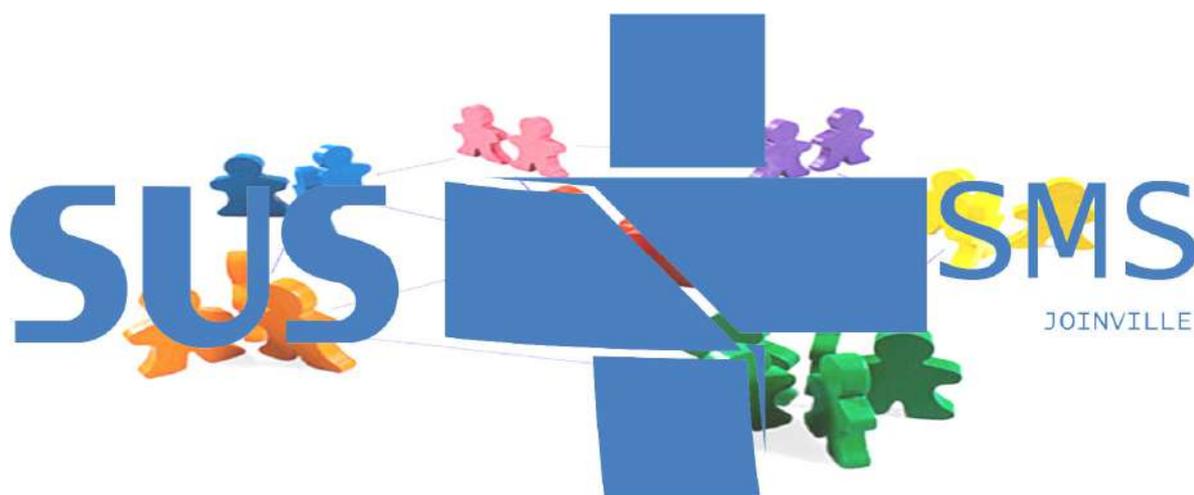




Prefeitura Municipal de Joinville
Secretaria Municipal da Saúde
Sistema Único de Saúde



RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2014

GOVERNO MUNICIPAL DE JOINVILLE

Udo Döhler

Prefeito de Joinville

GESTORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE EM 2014

Larissa Grun Brandão Nascimento

Secretária Municipal da Saúde

Paulo Manoel de Souza

Diretor Executivo

Jeane Regina Vanzuiten Vieira

Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde

Jusmara do Rocio Maciel da Hora

Gerente da Unidade de Serviços de Referência

André Luís Biancarelli

Gerente da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria

Rosana Emília Greipel

Gerente da Unidade Administrativa e Financeira

Alinore Riba Ziemer

Gerente da Unidade de Atenção Básica

Rodrigo Machado Prado

Gerente da Unidade de Gestão Estratégica



Missão da Secretaria Municipal da Saúde

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

Visão da Secretaria Municipal da Saúde

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

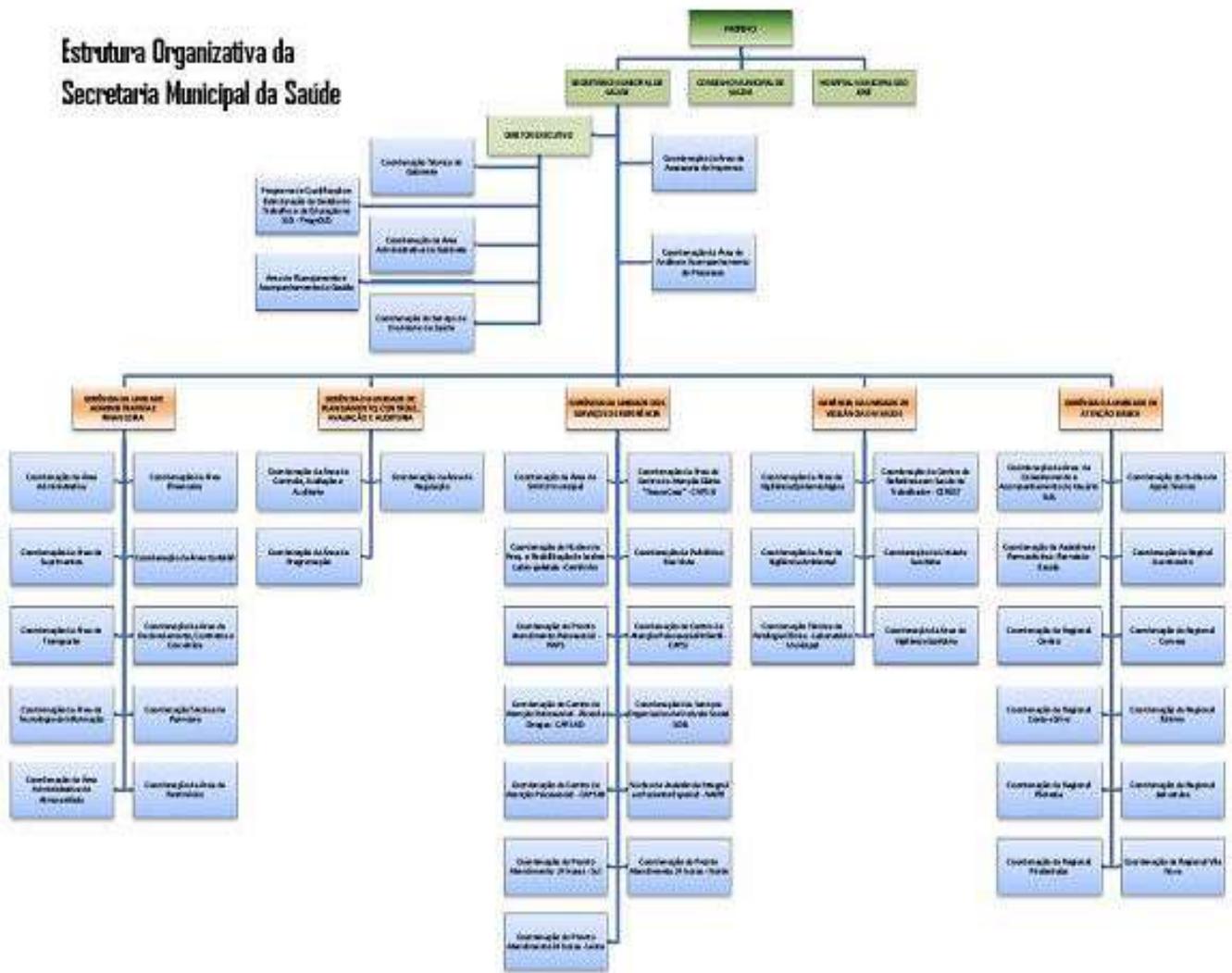
Agradecimentos

Durante o ano de 2014, participaram da gestão:

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

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

Estrutura Organizativa da Secretaria Municipal da Saúde



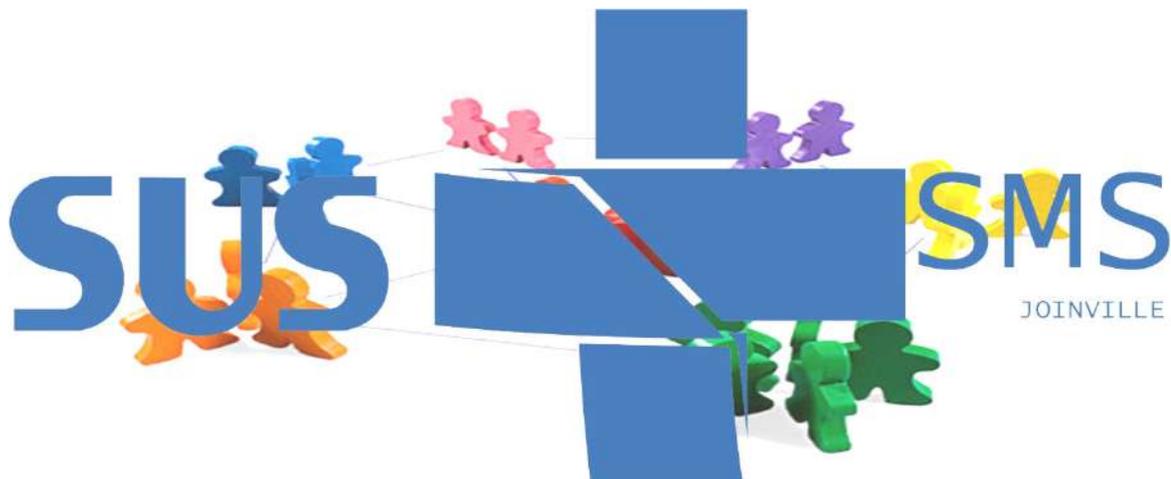
Fonte: Progesus / Dez 2014

Gerências e Coordenações em 2014

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Secretária da Saúde	Larissa Grun Brandão Nascimento
Diretor Executivo	Paulo Manoel de Souza
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 do PROGESUS	Patricia Luzia Johann Teochi
Coordenação de Assessoria de Imprensa	<u>Extinto</u>
Coordenação de Ouvidoria da Saúde	<u>Extinto</u>
Gerência da Unidade de Atenção Básica	Alinore Riba Ziemer
Coordenação de Assistência Farmacêutica	Janaina Pravato Vicente Banin
Coordenador do Núcleo de Apoio Técnico	Vivian Ellen Tacito Gouvea
Coordenador do Cadastro e Acompanhamento do Usuário	Márcia da Rosa
Coordenação Regional Aventureiro	Rúbia Nara Malinoski Guimarães
Coordenação Ambulatório Leonardo Schilickmann (Iriirú)	Karine Antochaves Machado
Coordenação Ambulatório Parque Joinville	Karla Saibro Dutra
Coordenação Regional Centro	Flavia Wanda da Silva Marchi
Coordenação Ambulatório Pam Bucarein	André de Santiago
Coordenação Regional Comasa	Leila Cristine Moraes Mautone
Coordenação Ambulatório Comasa	Angela Andrea de França
Coordenação Regional Costa e Silva	Cleonice Batista Correa Siccardi
Coordenação Ambulatório Costa e Silva	Daisy Pereira Navarro Fiorentin
Coordenação Regional Fátima	Sayonara Salete Zucchetti
Coordenação Ambulatório Fátima	Daiane Gambeta Fuchter
Coordenação Ambulatório Itaum	Viviane Karina Korovsky
Coordenação Ambulatório Petrópolis	Daniela Bombazar Vieira
Coordenação Regional Floresta	Regina Lande de Medeiros Sá
Coordenação Regional Jarivatuba	Fabiane Regina de Souza
Coordenação Ambulatório Jarivatuba	Sandrine Teuber
Coordenação Regional Pirabeiraba	Luci Léia Honorato de Carvalho
Coordenação Regional Vila Nova	Chana Gresiele Beninca
Coordenação Ambulatório Vila Nova	Marilda Maestri
Gerência da Unidade de Vigilância à Saúde	Jeane Regina Vanzuiten Vieira
Serviço de Verificação de Óbitos - SVO	Aline Costa da Silva
Coordenação da Vigilância Epidemiológica	Aline Costa da Silva
Coordenação Técnica de Patologia Clínica – Laboratório Munic.	Elaine Gropp
Coordenação do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador	Lindacir Maires Baggio
Coordenação da Vigilância Sanitária	Edilaine Pacheco Pasquali
Coordenação da Inspeção Veterinária	Edilaine Pacheco Pasquali
Coordenação da Área de Vigilância Ambiental	Vanderli de Oliveira
Coordenação da Unidade Sanitária	Cristina Kortmann
Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	André Luís Biancarelli
Coordenação de Programação	Angela Schier
Coordenação de Controle e Avaliação	Maria Marlete Reinert Brittes
Coordenação de 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 Junior
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	Douglas Calheiros Machado

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Secretária da Saúde	Larissa Grun Brandão Nascimento
CAPS II CAD	Shirlei Vicente dos Santos
Coordenação Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS)	Anelise Dallagnolo
Coordenação Especialidade Médica – PA's	Rodrigo Haritsch Carolina Maurer Bock Adelina Lehm Kuhl
Coordenação Especialidade Odontológica – PA's	André Ramos da Costa Moreira
Serv. Integrado de Assist. Ventilatória e Oxigenoterapia - SIAVO	Márcia Regina de Souza Schwambachi
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 da Área Administrativa	Eduardo Antônio Mendes
Coordenação do Almoxarifado	Maria Inês Maximino Cardozo
Coordenação da Área Financeira	Rosina Márquez Ramos
Coordenação da Área de Suprimentos	Silvia Cristina Bello
Coordenação de Credenciamento, Contratos e Convênios	Gisele Cidral
Coordenação Centro de Abastecimento Farmacêutico – CAF	Samuel João Pinheiro
Gerência da Unidade de Gestão Estratégica	Rodrigo Machado Prado
Coordenação da Área de Tecnologia da Informação	Vicente D'Onófrío
Coordenação da Área de Planejamento e Projetos	Karla Alessandra Cidral

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS: Dezembro 2014



Paulo Manoel de Souza
Diretor Executivo

Mario José Bruckheimer
Chefe de Gabinete

Equipe de elaboração
Denise Vizzotto
Guilherme Carvalho dos Reis Lima
Selma Cristina Franco
Terezinha Hillesheim

SIGLAS E ABREVIATURAS

AMUNESC - Associação de Municípios do Nordeste de Santa Catarina
AMVALI - Associação dos Municípios do Vale do Itajaí
CACON - Centro de Alta Complexidade 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
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissível
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
e-SUS – Estratégia de Registro Eletrônico Pública
HEMOSC - Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
HJAF – Hospital Jeser Amarante de Faria
HMSJ - Hospital Municipal São José
Hórus - Software de Controle de Estoque e Dispensação de Medicamentos
HRHDS - Hospital Hans Dieter Schmidt
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
SIOPS – Sistema de Orçamento Público em Saúde
SIPAC - Sistema de Informação de Procedimento de Alto Custo
SISCAN – Sistema de Informação do Câncer
SOIS - Serviço Organizado de Inclusão Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TDO - Tratamento Diretamente Observado
TFD - Tratamento Fora do Domicílio
UADQ - Unidade de Atendimento em Dependência Química
UAB – Unidade de Atenção Básica
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
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	12
1. Introdução	14
2. População	15
3. Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde	15
3.1 Profissionais de Saúde	16
4. O Sistema Único de Saúde em Joinville	17
4.1. Atenção Básica	17
4.2. Atenção Especializada	19
4.3. Serviços de Emergência, Pronto Atendimento e Hospitalares	19
4.4. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	20
5. Programação Anual	21
5.1. Notas Técnicas	21
EIXO GESTÃO EM SAÚDE	23
Estratégia 1.1 Integrar e desenvolver os sistemas de informação	23
Estratégia 1.2 Prover estrutura física de informática (hardware e conectividade)	25
Estratégia 2.1 Definir e manter atualizado o quadro ideal de profissionais por Unidade de Saúde e Serviço para atender suas finalidades.	26
Estratégia 2.2 Estruturar a educação permanente	27
Estratégia 2.3 Consolidar a política de inserção dos estagiários na rede assistencial	30
Estratégia 3.1 Implementar o controle contínuo das transferências e aplicações de recursos por programa	32
Estratégia 3.2 Reduzir o comprometimento financeiro com os processos judiciais	33
Estratégia 3.3 Aperfeiçoar o monitoramento das ações com comprometimento dos resultados	35
Estratégia 4.1 Fortalecer o controle social	36
Estratégia 4.2 Aperfeiçoar a comunicação interna e externa	38
EIXO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS	39
Estratégia 5.1 Focar ações de atenção primária a saúde aos membros das famílias de risco	39
Estratégia 5.2 Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família	43
Estratégia 6.1 Fortalecer comissões temáticas de áreas estratégicas	46
Estratégia 6.2 Pactuar o papel de cada Ponto de Atenção e profissionais nas Linhas de Cuidado	47
Estratégia 6.3 Construir a cultura do planejamento intersetorial visando 'Políticas Públicas Saudáveis'	51
Estratégia 6.4 Integrar a rede hospitalar	52
Estratégia 6.5 Rever as pactuações com os demais municípios	54
Estratégia 7.1 Dimensionar as Unidades e serviços de Saúde considerando a Organização da Rede, as determinações legais e o perfil epidemiológico	57
Estratégia 7.2 Manter os serviços em funcionamento, com aquisição de equipamentos, manutenção preventiva predial e de equipamentos	59
Rede de Urgência e Emergência	62
Rede Psicossocial	66
Doenças e Atenção à Pessoas com Doenças Crônicas	67
Rede Cegonha	69
Vigilância Epidemiológica e controle de agravos	79
Controle da Dengue	87
Vigilância Sanitária	89
Saúde do Trabalhador	90
6. Serviço de Ouvidoria do SUS	92
7. Obras	93
8. Orçamento	94
8.1. Receitas Orçamentárias	95
8.2. Despesas Orçamentárias	96
8.3. Assistência Ambulatorial, Hospitalar, Outros Serviços e Encargos	96

8.4. Situação Financeira	96
9. Comentários Finais	97
10. Apêndices	98
Apêndice 1 - População Residente por Unidade de Saúde	99
Apêndice 2 - Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil	101
Apêndice 3 - Demonstrativo de Gastos de Programas - Verbas Específicas	113
Apêndice 4 - Resoluções do Conselho Municipal de Saúde	115
Apêndice 5 - Relato de Implantação das Redes de Atenção à Saúde	118
Apêndice 6 - Relato de Ações Intersetoriais	127
Apêndice 7 - Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes	135
Apêndice 8 – Auditorias Realizadas	138
Apêndice 9 - Projeto de Desenvolvimento da Atenção Básica	146
Apêndice 10 - Respostas a Resolução 014/04 do CMS	182

APRESENTAÇÃO

Como é gratificante apresentar o Relatório de Gestão de 2014! Gratificante pois, de fato, foi um ano de muita dedicação e trabalho, com grandes avanços para a saúde pública municipal.

Trata-se da execução do primeiro ano de um novo Plano Municipal de Saúde (2014 – 2017), que foi construído de forma democrática, com ampla participação de profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde e da sociedade civil organizada representada pelo Conselho Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde representa a diretriz a ser seguida pela Secretaria Municipal de Saúde na busca por resultados concretos que tornem a saúde pública municipal mais resolutiva e eficaz. Por isso, sua importância no desenvolvimento das ações desta gestão no ano de 2014.

Dos indicadores monitorados pela Secretaria Municipal de Saúde, todos tendo por base as diretrizes do Plano Municipal supra mencionado, destacamos que 57,7% deles mantêm-se igual ou superior se comparados com os resultados de anos anteriores. Isso, sem dúvida, é o reflexo de um trabalho focado na manutenção de resultados positivos e na busca de resultados crescentes frente às metas estabelecidas.

O ano de 2014 foi também um momento de trabalhar fortemente em planejamento. A exemplo, elaboramos o Projeto de Desenvolvimento da Atenção Básica (2014 – 2035), que estabelece diretrizes de onde, como e quando serão necessários investimentos para que a Atenção Básica de fato, esteja de acordo com as necessidades da população. Cinco (5) ordens de serviços foram expedidas para a construção de novas unidades básicas de saúde da família e mais sete (7) para ampliação e reforma de unidades inadequadas quanto às regras sanitárias e de acessibilidade.

Nos serviços de referência, o Centro de Atenção Psicossocial II foi reinaugurado em novo espaço, a Unidade de Acolhimento foi implantada e a Residência Terapêutica também passou a funcionar em novo local, com aumento da oferta de atendimento. O quadro de médicos plantonistas nas unidades de pronto atendimento foi restabelecido e, hoje, pode-se afirmar que não faltam mais profissionais para a cobertura mínima necessária nessas unidades.

Um ano de trabalhar pela transparência. Com a publicidade de nossas filas de consultas e exames em nosso site, cada cidadão pode acompanhar seu posicionamento na fila bem como o andamento da mesma. Um ano em que um novo serviço foi implantado, para o atendimento das pessoas que vivem nas ruas: o Consultório na Rua, que já vem colhendo inúmeros frutos positivos.

Nesse momento, analisando todas as ações realizadas em 2014, temos a certeza de que estamos no caminho certo e de que ainda, importantes resultados serão obtidos frente a todas as ações realizadas em 2014!

Larissa Grun Brandão Nascimento
Secretária Municipal de Saúde – Joinville/SC

1. INTRODUÇÃO

O Relatório Anual de Gestão 2014 (RAG 2014) apresenta os resultados alcançados pela gestão no primeiro ano do quadriênio 2014-17.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) atualmente em vigência foi elaborado com ampla participação do controle social e dos profissionais de saúde. Ele contém as prioridades identificadas por técnicos e comunidade organizada para a melhoria da qualidade da rede assistencial sob gestão da Secretaria Municipal da Saúde.

Os indicadores pactuados no PMS 2014-17 são apresentados juntamente com os do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e do Plano Plurianual 2014-17 (PPA), totalizando 79. Seu monitoramento é realizado pela gestão e pelas equipes técnicas da Secretaria Municipal da Saúde, com vistas a acompanhar os programas de saúde, as ações desenvolvidas e os investimentos realizados. Os resultados obtidos são analisados periodicamente pelas equipes técnicas responsáveis pelo alcance das metas estabelecidas, sendo propostas ações de ajustes nos processos de trabalho, quando necessário.

Na organização do RAG 2014, as sete diretrizes, 19 estratégias e 79 indicadores estão agrupados segundo dois eixos, gestão e processos assistenciais, contendo metas e análises das equipes técnicas. Além disso, são disponibilizadas informações relativas à estrutura da rede assistencial e alguns relatórios complementares inseridos como apêndices no final do RAG, com um conjunto de informações de grande utilidade para todos que queiram conhecer a nossa rede de atenção à saúde.

Esperamos dessa forma, contribuir para a democratização da informação sobre o SUS municipal junto à sociedade como um todo.

Equipe de Planejamento

2. População

Segundo o Cadastramento da Secretaria da Saúde, a população do município em 2013 era de 546.981 mil, sendo 50,3% do sexo feminino e 49,7% do sexo masculino. A distribuição segundo idade e gênero é mostrada na tabela a seguir:

Tabela – População de Joinville, segundo gênero e idade, 2013

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total	%
Menor 1 ano	4.078	3.794	7.872	1,44
1 a 4 anos	15.035	14.074	29.110	5,32
5 a 9 anos	19.105	18.397	37.502	6,86
10 a 14 anos	22.768	21.979	44.747	8,18
15 a 19 anos	24.127	23.226	47.353	8,66
20 a 29 anos	52.375	50.090	102.465	18,73
30 a 39 anos	45.847	46.152	91.998	16,82
40 a 49 anos	39.719	41.223	80.942	14,80
50 a 59 anos	27.714	29.105	56.820	10,39
60 a 69 anos	13.175	15.229	28.405	5,19
70 a 79 anos	5.772	8.199	13.971	2,55
80 anos e mais	1.917	3.883	5.801	1,06
Total	271.631	275.350	546.981	100,00

Fonte: Cadastramento/Gerência de Atenção Básica. SMS. Acesso dezembro 2014

3. Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde

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

- **Gabinete** – compreende 5 áreas de coordenação (Administrativa, Análise / Acompanhamento de Processos, PROGESUS, Planejamento e 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). A Ouvidoria foi centralizada na PMJ
- **Gerência de Unidade de Serviços de Referência (GUSR)** com 15 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 (PAs) 24hs Sul, Norte e Leste e Policlínica Boa Vista.

- **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/Acompanhamento do Usuário SUS.
- **Gerência de Unidade Administrativa Financeira (GUAF)** engloba 9 áreas de coordenação: Credenciamentos/Contratos/Convênios, Suprimentos, Contabilidade, Financeira, Patrimônio, Transportes, Administrativa, Almoxarifado 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.
- **Gerência de Gestão Estratégica** com a Coordenação da Área de Tecnologia da Informação.

3.1 Profissionais de Saúde

Atualmente há 2.885 profissionais de saúde alocados na Secretaria Municipal da Saúde, sendo o maior contingente na Rede Básica (54,70). 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, 2014

Unidades	Número de profissionais	%
Gabinete da Secretaria da Saúde	48	1,66
Unidade de Atenção Básica	1578	54,70
Unidade de Vigilância em Saúde	311	10,78
Unidade de Planejamento/Controle/Avaliação/Auditoria	72	2,50
Unidade de Serviços de Referência	761	26,38
Unidade Administrativa e Financeira	110	3,81
Gerência de Gestão	5	0,17
TOTAL	2.885	100,00

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – 18 dezembro 2014

Tabela - Distribuição das categorias profissionais da SMS Joinville, 2014 (n=2885)

Profissionais	Total	Profissionais	Total
Administrador	03	Farmacêutico	35
Agente Administrativo I Contínuo	01	Farmacêutico Bioquímico	20
Agente Administrativo	503	Fiscal de Obras e Posturas	02
Agente de Combate às Endemias	56	Fiscal Sanitarista	29
Agente de Consultório Dentário	81	Fisioterapeuta	13
Agente Comunitário de Saúde	502	Fonoaudiólogo	18
Agente de Laboratório	21	Gerente de Unidade	03
Agente de Saúde II Aux. Enferm	198	Médico	404
Agente Operacional I – Servente	15	Médico Veterinário	05
Almoxarife	03	Nutricionista	10
Agente de Serviços Gerais	09	Odontólogo	157
Analista Administrativo	02	Pedagogo	06
Arquiteto	01	Programador	01
Assistente Administrativo	37	Psicólogo	51
Assistente Social	22	Secretário de Saúde	01
Condutor de Veículo Automotor	59	Técnico Manutenção Equipam	01
Contador	02	Telefonista	06
Coordenador I	08	Terapeuta Ocupacional	43
Coordenador II	02	Técnico Análises Clínicas	16
Diretor Executivo	01	Técnico em Contabilidade	02
Economista	01	Técnico de Enfermagem	268
Enfermeiro	210	Técnico em Higiene Dental	13
Engenheiro Civil	02	Técnico Prótese Dentária	3
Engenheiro Sanitarista	02	Técnico em Radiologia	30
Estagiário de Nível Superior	05	Técnico Segurança Trabalho	02

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – dados fornecidos em 19 dezembro 2014

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 55 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que funcionam segundo estratégias distintas e se distribuem nas nove Regionais de Saúde, conforme mostrado a seguir:

Tabela - Distribuição das UBS segundo regionais e estratégias

Regionais de Saúde	Tipos de UBS			Total de UBS
	Convencional	EACS	ESF	
Aventureiro	02	02	04	08
Centro	01	-	06	07
Comasa	02	01	04	07
Costa e Silva	-	02	06	08
Fátima	-	04	-	04
Floresta	01	-	06	07
Jarivatuba	-	-	06	06
Pirabeiraba	-	01	03	04
Vila Nova	-	02	02	04
TOTAL	06	12	37	55

FONTE: Cadastramento e Acompanhamento do usuário SUS/ GUAB/SMS – dezembro 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)	127.907	23,38%
EACS	212.841	38,91%
ESF	206.223	37,70%
Total	526.338	100,00%

FONTE: Cadastramento e Acompanhamento do usuário SUS/ GUAB - dezembro 2014

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

- Unidades convencionais e EACS – 7:00 às 19:00 horas, de segunda a sexta feira.
- Unidades de Saúde da Família – 8:00 às 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:

Quadro - 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 6 nutricionistas nas seguintes unidades sedes de Regionais: Costa e Silva, Centro, Jarivatuba, Vila Nova / Pirabeiraba, Floresta, Comasa e Vila Nova. No Aventureiro há estágio de nutrição.

4.2. Atenção especializada

Abrange 17 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, 2014

Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos não SUS	Total
HRHDS	279	0	279
HMSJ	243	0	243
MDV	105	0	105
HJAF	160	0	160
Hospital Bethesda	61	35	96
CH Unimed	1	150	151
Hospital Dia de Olhos Sadalla	0	4	4
Dona Helena	0	203	203
Total	849	392	1.241

FONTE: CNES/DATASUS – MS, 10 de fevereiro de 2015.

4.4. Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

O Laboratório Municipal de Joinville é um serviço especializado na realização de exames laboratoriais para controle e diagnóstico de condições patológicas ou outras. Sua meta é atingir cerca de 50% do total de exames realizados no SUS de Joinville, atuando como um regulador de mercado neste seguimento. Os demais exames são realizados em laboratórios privados da rede conveniada e hospitais no atendimento de Emergência. Além disso, há 9 postos de coleta de exames laboratoriais descentralizados nas seguintes unidades de saúde: Regional do Aventureiro, Policlínica do Bucarein, Unidade Sanitária, UBS sede Comasa do Boa Vista, UBS Edla Jordan do Petrópolis, Regional do Fátima, Policlínica do Floresta, UBSF Jardim Paraíso I/II e Regional do 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.

Aqui são apresentados, seguindo os dois eixos do PMS 2014-17 – Gestão e Processos Assistenciais, os indicadores do Plano Municipal de Saúde, do Plano Plurianual e do Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde.

5.1. NOTAS TÉCNICAS

1. A exemplo de anos anteriores, a população utilizada para o cálculo dos indicadores foi a de 2013, ou seja, 546.981 habitantes, uma vez que o ajuste da população estimada pelo IBGE para 2014 só é divulgado no segundo semestre de cada ano.
2. A fim de se evitar constante revisão dos resultados apurados, para os indicadores envolvendo o Sistema de Informações Hospitalares (SIHD), utilizaram-se os dados apurados por **mês de processamento** para cobrança (ex. um procedimento realizado em agosto eventualmente é registrado no sistema apenas em outubro, sendo computado como 'processado em 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. Este ano, devido a correção das inconsistências observadas no Sistema de Informação Ambulatoriais (SIA), os dados foram reprocessados sendo consolidados por **mês de atendimento**, correspondendo ao mês em que foi realizado (ex. um procedimento realizado em agosto mesmo que eventualmente registrado no sistema apenas em outubro, é computado como 'atendido agosto'). Deve-se observar que alguma produção realizada no mês de dezembro eventualmente poderá ser ainda registrado até março de 2015, estando portanto subregistrado no presente relatório. Como o reprocessamento do SIA ainda não foi homologado pelo Ministério da Saúde, haverá discordância entre os dados apresentados aqui e os disponíveis nas bases de dados nacionais;
4. 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 a investigação realizada em Joinville pode constatar que de fato ela não morava no município, mas em Araquari em um bairro homônimo). Assim, estas bases de dados nacionais somente são fechadas por volta do meio do ano, ultrapassando o prazo do RAG. Portanto, é possível encontrar-se algumas divergências quantitativas quando se comparam estes dados do RAG com os existentes no Ministério da Saúde.

5. Nos quadros onde estão apresentados os indicadores, inseriu-se uma avaliação qualitativa usando figuras de carinhas verdes e vermelhas para sinalizar visualmente as metas alcançadas (próximas da meta estabelecida com variação de até 10% abaixo) e não alcançadas.
6. Dentro de cada eixo, os indicadores são apresentados numericamente em quadros que são seguidos de gráficos de barras, com as análises do resultado alcançado por quadrimestre. Na seqüência, são listadas e analisadas as ações previstas para 2014.

EIXO DE GESTÃO: Compreende um conjunto de estratégias para mudar a cultura institucional, buscando aprimorar os processos das atividades que são inerentes à gestão pública: planejamento e regulação.

DIRETRIZ 01: Informatização da rede assistencial e serviços de apoio e logística

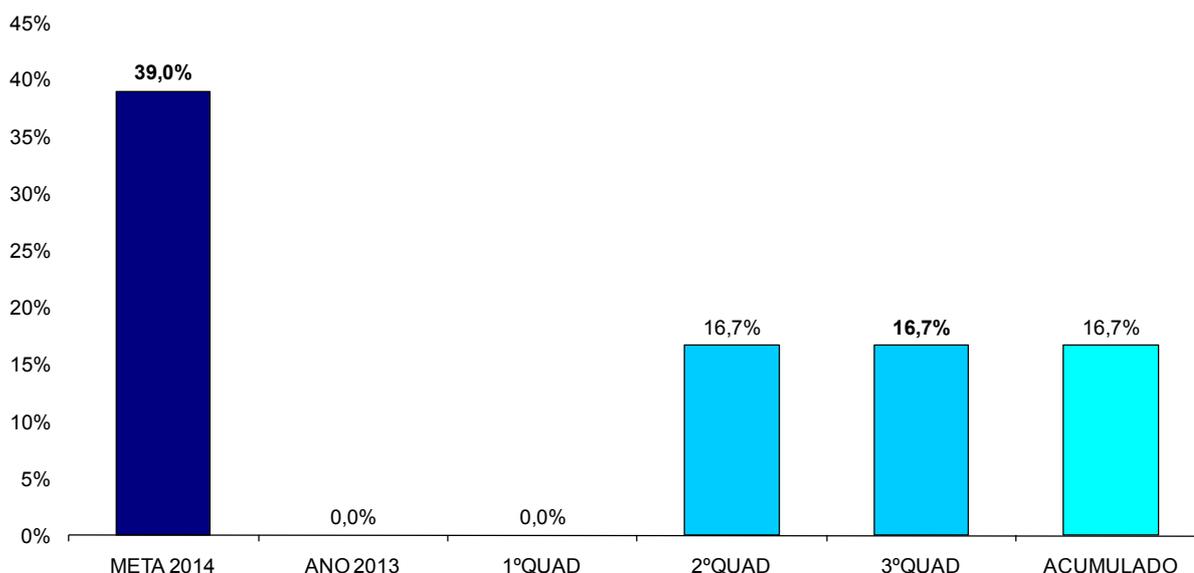
OBJETIVO: Disponibilizar a todos, em tempo real, indicadores consolidados, rotinas e informações operacionais.

ESTRATÉGIA 1.1. Integrar e desenvolver os sistemas de informação.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de Bases de Dados já integradas (PMS)	Número de bases de dados integradas (Relatório de Implantação da Informática) X 100 / Bases de Dados a serem integradas (Plano Diretor de Informação*)	$(3 \times 100) / 18$	16,7%	39,0%	☹️
Percentual de UBSs com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço Webservice (COAP)	Número de estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço Webservice no município (Relatório da implantação do Hórus) X 100 / Número total de estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica no município (Relatório da Central Farmacêutica)	$(15 \times 100) / 65$	23,1%	1,8%	☺️

OBS: * Bases de Dados a serem integradas: CADSUS, CNES, Farmácia, Recepção & Classificação de Risco, SIA, SISPFO, SISREG, Registro Eletrônico de atendimento (REA), Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), SIAB, SISCAN (já integrando o SISCOLO e SISMAMA), SISVAN, Publica - almoxarifado, SIH, SIM, SINAN, SINASC, Centro de Resultados;

Proporção de Bases de Dados integradas, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014

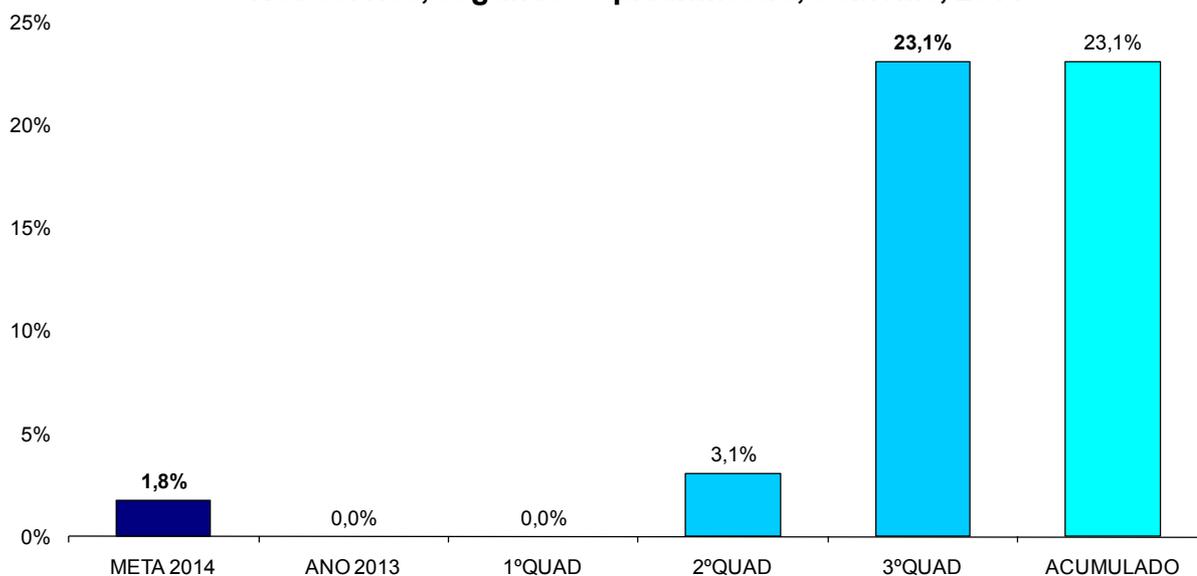


FONTE: (1) UAFVTI, Relatório de Implantação da Informática; (2) UAFVTI, Plano Diretor de Informação;

Foram integradas as bases de dados e-SUS, CADWeb e Horus.

O alcance total da meta se dará na medida da implantação da ferramenta de prontuário eletrônico único para a SMS de Joinville, que terá como função registrar dados dos cadastros e atendimentos domiciliares, registro de procedimentos ambulatoriais e a dispensação de medicamentos integrado à distribuição da CAF. Atualmente, somente parte da dispensação de medicamentos está integrada à CAF. Neste indicador foram consideradas como denominador bases dos sistemas nacionais (SIA, SIH,...) que extrapolam, no momento, a gestão do Núcleo de TI.

Percentual de UBSs com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) TI, Relatório de Implantação do Hórus; (2) UAF\CAF, Relação de UBSs com farmácia;

A implantação do Hórus, software de controle de estoque e dispensação de medicamentos, iniciou em 2014 e está em funcionamento na Central de Assistência Farmacêutica (CAF), UBS Sede Comasa, UBSF Rio Bonito e Estevão de Matos. As demais sedes de regional e PAs24horas estão utilizando o sistema Hórus apenas para fazer os pedidos mensais e de reposição de estoque (computadas no indicador).

AÇÕES PROGRAMADAS

AVALIAÇÃO

1. Implantar sistema informatizado com acesso em todos os pontos de trabalho da SMS (consultórios médicos e odontológicos, sala de vacina, posto de enfermagem, recepção, farmácia, sala do agente comunitário,...) que contemple registros de identificação do usuário, agendamento, produção, controle de estoque, farmácia, arquivo morto, etc...	Foi Implantado piloto do eSUS na UBSF CAIC Vila Paranaense desde julho de 2014. Os processos internos e externos (produção ambulatorial/BPA, produção SISAB) estão validados. Em julho de 2014 iniciou a implantação do Hórus, software de controle de estoque e dispensação de medicamentos.
2. Implementar a obrigação da identificação pelo Cadastro Nacional de Saúde (CNS) do usuário em todos os procedimentos em serviços públicos e suplementares	Esta obrigatoriedade está implementada desde maio/2014 na Intranet da Saúde, em todos os níveis de atenção. O CNS é obrigatório para os demais sistemas do Ministério da Saúde e nenhum procedimento pode ser registrado sem que o usuário tenha sido cadastrado na base federal.
3. Desenvolver protocolo de Informação integrado entre os diferentes sistemas inclusive o CIS-AMUNESC	Para o cadastro de pacientes, o Webservice de integração entre a IntranetSaúde e CIS-AMUNESC foi implementado.
4. Criar o Setor de Gestão das Bases de Dados da Saúde	O Setor foi criado em outubro de 2014 e está sendo estruturado para funcionar a partir de março de 2015.

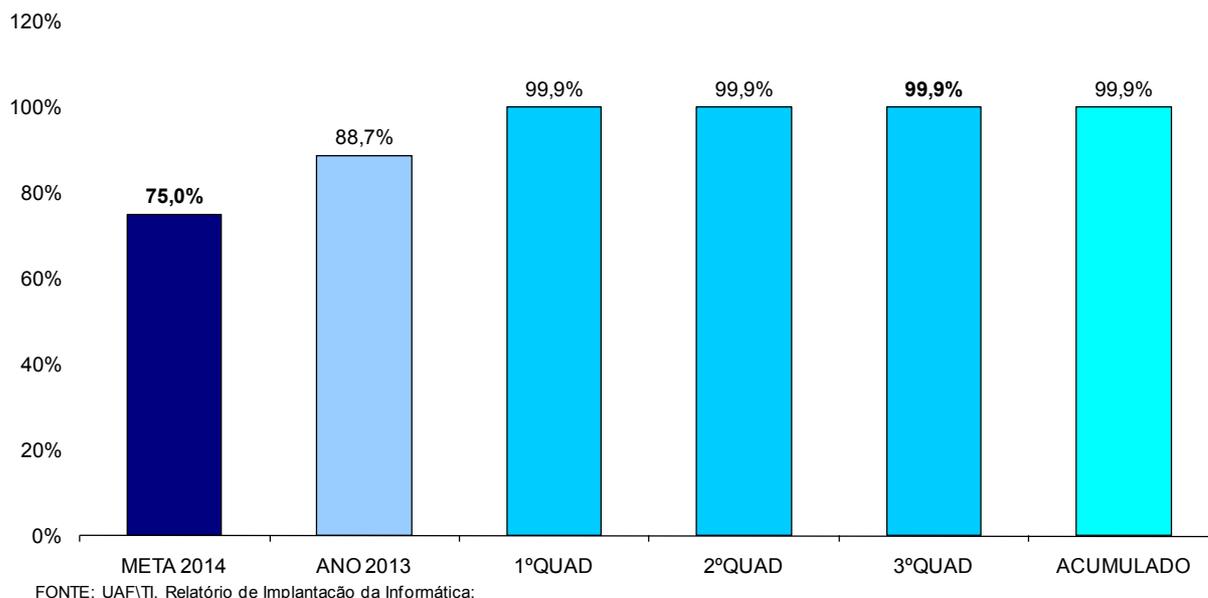
5. Implantar Sistema de Informação Gerencial (SIG) que integre os dados gerados pelos sistemas da SMS (VISA, Dengue, Laboratório,...) e MS (SIA, SIH, SIM, SINASC,...) e forneça dados em 'tempo real'

O Ministério da Saúde já possui ferramentas para geração de dados gerenciais - BI DW e disponíveis para as bases do SisReg e Hórus. Entretanto, para as bases da SMS, a mesma não possui ferramentas para geração de informações gerenciais e que façam sua integração.

ESTRATÉGIA 1.2. Prover estrutura física de informática (hardware e conectividade)

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de Pontos de Trabalho fixos dos serviços próprios com acesso a intranet (PMS, PPA)	Número de pontos de trabalho das Unidades de Saúde com computador ligado a intranet (Relatório de Implantação da Informática) X 100 / Número de pontos de trabalho fixos das Unidades de Saúde próprias (Relatório de Implantação da Informática)	$(698 \times 100) / 699$	99,9%	75,0%	☺

Proporção de Pontos de Trabalho fixos dos serviços próprios com acesso a intranet, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Com exceção do posto de extensão do Morro do Amaral, que funciona somente terças e quintas, todos os demais postos de trabalho das unidades de saúde possuem acesso à Intranet da Saúde.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Reestruturar o Centro de Processamento de Dados (servidor, comunicação/ link)	Os servidores foram transferidos para o Data Center da PMJ e os links de comunicação estão sendo substituídos gradativamente por links dedicados. Em 2015, a Atenção Básica contará com aproximadamente 45 links dedicados. As demais aguardam a fibra ótica da PMJ que está em processo de instalação para atender todas as Unidades, porém sem data definida para sua ativação. Também está sendo realizado o registro de preços de compra de switches para adequar as redes locais (LAN).

2. Dimensionar e implementar a infraestrutura de informática (computadores e impressoras nos pontos de trabalho, switch, comunicação/links)

O processo para compra de computadores está em andamento na PMJ, com fechamento previsto para maio de 2015. A licitação do processo de terceirização dos serviços de impressão foi finalizada, aguardando assinatura do contrato e instalação das impressoras.

3. Adquirir equipamentos portáteis para profissionais em atividades de campo [ACS, CEREST, VISA, SIV, CCZ,...]

Inicialmente as aplicações precisam ser preparadas para funcionar em ambiente móvel. Em 2015 serão adquiridos alguns tablets para testes com o eSUS. O software do SEVISA também está sendo reestruturado para suportar tal aplicação.

6. Criar a Central Integrada e Informatizada de Medicamentos

Em 2014 foi implementada na CAF, Sede da Regional Comasa, UBSF Rio Bonito e Estevão de Matos. As unidades UBSF Dom Gregório, Sede Pirabeiraba, CAPS II e CAPS III, tiveram a instalação do Hórus no início de 2015 e as demais, prevista para até abril de 2015.

As sedes de Regional e PAs já fazem a requisição de medicamentos para a CAF através do Hórus.

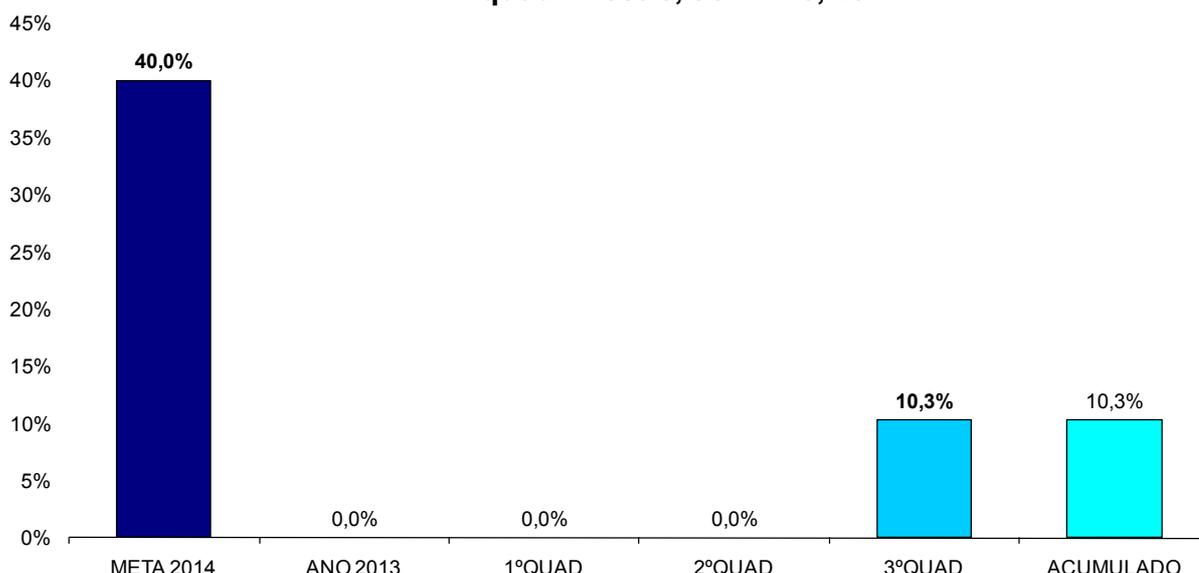
DIRETRIZ 02: Aprimoramento da política de gestão de pessoas

OBJETIVO: Comprometer os serviços com seus resultados em saúde e satisfação do usuário

ESTRATÉGIA 2.1. Definir e manter atualizado o quadro ideal de profissionais por Unidade de Saúde e Serviço para atender suas finalidades.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de gerências, áreas de coordenações e serviços com descrição de atribuições setoriais (PMS, PPA)	Número de Gerências, Serviços e Áreas com descrição de atribuições setoriais (publicação das Atribuições Setoriais na intranet) X 100 / Número de gerências, áreas de coordenações e serviços (estrutura dos setores)	$(7 \times 100) / 68$	10,3%	40,0%	☹️

Proporção de gerências, áreas de coordenações e serviços com descrição de atribuições setoriais, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) PROGESUS, Atribuições Setoriais; (2) Organograma da SMS publicado na intranet;

O ProgeSUS estabeleceu uma metodologia de descrição das atribuições setoriais, apresentada às gerências e coordenações, que disseminam junto as suas equipes. A área de Gestão do Trabalho do ProgeSUS recebe os documentos elaborados pelas gerências e faz as adequações/reuniões com os setores/coordenações para os alinhamentos necessários. Foram entregues documentos com descrições completas de 15% dos setores previstos, faltando somente validação com a gerência da unidade, secretária da saúde e posterior publicação. Em dezembro foi realizada reunião com Secretária da Saúde, Diretor Executivo e gerentes para apresentação de validação da descrição das atribuições da Gerência da Unidade de Vigilância em Saúde (GUVS), com atribuições concluídas em 6 serviços, somados a descrição da gerência, totalizando em 7.

Para 2015, está prevista a validação e publicação das atribuições das demais gerências.

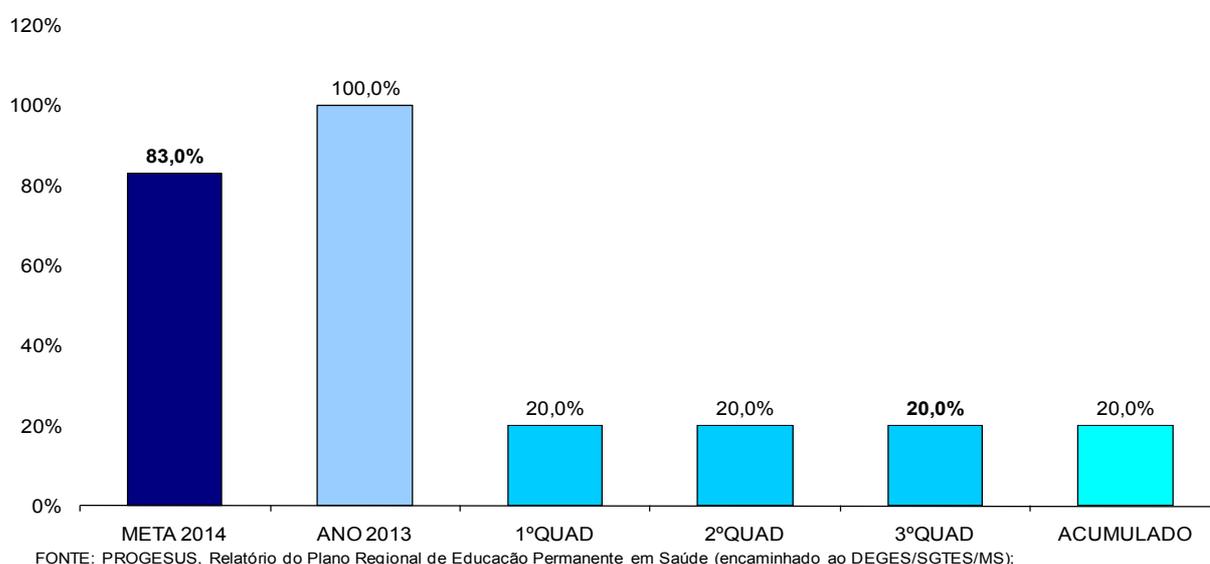
AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Manter atualizado o quadro ideal de profissionais de acordo com o seu papel na Rede Assistencial	O ProgeSUS e NGP realizam essa ação em conjunto com as gerências e coordenações dos serviços. O levantamento do quadro atual é realizado e, em conjunto com as gerências e coordenadores, o quadro ideal de profissionais da SMS é apresentado ao NGP, levando em consideração a implantação e ampliação de novos serviços.
2. Alocar profissionais conforme a ampliação da Rede	Em conjunto com o Núcleo de Gestão de Pessoas, Gerências e Coordenações, as transferências internas são realizadas, quando necessário. Também existe a Normativa que regulamenta a transferência a pedido do servidor, sempre no mês de fevereiro de cada ano. Ao longo do ano essas transferências são efetivadas, conforme as demandas e aberturas de vagas.
3. Elaborar uma proposta de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) do SUS-Joinville e encaminhar ao Prefeito com vistas a Câmara de Vereadores	Esta ação não foi efetivada. Não há planejamento previsto em 2015 para essa ação.
4. Elaborar uma proposta de aperfeiçoamento do processo de avaliação de desempenho periódica e do estágio probatório	Existe uma proposta na SGP para melhoria e alterações no formulário de avaliação, que deverá ser encaminhada para Câmara de Vereadores. Havendo tempo hábil, o ProgeSUS e NGP podem propor melhorias e encaminhar para SGP.

