhecer a mortalidade fetal e reconhecer a sua evitabilidade são passos essenciais para promover a saúde fetal e reduzir a mortalidade que pode ser prevenida pela atenção à saúde (LANSKY, 2013).

A tabela 2 mostra que o coeficiente de mortalidade perinatal apresenta tendência de queda no período de 2011 a 2103, permanecendo com um digito (9,45 e 9,37) em 2012 e 2103. Em relação aos óbitos fetais, os grupos de causas foram:

Tabela 2 – Total de óbitos perinatais e nascimentos totais em Joinville, 2011 - 2103

Eventos / Ano	2011	2012	2013
Óbitos fetais	43	52	48
Óbitos neonatais precoce	38	23	26
Nascimentos (nascidos vivos + óbitos fetais)	7.829	7.934	7.893
Coeficiente de mortalidade perinatal (por mil nascidos)	10,3	9,45	9,37

Fonte: SIM / SINASC

Em 2013, predominaram as afecções originadas no período perinatal como principal causa dos óbitos (Tabela 3). A redução destes óbitos relaciona-se à qualificação da atenção à gestante e à melhoria do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis.

Tabela 3 - Causas básicas dos óbitos fetais em 2013

Causas por capitulo CID 10 / Ano	2013	
	N	%
Algumas afec. originadas no período perinatal	42	87,5
Anomalias congênitas	5	10,4
Mal Definidas	1	2,1
TOTAL	**48**	**100,0**

Fonte: CPMI/SIM/ GUVS/SMS

Com relação ao perfil dos óbitos fetais em Joinville, 70,83% foram atestados pelo serviço de verificação de óbito (SVO). Dos 48 óbitos ocorridos, 75% com baixo peso (31,25% abaixo de 1000g), 72,92% com idade gestacional < de 37 semanas (37,5% < 30 semanas). A duração da gestação e o peso ao nascer indicam a viabilidade do feto, ou seja, a possibilidade de sobrevivência no meio extrauterino após o parto. Quanto maior a duração da gestação e/ou o peso ao nascer, maior a viabilidade do feto e, portanto, maior o potencial de sobrevivência. (LANSKY, 2013). Chamou a atenção que não houve predomínio de óbitos fetais em mães adolescentes e também a elevada prevalência de infecção urinária (25%). Com relação à assistência, a grande maioria dos óbitos ocorreu nos serviços públicos (81,25%), sendo que estes foram responsáveis por 56,2% dos partos hospitalares. Identificou-se também que 58,3% dos óbitos fetais aconteceram nas áreas de ESF.

Tabela 4 - Perfil óbito Fetal - Joinville 2013.

Dados pré natal	Total	%
Total	48	100
Idade da mãe		
10 a 14 anos	1	2,08
15 a 19 anos	6	12,50
20 a 40 anos	40	83,33
40 anos e +	1	2,08
Consulta pré natal		
Não realizado	2	4,17
Não informado	7	14,58
1 a 3 cons.	8	16,67
4 a 6 cons.	15	31,25
7 e +	15	31,25
ITU na gestação		
Sim	12	25,00
Não	30	62,50
Não informado	6	12,50
Sífilis gestante		
Não informado	2	4,17
Sim	4	8,33
Não	42	87,50
Modelo atenção		
UBS	6	12,50
EACS	14	29,17
ESF	28	58,33

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/GUVS/SMS

Tabela 5 - Perfil óbito Fetal - Joinville 2013.

Dados nascimento	Total	%
Total	48	100
Peso ao nascer		
< 1000g	15	31,25
1000 a 2499g	21	43,75
2500 a 3000g	5	10,42
> 3000g	7	14,58
Idade gestacional		
< 30 semanas	18	37,50
30 a 36 semanas	17	35,42
37 sem e +	13	27,08
Malformação /anomalias congênitas		
Sim	5	10,42
Não	43	89,58
Tipo de parto		
Cesárea	19	39,58
Vaginal	29	60,42
Instituição nascimento		
Publico	39	81,25
Privado	9	18,75
SVO		
Sim	34	70,83
Não	14	29,17

Mortalidade menores de 1 ano

A taxa de mortalidade infantil mostra a estreita e complexa relação entre as desigualdades econômicas e sociais e a ausência ou fragilidade no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde, em particular, voltadas às mulheres e crianças. Os óbitos de menores de um ano estão relacionados diretamente com as condições de saneamento, habitação, educação, nutrição, assistência pré-natal e ao parto, ou seja, as condições socioeconômicas da população (MONTEIRO, 1988).

Reconhecer as crianças como o grupo mais vulnerável da humanidade impõe a afirmação dos seus direitos básicos (à vida, à saúde, à educação, à proteção e à participação, entre outros) como direitos humanos (FRIAS e NAVARRO, 2013).

Os componentes da mortalidade infantil apresentam causas de morte muito distintas, o que permite a avaliação da influência das condições de vida e saúde e conseqüentemente do impacto de medidas de intervenção nessas condições.

A tabela 6 mostra que no período de 2010 a 2013 o coeficiente de mortalidade em menores de 1 ano apresentou variação em números absolutos de 73 óbitos em 2011 a 58 em 2012, sendo que a média no período foi de 64 óbitos/ano. Observa-se a manutenção do Coeficiente de Mortalidade Infantil em 1 dígito no período analisado. Em 2013, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 8,3 óbitos em menores de 1 ano por mil nascidos vivos. A consecução da taxa de mortalidade infantil com apenas 1 dígito pode ser comemorada, mas deve, também, servir de motivação para a manutenção e estímulo de ações de promoção e prevenção da mortalidade infantil. Sabe-se que, ao chegar a este patamar, a mortalidade vai sendo cada vez mais difícil de ser evitada, mas apesar disso, é possível reduzi-la, uma vez que 81,5%

das mortes infantis investigadas são consideradas evitáveis. Esse é o desafio que se coloca para o município de Joinville.

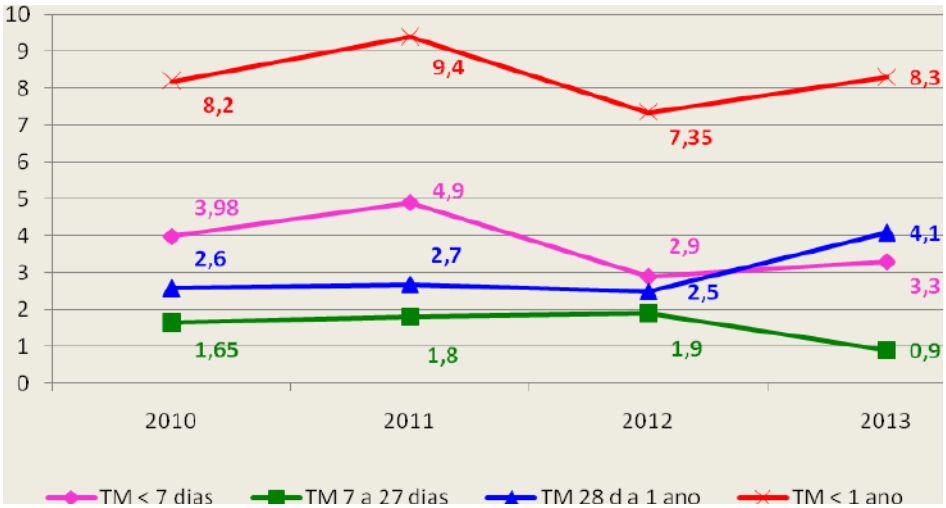
Tabela 6 - Óbitos Infantis e componentes, 2010 a 2013, Joinville-SC

Ano	2010	2011	2012	2013
Total de óbitos	60	73	58	65
Total de nascimentos (vivos)	7.265	7.786	7887	7845
Coeficiente de Mortalidade infantil	8,3	9,4	7,35	8,28
Óbitos neonatais precoce	29 (48,3%)	38 (52,05%)	23 (39,6%)	26 (40%)
Óbitos neonatais tardios	12 (20%)	14 (19,18%)	15(25,9%)	7 (10,76%)
Óbitos pós neonatais	19 (31,7%)	21 (28,77%)	20(34,5%)	32 (49,23%)

Fonte: CPMI/ SINASC/SIM/ GUVS/SMS

A figura 1 apresenta a evolução da TMI e seus componentes em Joinville no período de 2010 a 2013, onde o componente neonatal precoce é responsável por 40% dos óbitos em menores de 1 ano e, destes, 32,3 % ocorreu nas primeiras 24 horas após o nascimento.

Figura 1. Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes 2010 a 2103 – Joinville /SC



Fonte: CPMI/GUVS/SMS

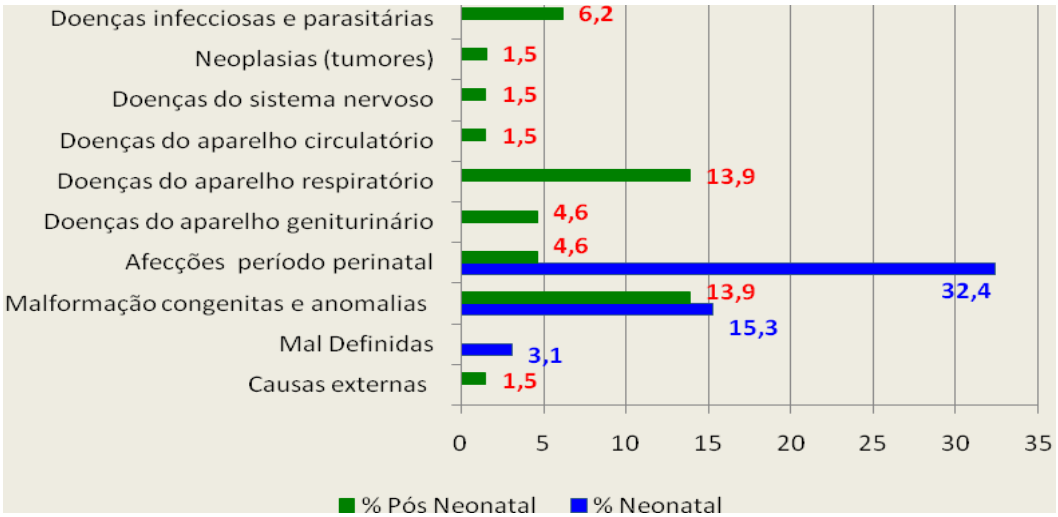
A tabela 7 e a figura 2 apresentam as principais causas de mortalidade infantil em Joinville. Em primeiro lugar, aparecem as afecções originadas no período perinatal seguidas das anomalias congênitas. Juntas, elas representaram 66,1 % do total de óbitos menores de 1 ano ocorridos durante o ano de 2013. Apesar de mais difícil de ser evitada, a mortalidade por causas originadas no período perinatal, podem ser reduzidas através de ações que garantam adequado controle na gravidez e assistência de qualidade no momento do parto, assim como o diagnóstico e tratamento precoce. No grupo das causas perinatais, as mais frequentes são os transtornos respiratórios específicos do período perinatal, como as anóxias, hipóxias e hemorragia pulmonar. Em seguida, aparecem dentro deste grupo os transtornos relacionados a fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto e aqueles relacionados com infecções específicas do período perinatal (septicemia bacteriana).

Tabela 7- Óbito <1 ano por ano segundo Causas Capítulos, Joinville 2010 a 2013

Causas Capítulo CID 10 / Ano	2010		2011		2012		2013	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%
Algumas afec. originadas no período perinatal	34	56,7	37	51	22	37,9	24	36,9
Anomalias congênitas	15	25	25	34	19	32,8	19	29,2
Doenças do aparelho respiratório	3	5	3	4,1	7	12,1	9	13,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	3,3	3	4,1	3	5,2	4	6,2
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	1	1,7	1	1,5
Causas externas	0	0	0	0	1	1,7	1	1,5
Mal Definidas *	2	3,3	1	1,4	1	1,7	2	3,1
Neoplasias (tumores)	1	1,67	1	1,4	0	0	1	1,5
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	3,3	1	1,4	1	1,7	0	0,0
Doenças do sistema nervoso	1	1,67	2	2,7	3	5,2	1	1,5
Doenças do aparelho geniturinario	0	0	0	0	0	0	3	4,6
TOTAL	60	100	73	100	58	100	65	100

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

Figura 2 - Proporção de óbitos < 1 ano por componente, segundo causa/capítulo CID 10- Joinville 2013.



Fonte: SIM/CPMI/GUVS/SMS

Enquanto as mortes neonatais são, na quase totalidade, devidas às chamadas causas perinatais (32,4%) e às anomalias congênitas (15,3%), a mortalidade pós neonatal deve-se as doenças do aparelho respiratório e anomalias congênitas (13,9% cada) seguida pelas doenças infecciosas (6,2%). A principal anomalia congênita informada foi a cardíaca, com 44,4% do total das malformações. No grupo das Doenças do Aparelho Respiratório, as pneumonias aparecem como a principal causa de óbito no primeiro ano de vida, responsáveis por 66,7% dos óbitos deste grupo. As outras infecções agudas de vias aéreas inferiores foram bronquites e bronquiolites, com 33,3% dos óbitos neste grupo de causas. As mortes por Doenças Infecciosas e Parasitárias, todas incluídas na mortalidade infantil tardia, tiveram como principal causa as doenças infecciosas intestinais, que foram responsáveis por três (03) óbitos, representando 75% dos óbitos incluídos neste capítulo.

Dentre os fatores determinantes da mortalidade infantil que podem ser entendidos também como fatores associados à vulnerabilidade à morte dos menores de um ano de vida, destacam-se aqueles relacionados tanto às questões demográficas quanto às socioeconômicas como às características da mãe por ocasião do nascimento do filho (idade, escolaridade); às características da criança ao nascer

(peso, idade gestacional e Apgar no primeiro e quinto minutos de vida); além de fatores associados a atenção à gravidez e ao parto (nº de consultas de pré-natal e tipo de parto).
Ao se analisar o perfil das crianças menores de 1 ano que obituaram (Tabelas 8 e 9), constata-se que os maiores fatores de risco referem-se a características do RN – baixo peso ao nascer (60%), prematuridade (63%) e RN ser classificado como risco, conforme critérios do Programa Pequeno Príncipe (86,15%). O perfil no componente neonatal sugere que as políticas públicas se voltem com maior atenção para o pré-natal, de modo que a freqüência das gestantes às consultas seja mais elevada, podendo, com isso, gerar impacto sobre a idade gestacional do recém-nascido e/ou sobre o seu peso, reduzindo assim a vulnerabilidade dos nascidos vivos ao óbito infantil.

Tabela 8 - Perfil óbitos< 1 ano/ Joinville, 2013.

Dados nascimento	Neonatal	Pós Neonatal	Total	%
Total	**33**	**32**	65	100
Peso ao nascer				
< 1000g	19	3	22	33,85
1000a 2499g	6	11	17	26,15
2500 a 3000g	2	7	9	13,85
> 3000g	6	11	17	26,15
Idade gestacional				
< 30 semanas	19	4	23	35,38
30a 36 semanas	6	12	18	27,69
37 sem e +	8	16	24	36,92
Malformação /anomalias congênitas				
Sim	11	9	20	30,77
Não	22	23	45	69,23
Apgar no 1º minuto				
Não avaliado	1	**0**	1	1,54
< 7	26	11	37	56,92
7 e +	6	21	27	41,54
Apgar no 5º minuto				
Não avaliado	1	**0**	1	1,54
< 7	20	4	24	36,92
7 e +	12	28	40	61,54
Tipo de parto				
Cesárea	16	17	33	50,77
Vaginal	17	15	32	49,23
Instituição nascimento				
Publico	20	25	45	69,23
Privado	12	7	19	29,23
Domicilio	1	0	1	1,54
RN risco Peq. Príncipe				
Sim	31	25	56	86,15
Não	2	7	9	13,85

Fonte: Fonte: SIM/CPMI/GUVS/SMS

Tabela 9 - Perfil óbitos< 1 ano / Joinville 2013.

Dados pré natal	Neonatal	Pós Neonatal	Total	%
Total	**33**	**32**	65	100
Idade da mãe				
10 a 14 anos	1	0	1	1,54
15 a 19 anos	6	9	15	23,08
20 a 40anos	26	22	48	73,85
40 anos e +	0	1	1	1,54
Consulta pré natal				
1 a 3 cons.	7	3	10	15,38
4 a 6 cons.	17	12	29	44,62
7 e +	9	17	26	40,00
ITU na gestação				
Sim	15	10	25	38,46
Não	18	22	40	61,54
Escolaridade mãe				
Nenhuma	0	**1**	1	1,54
< 8 anos	8	13	21	32,31
8 anos e mais	25	18	43	66,15

A tabela 10 mostra que, do total de 65 óbitos menores de 1 ano, 69,23% ocorreram em estabelecimentos públicos, 27,69% instituições privadas e 3,09% no domicilio e encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). Das crianças menores de 1 ano que foram a óbito,em 2013 doze (12) ocorreram em outros municípios, representando 18,46% do total de óbitos menores de 1 ano. Nove destas crianças

(13,85%) eram acompanhadas pelo Programa Bebê Precioso, devido aos riscos apresentados já ao nascimento.

Tabela 10 - Perfil óbitos< 1 ano / Joinville 2013.

Dados óbito	Neonatal	Pós Neonatal	Total	%
Total	**33**	**32**	65	100
Instituição óbito				
Publico	20	25	45	69,23
Privado	12	6	18	27,69
Domicilio	1	1	2	3,08
Óbito retroalimentado				
Sim	4	8	12	18,46
Não	29	24	53	81,54
Acomp. Bebê Precioso				
Sim	0	9	9	13,85
Não	33	23	56	86,15
Modelo atenção				
UBS	6	4	10	15,38
EACS	11	12	23	35,38
ESF	16	16	32	49,23

Fonte: Fonte: SIM/CPMI/GUVS/SMS

A redução da mortalidade neonatal é possível através do acesso e qualificação da assistência, atuando em condições pré-natais, assistência ao parto e pós-natal imediato, além da identificação e atuação nas situações de vulnerabilidade. Já a mortalidade pós-neonatal persiste como um problema grave, mesmo nas regiões mais desenvolvidas do país, são mortes potencialmente evitáveis, associadas às doenças infecciosas, principalmente a pneumonia e a diarréia que são preveníveis por ações de atenção à saúde. Para analisar as desigualdades regionais nos riscos de morrer antes de completar um ano de idade, foram calculados a proporção de nascimentos e óbitos para cada Regional de Saúde (Tabela 11). Verificar quais são os perfis dos nascidos vivos vulneráveis ao óbito infantil, segundo as Regionais de Saúde de Joinville, pode contribuir para a melhor compreensão de como as variáveis sociais, econômicas e demográficas interagem. Essa maior percepção pode permitir o direcionamento mais adequado das políticas públicas voltadas para a saúde da criança e da mulher.

Tabela 11 - Distribuição nascimentos e óbitos segundo Regionais de Saúde 2011 a 2013 - Joinville

Regional de Saúde	ANO 2011				ANO 2012				Ano 2013			
	Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)		Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)		Nascidos (SINASC)		Óbitos (SIM)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aventureiro	1157	15	9	12	1169	15	10	17	1156	14,7	3	4,6
Centro	869	11	10	14	905	12	4	6,9	901	11,5	5	7,7
Comasa	746	9,6	9	12	714	9,1	6	10	727	9,27	8	12
Costa e Silva	1146	15	7	9,6	1087	14	11	19	1192	15,2	16	25
Fátima	1148	15	12	16	1149	15	10	17	1069	13,6	11	17
Floresta	730	9,4	6	8,2	776	9,8	4	6,9	746	9,51	5	7.7
Jarivatuba	1043	13	9	12	1076	14	7	12	1096	14	11	17
Pirabeiraba	331	4,3	5	6,8	320	4,1	3	5,2	329	4,19	3	4,6
Vila Nova	616	7,9	6	8,2	614	7,8	3	5,2	629	8,02	3	4,6
Total	**7786**	**100**	**73**	**100**	**7.887**	**100**	**58**	**100**	**7.845**	**100**	**65**	**100**

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/GUVS/SMS

A classificação da Fundação SEADE modificada utiliza as causas constantes na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID- 10) agrupadas de acordo com o seu potencial de redução, apontando áreas onde a atenção pode ter falhado.