ESTRATÉGIA 2.2. Estruturar a educação permanente

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas (COAP)	Número de ações [do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde] realizadas e/ou implementadas pelo município (Relatório do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (encaminhado ao DEGES/SGTES/MS)) X 100 / Número de ações propostas para o município no Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (Relatório do PROGESUS)	$(1 \times 100) / 5$	20,0%	83,0%	

Proporção de unidades de saúde e setores que participaram do processo de educação permanente (PMS, PPA)	Número de unidades e setores participantes [que ingressaram no período no] do processo de educação permanente (Relatório do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde) X 100 / Número de unidades e setores [para o processo de educação permanente] (Relatório do PROGESUS)	(77 X 100) / 88	87,5%	60,0%	😊
Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados (COAP)	Número de pontos [do Telessaúde] implantados (Relatório do PROGESUS)	44	44	48	😐

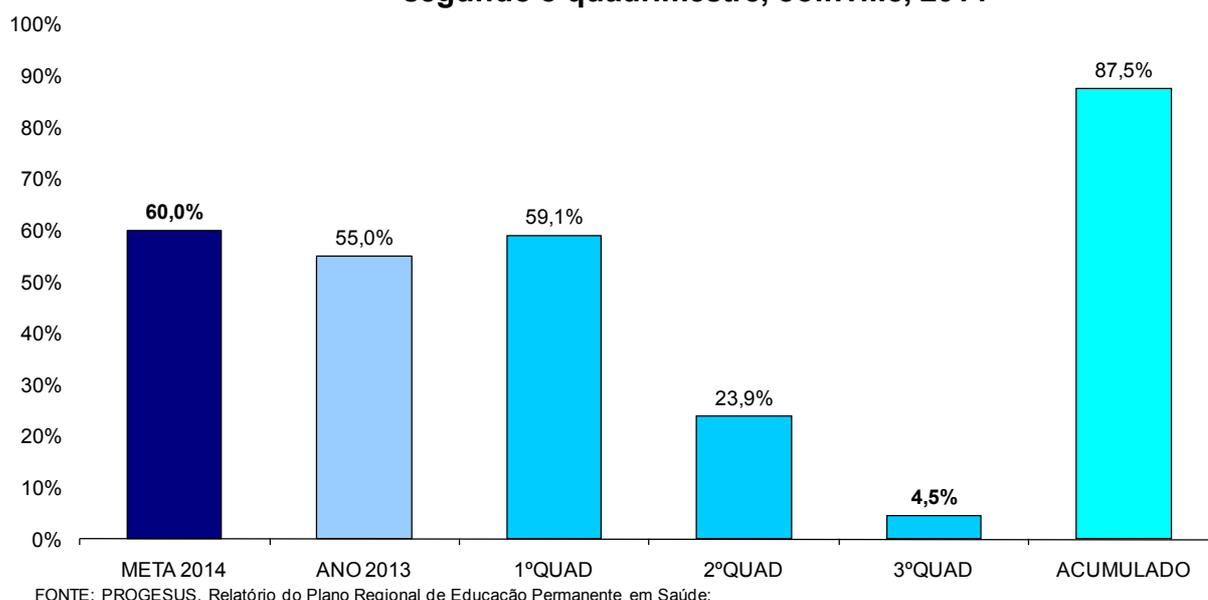
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



O indicador monitora as ações de Educação Permanente do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, desenvolvidas pela Comissão Integração Ensino Serviço (CIES) e coordenadas pela SES através dos CIES regionais, sendo que o município de Joinville está contemplado no CIES da Região Nordeste.

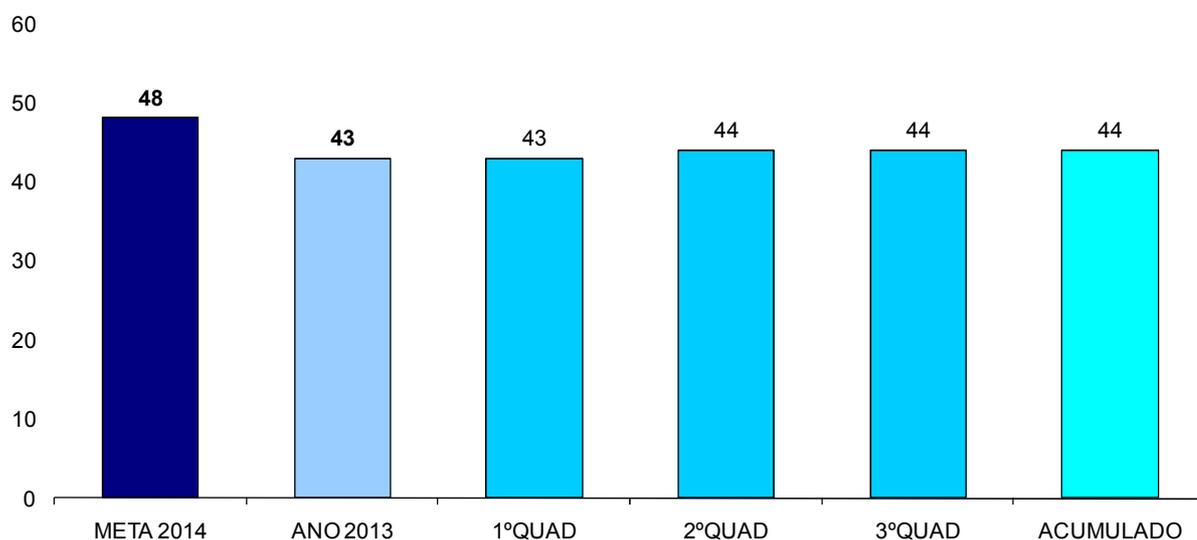
Em 2014 estavam previstas 5 capacitações para a Região Nordeste e 4 para a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, conforme as necessidades levantadas. Destas, a SMS participou de uma, que foi o Curso de formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem. No ano de 2014 o CIES ofereceu apenas uma capacitação que era de interesse da Secretaria Municipal da Saúde, sendo que nessa capacitação, houve a participação dos profissionais ACS e Técnicos de Enfermagem.

Proporção de unidades de saúde e setores que participaram do processo de educação permanente, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Com relação ao processo de Educação Permanente oferecido pelo ProgeSUS ultrapassamos a meta de 60% estabelecida no Plano Municipal de Saúde 2014-17. Para 2015 já foi elaborado o plano de ações de Educação Permanente, contemplando todos os setores e serviços da SMS.

Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: UAF/TI, Relatório de Implantação da Informática;

Com relação ao número de pontos do Telessaúde, está na dependência da compra de equipamentos para implantar em 4 unidades de saúde, completando assim as 48 previstas na meta.

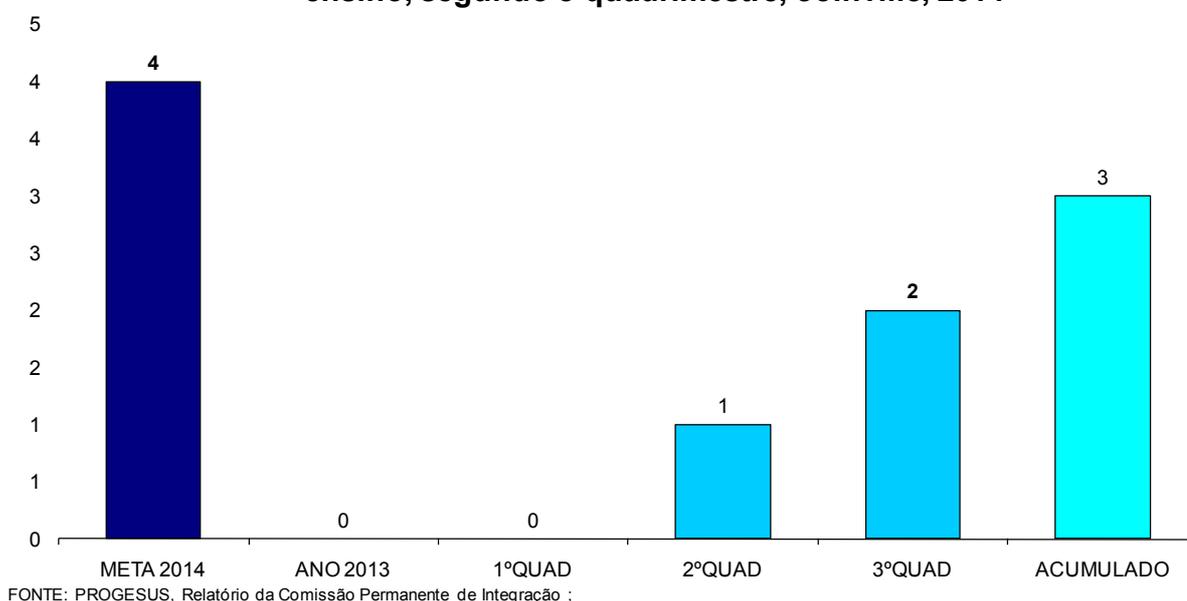
AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Instituir rubrica orçamentária para ações de Educação Permanente	Não há rubrica específica para esta ação. Porém, conforme legislação pertinente e a necessidade dos serviços, é realizado o investimento em educação permanente. O atual plano de contas do Município não contempla este detalhamento.
2. Dar continuidade ao Projeto de re-organização do Processo de Trabalho	Esta ação está sendo desenvolvida nos serviços/unidades que solicitam junto ao ProgeSUS. O Núcleo de Apoio Técnico realiza intervenções junto às equipes da Atenção Básica, seguindo as orientações do PMAQ, que visam a melhoria da assistência ao usuário e de relações internas. Também ocorre nos serviços da GUSR, que atuam como referência para a Atenção Básica e para o alinhamento do trabalho em Redes de Atenção.
3. Implantar Programa de Qualificação e Desenvolvimento de Lideranças	O Programa de Qualificação dos Gestores foi implantado em 2013, com continuidade em 2014. Foram trabalhados temas importantes e relevantes aos gestores da SMS. Até o momento, os gestores realizaram uma boa avaliação em relação aos temas trabalhados na qualificação, solicitando a continuidade da mesma. Será realizada programação para 2015.
5. Implantar Plano de Educação Permanente da SMS	O Plano de Educação Permanente foi implantado gradativamente, em 2013 na Unidade de Atenção Básica e em 2014 nas demais Unidades. As Gerências encaminham as necessidades dos serviços ao ProgeSUS, que elabora Calendário de Educação Permanente por gerência, envolvendo todas as Unidades, serviços e setores.

ESTRATÉGIA 2.3. Consolidar a política de inserção dos estagiários na rede assistencial

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Número de reuniões da Comissão Permanente de Integração entre os Serviços de Saúde da SMS e as instituições de ensino. (PMS)	Número de reuniões da Comissão Permanente de Integração com as Instituições de Ensino (Relatório do PROGESUS)	3	3	4	
Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família/Saúde Coletiva (COAP)	Número de programas novos e ampliação de vagas de Residência em de Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família/Saúde Coletiva (SIG RESIDÊNCIAS/MEC, SISCNRM/MEC, SISCNRMS/MEC) X 100 / Número de programas de Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Saúde da Família, Saúde Coletiva (SIG RESIDÊNCIAS/MEC, SISCNRM/MEC, SISCNRMS/MEC)	$(1 \times 100) / 0$	1	0	

Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental (COAP)	Número de programas novos e ampliação de Residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental (SIG RESIDÊNCIAS/MEC, SISCNRM/MEC, SISCNRMS/MEC) X 100 / Número de programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional Relatório do gestor do município enviado ao DEGES (SIG RESIDÊNCIAS/MEC, SISCNRM/MEC, SISCNRMS/MEC)	(0 X 100) / 0	0	0	☹️
---	--	---------------	---	---	----

Número de reuniões da Comissão Permanente de Integração entre os Serviços de Saúde da SMS e as instituições de ensino, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



A Comissão de Integração Serviço-Ensino da SMS, implantada em 01 de agosto de 2014, através da Portaria SMS nº 97/2014, reuniu-se pela primeira vez em agosto, com a participação dos representantes das instituições de ensino e da SMS. As demais reuniões ocorreram em setembro e novembro, momento em que foi elaborado o planejamento das ações para 2015. Está prevista a realização de seis (06) reuniões, podendo ampliar este número conforme as demandas levantadas.

Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica: Em maio iniciaram os contatos para credenciamento provisório da Residência de Medicina de Família e Comunidade da SMS. Em junho foi efetivada a adesão no sistema, credenciando seis (06) vagas de residentes. Em outubro a SMS recebeu a visita do avaliador, que foi favorável à implantação da residência. A proposta foi para a plenária da Comissão Nacional de Residência Médica em novembro, sendo devolvida para pequenas adequações de horários. Em dezembro foi novamente enviada para ser pautada em plenária na CNRM. No dia 16 de dezembro foi aprovado em plenária na Comissão Nacional de Residência Médica o credenciamento provisório de seis (06) vagas da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria da Saúde. No dia 19 de janeiro de 2015 foi lançado o edital do processo seletivo para residentes. Não houve candidatos para o preenchimento de vagas para o ano de 2015. A COREME (Comissão de Residência Médica) irá trabalhar no planejamento e organização da residência, para lançar novo edital. Não está previsto para o ano de 2015, residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
Instituir a co-gestão da inserção dos acadêmicos na rede assistencial	Processo iniciado com a implantação da Comissão de Integração Serviço-Ensino da SMS, Portaria nº 97/2014 em 01 de agosto de 2014 e das 3 reuniões realizadas no decorrer de 2014.

DIRETRIZ 03: Aperfeiçoamento do monitoramento de resultados, ações e recursos pelos profissionais e conselheiros

OBJETIVO: Melhorar a transparência da disponibilidade na alocação dos recursos

ESTRATÉGIA 3.1. Implementar o controle contínuo das transferências e aplicações de recursos por programa

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de Projetos (Programas e Atividades) com Recursos Federais específicos acompanhados no modelo de Sistema de Gestão Orientada por Resultados (SIGEOR) (PMS)	Numero de Projetos com Recursos Federais específicos acompanhados no modelo SIGEOR (SIGEOR) X 100 / Número de Projetos com Recursos Federais específicos (Relatório da Contabilidade)	$(29 \times 100) / 67$	43,3%	30,0%	
Número de alimentações no Banco de Preços da Saúde (BPS). (COAP)	Número de alimentações no Banco de Preços em Saúde (Banco de Preços em Saúde)	0	0	1	

Atualmente, por orientação da Secretaria de Administração e Planejamento (SAP), todos os projetos de investimento envolvendo recursos externos são detalhados e acompanhados através do Sistema de Gestão Orientada por Resultados (SIGEOR), utilizando a plataforma eletrônica específica. O PMS 2014-17 previu que além destes, todos os projetos da SMS com recursos específicos ('carimbados') deveriam também ser detalhados e monitorados utilizando a metodologia do SIGEOR, seja como planilhas eletrônicas ou, idealmente, utilizando a sua plataforma. Estes recursos, apesar de continuados, são vinculados à planos de trabalho com metas e períodos de execução definidos.

Em 2014 houve vinte e nove (29) projetos de obras tendo todos sido incluídos no SIGEOR.

Além das obras, os trinta e oito (38) projetos com recursos específicos da SMS são acompanhados pela Coordenação de Convênios/UAF em conjunto com a gerência responsável pelo projeto ainda não utilizando a metodologia SIGEOR. Os projetos encontram-se listados no Apêndice 03, por bloco de financiamento.

Alguns aperfeiçoamentos na atualização das informações na plataforma são previstos para o ano de 2015.

Quanto à alimentação do banco de preços da saúde, esta não foi realizada devido à instabilidade do sistema do Ministério da Saúde.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Incluir uma síntese dos Programas que recebem recursos específicos na Programação Anual de Saúde	Alguns setores da SMS descreveram os programas, porém ainda falta publicar. É preciso avançar neste item.
2. Disponibilizar através de um portal online a movimentação dos recursos recebidos e aplicados por fonte orçamentária	As informações estão disponíveis no Portal da Transparência do Município, com movimentação diária. É possível verificar a movimentação da receita, processos licitatórios, contratos, empenhamento, liquidação e pagamento da despesa, em conformidade com a legislação contábil, especialmente a lei 4.320/1964. O Município migrou o sistema contábil e financeiro em 20/12/14, a fim de atender a legislação aplicada pela Secretaria do Tesouro Nacional. O

sistema está em fase de implantação e sofre adequações constantes, o que inicialmente prejudica a elaboração de novos relatórios no formato diferenciado dos contábeis/legais.

3. Instituir o Controle compartilhado de recursos entre o UAF e as demais gerências

Esta ação ocorre sistematicamente, através de envio de memorando e extratos referentes à efetivação da entrada do recurso na conta do Fundo Municipal de Saúde.

Quanto à rotina de aplicabilidade dos recursos recebidos, as rotinas estão sistematizadas e disponíveis no Sistema Eletrônico de Informações - SEI. Em junho/julho de 2014 todas as gerências tiveram representantes capacitados pelo município para usabilidade do SEI, momento em que foi apresentado o fluxo, que está descrito no Sistema.

4. Centralizar o acompanhamento da aprovação dos projetos pelas instâncias de fomento

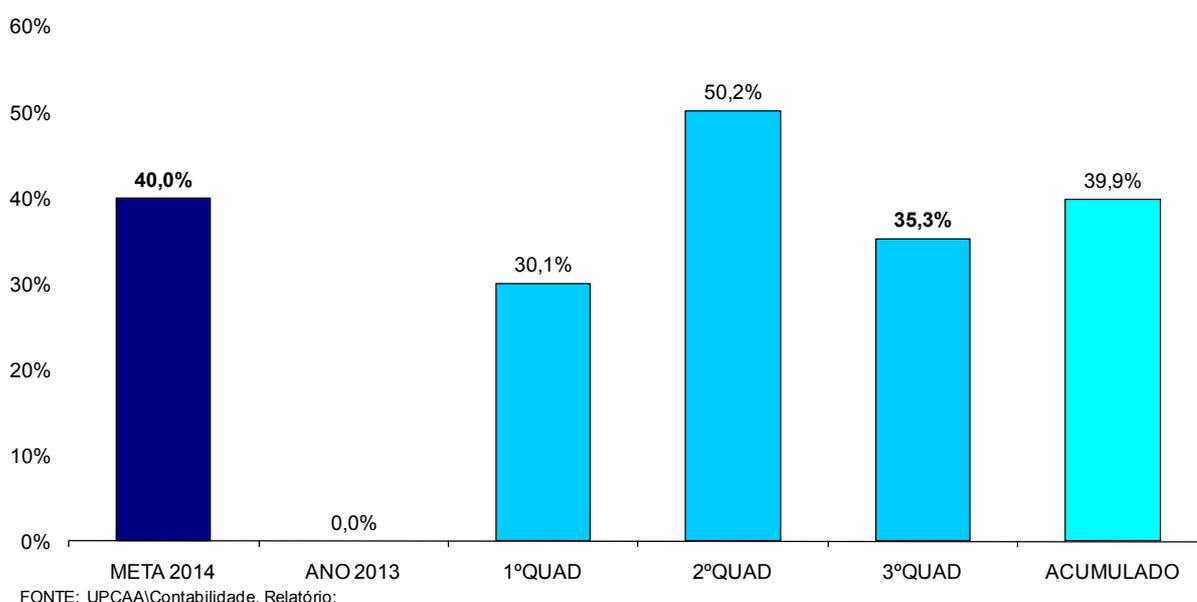
O cadastramento, monitoramento e acompanhamento de projetos é realizado pela Coordenação de Convênios, em conjunto com a Secretaria de Administração e Planejamento (SAP). Cabe à Coordenação de Convênios a articulação diretamente com a Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde, bem como acompanhar, orientar e auxiliar a prestação de contas.

Todos os projetos para captação de recursos ou propostas de incentivos financeiros, envolvendo contrapartida do município ou não, estão sendo submetidos à análise da Coordenação de convênios.

ESTRATÉGIA 3.2 Reduzir o comprometimento financeiro com os processos judiciais

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção dos gastos com medicamentos devido a demandas judiciais (PMS)	Gasto com medicamentos devido a demandas judiciais (Relatório da Contabilidade) X 100 / Total gasto com aquisição de medicamentos - regular e judiciais. (Relatório da Contabilidade)	$6.094.459,16 \times 100 / 15.285.500,68$	39,9%	40,0%	

Proporção dos gastos com medicamentos devido a demandas judiciais, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



A Secretaria da Saúde deve atender prontamente 100% das demandas judiciais, sob o risco de incorrer em crime de desobediência, além de sanção, multa ou seqüestro de valores.

Algumas ações foram desenvolvidas com o intuito de reduzir gastos com medicamentos judiciais, como o pregão eletrônico do Município realizado em 2014, com atas de registro de preços em vigor. Também houve articulação entre a Coordenação de Análises e Acompanhamento de Processos com a Secretaria de Estado da Saúde, para a co-responsabilização entre o Município e o Estado. Assim, ações individuais, com medicamentos de alto custo e medicamentos oncológicos estão sendo assumidas pelo Estado. Outro exemplo é da Ação Civil Pública, extensiva para fornecimento de colírios, pois o Município arcava com o custo sozinho. Atualmente, o Estado juntamente com o Ministério da Saúde, elaboraram um protocolo para o fornecimento desses colírios e os pacientes estão sendo cadastrados para receberem os medicamentos pelo Estado. Hoje, são 700 pacientes beneficiados por esta ação, desses, 200 já foram cadastrados e receberão pelo Estado.

Quando possível, a área técnica farmacêutica da Coordenação de Análises de Acompanhamento de Processos, mediante estudos, indica medicamentos do Elenco Básico como substitutos para os indicados nas demandas judiciais.

Vale ressaltar que as solicitações de medicamentos por via judicial vêm aumentando progressivamente, sendo esta uma problemática nacional, com ampla discussão em todas as regiões do país.

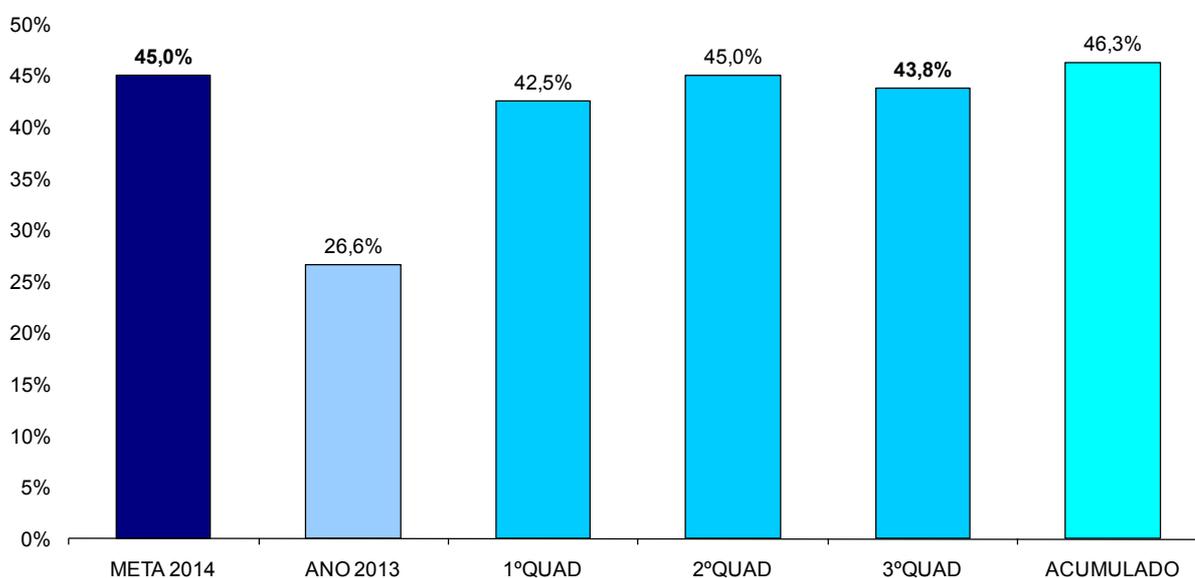
O aumento das solicitações se dá pelos novos medicamentos lançados no mercado, e que não fazem parte do elenco do SUS. Os deferimentos dessas liminares também se dão pelo despreparo do Judiciário, já que não possuem equipe técnica qualificada para análise dos pedidos. Toda essa problemática vem sendo estudada pelo Conselho Nacional de Justiça, a fim de promover ações de alcance nacional, para minimizar e regular a situação.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Fortalecer a área jurídica da SMS, estruturando o quadro de pessoal.	Em 2014 houve acréscimo de 1 servidor efetivo na Coordenação da Área de Análise e Acompanhamento de Processos. O quadro atual conta com 5 servidores efetivos, sendo 1 farmacêutica, 4 estagiários e 1 Coordenadora, também do quadro efetivo. Ao longo de 2014, os profissionais participaram de Congressos e Cursos de Capacitação de fiscalização de contratos, bem como capacitações internas promovidas pelo PROGESUS direcionadas à Área do Direito.
3. Buscar aproximação com o judiciário para esclarecer as normativas e os processos do SUS baseado no decreto	Em 2014, foram realizadas reuniões com o Judiciário com o intuito de reduzir as demandas judiciais. Houve uma avaliação criteriosa dos casos de intenações

ESTRATÉGIA 3.3. Aperfeiçoar o monitoramento das ações com comprometimento de resultados.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de indicadores pactuados que alcançaram a meta (COAP, PMS, PPA) (PMS, PPA)	Numero de indicadores pactuados que alcançaram a meta programada (Planilha de Indicadores para Monitoramento) X 100 / Numero de indicadores pactuados [COAP, PMS, PPA, sem sobreposições] (Planilha de Indicadores para Monitoramento)	$(37 \times 100) / 78$	47,4%	45,0%	😊

Proporção de indicadores pactuados que alcançaram a meta, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: Planejamento, Planilha de Indicadores para Monitoramento ;

Dos 79 indicadores do PMS, PPA e COAP, monitorados pela Secretaria Municipal de Saúde, 57,7% mantém-se igual ou superior se comparados com os resultados de anos anteriores. Entre eles, 47,4% estão acima da meta almejada.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Realizar no início de cada ano, capacitação para os coordenadores e gerentes, focada no monitoramento do Plano Municipal de Saúde	Esta ação foi incorporada na ação 3.3.2 'Seminários de Avaliação do Desempenho', havendo contato focal com novos coordenadores e gerentes nomeados no período, esclarecendo o processo de monitoramento dos indicadores.
2. Realizar Seminários de Avaliação do Desempenho da Gestão trimestrais, com envolvimento de todos os setores, para monitoramento das ações e resultados da gestão, promovendo a discussão prévia com as gerências	Em março foi realizado Seminário de avaliação da Gestão, com apresentação do Relatório Anual de Gestão 2013 e avaliação do período de 4 anos, encerrando assim PMS 2010-13. Ainda no mesmo seminário, foi apresentado o PMS 2014-17, a Programação Anual de Saúde 2014 e a Planilha Monitoramento dos Indicadores. Como primeira avaliação desse Plano, foi estabelecido um cronograma de reuniões com as Gerências e técnicos.

Em outubro foi realizado o Seminário de Gestão, com avaliação dos indicadores e orientações sobre o Relatório Anual de Gestão 2014.

3. Disponibilizar aos profissionais o Plano Municipal de Saúde e os indicadores de monitoramento disponíveis, para subsidiar a avaliação periódica local

O PMS 2014-17 foi impresso e distribuído para o CMS, gerências, coordenações e equipes das diversas unidades. Os indicadores de Monitoramento estão disponíveis na rede de computadores da SMS, em planilha Excel, com os dados mensais, demonstrativos de cálculo dos indicadores e gráficos mensais/quadrimestrais.

4. Expandir e aperfeiçoar o Programa de Melhoria do Acesso a Qualidade (PMAQ);

Atualmente 41 equipes participam do PMAQ, entre Atenção Básica e Referência. Em 2014 não houve contratualização devido ao período eleitoral. Na abertura de novos ciclos, as equipes serão convidadas para aderirem ao Programa. Com vistas a adesão e melhoria do programa, são realizadas visitas às unidades, troca de experiências e o acompanhamento das ações exigidas pelo PMAQ, para o bom desempenho e melhoria da qualidade e do acesso.

DIRETRIZ 04: Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e as instituições de saúde, com ênfase na co-responsabilidade.

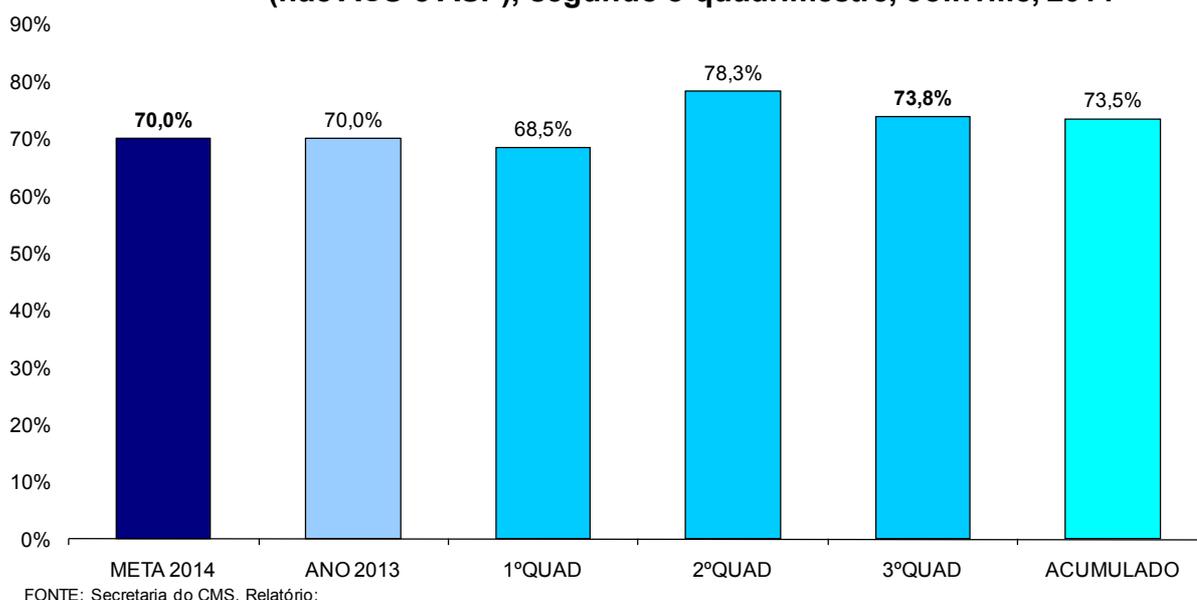
OBJETIVO: 'Empoderar' as comunidades.

ESTRATÉGIA 4.1. Fortalecer o controle social

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Conselho de Saúde cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS (COAP)	Conselho de Saúde cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS (SIACS)	1	1	1	☺
Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde (COAP)	Plano de Saúde Municipal enviado ao Conselho de Saúde [quadrienal] (SARGSUS)	1	1	1	☺
Proporção das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) com participação de técnicos (não ACS e ASP) como representantes das equipes (PMS, PPA)	Número de reuniões dos CLSs com técnicos das equipes de saúde (não ACS e ASP) como representantes das equipes das UBSs (Relatório da Secretaria do CMS) X 100 / Número de reuniões dos CLSs (Relatório da Secretaria do CMS)	$(183 \times 100) / 249$	73,5%	70,0%	☺

O Conselho Municipal de Saúde está regularmente cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS e o Plano Municipal de Saúde 2014-17, atualmente em vigência, foi enviado e aprovado em 2013.

Proporção das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) com participação de técnicos como representantes das equipes (não ACS e ASP), segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



O resultado alcançado ultrapassou a meta estimada de 70%. Isto deve-se ao fortalecimento do diálogo entre gestão e Conselho Municipal de Saúde e também ao reconhecimento entre os profissionais da importância da participação da comunidade na saúde. Outro ponto favorável é a discussão do Planejamento Local junto aos conselhos, resultando no crescimento desta proporção. Se por um lado há avanços neste aspecto, por outro, há também a preocupação crescente com a desestruturação dos Conselhos Locais, ora por ausência de representantes do governo (escolas e outras entidades presentes na área da abrangência) ora por falta de interesse da comunidade. Vale ressaltar que este indicador foi avaliado apenas entre os conselhos que estão ativos.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Apoiar a criação de Conselhos Locais de Saúde e a estruturação dos já existentes	Foram realizadas reuniões de apoio aos Conselhos Locais de Saúde (CLS) do Rio Bonito, Edla Jordan e Canela, com objetivo de reativá-los, no entanto, sem sucesso. Foi reativado o CLS do Vila Nova Rural e desativado o CLS Estevão de Matos/Jardim Edilene. Os demais permanecem ativos e com reuniões mensais.
2. Propiciar a participação do CLS na elaboração do planejamento local e seu monitoramento (reuniões de equipe), estabelecendo parcerias e ações conjuntas	Das 42 unidades que entregaram planejamento local, 30 (71%) contaram com a participação do CLS. A priorização do acesso aos grupos vulneráveis e a governabilidade da ação foram itens comuns a todos que entregaram o PL. No entanto, 6 unidades não planejaram ações com famílias beneficiárias do bolsa família, 8 quanto ao teste rápido e duas não elaboraram a matriz de intervenção proposta.
3. Realizar capacitações para os Conselheiros Locais	No 1º semestre foi realizado um Seminário alusivo ao Dia Mundial da Saúde, direcionado aos conselhos, sob o tema: Saúde Responsabilidade de todos; No 2º semestre aconteceu a Capacitação de Conselheiros de Saúde, com 07 encontros, totalizando 14 h/a. Em novembro foi realizada a Palestra: É possível construir sistemas públicos com qualidade?, com vistas a participação de Conselheiros e profissionais de saúde. A palestra contemplou um panorama com descrição dos sistemas de saúde do Canadá, Espanha e Inglaterra.

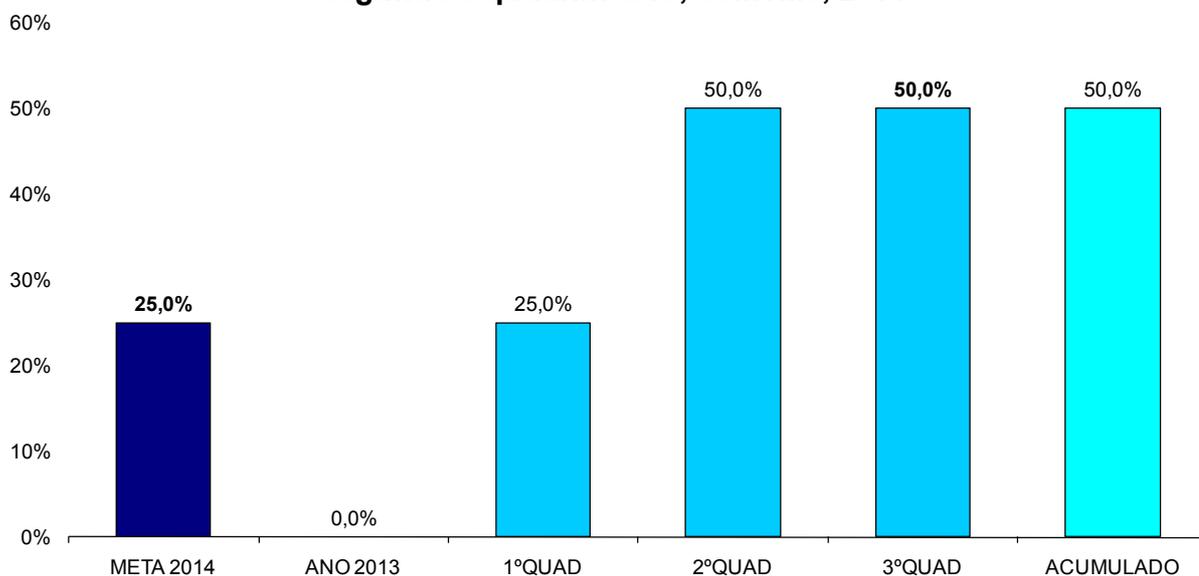
4. Monitorar e acompanhar o desempenho dos CLS

É realizada atualização da nominata de todos os conselhos, confirmando a paridade. Foram realizadas 19 visitas de acompanhamento/participação em reuniões locais.

ESTRATÉGIA 4.2. Aperfeiçoar a comunicação interna e externa

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de recursos de informática implantados na comunicação interna e externa (PMS)	Número de recursos de informática implantados na comunicação interna e externa (Relatório de Implantação da Informática) X 100 / Número de recursos de informática previstos para comunicação interna e externa (Plano Diretor de Informação)	$(2 \times 100) / 4$	50,0%	25,0%	😊

Proporção de recursos de informática implantados na comunicação interna e externa, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) UAF/TI, Relatório de Implantação da Informática; (2) UAF/TI, Plano Diretor de Informação;

No aperfeiçoamento da comunicação interna e externa propôs-se a reestruturação do site a implantação de 'Spark', da rede de fibra ótica e o 'workflow'.

Desta meta, apenas a reformulação do site foi concluída, sendo responsabilidade da SECOM a publicação de notícias e da TI da Secretaria de Saúde a atualização dos demais dados. A rede de fibra ótica de governo vem sendo instalada nas Unidades de Saúde. Porém, até o momento, somente a sede da SMS e o Laboratório Municipal estão com a mesma ativa e em uso, inclusive para uso do Spark. O Spark só poderá ser implantado em todas as unidades quando as mesmas estiverem ligadas à rede de Fibra Ótica.

Além da meta proposta, desde maio de 2014 a PMJ e suas secretarias, inclusive a SMS, vem fazendo uso do SEI (Sistema Eletrônico de Informação). Este sistema permite que os processos sejam tramitados e assinados sem a necessidade de papel e transporte físico de documentos.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Organizar o Processo de Trabalho da Ouvidoria	O Serviço de Ouvidoria foi centralizado na PMJ em 2013, conforme resolução 038/2013/CMS. Em 2014 o processo foi aperfeiçoado, os fluxos foram estabelecidos com melhoria das respostas aos usuários. Relatórios específicos foram apresentados nas Audiências de

Prestação de Contas Quadrimestrais e um condensado do ano está demonstrado no Item 06 deste RAG.

2. Aperfeiçoar e atualizar a intranet e homepage

O aperfeiçoamento da Intranet da Saúde é realizado quase que diariamente, pois há uma empresa terceirizada que faz a manutenção e novos desenvolvimentos, para adequar a ferramenta à necessidade da SMS.

Quanto ao site da SMS (Home Page), este não possui contrato de manutenção terceirizado, porém seu conteúdo vem sendo atualizado pelo setor de TI da SMS. Também foi acordado com a SECOM que todas as notícias de Saúde do município seriam atualizadas por eles no site da SMS.

EIXO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS: Compreende as estratégias diretamente ligadas às atividades fins, ou seja, oferta de serviços de saúde.

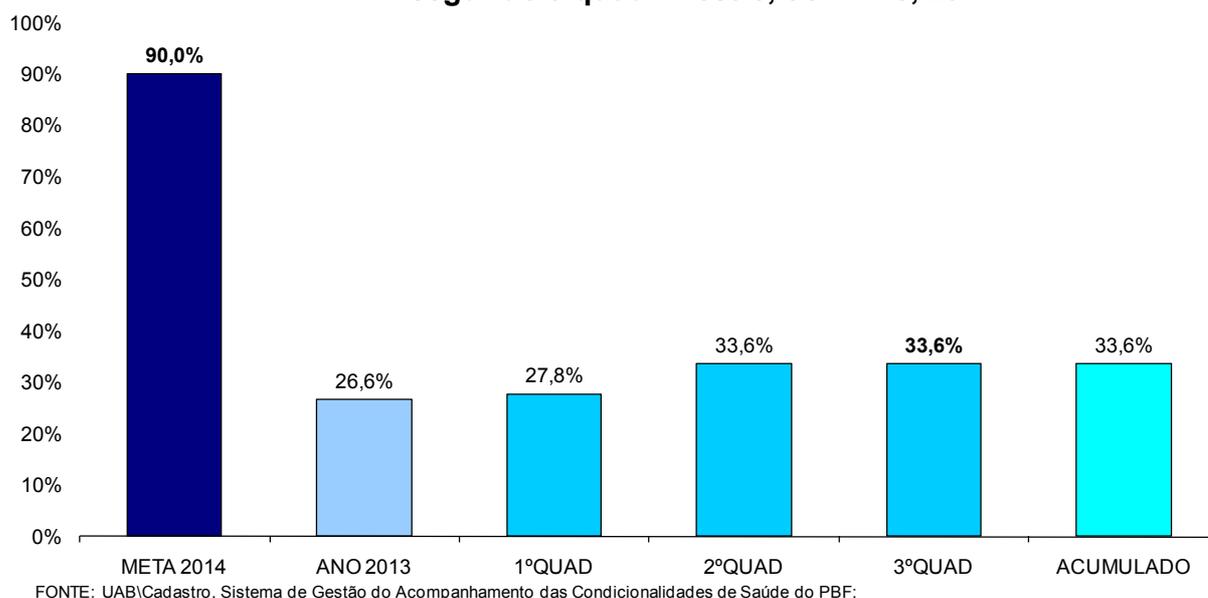
DIRETRIZ 05: Efetivação da Atenção Básica, ampliando a cobertura e provendo meios para sua resolatividade.

OBJETIVO: Fortalecer a Atenção Básica

ESTRATÉGIA 5.1. Focar ações de atenção primária a saúde aos membros das famílias de risco (gestão de casos)

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PMS, COAP)	Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica (Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF) X 100 / Número de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família (Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF)	$(1.651 \times 100) / 4.911$	33,6%	90,0%	
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) (COAP)	Número de internações [de residentes em Joinville] por causas sensíveis à atenção básica (SIH) X 100 / Número de internações clínicas [de residentes em Joinville] por todas as causas (SIH)	$(2.110 \times 100) / 10.191$	20,7%	24,0%	
Média [de usuários participantes] da ação coletiva de escovação dental supervisionada [por 100 habitantes] (COAP)	Média mensal do número de pessoas participantes em cada mês na ação coletiva de escovação dental supervisionada (SIA) X 100 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(168494 \times 100 / 12) / 546981$	2,6%	3,0%	
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (COAP)	Número de extrações dentárias (SIA) X 100 / Número de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados [de odontologia] (SIA)	$(8843 \times 100) / 121179$	7,3%	6,0%	

Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



A meta instituída para o Programa Bolsa Família, de 90%, não foi alcançada. O resultado alcançado de 33,6% no segundo semestre de 2014, representa 1.651 famílias acompanhadas de um total de 4.911 famílias cadastradas. Das 199 gestantes cadastradas no programa, 98 (49,25%) foram acompanhadas.

Devido a esforços empreendidos durante o ano na sensibilização de coordenadores, equipes de saúde e apoio técnico, a cobertura de acompanhamento vem aumentando em relação ao resultado de 2013 (26,6%), entretanto, ainda distante da meta estabelecida e da necessidade de captar, dar acesso e manter na rotina dos serviços básicos de saúde para estas famílias em situação de vulnerabilidade.

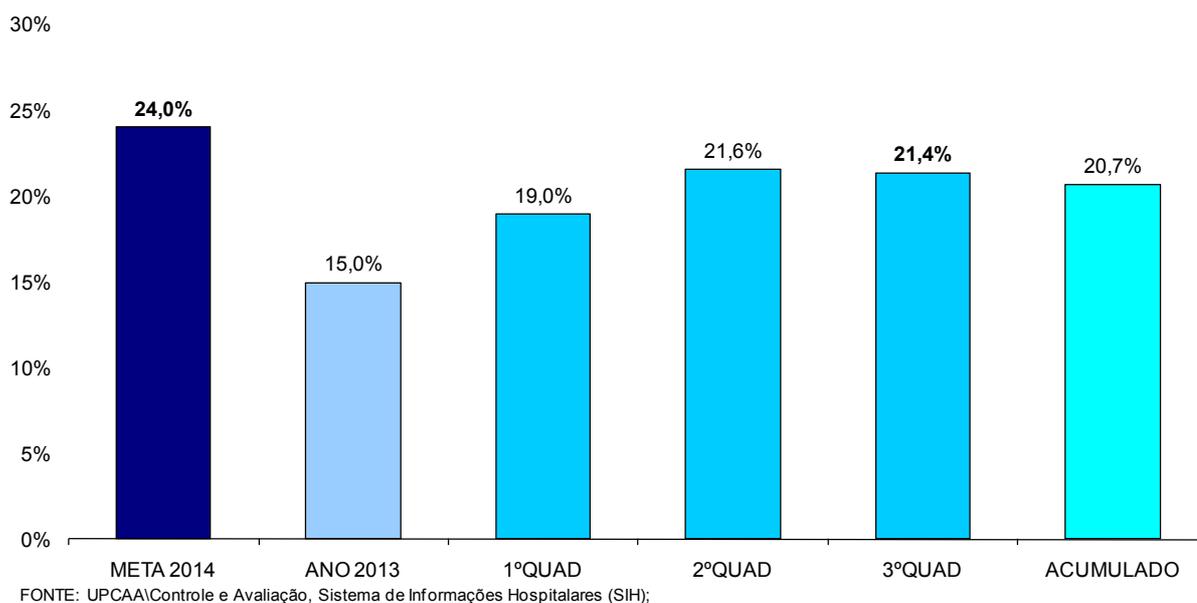
Este indicador foi priorizado na oficina de planejamento com as coordenações regionais, sendo suas ações priorizadas para o ano de 2015. Esta oficina deve ser replicada pelos coordenadores com suas equipes para *in loco*, definir e estabelecer ações de acordo com a realidade dos territórios. Outra ação prevista é um Seminário para profissionais de saúde em relação ao programa e a situação de vulnerabilidade como indicativo de risco à saúde.

A gestão das condicionalidades do programa depende da sensibilização e envolvimento das equipes e gestores da saúde, quanto ao seu papel e atribuições na garantia do acesso, acompanhamento e vinculação aos serviços básicos para as famílias de risco. Neste sentido, as ações e estratégias têm repercutido na reflexão das práticas pelas equipes de saúde, porém este processo depende da capacidade de mudança da prática e entendimento do programa como uma política de enfrentamento dos determinantes sociais em saúde e oportunidade do exercício do princípio da equidade. Este processo depende de sensibilização constante e envolvimento de todos os níveis da gestão.

Foram encaminhadas em 2014 as seguintes ações junto as equipes de saúde: (a) entrega de mapas de acompanhamento *in loco* às equipes e coordenadores de regional, com orientações de registro e acompanhamento; (b) entrega de informes pelas equipes de saúde às famílias beneficiárias sobre a obrigatoriedade e responsabilidade no cumprimento das condicionalidades; (c) elaboração e implementação de planilha padronizada para uso durante a visita domiciliar do ACS, para registro das condicionalidades e/ou encaminhamento ao serviço de saúde.

Além disto, foi enviado ofício para Secretaria de Assistência Social (SAS) e Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), com relatório do 2º semestre de 2013, apontando os seguintes dados para atualização e providências: 208 famílias que não pertenciam à área de abrangência da UBS indicada no mapa de acompanhamento para troca de UBS no cadastro; 93 famílias que não recebem ou nunca receberam o benefício; 353 famílias que mudaram de endereço, porém não atualizaram o cadastro, condição esta obrigatória para continuidade do recebimento do benefício. Assim, 561 famílias ou 10,97% das famílias com perfil saúde não puderam ser acompanhadas pelas equipes de saúde na última vigência, pois não foram encontradas pelos motivos acima apontados. O contato e a comunicação com a gestão do programa foram estreitados, resultando na retomada das reuniões entre os técnicos para busca de soluções conjuntas.

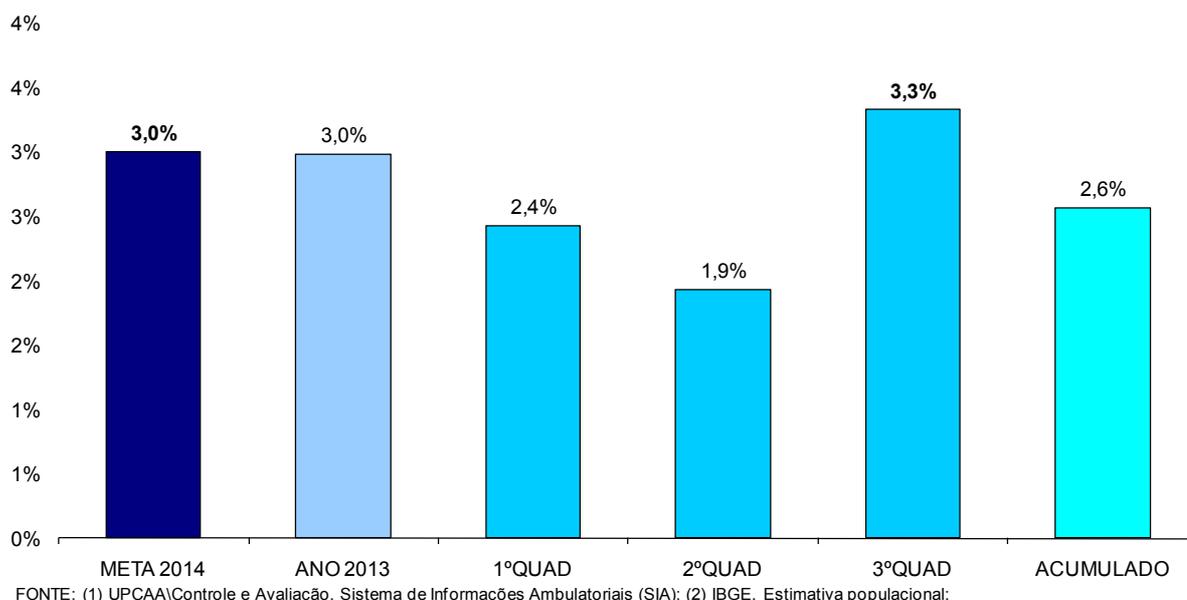
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



A atenção básica resolutiva pode reduzir e mesmo evitar várias internações, destacando um grupo de condições compreendidas neste indicador. Em princípio, quanto menor o resultado deste indicador, melhor a qualidade da atenção básica. O resultado alcançado em 2014 está abaixo da meta o que é positivo.