Tabela 12 – Classificação Fundação SEADE

Classificação por Grupos Fundação SEADE	2010		2011		2012		2013	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%
1-Redutiveis por imunoprevenção	0	0	0	0	0	0	0	0
2-Redutiveis por adequado controle na gravidez	7	11,7	6	8,2	4	6,9	4	6,2
3-Redutiveis por adequada atenção ao parto	2	3,3	4	5,5	10	17,2	6	9,2
4-Redutiveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	29	48,3	32	43,8	23	39.7	25	38,4
5-Redutiveis através de parcerias com outros setores	8	13,3	16	21,9	8	13,8	19	29,2
6-Não evitáveis	14	23,3	15	20,5	13	22,4	11	16,9
7-Mal definidas	0	0	0	0	0	0	0	0
8-Não classificadas	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	60	100	73	100	58	100	65	100

Fonte: CPMI/SIM/ GUVS/SMS

Com relação aos problemas identificados a partir das investigações realizadas, na maioria não foi possível notar falhas, o que não significa que elas não ocorreram no processo assistencial, mas sim que os documentos analisados e a entrevista realizada não permitiram evidenciá-las de forma clara e inequívoca. Chama a atenção o elevado percentual de famílias com problemas sociais, dentre os quais merece destaque: demora na procura do serviço de saúde, não adesão ao pré-natal e seguimento das orientações dos profissionais.

Nos óbitos em menores de 1 ano avaliados, 38,4% foram classificados a partir da causa básica do óbito no grupo de redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces. São exemplos deste grupo os óbitos por pneumonia, gastroenterite e infecções perinatais. Em seguida vem as causa classificadas como redutíveis através de parcerias com outros setores a exemplo das malformações congênitas (cardiopatias).

Tabela 13 - Problemas identificados

Problemas	2010	2011	2012	2013
Sem evidência de falhas	29	38	35	30
Dificuldades sócio-familiares	17	17	11	13
Problemas na atenção ao pré natal	10	7	3	5
Problemas na atenção à criança	7	6	9	5
Problemas na atenção ao parto	2	0	2	2
Problemas na assistência neonatal	0	0	0	2
Problemas nos exames (USG)	0	0	2	1
Outros problemas	8	8	2	11
Total de problemas	**73**	**76**	**64**	**69**

Fonte: CPMI/ GUVS/SMS

As medidas corretivas mais realizadas foram a correção dos bancos de dados SIM, SINASC e SINAN que contribuem para a qualificação dos dados e são fonte de informações que fundamentam o planejamento em saúde. Em 2013, 33 casos foram corrigidos. Chama ainda a atenção o elevado número de pacientes que tiveram indicação de aconselhamento genético e cuja referência precisa ser estabelecida com fluxos assistenciais adequados.

Tabela 14 – Medidas corretivas

Medidas corretivas	2010	2011	2012	2013
Correção dos bancos de dados (SIM, SINASC)	16	13	12	33
Carta às UBS para seguimento das famílias	17	13	5	5
Carta aos Hospitais	4	0	2	2
Indicação de aconselhamento genético	11	16	4	13
Discussão com profissionais/equipes de Saúde	2	6	10	5
Outros	0	0	0	5

Fonte: CPMI / GUVS/SMS

Mortalidade de crianças de 1 a 4 anos:

Nas últimas décadas a área de saúde da criança avançou com a elaboração de normativas e a ampliação do acesso à atenção primaria que resultou na redução acentuada da mortalidade infantil no Brasil. A identificação do risco, com a provisão do cuidado apropriado e resolutivo à gestante durante o no pré-natal e parto e à criança na maternidade, na puericultura e na assistência adequada à criança doente, são ações básicas que impactam na sobrevida e na qualidade de vida das crianças.
Os dados na tabela 15 apresentam as principais causas de mortalidade das crianças de 1 a 4 anos no município de Joinville no período de 2004 a 2013. No período analisado, as doenças do aparelho respiratório e as neoplasias aparecem como principais causas de óbito nesta faixa etária.

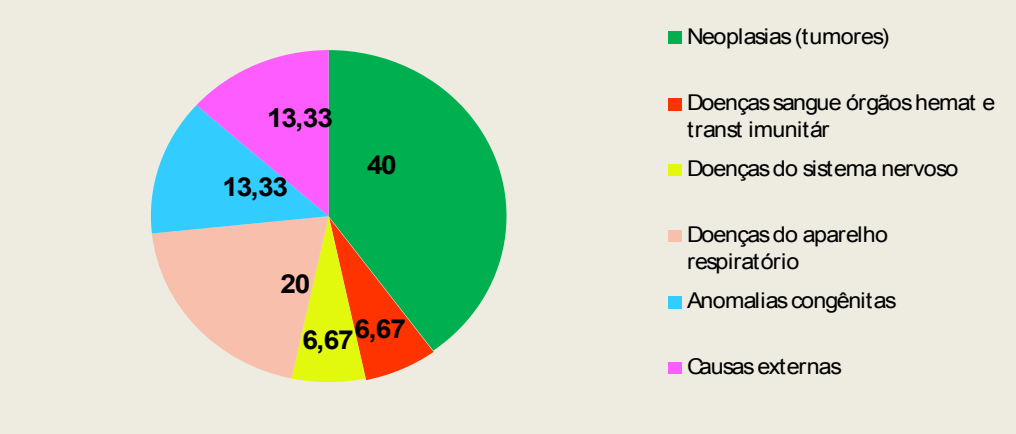
Tabela 15- Óbito de 1 a 4 anos por ano segundo Causas Capítulos, Joinville 2004 a 2013.

Causas Capítulos	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Causas externas	5	3	1	3	0	3	2	0	1	**2**	**20**
Doenças do aparelho respiratório	4	3	3	1	3	2	1	3	2	**3**	**25**
Neoplasias (tumores)	2	2	4	4	2	2	0	1	2	**6**	**25**
Doenças do sistema nervoso	1	1	0	0	0	4	1	2	2	**1**	**12**
Anomalias congênitas	0	0	1	1	2	1	2	1	3	**2**	**13**
Algdças infecciosas e parasitárias	1	1	1	1	0	0	1	1	1	**0**	**7**
Mal Definidas	0	0	3	1	1	0	0	0	0	**0**	**5**
Demais causas	2	0	1	0	0	2	3	2	0	**1**	**11**
TOTAL	**15**	**10**	**14**	**11**	**8**	**14**	**10**	**10**	**11**	**15**	**118**

Fonte: SIM/CPMI/GUVS/SMS

Em 2013 o percentual de óbitos por neoplasias foi de 40% (04 casos tumores sistema nervoso central, glândula supra renal e hemangioma), em segundo lugar aparecem, com 20%, doenças do aparelho respiratório (02 pneumonias, 01 asma), com 6,7% respectivamente, as causas externas (afogamento, broncoaspiração de alimento) e anomalias congênitas (Síndrome de Down e atresia de esôfago), doenças do sistema nervoso (paralisia cerebral) e doenças do sangue (gráfico 01).

Gráfico 01 - Causas básicas dos óbitos no ano de 2013- Joinville /SC



Fonte:SIM/CPMI/GUVS/SMS

Em relação à mortalidade proporcional por idade observa-se o seguinte: dos 15 óbitos ocorridos em 2013, 53,3% na faixa etária 1- 2 anos, 20% 2- 3 anos, 20% 3-4 anos e 6,7% 4-5 anos. Considerando a causa básica do óbito, 93,3% dos óbitos de 1 a 4 anos foram classificados como óbito potencialmente evitável através de: parcerias com outros setores (80%) e através de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce (13,3%) e 1 óbito não evitável segundo a 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.

Referencias:

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília, 2004.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2008:20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF, 2009b.
3. LANSKY et al. , mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pos neonatal. In 20 anos do SUS – Ministério da Saúde, Brasília (DF), 2009.
4. LANSKY, S. Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis. In Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.
5. MONTEIRO,CA;SZARFARC,SC. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo. São Paulo: Editora Hucitec/ EDUSP,1988.
6. FRIAS, P.G.de; NAVARRO, L.M., Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.

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

Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil

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

Apêndice 3
Análise do Plano Municipal de Saúde 2010-2013

Situação de Saúde

O PMS 2010-13 foi elaborado no ano de 2009 e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em dezembro/2009 (Resolução 059/2009). Com uma população de 515.288 habitantes em 2010 e de 546.981 em 2013, correspondendo a um **aumento de 6,1%,** a principal causa de morte em adultos de ambos os gêneros no período foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e causas externas. Considerando-se os APVP, as causas externas apareceram como a mais importante, com destaque para os acidentes de transporte. As ações de vigilância têm mantido um bom padrão de controle dos agravos de notificação (agravos encerrados oportunamente). As principais doenças notificadas no período foram a AIDS, tuberculose e meningites. Vale mencionar nesse período o grande aumento dos focos do mosquito *Aedes aegypti* que chegou a 80 no início de 2013, embora até o momento não tenhamos registro de casos autóctones de dengue no município. A mortalidade infantil vem se mantendo baixa, sendo a prematuridade e as malformações as principais causas. A imunização, historicamente, mantém boa cobertura vacinal.

Profissionais de saúde

O número de profissionais no período aumentou em 8%, principalmente devido ao aumento na quantidade de agentes de saúde pública (43%) e de médicos (29%). Houve redução no número de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Saúde, conforme mostrado a seguir:

Tabela – Número de profissionais de saúde conforme as categorias, 2010 a 2013.

Profissionais	2010	2011	2012	2013	Variação no período
ACS	618	548	543	523	- 15%
AS	235	225	218	210	- 11%
ASP	228	305	317	326	+ 43%
Médicos	337	338	409	434	+ 29%
Enfermeiros	185	191	200	210	+ 14%
Dentistas	153	157	160	160	+ 5%
Outros	972	948	1040	1079	+ 11%
Total	2728	2712	2887	2942	+ 8%

Historicamente, a unidade gerencial onde há maior alocação de profissionais é a Atenção Básica, com 55%. No período de 2010 a 2013, houve aumento na quantidade de profissionais na maioria das unidades gerenciais, exceto na UPCAA, onde houve redução de 5%. O maior aumento foi na UAF (28%), seguida pela USR e gabinete (19%), UVS (15%) e UAB (1%).