São condicionantes deste resultado: o aumento da cobertura de atenção básica, principalmente da estratégia saúde da família; melhor funcionamento das redes de atenção, em especial da rede de doenças crônicas, que tem trabalhado questões relacionadas a prevenção da obesidade; apoio matricial aos profissionais, com melhoria nos encaminhamentos realizados pelos clínicos para as especialidades e maior resolutividade das consultas na atenção básica.

Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



A atividade de escovação é realizada principalmente nas escolas da rede pública, durante o período letivo. O alcance da meta deste indicador foi prejudicado por vários fatores como a falta de

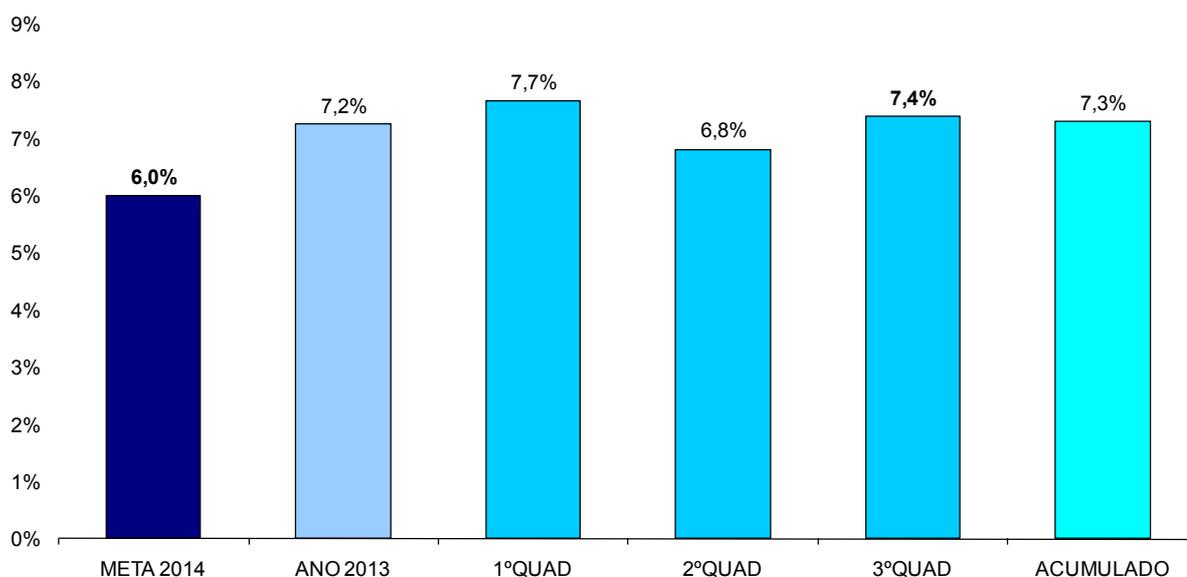
escovódromos em algumas escolas e a greve que ocorreu nos meses de maio e junho, período em que são realizadas tais atividades.

Embora esta atividade seja inerente das equipes de saúde bucal, ainda é incipiente e frágil na rotina das mesmas. Outro fator deve-se aos agentes comunitários de saúde, atuam como multiplicadores e participam na atividade de escovação, que focaram suas ações no período em alcançar a meta de visitas domiciliares e na localização e verificação dos pacientes que aguardavam fila para as especialidades.

Considerando que a promoção e prevenção de saúde é uma das diretrizes do SUS e que nos anos de 2012 e 2013 a meta foi alcançada, algumas estratégias foram lançadas para avançar neste indicador: as equipes de saúde bucal foram sensibilizadas para planejar atividades coletivas de promoção de saúde e prevenção; e foram realizadas reuniões com as equipes em que os relatórios de produção e monitoramento foram avaliados periodicamente, visando a conscientização das metas pactuadas e o empoderamento das informações. Outras medidas são previstas como a construção de nove (09) escovódromos com recursos do Programa Saúde na Escola e a ampliação da carga horária dos cirurgiões-dentistas ambulatoriais.

Destaca-se positivamente a abolição em 2014 da exigência de autorização dos pais para realizar as atividades educativo-preventivas e exame bucal das crianças matriculadas na rede pública, consensada entre a Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Municipal da Educação, Conselho Regional de Odontologia e a Promotoria da Infância e Juventude. Destaca-se ainda que o município de Joinville recebeu o prêmio Melhores Práticas em Saúde Bucal do ano de 2013-14, concedido pelo Conselho Regional de Odontologia com o objetivo de valorizar o trabalho de excelência realizado pelos municípios.

Proporção de exodontia em relação aos procedimentos, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: UP/CAAI/Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA);

A proporção de exodontia em relação aos procedimentos representa a proporção de procedimentos individuais mutiladores (extração dentária) em relação ao total dos procedimentos individuais realizados. Quanto menor este percentual maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município e o leque de ações. O comportamento deste indicador está relacionado ao acesso da população aos serviços de odontologia, ao investimento do município em ações preventivas de longo prazo, a oferta de serviços especializados, aos investimentos em materiais e equipamentos odontológicos, visando uma prática mais conservadora.

O resultado de 7,3% de exodontias em relação aos demais procedimentos odontológicos, ficou acima da meta pactuada de 6%. Ainda assim, quando comparado com outros Estados, Joinville está dentro do considerado como um bom resultado. O Estado de Minas Gerais tem como parâmetro 9,0% (2012) e no Estado do Rio Grande do Sul o parâmetro é de 8,8% para 2014. Mesmo assim, busca-se a redução deste indicador. A cidade de Ribeirão Preto - SP, com 590 mil habitantes, tem como meta 3,2% (2013). O Estado do Rio de Janeiro tem como meta 5% e alcançou em 2013, 4,6%. A meta do Estado de Santa Catarina é de 4,5% para 2014.

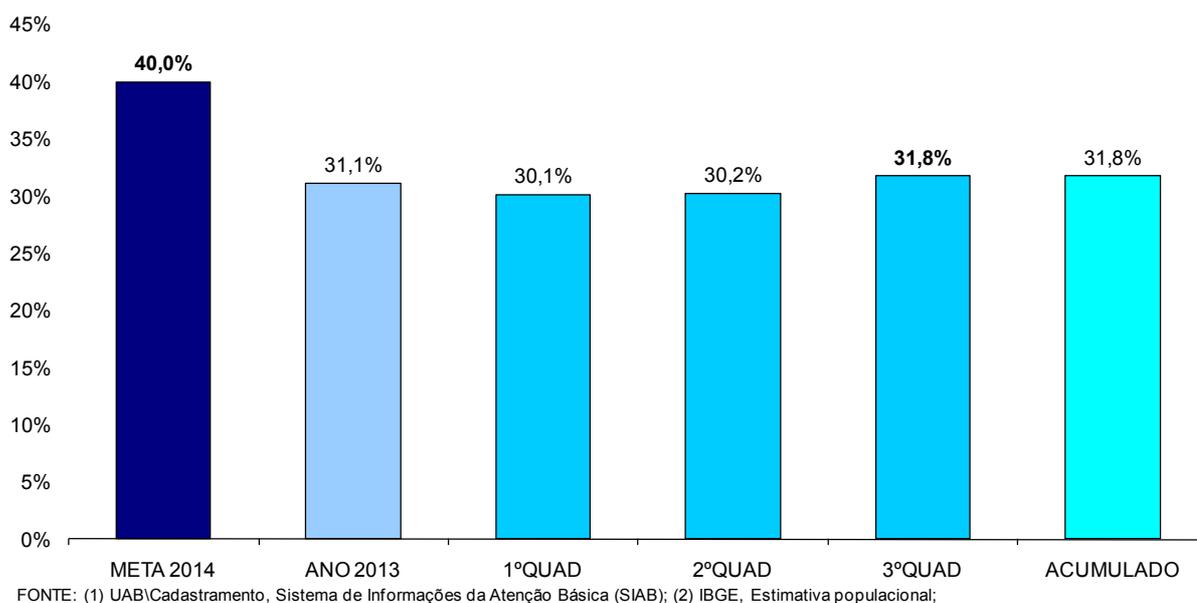
A ampliação de equipes de saúde bucal poderá, a médio e longo prazo, reduzir este indicador.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Atualizar a classificação do risco/vulnerabilidade das famílias e dos indivíduos	Esta ação foi revista para a PAS 2015 com a proposta de utilizar o programa bolsa família como critério de captação ativa dos indivíduos para os serviços da atenção básica.
3. Inserir a avaliação odontológica como condicionalidade local do Bolsa Família (em conformidade com o Programa Nacional)	A ação não foi realizada devido a outras prioridades dentro do programa bolsa família. No momento algumas situações foram superadas como a do cadastro dos beneficiários e desta forma, utilizaremos esta ferramenta ao longo de 2015 com as equipes e áreas cobertas com ACS.

ESTRATÉGIA 5.2. Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família

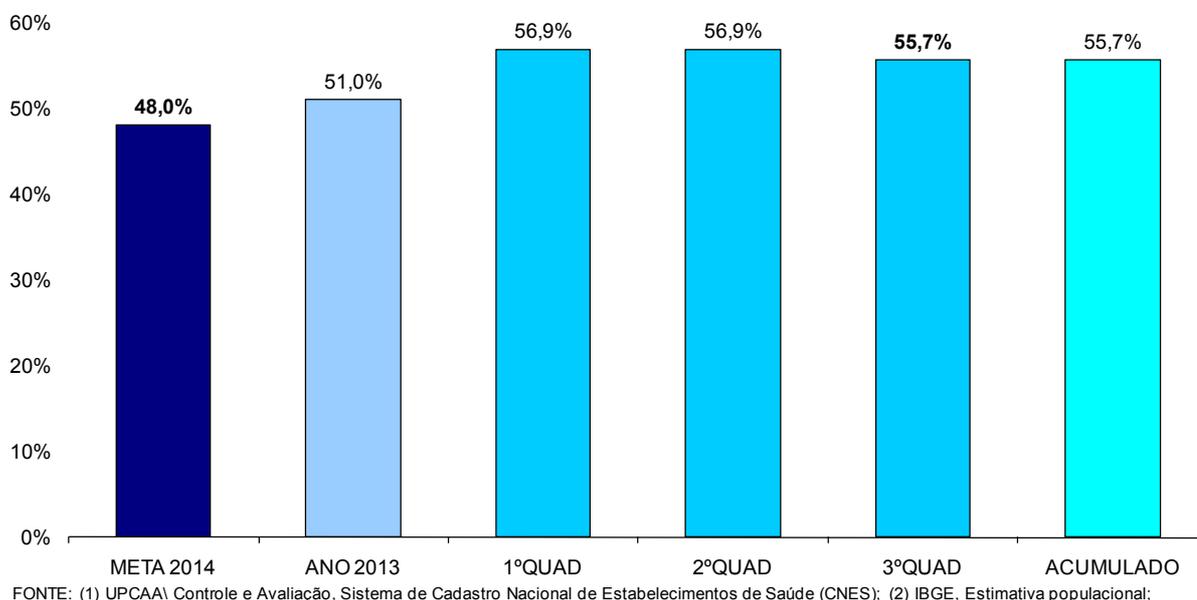
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família (PMS)	População cadastrada no SIAB (Modelo de Atenção ESF) (SIAB) X 100 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(173.712 \times 100) / 546.981$	31,8%	40,0%	
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (COAP)	[Número de médicos da ESF + ((Carga horária dos médicos clínicos gerais, pediatras e gineco-obstetras nas Unidades Básicas de Saúde convencionais)/ 60 horas por semana) x 3.000 habitantes (ponderado do CNES) X 100 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(304.500 \times 100) / 546.981$	55,7%	48,0%	
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal (COAP)	((Número de cirurgiões dentistas nas ESB da ESF) X 40 horas semanais + (Número de cirurgiões dentistas nas ESB nas Unidades Básicas de Saúde convencionais X 15 horas semanais)/ 40 horas por semana) x 3.000 habitantes (ponderado do CNES) X 100 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(133.500 \times 100) / 546.981$	24,4%	29,6%	

Proporção da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



A meta alcançada de 31,8% está abaixo da meta de 40%. Foram implantadas 6 novas equipes, Parque Douat, Jardim Paraíso VI, Bakitas, Adhemar Garcia, Leonardo Schilickmann e Edla Jordan. Com o Plano de Crescimento para a Atenção Básica, está prevista a implantação de 22 novas equipes da ESF ainda em 2015, quando se prevê atingir a cobertura de **49,1%**.

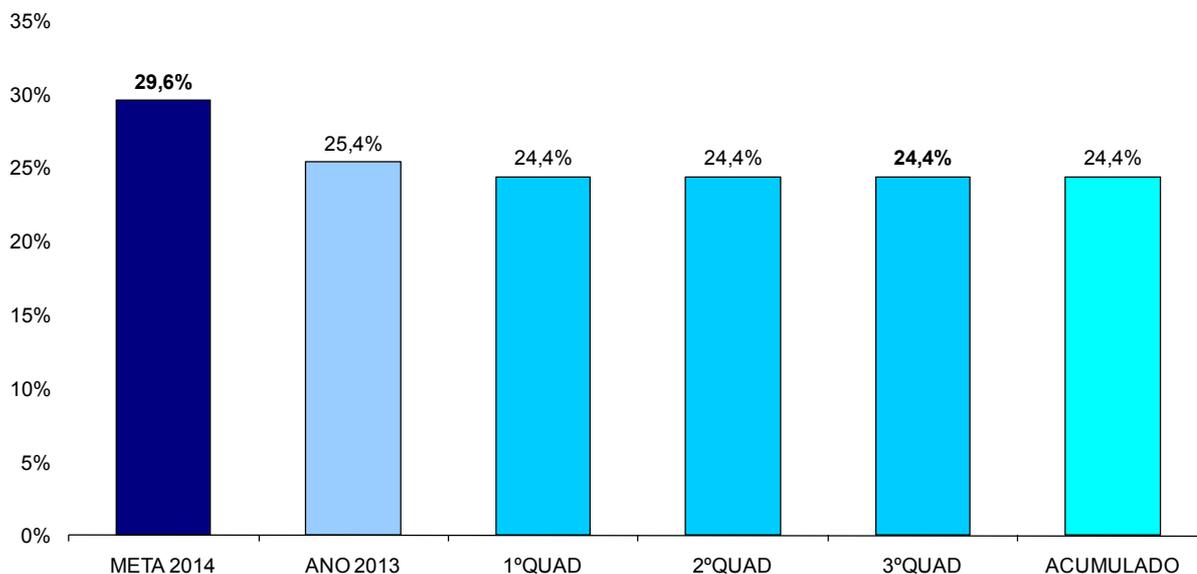
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Da mesma forma, com a implantação destas equipes a cobertura equivalente da Atenção Básica ultrapassará mais ainda a meta já superada hoje.

Por outro lado, observa-se que os dados oficiais do indicador 'cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica' são extraídos do CNES que, entretanto, não permite 'filtrar' segundo a lotação do profissional. Desta forma os resultados aqui apresentados, atendendo a metodologia definida pelo Ministério da Saúde, superestima a situação real, ao incluir profissionais da especialidade indicada (ex. clínica médica) que se encontram exercendo outras funções, não estando lotados na Atenção Básica.

Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) UPCAAl Controle e Avaliação, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); (2) IBGE, Estimativa populacional;

Joinville conta com uma cobertura populacional por equipes básicas de saúde bucal de 24%, abaixo da meta estimada de 29,6% e da meta do Brasil que é de 50% de cobertura. Em virtude da baixa cobertura, os usuários têm maior dificuldade no acesso à consulta odontológica, havendo a necessidade de ampliar a cobertura odontológica ambulatorial. Além disso, a proposta de ampliação da carga horária dos cirurgiões-dentistas ambulatoriais se encontra em análise, aguardando a definição da Secretaria de Gestão de Pessoas.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Implantar novas Equipes de Saúde da Família (ESF), priorizando as áreas de maior risco de saúde social	Foi elaborado o Plano de Desenvolvimento da Atenção Básica para o período de 2014 a 2035, contemplando o previsto no PPA 2014-17 e com várias obras em andamento. O Plano de Desenvolvimento da Atenção Básica é apresentado no Anexo 9. Em 2014 houve aumento de 7 equipes de saúde da família (Bakita, Leonardo Schlickmann, Petrópolis, Parque Douat, Adhemar Garcia, Jardim Paraíso VI, Espinheiros), com médicos vinculados ao programa mais médicos, priorizando áreas de maior vulnerabilidade social.
2. Ampliar as equipes de saúde bucal – ESB em consonância com as equipes de ESF já existentes	Foi elaborada uma proposta para ampliação da carga horária dos cirurgiões-dentistas ambulatoriais. Esta proposta está em análise pela Secretaria de Gestão de Pessoas.

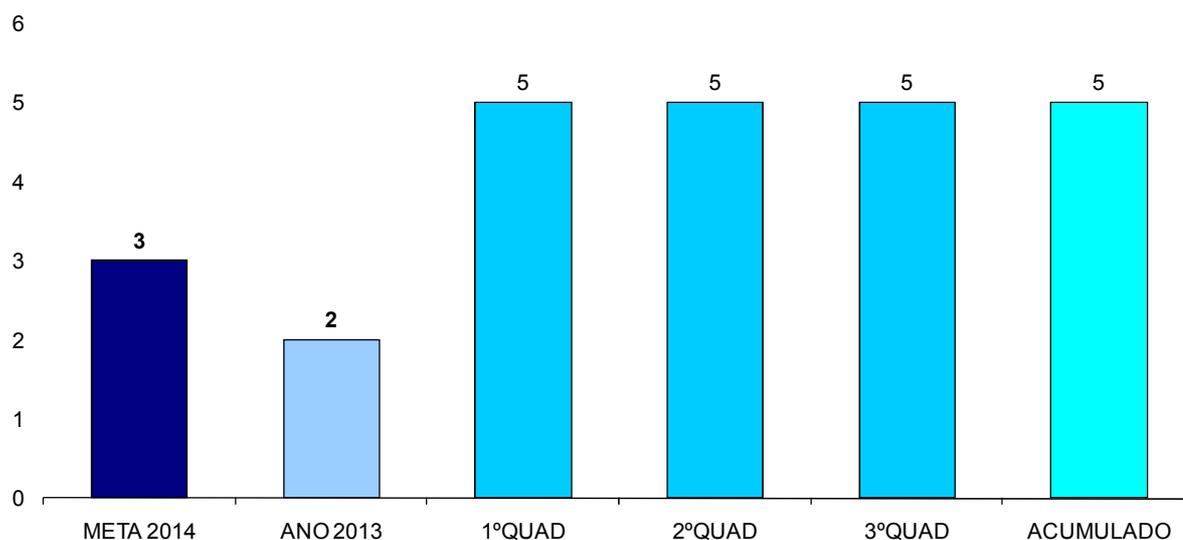
DIRETRIZ 06: Instituição do Cuidado em Redes de Atenção integrando as ações de Saúde com outras Políticas Públicas

OBJETIVOS: Organizar a Rede (Pontos de Atenção, Pontos e Apoio, Logística e Gestão)
Intervir nos determinantes sociais de saúde (promoção de saúde)
Priorizar o atendimento da população residente em Joinville

ESTRATÉGIA 6.1. Fortalecer comissões temáticas de áreas estratégicas

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Número de Redes Temáticas implantadas (PMS)	Grupos de Trabalho de Redes Temática ativos (Relatório de Implantação das Redes)	5	5	3	☺

Número de Redes Temáticas implantadas, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: Coordenação de Redes, Relatório de Implantação das Redes;

Estão implantadas as Redes Temáticas: Urgência e Emergência (incluindo dois monitoramentos já realizados pelo Ministério da Saúde e Estado a partir de sua implantação); Rede Psicossocial (aprovado o Plano em 2014 na CIB – Comissão Intergestora Bipartite); Rede Cegonha (em exercício, com acompanhamento e monitoramento realizado pelo Estado, sendo constituído um Grupo de Condução Estadual); Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção a Pessoa com Doenças Crônicas também com grupos de trabalho constituídos na lógica da Linha de Cuidado, com vistas a articulação intersectorial.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Estruturar o processo de implantação de Redes	Joinville iniciou a discussão das Redes de Atenção à Saúde a partir de 2007, entretanto, somente em 2008 foram concluídos os Planos de Fortalecimento da Atenção Básica e da Urgência & Emergência. Em 2013 os dois planos foram unificados e deve ser objeto de monitoramento, avaliação e atualização contínua.

2. Revisar a composição das Comissões Temáticas com a participação de todas as gerências

São 5 as Redes Temáticas: Cegonha, Psicossocial, Pessoa com Deficiência, Doenças Crônicas e de Urgência & Emergência. Cada qual com Grupos de Trabalho específicos e com participação de Técnicos de todas as Gerências, reunindo-se periodicamente por demanda e com cronograma específico. A dificuldade está no Gerenciamento dessa participação (conflito com outras agendas e com as mesmas pessoas participando em vários grupos).

3. Elaborar e manter atualizado o Perfil Epidemiológico como subsídio a cada Linha de Cuidado

Foi disponibilizado durante o ano na Homepage da secretaria de saúde, as séries histórica sobre nascimentos, óbitos e agravos de notificação compulsória, publicizando assim os dados do município. Também foi encaminhada as coordenações, uma planilha com dados por bairro dos agravos ocorridos no ano para auxiliar no planejamento local, e para as subprefeituras, os dados atualizando o perfil destas. Na linha de cuidados em Saúde do Trabalhador, foi elaborado o Perfil Epidemiológico de Agravos com lógica regionalizada baseada na área de abrangência das Subprefeituras.

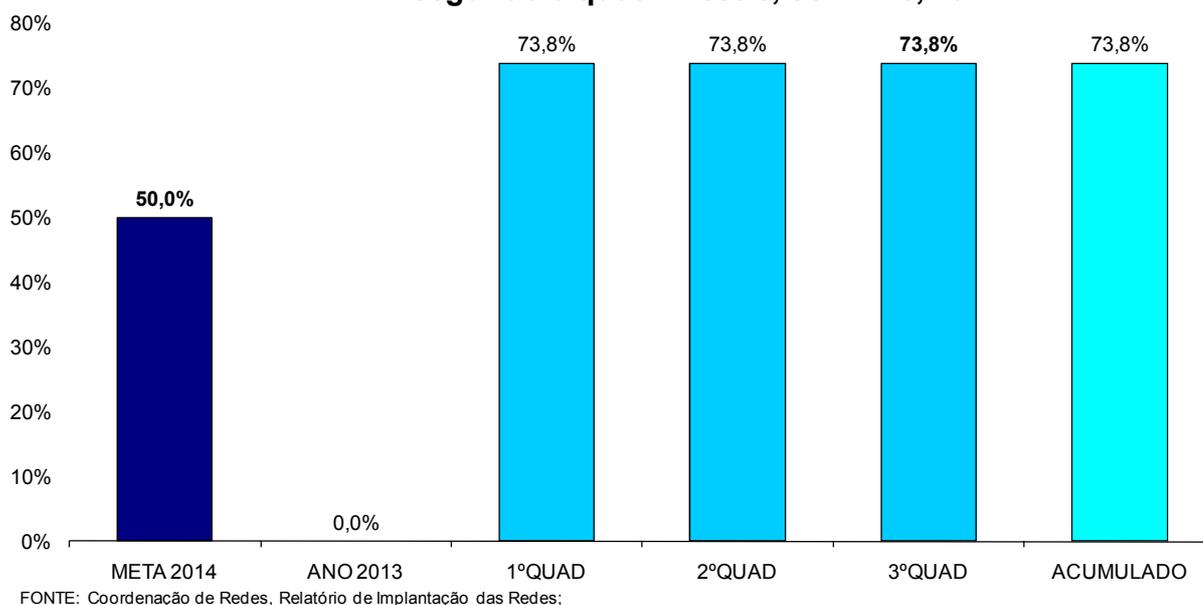
4. Redigir Protocolos segundo Linhas de Cuidado (unificando atenção, regulação, vigilância e controle)

Com os Grupos de Trabalho das Redes Temáticas, no ano de 2014 foi iniciada a elaboração e publicação de protocolos em áreas como a Rede Cegonha e Doenças Crônicas. Em outras áreas como o AVC, Serviços específicos da Vigilância e da Atenção Básica há necessidade de avanços.

ESTRATÉGIA 6.2. Pactuar o papel de cada Ponto de Atenção e profissionais nas Linhas de Cuidado

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de Pontos de Atenção explicitando suas competências e ações nas Redes de Atenção implantadas* (PMS)	Número de Pontos de Atenção com definição de competências e ações nas Redes Temáticas de Atenção implantadas [no mês da pactuação] (Relatório de Implantação das Redes) X 100 / Pontos de Atenção da Rede de Atenção à Saúde (Relatório de Implantação das Redes)	$(62 \times 100) / 84$	73,8%	50,0%	

Proporção de Pontos de Atenção explicitando suas competências e ações nas Redes de Atenção implantadas, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Dos 84 unidades de saúde próprias da Rede Assistencial, 62 estão relacionados às Redes Temáticas implantadas (Urgência e Emergência, Cegonha e Psicossocial) tendo explicitado minimamente suas competências nestas. Para as áreas relacionadas às Redes Temática de Pessoas com Deficiência e Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, o alcance deste indicador dependerá do avanço da discussão, elaboração, aprovação e execução dos respectivos Planos.

São computadas no cálculo do indicador as unidades de saúde próprias, não incluindo as unidades privadas contratadas ou conveniadas (complementares) nem detalhando os pontos de atenção componentes da unidade (ex. sala de vacina e sala de curativo).

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Definir as patologias prioritárias para pactuação de linhas de cuidado (atribuições profissionais, fluxo do atendimento, acesso a referência e matriciamento) e um cronograma para sua implementação	<p>Esta ação ocorre de maneira descentralizada com os Grupos de Trabalho das Redes Temáticas e está em processo de construção. Destacamos algumas ações:</p> <p>(a) Descentralização de Exames na Atenção Básica, Teste Rápido, Sífilis e HIV e outros na Rede Cegonha, agilizando o processo, captando e melhorando o vínculo no território;</p> <p>(b) Matriciamento: construído na Rede de Crônicos, envolvendo a Atenção Básica e os Pontos de Referência;</p> <p>(c) Os Grupos de Trabalho NIR - Núcleo Interno de Regulação e NAQH - Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar nos Pontos da Urgência e Emergência Hospitalares, com o objetivo de melhorar a dinâmica interna e de serviços inter e intra-hospitalares;</p> <p>(d) Construção do Plano da Pessoa com Deficiência, avaliando, analisando e fortalecendo a Rede, porém na dependência da articulação com os entes Estadual e Federal;</p> <p>(e) Reavaliação do Plano da Urgência e Emergência a Nível Macrorregional: reavaliação dos pontos para cumprimento das Portarias Pertinentes a Porta de entrada e Leitos de Retaguarda (Joinville manteve seus Pontos como no plano original);</p> <p>(f) Plano Estratégico da Atenção Básica: com foco no Plano de Fortalecimento da Atenção Básica, construído pensando-se Joinville até 2035.</p>

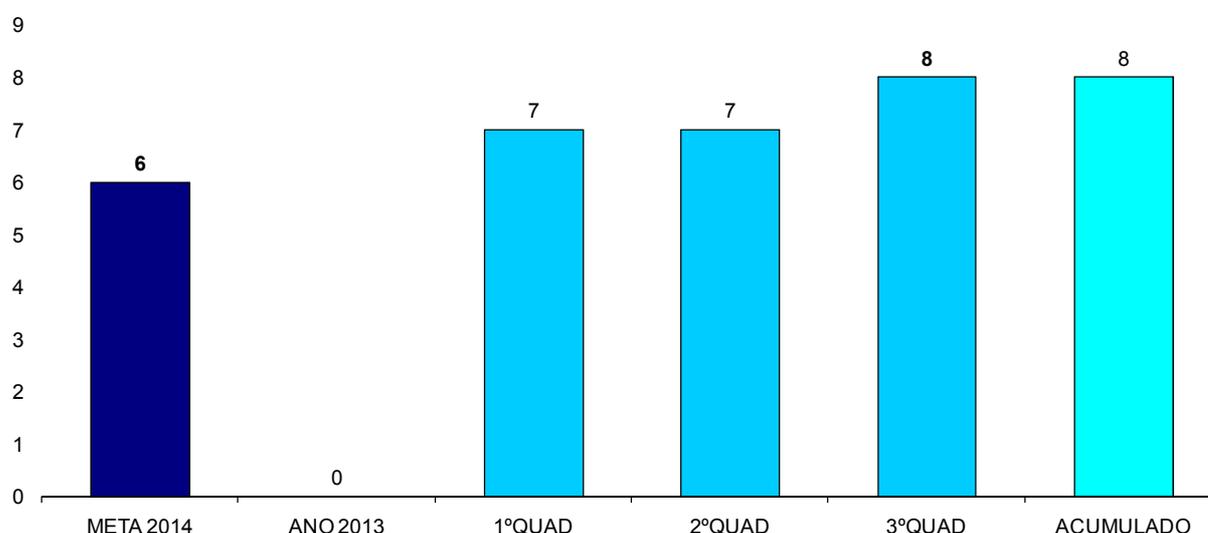
2. Pactuar as atribuições e fluxos entre cada ponto de atenção de acordo com as Linhas de Cuidado tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado	As Redes Temáticas (Urgência e Emergência, Deficientes, Psicossocial, Doenças Crônicas, Cegonha) tem em cada um de seus Grupos de Trabalho, representantes da Atenção Básica com vistas a facilitar a articulação intersectorial, bem como da sua qualificação. Para tanto, torna-se necessário que a Atenção Básica seja fortalecida e se articule quanto ao seu papel de ordenadora e coordenadora do cuidado.
3. Organizar o processo de trabalho das equipes para melhoria do acesso (horários de atendimento, processo de agendamento, formulários de coleta de dados,...)	O processo de trabalho está sendo organizado por meio de ações e indicadores do PMAQ, através do apoio in loco das equipes do NAT. Os horários de atendimento não foram modificados, porém foi estimulado que as equipes atendam após o horário, disponibilizando assim vagas para a população masculina, que utiliza pouco as UBS devido ao trabalho. Também foi elaborado um documento de orientação quanto ao número de consultas a ser realizadas pelos profissionais de nível superior nas UBS/USF.
4. Divulgar a organização da rede aos usuários e profissionais de saúde e o serviço adequado para cada caso, inclusive as referências inter-municipais	A divulgação é realizada pelos Profissionais das Gerências e Pontos de Atenção de cada Rede, que participam de reuniões das Redes Temáticas (Urgência e Emergência, Deficientes, Psicossocial, Doenças Crônicas, Cegonha). Visando a agilidade na veiculação, torna-se importante a criação de um canal de comunicação direto para boletins rotineiros (ex: internet), em discussão com o setor de Informática.
5. Realizar educação em saúde da população quanto a cuidados domiciliares, sinais de risco e determinantes ambientais	Esta atividade faz parte do leque de atribuições da AB e é realizada pelos ACS nas famílias, bem como, nos grupos de HAS, DM, gestantes, de tratamento psicológico entre outros, realizados na unidade. Evidentemente, esta ação deve ser ampliada visando contemplar toda a população.
7. Implantar o Serviço de Assistência Domiciliar – EMAD e EMAP	O programa está com a estrutura física organizada no PAM Bucarein. Os profissionais da enfermagem, fisioterapia, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social foram contratados, no entanto dos 10 médicos necessários, somente um foi contratado, sendo que para uma equipe é necessário dois médicos com vínculo de 4 horas cada. Foram chamados todos os médicos aprovados no concurso e no processo seletivo. Desta forma, assim que houver médicos via contrato, o Programa será iniciado. Neste período, os demais membros das equipes estão em treinamento no HMSJ e auxiliando a atenção básica.
8. Ampliar o matriciamento de ações de saúde junto às UBSs, inclusive de vigilância em saúde e saúde mental, integrando com a atenção à saúde	Em 2014 foi realizado o matriciamento em endocrinologia, cardiologia, neuro pediatria, pediatria, vascular e mastologia. Também foi realizada capacitação com os médicos, para atenderem como referencia em reumatologia. Os CAPS realizaram matriciamento junto aos serviços de Atenção Básica, porém esta ação deverá ser ampliada para todas as regionais de saúde. Apenas o CAPSi não realiza matriciamento, porém, esta ação está prevista para o ano de 2015. Os fluxos entre CAPS AD e Vigilância em Saúde já estão definidos.

<p>9. Reorganizar o Programa de Controle da Dengue baseado em áreas geográficas, com responsabilização sanitária do território e envolvimento da comunidade</p>	<p>Os armadilheiros são divididos conforme área geográfica. Quando detectado foco positivo em determinada área a equipe de saúde local é informada. No crescimento dos focos em uma determinada área geográfica, as atividades de contenção a estes focos são articuladas com a equipe de saúde local, intensificado as orientações aos agentes comunitários de saúde, a fim de ampliar a rigorosidade com os moradores e outros de sua micro-área, na eliminação dos possíveis criadores do mosquito aedes aegypti. As lideranças comunitárias são informadas e solicitadas a participar das ações de contenção do vetor. Paralelo a isso, o agente de endemias desenvolve atividades educativas nas escolas municipais, estaduais e privadas, priorizando as áreas de abrangência da concentração dos focos positivos, consideradas áreas de maior risco como Escolas, Associações de Moradores e Conselho Local de Saúde. Além do mais, as equipes, por meio dos ACS, realizam orientações às famílias quanto a comportamentos de risco.</p>
<p>10. Aperfeiçoar o processo de contratualização com os hospitais no município</p>	<p>O modelo utilizado como base para todas as contratações hospitalares foi elaborado pelo NUCLEO DE APOIO A GESTÃO HOSPITALAR (Portaria nº 047/2010/SMS). A discussão e o alinhamento de metas quantitativas e qualitativas pactuadas foram discutidas com as Instituições. Este modelo foi aplicado no HMSJ, Hospital Bethesda. Os contratos do HRHDS e da MDV estão em processo de discussão com a equipe da SES, sendo a SMS parte interveniente nesta contratualização.</p>
<p>11. Reestruturar a rede de atendimento das emergências</p>	<p>Esta é uma ação contínua, com ampla discussão junto ao Grupo de Condução das Redes, especialmente o grupo da Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, SAMU Municipal e Pronto Atendimentos.</p>
<p>13. Acompanhar nas maternidades privadas a realização de testes de triagem em parturientes e recém natos (HIV, sífilis, 'orelhinha', 'olhinho', 'pézinho',...), notificação compulsória de agravos e notificação de mal-formações congênitas</p>	<p>De forma geral, esta ação não foi efetivada e deve ser retomada para o aprimoramento do cuidado. Alguns testes são realizados na maternidade, outros na unidade de saúde e registrados em documentos da instituição. A integração das informações precisa estar compartilhada e disponível entre os Serviços.</p>
<p>14. Estimular participação das entidades privadas nas reuniões do grupo de condução das redes de atenção à saúde</p>	<p>As entidades privadas ainda apresentam dificuldades de adesão dentro da Rede, exceção quando há alguma atividade motivadora, como Dengue ou Gripe A, momento em que acabam se reunindo órgãos públicos e privados para fechar fluxos de atendimento com base na situação apresentada. Quando estava em exercício o Conselho Gestor e o Grupo de Política Hospitalar, alguns órgãos privados participavam, a convite da Secretária, como Autoridade Sanitária do Município. Com o resgate Grupo Conductor da Macrorregião Planalto Norte e Nordeste enquanto grupo de trabalho formal, o Estado, através da 23ª Regional de Saúde, também estará inserido neste processo e terá que pensar estratégias para atrair as Organizações Privadas, pois fazem parte da Rede e atendem além muros do Município de Joinville.</p>

ESTRATÉGIA 6.3. Construir a cultura do planejamento intersetorial visando 'Políticas Públicas Saudáveis'

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Número de Projeto de Rede Temática ou Programa Assistencial contemplando ações sobre determinantes de saúde junto com outras instituições externas ao Setor Saúde. (PMS)	Número de projetos de Redes Temáticas [publicados - segundo o mês da publicação], contemplando ações sobre determinantes de saúde junto com outras instituições externas ao Setor Saúde. (Publicação dos projetos de Redes Temáticas na Intranet)	8	8	6	😊

Número de Projeto de Rede Temática ou Programa Assistencial contemplando ações sobre determinantes de saúde junto com outras instituições externas ao Setor Saúde, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: Coordenação de Redes, projetos de Redes Temáticas;

Os Projetos desenvolvidos e que possuem ações intersetoriais são: Programa de Saúde Escolar (PSE), que abrange as ações da Saúde do Adolescente, Bolsa Família, Saúde Bucal, Programa de Controle do Tabagismo, Programa Nacional do Atendimento às Vitimas de Violência, Programa de Combate à Dengue, NAIPE e Saúde Mental, cujos relatórios estão apresentados no Apêndice 6. O futuro detalhamento dos Planos das Redes de Atenção às Doenças Crônicas e à Pessoa com Deficiência, concluindo a estruturação das cinco Redes Temáticas hoje previstas, possibilitará uma abordagem mais global da discussão da saúde com setores externos.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVAliação
1. Divulgar aos profissionais da saúde e CMS quais Conselhos a SMS participa, quem são os seus representantes, os assuntos pautados e suas atividades	A listagem dos Conselhos em que a SMS participa e quais são os representantes indicados pela Secretaria está sendo revista e atualizada.
2. Estabelecer reuniões semestrais entre os representantes da SMS nos diversos Conselhos (desenvolvimento, criança,...)	Ação ainda não implementada. Considera-se a alternativa de incorporar a participação destes representantes nos Grupo de Condução das Redes e Grupos de Discussão Temáticos.
3. Elaborar e encaminhar Proposta de Inclusão Social da Pessoa em Situação de Vulnerabilidade	Esta ação é intersetorial e deve ser articulada no grupo de condução das Redes, principalmente da Rede de Atenção à Deficiência e da Rede de Atenção Psicossocial, principalmente com a SAS. Neste sentido foi implantado o Programa Consultório na Rua, cujo

público alvo é a população residente nas ruas. Foi realizado encaminhamentos segundo os problemas de saúde prioritários. Ainda, está em implantação o Comitê de equidade em saúde na AB com o objetivo de garantir o acesso a saúde das pessoas em situação de vulnerabilidade (população negra, indígena, LGBT, população privada de liberdade e ciganos).

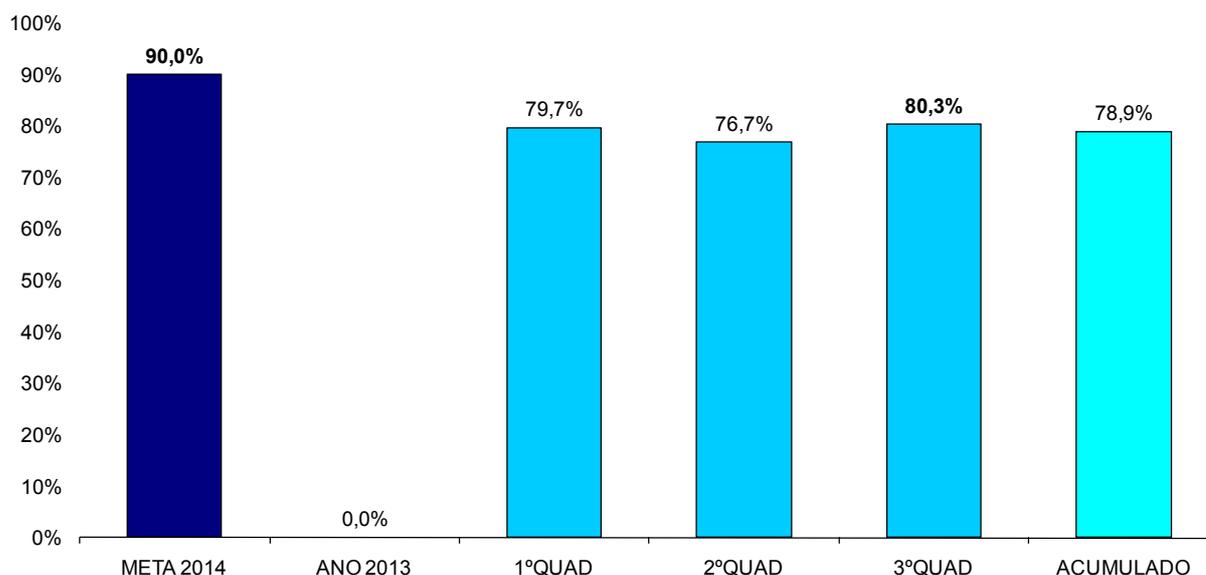
4. Apoiar e incentivar os programas desenvolvidos pelas igrejas e entidades do voluntariado que atuam no combate à dependência química em conformidade com as Políticas do Ministério da Saúde

Esta é uma ação contínua e com a participação intersectorial no grupo de condução da RAPS implantado em setembro de 2014 e no Comitê Gestor do “Plano Crack” municipal. Foi estabelecida a interlocução entre Comunidades Terapêuticas, CAPS AD e unidades básicas de saúde em seus territórios, para a continuidade do cuidado ou atendimento continuado de saúde respectivamente.

ESTRATÉGIA 6.4. Integrar a rede hospitalar

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção alcançada dos Planos de Trabalho do Hospital Municipal São José (PMS, PPA)	Valor financeiro devido ao HMSJ, conforme a avaliação do Plano Operativo Anual (Relatório de Contratos Hospitalares) X 100 / Teto Financeiro do Contrato com o HMSJ (Relatório de Contratos Hospitalares)	$(23.453.628,81 \times 100) / 29.717.924,64$	78,9%	90,0%	☹
Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado (COAP)	Número de hospitais SUS acima de 50 leitos (públicos e privados) com contratos firmados (CNES) X 100 / Número hospitais SUS acima de 50 leitos (públicos e privados) (CNES)	$(3 \times 100) / 5$	60,0%	100,0%	☹

Proporção alcançada dos Planos de Trabalho do Hospital Municipal São José, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



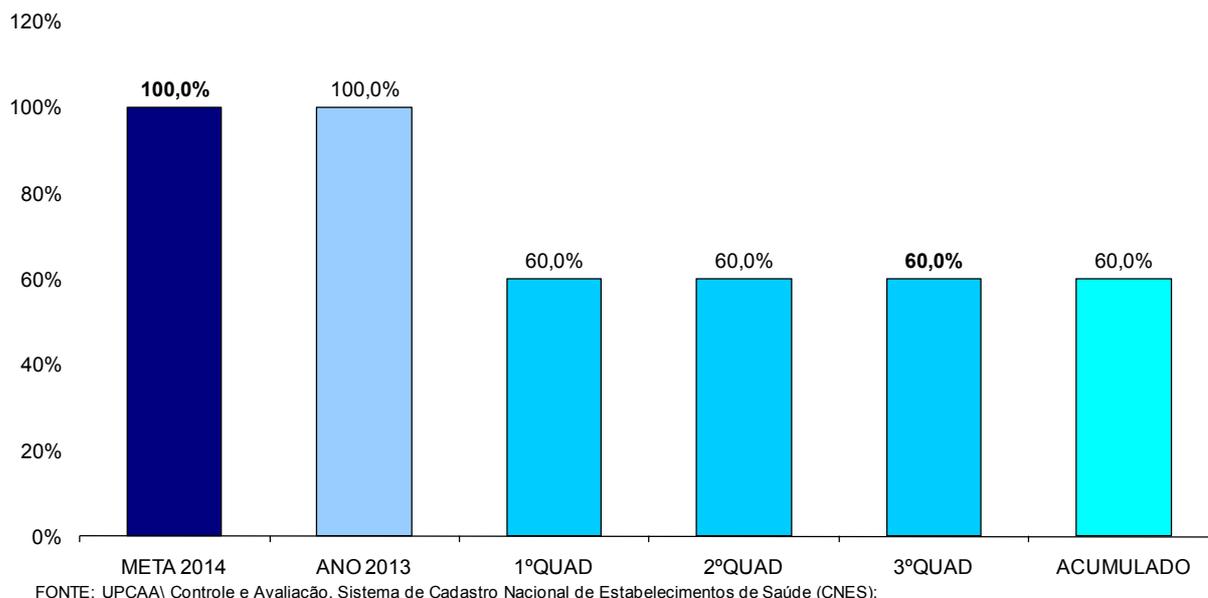
FONTE: UPCA\Controle e Avaliação, Relatório da avaliação dos Contratos de Gestão hospitalar;

A SMS trabalha continuamente com o HMSJ no acompanhamento do seu Plano Operativo Anual (POA). Apesar de alinhamento constante das instituições a meta não foi alcançada sendo, identificado como causas: (a) falta de divulgação interna do POA ao corpo clínico e aos profissionais do HMSJ; e (b) dificuldades na organização de rotinas e fluxos internos da instituição.

No segundo semestre de 2014 foi implantado o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) do HMSJ, reunindo representantes dos vários setores com o objetivo de aperfeiçoar os processos de trabalho da instituição.

No período avançou-se a centralização da relação de pacientes aguardando procedimentos eletivos no HMSJ ('filas') visando a sua regulação, sendo prevista sua implementação em 2015.

Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



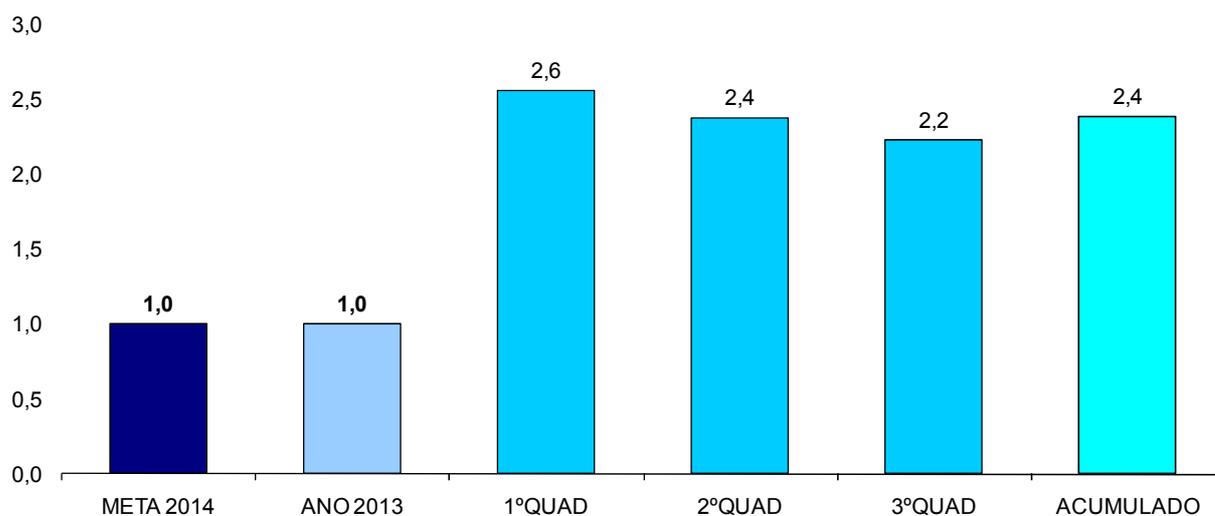
Dos cinco hospitais públicos no município o HMSJ, HRHDS e Bethesda dispõem de contrato de metas firmado com a SMS atualizado. O contrato com a MDV já ultrapassou a data de vigência, porém continua como referência para o seu monitoramento. Já o HJAF, gerenciado por Organização Social, dispõe de contrato entre esta e a SES, mas não com o município.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1.. Articular junto ao governo estadual a gestão integrada e compartilhada dos hospitais: HRHDS, HJAF e MDV com o HMSJ (PLANO DE GOVERNO)	O Município tem formalizado e atuado no Grupo de Condução das Redes Municipal, o Conselho Gestor e o Grupo de Política Hospitalar. O Grupo de Condução das Redes se reúne mensalmente, com pauta e Ata formalizando o encontro. O Conselho Gestor se reuniu em 2014, de acordo com a demanda, o mesmo acontecendo com o Grupo de Política Hospitalar, que realizou reuniões quinzenais até setembro de 2014. A partir de julho 2014, iniciaram duas novas Instâncias Formais: Comitê e Conselho Gestor Macrorregional, reunindo representantes dos 26 Municípios da Macrorregião Planalto Norte e Nordeste

ESTRATÉGIA 6.5. Rever as pactuações com os demais municípios

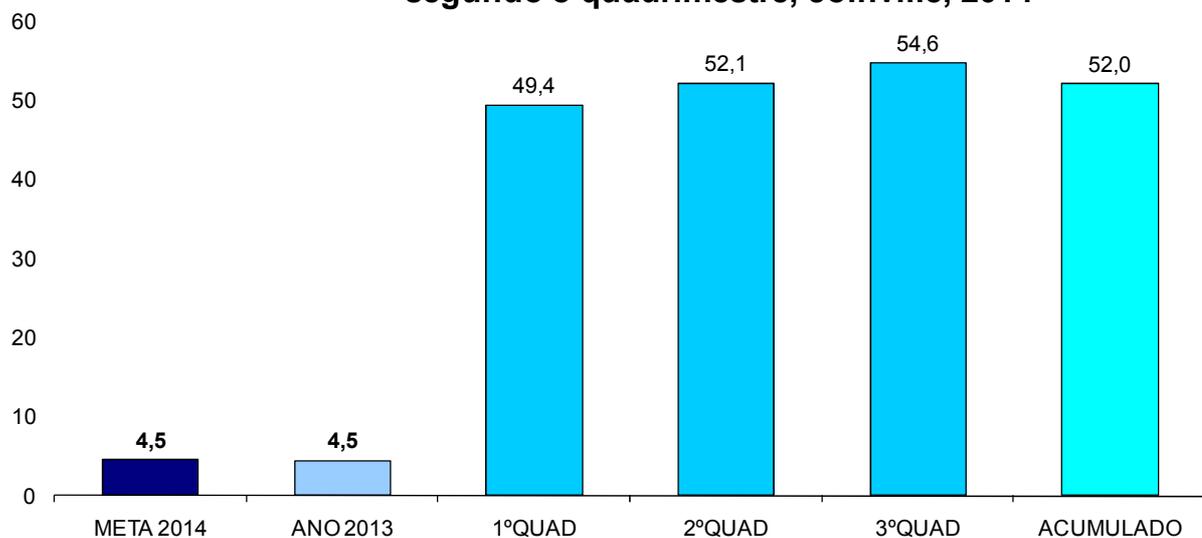
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade [selecionados] [para cada 100 habitantes da] população residente (PMS, COAP)	Quantidade de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados [realizados para população residente - BPAi e APAC] (SIA) X 100 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(13.054 \times 100) / 546.981$	2,4	1,0	
Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade [para cada 100 habitantes da] população residente (COAP)	Quantidade de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade [realizados para população residente] (SIA) X 100 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(28.4575 \times 100) / 546.981$	52,0	4,5	
Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade [para cada 100 habitantes da] população residente (COAP)	Número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade realizadas [para população residente] (SIH) X 100 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(20.578 \times 100) / 546.981$	3,8	3,0	
Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade [para cada 100 habitantes da] população residente (COAP)	Número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade realizadas [para população residente] (SIH) X 100 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(22.878 \times 100) / 546.981$	4,2	4,5	

Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



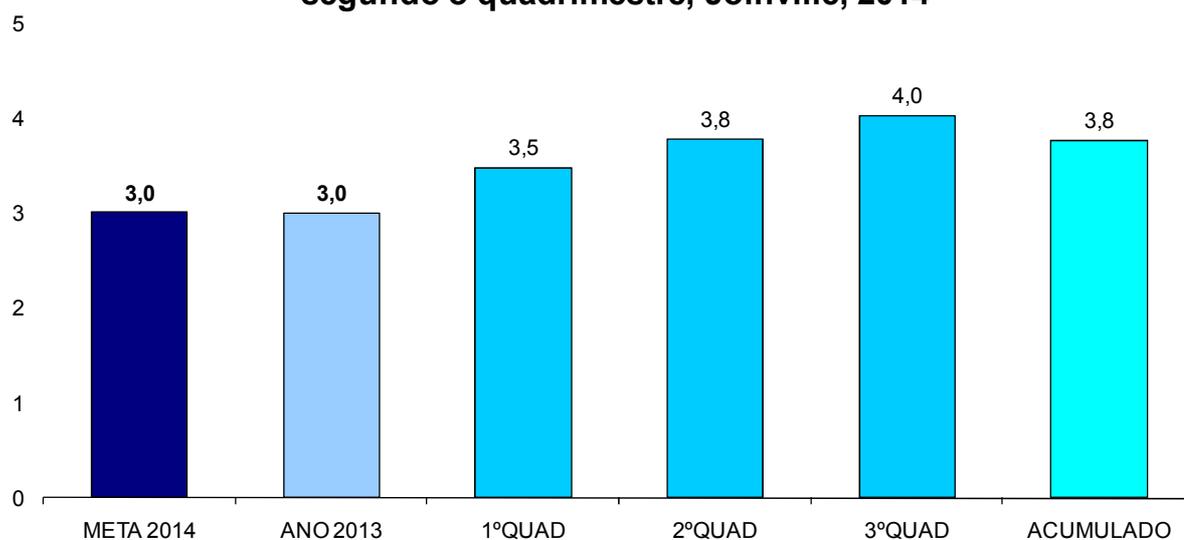
FONTE: (1) UPCAA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (3) UPCAA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Hospitalares (SIH); (2) IBGE, Estimativa populacional;

Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



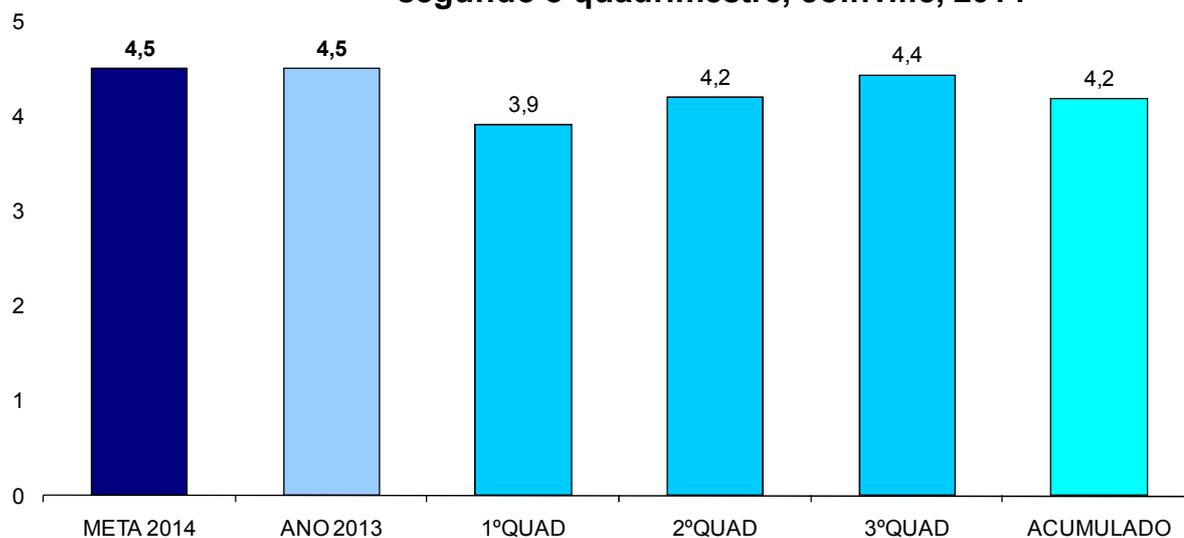
FONTE: (1) UPCAA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (2) IBGE, Estimativa populacional;

Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) UPCAA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Hospitalares (SIH); (2) IBGE, Estimativa populacional;

Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) UPCAA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Hospitalares (SIH); (2) IBGE, Estimativa populacional;

Apesar do bom resultado frente às metas estabelecidas, considerando a série histórica e a orientação de aumento da oferta, a avaliação é cautelosa.

Os quatro indicadores foram definidos no COAP, compreendendo cada qual uma seleção de procedimentos sem que, entretanto, fossem esclarecidos os critérios adotados nesta seleção, o que dificulta o entendimento dos indicadores e a análise dos resultados.

Por estas dificuldades de entendimento, não foram incluídas na Programação Anual de Saúde de 2014 ações específicas para o alcance das metas propostas (ex. aperfeiçoamento da regulação dos procedimentos selecionados; contratação dos procedimentos selecionados; otimização do uso de equipamentos próprios).

A postura atual da gestão é de acompanhamento destes indicadores e da avaliação e conduta de outros municípios, aguardando também orientações adicionais do Ministério da Saúde. Atenção especial é prestada pela gestão no aperfeiçoamento da confiabilidade dos sistemas de informação que alimentam estes indicadores (SIA e SIH).

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Analisar a capacidade do município em cumprir os compromissos decorrentes do Plano Diretor de Regionalização	O PDR foi elaborado em 2008 pela SES. Deste período até 2014, o Município de Joinville, bem como as Instituições hospitalares em nosso território foram habilitadas em novos serviços, tornando-se referência de atendimento, bem como algumas áreas de abrangência foram redistribuídas para outros municípios, mas não havendo atualização do PDR por parte da SES. Mesmo com as redistribuições dos serviços de referência o município de Joinville ainda detém muitas habilitações o que acarreta em maior responsabilidade de atendimento.
2. Comparar custos operacionais e transferências financeiras para cada serviço pactuado	Esta ação foi implementada, porém ainda de forma incipiente, com necessidade de melhorias para o bom andamento dos serviços.
3. Elaborar uma proposta de inserção de Joinville na rede estadual – conforme a metodologia do COAP	Esta ação não foi efetivada, pois há necessidade de discussão do COAP, por parte da SES, para repactuação do papel de Joinville na Rede.
4. Agilizar exames e consultas com especialistas (PLANO DE GOVERNO)	Esta ação foi contemplada com a ampliação da oferta de consultas especializadas mediante a abertura de Edital02/2013 para a oftalmologia, bem como do Convênio com o Instituto Vida para a ortopedia e do início do atendimento neurológico na UBS do Saguacú.

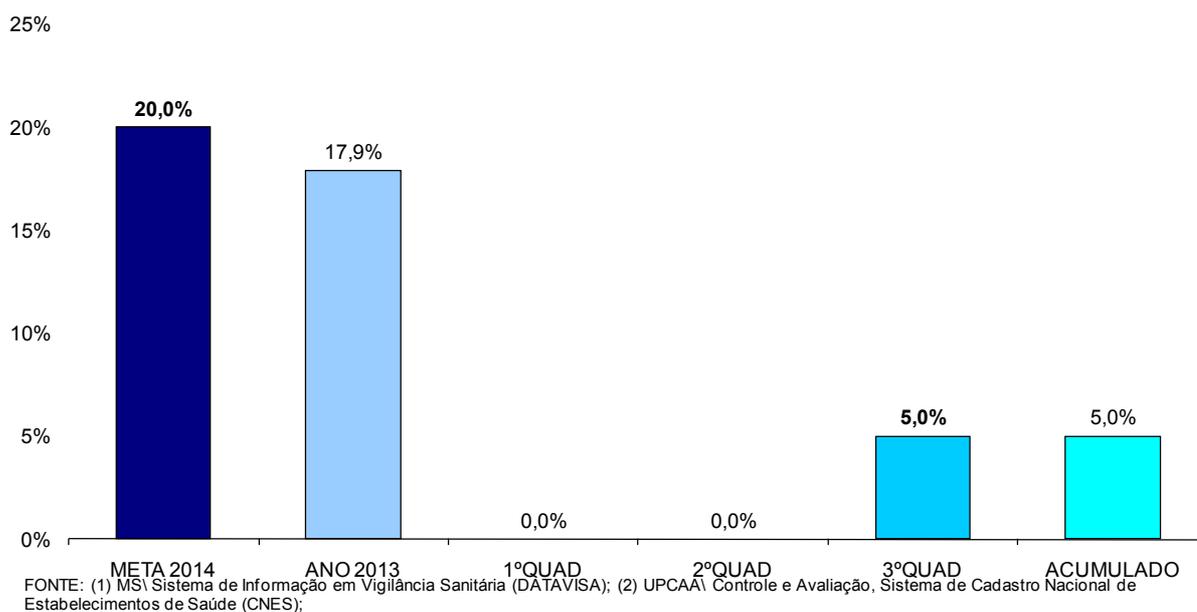
DIRETRIZ 07: Adequação da oferta de serviços às necessidades locais

OBJETIVOS: Instituir uma rede assistencial eficiente e dimensionada a necessidade de serviços

ESTRATÉGIA 7.1. Dimensionar as Unidades e serviços de Saúde considerando a Organização da Rede, as determinações legais e o perfil epidemiológico

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de Unidades de Saúde próprias e alugadas com alvará sanitário (PMS, PPA)	Número de Unidades de Saúde [próprias e alugadas] com Alvará Sanitário (DATAVISA) X 100 / Número de Unidades de Saúde próprias [administração direta] (Relatório da Administração)	$(4 \times 100) / 80$	5,0%	20,0%	

Proporção de Unidades de Saúde próprias e alugadas com alvará sanitário, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Os alvarás sanitários são renovados anualmente por solicitação do prestador. A SMS centralizou a solicitação da renovação na Área Administrativa/UAF, também responsável pelas adequações estruturais.

Por sua vez, as adequações de uso e equipamentos, também exigidas para emissão do Alvará, são providenciadas pelas Coordenações da Unidade ou Regional. A Área de Patrimônio/UAF, responsável pela instalação de equipamentos fixos estabeleceu um processo de consulta a Área Administrativa/UAF para ratificar atendimento das normas estabelecidas.

As obras de construção e reformas realizadas no período adequam as Unidades segundo as normas estabelecidas. No final de 2014, as unidades próprias UBSF Parque Douat, UBSF Estevão de Matos, Centrinho e CAPS II, possuíam alvará.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Instituir um plano de melhoria contínua da rede ambulatorial a partir das necessidades de oferta por área de abrangência e serviço de referência, considerando o perfil epidemiológico, local e de grupos vulneráveis, o crescimento e transformação da cidade e da região	Em 2014 foi elaborado o 'Plano de Desenvolvimento da Atenção Básica 2014-35', para a ampliação da rede básica considerando a condição sócio-sanitária local e a previsão de crescimento populacional. Está em elaboração o 'Plano de Desenvolvimento dos Serviços de Referência 2015-34'.
2. Elaborar um plano de implantação de novas Unidades de Saúde, inclusive com levantamento preliminar de terrenos públicos e planta básica genérica	O plano de implantação de novas Unidades Básicas de Saúde está contemplado no 'Plano de Desenvolvimento da Atenção Básica 2014-35'. As unidades de referência serão detalhadas no 'Plano de Desenvolvimento dos Serviços de Referência 2015-34'.
3. Levantar as condições da estrutura física das Unidades de Saúde próprias e suas necessidades de reforma e ampliação	Esta é uma atividade contínua sob responsabilidade da Área Administrativa.
4. Elaborar um plano de investimento em estrutura física, incluindo a substituição das Unidades de Saúde alugadas por próprias	Contemplado no 'Plano de Desenvolvimento da Atenção Básica 2014-35' e a ser incluído no 'Plano de Desenvolvimento dos Serviços de Referência 2015-34'.
5. Padronizar tipos e quantidades de equipamentos necessários por Unidade de Saúde conforme seu papel na Rede Assistencial	Esta ação não foi efetivada, porém o papel da Comissão está sendo rediscutido.

6. Elaborar previamente projetos para submissão a eventual edital do Ministério da Saúde e outros órgãos financiadores

Esta ação não foi efetivada.

7. Executar as obras programadas e alocação de equipamentos adequando as Unidades de Saúde às normas da legislação vigente com acompanhamento pelas Comissões de Acompanhamento de Obras específica assim reequipando e modernizando os PAs 24hs, as UBS e os ambulatórios

As unidades que foram entregues estão em conformidade com a legislação vigente e a programação para aquisição de equipamentos está sendo realizada.

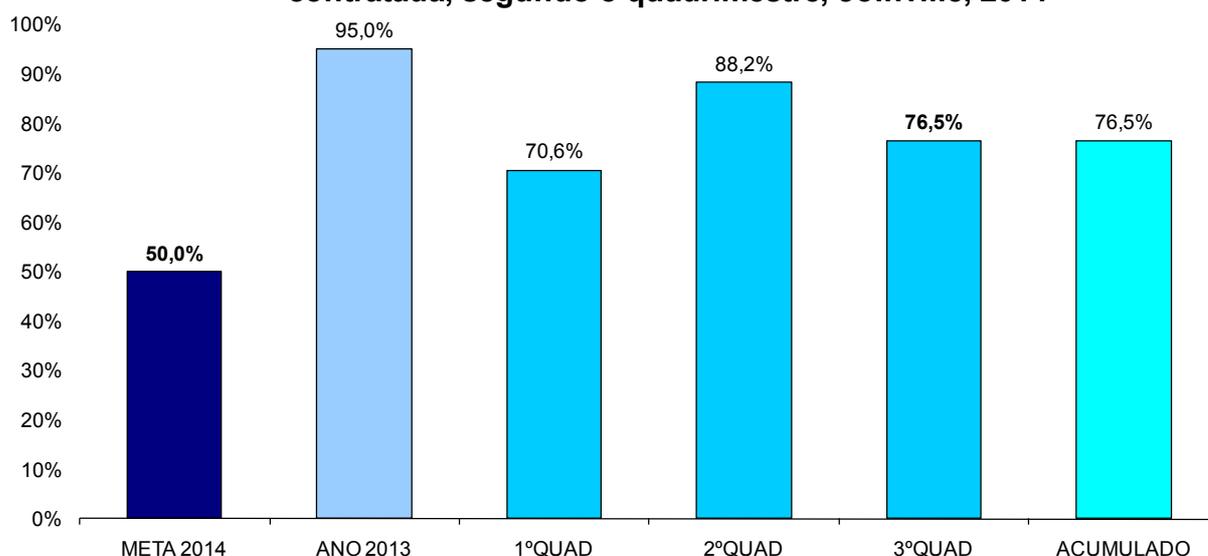
ESTRATÉGIA 7.2. Manter os serviços em funcionamento, com aquisição de equipamentos, manutenção preventiva predial e de equipamentos

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de Unidades de Saúde próprias com CNES que alcançam a sua Programação Físico Orçamentária (PFO) (PMS)	Número de prestadores próprios que atendem a Programação Físico Orçamentária (SIA) X 100 / Número de Unidades de Saúde próprias [administração direta] (Relatório da Administração)	ND*	ND*	10,0%	
Proporção de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Físico Orçamentária contratada (PPA)	Número de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Físico Orçamentária (SIA e SIH) X 100 / Número de prestadores contratados por Credenciamento Universal (Relatório de Contratos)	(26 X 100) / 34	76,5%	50,0%	

* ND: Não disponível

Todas as unidades próprias dispõem de PFO para o processamento do SIA. A Programação/UPCAA tem sob sua responsabilidade a sua revisão constante, para melhor corresponder a capacidade instalada da unidade. Entretanto, este indicador será passível de avaliação com o término da fase de instalação dos pontos biométricos, com a geração de relatório gerencial comparando a “capacidade instalada” de cada Unidade, consideração o número de profissionais e carga horária e comparando este resultado com a produtividade de cada setor.

Proporção de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Físico Orçamentária contratada, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) UPCAAlControle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (3) UPCAAlControle e Avaliação, Sistema de Informações Hospitalares (SIH); (2) UPCAAlControle e Avaliação, Relatório da avaliação dos Credenciamentos Universais;

O indicador monitora a oferta complementar de serviços pelo SUS, com ações de contratualização, regulação e monitoramento da oferta realizada pelos serviços contratados, cujas inconformidades implicam em medidas de ajuste pelos prestadores e eventual aditivos aos contratos. O resultado alcançado supera em muito a meta definida, indicando assim um bom desempenho das ações relacionadas.

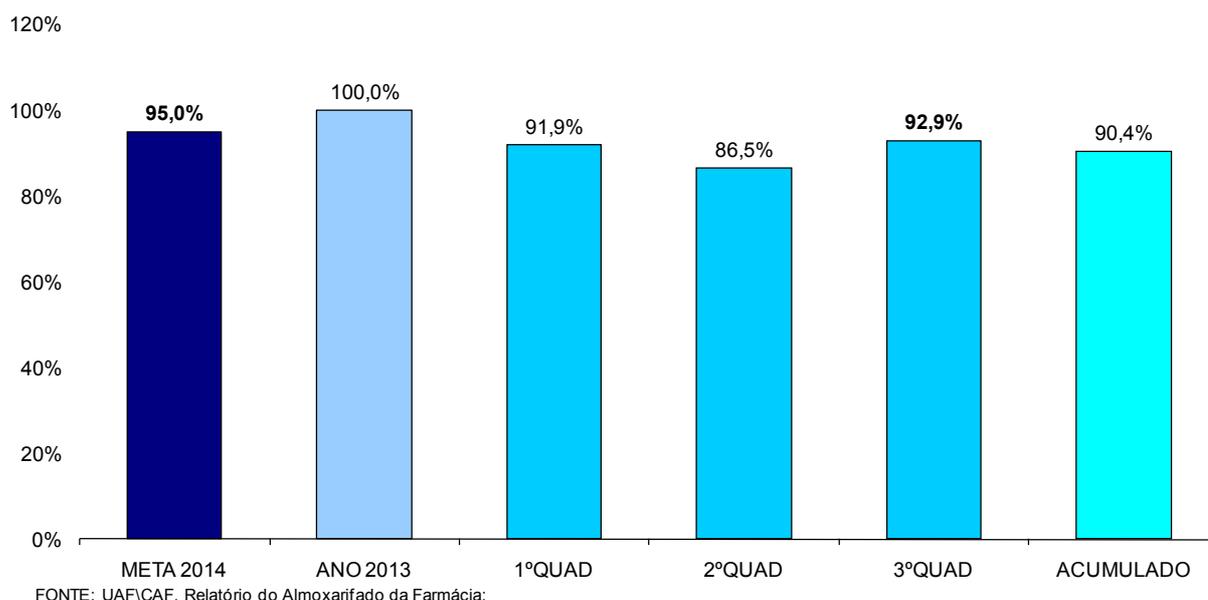
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado (COAP)	Número de componentes municipais [do Sistema Nacional de Auditoria] implantados (SISAUD)	1	1	1	

O Componente do Sistema Nacional de Auditoria encontra-se implantado e em funcionamento, com inscrição no sistema de informação específico (SISAUD). Estima-se que para o ano de 2015 a Gestão aprove a contratação de novos médicos auditores visando à reestruturação do serviço e otimização do processo, imprimindo agilidade nas atuais demandas que crescem continuamente.

A situação das auditorias concluídas em 2014 ou ainda abertas no final do ano são apresentadas no Apêndice 8. Atualmente, por dificuldades operacionais, o SISAUD não está sendo alimentado com o andamento das auditorias.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de itens do Elenco Básico de Medicamentos ofertados regularmente* (PPA)	Somatório do produto do número de itens de medicamentos no Elenco Básico por dias em que estiveram disponíveis (Relatório do Almoxarifado da Farmácia) X 100 / (produto do número de itens do Elenco Básico por dias no período) (Relatório do Almoxarifado da Farmácia)	$(48.501 \times 100) / 53.655$	90,4%	95,0%	

Proporção de itens do Elenco Básico de Medicamentos ofertados regularmente, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



A implantação do Hórus se encontra em desenvolvimento (ver indicador específico), desta forma o indicador monitorado identifica como faltoso o medicamento indisponível no estoque central.

O indicador ficou abaixo da meta prevista, apesar dos esforços empreendidos para manter a oferta regular do elenco básico. Visando a melhoria neste processo, algumas medidas foram tomadas como (a) a realização de dois pregões eletrônicos do Município, para a compra de medicamentos do elenco com Atas de registro de preços em vigor; (b) a Implantação do sistema de controle Hórus na CAF; e (c) a adesão à ata de registro de preços do CIS-Nordeste. Entretanto, dificuldades no fornecimento, principalmente pela falta de matéria prima no mercado e algumas vezes por descaso do fornecedor, contribuíram para o não alcance da meta. Para os casos de atrasos no fornecimento, foram instaurados processos administrativos, as empresas foram notificadas e aplicou-se a pena de multa. A multa não ameniza o desgaste que o Município e os usuários sentiram pelo desabastecimento, mas visa moralizar a política de fornecimento na SMS de Joinville. A falta de controle é outro fator que prejudicou o abastecimento e o fornecimento em 2014. Com a implantação do Sistema Informatizado Hórus será possível melhorar este controle.

Ainda, em 2014, a Comissão de Penalização, ficou centralizada na Coordenação da Área de Análise e Acompanhamento de Processos, tornando-a mais efetiva. Foram abertos 38 processos por descumprimento de contratos que tinham como objeto a entrega de medicamentos. Destes, nove (09) processos foram encerrados e em sete (07) foram aplicadas multas, totalizando R\$ 11.000,00 ressarcidos aos cofres públicos.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos (COAP)	$\frac{\text{Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos (CNES)} \times 100}{\text{Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública (CNES)}}$	-	100,0%	100,0%	😊
Número de Mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento (COAP)	Número de Mesas ou espaços formais municipais de Negociação Permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento (SINNPSUS)	0	0	1	😞

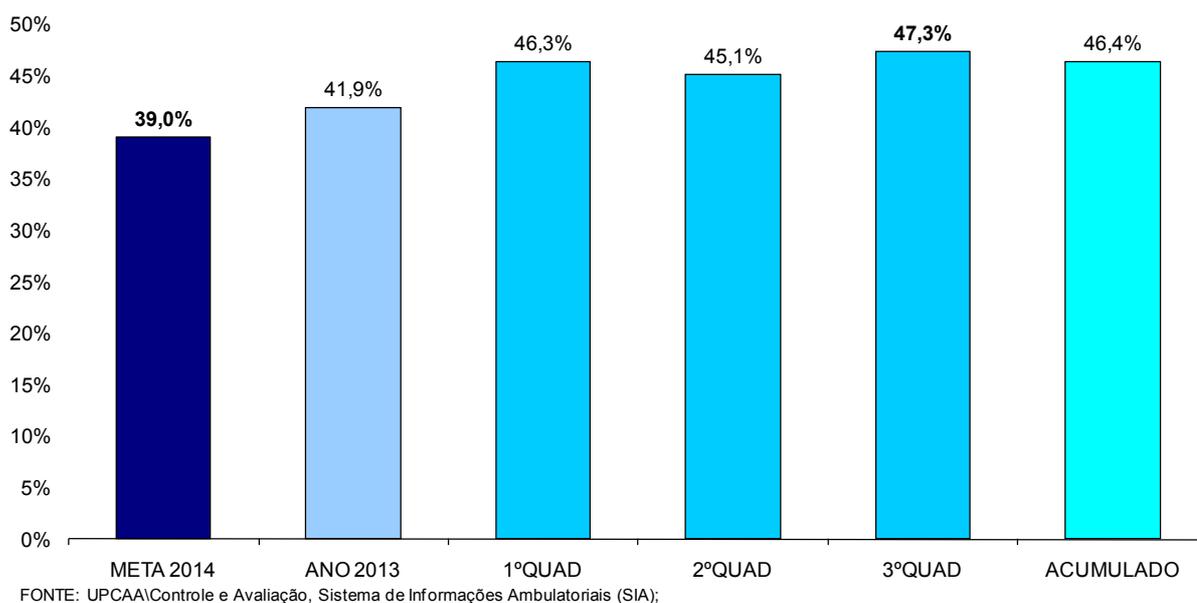
A Secretaria Municipal de Saúde através da Secretaria de Gestão de Pessoas realiza concurso público e processo seletivo, sendo assim, 100% dos profissionais possuem vínculos efetivos (concursados) e temporários através de contrato atendendo a legislação vigente sendo, portanto, todos 'protegidos'.

Quanto aos espaços de negociação, não houve avanços em 2014, havendo necessidade de resgatar o projeto e fazer os encaminhamentos com os gestores. No período o setor de Gestão do Trabalho do ProgeSUS priorizou a descrição das atribuições setoriais em detrimento do desenvolvimento dos espaços de negociação. A continuidade deste processo para 2015, é condicionada a ampliação do quadro de profissionais do ProgeSUS, frente as demais atribuições rotineiras do setor.

Rede de Urgência e Emergência

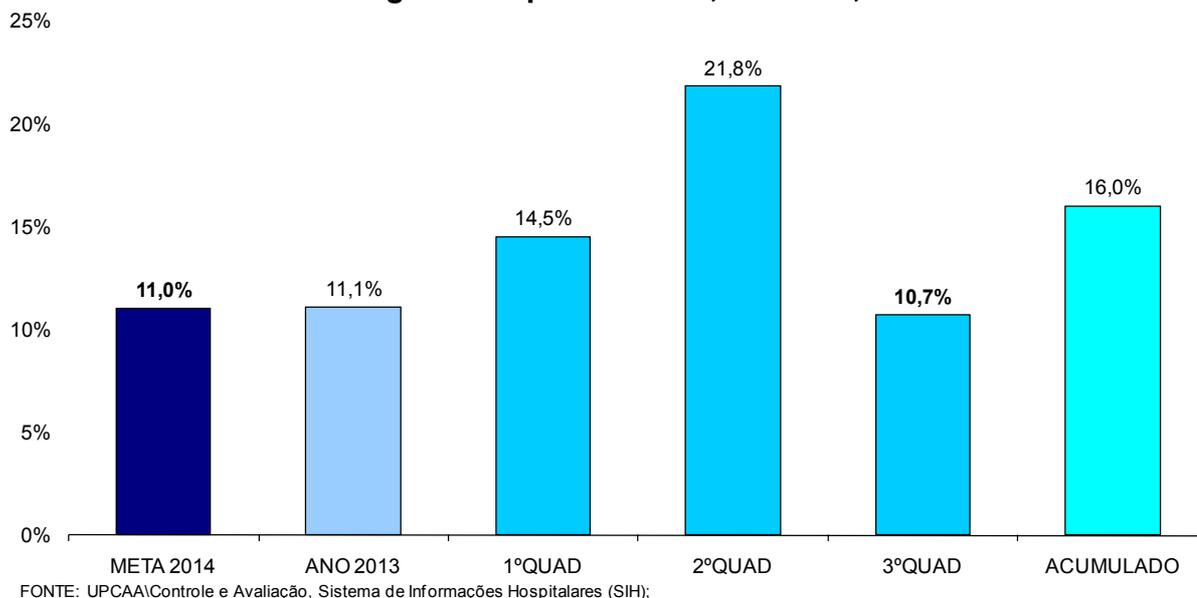
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de consultas médicas de urgência e emergência (PPA)	Número de consultas médicas de urgência de emergência (SIA) X 100 / Número de consultas médicas (SIA)	$(778.568 \times 100) / 1.679.397$	46,4%	39,0%	
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) [de residentes de Joinville] (COAP)	Número de óbitos das internações por IAM [pessoas >20anos] residentes em Joinville (SIH) X 100 / Número das internações por IAM [pessoas >20anos] residentes em Joinville (SIH)	$(68 \times 100) / 425$	16,0%	11,0%	
Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (COAP)	Número de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (SIH) X 100 / Número de menores de 15 anos internados nas Unidades de Terapia Intensiva (SIH)	$(124 \times 100) / 792$	15,7%	11,0%	
Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente (COAP)	Número de óbitos hospitalares por acidente [capítulo XX, residentes ocorridos em Joinville] (SIM) X 100 / Número de óbitos por acidente [capítulo XX, residentes ocorridos em Joinville] (SIM)	$(81 \times 100) / 157$	51,6%	55,0%	
Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (COAP)	População residente em municípios com acesso ao SAMU X 100 / população total residente	$(546.981 \times 100) / 546.981$	100,0%	100,0%	
Proporção de Unidades de Suporte Básico disponíveis* (PPA)	Somatório do número de ambulâncias de Suporte Básico (USB) equipadas, com equipe completa e disponível por turno (Relatório do SAMU) X 100 / (número de dias no período x 2 turnos x 4 ambulâncias USB previstas) (CNES)	$(2.135 \times 100) / 2.920$	73,1%	85,0%	
[Número de unidades de saúde que realizaram notificação de violência doméstica, sexual e outras violências no período] (COAP)	Número absoluto de Unidades de Saúde com notificação de violência doméstica, sexual e outras violências no período. (SINAN)	16	16	25	

Proporção de consultas médicas de urgência e emergência, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014

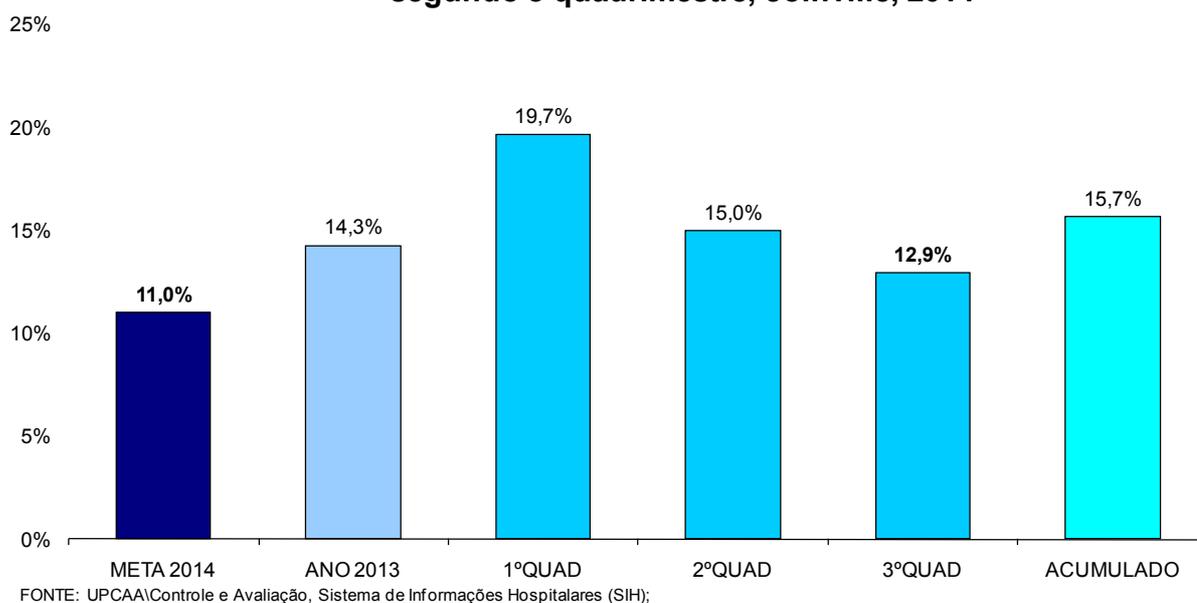


O indicador ultrapassou a meta estimada de 39%, caracterizando a inversão no modelo de atenção. Alcançar a meta nas consultas de urgência e emergência, significa reduzir o indicador e para tanto investir na melhoria do acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência, bem como nas UBSs. A sugestão é que as UBSs acolham com resolutividade os casos classificados como 'verdes' (pouco urgentes) que chegam nestes pontos de atenção. Outra medida importante é a ampliação da cobertura populacional na atenção básica, prevista no 'Plano de Desenvolvimento da Atenção Básica 2014-35'.

Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) entre residentes de Joinville, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) entre residentes de Joinville, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014

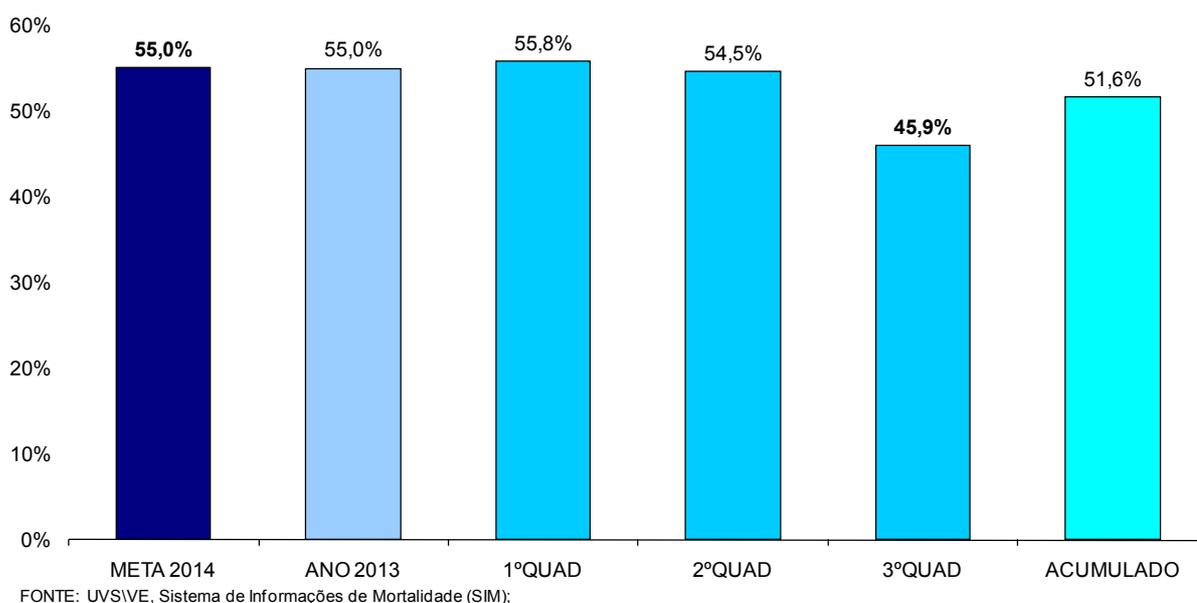


Os indicadores **‘proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio’** e **‘proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva’** avaliam a eficácia da atenção hospitalar em evitar a morte dos pacientes internados, sendo desejada sua progressiva redução.

Deve-se observar também que os óbitos em menores de 15 anos são apurados pela internação em UTIs pediátricas e neonatais e não em função da idade – no período, nove (09) internações de menores de 15 anos ocorreram em UTI adulto com um (01) óbito.

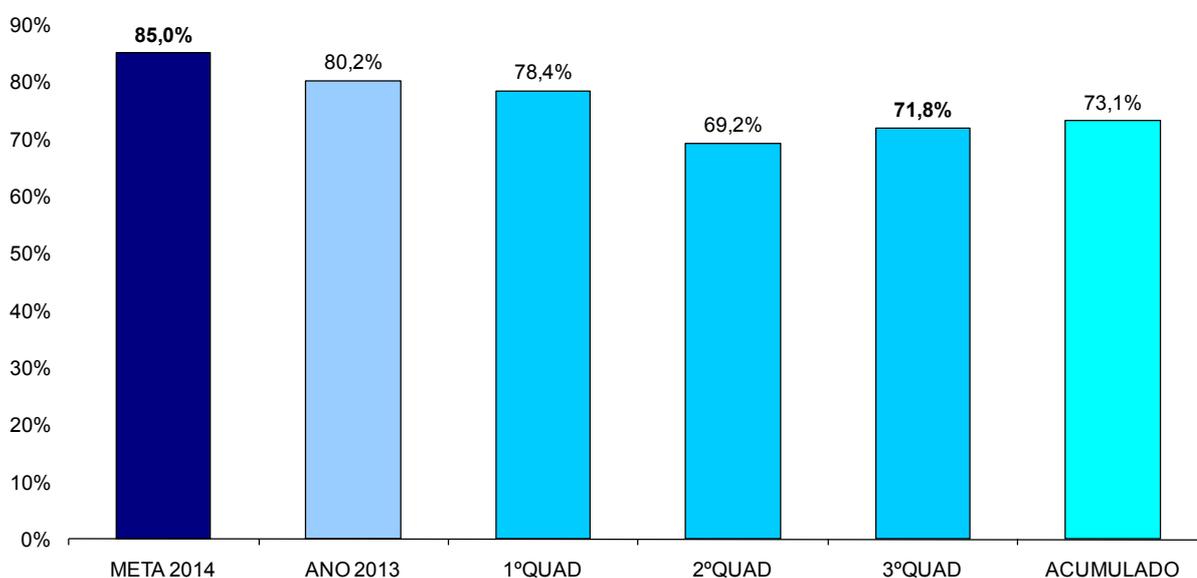
Dito isto, observa-se que em ambos os indicadores ocorreram mais óbitos do que o previsto na meta. Pondera-se, entretanto, não haver diferença estatisticamente significativa dos resultados apurados em 2014 e nos anos anteriores, podendo o resultado tratar-se de uma oscilação estatística.

Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Por sua vez, o indicador **‘proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente’**, tem uma avaliação peculiar. Os acidentes de trânsito são súbitos e inesperados, ocorrendo em vias públicas longe de uma Unidade de Saúde capacitada para atendê-lo. Nestas situações, os casos mais graves evoluem para o óbito antes mesmo de ser atendidos. O atendimento móvel de urgência (SAMU) visa prestar os primeiros cuidados no local do incidente bem como, quando necessário, transportar os pacientes para os serviços de saúde adequados para o atendimento. Este indicador identifica como ‘grave’ os pacientes que vieram a falecer, medindo a eficiência do SAMU em rapidamente alcançá-los no local da ocorrência e transportá-los vivos para os hospitais onde serão atendidos. Espera-se com estas medidas, que o total de mortes por acidentes de trânsito reduza, aumenta-se a proporção dos pacientes graves que são atendidos em hospitais e a proporção dos óbitos que ocorre nos hospitais. Este indicador se manteve aquém da meta, indicando uma inadequação da resposta do SAMU ao atendimento destes casos. Observe-se que o atendimento dos acidentes graves é prestado através das Unidades de Suporte Avançado, mantidas pela SES para a macrorregião, acompanhadas das unidades do Corpo de Bombeiros Voluntários de Joinville.

Proporção de Unidades de Suporte Básico disponíveis, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014

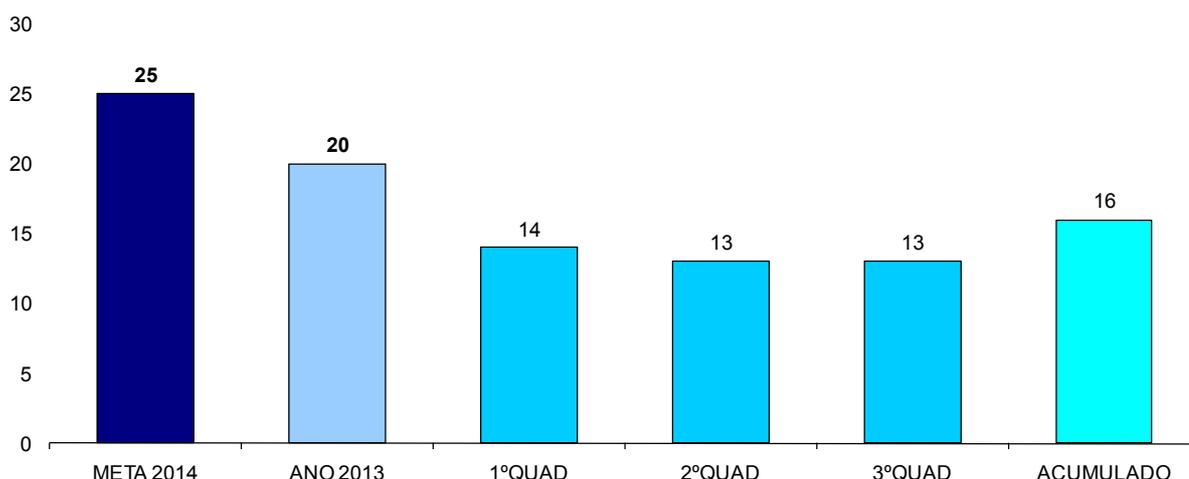


FONTE: (1) SAMU, Relatório; (2) UPCAAl Controle e Avaliação, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

Dificuldades são apontadas no indicador **‘proporção de Unidades de Suporte Básico disponíveis’**, também aquém da meta. Relatórios específicos indicam um tempo de resposta das USB dentro dos parâmetros, porém implicando dificuldades operacionais e prejuízo dos resultados. As Unidades de Suporte Básico são mantidas pelo município que encontra dificuldades em sua manutenção devido à especificidade das mesmas (ex. prestadores de manutenção específicos) e não padronização (ex. tamanho de pneus diferentes). Em 2014 essas situações foram resolvidas, com atas de registros de preços para aquisição de pneus e outros itens, além da contratação de empresa especializada para manutenção dos sinalizadores para as USBs. Quanto à manutenção/reparo das unidades, não há um limite contratual do tempo de permanência do veículo na oficina em função da complexidade do serviço.

Para o alcance das metas propostas foi solicitada a compra pelo município de mais duas (02) viaturas e a cedência de uma (01) viatura pelo Estado, aumentando o número de veículos disponíveis para uso.

Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: UVSIVE, Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);

Atualmente em Joinville, 64 unidades estão aptas para notificar/investigar as situações de violência. No 1º semestre de 2014, foi realizado apoio matricial aos sete (07) hospitais e três (03) PAS24horas. O matriciamento nas 55 unidades básicas de saúde e a implantação da notificação negativa, previstos para o 2º semestre, não foram concluídos por dificuldades na agenda da Atenção Básica. Desta forma apenas 16 UBSs notificaram situações de violência, não atingindo assim a meta estabelecida.

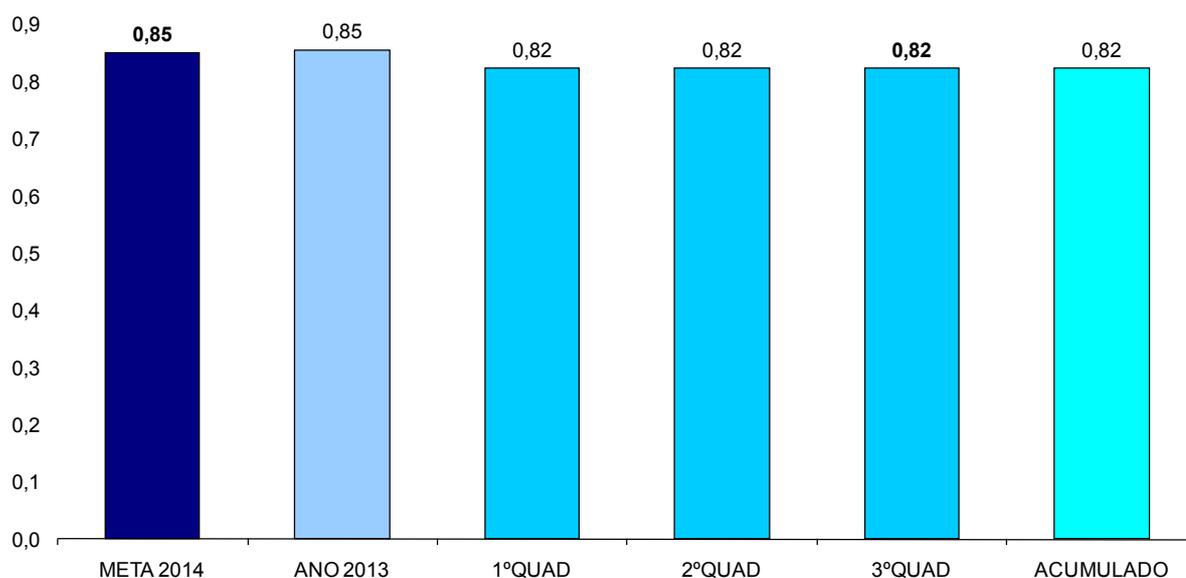
Está previsto para 2015 o apoio matricial para as demais e a atualização nas unidades já capacitadas, devido a mudanças na legislação e novas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para o atendimento das pessoas em situação de violência.

Considerando a amplitude para efetivar as novas portarias da violência, será necessária a integração desta ação com os projetos das Redes de Atenção Psicossocial e outras.

Rede Psicossocial

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial [por 100.000 habitantes] (COAP)	(Número CAPS I X 0,5) + (Número CAPS II) + (Número CAPS III X 1,5) + (Número de CAPS i) + (Número CAPS ad) + (Número de CAPSad III X 1,5) (ponderado do CNES) X 100.000 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(4,5 \times 100.000) / 546.981$	0,82	0,85	☹️

Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial por 100.000 habitantes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



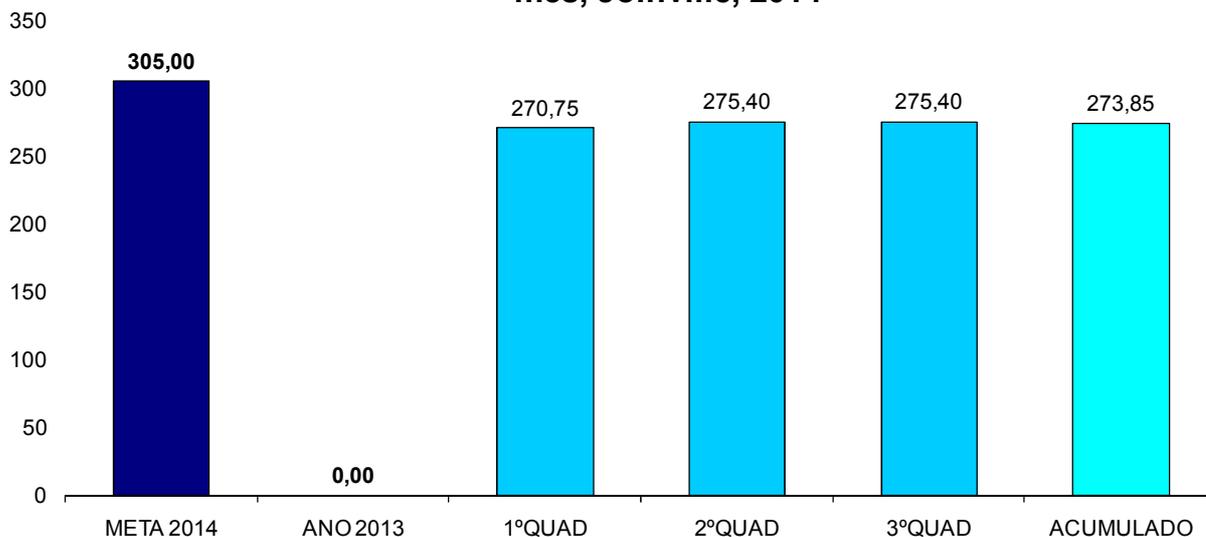
FONTE: (1) UPCA\ Controle e Avaliação, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); (2) IBGE, Estimativa populacional;

O indicador se manteve abaixo do parâmetro de 0,85, devido a não ampliação dos serviços frente ao crescimento da população. O Plano Municipal de Saúde Mental prevê a ampliação do número de CAPS III, adequando este indicador de cobertura.

Doenças e Atenção à Pessoas com Doenças Crônicas

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) por 100.000 habitantes (COAP)	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) com CID selecionado (SIM) X 100.000 / População [residente em Joinville] de 30 a 69 anos (anualizada) (Estimativa populacional (IBGE))	$(707 \times 100.000) / 258.168$	273,9	305,0	😊
Coefficiente de internações por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos de idade por 10.000 habitantes (PPA)	Número de internações de por AVC na população residente de 30 a 59 anos (SIH) X 10.000 / População [residente em Joinville] entre 30 e 59 anos (anualizada) (Estimativa populacional (IBGE))	$(280 \times 10.000) / 229.764$	12,2	15,0	😊

Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) por 100.000 habitantes, segundo o mês, Joinville, 2014

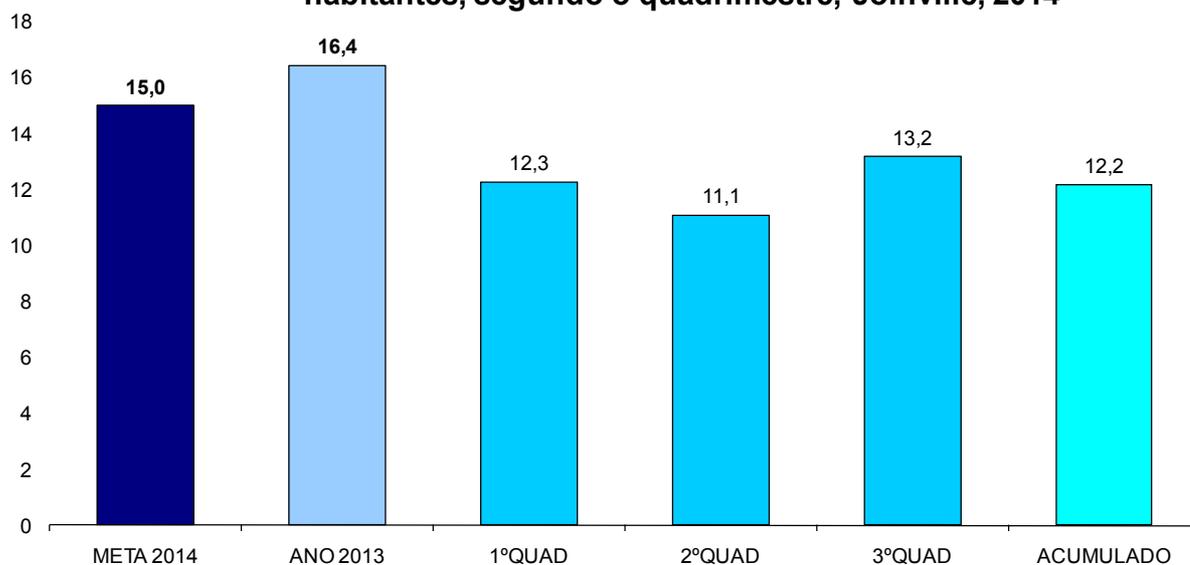


FONTE: (1) UVSIVE, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); (2) IBGE, Estimativa populacional;

O indicador está abaixo da meta estimada, o que é positivo, pois quanto menor o resultado alcançado maior a resolutividade das ações de saúde no controle destas doenças.

Em 2014 foi implantada a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas em Joinville, com quatro (04) comissões: doenças reno-cardiovascular e diabetes, câncer de colo de útero e de mama, sobrepeso e obesidade e doenças respiratórias crônicas. Nessas comissões são discutidos fluxos, encaminhamentos, acesso e problemas em todos os pontos de atenção do itinerário do paciente.