Estrutura física

Nos últimos 4 anos, a rede básica de saúde de Joinville não teve expansão. Em 2010 havia 56 unidades básicas, sendo que no período houve redução de 3 unidades

básicas devido ao fechamento da unidade Km12 (em 2009), unificação da unidade Roraima com o CAIC (em 2013) e reforma da unidade Estevão de Matos (em 2013) que passou a operar temporariamente no mesmo prédio da unidade Jardim Edilene. Além disso, a falta de padronização dos critérios para se definir uma unidade de saúde era outro fator que interferia na contagem das mesmas. Diante disso, o setor de cadastramento junto com o gabinete e a equipe de Planejamento elaboraram os seguintes critérios: ter prédio, ter CNES e ter território próprio com população adscrita. Com esta definição, as unidades Morro do Amaral e Jativoca passaram a ser contadas como unidades separadas. O número de equipes e a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família se mantiveram praticamente constantes no período. Vale mencionar que a cobertura da ESF, considerando-se a população cadastrada no SIAB, teve discreto aumento (quase 5%). Como conseqüência do não crescimento da rede básica e do aumento populacional, o número de pessoas adscritas por equipe aumentou, ficando acima de 4.000 em alguns casos. Esta situação é mais presente na regional Jarivatuba, onde se constata uma inadequação entre oferta e demanda.

Rede básica	2010	2011	2012	2013
UBS	56	56	55	53
USF	36	36	35	33
Equipes de SF	51	52	52	52
Cobertura territorial de SF	37,06%	37,60%	37,85%	37,7%
Cobertura SIAB de SF	26,7%	28,0%	29,3%	31,1%

As ações propostas para expandir a rede básica acabaram se efetivando parcialmente no período. São elas:
- Houve captação de recursos para investimento na estruturação da Atenção Básica: através da Portaria MS 2198, de equipamentos, num total de R$ 4.200.000,00; através do PAC 2, a construção de mais 05 Unidades Básicas no valor de R$ 1.278.000,00; do Orçamento Participativo da PMJ, para reformas e ampliações de 7 Unidades Básica, o valor de R$ 900.000,00. Porém, somente em 2012, os equipamentos de informática começaram a ser instalados. Quanto à estrutura física das unidades, pouco se avançou, sendo que o número de unidades com alvará sanitário (dez) praticamente não se alterou até o presente momento.
- Algumas unidades foram reformadas ou ampliadas. São elas:

- Em 2010 - CAPS III, PA 24 HORAS Leste, PA 24 HORAS Sul, Policlínica Boa Vista, Serviço de verificação de óbito regional, UBSF da Ilha, UBSF Roraima e UBSF Willy Schossland. Foram adquiridos refrigeradores, geladeiras e climatizadores para adequação da rede de frio.

- Em 2011 - UBSF Adhemar Garcia (em janeiro/2011), Residências Terapêuticas (em fevereiro/2011) e CAPS Álcool e Drogas (em maio/2011). Também foram adquiridas motocicletas para controle da dengue (em outubro/2011 – oito unidades).

Em 2012 - UBSF Morro do Amaral (julho de 2012), UBSF Rio da Prata (setembro de 2012) e UBS Itaum (dezembro de 2012).

- Em 2013 – reforma e ampliação do CAIC Espinheiros que foi finalizada em setembro/2013). Há diversas construções em andamento conforme previsto no PPA, tais como: Policlínica Pirabeiraba, UBS Parque Douat, UBS Aventureiro III, UBS Vila Nova I; reforma do CAPS II. Foram realizadas diversas intervenções na estrutura física das unidades básicas visando sua manutenção, melhorias e adequação às normas da Vigilância Sanitária. São serviços de pintura predial, reformas, construção de calçada, adequação da entrada para possibilitar acessibilidade, recuperação do pátio das unidades e reparação predial. Foram contempladas as seguintes unidades: Ademar Garcia, Centrinho, Cubatão, Floresta, Glória, Jarivatuba, Nova Brasília, PA Leste, Unidade Sanitária, Vila Nova, Rio da Prata, setor de Patrimônio, Itaum, Jardim Paraíso V, NAIPE, SAMU e prédio da Secretaria de Saúde. O montante investido nesta obras foi de R$ 497.872,00. Das unidades especializadas, inaugurou-se o CEO-Univille que passou a funcionar a partir de agosto/2013.

Qualificação da Atenção e Fortalecimento da Atenção Básica (AB)

Entre 2007 e 2010 foram realizadas 16 oficinas com assessoria do MS visando qualificar a APS para melhorar a resolutividade, eficiência e impacto sobre a situação sanitária do município. Apesar da grande mobilização e envolvimento dos profissionais com as propostas, poucos resultados efetivos foram alcançados, já que das 134 ações previstas no Plano de Fortalecimento da AB somente 36,56% se concretizaram até 2010.

Vale destacar nesse período, a instituição de diretrizes para o acolhimento da APS.

Em 2010, houve adesão à fase 2 do Projeto de Expansão da Saúde da Família PROESF e em 2012 a adesão à AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade) da Estratégia Saúde da Família. No primeiro ciclo houve adesão de 26 equipes de UBSF, que passaram por auditoria externa do Ministério da Saúde e tiveram o seu desempenho comparado com os demais municípios do mesmo porte. Como resultado, 4 equipes foram avaliadas como ótimas, 19 boas e 3 regulares. Em janeiro de 2013 foi feita a adesão do segundo ciclo onde estão participando 36 equipes de UBSF, 4 UBS, e 2 CEO, sendo que todas elas passaram por auditoria externa no final de 2013 e estamos aguardando os resultados.

Outra ação para qualificar a assistência na atenção básica foi a implantação do matriciamento. Elaborada com o intuito de reduzir as filas para consultas especializadas, esta proposta tem como base a educação permanente e a educação em serviço. Teve início em 2010 com a Cardiologia e posteriormente foi incorporado nas seguintes especialidades: Endocrinologia, Gastroenterologia, Neurologia Infantil e Cirurgia Vascular. As filas em todas as especialidades vem sendo reduzidas desde a implantação. Na Cardiologia, em 2010, a fila de espera era de 36 meses, com 11.180 pessoas aguardando consultas e em 2013 passou para um tempo máximo de 3 meses de espera com 3.739 pessoas aguardando para primeira consulta. Além da redução do tempo de demora, os encaminhamentos passaram a ser mais qualificados e a resolutividade da AB melhorou com o apoio do especialista in loco. Outra iniciativa também visando a qualificação da atenção foi a implantação dos Núcleos de Apoio à

Saúde da Família (NASF). Foi realizado o credenciamento de uma equipe junto ao Ministério da Saúde, entretanto, até o momento a implantação não ocorreu devido à dificuldade da gestão em aumentar o investimento municipal na saúde sem comprometer a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Gastos com saúde

Embora a Emenda Constitucional 29 e posteriormente, a Lei Complementar 141 preconizem que o gestor municipal deve investir no mínimo 15% da receita própria com saúde, o município de Joinville historicamente tem destinado percentuais superiores e crescentes, como se observa abaixo:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
16,74	18,40	25,41	25,25	27,34	26,52	25,94	26,58	26,74	31,83	28,75	26,89	28,98	34,00

Observa-se também que os valores *per capita* (R$) tem mantido a mesma tendência de aumento a cada ano, com crescimento de 39% nos últimos 4 anos, sendo que o município tem investido. O percentual de aumento do valor per capita da receita própria foi maior, 57%.

	2010	2011	2012	2013	Aumento
% da receita própria gasto com saúde	28,75%	26,89%	28,98%	34,00%	5,2%
Valor per capita (R$)	583,32	607,23	740,47	809,24	39%
Valor per capita da receita própria (R$)	308,76	320,73	385,75	485,61	57%

A composição da receita orçamentária mostra que o maior peso do orçamento anual é da esfera municipal, com oscilações percentuais a cada ano, mas com aumento do valor bruto:

Fontes orçamentárias	2010 (R$)	%	2011 (R$)	%	2012 (R$)	%	2013 (R$)	%
Federal	85.129.683,27	**29**	141.450.619,61	**43**	145.395.860,55	**39**	170.270.973,04	**37**
Estadual	6.165.544,39	**2**	7.049.459,05	**2**	5.087.374,02	**1**	20.048.579,45	**4**
Municipal	202.380.292,72	**69**	176.162.205,23	**54**	224.992.894,29	**60**	263.568.468,08	**59**
Outras	623.962,68	**0,02**	3.058.411,47	**1**	1.022.931,95	**0.3**	1.136.001,01	**0,2**
Total	294.299.483,06	**100**	327.720.695,36	**100**	376.499.060,81	**100**	455.024.021,58	**100**

O valor *per capita* que vem sendo investido em Joinville está acima da média, considerando a realidade brasileira e a comparação com outros municípios de porte semelhante, conforme se observa a seguir:

Valor médio per capita investido em saúde de 2000 a 2013

Município	Joinville	Blumenau	Londrina	Caxias do Sul
Valor per capita (R$)	**438,67**	367,78	397,59	347,09

Em valores absolutos, o incremento dos valores gastos foi da ordem de 30%, variando de R$ 202.380 mil em 2010 para R$ 263.568 mil em 2013.

Vale mencionar que o gasto federal com saúde vem se mantendo estagnado nos últimos anos, ao redor de 1,73% do PIB e que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a aplicação de 5% do PIB para atingir padrões eficientes de atendimento.

Ao se comparar a evolução dos orçamentos segundo as áreas, observa-se uma destinação crescente em todas as áreas, porém, esta análise fica prejudicada entre os anos de 2012 e 2013 devido a uma mudança na metodologia de lançamento das fontes orçamentárias entre a Atenção Básica e a Assistência Hospitalar. Até 2012, as consultas de profissionais de nível superior (consideradas procedimento de média complexidade) e outros procedimentos eram lançados na Atenção Básica e a partir de 2013 passaram a ser lançados na Assistência Hospitalar. Neste último ano, a distribuição orçamentária foi a seguinte: Atenção Básica = 3,2%; Assistência hospitalar e ambulatorial = 53,2%; Suporte profilático e terapêutico = 1,6%; Vigilância sanitária = 0,5%; Outras =41,5%.

Evolução das despesas liquidadas nos anos de 2010 a 2013.

	2010 (R$)	2011 (R$)	2012 (R$)	2013 (R$)
Atenção Básica	23.431.302,93	25.871.253,78	27.205.640,84	14.252.388,66
Assistência hospitalar e ambulatorial	138.738.315,30	153.424.396,64	183.060.108,83	235.568.950,57
Suporte profilático e terapêutico	3.689.736,60	4.848.917,05	6.797.136,14	6.915.207,54
Vigilância sanitária	1.449.485,08	1.625.687,46	1.868.542,04	2.271.676,73
Vigilância epidemiológica	0,00	0,00	0,00	00,00
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	00,00
Outras	122.795.458,75	130.538.292,52	170.804.997,92	183.630.424,89
Total	**290.104.298,66**	**316.308.547,45**	**389.736.425,77**	**442.638.648,39**

Organização das Redes de Atenção

Desde 2007, a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville começou um trabalho, em parceria com a Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS) do Ministério, para implantar o projeto de Redes de Atenção. Embora a assessoria do MS tenha cessado em 2011, o município continua no processo de implantação das Redes Assistenciais. A que mais avançou foi a Rede de Urgência e Emergência (RUE), a primeira a ser iniciada, mas que ficou estagnada a partir de 2009 e somente foi retomada em 2013. Atualmente há outras redes temáticas que estão sendo estruturadas conforme são lançadas as portarias do Ministério e, que dessa forma estão em distintas fases de implantação. São elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Condições Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção aos Portadores de Deficiência. Ao longo do processo de implantação das RAS foram

realizadas ações para organizar a regulação regional de acesso a consultas e exames especializados, implantação do protocolo de Manchester e fortalecimento da AB.
Para organizar as Redes Assistenciais é necessária a implantação de Complexo Regulador que regule o acesso à atenção ambulatorial especializada e hospitalar. O Complexo Regulador em Joinville é estruturado por segmentos. A Central de Regulação Pré-Hospitalar está sediada no 8º Batalhão de Polícia Militar, agregando a regulação dos Paramédicos da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros Voluntários e do SAMU Regional. A Central de Regulação de Internações, implantada em junho de 2013, é coordenada pela 23ª Regional de Saúde. Sua implantação foi gradual ao longo do ano, compreendendo primeiro as UTIs, depois as internações de urgência e, desde novembro/2013, todas as internações (urgências e eletivas). Ambas as centrais abrangem o território das regiões de saúde Nordeste e Planalto Norte. Por fim, o componente de regulação de consultas e exames é operacionalizado em cada um dos municípios, dispondo Joinville de sua Central de Regulação vinculada à UPCAA e com âmbito municipal. O serviço dispõe de regulação médica de alguns procedimentos de média complexidade, que foram destacados devido à baixa relação entre oferta e demanda.

Metas do plano

Ação	Resultados
1. Programa de Saúde do Idoso	Elaborado, porém não implantado
2. Programa de Saúde do Homem	Elaborado, porém não implantado
3. Programa de Saúde da Juventude	Não elaborado
4. Implantar o HIPERDIA	Não realizado
5. Implantar o CCZ	Não realizado
6. Plano de Saúde Mental	Elaborado, porém parcialmente implantado
7. Serviço de logística ampliado	Proposta modificada para estruturação dos setores administrativos, patrimônio, suprimentos e transportes.
8. Núcleo de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde	Implantado
9. Plano de Educação Permanente elaborado	Implantado
10. Programa de Incentivos baseado em produtividade	Não elaborado
11. Unidade de Tecnologia da Informação instituída formalmente	Instituída a Unidade vinculada à UAF
12. Núcleo de Informação em Saúde	Foi reativado no início de 2013, porém não manteve uma regularidade de reuniões
13. Plano de Informática elaborado	Elaborado, porém está sendo revisado devido à integração à TI da Prefeitura
14. Equipe de TI dimensionada	Não, a equipe atual ainda está subdimensionada, entretanto passou a realizar trabalho em conjunto com a TI da Prefeitura
15. Prontuário eletrônico implantado	Não
16. Georreferenciamento do cadastro de usuários	Não foi elaborado
17. Site da SMS reformulado e atualizado	Foi reformulado, porém não é atualizado oportunamente
18. Critérios de transporte de pacientes de baixo risco	Há uma organização sendo estruturada para os diferentes perfis de pacientes

Indicadores de saúde – 36 com metas alcançadas (41,4%)

Indicadores de saúde	Pactuado para 2013	Resultado Sim	Não
1. Coeficiente internação idosos fratura fêmur	**29**	24,4	
2. Número de prostatectomia suprapúbica	**24**	26	
3. Taxa de internação por DM e complicações	**2,8**	1,6	
4. Taxa de internação por AVC	**7,0**		16,0
5. Proporção de NV de mães com 7+ consultas pré-natal	**80%**		73,2%
6. Proporção de partos cesários	**50%**		57%
7. Razão de exames citopatológicos	**0,3**		0,19
8. Razão de exames mamografia	**0,5**	0,5	
9. Proporção seguimento lesões precursoras Ca.	**100%**	prejudicado	
10. Coeficiente de mortalidade infantil	**8,0**		8,3
11. Coeficiente de mortalidade em crianças < 5 anos	**10,5**	10,2	
12. Coeficiente de mortalidade < 5 anos pneumonia	**0,2**	0,2	
13. Taxa de internação por DDA em < 5 anos	**1,8**	1,8	
14. Taxa de internação por IRA em < 5 anos	**26,0**	21,1	
15. Percentual de crianças < 5 anos com baixo peso	**3,0%**	1,8	
16. Percentual de crianças < 5 anos com peso elevado	**3,0%**		3,6%
17. Cobertura vacinal tetravalente< 1 ano	**95%**	96,7%	
18. Proporção de vistorias de imóveis em vigilância em torno de focos detectados	**100%**		75,8%
19. Taxa de letalidade dengue hemorrágico	**0**	0	
20. Proporção focos monitorados	**100%**	199,5%	
21. Proporção visitas semanais nas armadilhas	**100%**	121%	
22. Proporção de estabelecimentos vistoriados dentre os cadastrados	**65%**	82%	
23. Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	**25**		38,2
24. Taxa cura TB bacilífera	**85%**		69,2%
25. Taxa de incidência de hanseníase	**0,6**	0,3	
26. Taxa cura hanseníase	**85%**	93,1%	
27. Taxa de incidência de AIDS	**26,5**		31,3
28. Taxa incidêcia AIDS menores 5 anos	**0**		2,9
29. Número de casos novos de sífilis congênita	**0**		11
30. Taxa de incidência de hepatites B	**10,0**		15,8
31. Taxa de incidência de hepatites C	**10,0**		12,7
32. Taxa de incidência de hepatites B e C	**10,0**	zero	

33. Proporção casos hep B e C confirmados	**85%**	99,3%	
34. Proporção de óbitos < 5 anos e fetais investigados	**95%**	100%	
35. Proporção de óbitos maternos investigados	**100%**	100%	
36. Proporção de óbitos MIF investigados	**90%**	91,7%	
37. Proporção de óbitos causas básicas definidas	**90%**	97,7%	
38. Proporção de casos notificados encerrados oportunamente	**93%**	98,3%	
39. Número de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente	**30%**		27,7%
40. Percentual de denúncias investigadas pelo Saúde do Trabalhador	**100%**	112%	
41. Percentual de acidentes de trabalho e fatais investigados	**100%**	100%	
42. Proporção análises coliformes água	**100%**	100%	
43. Cobertura ESB	**3,0%**		2,6%
44. Cobertura equipes básicas SB	**29,6%**		25,4%
45. Cobertura de primeira consulta odonto programática	**20%**		13,1%
46. Média ação coletiva escovação	**3,0%**	2,99%	
47. Proporção ofertada da necessidade de procedimentos de endo, peri, cirurgia buco-maxilo	**1,5%**	3%	
48. Proporção de RN captados pelo NAIPE	**100%**		87,5%
49. Número de exames para diagnóstico defic auditiva	**1.800**		1.744
50. Taxa cobertura CAPS	**1,0**		0,85
51. Taxa cobertura Programa De Volta para Casa	**50%**		30,0%
52. Coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito (por 100 mil)	**18**		21,3
53. Número unidades notificação violência	**3**	66	
54. Percentual de notificações de violências analisadas	**100%**	100%	
55. Proporção de famílias com perfil bolsa família	**100%**		26,6%
56. Proporção de escolas envolvidas no projeto PSE	**90%**		65,2%
57. Proporção de consultas ambulat realizadas na AB	**61,9%**		37,5%
58. Média anual de CM/habitante	**1,0**		0,82
59. Média mensal de VD por ACS	**0,9**		0,51
60. População coberta pela ESF	**72,5%**		31,1%
61. Cobertura populacional AB	**59,3%**		52,2%
62. Proporção de pontos de atenção com classificação de risco	**100%**		87,5%