Coeficiente de internações por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos de idade por 10.000 habitantes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) UPCAAC\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Hospitalares (SIH); (2) IBGE, Estimativa populacional;

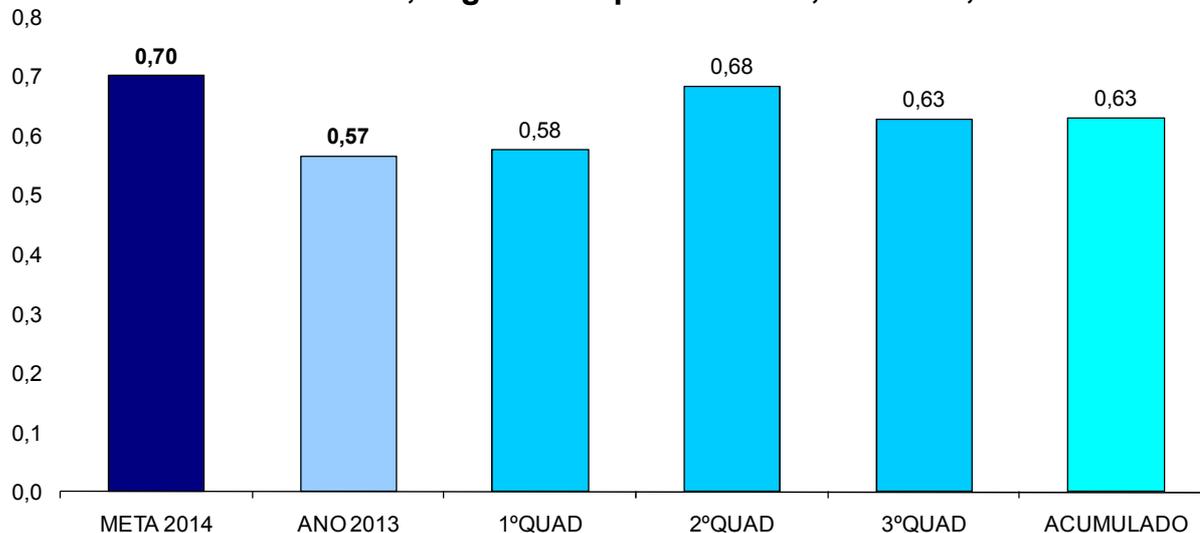
O resultado alcançado de 12,2 internações por 10.000 habitantes está abaixo da meta, o que é positivo. Houve melhoria do atendimento aos pacientes hipertensos, através de ações de revisão da linha guia de hipertensão arterial sistêmica (HAS), matriciamento, definição de fluxo e capacitação em anticoagulação e a campanha para detecção da fibrilação atrial. Também em relação aos pacientes

portadores de diabetes mellitus foram realizadas capacitações em endocrinologia e no manuseio do paciente com 'pé diabético', implantado o ambulatório especializado (Pro Dia) no PAM Boa Vista e o matriciamento em endocrinologia, além de concluída revisão da linha guia de diabetes mellitus.

Rede Cegonha

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária (COAP)	Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (SIA) / População feminina [residente em Joinville] entre 25 a 64 anos dividido por 3 anos (anualizada) (fração da estimativa populacional do IBGE)	(26.658) / 42.324	0,63	0,70	
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária (COAP)	Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos (SIA) / População feminina [residente em Joinville] entre 50 a 69 anos dividido por 2 anos (anualizada) (fração da estimativa populacional do IBGE)	(14.076) / 22.176	0,63	0,70	

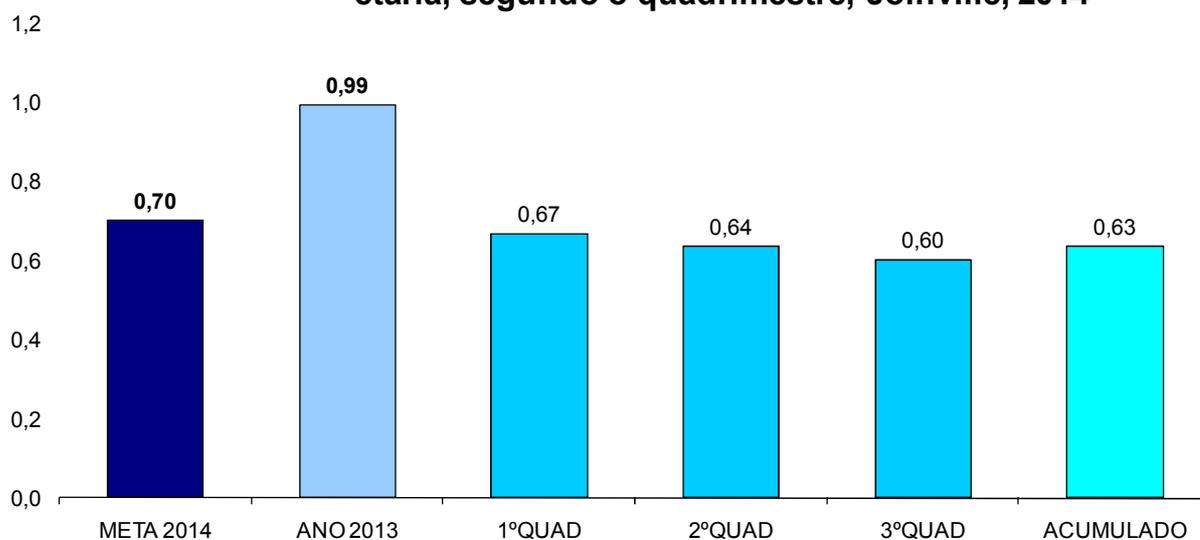
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) UPCA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (2) IBGE, Estimativa populacional;

Foram realizadas ações ao longo do ano, como a oferta de consultas em número compatível com a população e campanhas na semana da mulher em outubro em alusão ao outubro rosa. Além de ofertas em finais de semana e horários alternativos. Porém o número de faltas é elevado em todas as unidades. Vale ressaltar que a faixa etária contemplada pelo indicador, refere-se a mulheres em idade produtiva e que muitas vezes realizam exames no serviço privado, não sendo possível computar no indicador.

Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014

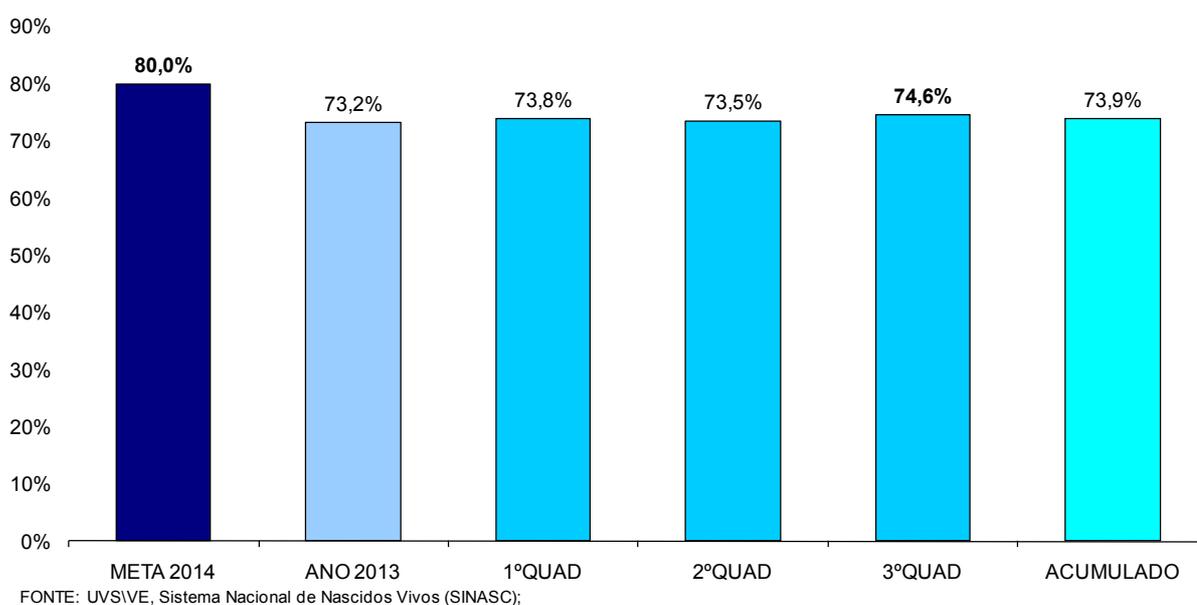


FONTE: (1) UPCA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (2) IBGE, Estimativa populacional;

Não foi alcançada a meta apesar de haver oferta adequada do procedimento através de serviços complementares. Houve mudanças no Sistema de informações (SISCAN), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, que permitirá melhor controle dos exames realizados no âmbito do município. Ainda assim, ações de sensibilização das usuárias, identificação das faltosas e sua busca ativa devem ser desenvolvidas para melhorar este indicador.

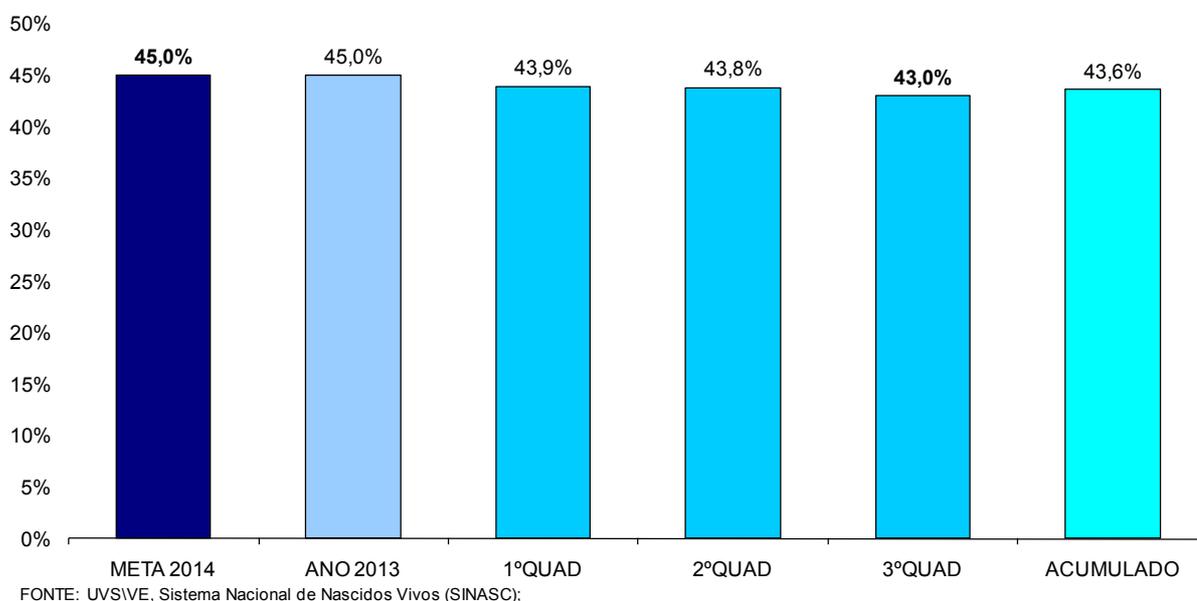
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (COAP)	Número de nascidos vivos de mães residentes com sete ou mais consultas de pré-natal (SINASC) X 100 / Número de nascidos vivos [filhos de mães residentes em Joinville] (SINASC)	$(5.953 \times 100) / 8.051$	73,9%	80,0%	☹️
Proporção de partos normais (COAP)	Número de nascidos vivos [filhos de mães residentes em Joinville] nascidos por parto normal (SINASC) X 100 / Número de nascidos vivos [filhos de mães residentes em Joinville] (SINASC)	$(3.511 \times 100) / 8.051$	43,6%	45,0%	☹️
[Razão do] número de testes de sífilis por gestante (COAP)	Número de testes de sífilis por gestante residentes (SIA) / Número de partos hospitalares do SUS (SIH)	1.218 / 3.918	0,31	2,0	☹️

Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



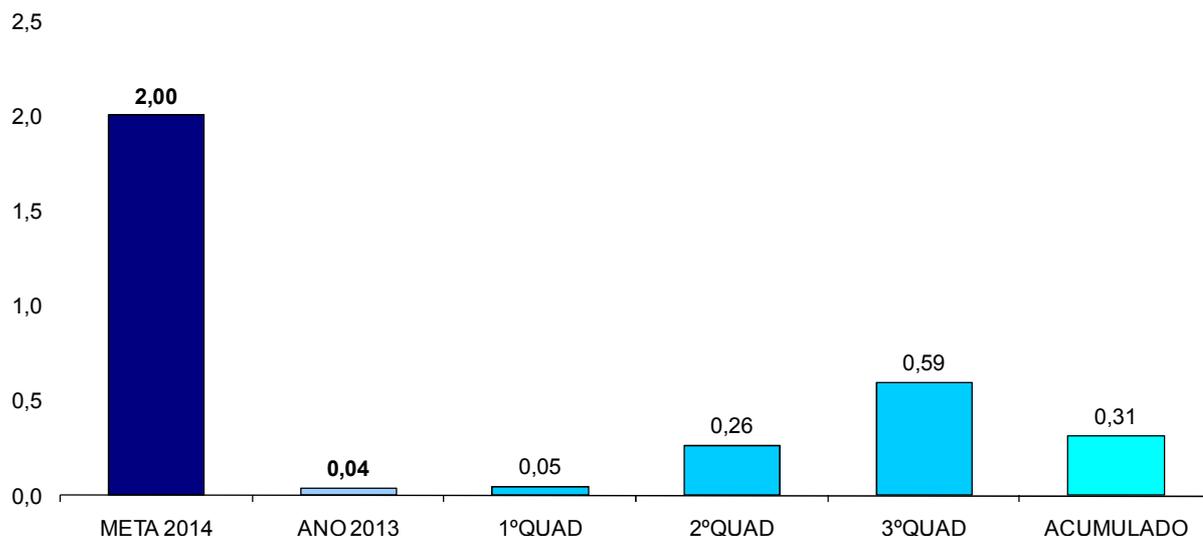
O indicador manteve-se semelhante a 2013, apresentando pequena melhora no 3º quadrimestre, porém com dificuldades para atingir as metas, principalmente devido a falta de registros adequados pelas equipes das unidades e também ao tempo de intervalo entre as consultas. Este é um indicador prioritário, que está sendo trabalhado a fim de atingir a meta. Para o próximo ano, continuará sendo priorizado, com capacitação em pré-natal e implantação de grupos de casais grávidos em horário noturno.

Proporção de partos normais, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



O indicador não atingiu a meta prevista de 45% ficando abaixo do esperado. O principal fator para o não alcance da meta é a elevada proporção de partos cesáreos na rede privada, sobre a qual a gestão municipal tem pouca interferência. Espera-se melhoria neste quadro com a implantação do partograma na rede privada, determinado pelo Ministério da Saúde. No setor público prevê-se a implantação do Centro de Parto Normal tendo sido enviado projeto ao Ministério da Saúde com vistas a custeio.

Razão do número de testes de sífilis por gestante, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014

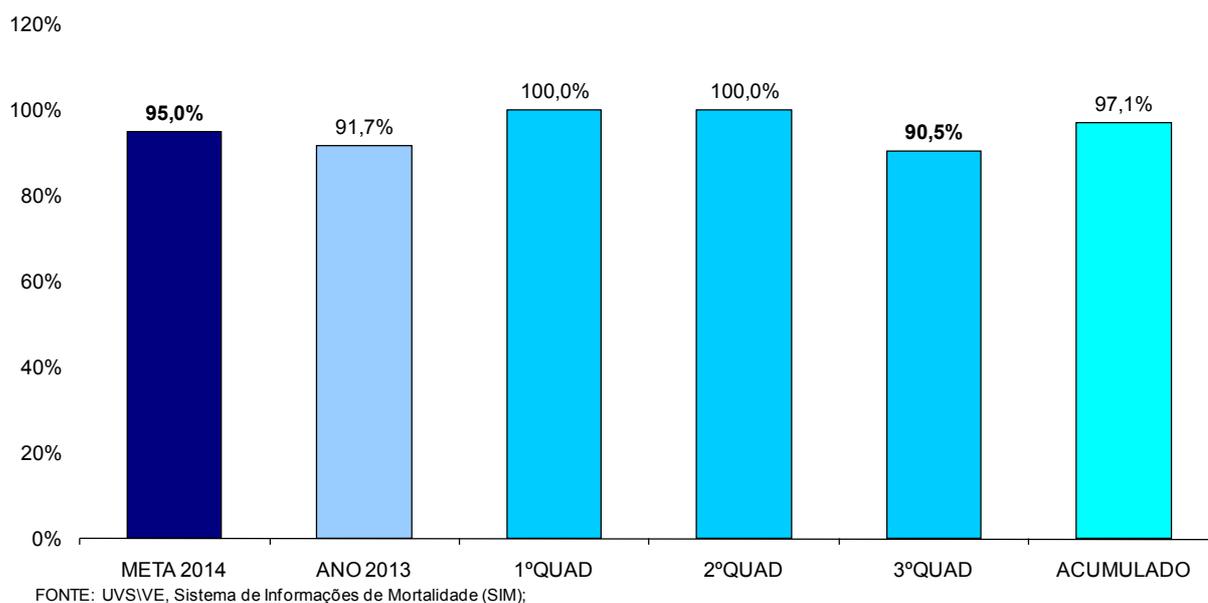


FONTE: (1) UPCA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (2) UPCA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Hospitalares (SIH);

Este indicador é formado pela soma do registro de dois códigos de produção: o primeiro, alimentado pelas enfermeiras das unidades básicas de saúde e caracteriza-se pelo registro do número de testes rápidos de sífilis em gestantes. O segundo, alimentado pelo Laboratório Municipal de Joinville, é o número de gestantes que realizaram o exame de sangue VDRL no ano. Foram realizados 1.080 Testes rápido de sífilis em gestante e 138 exames de VDRL no ano de 2014, para um total de 3.918 partos realizados no SUS. Os registros de testes rápidos para sífilis em gestantes iniciaram no segundo semestre do ano de 2014, devido à necessidade de treinamento e padronização das equipes (o que aconteceu ao longo do primeiro semestre). Neste contexto, considera-se que os registros e o número de testes rápidos realizados pelas unidades básicas de saúde foi adequado. No entanto, os registros do exame de VDRL em gestantes realizados pelo Laboratório Municipal de Joinville foram sub notificados, devido a falhas no sistema de informações do laboratório.

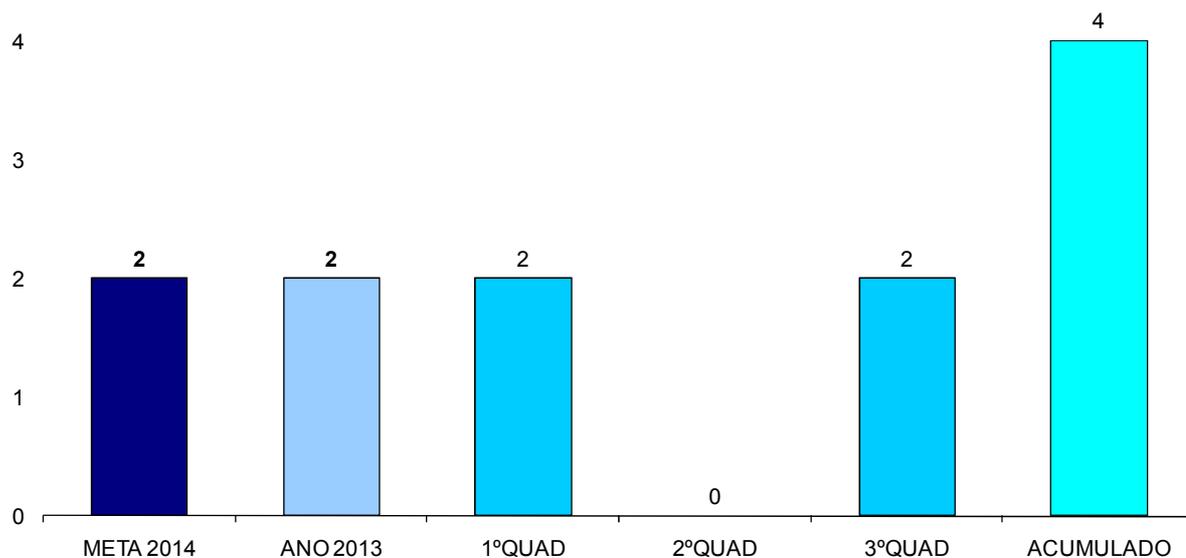
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados (COAP)	Número de óbitos de mulheres em idade fértil [MIF - residentes em Joinville] investigados (SIM) X 100 / Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos [MIF: mulheres em idade fértil - residentes em Joinville em Joinville] (SIM)	$(134 \times 100) / 137$	97,8%	95,0%	😊
Proporção de óbitos maternos investigados (COAP)	Número de óbitos maternos [de residentes em Joinville] investigados (SIM) X 100 / Número de óbitos maternos [de residentes em Joinville] (SIM)	$(4 \times 100) / 4$	100%	100,0%	😊
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (COAP)	Número de óbitos maternos [de residentes em Joinville] (SIM)	4	4	2	☹️

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



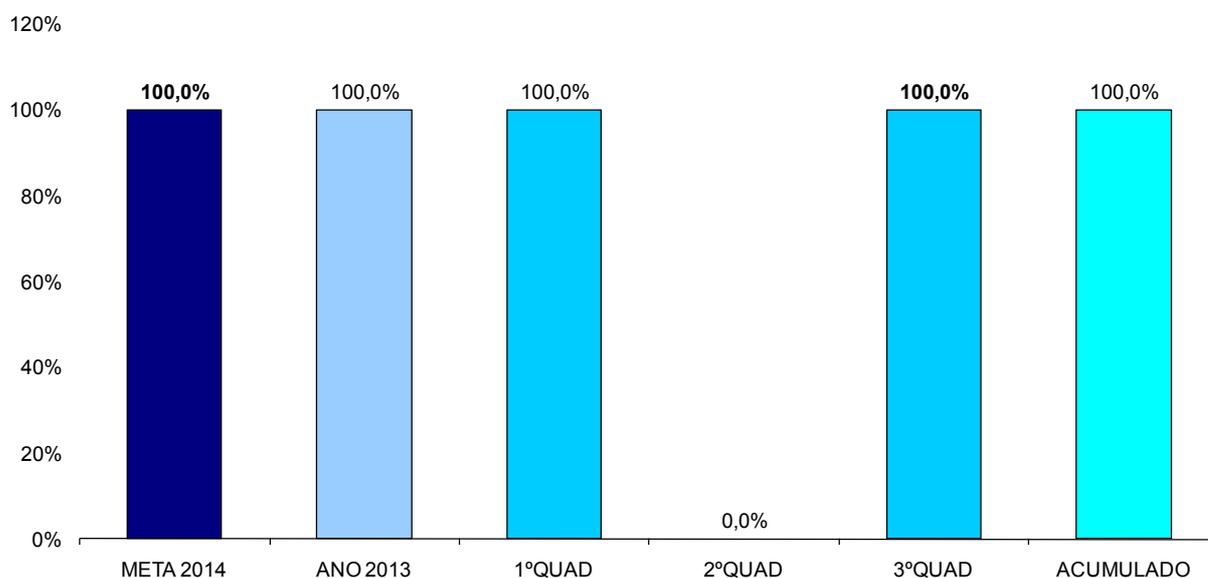
Todos os 137 óbitos ocorridos de mulheres em idade fértil foram encaminhados para investigação. Dentre eles quatro (04) aguardam retorno das Unidades e 133 (97,8%), foram investigados e alimentados no SIM WEB com apenas um (01) fechamento não oportuno no Sistema.

Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: UVSIVE, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM);

Proporção de óbitos maternos investigados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: UVSIVE, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM);

Todos os 137 óbitos ocorridos de mulheres em idade fértil foram encaminhados para investigação. O Brasil reduziu a mortalidade materna em 43% na última década, ainda assim a OMS alerta que nenhum país da América Latina, atingiu a meta proposta de redução de 75% da taxa de mortalidade materna até 2015.

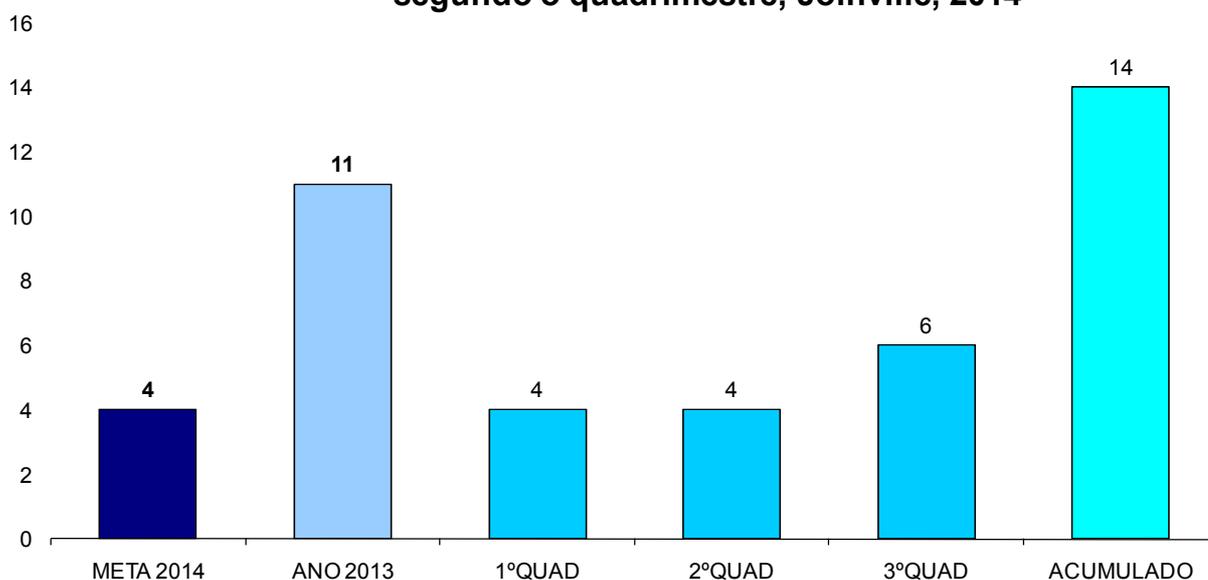
As ações que buscam diminuir a incidência de mortes maternas em Joinville são apoiadas e acompanhadas pelo grupo gestor da rede cegonha e também pela vigilância epidemiológica. Entre estas ações se destacam: (a) qualificar e humanizar a atenção ao parto e ao aborto legal; (b) assegurar a gestante acompanhamento de qualidade antes, durante e depois do parto; (c) acesso ao planejamento familiar; e (d) suporte social a gestante e recém-nascido de risco.

Dos quatro (04) óbitos maternos ocorridos, em dois (02) a investigação foi conclusiva como causa materna indireta. Uma gestante sofreu acidente de moto e foi a óbito junto com o recém nascido, enquanto a outra sofreu isquemia mesentérica. Os dois outros óbitos foram classificados como óbitos

maternos diretos. A Comissão de Mortalidade Materna realiza o estudo dos casos e encaminha para as devidas providências, como ação corretiva a estas causas. Ainda, a Comissão de Mortalidade Materna está verificando e programando capacitação e atualização em pré-natal aos pré-natalistas do município.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Número de casos novos [confirmados] de sífilis congênita em menores de um ano de idade (COAP)	Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade [filhos de mães residentes em Joinville] (SINAN)	14	14	4	☹️

Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: UVSIVE, Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);

O resultado alcançado ficou muito acima da meta estimada, seguindo a tendência nacional, em que os casos de sífilis congênita aumentaram expressivamente em todo o Brasil.

Em 2014 foram diagnosticados 84 casos de sífilis diagnosticados em gestantes, dos quais culminaram no desfecho de 14 casos sífilis congênitas (16,6%). Destes casos de sífilis congênita, segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, 71,6% dos casos foram em crianças Nascidas-vivas (10), que estão em acompanhamento e tratamento na rede de saúde, 14,2% ocorreram em natimortos (2) e 14,2% ocorreram abortamento (2).

Realizando uma análise do perfil das gestantes com sífilis, que geraram os 14 casos de sífilis congênitas, 100% das mães (gestantes com sífilis) iniciaram o pré-natal, sendo 02 na rede privada e 12 na rede pública. Os 02 casos onde a mãe realizou o pré-natal na rede privada não foram notificados à vigilância epidemiológica, sendo que 05 foram notificados pelas UBS e 09 pela Maternidade no momento do parto. Durante o pré-natal, 58% destas gestantes que tinham diagnóstico de sífilis realizaram menos de 7 consultas, em média, e 42% fizeram mais de 7 consultas de pré-natal, o que indica a necessidade de melhorar o acompanhamento de pré-natal nas unidades básicas de saúde, pois este não está sendo eficiente para evitar que as gestantes com sífilis transmitam para seus bebês sífilis congênita. A idade destas gestantes com sífilis estendeu-se da faixa etária de 16 a 19 anos (5) e 21 a 29 anos (5) que foram predominantes, e alguns casos na faixa etária de 38 a 43 (4). A escolaridade predominante das gestantes com sífilis é de ensino fundamental (1ª a 8ª série). Com relação a situação conjugal destas gestantes, observou-se que a situação predominantemente relatada foi de união estável (6), solteira (5) e as demais eram casadas (3).

Sobre o tratamento do parceiro diante do diagnóstico de sífilis na gestante, 75% destes não realizaram tratamento, 17% foram tratados, porém não concluíram, sendo considerado tratamento

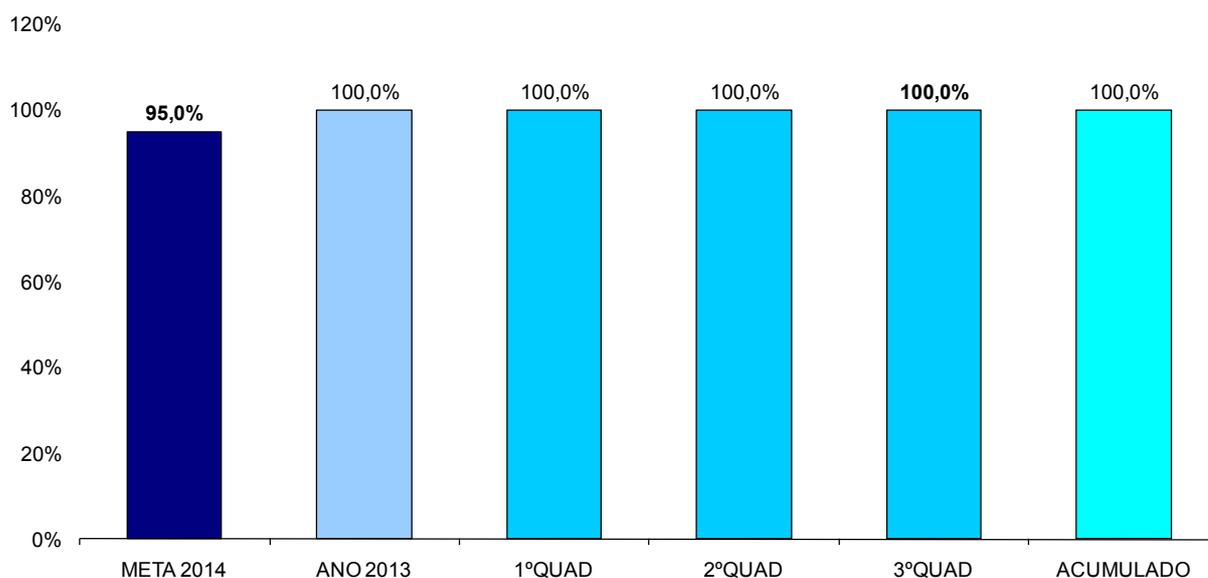
inadequado e 8% completaram o tratamento, ou seja, realizaram o tratamento adequado. Isto mostra a dificuldade e o desafio na adesão do parceiro ao tratamento.

Ainda, diante da identificação de falhas no processo de monitoramento das sífilis em gestante e com o objetivo de evitar ou diminuir as sífilis congênitas, em reunião entre a Unidade de Vigilância em Saúde e a Unidade de Atenção Básica, foram estabelecidas ações para correção como: (a) constituir grupo de trabalho para realizar o diagnóstico situacional das sífilis em Joinville desde 2010; (b) articular a vigilância e a atenção básica para busca ativa das gestantes com sífilis, com prioridade no monitoramento e acompanhamento no pré-natal, garantindo tratamento adequado; (c) fomentar junto ao Estado e União, medidas para melhorar a adesão do tratamento medicamentoso do parceiro, através do fornecimento de medicação via oral para o parceiro, o que aumentaria a sua adesão ao tratamento; e (d) constituir grupo de trabalho para revisar e atualizar o protocolo clínico de manejo da sífilis em gestantes.

Como medidas de controle, estão sendo priorizadas ações na atenção básica, a saber: fortalecimento das consultas de pré-natal, ampliação do acesso ao teste rápido de sífilis para a gestante e seu parceiro, acompanhamento mais próximo das gestantes e seu parceiro diagnosticados pelas UBS, garantindo o tratamento adequado, palestras educativas em parceria com PSE abordando temas como sexualidade e gravidez na adolescência, acompanhamento das crianças portadoras de sífilis congênita através do Programa Bebê Precioso e infectologista, orientação às equipes para que priorizem este problema nos planejamentos locais.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados (COAP)	Número de óbitos infantis e fetais [de filhos de mães residentes em Joinville] investigados (SIM) X 100 / Número de óbitos infantis e fetais [de filhos de mães residentes em Joinville] (SIM)	$(118 \times 100) / 118$	100%	95,0%	😊
Coefficiente de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) (COAP)	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade [filhos de mães residentes em Joinville] (SIM) X 1.000 / Número de nascidos vivos [filhos de mães residentes em Joinville] (SINASC)	$(60 \times 1.000) / 8051$	7,5	8,0	😊

Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014

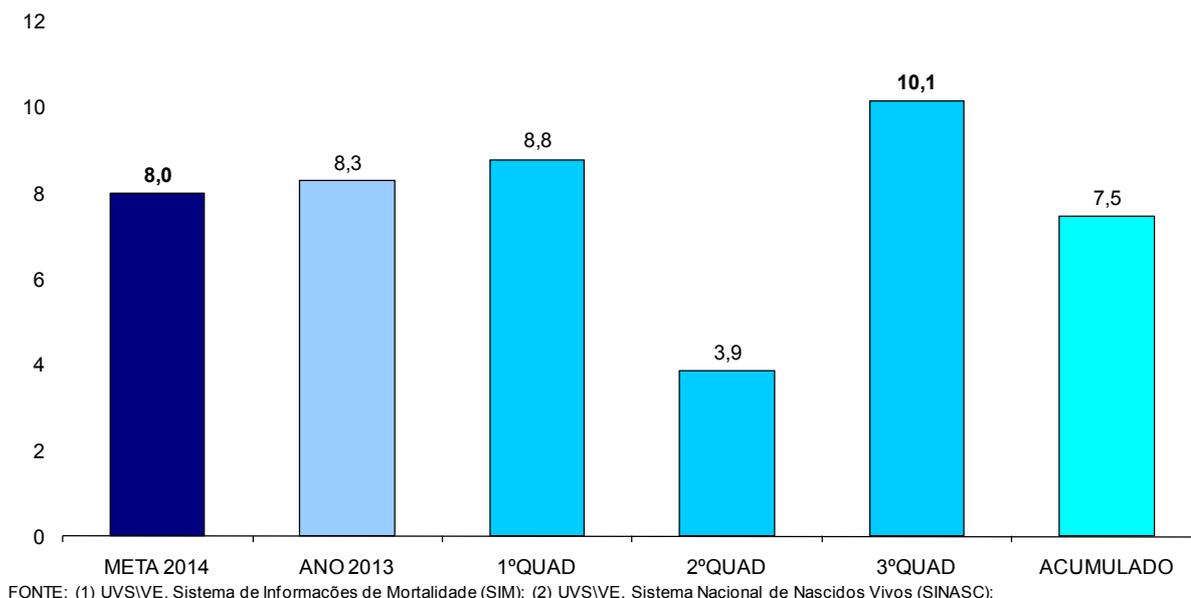


FONTE: UVSIVE, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM);

Os 118 óbitos infantis e fetais foram notificados às UBSs de abrangência para análise (entrevista domiciliar e coleta de dados nos prontuários ambulatoriais). Estas informações, juntamente com dados hospitalares, declaração de nascimento e/ ou de óbito e laudo do SVO/IML levantados pela Vigilância Epidemiológica, são objeto da avaliação pela Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil (CPMI).

Das 118 notificações de óbito enviadas às UBSs não houve retorno de oito (08) análises, sendo suas investigações concluídas sem esta informação e alimentados no SIM e SIMweb. Apenas 01 óbito foi fechado no sistema fora do prazo (declaração de óbito ficou retida na instituição que emitiu) e a medida corretiva já foi adotada.

Coeficiente de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos), segundo o quadrimestre, Joinville, 2014

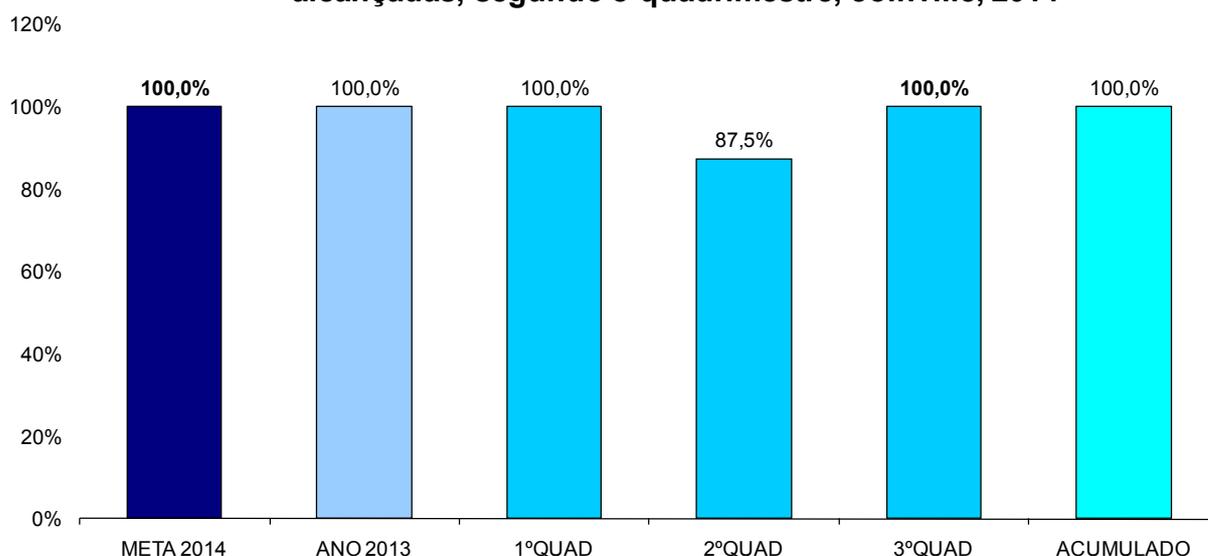


O Coeficiente de mortalidade infantil foi 7,5 por mil nascidos vivos, sendo que predominou óbitos no período neonatal, com baixo peso (38 óbitos < 2.500kg), prematuridade (36 óbitos < 37 semanas gestação) e presença de malformação congênita (19 casos).

O relatório completo da CPMI é apresentado no Apêndice 2.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas (COAP)	Número de vacinas [selecionadas] do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais adequadas as normas do PNI (calculado do SI-PNI e SINASC) X 100 / Número de vacinas do calendário do 1º ano (SI-PNI e SINASC)	(8 X 100) / 8	100,0%	100,0%	😊

Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança no primeiro ano de vida com coberturas vacinais alcançadas, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) UVS\ VE, Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI); (2) UVS\ VE, Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC); (3) UVS\ VE, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI); e (4) UVS\ VE, Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC);

Este indicador contempla oito (08) vacinas priorizadas na infância (BCG, anti-rotavírus, pentavalente, anti-poliomielite, anti-pneumocócica, anti-meningocócica, tríplice viral e influenza) com metas específicas de cobertura para cada uma.

A imunização é uma das prioridades das equipes de atenção básica e todos os esforços são realizados para atingir as metas, como por exemplo a busca ativa das carteiras de vacinas em atraso. Nas visitas domiciliares, os ACS avaliam as carteiras e orientam as famílias para que procurem a unidade de saúde.

Na Campanha da Influenza em maio de 2014, da meta de 32.003 crianças na faixa etária de 6 meses a menores de 5 anos de idade, foram vacinadas 29.055 (90,8%) crianças. Entretanto, após o término da campanha, a vacina foi disponibilizada para crianças de até 5 anos de idade. Da população alvo de 7.028 crianças, 5.137 (73%) foram vacinadas (não incluído no indicador).

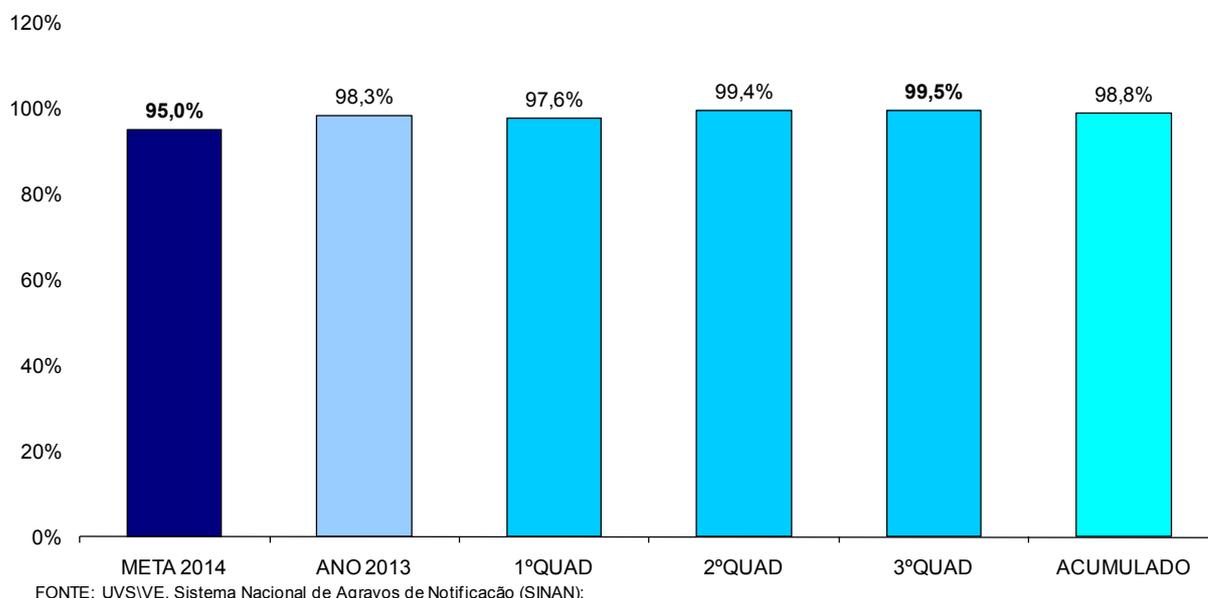
Vigilância Epidemiológica e controle de agravos

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de casos notificados, encerrados oportunamente após notificação* (PPA)	Número de casos [de residentes em Joinville] notificados encerrados oportunamente (SINAN) X 100 / Número de registros [de residentes em Joinville] notificados no período da avaliação (SINAN)	$(237 \times 100) / 257$	99,0%	95,0%	😊
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação** (COAP)	Número de registros de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) [de residentes em Joinville] encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. (SINAN) X 100 / Número de registros de DNCI [de residentes em Joinville] notificados no período da avaliação (SINAN)	$(299 \times 100) / 302$	99,0%	95,0%	😊

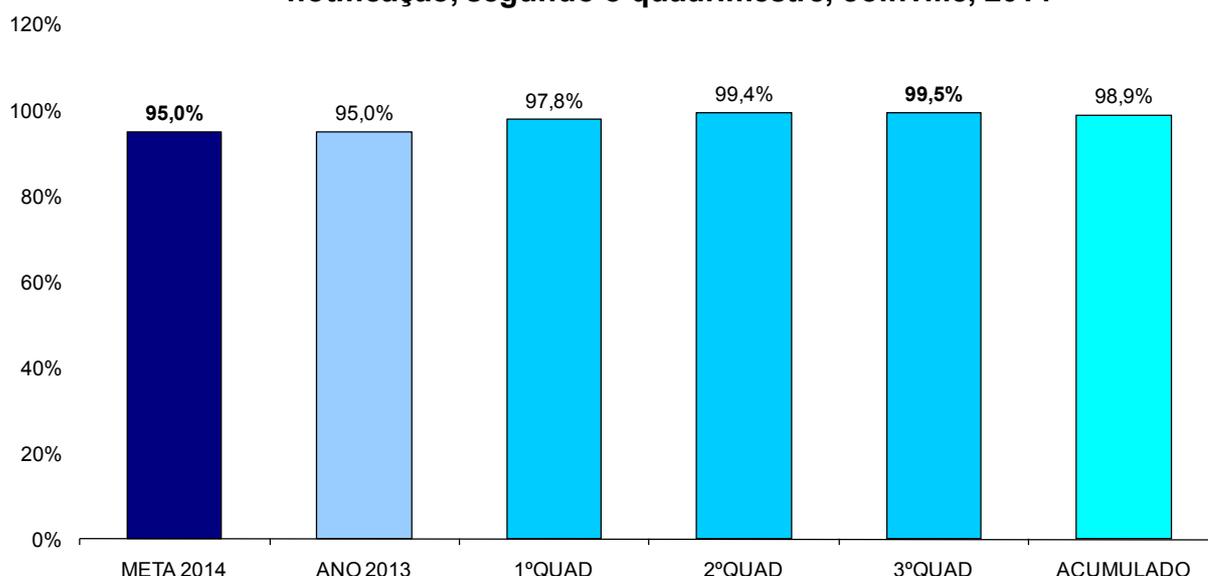
*Os agravos monitorados quanto a conclusão em tempo oportuno da investigação epidemiológica são: doença de Chagas, coqueluche, febre amarela, febre tifóide e hantavirose, hepatites virais (B e C), leptospirose, meningites (todas), tuberculose e tétano.

**Doenças de notificação compulsória IMEDIATA (DNCI): "Foram elencadas as 15 doenças com maior magnitude e/ou relevância do grupo de notificação imediata (estadual ou nacional), sendo: botulismo, cólera, dengue (óbitos), febre amarela, febre de Chikungunya, febre do Nilo Ocidental, febre maculosa, influenza por novo subtipo viral, paralisia flácida aguda, peste, raiva, rubéola, sarampo, síndrome da rubéola congênita, síndrome respiratória aguda grave associada a coronavírus" (Portaria GM/MS nº 1271, de 06 de junho de 2014).

Proporção de casos notificados, encerrados oportunamente após notificação, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014

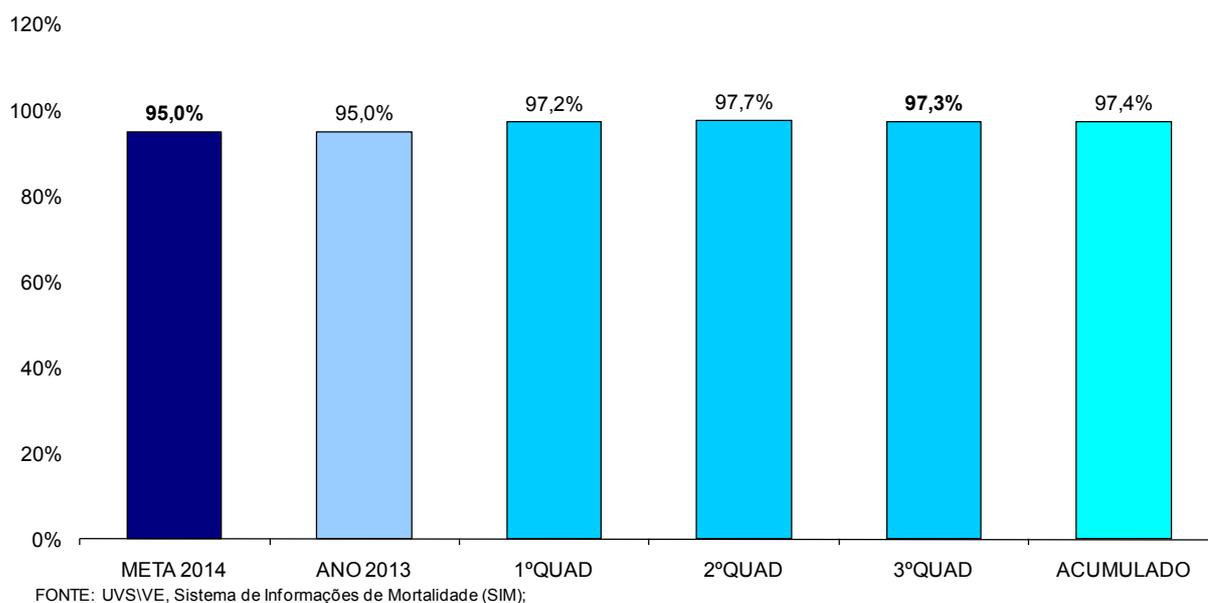


FONTE: UVSIVE, Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);

O encerramento das investigações alcançou um excelente resultado em ambos indicadores, mostrando que o monitoramento dos prazos de fechamento das investigações tem sido priorizado no Serviço da Vigilância Epidemiológica. Os casos pontuais fora do prazo já foram identificados e medidas corretivas adotadas.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida (COAP)	Número de óbitos não fetais [de residentes em Joinville] com causa básica definida (SIM) X 100 / Número de óbitos não fetais [de residentes em Joinville] (SIM)	$(2.542 \times 100) / 2.610$	97,4%	95,0%	☺

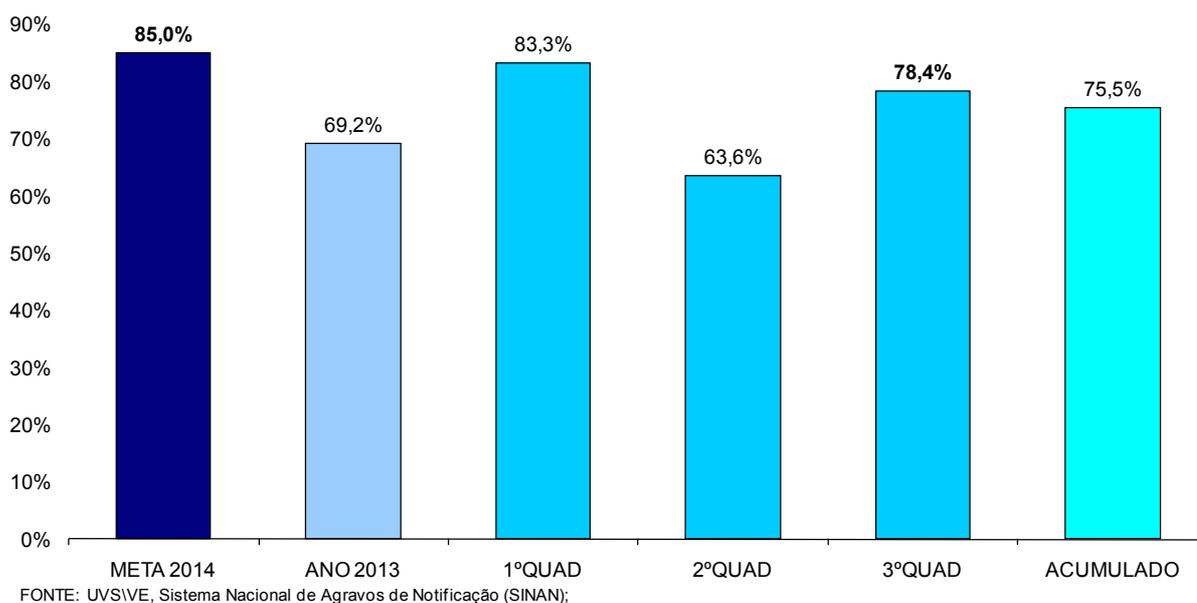
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Este indicador é monitorado mensalmente e frente às causas indeterminadas, imediatamente são adotadas medidas corretivas junto a instituição e/ou profissional envolvido.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (COAP)	Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera [em residentes em Joinville] diagnosticados no período da coorte e curados (SINAN) X 100 / Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera [em residentes em Joinville] diagnosticados no período da coorte (SINAN)	$(80 \times 100) / 106$	75,5%	85,0%	
Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose (COAP)	Número de casos novos de tuberculose [de residentes em Joinville] com exame anti-HIV realizado (SINAN) X 100 / Número de casos novos de tuberculose [de residentes em Joinville] diagnosticados (SINAN)	$(183 \times 100) / 189$	96,8%	95,0%	

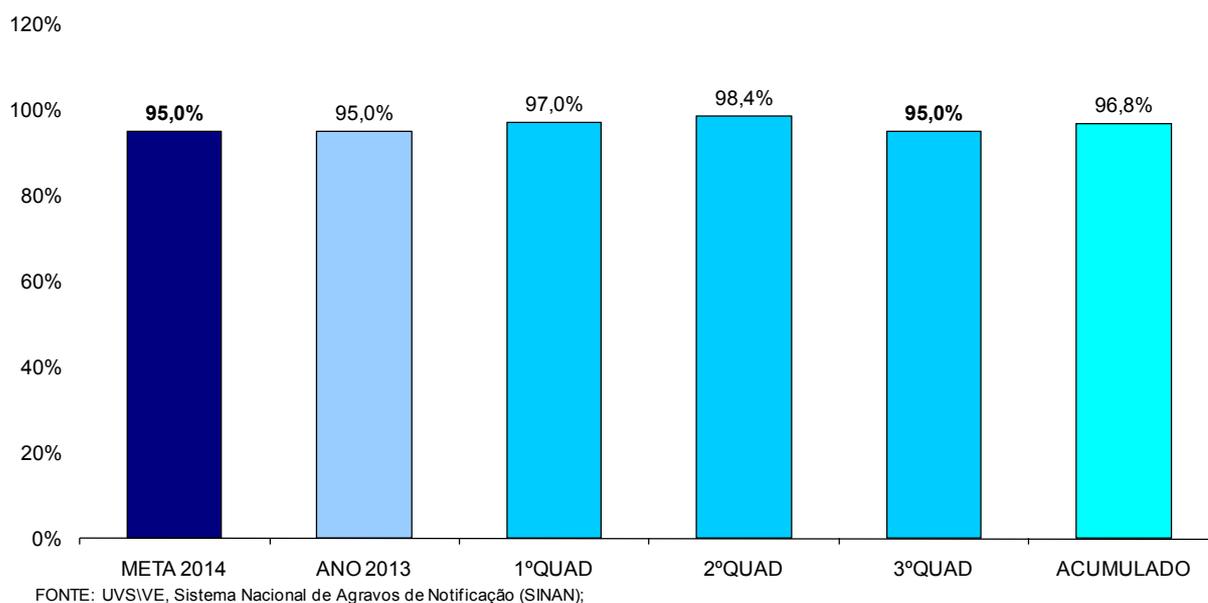
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Este indicador não atingiu a meta estimada. Dos 106 casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera notificados, 80 pacientes (75,5%) evoluíram para cura na coorte; 01 paciente ainda encontra-se em tratamento; 09 pacientes foram transferidos e ainda estavam em tratamento; 03 pacientes evoluíram para óbito devido à tuberculose; 01 foi a óbito por outras causas; e 12 pacientes foram classificados como abandono de tratamento (após rotina de intervenção do Programa de Controle da tuberculose, que inclui busca ativa, visita domiciliar, contato telefônico, contato com Unidade Básica de Saúde e orientação ao paciente).