63. Número de equipes NASF	**5**		0
64. Número de protocolos clínicos linha de cuidado	**8**		0
65. Número de protocolos de agravos articulados em rede	**8**	10	
66. Proporção de procedimentos de média complex com acesso regulado	**70%**		65,8%
67. Proporção de UBS que realizam o PLS com o Conselho local	**70%**		43,6%
68. Proporção de conselheiros locais e municipais capacitados	**100%**		58,4%
69. Proporção de unidades com alvará sanitário	**100%**		1,8%
70. Proporção de medicamentos com oferta regular	**100%**		94,4%
71. Proporção de profissionais lotados e ativos	**95%**	96,4%	
72. Proporção de postos de trabalho adequados TI	**100%**		88,7%
73. Proporção de unidades próprias conectividade	**100%**		98,8%
74. Proporção de pontos de atenção com classif risco	**100%**		87,5%
75. Proporção de USB disponíveis	**95%**		80,2%
76. Número de boletins epidemio	**1**	1	
77. Proporção de notificações informadas UBS	**100%**		99,6%
78. Proporção de internações com distorções AIH	**2%**		2,2%
79. Proporção de hospitais com contrato de metas	**100%**		80%
80. Índice de contratualização	**100%**	100%	
81. Proporção de prestadores contratados que atendem a PFO	**95%**		85,3%
82. Auditorias sistemáticas	**4**	6	
83. Proporção de gerências e coordenações atribuições	**30%**		zero
84. Releases semanais	**48**	92	
85. Proporção de bancos de dados alimentados	**100%**	100%	
86. Proporção de ESF próprias plano operativo (PMAQ)	**61%**	75%	
87. Áreas estratégicas com equipes de avaliação	**7**		zero

Apêndice 4

Demonstrativo de gastos de programas com verbas específicas - ANO DE 2013
Conta Corrente 12604-7 - GESTÃO

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

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	115.334,78
2. Total de entradas do ano	40.091,00
3. Total de despesas do ano	20.719,50
4. Saldo no final do ano	134.706,28

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

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	237.830,72
2. Total de entradas do ano	-
3. Total de despesas do ano	167.071,62
4. Saldo no final do ano	70.759,10

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

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	103.211,40
2. Total de entradas do ano	-
3. Total de despesas do ano	46.385,93
4. Saldo no final do ano	56.825,47

4. Complexo Regulador

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	34.643,24
2. Total de entradas do ano	19.157,72
3. Total de despesas do ano	53.800,96
4. Saldo no final do ano	-

5. Programa Financiamento da Assistência Farmacêutica no Pró-Saúde

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	458.688,35
2. Total de entradas do ano	414.476,90
3. Total de despesas do ano	71.252,90
4. Saldo no final do ano	801.912,35

6. CAPS In - RAPS - Incentivo ao custeio dos Centros de At. Psicossocial

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	4.000,00
2. Total de entradas do ano	-
3. Total de despesas do ano	-
4. Saldo no final do ano	4.000,00

7. ProgeSUS

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	-
2. Total de entradas do ano	-
3. Total de despesas do ano	-
4. Saldo no final do ano	-

8. Programa Redução Danos CAPS AD

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	10.034,89
2. Total de entradas do ano	5.745,61
3. Total de despesas do ano	15.780,50
4. Saldo no final do ano	-

9. Programa CAPS AD - INCENTIVO

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	10.000,00
2. Total de entradas do ano	10.000,00
3. Total de despesas do ano	20.000,00
4. Saldo no final do ano	-

10. Custeio dos Centros de Atendimento Psicossocial CAPS III

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	17.426,47
2. Total de entradas do ano	
3. Total de despesas do ano	6.251,00
4. Saldo no final do ano	11.175,47

11. Política de Promoção da Saúde

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	24.475,36
2. Total de entradas do ano	
3. Total de despesas do ano	
4. Saldo no final do ano	24.475,36

12. Participa SUS - Política em Gestão

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	65.412,46
2. Total de entradas do ano	
3. Total de despesas do ano	4.694,39
4. Saldo no final do ano	60.718,07

13. Incentivo Financeiro aos Serviços Residências Terapêuticas

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	-
2. Total de entradas do ano	-

3. Total de despesas do ano	-
4. Saldo no final do ano	-

14. Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho Saúde Mental

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	3.943,34
2. Total de entradas do ano	-
3. Total de despesas do ano	819
4. Saldo no final do ano	3.124,34

15. Incentivo Reabilitação Psicossocial

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	-
2. Total de entradas do ano	120.000,00
3. Total de despesas do ano	6.580,73
4. Saldo no final do ano	113.419,27
Obs: Recebido em 03/01/2013 a comp. 11/2012	

16. Qualificação da Regulação do Acesso as Açoes e Serviços de Saúde

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	-
2. Total de entradas do ano	112.842,89
3. Total de despesas do ano	-
4. Saldo no final do ano	112.842,89
Obs: Recebido em 03/01/2013 a comp. 12/2012	

17. Incentivo Qualificação da RAPS

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	-
2. Total de entradas do ano	16.000,00
3. Total de despesas do ano	-
4. Saldo no final do ano	16.000,00
Conta Corrente 11.496-0 Atenção Básica	

18. Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano	7.560,00
2. Total de entradas do ano	49.140,00
3. Total de despesas do ano	-
4. Saldo no final do ano	56.700,00

Apêndice 5

PRESTAÇÃO DE CONTAS - EXERCÍCIO 2013

Termo de Compromisso – Recurso Fundo a Fundo

Aquisição de Equipamentos - Centrinho
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169.623000.1111-18

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	124.039,61
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	4.843,78
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**128.883,39**

O processo licitatório foi deserto (sem proponentes). Em 2014, será realizado novo processo para aquisição dos equipamentos.

Aquisição de Equipamentos - Policlínica Boa Vista
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169.623000.1111-19

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	55.924,20
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	2.183,85
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**58.108,05**

O processo licitatório será realizado em 2014.

Aquisição de Equipamentos – Hospital Municipal São José
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169.623000.1111- 20

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	105.868,90
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	4.134,21
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**110.003,11**

O processo licitatório será realizado em 2014.

Aquisição de Equipamentos - Hospital Municipal São José - CME
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169.623000.1120-02

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	337.177,51
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	19.087,45
4. Total de despesas no ano	280.000,00
5. Saldo no final do ano	**76.264,96**

Aquisição de Equipamentos - Carros/Ambulâncias – Atenção Básica
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169.623000.1090-92

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	99.431,67
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	3.882,84
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**103.314,51**

Este saldo é remanescente, pois o recurso já foi utilizado.

Aquisição de Equipamentos – Atenção Básica
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169.623000.1090-91

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	2.098.382,62
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	65.302,70
4. Total de despesas no ano	761.333,14
5. Saldo no final do ano	**1.402.352,18**

Este convênio ainda está sendo executado e continuará em 2014.

Construção UBS Parque Douat
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169.623000/1090-75

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	260.509,55
2. Total de entradas no ano	R$ 0,00
3. Rendimentos bancários	6.722,92
4. Total de despesas no ano	251.378,25
5. Saldo no final do ano	**15.854,22**

A obra está com 60,34% concluída.
O valor total previsto da obra é de R$ 900.000,00, sendo R$ 400.000,00 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 300.000,00.

Construção UBS Vila Nova I
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169.623000/1090-76

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	181.354,37
✓ Total de entradas no ano	40.000,00
✓ Rendimentos bancários	10.478,43
✓ Total de despesas no ano	184.289,53
✓ Saldo no final do ano	**47.543,27**

A obra está com 36,88% concluída.
O valor total previsto da obra é de R$ 880.000,00, sendo R$ 400.000,00 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 300.000,00.

Construção UBS Aventureiro III
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169.623000/1090-80

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	236.948,92
2. Total de entradas no ano	40.000,00
3. Rendimentos bancários	11.875,80
➢ Total de despesas no ano	113.533,20
➢ Saldo no final do ano	**175.291,52**

A obra está com 15,80% concluída.
O valor total previsto da obra é de R$ 900.000,00, sendo R$ 400.000,00 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 300.000,00.

Construção UBS Parque Douat – Vila Nova I – Aventureiro III - 1ª Parcela
Fundo Nacional de Saúde – Propostas 83169.623000/1090-75, 76 e 80

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	326,31
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	12,74
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**339,05**

Construção UBS Ulysses Guimarães
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169623000/1101-01

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	43.934,13
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	2.785,69
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**46.719,82**

O valor total previsto da obra é de R$ 1.240.000,00 sendo R$ 400.000,00 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 40.000,00. Foram elaborados os projetos arquitetônicos e estrutural, em fase de licitação, com homologação e emissão de ordem de serviço em 2014.

Construção UBS São Marcos
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169623000/1101-03

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	29.435,85
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	1.710,69
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**31.146,54**

O valor total previsto da obra é de R$ 1.100.000,00 sendo R$ 266.666,67 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 26.666,67. Foram elaborados os projetos arquitetônicos e estrutural, em fase de licitação, com homologação e emissão de ordem de serviço em 2014.

Construção UBS Rio da Prata
Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169623000/1101-02

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	21.967,04
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	1.392,85
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**23.359,89**

O valor total previsto da obra é de R$ 970.000,00, sendo R$ 200.000,00 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 20.000,00. Em 2013, foram elaborados os projetos arquitetônico e estrutural que originaram abertura do processo licitatório cuja homologação deve ocorrer no início de 2014.

Construção UBS Vila Nova II

Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169623000/1101-04

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	29.289,40
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	1.857,14
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**31.146,54**

O valor total previsto da obra é de R$ 1.290.000,00, sendo R$ 266.666,67 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 26.666,67. Em 2013, foram elaborados os projetos arquitetônico e estrutural que originaram abertura do processo licitatório cuja homologação deve ocorrer no início de 2014.

Construção UBS Morro do Meio

Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 83169623000/1101-00

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	29.289,40
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	1.857,14
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**31.146,54**

O valor total previsto da obra é de R$ 1.140.000,00, sendo R$ 266.666,67 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 26.666,67. Em 2013, foram elaborados os projetos arquitetônico e estrutural que originaram abertura do processo licitatório cuja homologação deve ocorrer no início de 2014.

Construção CAPS Ad III

Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 08184.821000/1130-11

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo – OB em 12/2013	200.000,00
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	82,93
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**200.082,93**

O recurso referente à primeira parcela entrou em dez/13. Em 2014 serão elaborados os projetos arquitetônico e estrutural para iniciar o processo licitatório.

Construção Unidade de Acolhimento

Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 08184.821000/113012

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo – OB em 12/2013	100.000,00
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	41,46
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**100.041,46**

Recurso com ingresso em dez/13. É necessário elaborar os projetos arquitetônico e estrutural para realizar o processo licitatório.