Na maioria dos casos, o paciente sai da residência cadastrada e o Programa desconhece o novo endereço para busca ativa. O caso que permanece em tratamento (diagnosticado em outubro de 2013) refere-se a um paciente com hepatopatia e pouca adesão ao tratamento.

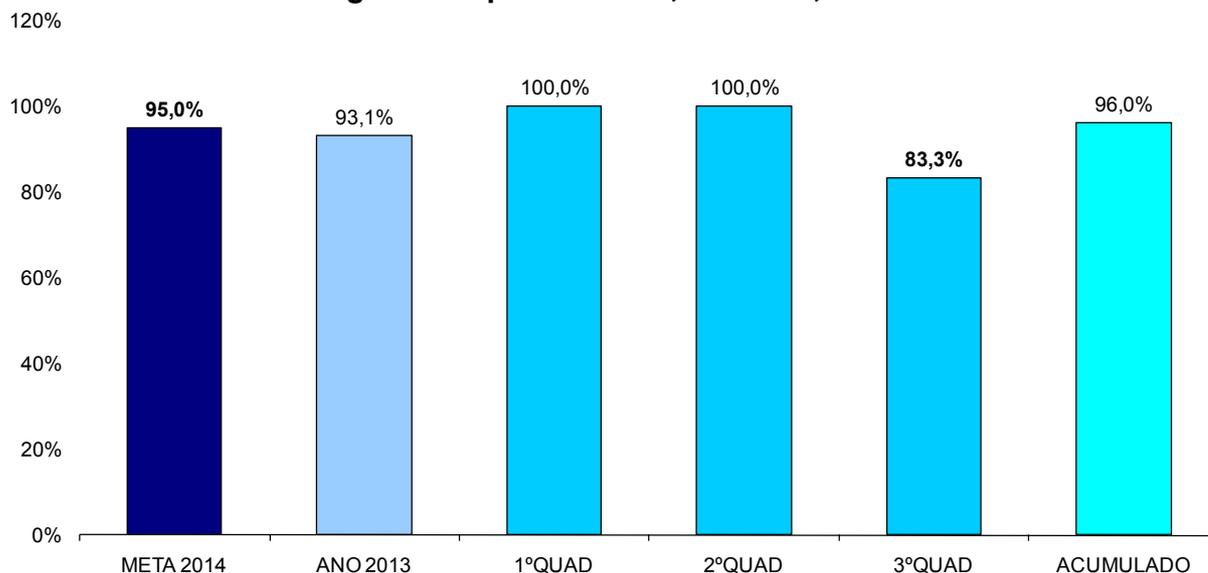
Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



O resultado alcançado ultrapassou a meta. Dos 189 casos novos identificados e notificados, 183 realizaram testagem para HIV, 04 pacientes se recusaram a realizar o exame e 02 aguardavam resultado.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (COAP)	Número de casos novos de hanseníase [de residentes em Joinville] diagnosticados no período da coorte e curados (SINAN) X 100 / Número de casos novos de hanseníase [de residentes em Joinville] PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação (SINAN)	$(24 \times 100) / 25$	96,0%	95,0%	😊
Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados(COAP)	Número de contatos intradomiciliares examinados referente aos casos novos de hanseníase diagnosticados no período da coorte [residentes em Joinville] (SINAN) X 100 / Número de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos de hanseníase diagnosticados no período da coorte [de residentes em Joinville] (SINAN)	$(57 \times 100) / 68$	83,8%	80,0%	😊

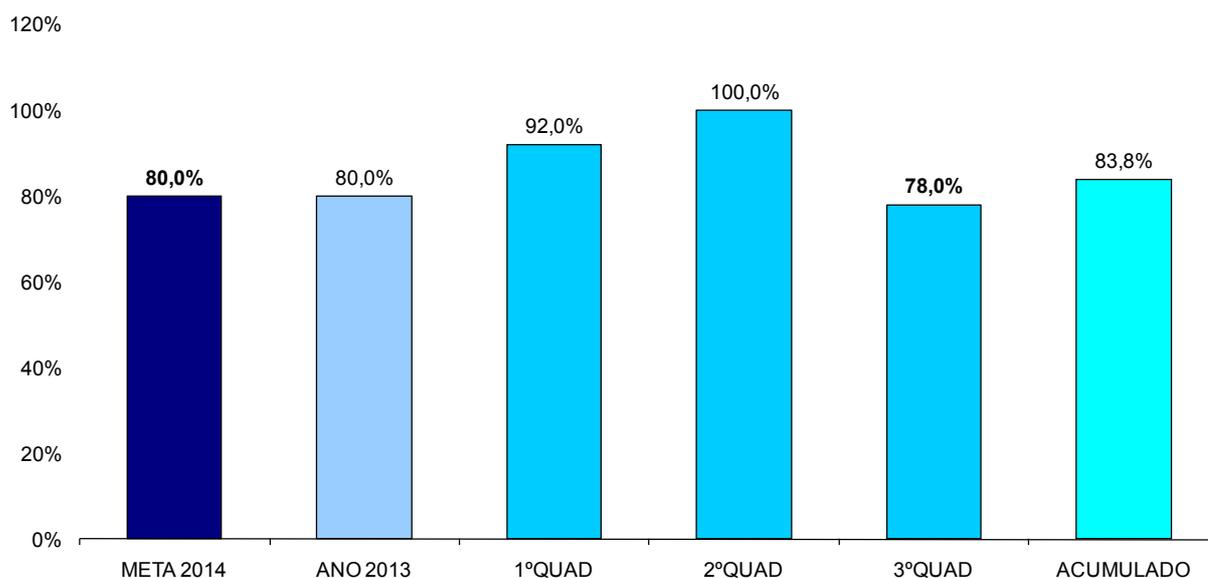
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: UVSIVE, Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);

O indicador acima da meta estimada demonstra que todos os casos diagnosticados no serviço têm respondido efetivamente ao tratamento, recebendo alta por cura. O único paciente que não teve alta por cura dentro do período de coorte, foi por abandono do tratamento, mesmo com diversas buscas ativas realizadas pelo serviço. Diante deste fato a Secretaria Municipal de Saúde buscou intervenção judicial, onde o paciente foi acionado pela justiça e retornou ao tratamento concluindo com sucesso.

Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: UVSIVE, Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);

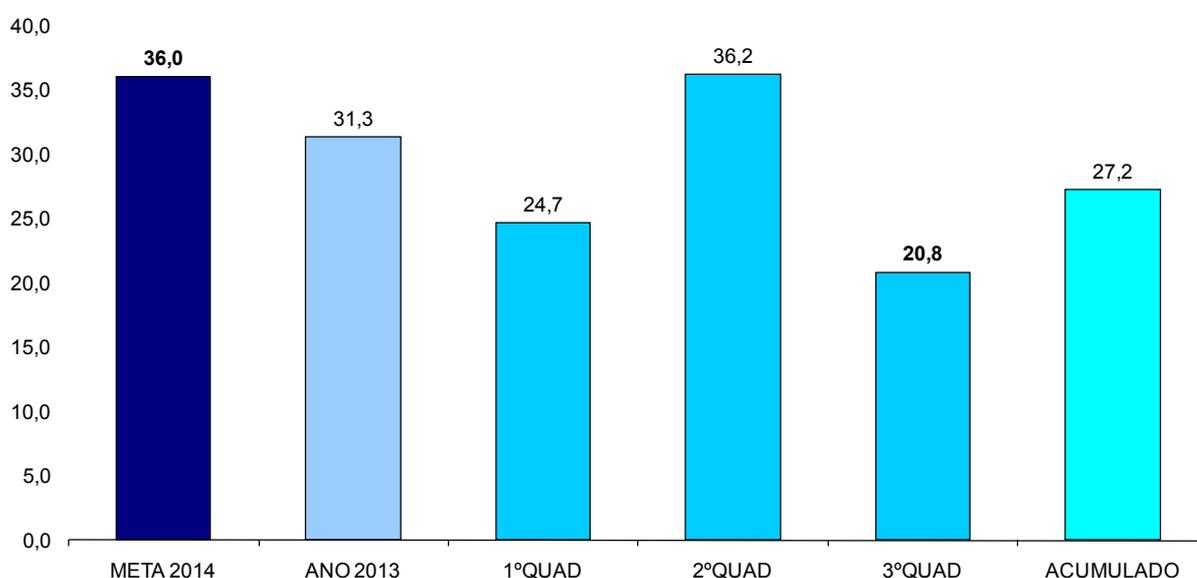
As pessoas que tiveram contato com portadores de hanseníase, foram encaminhadas ao Programa para orientações e exames. Nos casos de impossibilidade de comparecimento, foram realizadas visitas domiciliares. Em toda oportunidade é esclarecida ao paciente a importância do exame de contatos, entretanto o mesmo não é obrigatório e alguns pacientes recusam, entendendo ser desnecessário a realização. Ainda assim a equipe sensibiliza para o exame, durante todo o tratamento do paciente diagnosticado. Para 2015, foram programadas reuniões de matriciamento com as Unidades Básicas de Saúde, onde há maior número de casos de hanseníase no município, visando a sensibilização dos profissionais para a captura de casos suspeitos e de apoio no acompanhamento dos casos confirmados e contatos. No decorrer de 2014, não foi possível o exame de contatos em 10 pessoas, 06 por impossibilidade de serem encontradas apesar das diversas tentativas, 01 foi a óbito, 3 se recusaram a realizar o exame.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Taxa de incidência de AIDS na população por 100.000 habitantes (PPA)	Número de casos novos de AIDS [de residentes em Joinville] [por mês de diagnóstico] (SINAN) X 100.000 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(149 \times 100.000) / 546.981$	27,2	36,0	☺
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos (COAP)	Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos de idade [de residentes em Joinville] (SINAN)	1	1	1	☺

Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm 3 (COAP)	Número de indivíduos maiores de 15 anos [residentes em Joinville] infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, com contagem inicial de CD4 abaixo de 200 cel/mm 3 (SCEL) X 100 / Número de indivíduos maiores de 15 anos [residentes em Joinville] infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, que realizaram a primeira contagem de CD4 (SCEL)	(43 X 100) /204 apenas 1ºQUAD	21,0%	16,0%	
--	--	-------------------------------	-------	-------	---

Fonte: Cruzamento SISCEL e SICLON www.aids.gov.br/dadoscoap

Taxa de incidência de AIDS na população por 100.000 habitantes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014

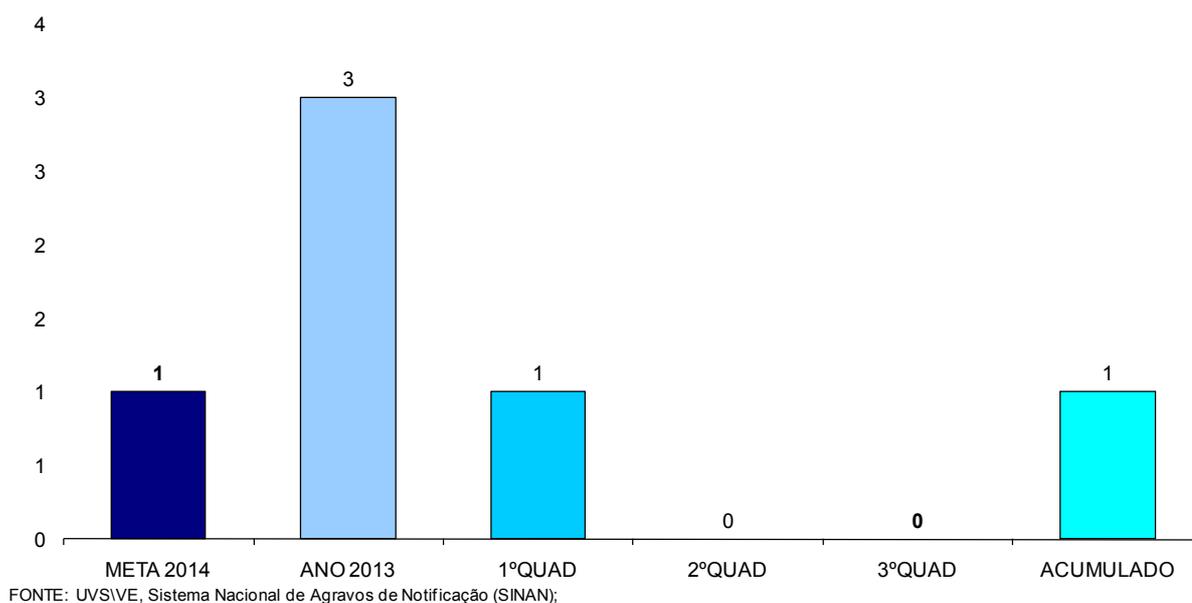


FONTE: (1) UVSIVE, Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN); (2) IBGE, Estimativa populacional;

A taxa de incidência abaixo da meta pode indicar dois aspectos: No primeiro, o serviço vem ampliando a captação precoce dos pacientes portadores de HIV, de forma que sendo ofertado o tratamento desde o resultado positivo, os indivíduos retardam o diagnóstico para Aids, ou seja, passa-se a ter mais casos de HIV e menos casos de Aids, visto que a eficácia do tratamento melhora o sistema imunológico e diminui significativamente a carga viral. Quanto mais precoce é iniciado o tratamento, mais tardio é o diagnóstico por Aids. No segundo aspecto, o resultado alcançado foi inferior a meta estimada, o que sugere baixa captação de casos e que a população não procura o serviço para acesso ao diagnóstico. No segundo semestre de 2014, com a implantação da testagem rápida para HIV, medida esta de ação diagnóstica rápida, de fácil manejo e que revela em poucos minutos a situação diagnóstica dos indivíduos em relação ao HIV, inicia-se uma mudança de cultura junto a população e governo em relação ao diagnóstico, ainda que restrita a gestantes e mulheres no momento do parto. Para 2015 está programada a ampliação da oferta de testes rápidos para a população em geral, através do serviço especializado realizado pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), e das Unidades de Atenção Básica.

A prevenção está pautada em atividades educativas sobre as formas de proteção bem como na oportunidade de acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento. Para isso, torna-se necessário ampliar e qualificar estas ações na forma de promoção de saúde, ou seja, que os indivíduos adotem as medidas de cuidado e proteção, de forma a evitar a infecção e reduzir o aumento de novos casos.

Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



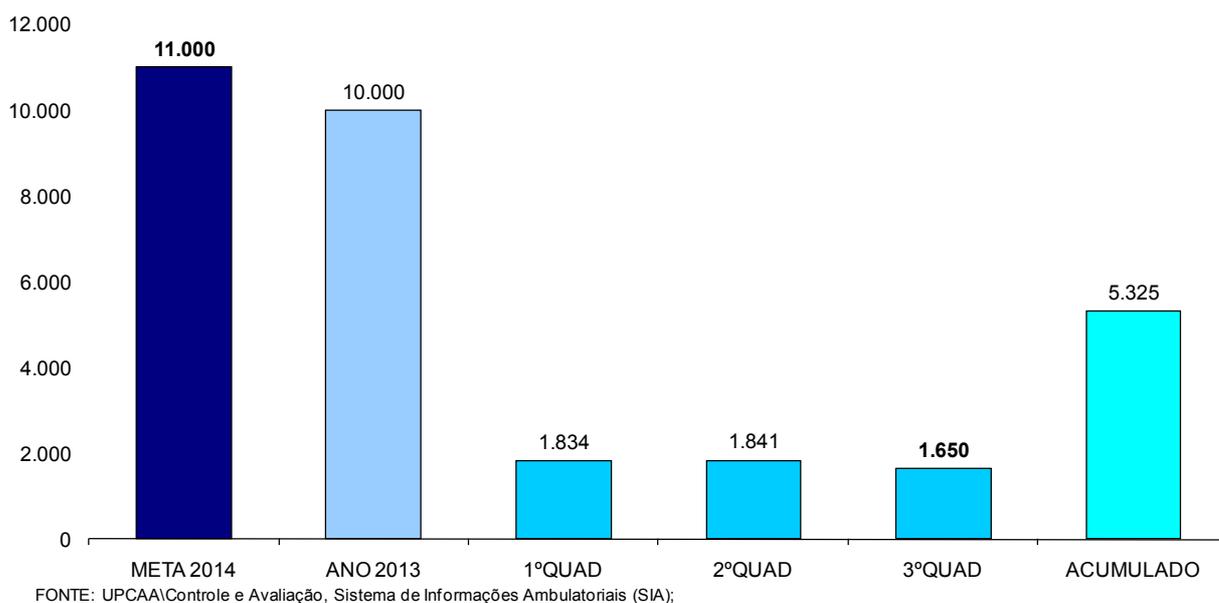
Este caso trata-se de filha de mãe moradora de rua que apresentava co-infecção de Tuberculose, HIV e Sífilis. Foram realizadas várias tentativas de abordagem sem sucesso, culminando na falta de adesão ao tratamento. Ainda que o indicador esteja dentro da meta estimada, torna-se necessário implementar as ações de cobertura da oferta de testagem anti-HIV para as gestantes, e principalmente garantir estratégias de monitoramento do seu tratamento a partir do diagnóstico, pois somente o tratamento regular a partir do 4º mês de gestação pode reduzir significativamente a transmissão do HIV para o bebê.

A efetiva articulação entre os serviços que compõem a Rede Cegonha poderá melhorar e garantir o acompanhamento das gestantes HIV positivas.

Proporção de pacientes HIV com 1º CD4 inf a 200 cel/mm3': O resultado deste indicador demonstra que os portadores estão chegando tardiamente ao diagnóstico ou tiveram diagnóstico precoce mas não iniciaram o tratamento adequadamente, seja por falta de adesão ao mesmo ou por falta da oferta do tratamento. Por experiência dos profissionais atuantes no Programa de Assistência a Aids, a primeira hipótese é a mais provável. Para 2015 estamos com ações programadas para detecção precoce do vírus HIV, como: implementação e ampliação dos testes rápidos a toda população e de forma descentralizada através das Unidades de Atenção Básica; implantação de novo sistema de informática no Laboratório Municipal; monitoramento do preenchimento correto e completo destas requisições e sensibilização dos profissionais para o preenchimento adequado no conteúdo das informações bem como em todos os campos da requisição.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Número de testes sorológicos anti HCV realizados (COAP)	Número de testes sorológicos anti HCV para diagnóstico da hepatite C. (SIA)	3.744	3.744	11.000	

Número de testes sorológicos anti HCV realizados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



Os dados oficiais do indicador são extraídos do SIA através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi), que exige o registro de um cadastro detalhado do usuário. Dificuldades operacionais do sistema de informática utilizado dificultaram este registro, assim foi adotado como regra o registro com outro código de procedimento no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC). Segundo o Laboratório Municipal, foram realizados 13.039 testes sorológicos anti HCV, superando a meta estabelecida. Para 2015 com as inovações no Sistema de Informática no Laboratório Municipal será possível ter esse registro diferenciado, entretanto, ainda será necessário ajustes para os registros dos testes rápidos de antiHCV no SIA.

Controle da Dengue

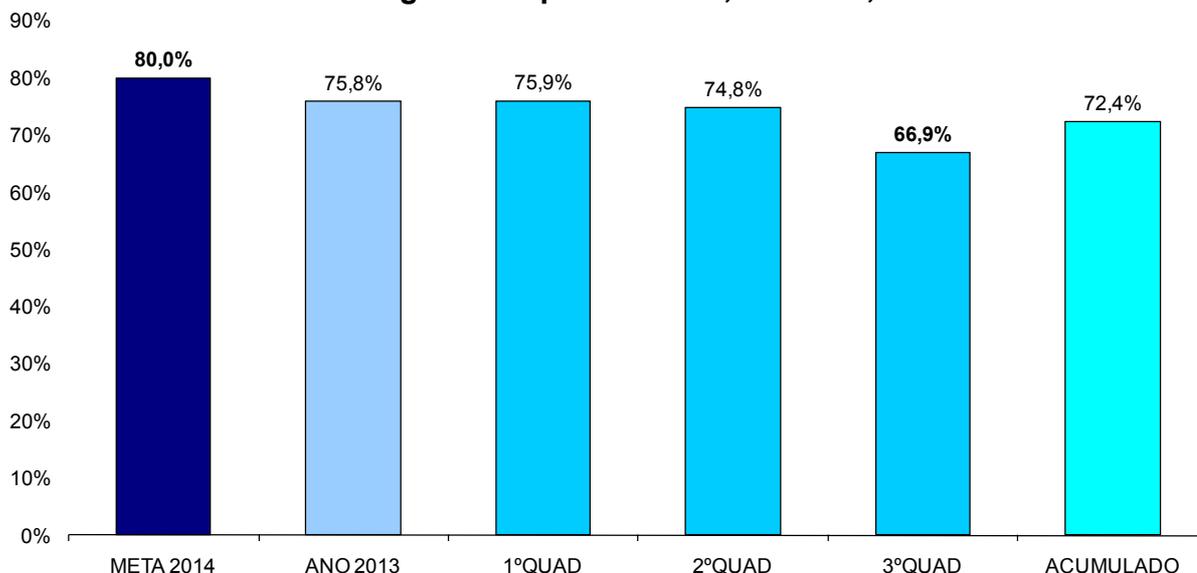
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Número absoluto de óbitos por dengue (COAP)	Número absoluto de óbitos por dengue [de residentes em Joinville] (SINAN)	0	0	0	

Não houve nenhum caso de óbito por Dengue no ano.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AVALIAÇÃO
Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue(COAP)	Número de imóveis visitados nos municípios em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue (SISFAD, SISPNC) X 100 / Número de imóveis de áreas urbanas [em torno de focos detectados - a cada mês] (SISFAD, SISPNC)	$(28.415 \times 100) / 39.253$	72,4%	80,0%	

Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (COAP)	Ponderado das amostras analisadas para coliformes totais, turbidez e cloro livre conforme pesos (1,2, 1,0 e 1,0) (SISAGUA) X 100 / Ponderado dos pesos amostras necessárias para coliformes totais, turbidez e cloro livre (SISAGUA)	$(1.536 \times 100) / 1.536$	100,0%	100,0%	😊
--	--	------------------------------	--------	--------	---

Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



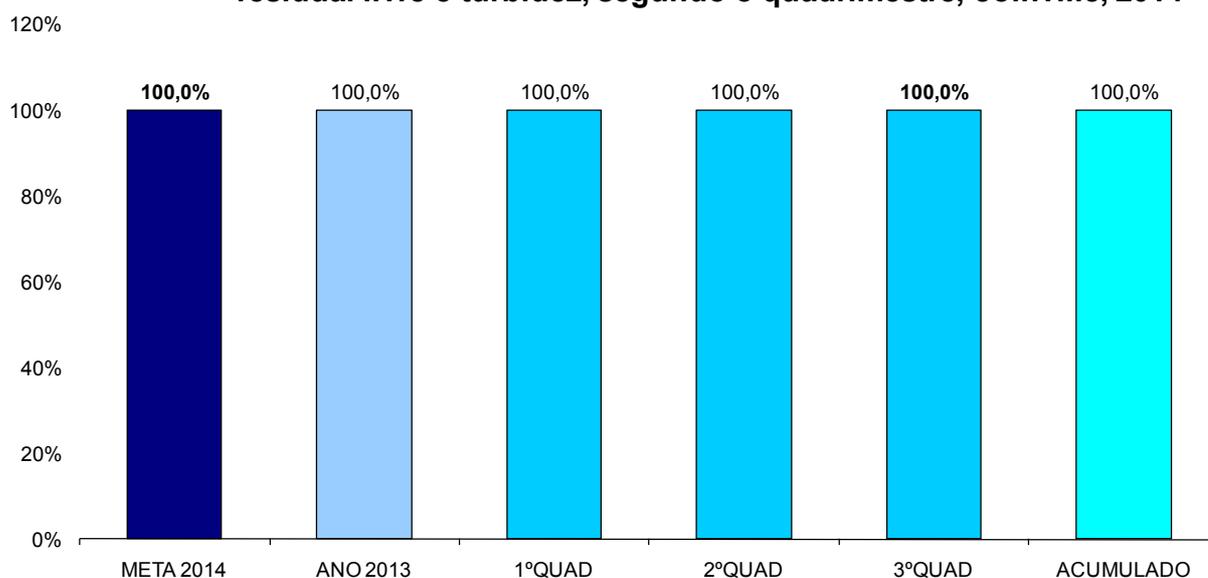
FONTE: UVSIVE, Sistema de informações de Febre Amarela e Dengue (SISFAD); e (3) UVSIVE, Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCDD);

O não alcance da meta deste indicador deve-se a vários fatores, sendo o principal, a quantidade de imóveis fechados. Outros fatores como: (a) a realização do Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA), cuja execução necessita a paralisação de outras atividades; (b) o levantamento para o *Aedes albopictus* devido a Febre do Chikungunya; (c) períodos chuvosos; (d) afastamento de servidores por atestados, férias e licenças; (e) treinamento na Divisão de Vigilância Epidemiológica (DIVE); e (f) a capacitação com todos os servidores por 2 dias, também contribuíram para o não alcance da meta.

Importante lembrar que para cumprir este indicador, é necessário que a visita se dê pelo menos em 4 ciclos. No entanto, quando ocorre a detecção de um novo foco, é priorizada a sua delimitação em detrimento da conclusão dos ciclos de visitas. O total de novos focos detectados em 2014 foi de 254.

As estratégias adotadas para atingir esses imóveis e conseqüentemente melhorar o indicador foram: (a) as visitas nos finais de semana, feriados e pontos facultativos; (b) revisita em contra turno; (c) contato e parceria com rádios comunitárias; (d) palestras realizadas nas escolas (337 palestras para um público de 24.063 pessoas); (e) reuniões com as Unidades de Saúde para sensibilizar e capacitar os profissionais; (f) reunião com as Subprefeituras, SEINFRA e Vigilância Sanitária para parceria nos contatos de proprietários de imóveis para venda, aluguel e terrenos baldios; (g) o avanço do Reconhecimento Geográfico (RG), realizado no mês de agosto, tendo concluído os bairros Floresta com 8.572 imóveis, Itaum com 5.920 imóveis e Vila Nova com 6.978 imóveis até o momento (98% do total); (h) a capacitação dos fiscais da SEINFRA, SEMA e Vigilância Sanitária, fortalecendo parcerias para conclusão de ocorrências com dificuldades (casas fechadas, terrenos baldios,...); e ainda (i) mutirão de recuperação de imóveis fechados no bairro Itaum com um alcance de 264 imóveis.

Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



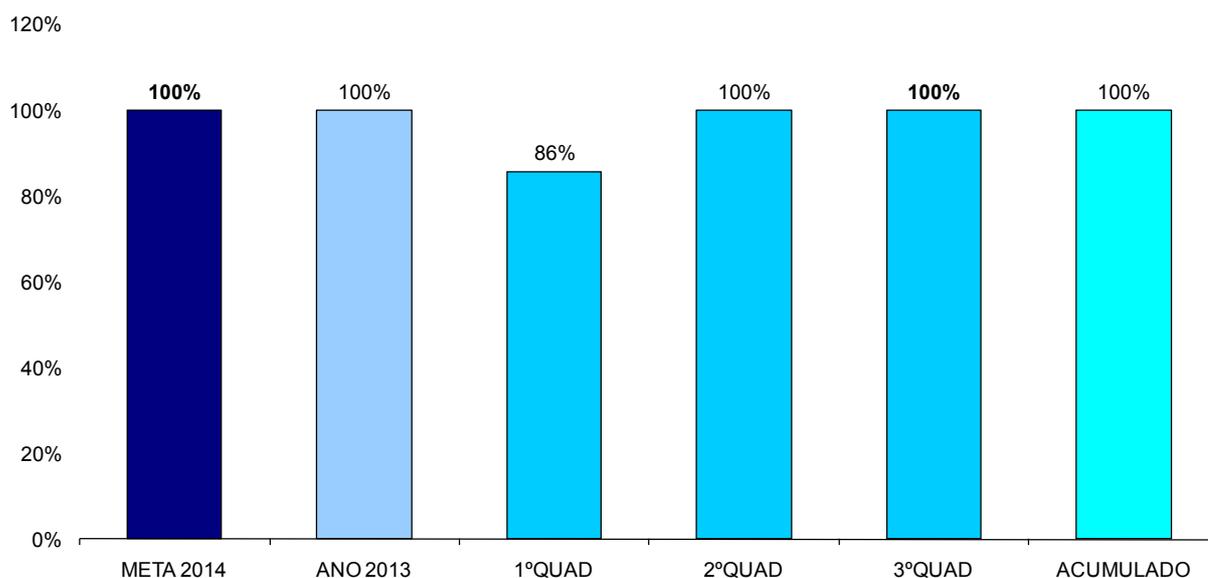
FONTE: UVSIVE, Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA);

Considera-se como consumo humano toda água utilizada para ingestão e higiene pessoal. Foram realizadas coletas de água em 40 pontos/mês, diferentes, no município de Joinville. A coleta é realizada no cavalete, de responsabilidade da CIA de Abastecimento, a partir deste ponto para dentro do imóvel é responsabilidade do proprietário. Esta análise de água acontece desde 2007, sendo analisados a presença de coliformes totais, verificação da turbidez e cloro residual livre conforme pesos (1,2, 1,0 e 1,0), que podem prejudicar a saúde. O parâmetro de número dos pontos a serem coletados é definido pela Secretaria Estadual de Saúde - Divisão de Vigilância Sanitária, baseados na capacidade de absorção pelo LACEN - Laboratório Oficial para realização das amostras. Já os locais são definidos pelo município baseados no critério de coletividade e acessibilidade ao fiscal. No ano de 2014 nenhuma alteração foi detectada, considerando assim que a água está própria para consumo humano. Está prevista a ampliação das coletas para 46 pontos/mês em 2015.

Vigilância Sanitária

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
[Proporção das ações de vigilância sanitária necessárias executadas no município] (COAP)	Número de ações de vigilância* sanitária realizadas (SIA) X 100 / Número de ações de vigilância [sanitária] a serem desenvolvidas no município (PQAVS)	(7 X 100) / 7	100,0%	100,0%	

Proporção de ações de vigilância sanitária necessárias executadas no município, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



FONTE: (1) UPCA/Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (2) UVS, Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS);

As ações de vigilância sanitária que compõem este indicador são os procedimentos: (1) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA; (2) instauração de processos administrativos de VISA; (3) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA; (4) atividades educativas para população; (5) atividades educativas para o setor regulado; (6) recebimento de denúncias e (7) atendimento de denúncias.

No primeiro quadrimestre houve dificuldade no lançamento de dados no sistema oficial (SIA) apesar das ações terem sido realizadas. Com objetivo de resgatar estas informações e manter o banco atualizado, o Serviço de Vigilância Sanitária e Ambiental passou a registrar manualmente, corrigindo a situação nos quadrimestres seguintes.

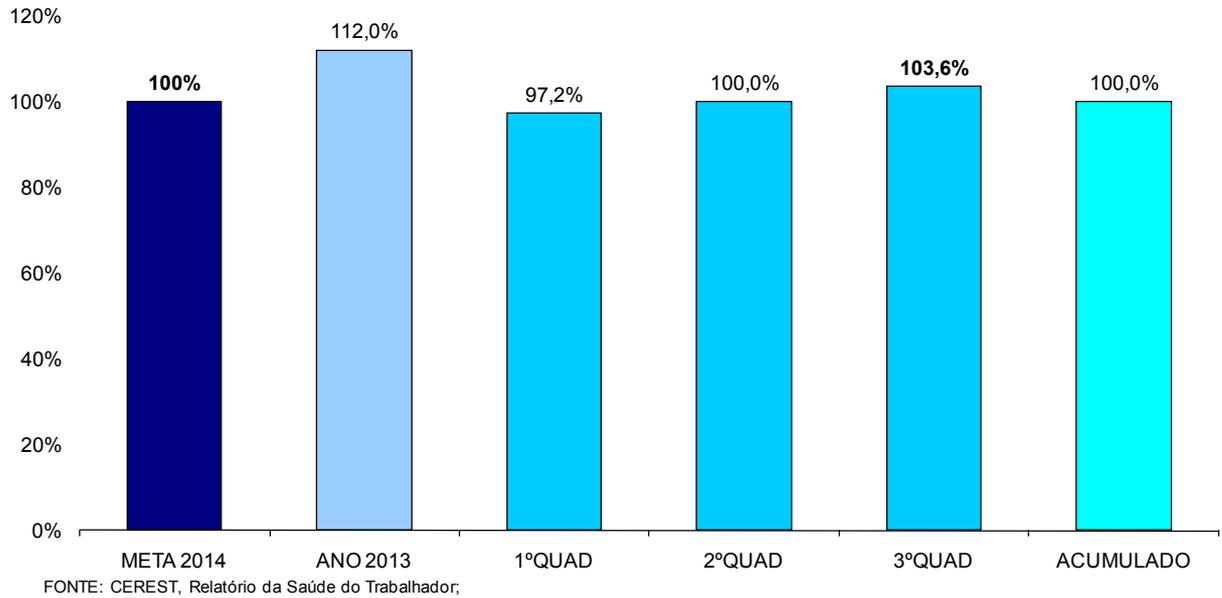
Saúde do Trabalhador

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2014	AValiação
Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados. (COAP)	Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho [de residentes em Joinville] notificados (SINAN)	848	848	340	😊
[Proporção] de denúncias investigadas pelo programa Saúde do Trabalhador. (PPA)	Número de denúncias ao Programa de Saúde do Trabalhador investigados (Relatório do CEREST) X 100 / Número de denúncias ao Programa de Saúde do Trabalhador (Relatório do CEREST)	$(178 \times 100) / 178$	100,0%	100,0%	😊

OBS: O Número de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados é referente a soma dos seguintes agravos: Acidentes com Exposição a Material Biológico; Ler/Dort; Intoxicação Exógenas (notificado e investigado pelo Hospital Regional); PAIR; Dermatose Ocupacional.

Foram 848 casos de doença ou agravos relacionados ao trabalho de residentes em Joinville no ano de 2014, muito acima do ano anterior (347). Resultado, provavelmente, das ações desenvolvidas pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador junto aos setores de abrangência, visando a conscientização da necessidade de notificação dos acidentes de trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho.

Proporção de denúncias investigadas pelo programa Saúde do Trabalhador, segundo o quadrimestre, Joinville, 2014



O CEREST recebe denúncias de todas as instâncias e contempla em sua área de abrangência Joinville e outros 12 municípios da 23ª e 24ª Regional de Saúde. As denúncias são verificadas através dos fiscais sanitaristas e com a reorganização da Rede de Atenção em Saúde do Trabalhador. Em 2015, serão intensificadas as ações de notificação de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, de sensibilização para denúncias de irregularidades, bem como serão planejadas ações de forma coletiva e descentralizada visando a melhoria das condições do ambiente de trabalho, diminuindo ou eliminando a exposição ao risco dos trabalhadores e trabalhadoras formais e informais.

6. SERVIÇO DE OUVIDORIA

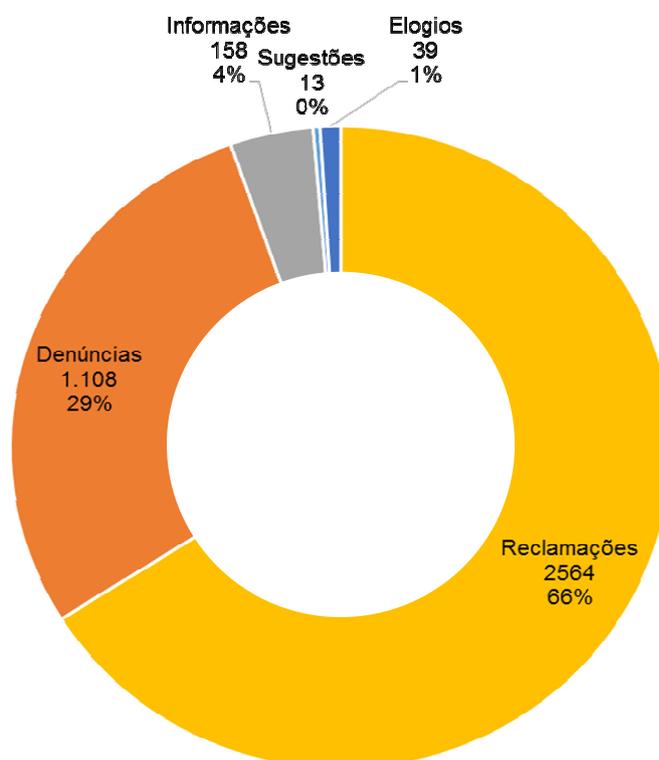
O serviço de Ouvidoria, centralizado na Ouvidoria da Prefeitura Municipal de Joinville desde outubro de 2013 e coordenado pela Secretaria de Comunicação, registrou 3.882 manifestações relacionadas à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville ao longo de 2014, distribuídas da seguinte maneira:

Tabela – Ocorrências registradas pelo serviço de Ouvidoria do SUS

OCORRÊNCIAS	1ºQUAD	2ºQUAD	TOTAL
Reclamações	749	919	896
Denúncias	528	241	339
Solicitação de informações	43	69	46
Sugestões	2	5	6
Elogios	12	18	9
Total	1.334	1.552	1.296

Das manifestações registradas, 91,5% encontravam-se respondidas até 31/12/2014. A maioria das que permaneciam em aberto até esta data permanecia dentro de prazo para fornecimento de resposta por parte da Secretaria Municipal de Saúde, suas unidades e áreas.

Manifestações recebidas em 2014



7. OBRAS

Em 2014 houve adequação da locação das unidades especializadas CAPS II, finalizada em abril, reforma do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, finalizada em dezembro.

Na atenção básica, construção da UBSF Parque Douat, finalizada em novembro, adequação das instalações do prédio locado para UBSF Estevão de Matos, entregue a comunidade em dezembro.

Em andamento as obras da UBSF Vila Nova I, Aventureiro III e Policlínica Pirabeiraba. Também iniciadas construções e reformas das Unidades Básicas de Saúde, Vila Nova II, Morro do Meio, São Marcos, Rio da Prata, Edla Jordan, Paranaguamirim, Costa e Silva, Ulysses Guimarães, Jardim Paraíso I e II, Vila Nova Sede.

Junto ao Hospital Municipal São José foi iniciado serviços/obras na Central de Material e Esterilização (CME).

Foram realizadas adequações e melhorias nas instalações em observância às normas da Vigilância Sanitária, como adequação de calçadas e pátios, adequações para Portadores de Necessidades Especiais, reparações prediais e alterações de layout de unidades.

8. ORÇAMENTO

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

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

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

Os dados financeiros do ano de 2014 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 2014, 37,28% da arrecadação municipal de Joinville foi aplicado na função saúde, englobando custeio e investimentos da Secretaria Municipal de Saúde, do Hospital Municipal São José e transferências a outras instituições.

8.1. Receitas Orçamentárias - CONSOLIDADO 2014 – valores em Reais

RECEITA	ORÇADA	REALIZADA	% DE EXECUÇÃO
Recursos ordinários	181.281.410,00	190.491.574,26	5,08
PMJ - transferências financeiras	181.149.300,00	190.172.691,97	4,98
Outras receitas FMS	132.000,00	215.908,53	63,57
Remuneração de Depósitos bancários	110,00	102.973,76	93512,51
Transferências de Convênios - Saúde	2.051.700,00	2.837.494,98	38,30
Convênios da União	1.000.000,00	0,00	0,00
Convênios do Estado	1.000.000,00	1.522.547,16	52,25
Remuneração de Depósitos bancários	51.700,00	1.314.947,82	2443,42
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU	660.000,00	1.945.613,12	194,79
SAMU	660.000,00	1.822.812,00	176,18
Remuneração de Depósitos bancários	0,00	122.801,12	100,00
Recursos da Atenção Básica	21.147.500,00	25.798.256,48	21,99
Piso da Atenção Básica	11.460.900,00	12.105.774,00	5,63
Programa Agente Comunitário de Saúde	5.007.200,00	6.072.900,00	21,28
Programa Saúde da Família	3.633.300,00	4.050.920,00	11,49
Política Nacional Saúde do Homem	26.400,00	0,00	-100,00
Saúde Bucal	95.700,00	114.620,00	19,77
Piso da Atenção Básica Variável	124.300,00	2.281.330,39	1735,34
Atenção Básica do estado	704.000,00	788.600,00	12,02
Remuneração de Depósitos bancários	95.700,00	384.112,09	301,37
Atenção Média ne Alta Complexidade Amb. e Hosp.	113.410.440,00	119.959.750,57	5,77
Teto Média e Alta Complexidade	68.717.000,00	64.906.936,97	-5,54
FAEC S.I.A.	8.615.200,00	12.429.059,66	44,27
CEO	137.940,00	543.400,00	293,94
CEREST	396.000,00	210.000,00	-46,97
Teto Municipal Rede Limite UPA	0,00	3.509.520,00	100,00
Teto Municipal Rede Psicossocial	220.000,00	0,00	-100,00
FAEC - A.I.H	6.085.200,00	8.586.737,55	41,11
Teto Municipal Rede de Urgência	21.773.400,00	14.911.905,87	-31,51
Teto Municipal Rede Saúde Mental	851.400,00	2.321.245,78	172,64
Teto Municipal Rede Viver sem Limites	161.700,00	117.270,38	-27,48
Teto Municipal Rede Cegonha	4.191.000,00	3.835.869,07	-8,47
Teto Municipal Rede Prev. Diag. Trat. Câncer do Colo e Mama	204.600,00	196.933,44	-3,75
Teto Municipal Limite Controle do Câncer	0,00	1.032.140,11	100,00
Estado - Oxigenoterapia	126.500,00	332.337,03	162,72
Estado - CEO	41.800,00	114.500,00	173,92
Estado - Cirurgia Eletiva	50.600,00	2.091.037,46	4032,49
Estado - Incentivo Hospitalar	90.200,00	2.642.535,41	2829,64
Estado - Média e Alta Complexidade	1.595.000,00	1.724.596,38	8,13
Remuneração de Depósitos bancários	152.900,00	453.725,46	196,75
Recursos da Vigilância em Saúde	3.065.700,00	3.282.900,15	7,08
Vigilância e Promoção da Saúde	1.679.700,00	756.186,43	-54,98
Piso Fixo de Vigilância Sanitária	331.100,00	1.670.350,50	404,49
Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde	884.400,00	301.749,97	-65,88
Vigilância Epidemiológica e Ambiente em Saúde	116.600,00	105.267,60	-9,72
Estado - Vigilância Sanitária - Causa Mortis	0,00	215.600,00	100,00
Remuneração de Depósitos bancários	53.900,00	233.745,65	333,67
Recursos Assist. Farmacêutica Básica	5.373.500,00	4.658.944,51	-13,30
Programa Assistência Farmacêutica - União	2.798.400,00	2.656.615,56	-5,07
Programa Assistência Farmacêutica - Estado	2.550.900,00	1.953.393,80	-23,42
Remuneração de Depósitos bancários	24.200,00	48.935,15	102,21
Recursos Gestão em Saúde - União	352.000,00	474.882,44	34,91
Outros Programas SUS	304.700,00	336.500,00	10,44
Remuneração de Depósitos bancários	47.300,00	138.382,44	192,56
Recursos Fundo Nacional de Saúde - Investimentos	1.103.400,00	4.187.936,70	279,55
Recursos SUS - UBS - Investimento	1.000.000,00	3.827.940,02	282,79
Remuneração de Depósitos bancários	103.400,00	359.996,68	248,16
TOTAL	328.445.650,00	353.637.353,21	7,67

8.2. Despesas Orçamentárias - CONSOLIDADO 2014 – valores em Reais

DESPESAS	ORÇADA	REALIZADA	%
Pessoal	202.043.734,04	189.795.991,49	-6,06
MATERIAL DE CONSUMO	19.230.000,00	15.933.582,59	-17,14
MATERIAL DE CONSUMO - DISTRIBUIÇÃO GRATUITA	9.860.000,00	8.169.211,94	-17,15
SERVIÇOS DE TERCEIROS	40.650.000,00	33.678.685,91	-17,15
INVESTIMENTOS	33.184.607,01	11.319.553,55	-65,89
DECISÕES JUDICIAIS	11.550.000,00	9.569.920,93	-17,14
OUTRAS DESPESAS ANOS ANTERIORES	321.073,15	261.112,95	-18,67
OUTROS SERVIÇOS E ENCARGOS	104.428.631,44	98.100.416,95	-6,06
TOTAL DESPESAS	421.268.045,64	366.828.476,31	- 12,92

8.3. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR, OUTROS SERVIÇOS e ENCARGOS CONSOLIDADO 2014 – valores em Reais

TIPO	ORÇADA	REALIZADA	%
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ	44.605.100,00	41.599.624,89	-6,74
HOSPITAL REG. HANS DIETER SCHMIDT	21.410.000,00	20.175.968,80	-5,76
HOSPITAL BETHESDA	5.682.252,24	5.353.779,42	-5,78
CIS NORDESTE	2.353.300,00	2.352.730,82	-0,02
CLÍNICAS E LABORATÓRIOS	30.370.000,00	28.618.313,02	-5,77
TOTAL	104.420.652,24	98.100.416,95	-6,05

8.4. SITUAÇÃO FINANCEIRA – CONSOLIDADO 2014 – valores em Reais

	31/12/2014
DISPONÍVEL + REALIZAVEL	41.129.494,03
Bancos Conta Movimento	0,00
Bancos Conta Aplicação	40.295.315,93
Créditos a Receber	834.178,10
CONTAS A PAGAR	43.600.354,54
SALDO	(2.470.8703,51)

9. COMENTÁRIOS FINAIS

Os indicadores pactuados no PMS, no COAP e no PPA 2014-17, totalizando 79, foram monitorados pela gestão e pelas equipes técnicas da Secretaria Municipal da Saúde e os resultados obtidos foram objeto de análise e proposição de ajustes na Programação Anual de Saúde. Do total de 78 indicadores, 47,4% alcançaram a meta estabelecida e 14% ficaram próximos da meta.

Considerando os resultados alcançados, observa-se uma necessidade premente de aumentar a cobertura da atenção básica e de aperfeiçoamento dos processos de trabalho nos pontos de atenção e nas áreas de apoio administrativo, visando o aumento de sua eficiência. Quanto a este último destaca-se o fortalecimento da gestão na lógica de Redes Assistenciais e da comunicação interna e informatização da gestão.

Vale destacar a iminência da introdução da dengue no município exigindo investimentos e aumento das equipes de controle.

Visto que município aplica em saúde 37,3% da sua arrecadação, o atendimento a estas prioridades se dará sob a maior eficiência no uso dos recursos.