Construção UPA Zona Oeste - Fundo Nacional de Saúde - Proposta 83169.623000/110106

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	203.556,55
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	2.310,52
4. Total de despesas no ano – Devolução de Recurso *	205.867,07
5. Saldo no final do ano	**0,00**

* Justificativa da devolução: Considerando a visita técnica do consultor do Ministério da Saúde referente ao Plano de Urgência e Emergência em abril/2013, na cidade de Joinville e região e análise do mesmo, constatou-se que o ideal seria adequar as estruturas físicas, de equipamentos e humanas dos Pronto Atendimentos já existentes no município. Esta avaliação e decisão foi amparada na Portaria 2648 de 7 de novembro de 2011, onde está estabelecido que, para cada 300.000 habitantes, o município necessita de uma UPA Porte III e que em nosso município atualmente temos uma UPA - porte III habilitada(UPA Leste) e uma UPA - porte III sendo ampliada (UPA Sul). Também foi preponderante na tomada desta decisão, a avaliação da necessidade de ampliação e fortalecimento dos serviços da Atenção Básica, de acordo com as diretrizes estabelecidas. A longo prazo, dependendo do perfil epidemiológico e crescimento populacional no município, a questão da construção de nova UPA, deverá ser revista.

Reforma UBSF Aventureiro II
Fundo Nacional de Saúde - Proposta 08184821000137/2011-01

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	29.521,10
2. Total de entradas no ano	
3. Rendimentos bancários	1.139,38
4. Total de despesas no ano	
5. Saldo no final do ano	30.660,48

Em fase de elaboração dos os projetos arquitetônico e estrutural para então iniciar o processo licitatório.

Reforma UBSF Moinho dos Ventos - Espinheiros
Fundo Nacional de Saúde - Proposta 08184821000137/2011-02

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	9.123,70
2. Total de entradas no ano	
3. Rendimentos bancários	352,13
4. Total de despesas no ano	
5. Saldo no final do ano	9.475,83

Em fase de elaboração dos os projetos arquitetônico e estrutural para então iniciar o processo licitatório.

Reforma UBSF Paranaguamirim
Fundo Nacional de Saúde - Proposta 08184821000137/2011-03

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	25.388,34
2. Total de entradas no ano	
3. Rendimentos bancários	979,87
4. Total de despesas no ano	
5. Saldo no final do ano	26.368,21

Em fase de elaboração dos os projetos arquitetônico e estrutural para então iniciar o processo licitatório.

Reforma UBSF Petrópolis Edla Jordan

Fundo Nacional de Saúde - Proposta 08184821000137/2011-04

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	22.853,18
2. Total de entradas no ano	
3. Rendimentos bancários	882,03
4. Total de despesas no ano	
5. Saldo no final do ano	23.735,21

Em fase de elaboração dos os projetos arquitetônico e estrutural para então iniciar o processo licitatório.

Ampliação UBS Vila Nova Sede

Fundo Nacional de Saúde – Proposta nº 4209102511703/9252

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	14.888,66
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	581,40
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**15.470,06**

O valor total previsto da obra é de R$ 470.000,00, sendo R$ 74.265,00 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 14.853,00. A Ordem de Serviço foi assinada em dez/13. Em fase de elaboração dos projetos arquitetônico e estrutural para então iniciar o processo licitatório.

Ampliação UBS Costa e Silva Sede

Fundo Nacional de Saúde – Proposta nº 4209102511592/9231

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	15.071,30
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	588,54
4. Total de despesas no ano	-
5. Saldo no final do ano	**15.659,84**

O valor total previsto da obra é de R$ 477.198,53, sendo R$ 73.365,00 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 14.673,00. A Ordem de Serviço foi assinada em dez/13.

Ampliação UPA Zona Sul

Fundo Nacional de Saúde - Proposta nº 08184.821000/113007

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 08/2013	302.854,80
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	4.714,23
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**307.569,03**

O valor total previsto da obra é de R$ 3.000.000,00, sendo R$ 1.009.516,00 recursos federais dos quais já foram disponibilizados R$ 302.854,80. Foram concluídos os projetos arquitetônico e estrutural pelo IPPUJ. Em 2014, será necessário contratar os serviços de elaboração dos projetos complementares para dar início ao processo licitatório.

Convênio – Recurso Estadual

Aquisição de Equipamentos – CEDUG – Hospital Municipal São José
Convênio com Secretaria de Estado da Saúde Nº 2013TR002183

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo – OB em 09/2013	14.016.763,47
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	200.667,91
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	**14.217.431,38**

O processo licitatório está em andamento.

Convênios – Recurso Federal

Ampliação 2ª Etapa CEDUG – Hospital Municipal São José - Convênio 4311/2005

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	737.715,97
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	39.715,84
4. Total de despesas no ano	136.665,39
5. Saldo no final do ano	640.766,42

Em andamento.

Reforma – Policlínica Boa Vista Oncologia -
SICONV – Contrato de Repasse nº 374.111-37/2011

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo - OB em 11/2013	11.915,00
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	127,89
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	12.042,89

Em andamento.

Ampliação - CEREST – Convênio 2002/2004

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	122.392,70
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	7.814,17
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	130.206,87

Aguardando visita do Engenheiro do Ministério da saúde para análise da obra.

Ampliação - CEREST - Convênio 2003/2004

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	72.149,04
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	4.606,36
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	76.755,40

Aguardando visita do Engenheiro do Ministério da saúde para análise da obra.

Centro de Controle Zoonoses - Convênio 173/2008

BALANCETE	VALORES (R$)
1. Saldo no início do ano 01/01/2013	291.913,47
2. Total de entradas no ano	0,00
3. Rendimentos bancários	18.090,67
4. Total de despesas no ano	0,00
5. Saldo no final do ano	310.004,14

Aguardando conversa com Ministério da Saúde sobre a proposta de reformulação dos espaços do CCZ.

Apêndice 6

Índice das resoluções 2013 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Resoluçâo nº 001/2013 – Nominata da comissão organizadora da 10ª Conferência Municipal de Saúde.
Resoluçâo nº 002/2013 – Recomposição da comissão de capacitação de conselheiros de saúde.
Resoluçâo nº 003/2013 – Alteração do regimento interno do Conselho Municipal de Saúde.
Resoluçâo nº 004/2013 – Plano Plurianual - PPA 2014-2017.
Resoluçâo nº 005/2013 – Representatividade do Conselho Municipal de Saúde em comissões de acompanhamento de contratos e/ou convênios, comitês e conselhos gestores e/ou administrativos.
Resoluçâo nº 006/2013 – Cronograma de capacitação de conselheiros de saúde 2013.
Resoluçâo nº 007/2013 – Edital de chamamento público para o credenciamento universal das instituições privadas, para a notificação, captação e distribuição de órgãos, tecidos e células para transplante.
Resoluçâo nº 008/2013 – Revogação das resoluções 16/1998 e 21/2010 - prazos de apresentação dos instrumentos de gestão ao Conselho Municipal de Saúde.
Resoluçâo nº 009/2013 – Prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde referente ao 2º quadrimestre de 2012.
Resoluçâo nº 010/2013 – Recomposição da comissão intersetorial de saúde do trabalhador – CIST.
Resoluçâo nº 011/2013 – Primeiro termo aditivo ao convênio nº 024/2012 – SEPLAN – CV, celebrado com a Instituição Bethesda – Hospital.
Resoluçâo nº 012/2013 – Segundo termo aditivo ao convênio nº 024/2012-SEPLAN – CV, celebrado com a Instituição Bethesda – Hospital.
Resoluçâo nº 013/2013 – Projeto PRÓ-SAÚDE/PET SAÚDE – Redes de Atenção à Saúde 2013 – 2015.
Resoluçâo nº 014/2013 – Prestação de contas da ONG Abrigo Animal referente aos meses de outubro, novembro e dezembro de 2012.
Resoluçâo nº 015/2013 – Lista de espera para consultas especializadas.
Errata cms n.º 001/2013 **– Referente à resolução n.º 015/2013 – lista de espera para consultas especializadas.**
Resoluçâo nº 016/2013 – Prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde referente ao 3º quadrimestre de 2012.
Resoluçâo nº 017/2013 – Relatório Anual de Gestão 2012 da Secretaria Municipal de Saúde.
Resoluçâo nº 018/2013 – Consultas especializadas contra referenciadas para as unidades de saúde.
Resoluçâo nº 019/2013 – Recomposição da comissão de assuntos internos (CAI).
Resoluçâo nº 020/2013 – Autorização para efetivar o cumprimento da apresentação de documento oficial com foto, nas unidades básicas e referências no ato de consultas ou exames.
Resoluçâo nº 021/2013 – **I**ncentivos financeiros disponibilizados as instituições hospitalares contratualizadas/conveniadas com o sistema único de saúde – SUS, liberados pelo Ministério da Saúde e / ou Secretaria de Estado da Saúde
Resoluçâo nº 022/2013 – Segundo termo aditivo ao convênio nº 060/2011/SEPLAN-CV, tendo como objeto a implementação do incentivo ao sistema estadual de transplantes de SC.

Resolução nº 023/2013 – Credenciamento do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt em serviço de assistência de alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia.
Resolução nº 024/2013 – Criação da comissão eleitoral.
Resolução nº 025/2013 – Eleição da mesa diretora gestão 2013-2015.
Resolução nº 026/2013 – Reformulação do plano de trabalho dos convênios nº 2002/2004 e 2003/2004 – obra de ampliação do CEREST.
Resolução nº 027/2013 – Recomposição das comissões permanentes do Conselho Municipal de Saúde.
Resolução nº 028/2013 – Criação da comissão de acompanhamento das propostas da 10ª conferência municipal de saúde.
Resolução nº 029/2013 – Propostas aprovadas na 10ª Conferência municipal de saúde.
Resolução nº 030/2013 – Termo de manutenção de metas e parâmetros do plano operativo anual que entre si celebram a Secretaria da Saúde/fundo municipal de saúde e o Hospital Municipal São José.
Resolução nº 031/2013 – Lista de espera para exames de média e alta complexidade.
Errata CMS n.º 002/2013 **– Referente à resolução n.º 031/2013 – lista de espera para exames de média e alta complexidade.**
Resolução nº 032/2013 – Credenciamento/habilitação da Instituição Bethesda-Hospital e maternidade em unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional.
Resolução nº 033/2013 – Credenciamento/habilitação da Instituição Bethesda-Hospital e maternidade em cirurgia por videolaparoscopia.
Resolução nº 034/2013 – Prestação de contas da organização não governamental abrigo animal.
Resolução nº 035/2013 – Prestação de contas da organização não governamental abrigo animal.
Resolução nº 036/2013 – Credenciamento de 10 leitos de UTI pediátrica para o Hospital Materno Infantil Dr Jeser Amarante Faria.
Resolução nº 037/2013 – Credenciamento/habilitação do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt para transplante renal.
Resolução nº 038/2013 – Proposta de unificação dos serviços de ouvidoria da Prefeitura Municipal de Joinville.
Resolução nº 039/2013 – Prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde – SMS referente ao 1º quadrimestre de 2013.
Resolução nº 040/2013 – Prestação de contas referente ao 3º quadrimestre de 2012 do centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST).
Resolução nº 041/2013 – Plano Municipal de Saúde 2014-2017.
Resolução nº 042/2013 – Pactuação de 56 indicadores para Joinville do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).
Resolução nº 043/2013 – Plano de ação regional da rede de cuidados à pessoa com deficiência.
Resolução nº 044/2013 – Representatividade do CMS em comissões, contratos e conselhos.
Resolução nº 045/2013 – Programação Anual de Saúde (PAS) 2014.
Resolução nº 046/2013 – Recomendação da compra de oftalmológicos a preço não SUS **(não homologada até 24.03.2014).**
Resolução nº 047/2013 – Lei Orçamentária Anual 2014 **(não homologada até 24.03.2014).**
Resolução nº 048/2013 – Cronograma das Assembleias Ordinárias no ano de 2014.

Apêndice 7

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Breve histórico - A Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, trata da assistência à saúde da população prisional, estabelecendo a estruturação de serviços ambulatoriais para atender as necessidades deste público. Segundo esta Portaria, as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça deveriam formular Plano Operativo Estadual e aprová-lo na CIB. A gestão e gerência das ações do Plano deveriam ser pactuadas por meio da CIB entre gestores estaduais da Saúde e Justiça e gestores municipais de Saúde. No caso das Secretarias Municipais assumirem a gestão e/ou gerência das ações e serviços de saúde, deveria ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Para desenvolver o referido Plano, o artigo 2º., §4, diz que as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça poderiam estabelecer pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde. No caso de presídios com população até 100 presos, as ações de saúde são de responsabilidade municipal e acima disto, não está definido na Portaria (Art.5º). O incentivo financeiro para realizar estas ações seria oriundo dos Ministérios da Saúde (70%) e da Justiça (30%). Propõe-se que para cada 500 presos, deve ser implantada uma equipe. O incentivo é de R$ 40.008,00 por equipe por ano.

Entretanto, em maio de 2004, foi publicado o Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário, que dispõe que “a gestão e gerência das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, uma vez que todos os municípios envolvidos estão habilitados em uma das condições de gestão, cumprindo todos os requisitos exigidos na NOAS 01/02. Além disso, a responsabilidade da execução de ações de atenção básica é do gestor municipal de saúde, que recebe os recursos financeiros fundo a fundo para custeio das mesmas”. Outra disposição deste Plano Estadual é que “Os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal são responsáveis pelo controle, avaliação e auditoria dos ambulatórios de atenção básica situados nas unidades prisionais localizados dentro de sua área territorial.”

A Portaria Interministerial, nº 1 de 02 de janeiro de 2014, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do SUS, regulamenta a inserção desta Política nas Redes de Atenção à Saúde e define as competências dos entes federados na sua execução. Orienta para a elaboração do Plano de Ação para implementação da PNAIS

junto com a SES, Secretaria de Justiça e Administração Penitenciária, de forma articulada com o Plano Regional e Estadual de Saúde e os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS.

A situação de Joinville - O município possui Sistema Penitenciário com aproximadamente 800 presos e recebeu repasse financeiro no final de 2011. Em 15 de março de 2013, o município assinou o Termo de Ajuste de Conduta - TAC, juntamente com o Estado, partilhando responsabilidades na realização das ações previstas no Plano Operativo de cada ente federado. Ficou como responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, a construção de unidade física e aquisição de equipamentos e ao município a contratação de equipe profissional, em regime de 30 horas semanais. A equipe, composta por 1 profissional de cada categoria: médica, enfermagem, odontologia, assistência social, psicologia, auxiliar de enfermagem e de odontologia, estará sob responsabilidade da Gerência de Atenção Básica da SMS.

Em ofício datado de 24/02/2014, a Secretaria de Saúde, foi informada da conclusão da obra do ambulatório médico da unidade prisional, com prazo de 60 dias para a contratação dos profissionais. No dia 25 de março, a Coordenadora da Área de Análise e Acompanhamento de Processos e a Coordenadora Administrativa de Gabinete, realizaram visita técnica à unidade, constatando a finalização da obra física por parte do Estado, no entanto, faltando todo o aparato com os equipamentos (condicionadores de ar, macas...), para somente após ser dado início ao processo de contratação dos profissionais.

O primeiro repasse financeiro ocorreu em novembro de 2011, sendo posteriormente articuladas ações a serem desenvolvidas pela atenção básica em parceria com a vigilância à saúde, como campanhas vacinais e consultas médicas e de enfermagem. Foram realizadas pela secretaria da saúde nos anos de 2012 e 2013 as seguintes campanhas de vacinas e datas:

Campanhas	2012	2013
Gripe	10/11/12	23/06/13
Difteria e Tétano	07/07/12 e 10/11/12	20/07/13 e 21/09/13
Hemófilos Influenza	07/07/12 e 10/11/12	20/07/13 e 21/09/13
Tríplice Viral	-	20/07/13
Febre Amarela	07/07/12	20/07/13

Além das campanhas de vacinação a Secretaria de Saúde disponibilizou um médico para atendimento, 3 vezes por semana, durante o período de agosto 2013 a fevereiro/março de 2014, quando solicitou exoneração do cargo. O acesso à consultas ginecológicas, realizadas pelo médico ginecologista e enfermeira, ofertando 40 consultas/mês. Outra medida instituída pela secretaria de saúde foi padronização quanto a liberação de medicamentos, sendo que a partir de setembro/2013 a liberação somente com receita médica individualizada e não mais pelo estoque na unidade prisional, como realizado até então.

Apêndice 8

RESOLUÇÃO Nº 014/2014

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2013
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde, consubstanciado no Parecer nº 006/14 da Comissão de Assuntos Internos, por maioria dos votos dos Conselheiros presentes na CCXXXIX 239ª Assembleia Geral Ordinária do Conselho Municipal de Saúde, realizada em 28 de abril de 2014 e considerando,

- que o Relatório Anual de Gestão, o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, são instrumentos de gestão do SUS regulamentados por leis e decretos que buscam aperfeiçoar o cumprimento dos preceitos do sistema pelos diversos entes federativos e, dessa forma consolidar esta política social;

- que a Programação Anual de Saúde de 2013 da Secretaria Municipal da Saúde compreendeu 105 indicadores do Plano Municipal de Saúde, propostos pela própria Secretaria que permitiram às diversas gerências monitorar e avaliar o desempenho da gestão;

RESOLVE APROVAR O RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2013 COM AS SEGUINTES RECOMENDAÇÕES À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

1. Que o Programa de Saúde do Idoso elabore e implante o Plano de Atendimento ao Idoso e encaminhe o mesmo para conhecimento e aprovação do Conselho Municipal de Saúde e Conselho do Idoso;

2. Que a equipe de trabalho discuta a proposta de adoção do Caderno de Saúde do Idoso;

3. Que sejam criados Indicadores para avaliação do programa de saúde do idoso;

4. Que busquem articular com outras instituições da sociedade civil o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT);

5. Monitorar os laboratórios de diagnóstico patológico na alimentação contínua do diagnóstico das neoplasias;

6. Investir fortemente em matriciamento dos profissionais de saúde, em especial nas áreas de grande demanda reprimida;

7. Monitorar de perto a captação precoce e planejamento do intervalo entre as consultas de pré natal;

8. Monitorar a meta dos focos do mosquito da Dengue;

9. Instalar o laboratório de entomologia para dengue e outras espécies;

10. Criar o Comitê de Investigação de Óbitos Infantis com a participação dos diversos serviços de atenção à criança, e com acompanhamento do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente;

11. Apresentar um plano para os próximos 3 anos visando ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família;

Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde - Rua: Araranguá, 397 – Térreo – América - Cep.: 89204-310 – Joinville -SC
Contato: (47) 3481-5181 e_mail: cms.joinville@gmail.com

12. Melhorar a infraestrutura do Sistema de Tecnologia da Informação;

13. Apresentar um plano de implantação do PRONTUÁRIO ELETRÔNICO em toda rede de saúde municipal;

14. Apresentar uma proposta visando a redução do percentual de parto cesárea na rede privada;

15. Apresentar ao Conselho Municipal de Saúde uma proposta de ampliação gradativa (2014, 2015 e 2016) do percentual de investimento na Atenção Básica e do aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família;

16. Esclarecer os quadros:
a) Proporção de itens do Elenco Básico de Medicamentos ofertados regularmente, segundo o quadrimestre;
b) Proporção de funcionários ativos em relação ao quadro necessário, segundo o quadrimestre.

Assim, a Secretária Municipal de Saúde, em cumprimento ao que determina o Inciso III, Parágrafo 2º do Art. 9º da Lei Municipal n.º 5.290 de 2º de setembro de 2005 e o Parágrafo 2º do Artigo 1º da Lei Federal n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Assina a presente Resolução do Conselho e a encaminha para que no prazo, instituído na legislação vigente, esta seja devidamente Homologada e Publicada.

Joinville, 28 de abril de 2014.

Valmor João Machado
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Larissa Grun Bandão Nascimento
Secretária Municipal de Saúde Interina

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

Udo Döhler
Prefeito