APÊNDICES

Apêndice 1

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE - JOINVILLE/SC

População Residente por Unidade de Saúde e Modelo de Estratégia, Famílias e Domicílios - ano 2014

REGIONAL	UNIDADE DE SAÚDE	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS
Pirabeiraba Segmento 01	EACS Sede da Regional	12.002	3.540	3.884
	ESF Rio Bonito	3.414	898	1.127
	ESF Rio da Prata	3.519	1.141	1.485
	ESF Canela	3.269	902	999
	Total	22.204	6.481	7.495
Vila Nova Segmento 02	EACS Sede da Regional	24.020	7.678	8.537
	ESF Vila Nova Rural	1.921	614	749
	ESF Anaburgo	2.581	767	957
	EACS UBS Glória	11.408	3.970	4.328
	UBS Glória	3.303	1.170	1.446
	Total	43.233	14.199	16.017
Aventureiro Segmento 03	Sede da Regional - Aventureiro I	11.995	3.684	3.915
	UBS Saguauçú	18.441	6.450	7.142
	ESF Aventureiro II	4.168	1.322	1.408
	ESF Aventureiro II	4.423	1.344	1.410
	ESF Santa Bárbara	3.602	1.086	1.210
	ESF Cubatão	3.282	1020	1.142
	ESF Rio do Ferro	3.496	1.015	1.168
	EACS UBS Parque Joinville	17.072	5.094	5.185
	EACS UBS Leonardo Schlickmann	17.642	5.233	6.015
	ESF Leonardo Schlickmann**	2.355	762	951
	Total	86.476	27.010	29.544
Costa e Silva Segmento 04	Sede da Regional C. Silva	13.976	4.848	5.097
	EACS Sede Regional Costa Silva	14.498	4.468	4.646
	ESF Parque Douat**	3.484	1.126	1.602
	ESF Jardim Paraíso I	4.073	1.205	1.222
	ESF Jardim Paraíso II	3.860	1.147	1.287
	ESF Jardim Paraíso III	3.449	1.071	1.093
	ESF Paraíso IV (Canto do Rio)	3.352	943	1.100
	ESF Jardim Sofia	4.484	1.360	1.534
	ESF Willy Schossland	4.896	1.620	1.695
	EACS UBS Bom Retiro	13.352	4.840	5.572
	UBS Bom Retiro	2.787	1.045	1.223
	ESF Jardim Paraíso V	2.895	765	834
	ESF Jardim Paraíso VI	3.816	1.067	1.122
	Total	78.922	25.504	28.027
Floresta Segmento 05	Sede Regional	21.717	6.956	7.422
	ESF Profipo	3.130	844	1.038
	ESF Profipo	3.401	1.006	1.079
	ESF Boehmerwald I	3.889	1.146	1.218
	ESF Boehmerwald I	3.890	1.169	1.266
	ESF Boehmerwald II	3.882	1.176	1.289
	ESF Boehmerwald II	3.689	1.136	1.203
	ESF Itinga Continental	3.558	1076	1113
	ESF Itinga	3.406	983	1.085
	ESF Km 4	2.501	784	927
	ESF Km 4	2.648	806	901
	ESF Trentino (2)	2.781	795	795
	Total	58.494	17.876	19.336

Centro Segmento 06	Sede da Regional	27.663	9.901	11.386
	ESF Nova Brasília/Jativoca - MA 3 a 7	3.617	1.004	1.203
	ESF Jativoca (extensão) - MA 1 e 2	1.179	330	363
	ESF Nova Brasília	3.547	1.092	1.174
	ESF Nova Brasília	3.867	1.235	1.434
	ESF Morro do Meio	3.286	949	1.037
	ESF Lagoinha	3.781	1.118	1.263
	ESF São Marcos	5.729	1.851	2.062
	ESF Morro do Meio	4.097	1.213	1.270
Total	56.766	18.693	21.193	
Jarivatuba Segmento 07	ESF Jarivatuba (Sede)	7.688	2.276	2.413
	ESF Jarivatuba (Sede)	7.898	2.230	2.644
	ESF Jarivatuba (Sede)	7.935	2.144	2.560
	ESF Paranaguamirim	4.264	1.166	1.418
	ESF Paranaguamirim	4.705	1.438	1.619
	ESF Jardim Edilene	3.974	1.104	1.200
	ESF Estevão Matos	4.118	1.260	1.400
	ESF Parque Guarani	3.840	1.130	1.248
	ESF Parque Guarani ***	3.798	1.090	1.170
	ESF Parque Guarani	3.681	1.102	1.212
	ESF Estevão Matos	5.229	1.413	1.581
	ESF Jardim Edilene - MA 2 a 6	3.338	898	970
	ESF Morro do Amaral (extensão) - MA 1	824	258	287
	ESF Jardim Edilene**	3.702	1.026	1.148
	Total	64.994	18.535	20.869
Comasa Segmento 08	Sede Regional Comasa	18.677	5.717	6.180
	UBS Jardim Iriú	10.755	3.124	3.310
	ESF Espinheiros (Moinho dos Ventos)	2.910	840	967
	ESF Espinheiros (Moinho dos Ventos)**	2.927	861	923
	ESF CAIC	3.646	992	1.062
	ESF Da Ilha	3.140	874	986
	ESF Roraima	3.755	1.065	1.108
	ESF Dom Gregório	3.747	1.008	1.036
	EACS Bakitas	13.337	4.428	4.734
	ESF Bakitas**	3.864	1.130	1.264
Total	66.758	20.038	21.570	
Fátima Segmento 09	EACS Sede da Regional	19.300	5.767	5.957
	EACS UBS Edla Jordan	18.265	5.539	5.830
	EACS UBS Itaum	16.050	4.608	5.195
	EACS UBS Ademar Garcia	16.835	4.768	5.221
	ESF Ademar Garcia**	2.978	827	915
	ESF Edla Jordan**	3.326	991	1.265
Total	76.754	22.500	24.383	
Total Geral	554.601	170.838	188.434	

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

Notas: * O cálculo da população residente, famílias e total de domicílios utilizou dados da caderneta da microárea preenchida pelos Agentes Comunitários. Em áreas sem ACS, a população foi estimada pela taxa de crescimento do IBGE.

** Estas unidades foram territorializadas no ano de 2014.

*** Incluída a população sentenciada residente no presídio

Apêndice 2

Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil 2014, Joinville-SC

INTRODUÇÃO

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

O acompanhamento da Taxa da Mortalidade Infantil - TMI é de fundamental importância para o desenvolvimento de políticas governamentais voltadas para a promoção da saúde das crianças e vêm 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. Além disso, reitera a importância do cumprimento dos compromissos assumidos pelo Governo através dos pactos nacionais e internacionais relacionados com a melhoria da saúde infantil, em especial a Meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM (MS, 2011).

A Vigilância do Óbito Fetal e Infantil é uma experiência que vem se aprimorando continuamente e exerce papel relevante como instrumento para a melhoria dos Sistemas de Informação em Saúde e como fonte de evidências para o aprimoramento da atenção à saúde no país. A vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos infantis e fetais e a proposição de medidas de prevenção e controle. Neste sentido a atenção a saúde da criança tem sido alvo de preocupação de profissionais da saúde, gestores e políticos, representando um campo prioritário de investimentos dentro dos cuidados a saúde da população.

No Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil vem apresentando tendência de queda constante, com uma redução de 26,6 óbitos infantis por mil nascimentos em 2000 para 16,2 / 1000 NV em 2010. Santa Catarina é o estado que nos últimos anos vem mantendo o menor coeficiente de mortalidade infantil (11,2 óbitos por mil nascidos vivos em 2013). Este resultado coloca o estado de Santa Catarina entre as áreas de menor risco de morte infantil no Brasil. Em 2012, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) de Joinville foi de 7,4 por mil nascidos vivos, enquanto que em 2013 o índice foi de 8,3 e em 2014 caiu para 7,5 para cada mil nascidos vivos. Diminuir o índice da mortalidade infantil e melhorar a saúde materna em Joinville é uma das metas da secretaria de Saúde. Para isso desenvolve ações como o cadastramento das gestantes, a realização do pré-natal, o incentivo à amamentação e práticas alimentares adequadas (Rede Amamenta e Alimenta), Programa Pequeno Príncipe e Programa Bebê Precioso.

O relatório apresenta dados sobre a mortalidade fetal, infantil (neonatal precoce, neonatal e pós-neonatal) assim como os óbitos ocorridos na faixa etária de 1 a 4 anos, 11 meses e 29 dias, no município de Joinville/Santa Catarina com detalhamento do perfil no ano de 2014.

Perfil dos óbitos:

Em 2014, nasceram 8.109 crianças de mães residentes em Joinville, sendo 8.051 nascidos vivos e 58 natimortos. Neste mesmo período, ocorreram 60 óbitos de crianças entre 0 e 1 ano de idade e 12 de crianças entre 1 e 4 anos. Entre os óbitos ocorridos em crianças menores de 1 ano quatro (4) ocorreram em outros municípios, representando 6,7% do total de óbitos menores de 1 ano.

Tabela 1 – Total de óbitos, nascimentos e coeficientes de mortalidade no ano de 2014.

Coeficientes	Total óbitos	Nascimentos	Coeficientes (por mil)
Mortalidade perinatal	88	8.109*	10,9
Mortalidade infantil	60	8.051	7,5
Mortalidade menores de 5 anos	72	8.051	8,9

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

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

Mortalidade perinatal

O período perinatal começa com 22 semanas de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais (MS, 2009).

A mortalidade perinatal é considerada um indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nesta área, pela relação estreita que guarda com a assistência prestada a gestante e ao recém-nascido (Lansky, 2002).

A literatura (FONSECA e COUTINHO, 2004) aponta que cerca de 57% da mortalidade perinatal é devida aos óbitos fetais. No caso de Joinville, este percentual foi de 59,7% em 2010, 53,0% em 2011, 69,3% em 2012, 64,8% em 2013 e 66,0% em 2014. No período analisado 2010 a 2014 a média da mortalidade perinatal devida aos óbitos fetais foi de 62,0%.

Tabela 2 – Total de óbitos perinatais e nascimentos totais em Joinville, 2010 a 2014

Eventos / Ano	2010	2011	2012	2013	2014
Óbitos fetais	43	43	52	48	58
Óbitos neonatais precoce	29	38	23	26	30
Nascimentos (nascidos vivos + óbitos fetais)	7.322	7.829	7.934	7.893	8.109
Coeficiente de mortalidade perinatal (por mil nascimentos)	9,8	10,3	9,45	9,37	11

Fonte: SIM / SINASC

Os óbitos fetais e neonatais precoces compõem o coeficiente de mortalidade perinatal, que em Joinville nos 5 anos analisados permaneceu em torno de 10 por 1.000 nascimentos. Na classificação das causas dos óbitos fetais, segundo a CID10, 98,3% dos óbitos foram classificados no agrupamento das afecções originadas no período perinatal, predominando a hipóxia intra uterina e complicações da placenta, cordão umbilical e membranas como causa do óbito.

Tabela 3. Perfil óbito Fetal, Joinville 2014.

Dados pré natal	Nº	%
Total	58	100
Idade da mãe		
10 a 14 anos	2	3,5
15 a 19 anos	5	8,6
20 a 40anos	50	86,2
40 anos e +	1	1,7
Consulta pré natal		
Não realizado	7	12,1
Não informado	3	5,2
1 a 3 cons.	13	22,4
4 a 6 cons.	25	43,1
7 e +	10	17,2
ITU na gestação		
Sim	14	24,1
Não	44	75,9
Sífilis gestante*		
Sim	3	5,2
Não	55	94,8
Modelo atenção		
UBS	7	12,1
EACS	23	39,6
ESF	28	48,3

Fonte: SIM/CPMI

Nota: * Casos notificados no SINAN

Nos óbitos fetais o baixo peso (menor que 2.500g) e a prematuridade (< 37 semanas) estão presentes em 88% e 76% dos óbitos fetais respectivamente, com 41,4 % dos óbitos extremo baixo peso (<1000g) e 50 % prematuros com menos de 30 semanas. Comparando as consultas de pré natal no grupo de prematuros com menos de 30 semanas, observa-se que 60% das gestantes realizou mais de 4 consultas, o que seria esperado para a idade gestacional. Assim, parece não haver dificuldade no acesso ao acompanhamento pré natal neste grupo. Das sete gestantes que não realizaram pré natal duas são adolescentes (14 e 18 anos) e cinco com idade igual e superior a 26 anos. O principal motivo referido para o não acompanhamento do pré natal foi o desconhecimento da gravidez.

Tabela 4. Perfil óbito Fetal – Joinville, 2014

Dados nascimento	Nº	%
Total	58	100
Peso ao nascer		
< 1000g	24	41,4
1000a 2499g	27	46,6
2500 a 3000g	2	3,4
> 3000g	5	8,6
Idade gestacional		
< 30 semanas	29	50
30a 36 semanas	16	27,6
37 sem e +	13	22,4
Malformação /anomalias congênicas		
Sim	1	1,7
Não	57	98,3
Tipo de parto		
Cesárea	10	17,2
Vaginal	48	82,8
Instituição nascimento		
Publico	42	72,4
Privado	16	27,6
SVO		
Sim	51	88
Não	7	12

Fonte: SIM/ CPMI

Mortalidade menor de 1 ano

A mortalidade infantil, refere-se às mortes ocorridas ao longo do primeiro ano de vida e expressa o risco de um nascido vivo morrer antes de completar 1 ano de idade e é medido pela taxa de mortalidade infantil ou coeficiente de mortalidade infantil (Medronho 2009). É o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A taxa de mortalidade infantil é um indicador clássico dos níveis de desenvolvimento social e econômico e de condições de saúde da população e 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.

A análise da tabela 5 mostra que no período de 2010 a 2014 o coeficiente de mortalidade em menores de 1 ano apresentou variação em número absoluto de 73 óbitos em 2011 e 58 em 2012, sendo que a média no período foi de 63,2 óbitos/ano. Observa-se a manutenção do coeficiente de mortalidade infantil em 1 dígito no período analisado. A análise da mortalidade infantil considerando os seus três componentes – neonatal precoce, neonatal tardia e pós neonatal revela causas diferenciadas e merecem, portanto, medidas específicas de atenção a saúde. Em 2014, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 7,5 óbitos em menores de 1 ano por mil nascidos vivos, com 50% dos óbitos no período neonatal precoce (0a 6 dias de vida).

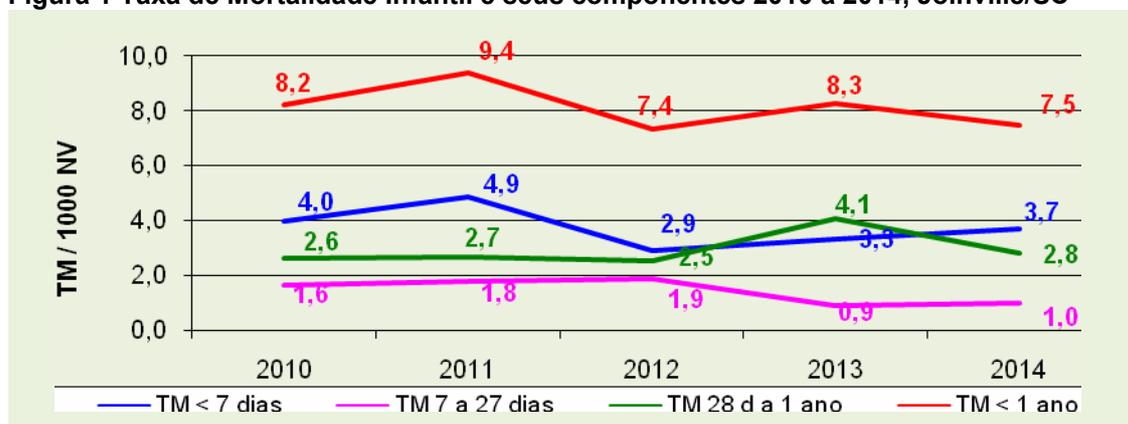
Tabela 5 - Óbitos Infantis e componentes, 2010 a 2014, Joinville-SC

Ano	2010	2011	2012	2013	2014
Total de óbitos	60	73	58	65	60
Total de nascimentos (vivos)	7.265	7.786	7887	7845	8051
Coefficiente de Mortalidade infantil	8,3	9,4	7,4	8,3	7,5
Óbitos neonatais precoces	29(48,3%)	38 (52,0%)	23(39,6%)	26(40,0%)	30 (50,0%)
Óbitos neonatais tardios	12(20,0%)	14(19,2%)	15(25,9%)	7(10,8%)	8 (13,3%)
Óbitos pós-neonatais	19 (31,7%)	21(28,8%)	20(34,5%)	32(49,2%)	22(37,7%)

Fonte: SIM/SINASC/CPMI

Na figura 1 a distribuição do CMI nos seus componentes no período de 2010 a 2014 mostra o predomínio do componente neonatal precoce na mortalidade infantil do município que junto com os óbitos neonatais tardios compõem a mortalidade neonatal, responsável por mais de 60% dos óbitos em < de 1 ano. O componente pós-neonatal permaneceu abaixo de 3 óbitos/1000NV, com exceção do ano de 2013 que apresentou uma elevação que retornou aos valores anteriores. De acordo com Kerr-Pontes e Rouquayrol (1999), quanto melhor é o nível de saúde de um país tanto menor é a proporção de óbitos pós-neonatais, mais sensível às condições socioeconômicas e ambientais. A mortalidade infantil neonatal é de controle mais difícil e complexo. As causas mais comuns de óbito neonatal são as afecções originadas no período perinatal e as mal-formações congênitas, enquanto nos óbitos pós-neonatais as principais causas são as doenças infecciosas e parasitárias e também as doenças do aparelho respiratório (Brasil, 2006).

Figura 1 Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes 2010 a 2014, Joinville/SC



Fonte: SIM/SINASC/CPMI

Segundo Ministério da Saúde (2011), a maioria das mortes neonatais são relacionadas a prematuridade, a asfixia e as infecções decorrentes principalmente de condições potencialmente controláveis por meio de ações efetivas no pré natal, parto, nascimento e período neonatal. No componente neonatal precoce faz-se um destaque para a mortalidade no primeiro dia de vida, visto que a maioria destes óbitos apresenta relação com a assistência prestada a gestante e ao recém nascido durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato a criança no nascimento e nas primeiras horas de vida (Nascimento, 2012). No município de Joinville, dos 30 óbitos neonatais precoces 73,4% (22) ocorreram nas primeiras 24 horas de vida.

Quando analisados os principais grupos de causas, as afecções originadas no período perinatal representam atualmente o principal contingente das mortes no primeiro ano de vida no Brasil (57%). Seus fatores causais estão intimamente ligados às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida das mulheres, assim como à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, parto e assistência ao nascimento (Brasil, 2005). Como grupos de causa dos óbitos em

menores de 1 ano, Joinville apresenta nos últimos cinco anos as causas perinatais como principal causa, seguida das anomalias congênitas, das doenças do aparelho respiratório e das doenças infecciosas. As taxas de malformações congênitas, a segunda maior causa de morte, mantiveram-se constantes no período (Tabela 6).

Tabela 6 - Óbito <1 ano por ano segundo Causas Capítulos, Joinville/SC 2010 a 2014

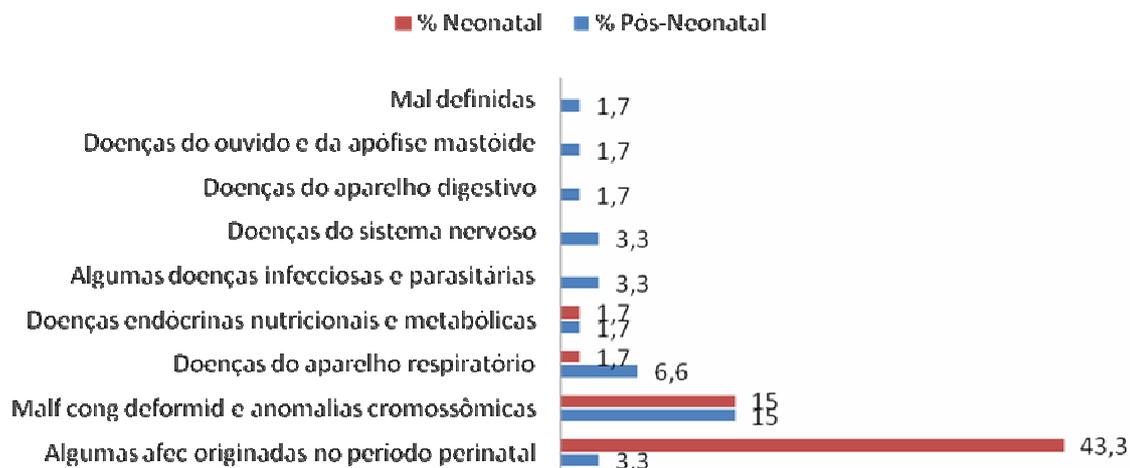
Ano	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%
Causas Capítulo CID 10 / Ano										
Algumas afec. originadas no período perinatal	34	56,7	37	51	22	38	24	36,9	28	47
Anomalias congênitas	15	25	25	34	19	33	19	29,2	18	30
Doenças do aparelho respiratório	3	5	3	4,1	7	12	9	13,9	5	8,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	3,3	3	4,1	3	5,2	4	6,2	2	3,3
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	1	1,7	1	1,5	0	0
Causas externas	0	0	0	0	1	1,7	1	1,5	0	0
Mal Definidas *	2	3,3	1	1,4	1	1,7	2	3,1	1	1,7
Neoplasias (tumores)	1	1,67	1	1,4	0	0	1	1,5	0	0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	3,3	1	1,4	1	1,7	0	0	2	3,3
Doenças do sistema nervoso	1	1,67	2	2,7	3	5,2	1	1,5	2	3,3
Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	3	4,6	0	0
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,7
Doenças do Aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,7
TOTAL	60	100	73	100	58	100	65	100	60	100

Fonte:SIM/CPMI Nota: *Síndrome da morte súbita na infância (R95 – CID 10).

A causa de morte, mesmo sendo um evento negativo, representa uma das mais importantes formas de análise da mortalidade e de saúde. A figura 2, a seguir descreve o comportamento da mortalidade infantil, segundo grupos de causas de óbito, no ano de 2014. Em Joinville as mortes neonatais (0 a 27 dias de vida) são 43,3% devidas às chamadas causas perinatais (descolamento da placenta, prematuridade, hemorragias e septicemias) e 15% às anomalias congênitas. No componente pós-neonatal (28 a <1 ano) da mortalidade infantil predominam as malformações e anomalias congênitas (15%), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (6,6%) e doenças infecciosas, doenças do sistema nervoso e causas perinatais (3,3% cada).

De acordo com o Ministério da Saúde, em torno de 70% dos óbitos neonatais está vinculada a causas preveníveis e relaciona-se ao acesso e utilização dos serviços de saúde, a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém nascido. São mortes que expressam a complexa conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais presentes neste período da vida (MS, 2009). No componente pós-neonatal, as infecções persistem como importante causa de óbito e devem ser consideradas como evento-sentinela da qualidade dos serviços de saúde pelo potencial de evitabilidade pela ação dos serviços de saúde e fatores ligados a escolaridade materna e as condições de moradia (MS, 2011).

Figura 2 .Proporção de óbitos < 1 ano por componente e segundo causa capítulo CID 10, Joinville 2014.



Fonte: SIM/CPMI/GUVS/SMS

Estudo realizado por Doldan et al (2011) constatou que a idade gestacional menor que 37 semanas, baixo peso ao nascimento, escore de Apgar no quinto minuto inferior a 7 e presença de malformações congênitas representam fatores de risco para a mortalidade infantil. A tabela 7 descreve as características dos óbitos segundo peso, idade gestacional, Apgar, tipo de parto, presença de anomalias congênitas e classificação de risco Programa Pequeno Príncipe. Dos 60 óbitos ocorridos no ano de 2014 de mães residentes em Joinville, 63,3% apresentaram baixo peso, sendo 30 % extremo baixo peso. A proporção de prematuros foi de 60% com 33,6% duração da gestação inferior a 30 semanas, assim como Apgar < 7 no primeiro minuto (61,7%) permanecendo < de 7 no quinto minuto em 36,7 % dos óbitos, variáveis estas, que predominam no componente neonatal responsável por 4,7 da taxa da mortalidade infantil. Desse modo, o perfil encontrado para o município de Joinville na mortalidade menor de 1 ano sugere que as políticas públicas se voltem com maior atenção para a qualificação do pré-natal, visando a identificação precoce de alterações, 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 7. Perfil óbitos menores de 1 ano, Joinville 2014.

Dados nascimento	Neonatal	Pós Neonatal	Total	%
Total	38	22	60	100
Peso ao nascer				
< 1000g	17	1	18	30,0
1000a 2499g	12	8	20	33,3
2500 a 3000g	4	3	7	11,7
> 3000g	5	10	15	25,0
Idade gestacional				
< 30 semanas	19	1	20	33,3
30a 36 semanas	11	5	16	26,7
37 sem e +	8	16	24	40,0
Malformação /anomalias congênicas				
Sim	9	10	19	31,7
Não	29	12	41	68,3
Apgar no 1º minuto				
< 7	31	6	37	61,7
7 e +	7	16	23	38,3
Apgar no 5º minuto				
< 7	21	1	22	36,7
7 e +	17	21	38	63,3
Tipo de parto				
Cesárea	23	20	43	71,7
Vaginal	15	2	17	28,3
Instituição nascimento				
Publico	22	13	35	58,3
Privado	16	9	25	41,7
RN risco Peq. Príncipe				
Sim	37	20	57	95
Não	1	2	3	5

Fonte: SIM/CPMI

A tabela a seguir apresenta as características dos óbitos segundo dados do pré natal e sobre o óbito. Verificou-se que dos 20 óbitos com 4 a 6 consultas, 55% (11) tinham menos de 30 semanas de gestação, dos 8 óbitos com 1 a 3 consultas 50% (4) tinham menos de 27 semanas de gestação indicando que o acesso ao pré-natal e a quantidade de consultas corresponde ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Em relação à escolaridade materna, 26,7 apresentaram escolaridade menor de 8 anos e 73,3% com 8 anos e mais. A infecção do trato urinário esteve presente em 33,3% dos óbitos com predomínio nos óbitos do período neonatal. Os óbitos ocorreram em estabelecimentos de saúde em 96,6% dos óbitos sendo que três deles eram acompanhados pelo Programa Bebê Precioso.

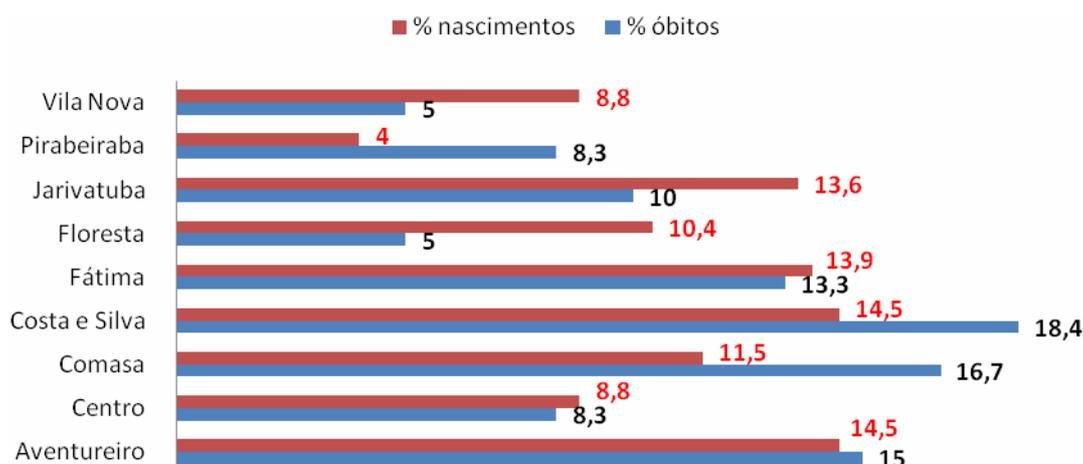
Tabela 8. Perfil óbitos < 1 ano, Joinville 2014.

Dados pré natal		Pós			Dados óbito		Pós		
	Neonatal	Neonatal	Total	%		Neonatal	Neonatal	Total	%
Total					Total				
	38	22	60	100		38	22	60	100
Idade da mãe					Instituição óbito				
15 a 19 anos	4	1	5	8,3	Publico	22	18	40	66,6
20 a 40anos	34	21	55	91,7	Privado	16	2	18	30,0
Consulta pré natal					Outros estab. saude	0	1	1	1,7
Nenhuma	2	0	2	3,3	Domicilio	0	1	1	1,7
1 a 3 cons.	6	2	8	13,3	Óbito retroalimentado				
4 a 6 cons.	16	4	20	33,4	Sim	2	2	4	6,7
7 e +	14	16	30	50,0	Não	36	20	56	93,3
ITU na gestação					Acomp. Bebê Precioso				
Sim	14	6	20	33,3	Sim	0	3	3	5,0
Não	24	16	40	66,7	Não	38	19	57	95,0
Escolaridade mãe					Modelo atenção				
< 8 anos	8	8	16	26,7	UBS	11	3	14	23,3
8 anos e mais	30	14	44	73,3	EACS	13	9	22	36,7
					ESF	14	10	24	40,0

Fonte: SIM/SINASC/CPMI

A mortalidade infantil é um indicador sensível ao nível e à distribuição das condições de vida das pessoas e a vulnerabilidade ao óbito infantil depende, em grande medida, de fatores relacionados ao nascimento, assim como de características da mãe por ocasião do parto, além do acesso a serviços de saúde de qualidade, antes, durante e após o nascimento da criança. Sabe-se também, que essa vulnerabilidade ao óbito infantil pode ser diferenciada não somente entre municípios, bem como dentro do próprio município. 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 (figura 3). Verificar quais são os perfis dos nascidos vivos vulneráveis ao óbito infantil, segundo as nove 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.

Figura 3. Distribuição % de óbitos crianças < 1 ano e nascimentos por Regional de Saúde, Joinville 2014.



Em Joinville com a integração das práticas de vigilância epidemiológica nas equipes de saúde, todos os óbitos foram investigados, alcançando em 2014, 100% das investigações concluídas.

A classificação da Fundação SEADE modificada utiliza as causas constantes na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID- 10) agrupadas de acordo com o seu potencial de redução, apontando áreas onde a atenção pode ter falhado. Pela classificação de evitabilidade da Fundação SEADE, em 2010 nos óbitos em menores de 1 ano 76,7 % foram considerados evitáveis e em 2014 passaram a 87% dos óbitos evitáveis. No período estudado chama atenção a queda de óbitos evitáveis por adequado controle na gravidez de 11,7 % em 2010 para 3,3 % em 2014 e o significativo aumento na proporção das mortes evitáveis por adequada atenção ao parto (3,3% em 2010 para 23% em 2014), assim como as redutíveis através de parcerias com outros setores (13,3% para 20%). Os óbitos evitáveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce concentram o maior percentual ao longo da serie estudada, sugerindo uma leve queda. As mortes não evitáveis apresentaram uma redução de 23,3% em 2010 para 13% em 2014.

Tabela 9. Classificação por Grupos Fundação SEADE, Joinville 2010 a 2014.

Classificação por Grupos Fundação SEADE	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%
1-Redutíveis por imunoprevenção	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2-Redutíveis por adequado controle na gravidez	7	11,7	6	8,2	4	6,9	4	6,2	2	3,3
3-Redutíveis por adequada atenção ao parto	2	3,3	4	5,5	10	17,2	6	9,2	14	23
4-Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	29	48,3	32	43,8	23	39,7	25	38,4	24	40
5-Redutíveis através de parcerias com outros setores	8	13,3	16	21,9	8	13,8	19	29,2	12	20
6-Não evitáveis	14	23,3	15	20,5	13	22,4	11	16,9	8	13
7-Mal definidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8-Não classificadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	60	100	73	100	58	100	65	100	60	100

Fonte: SIM/ CPMI

Com relação aos problemas identificados a partir das investigações realizadas, a maioria não foi possível apontar 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. Como dificuldades sócio familiares, predomina a demora na procura do serviço de saúde. Na análise dos óbitos investigados pela Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil (CPMI) identificaram os seguintes tipos de problemas:

Tabela 10 - Problemas identificados

Problemas	2010	2011	2012	2013	2014
Sem evidência de falhas	29	38	35	30	31
Dificuldades sócio-familiares	17	17	11	13	9
Problemas na atenção ao pré natal	10	7	3	5	4
Problemas na atenção à criança	7	6	9	5	5
Problemas na atenção ao parto	2	0	2	2	5
Problemas na assistência neonatal	0	0	0	2	1
Problemas nos exames (USG)	0	0	2	1	2
Outros problemas	8	8	2	11	13

Fonte: SIM/ CPMI

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 2014, 23 Declarações de Nascidos Vivos (DNV) ou Declaração de Óbitos

(DO) foram corrigidos. Destaca-se o elevado número de pacientes que tiveram indicação de aconselhamento genético nos anos apresentados e cuja referência precisa ser estabelecida com fluxos assistenciais adequados.

As seguintes medidas foram tomadas pela CPMI após as investigações:

Tabela 11– Medidas corretivas

Medidas corretivas	2010	2011	2012	2013	2014
Correção dos bancos de dados (SIM, SINASC)	16	13	12	33	23
Carta às UBS para seguimento das famílias	17	13	5	5	10
Carta aos Hospitais	4	0	2	2	4
Aconselhamento genético	11	16	4	13	11
Discussão com profissionais/equipes de Saúde	2	6	10	5	5
Outros	0	0	0	5	3

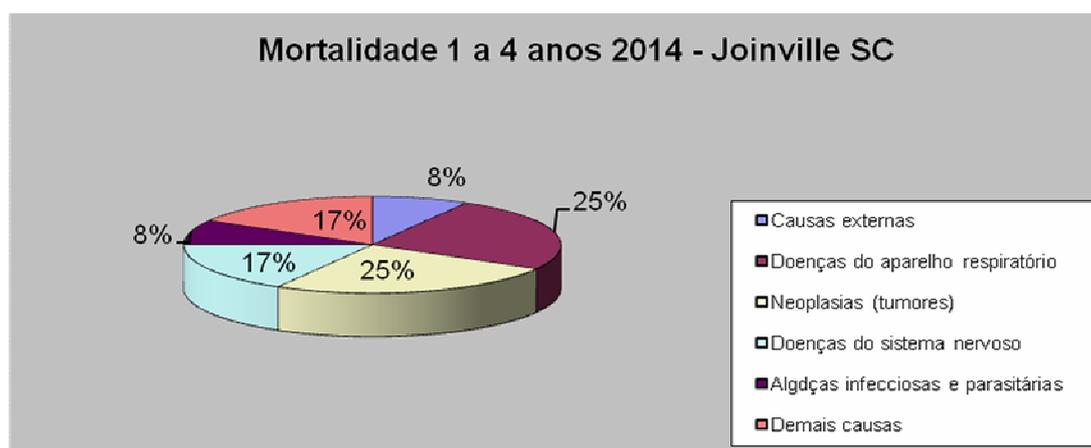
Fonte: CPMI

No âmbito da Vigilância em Saúde, é desafiador o diálogo entre os pontos de atenção na rede e a vigilância em saúde como instrumento de detecção, avaliação e planejamento para tomadas de decisões que busquem minimizar, eliminar e/ou prevenir agravos na área da saúde, bem como desenvolver ações de promoção da saúde. É necessário avançar na evitabilidade dos óbitos, as equipes da ESF devem analisar a situação de suas áreas de abrangência e ter autonomia no cuidado com a população de seu território, com implantação de estratégias simples, mas capazes de mudar a realidade atual.

Mortalidade de crianças de 1 a 4 anos

No ano de 2014 ocorreram 12 mortes na faixa etária de 1 a 4 anos, 11 meses e 29 dias, sendo que as neoplasias e doenças do aparelho respiratório respondem por 50% dos óbitos, seguidas pelas doenças do sistema nervoso, com 17%. Entre os óbitos ocorridos, 41,7% se deu antes da criança completar o 2º ano de vida. Em 100% das crianças o peso ao nascimento e Apgar no quinto minuto foram adequados, apenas 1 criança prematura (34 semanas), uma com mãe adolescente (14 anos) e ausência de malformação congênita em 100% das crianças.

Figura 4. Proporção de óbitos de 1 a 4 anos por componente e segundo causa capítulo CID 10- Joinville, 2014.



Fonte: SIM/ CPMI

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

Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil

<i>Debora Galle Moraes</i>	<i>Unidade de Vigilância em Saúde</i>
<i>Fátima Mucha</i>	<i>Unidade de Atenção Básica</i>
<i>Maria Volpato Kropiwiec</i>	<i>Unidade de Vigilância em Saúde</i>
<i>Selma Cristina Franco</i>	<i>Gabinete/Planejamento</i>
<i>Terezinha Hillesheim</i>	<i>Gabinete/Planejamento</i>
<i>Viviane Karina Korovsky</i>	<i>Unidade de Atenção Básica</i>

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Indicadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Doldan, Roberto Valiente; Costa, Juvenal Soares Dias da e Nunes, Marcelo Felipe. Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle. *Epidemiologia Serv. Saúde* [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 491-498. ISSN 1679-4974.

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

Kerr-Pontes, L. R. S. & Rouquayrol, M. Z. Medidas da saúde coletiva. In: Rouquayrol, M. Z. & Alameida filho, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

Medronho, R.A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília (DF), 2009.

Ministério da Saúde, Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher - Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. Brasília (DF), 2011.

Nascimento MN, leite AJM, Almeida NMGS, Silva CF. Determinantes de mortalidade neonatal: estudo caso controle em Fortaleza. Ceará, Brasil. *Cadernos Saúde Pública* 2012.

Lansky, Sonia, França, Elizabeth e Leal, Maria do Carmo. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 2002; 36(6):759 -772.

http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind_Mortalidade_Infantil/Ind_Mortalidade_Infantil_graf.def

Apêndice 3

Demonstrativo de gastos de programas com verbas específicas – ANO DE 2014

Atenção Básica - Conta Corrente 11496-0

Projeto/Programa	Saldo inicial em 31/12/2013	Receitas do Exercício	Despesas do Exercício	Saldo final em 31/12/2014
1. Agentes Comunitários de Saúde	R\$ 988.950,00	R\$ 6.072.900,00	R\$ 7.061.850,00	R\$- 0
2. Programa Saúde da Família	R\$ 363.630,00	R\$ 4.050.920,00	R\$ 4.414.550,00	R\$- 0
3. Equipes de Consultórios na Rua	R\$- 0	R\$ 98.600,00	R\$- 0	R\$ 98.600,00
4. Saúde Bucal	R\$- 0	R\$ 114.620,00	R\$ 97.281,70	R\$ 17.338,30
5. Saúde do Homem	R\$ 73.522,96	R\$- 0	R\$- 0	R\$ 73.522,96
6. PMAQ	R\$ 2.042.577,00	R\$ 2.419.800,59	R\$ 2.022.401,01	R\$ 2.439.976,58
7. Programa Saúde na Escola PSE	R\$ 236.774,25	R\$ 14.259,60	R\$ 5.749,25	R\$ 245.284,60
8. Incentivo para Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário	R\$ 56.700,00	R\$ 41.580,00	R\$- 0	R\$ 98.280,00

Gestão - Conta Corrente 12604-7

Projeto/Programa	Saldo inicial em 31/12/2013	Receitas do Exercício	Despesas do Exercício	Saldo final em 31/12/2014
9. Programa das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)	R\$ 134.706,28	R\$ 40.000,00	R\$ 7.367,03	R\$ 167.339,25
10. Incentivo destinado a Leitos de Acolhimento Usuários Drogas	R\$ 70.759,10	R\$- 0	R\$ 4.228,60	R\$ 66.530,50
11. Incentivo para Ações de Redução de Danos em CAPS AD Consultório de Rua	R\$ 56.825,47	R\$- 0	R\$ 56.791,69	R\$ 33,78
12. Programa Financiamento da Assistência Farmacêutica no Pró-Saúde	R\$ 801.912,35	R\$- 0	R\$ 300.000,00	R\$ 501.912,35
13. CAPS In/RAPS - Incentivo destinado Ao custeio dos Centros de At. Psicossocial	R\$ 4.000,00	R\$- 0	R\$- 0	R\$ 4.000,00
14. Custeio dos Centros de Atendimento Psicossocial CAPS III	R\$ 11.175,47	R\$- 0	R\$- 0	R\$ 11.175,47
15. Implementação de Política de Promoção da Saúde	R\$ 24.475,36	R\$- 0	R\$- 0	R\$ 24.475,36
16. Participa SUS - Gestão de Políticas Saúde	R\$ 60.718,07	R\$- 0	R\$- 0	R\$ 60.718,07
17. Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho Saúde Mental	R\$ 3.124,34	R\$- 0	R\$- 0	R\$ 3.124,34
18. Incentivo Reabilitação Psicossocial	R\$ 113.419,27	R\$ 95.000,00	R\$ 4.393,65	R\$ 204.025,62
19. Qualificação da Regulação do Acesso as Ações e Serviços de Saúde	R\$ 112.842,89	R\$- 0	R\$- 0	R\$ 112.842,89
20. Incentivo a implantação do programa de qualificação da RAPS - PI	R\$ 16.000,00	R\$ 297.679,15	R\$ 77.195,10	R\$ 236.484,05
21. Casa de Acolhimento Transitório - Crack	R\$ 318.749,13	R\$ 24.220,55	R\$ 100.932,48	R\$ 242.037,20

Vigilância em Saúde - Conta Corrente 11492-8

Projeto/Programa	Saldo inicial em 31/12/2013	Receitas do Exercício	Despesas do Exercício	Saldo final em 31/12/2014
22. PAM - Programa DST/AIDS	R\$1.089.041,51	R\$ 70.632,95	R\$ 114.175,24	R\$1.045.499,22
23. Progr.Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde	R\$- 0	R\$ 289.906,96	R\$- 0	R\$ 289.906,96
24. Piso Fixo de Vigilância Sanitária - ANVISA / FNS	R\$- 0	R\$ 294.691,50	R\$- 0	R\$ 294.691,50
25. Incentivo Implantação e Manutenção Ações Serviço Público Estratégias de Vigilância (PVVS)	R\$- 0	R\$ 90.000,00	R\$- 0	R\$ 90.000,00
26. Incentivos Pontuais para Ações Serviços Vigilância Em Saúde IPVS	R\$- 0	R\$ 250.003,93	R\$- 0	R\$ 250.003,93
27. Incentivo Ações Vigilância Prevenção e Controle DST/AIDS e hepatite virais	R\$- 0	R\$ 290.833,30	R\$- 0	R\$ 290.833,30
28. Incentivo Qualificação das Ações de Dengue	R\$ 34.243,50	R\$ 542.046,09	R\$ 291.554,08	R\$ 284.735,51
29. Gerenciamento de Risco	R\$ 208.302,83	R\$ 35.966,43	R\$ 17.885,00	R\$ 226.384,26
30. Prevenção de Violência, Doenças e Agravos	R\$ 164.034,30		R\$ 1.073,00	R\$ 162.961,30
31. Serv. de Verificação de Óbito	R\$ 191.705,32	R\$ 88.000,00	R\$ 22.784,15	R\$ 256.921,17
32. Incentivo Campanha Influenza	R\$130.642,34	R\$ 127.600,00	R\$ 2.245,15	R\$ 255.997,19
33. Incentivo à Vigilância da Influenza Epidemiológica	R\$ 311.280,21	R\$ 50,00	R\$ 530,00	R\$ 310.800,21

Média Complexidade

Projeto/Programa	Saldo inicial em 31/12/2013	Receitas do Exercício	Despesas do Exercício	Saldo final em 31/12/2014
Conta Corrente 11497-9				
34. SAMU	R\$ 1.336.766,89	R\$ 1.794.670,12	R\$ 640.772,84	R\$ 2.490.664,18
Conta Corrente 11498-7				
35. CEREST	R\$.1.450.787,33	R\$ 340.895,04	R\$ 178.145,92	R\$ 1.613.536,45
Conta Corrente 11494-4				
36. Rede Viver sem limites	R\$ 140.342,72	R\$ 117.270,38	R\$ 3.340,00	R\$ 254.273,10
37. Teto Municipal R.Cegonha	R\$ 257.464,78	R\$ 4.153.362,13	R\$ 4.031.653,87	R\$ 379.173,04
38. CEO Municipal	R\$ 51.142,29	R\$ 536.800,00	R\$ 211.750,00	R\$ 376.192,29
TOTAL	R\$10.856.615,96	R\$22.292.308,72	R\$19.668.649,76	R\$13.480.274,93

Apêndice 4

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE - ATIVIDADES 2014

O Conselho Municipal de Saúde - CMS - é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo e normativo. É formado por 40 membros titulares e 40 suplentes, considerando a paridade de 50% de entidades de usuários, e 50% de entidades de profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores, conforme expressa o Decreto nº 21.562, que efetivou a composição do Conselho Municipal de Saúde gestão 2013/2015 publicado no Jornal do Município em 06 de dezembro de 2013.

É conduzido por uma Mesa Diretora composta por: Presidente, conselheiro Valmor João Machado, segmento usuário; vice-presidente, conselheiro Lourenço Foss Joenk, segmento usuário e secretária, conselheira Márcia Schneider, segmento prestadores de serviço. É assessorado por cinco comissões permanentes: Comissão de Assuntos Internos, Comissão de Assuntos Externos, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, Comissão de Capacitação de Conselheiros de Saúde e Comissão de Ética e Conduta.

Para garantir seu funcionamento o conselho conta com uma secretaria executiva, que tem a finalidade de fornecer as condições necessárias para o cumprimento das competências do Conselho Municipal de Saúde de Joinville. Cabe à Secretaria dar todo o suporte técnico-administrativo para as atribuições do conselho e às suas Comissões. A Secretaria Executiva assessora também os conselhos locais de saúde, que em dezembro de 2014 totalizavam 30 (trinta) conselhos ativos.

Para fortalecer a atuação do Controle Social no município, o conselho promoveu durante o ano 7 (sete) encontros de capacitação, e no decorrer do ano 12 (doze) conselheiros participaram em capacitações/eventos fora do município de Joinville. No mês de maio, realizou-se a 1ª Conferência Macrorregional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com o tema geral "Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado", que contou com a participação de conselheiros locais e municipais de saúde dos municípios de Joinville e região, profissionais de saúde e comunidade em geral. O Conselho Municipal de Saúde promoveu também um Seminário em comemoração ao Dia Mundial da Saúde, com a presença do ilustre Dr Gilson Carvalho, além da realização das palestras "Agrotóxicos e a Nossa Saúde" e "É Possível Construir Sistemas Públicos de Qualidade? Uma Descrição dos Sistemas de Saúde do Canadá, Inglaterra e Espanha".

Neste ano o conselho realizou 12 (doze) assembleias ordinárias e 04 (quatro) extraordinárias, totalizando 16 (dezesesseis) assembleias realizadas em 2014, as quais deram origem a 42 (quarenta e duas) Resoluções, que foram homologadas pelo prefeito e publicadas no Jornal do Município.

ÍNDICE DAS RESOLUÇÕES DO ANO DE 2014

- RESOLUÇÃO Nº 001/2014** – Fluxograma de Demandas Dos Conselhos Locais de Saúde;
- RESOLUÇÃO Nº 002/2014** – Recomposição da Comissão De Assuntos Externos (CAE);
- RESOLUÇÃO Nº 003/2014** – Criação da Comissão para Revisão do Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde;
- RESOLUÇÃO Nº 004/2014** – Credenciamento/Habilitação do Hospital Bethesda para Procedimento de Laqueadura Tubária Através do SUS;
- RESOLUÇÃO Nº 005/2014** – 4º Termo Aditivo ao Convênio nº 024/2012-SEPLAN-CV Firmado com a Instituição Bethesda- Hospital;
- RESOLUÇÃO Nº 006/2014** – Recomposição da Comissão de Assuntos Internos (CAI);
- RESOLUÇÃO Nº 007/2014** – Comissão Organizadora da 1ª Conferência Macrorregional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- RESOLUÇÃO Nº 008/2014** – Recomposição da Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador (CIST);
- RESOLUÇÃO Nº 009/2014** – Recomposição da Comissão de Ética e Conduta;
- RESOLUÇÃO Nº 010/2014** – Indicação de Representante para Compôr Comitê de Ética em Pesquisa da Univille;
- RESOLUÇÃO Nº 011/2014** – Edital de Credenciamento de Prestadores de Serviços Médicos na Especialidade Clínica Geral e Ortopedia aos Usuários do SUS nº 001/2014 e 002/2014;
- RESOLUÇÃO Nº 012/2014** – Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde Referente ao 2º Quadrimestre de 2013;
- RESOLUÇÃO Nº 013/2014** – Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde Referente ao 3º Quadrimestre de 2013;
- RESOLUÇÃO Nº 014/2014** – Relatório Anual de Gestão 2013 – Secretaria Municipal de Saúde;
- RESOLUÇÃO Nº 015/2014** – Minuta do Termo Convênio de Cooperação Mutua que Firmam Entre Si, o Município de Joinville, com a Interveniência do Hospital Municipal São José, e o Instituto Vida de Assistência à Saúde para Prestação de Serviços de Anestesiologia;
- RESOLUÇÃO Nº 016/2014** – Regimento Interno da 1ª Conferência Macrorregional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- RESOLUÇÃO Nº 017/2014** – Projeto Implantado pela Secretaria Municipal de Saúde para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Realizarem a Conferência dos Dados Cadastrais dos Municípios e a Confirmação da Necessidade de Consulta, Exame ou Cirurgia Registrada nas Filas de Espera de Especialidades;
- RESOLUÇÃO Nº 018/2014** – Comissão para Revisão do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Joinville;
- RESOLUÇÃO Nº 019/2014** – Representatividade do Conselho Municipal de Saúde em Comissões de Acompanhamento de Contratos e/ou Convênios, Comitês e Conselhos Gestores e/ou Administrativos;
- RESOLUÇÃO Nº 020/2014** – Recomposição da Comissão de Ética e Conduta;
- RESOLUÇÃO Nº 021/2014** – Recomposição da Comissão de Capacitação de Conselheiros de Saúde;
- RESOLUÇÃO Nº 022/2014** – Eleição para Secretário(a) da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde Gestão 2013-2015;
- RESOLUÇÃO Nº 023/2014** – Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a UBSF Estevão de Matos;
- RESOLUÇÃO Nº 024/2014** – Transformação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina – CIS/AMUNESC em Consórcio Público Denominado Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina – CISNORDESTE/SC;
- RESOLUÇÃO Nº 025/2014** – Lista de Espera para Consultas com Especialistas e Exames de Média e/ou Alta Complexidade;
- RESOLUÇÃO Nº 026/2014** – Minuta do Primeiro Termo Aditivo ao Convênio de Cooperação Mútua nº.017/2012/SEPLAN-CV, que Celebram o Município de Joinville, o Consórcio

CISNORDESTE-SC e a Fundação Educacional Da Região De Joinville – FURJ, Mantenedora da UNIVILLE;

RESOLUÇÃO Nº 027/2014 – Planejamento Anual 2013 do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST;

RESOLUÇÃO Nº 028/2014 – Proposta de Alteração do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde;

RESOLUÇÃO Nº 029/2014 – Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde – SMS Referente ao 1º Quadrimestre do Ano 2014;

RESOLUÇÃO Nº 030/2014 – Processo de Credenciamento para Contratação de Serviços Especializados em Oftalmologia;

RESOLUÇÃO Nº 031/2014 – Recomposição da Comissão de Assuntos Externos (CAE);

RESOLUÇÃO Nº 032/2014 – Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Região de Saúde Nordeste de Santa Catarina;

RESOLUÇÃO Nº 033/2014 – Projeto Consultório na Rua – Joinville;

RESOLUÇÃO Nº 034/2014 – Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes Para as UBSs – Policlínica de Pirabeiraba e Unidade Básica de Saúde da Família Estevão de Matos;

RESOLUÇÃO Nº 035/2014 – Programação Anual de Saúde – 2015;

RESOLUÇÃO Nº 036/2014 – Planejamento Anual 2014 do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST;

RESOLUÇÃO Nº 037/2014 - Solicitação de Renovação dos Convênios Nº 006 e 007/2014 - Autoriza o Executivo Municipal, por Intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, a Celebrar Convênio com o Instituto Vida de Assistência à Saúde;

RESOLUÇÃO Nº 038/2014 - Plano de Ação Municipal de Vigilância Sanitária 2014;

RESOLUÇÃO Nº 039/2014 - Demandas Judiciais de Internações Compulsórias de Pacientes em Vulnerabilidade Social;

RESOLUÇÃO Nº 040/2014 - Minuta do Terceiro Termo Aditivo ao Convênio nº 060/2011-SEPLAN-CV Firmado com o Hospital Municipal São José;

RESOLUÇÃO Nº 041/2014 - Remanejamento de Verba do Planejamento Anual 2014 do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST para a Compra de Veículo;

RESOLUÇÃO Nº 042/2014 - Cronograma Reuniões Do Conselho Municipal De Saúde 2015;

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Araranguá, 397 – América – Joinville – SC

Contatos: (47) 3481-5181 - e_mail: cms.joinville@gmail.com

Apêndice 5

RELATO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

REDE DE ATENÇÃO AOS DEFICIENTES (RAD)

Coordenação Cíntia Friedrich – USR da Secretaria Municipal da Saúde

Considerando a base legal para a organização da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RAD) a seguir:

- 1) Portaria GM/MS Nº 793 - institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RAD) no âmbito do Sistema Único de Saúde, publicada em 24 de abril de 2012;
- 2) Portaria GM/MS Nº 835 - prevê os Recursos Financeiros para implementação da mesma, publicada em 25 de abril de 2012;
- 3) Deliberação 128/CIB/12 - institui o Grupo Condutor Estadual para estruturação da Rede;
- 4) Deliberação 375/CIB/12 – aprova o Plano de Ação Estadual;
- 5) Deliberação 113/CIB/13 – aprova a habilitação da Oficina Ortopédica Fixa do Centro Catarinense de Reabilitação para ser qualificada, como referência Estadual, para concessão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais no Estado de Santa Catarina, para a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.
- 6) Resolução CMS 032/2014 – aprova o Plano de Ação Regional.
- 7) Deliberação 005/CIR/2014 – aprova o novo desenho da RAD em 22/07/14.
- 8) Deliberação 315/CIB/14 – aprova o Plano de Ação Regional e o desenho da Rede de Deficiência da Região de saúde Nordeste; os CER III e CER II de Joinville e o CER II e a Oficina Ortopédica de Jaraguá do Sul.

O município de Joinville iniciou a discussão para organizar sua rede a partir de 2013, por ocasião da elaboração do Plano de Ação Regional, cuja base territorial foram as regiões de saúde e com aprovação nas CIRs e CIB. Foi feito um levantamento regional contendo os seguintes pontos:

- a. Matriz diagnóstica, por componente da Rede em sua Região: AB (NASF, CEO, AD), Hospitais de Referência, Centros de Reabilitação, APAEs e demais serviços de apoio;
- b. Maior Necessidade (carência) de Serviços por tipo de deficiência;
- c. Desenho Regional e Plano de Ação Regional;
- d. Contrapartida dos municípios para os CERs;
- e. Fluxo de referência e contra referência sugeridos

O plano que foi elaborado em 2013 com base neste levantamento e precisou ser reformulado no ano de 2014, com nova discussão sobre o desenho da RAD, quantos e quais pontos de atenção de diversos portes (CER) seriam necessários para atender o município e as regiões 23ª e 24ª. No mês de junho/14, a proposta final contemplou a construção de um CER do tipo III em Joinville, com Deficiência Intelectual, Auditiva e Visual; um CER do tipo II em Jaraguá do Sul com implantação da Oficina de OPD, com Deficiência Física e Intelectual e habilitação de mais um CER do tipo II na APAE de Joinville (Deficiência Intelectual e Visual). Sendo assim, a 24ª Região ficaria com as Deficiências Física e Intelectual em Jaraguá do Sul; a 23ª com as Deficiências Física e Intelectual em Joinville; e as Deficiências Visual e Auditiva nas duas Regiões.

Após isto, todos os serviços que atendem a pessoa com deficiência foram convidados para se discutir os fluxos de referência e contra referência, sendo que atualmente além de participantes dos serviços do município, como NAIPE, CENTRINHO, Policlínica Boa Vista, NAT, as entidades participantes das reuniões são:

- COMDE – Conselho Municipal dos Direitos da pessoa com deficiência;
- ARCD – Associação de Reabilitação da Criança Deficiente é uma Organização Social (OS) não vinculada ao SUS com título de utilidade pública municipal que realiza atendimento gratuito aos portadores de deficiência intelectual grave que necessitam de reabilitação. Atualmente é custeada diretamente pela Prefeitura de Joinville. Para que a ARCD se adeque às Portarias, ela precisa mudar seu estatuto para se tornar uma entidade filantrópica detentora de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS) para captar recursos.
- Assim, precisará rever seu estatuto e contrato de gestão para poder se tornar prestadora de serviço ao SUS/SMS.
- APAE - sociedade civil, filantrópica, de caráter educacional, cultural, assistencial de saúde, de estudo e pesquisas e outros, sem fins lucrativos de natureza pública, municipal, federal e estadual, não governamental. Presta serviços na área da saúde, assistência social, educação e prevenção das deficiências em pessoas de 0 a 60 anos visando o desenvolvimento das habilidades funcionais, psicopedagógicas e sociais, autonomia e socialização. Na área da saúde atende pessoas com deficiência intelectual /múltipla e ou autismo de nossos educandos e da comunidade, visando a prevenção, habilitação e reabilitação clínica através de avaliações, diagnósticos, tratamentos e encaminhamentos por profissionais nas áreas de medicina – Psiquiatra e Neurologista- Clínico geral-Serviço Social, Psicologia, Pedagogia, Fisioterapia, Fonoaudióloga, Terapia Ocupacional, Odontologia e Nutricionista.
- AJIDEVI - entidade civil, assistencial, com personalidade jurídica e sem fins lucrativos. A entidade subsiste financeiramente através de doações de pessoas físicas e jurídicas,

convênios, subvenções, bem como de promoções beneficentes que realiza ao decorrer de cada ano. Atende pessoas com deficiência visual (cegos e baixa visão), crianças, adolescentes e adultos da cidade de Joinville e região, atuando no campo da educação, habilitação, reabilitação e integração social.

O grupo já delineou os perfis de atendimento em cada ponto de atenção da RAD no município e já definiu um Fluxo de Referência e Contra Referência nesta; aguarda habilitação da APAE pelo Ministério da Saúde.

Cinthia Friedrich e Selma Cristina Franco

Dez/2014

REDE CEGONHA

Coordenação: Silvia Betat – UAB

A Rede Cegonha, instituída pela Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, objetiva fomentar a implantação de um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, e reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.

O município de Joinville iniciou a organização da Rede Cegonha em 2012, com a adesão do Estado, aprovada pela CIB (Resolução 167/12) e adesão da Regional Nordeste, aprovada pela CIR (Resolução 02/12) e CIB (Resolução 172/12).

Ainda em 2012 foi elaborada a Matriz diagnóstica e o Plano Operativo da Macrorregião Planalto Norte e Nordeste e aprovada a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Santa Catarina (Portaria 3.070/MS), que aprovou recursos destinados à implementação do Plano. Na ocasião, o município ajustou a oferta dos exames de pré-natal (Eletroforese de Hb; USG para 100% das gestantes) que a portaria instituíra. Os demais exames laboratoriais já eram ofertados no pré-natal do município.

O Município foi cadastrado no SISPRENATAL WEB e passou a inserir dados de cadastro e acompanhamento das gestantes no sistema online. A adesão das Unidades ao novo sistema foi gradual, à medida que foram instalados novos computadores, possibilitando a descentralização da digitação nas UBS.

Em 2013 foi nomeado o Grupo de Condução Municipal (Portaria 104/SMS) e intensificado o processo de informatização das UBSs para alimentação do SisPrenatal Web.

Os Testes Rápidos (TR) de HIV e Sífilis foram descentralizados para a Atenção Básica a partir da capacitação dos enfermeiros dos 13 municípios da 23ª e 24ª Regionais de Saúde do Estado. Os enfermeiros de Joinville foram capacitados nas últimas turmas de 2013 e durante o ano de 2014, incluindo o teste rápido de gravidez. Assim, as Unidades Básicas de Saúde passaram a realizar os 3 TR após a capacitação dos enfermeiros. A descentralização do teste de gravidez (até então realizado no Laboratório Municipal) iniciou pela Regional de Saúde Pirabeiraba e estendeu-se às outras 8 Regionais, gradativamente.

Em 2014 os esforços foram direcionados à implantação dos testes rápidos (TR) na Atenção Básica e melhora dos registros no Sisprenatal Web nas Unidades Básicas de Saúde. Foram realizadas reuniões com os enfermeiros, por Regional de saúde, para repasse de orientações sobre TR, ajuste de fluxos de atendimento e encaminhamento, preenchimento de

laudos, códigos de registro de produção no SIA e Sis prenatal Web. Também foram repassadas orientações sobre a Classificação de Risco Gestacional para encaminhamento ao Ambulatório de Alto Risco da MDV.

A partir de setembro, a logística de solicitação de TR ao MS passou a ser de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica do município, que solicita através do Programa Vigilantus, melhorando o fluxo e adequando a quantidade de Testes para a reposição a todas as UBSs.

Comparando os registros no Sis prenatal Web entre o 1º e 2º semestres, percebeu-se melhora nos registros de acompanhamento das gestantes e de exames, inclusive de TR, bem como de captações precoces e número de consultas. Porém, os dados ainda não refletem o total de procedimentos realizados se comparados com a planilha de controle mensal de TR realizados (Boletim), enviada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No primeiro semestre de 2014 o município recebeu visita técnica de apoiadores do Ministério da Saúde e da SES, para o monitoramento e avaliação do primeiro ano de implementação da Rede Cegonha. Este primeiro monitoramento foi focado na MDV, que recebeu recursos para adequações às Portarias da Rede Cegonha.

Ainda em 2014, a MDV criou a Comissão Perinatal da Rede Cegonha Regional, para a implantação articulada com os Grupos de Condução Municipais, Regional e Estadual, e implantou a classificação de risco no seu serviço de emergência.

O Projeto para a implantação do Centro de Parto Normal, vinculado à MDV, foi enviado para avaliação e custeio do MS.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Coordenação: Rosemeri Maciel – UAB

A Portaria Nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças crônicas tem como objetivos: comentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas; garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas e, contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Esta Rede apresenta cinco Eixos Temáticos que abrange as Doenças Reno Cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, Diabetes, Obesidade, Câncer de Mama e de Colo de Útero.

A Comissão de Rede de Crônicos realizou reuniões mensais no decorrer do ano de 2014. O grupo foi dividido em 4 comissões por afinidade dos técnicos, sendo elas Doenças Reno Cardiovascular e Diabetes, Ca de Colo de Mama, Sobrepeso e Obesidade, Doenças Respiratórias Crônicas. As subcomissões realizam reuniões em períodos diferentes do grande grupo, discutindo fluxos, encaminhamentos, acesso e problemas em todos os pontos de atenção das Linhas de Cuidado, utilizados ou percorridos pelo paciente.

Relato das subcomissões

Doenças Reno Cardiovascular e Diabetes: A subcomissão enfatizou a atenção ao paciente hipertenso, segundo a linha guia de HAS, ampliando o matriciamento para todas unidades de saúde da atenção básica. Foi realizada a capacitação e elaboração do fluxo de anticoagulação e campanha de fibrilação arterial. Em relação as ações para os pacientes portadores de DM, houve a capacitação com a referencia em endocrinologia, Pro Dia, matriciamento em endocrinologia e finalização da Linha Guia de DM.

Ca de Colo de Mama: Foi alinhado o fluxo para os casos de Ca de Colo e Mama, entre e Atenção Básica, Regulação, PAM B. Vista e Oncologia do HMSJ, pois estava truncado e não efetivo. Foi realizado o alinhamento quanto ao matriciamento em mastologia/oncologia/ginecologia e reavaliado as demandas de colo e mama em relação ao acesso as consultas. Atualmente a demanda e a prevalência de mama (40 para cada 100 mil mulheres) é muito maior do que a demanda de colo do útero (16 para cada cem mil mulheres). No entanto, o número de profissionais atendendo (4) em cada área é o mesmo. Assim, foi sinalizada a necessidade de ampliar a capacidade instalada para mastologista e cirurgia gineco-oncológica..

Sobrepeso e Obesidade: Apresentação do Plano Obesimor, elaborado Plano Atendimento integrado, obesidade em adultos na Atenção Básica ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2 \leq 39,99 \text{ kg/m}^2$).

Grupo I: Orientações gerais: Atividade Física, Enfermagem, Nutrição, Saúde Mental, Medicina.
Temas sugeridos: Causas e conseqüências da da obesidade, importância da atividade física, mudança de hábitos e qualidade de vida, orientações de condutas nutricionais, funcionamento do grupo de apoio, COMPLETAR

Formato: Grupo fechado, com duração de 2 horas, capacidade de 20 usuários. Após passar pelo grupo de orientações gerais, passam para o grupo de apoio.

Grupo II: grupo de apoio

Opção metodológica: problematizadora e reflexão de temas pertinentes ao processo de emagrecimento. Espaço aberto para colocação, identificação e encaminhamentos necessários e realização do tratamento com oito.

Temas do Saúe Mental: reconhecimento do problema, mudança de hábitos, autoestima, motivação e manutenção do tratamento. Elaborado e em execução piloto em 3 regionais de saúde o projeto Mais Saúde com participação multiprofissional.

Doenças Respiratórias Crônicas. Comissão construída e em discussão o protocolo de asma.

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Coordenação: Melissa Avelar Castanho

A rede de urgência e emergência do SUS de Joinville conta com três (03) PAs24horas e cinco (05) serviços de emergência em hospitais, todos eles realizando classificação de risco e com atribuições pactuadas conforme a demanda, gravidade do caso e idade do paciente (Portaria SMS 010/14). A pactuação compreende ainda as 54 Unidades Básicas de Saúde, três (03) Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e Pronto Atendimento Psicossocial (PAPS). Em 2014 a MDV implantou a classificação de risco no seu serviço de emergência, concluindo a classificação em todos os pontos de atenção vocacionados. Entretanto, a regulação pré-hospitalar realizada pelo SAMU utiliza outro sistema de classificação de risco, direcionado as emergências e pacientes muito urgentes o que resulta em alguns encaminhamentos inconformes ao pactuado.

Seguindo a pactuação da rede (PRT SMS 010/14), foi implantado em 2014 o **encaminhamento dos pacientes** classificados como azuis (não urgentes) para as Unidades Básicas e como verdes (pouco urgentes) para os PAs24horas. Entretanto, a exceção do HJAF e do Hospital Bethesda, todos os pontos de atenção tiveram dificuldades de manutenção da auditoria da classificação de risco, prejudicando a sua qualidade e dos encaminhamentos entre os Pontos de Atenção, com risco para os pacientes, principalmente pelo HMSJ e HRHDS.

Ainda em relação à classificação de risco, os PAs24horas e o Hospital Bethesda não dispõem de registro eletrônico dos atendimentos médicos, impossibilitando o monitoramento do atendimento oportuno segundo o risco.

A resolutividade pactuada dos pontos de atenção se efetiva pela implementação de protocolos clínicos em conformidade com as Linhas de Cuidado. O Ministério da Saúde definiu na Rede de Urgência e Emergência três (03) linhas de cuidado: do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e do Trauma. Na linha de cuidado do IAM os PAs24horas são responsáveis pela estabilização e o HRHDS pela revascularização miocárdica percutânea (cateterismo). Na linha de cuidado do AVC, os PAs24horas são responsáveis pela avaliação inicial e o HMSJ pela assistência hospitalar. Na linha de cuidado do trauma, os PAs24horas são responsáveis pela avaliação e atendimento do trauma menor, está em discussão o papel do HRHDS no atendimento do trauma moderado (implicando na avaliação ortopédica e intervenções de média complexidade) enquanto o HMSJ é responsável pela assistência do trauma maior (politrauma, trauma cranioencefálico grave, moderado e leve de alto risco,...).

Durante todo o ano as **escalas médicas** do HRHDS e dos PAs24horas estiveram desfalcadas, comprometendo a efetivação de suas competências. Como consequência

agravou-se a necessidade de deslocamento dos pacientes entre os Pontos de Atenção, concentrou-se os atendimentos de pediatria no HJAF bem como ocasionou atritos dentro das equipes e entre as instituições. Neste sentido avançou a discussão do **transporte sanitário** entre as unidades, inclusive envolvendo o transporte público, entretanto não sendo conclusiva ou implementada.

As mesmas dificuldades são observadas para as macrorregiões do Planalto Norte e Nordeste, onde Joinville se insere, implicando um descompasso entre o desenho da rede pactuado e sua realidade. Há assim premência da correção das escalas profissionais, dos instrumentos de controle e efetiva implementação das atribuições sob o risco de desrespeito à norma e desmobilização dos partícipes.

Por fim, o desenvolvimento do **Plano de Catástrofe** das unidades e municipal foi, em parte, prejudicado pelas demandas anteriores. Minutas foram elaboradas, porém, ainda não alinhadas entre os Pontos de Atenção e com o SAMU e com outros planos de contingência. Foi acionado e aguarda-se o convite da Defesa Civil para o alinhamento intersetorial e indicação dos riscos prevalentes.

Apêndice 6

RELATO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS

INDICADOR: Número de Projetos de Rede Temática ou Programa Assistencial contemplando ações sobre determinantes de saúde junto com outras instituições externas ao setor Saúde.

1 - PROGRAMA SAÚDE BUCAL: Em decorrência de reuniões realizadas em 2013 com Secretaria Municipal da Educação, Conselho Regional de Odontologia e Promotora da Infância de Juventude, no ano de 2014 os escolares da rede pública de ensino foram examinados pelas equipes de saúde bucal sem a necessidade de autorização dos pais ou responsáveis. A realização das atividades educativo-preventivas e exame bucal das crianças sem a necessidade de autorização resultou na melhoria do processo e agilizou os exames realizados nas Unidades Básicas de Saúde e Escolas, pois as equipes de saúde bucal examinam anualmente mais de 50.000 crianças.

Em parceria com a Secretaria Municipal da Educação e com recursos do Programa Saúde na Escola (PSE), está em processo de contratação de empresa para a construção de escovódromos em 9 escolas públicas participantes do programa.

Os alunos da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), realizaram atividades educativas e de promoção de saúde em 12 Unidades Básicas da estratégia saúde da família e instituições escolares adscritas, efetivando a parceria Serviço-Ensino, proposta pelo PRO-Saúde/PET-Saúde.

2 - PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: As ações intersetoriais do Programa Bolsa Família foram retomadas neste ano, tendo sido realizadas duas reuniões entre os representantes da Saúde, Educação e Assistência Social com objetivo de resgatar a gestão conjunta das condicionalidades, análise da cobertura de acompanhamento das famílias, dificuldades no acompanhamento e propostas de ações integradas. Houve ainda a participação em cinco reuniões do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), responsável pelo acompanhamento e fiscalização do programa e a Secretaria da Saúde passou a encaminhar relatório semestral do acompanhamento das condicionalidades à Gestão do Programa e ao CMAS, apontando as dificuldades e necessidades de melhorias na integração e esforços conjuntos das Secretarias envolvidas.

3 - PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E LINHA DE CUIDADO DO ADOLESCENTE: O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e

adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.

A articulação entre escola e rede básica de saúde é a base do Programa Saúde na Escola e teve êxito em 2014. No município de Joinville, 65 escolas fazem parte do Programa Saúde na Escola: 37 escolas municipais, 21 Centros de Educação Infantil e 7 escolas estaduais.

As ações propostas foram: apoiar as equipes de saúde, inseridas no PSE para o cumprimento das ações de Saúde do componente I (cartão vacinal, saúde oftalmológica, saúde oral e avaliação antropométrica); dar suporte, caso necessário para promoção de palestras sobre violências, higiene, alimentação, prevenção do consumo abusivo do álcool e outras drogas, prevenção das DST/Aids, saúde reprodutiva, controle do tabagismo, diabetes, hipertensão e atividades físicas.

No primeiro semestre executou-se uma capacitação para os profissionais da área de educação e saúde, para realização do teste Snellen e também um evento do PSE relacionado à Educação Mental, para saúde e educação, tendo como meta a integração escola e atenção básica.

Foram realizadas sete reuniões do Grupo de Trabalho Intersectorial, para elaboração de estratégias para alcance dos objetivos propostos e necessários à comunidade escolar. Os dados coletados foram digitados no e-SUS, para repasse financeiro ao município.

4 – PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS: O Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes este ano, focou suas ações nas questões de violências, basicamente no monitoramento e apoio matricial para o correto preenchimento da ficha de notificação/investigação de violências do SINAN, tanto nos hospitais públicos quanto privados, em todos os meses a partir de fevereiro. Também, de fevereiro a agosto, foram realizadas reuniões sistemáticas para revisão do protocolo de violência sexual, que foi sendo ampliado para uma linha de cuidado e culminou com as novas portarias ministeriais, que envolvem uma reestruturação no município, do atendimento das pessoas em situação de violência sexual. Nestas reuniões participaram profissionais dos locais de atendimento das pessoas em situação de violência sexual: hospitais Infantil e Regional, CAPSi, MDV, Vigilância Epidemiológica, Unidade Sanitária (SAE) e o NPVA. Houve momento em que o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente também foi chamado e participou.

No primeiro semestre, durante o acompanhamento das pessoas em situação de violência sexual, foram feitas parcerias junto aos profissionais dos Centros Regionais de Assistência Social (CREAS) Floresta e Bucarein, buscando atuação conjunta/complementar, evitando ações paralelas.

Com relação à Atenção Básica, no segundo semestre foi elaborado um cronograma para monitoramento e apoio matricial às UBSs, porém não houve possibilidade de execução. Foram realizadas duas atividades envolvendo a comunidade: 1) Na Escola Municipal Amador Aguiar no bairro Ulisses Guimarães com palestra abordando o tema violências e seu enfrentamento com a proposta da cultura da paz, voltada para alunos de 09 a 14 anos, do Ensino Fundamental; 2) Semana da Saúde na Polícia Militar, com apresentação dos Serviços da GUVS, entre eles o NPVA.

Em setembro e outubro foram realizadas 04 reuniões em Florianópolis do "Comitê Estadual de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência," com participação dos profissionais da VE/NPVA.

5 – NAIPE: Foram realizadas diversas ações voltadas à Inclusão, destacando-se aqui as intersetoriais: Com intuito de trabalhar a Inclusão Escolar, o setor de Pedagogia promoveu ao longo do ano nove encontros com escolas da rede pública de ensino entre elas Escola George Keller, Escola Max Colin, Escola Orestes Guimarães e Escola Ada Santana. Ocorreram ainda reuniões com CEI Abdon Batista e Laura Andrade, CREAS, Secretaria da Educação e com 4 professoras, que solicitaram agenda para discussão de casos.

O programa de Teatro (projeto de extensão com a casa da cultura) teve ao total 27 encontros, todos realizados na Arena Joinville, com participação de professor de teatro da Casa da Cultura, profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional do NAIPE, usuários e cuidadores. Durante a metade do período do Grupo, foram promovidas atividades com psicóloga do Naípe, destinado aos cuidadores. Na outra metade os cuidadores participaram das atividades do Programa.

Os Grupos Mais Qualidade de Vida e Psicomotricidade realizados no Parque da Cidade e Arena Joinville, com respectivamente 57 e 32 encontros, proporcionaram ações na comunidade através da prática de esporte e sensibilização para uma vida mais saudável. Participaram usuários e cuidadores. Este ano o "Mais Qualidade de Vida" aumentou a periodicidade devido às demandas dos usuários.

Em março foi apresentado um Projeto às coordenadoras de Regionais, de parceria da Atenção Básica e NAIPE no Programa de Atenção Domiciliar. Em agosto iniciamos as visitas, com comunicação às UBSs de referência do usuário. Em alguns casos os profissionais da Unidade acompanham a visita juntamente com Equipe Multidisciplinar, em ação conjunta. A equipe mantém contato direto com a atenção básica, bem como com serviços que atendem o mesmo perfil de usuário, para discutir casos e compartilhar cuidado.

O NAIPE participa de reuniões mensais do COMDE – Conselho Municipal de Direitos das pessoas com deficiência, com participação efetiva no Grupo Técnico da Saúde, e da Rede de atenção à Saúde, com reuniões mensais. Foi elaborado, juntamente com outros pontos de atenção, um Fluxo para a Rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência no município, com proposta de perfil de usuário para atendimento inclusivo. Em junho a proposta foi apresentada em Reunião de algumas Comissões na Câmara de vereadores, com participação de usuários/cuidadores e comunidade. Em maio iniciou um grupo de discussão com a Assistência Social, chamado “Comissão Intersetorial” para definir fluxos entre os serviços e com o Ministério Público.

Parcerias nas capacitações promovidas pelo PROGESUS, dentre elas uma sobre diagnóstico da Deficiência Intelectual, com participação de integrantes da equipe da Fundação Catarinense de Educação Especial e, também sobre Deficiência Intelectual aos agentes comunitários das UBSs, em parceria com a APAE.

Outras atividades intersetoriais desenvolvidas durante o ano:

- “Semana Cultural do NAIPE” com atividades externas durante o Festival de Dança de Joinville, proporcionando aos usuários e cuidadores atividades de lazer e cultura, visitas na Feira da Sapatilha e interação social;
- Laboratório de Teatro, em parceria com o Instituto Impar, promoveu 27 encontros, com resultados apresentados em Mostra de Teatro no Teatro Juarez Machado, com presença de usuários de outros serviços (SOIS, CAPS) e da comunidade. Em novembro foi firmado convênio, com assinatura do Prefeito;
- Palestra em Seminário promovido pela Pastoral do Aventureiro (grupo de pais), favorecendo a aproximação com a comunidade para esclarecimentos de dúvidas e apresentação de demandas;
- Reuniões de discussão de casos com ACE, ADESD, AMA e ARCD. Com esta última realizada avaliação Global em conjunto, de pacientes que havia dúvidas quanto ao perfil de atendimento. Para 2015 pretendemos manter este contato com os demais pontos de atenção e ainda ampliar para mais serviços de reabilitação do município;

Para 2015 há propostas de implantar Projeto de Prevenção de deficiência Intelectual, em parceria com a Atenção Básica/Programa Bebe Precioso e ACE/curso de Terapia Ocupacional e, no Plano Adulto, proposta de trabalho conjunto com a Saúde Mental, para usuários com comorbidade DI X Transtorno Mental.

6- PROGRAMA DO TABAGISMO:

O Programa de controle do Tabagismo está vinculado ao SIAVO. Desenvolve ações de promoção, prevenção e acompanhamento dos grupos de tratamento das UBS. Dentre as ações desenvolvidas em 2014 estão:

- 1) 47 Palestras de Sensibilização em: Escolas, UBS e Empresas, a fim de orientar sobre os malefícios do tabaco e prevenir a iniciação;
- 2) 02 Treinamentos para abordagem e tratamento do fumante aos profissionais da saúde, a fim de capacitá-los para a realização dos ambulatorios de tratamentos nas UBS;
- 3) Supervisões para os coordenadores dos grupos do tabagismo com acompanhamento e orientação, sendo atendidos nos grupos cerca de 750 fumantes;
- 4) 1º Café para os Ex-fumantes da Regional Centro com o intuito de valorizar o processo de parada e orienta'-los quanto a estratégias para se manter sem cigarro;

7- PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE:

Em 2014, o Programa reforçou ações e estratégias com o objetivo de ampliar as vistorias aos imóveis fechados para o controle da dengue, descritas a seguir:

- visitas aos finais de semana, feriados e pontos facultativos;
- revisitas em contra turnos;
- contato e parceria com rádios comunitárias;
- palestras em escolas, totalizando 337, com uma assistência de 24.063 pessoas;
- reuniões com as unidades de saúde, com o objetivo de sensibilizar e capacitar os profissionais;
- reunião com as Subprefeituras, SEINFRA e Vigilância Sanitária com o objetivo de parceria junto aos proprietários de imóveis para venda, aluguel e terrenos baldios;
- Reconhecimento Geográfico – RG, foi iniciado na primeira quinzena do mês de agosto, tendo concluído os bairros Floresta com 8.572 imóveis, Itaum com 5.920 imóveis e Vila Nova com 6.978 (98%) imóveis até o momento.

Outras atividades do Programa

Foi realizado o Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA), de 24 de novembro a 15 de dezembro, esta atividade é pactuada com o Ministério da Saúde através da portaria 2.557/2011, cuja execução necessita a paralisação de outras atividades. Também foi

realizado o levantamento para o *Aedes albopictus*, devido a Febre do Chikungunya, conforme solicitado através do ofício circular nº256/GEZOO/2014).

Nas ações de retorno programadas para o mês, são priorizados os retornos de acordo com os ciclos, ou seja, inicia-se pelos retornos de 1º ciclo, após 2º ciclo e assim por diante até o 5º ciclo. Contudo quando ocorre a detecção de um novo foco, as ações concentram-se na delimitação de foco.

Em novembro a Vigilância Ambiental promoveu a capacitação para o fortalecimento de parcerias, visando estratégias para enfrentamento das dificuldades encontradas na conclusão de ocorrências tais como casas fechadas, terrenos baldios, etc. Participaram da capacitação, os fiscais da SEMA (Seinfra) e Vigilância Sanitária. Ainda no mês de novembro houve o mutirão de recuperação de imóveis fechados no bairro Itaum com um alcance de 264 imóveis recuperados.

Outras situações inerentes ao serviço como períodos chuvosos, afastamentos de servidores como atestados, férias, licenças; treinamento da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DIVE), com o afastamento de 7 servidores no período de uma semana (outubro) e a reciclagem com todos os servidores no mês de novembro por 2 dias, são situações que contribuíram para o não alcance da meta. Atualmente o número de agentes da Vigilância Ambiental é de 61 servidores, sendo 48 agentes diretamente envolvidos com as atividades da Dengue (Agentes de Controle de Endemias - ACE). Os ACS também realizam atividades dos ACE, pois orientam quanto aos cuidados que os moradores da sua micro-área devem ter em relação à água parada, acúmulo de lixo no quintal, etc. Entretanto, os ACS não possuem o conhecimento da rotina de captura e análise das larvas, dos ciclos que envolvem cada período de focos ativos, uma vez que este conhecimento é específico dos ACE.

8 – SAÚDE MENTAL

O município de Joinville se destaca como referência estadual e nacional de saúde mental, apresentando uma satisfatória rede de serviços extra-hospitalares, que almeja se consolidar como Rede de Atenção Psicossocial potente e eficaz, consolidando assim as propostas das Políticas de Saúde Pública no âmbito da Saúde Mental.

Os serviços Saúde Mental, sob a Gerência de Referência, durante o ano de 2014, participaram de diversas ações voltadas à Inclusão, destacando-se aqui as parcerias com outras instituições.

- Instituída **Comissão Intersetorial**, com Secretaria de Assistência Social, Ministério Público e serviços da Saúde do município, para criação de fluxo intersetorial e protocolos de acesso e cuidados compartilhados entre as secretarias. Foi estabelecida agenda constante de reuniões e já tem como resultado o fluxo de atendimento intersetorial para pessoas em situação de rua,

pessoas com deficiência e está sendo elaborado o fluxo de atendimento para idosos em situação de risco e vulnerabilidade. O próximo será no âmbito de álcool e drogas.

- Participação do **Grupo Condutor da Rede de Atenção Psico Social – RAPS**, com representantes da Saúde, Educação, Assistência Social, Samu, entre outros.

- Foi instituído o Comitê Gestor do Plano “**Crack é Possível Vencer**”, com participação das secretarias de Saúde, Segurança Pública, Educação, Assistência Social, Felej, entre outras, além do controle social exercido por representantes de diferentes instituições da sociedade civil.

Ainda na área de Álcool e Drogas, houve a rearticulação do Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas que culminou com a nova composição, com participação do Gabinete do Prefeito, Secretaria da Saúde, Secretaria de Proteção Civil e Segurança Pública, Departamento de Trânsito, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Educação, Secretaria de Integração e Desenvolvimento Econômico, Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville e Fundação Cultural de Joinville.

CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil):

- Participação do encontro técnico do “Projeto de formação no atendimento da criança e adolescente com deficiência e suas famílias”, realizado na Câmara de Vereadores em 25/09;

- Discussão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) na escola e parcerias com educação especial e outras entidades;

- Participação do grupo de discussão da Rede de Atenção aos Deficientes (RAD), objetivando a criação do Centro Especializado de Reabilitação (CER);

- Retorno das reuniões entre CAPSi e Hospital Infante Juvenil Jeser Amarante Faria (HJAF), para discussão técnica de casos;

- Reuniões técnicas quinzenais com a equipe do Núcleo Socioterapêutico Joinville, para discussão dos casos e maior proximidade entre os serviços;

- Organização e sistematização das reuniões entre o CAPSi e Escolas, Conselho Tutelar, CMDCA, Medidas Sócio Educativas, Vara da Infância e Juventude, SAS (CRAS, CREAS);

- Discussão com SAS e Coordenação da Atenção Básica sobre o atendimento direcionado a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual;

- Implantação e execução do Projeto “Oficina Musicaps”, que foi contemplado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de incluir o uso da música como instrumento de inclusão social, promovendo a inserção dos usuários na rede comunitária, fortalecendo a autonomia, permitindo e facilitando o acesso a arte e a cultura, resgatando possibilidades e habilidades;

- Oficina de Dança e Teatro, que objetiva favorecer uma aproximação com a arte, ampliando noções corporais, favorecendo uma atividade física diferenciada e maior desenvoltura;

- Oficina de Esportes, com objetivo de utilizar o esporte como instrumento de inserção social e de resgate da cidadania, sendo o mesmo um fator de desenvolvimento educacional na formação das crianças/adolescentes;

- Aproximação e integração dos parceiros da rede de atendimento social: Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Abrigos e CMDCA.

SOIS (Serviços Organizados de Inclusão Social):

- Parceria com a Casa da Cultura, com cedência de professor de Teatro, aulas de música, canto e piano. Foram realizadas reuniões com gerente geral, coordenações e professores da Casa da Cultura e visita dos mesmos ao SOIS;

- Convênio com a Secretaria de Educação: cedência de professor 20hs para a sala de extensão do EJA (Educação de Jovens e Adultos) no SOIS; Reuniões e visita dos coordenadores da EJA ao SOIS;

- Parceria com Biblioteca Pública: Exposição de telas da oficina de Pintura na Biblioteca Pública.

- Parcerias com Associação de Moradores/ Igreja/Escolas/ CDH/Video Locadora.

- Iniciado o Projeto "Convivendo no Território", com promoção de mini cursos de artesanato para coordenadores de grupos de convivência da Atenção Básica;

- Reunião com coordenadores de grupos de convivência da RAPS;

O CAPS II/CAD (Centro de Atenção Psicossocial II):

- Parceria com Univille no projeto "Oficina de Fitoterápicos", visando a inclusão dos usuários nos projetos de extensão à comunidade da Univille, efetivada naquela instituição, com a produção final pelos usuários de um "Herbarium" com plantas trazidas de suas casas;

- Intercambio entre CAPSII e o CAPS "Ponta do Coral" de Florianópolis (visita da equipe e usuários de Florianópolis em Joinville em 2013 e visita da equipe e usuários de Joinville para Florianópolis);

- Troca de experiências através de visita dos alunos do curso de enfermagem da Universidade "Fronteiras Sul" do município de Chapecó-SC;

- Efetivação de oficina cultural "Culturando na Literatura" com o objetivo final de uma produção literária;

- Parceria com grupo de voluntários da sociedade civil que iniciou com projeto de doação de livros e organização de Biblioteca, em parceria com os usuários, à ser inaugurada em 2015;

Apêndice 7

Projetos do Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes (UVS)

Projeto 1 - Criação do Dia Municipal em Memória às Vítimas de Trânsito em Joinville - Cotran

Objetivo do Projeto: Criar o Dia Municipal em Memória às Vítimas de Trânsito no calendário de datas de Joinville para aumentar a consciência pública para prevenção dos acidentes de trânsito que culminam em sofrimento e custos para a sociedade. Data instituída pela Organização das Nações Unidas (ONU) e celebrada em vários locais do mundo no terceiro domingo do mês de novembro.

Resultado Alcançado: Realizado em âmbito municipal. Diretamente: cerca de 3 mil pessoas participaram da Missa da Catedral de Joinville no dia 16 de novembro, às 10 horas. Entregues flyers e folders para escolas municipais e estaduais, hospitais, unidades de saúde e na frente do Hospital Municipal São José.

Metodologia Utilizada: *Protocolo do projeto no gabinete do vereador Cláudio Aragão, apoiador de ações de trânsito da Cotran e proponente do PL à Câmara de Vereadores.

*Reuniões com membros da Cotran para planejamento das ações e atividades para o referido dia. Reunião geral com vereador, membros da Cotran e outros não-membros e o padre da Catedral.

*Exposição de carro batido na frente da Prefeitura com colocação de faixa do Dia Municipal em Memória às Vítimas de Trânsito

*Divulgação de artigos e relises de prevenção às mortes e aos perigos no trânsito para o público em geral.

Custos: Materiais/Quantidade: Apenas uma faixa de lona de três metros – Terceiro domingo do mês de novembro: Dia Municipal em Memória às Vítimas de Trânsito.
Valor unitário: R\$ 75,00
Valor Total: R\$ 75,00

Demais custos bancados por outros membros da Cotran:

40 mil Flyers pelo Sinpol – bancada pelo Sindicato dos Policiais Civis

5 Outdoors/ 1 Faixa de lona 3 metros/ 7.500 folders: Verba do Judiciário – autorizada e bancada pelo Juizado de Delitos de Trânsito de Joinville conforme projeto enviado.

500 bandeirinhas para a missa na Catedral - bancada pelo Detrans – Seprot (Secretaria de Proteção Civil e Segurança Pública)

Fotos: Acessar o link

<https://www.joinville.sc.gov.br/noticia/8759-Exposi%C3%A7%C3%A3o+de+carro+batido+lembra+Dia+em+Mem%C3%B3ria+%C3%A0s+V%C3%ADtimas+de+Tr%C3%A2nsito.html>

Projeto 2 - Semana Municipal de Trânsito em Joinville

Objetivo do Projeto: A Organização Mundial da Saúde (OMS) fomenta ações de educação para o trânsito com o objetivo de evitar a perda de cinco milhões de vidas até 2020. O tema da SNT em 2014 foi “Década Mundial de Ações para a Segurança do Trânsito – 2011/2020: Cidade para as pessoas: Proteção e Prioridade ao Pedestre”. As ações são realizadas para chamar a atenção da população para o trânsito, reforçar os direitos, deveres, legislação e educação no trânsito, além de incentivar o uso de um transporte alternativo e melhor para o meio ambiente.

Resultado Alcançado: Um grande público foi contemplado com palestras, emissão de credenciais para idosos e pessoas com necessidades especiais, shows nas praças e palestras educativas escolas, seminários acadêmicos, passeio ciclístico.

Metodologia Utilizada: Reuniões da Cotran nas atividades educativas oferecidas para o público;

Participação nas atividades do Dia Mundial Sem Carro organizado pelo IPPUJ;
Palestras, movimento, exposição de motos, bafômetro e radar da Polícia Rodoviária Estadual, visita ao ônibus transitado e projeto rodinhas.

Custos: Materiais/Quantidade: Nenhum gasto pela Secretaria da Saúde. Solicitação de materiais visuais e gráficos, mas não foi feita licitação.

Projeto 3 – Visita técnica a Curitiba - Setor de Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) - Secretaria da Saúde de Curitiba

Objetivo do Projeto: Conhecer e discutir o processo de monitoramento dos dados de acidentes de trânsito do município de Curitiba, que já tem implantado o projeto ministerial Vida no Trânsito, integrado por vários órgãos. A pretensão foi conhecer o modelo de referência do município de Curitiba para trazer a proposta de criar uma comissão intersetorial que faça um trabalho similar de análises dos acidentes e do perfil das vítimas, contribuindo para o trânsito do município de Joinville-SC.

Resultado Alcançado: Projeto não foi levado adiante por mudanças e saídas de membros importantes da Cotran e falta de interesse do projeto por alguns membros e mudanças administrativas no Detrans – Departamento de Trânsito, da Seprot (Secretaria de Proteção Civil e Segurança Pública).

Metodologia Utilizada: Apenas conhecimento do projeto em Curitiba/PR.

Custos: Nenhum, não foi pago diária às funcionárias que foram visitar o projeto.

Projeto 4 – Apoio Matricial e monitoramento da ficha de notificação/investigação de violências do SINAN junto aos hospitais públicos e privados

Objetivo do Projeto: Dar suporte aos profissionais que atendem as pessoas em situação de violência, proporcionando uma troca de saberes e aproximação que leve ao aperfeiçoamento dos dados obtidos para a elaboração de mapeamento e diagnóstico das violências em nosso município.

Resultado Alcançado: As equipes das emergências dos hospitais públicos e privados do município receberam orientações para o correto preenchimento das fichas e houve um aumento de notificações de 84% em 2014 comparando com o ano de 2013.

Metodologia Utilizada: -Pactuado com os hospitais 02 encontros em cada hospital em turnos diferentes e elaborado um cronograma (Cada grupo formado de 08 a 20 pessoas);

Abordagem utilizada: apresentação da legislação da notificação compulsória e o papel do NPVA; entrega de resumo do manual de preenchimento da ficha; simulações de situações para o exercício de preenchimento da ficha, levantamento de dúvidas e suas respostas, focalizando a necessidade do máximo de informações a serem obtidas; Monitoramento das fichas com devolutivas quando necessário; Apresentação dos dados como devolutiva do trabalho realizado.

Custos: Despesas com xerox: da ficha, do resumo do manual de preenchimento, do simulado;
Total de cópias: 300

Projeto 5 – Projeto Sementes: Supervisão de estágio de Serviço Social

Objetivo do Projeto: Disseminar a cultura da paz orientando quanto ao cuidado consigo e com o outro em relação as violências, agindo para a prevenção das mesmas.

Resultado Alcançado: Alunos do Ensino Fundamental da Escola Amador Aguiar no bairro Ulisses Guimarães, turmas do 6º ao 9º ano escolar, totalizando 200 alunos

Metodologia Utilizada: Abordagem de sensibilização com a equipe de profissionais da escola, com os alunos das palestras, através de diálogos, informações de dados, conceituações e uso de datashow.

Custos: O projeto iniciou em 2013 em outra escola com despesas de confecção de camisetas com o logotipo criado de cultura da paz. Em 2014 foram aproveitadas as camisetas que sobraram.

Projeto 6 – Participação no Comitê Estadual de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violências

Objetivo do Projeto: Buscar subsídios para qualificar os serviços existentes em nosso município no trabalho em rede e interagir com outros que tem atendimento de pessoas em situação de violência.

Resultado Alcançado: Conhecimento de novas diretrizes para o processo de implementação dos serviços em nosso município;

Metodologia Utilizada: Reuniões em grupo para identificação das situações e sua problematização com troca de experiências e encaminhamentos.

Custos:-Pagamento de diárias para o deslocamento à Florianópolis. Mônica do NPVA - 03 diárias em 2014. Valor total: R\$ 276,00.

Projeto 7 – Apresentação do NPVA ao Curso de Graduação de Enfermagem do IELUSC

Objetivo do Projeto: Levar a experiência prática de um serviço público de enfrentamento à violências e acidentes propiciando um acréscimo no arcabouço acadêmico de futuros profissionais da área da saúde.

Resultado Alcançado: Participação dos alunos c/ levantamento de dúvidas e questionamentos c/ troca de informações e proposta de parceria por parte da academia p/ futuros projetos do Serviço apresentado.

Metodologia Utilizada:Apresentação em datashow, distribuição de materiais e fontes de consulta com abordagem de forma dialogada.

Custos: Xerox de 30 cópias.

Apêndice 8

Auditorias Realizadas

O setor de auditoria realiza auditorias sistematicamente às contas dos prestadores credenciados privados, das demandas espontâneas como denúncias, reclamações diversas, assim como autorização e auditoria das internações hospitalares.

AUDITORIAS REALIZADAS 2014

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável:	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 133/2013
Finalidade:	Verificar quant. leitos UTI neonatal, cuidados intermediários e canguru.
Status:	Em andamento.
Unidade Auditada:	Maternidade Darcy Vargas
Encaminhamentos:	Estudo da Legislação vigente e Portaria GM/MS 0930/2012; Elaboração de Checklist e solicitação dos documentos necessários; Auditoria in loco para averiguar quantidade de leitos, serviços terceirizados com contratos, área física, equipamentos, recursos humanos em leitos de UTI NEONATAL, Cuidados intermediários e Leitos Canguru; Emissão do Relatório de Auditoria com parecer e encaminhamentos; Encaminhamento do processo para discussão e aprovação na CIR (comissão intergestores regional Nordeste) e Ofício à GECOS (SES) com documentação, solicitando a habilitação.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável:	Setor de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 143/2013
Finalidade:	Credenciamento para prestação de serviços de Densitometria Óssea
Status:	Concluído
Unidade Auditada:	CDA- Centro de Diagnósticos Avançados S/S Ltda
Encaminhamentos:	Leitura da Legislação pertinente (Portaria GM nº 1327, de 11/11/1999; Montagem do Checklist e solicitação de documentação; Visita in loco para auditoria; Emissão do Relatório n. 143/2013, com o parecer da equipe de auditoria; Parecer do Gestor favorável ao credenciamento; Credenciamento do Prestador.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável:	Serviço de Auditoria
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 165/2013
Finalidade:	Averiguar a situação da estrutura física, elétrica e o fluxo do trabalho para renovação contratual.
Status:	Concluída com parecer favorável ao credenciamento
Unidade Auditada:	Centro de Tratamento de Doenças Renais - CTDR
Encaminhamentos:	Solicitação documentos comprobatórios das adequações apontadas (Alvará Sanitário; Laudo técnico de engenheiro eletricista; Laudo do serviço de manutenção dos equipamentos de hemodiálise e de aferição dos monitores e alarmes bem como intervenções nos

	equipamentos, documentados e assinados pelo responsável técnico); Solicitação de relatório mudança no quadro de funcionários quando houver; Aditado Contrato pelo período de 6 (seis) meses, até fechamento do processo.
--	--

Demandante:	GUPCAA-CAA
Órgão Responsável	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 006/2014.
Finalidade:	Auditoria analítica pós faturamento das AIHs dos meses de Dezembro/2013, Janeiro e Fevereiro/2014, para identificação das divergências encontradas dos prontuários x AIHs.
Status:	Em andamento.
Unidade Auditada:	Hospital Municipal São José
Encaminhamentos:	Encaminhado à Direção do HMSJ Ofício relatórios demonstrando as não conformidades encontradas; Realizado reunião na instituição com os auditores da SMS e HMSJ para discussão dessas não conformidades, acordando um prazo para se adequarem as normas do Ministério da Saúde.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 014/2014
Finalidade:	Alteração de 07 leitos de UTI Neonatal para 07 leitos pediátricos
Status:	Em andamento.
Unidade Auditada:	Hospital Materno Infantil Jeser Amarante Faria
Encaminhamentos:	Estudo da Legislação vigente e Portaria GM/MS nº. 3432, de 12/08/1998 - UTI pediátrica; elaboração de Checklist e solicitação dos documentos necessários; Auditoria in loco para averiguar quantidade de leitos de UTI pediátrico e neonatal; Emissão do Relatório n. 014/2014, com parecer da auditoria e Declaração do Gestor com Parecer Favorável ou não à GECOS; Devolutiva da GECOS solicitando alteração no CNES dos 20 leitos Pediátricos; Encaminhamento do processo para discussão e aprovação na CIR regional Nordeste, para Habilitação e credenciamento dos 07 leitos de UTI PEDIÁTRICA II.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 015/2014.
Finalidade:	Auditoria analítica pós faturamento em 100% das AIHs pós alta de 01/01/2014 a 31/03/2014, para identificação das divergências encontradas dos prontuários x AIHs.
Status:	Finalizado.
Unidade Auditada:	Instituição Bethesda
Encaminhamentos:	Auditoria in loco para verificação das AIHs pós alta na instituição para detectar as distorções encontradas nos prontuários; Relatório de Auditoria nº. 015/2014; Encaminhado à Direção da instituição Ofício com relatório demonstrando as não conformidades encontradas; Recebimento da resposta com as devidas justificativas. Aguarda análise da equipe de auditoria da SMS para discussão e encaminhamentos possíveis.

Demandante:	Secretaria Municipal de Jaraguá do Sul
Órgão Responsável	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 021/2014.
Finalidade:	Averiguar denúncia referente atendimentos de paciente no Hospital Bethesda e Hospital Municipal São José.
Status:	Concluída , constatando que não houve indícios de negligência/imprudência/imperícia no atendimento.
Unidade Auditada:	Instituição Bethesda e Hospital Municipal São José
Encaminhamentos:	Auditoria in loco da Instituição Bethesda e Hospital Municipal São José, para verificar possíveis ocorrências no atendimento a paciente através da análise de prontuários hospitalares; Encaminhado Ofício à Secretaria Municipal de Jaraguá do Sul, com Relatório de Auditoria.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo n. 026/2014
Finalidade:	Habilitar Laboratório de Anátomos Patológicos como QUALICITO, conforme portaria GM/MS 3388 de 30/12/2013.
Status:	Finalizado.
Unidade Auditada:	Centro de Diagnósticos Anátomos Patológicos SC Ltda. - CEDAP
Encaminhamentos:	Leitura da legislação pertinente; Checklist do Laboratório tipo I, conforme Portaria; Ofício à Instituição informando a realização da avaliação no laboratório; Auditoria in loco e verificação dos documentos necessários; Emissão do relatório com parecer favorável para habilitação; Encaminhado declaração do Gestor instituindo a qualificação nacional em Citopatologia na prevenção do Câncer do Colo do Útero/QUALICITO no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Joinville, habilitando o mesmo; Encaminhamento do processo para discussão e aprovação na CIR regional Nordeste e recebimento da ata aprovando o laboratório CEDAP no QUALICITO; Encaminhamento do parecer favorável do Gestor Municipal à SES/GECOS (Gerência de Contratualização em Saúde); Ofício à Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC/DAET/SAS/MS), com a aprovação da DELIBERAÇÃO 176/CIB/2014.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 032/2014
Finalidade:	Qualificar 18 Leitos de Gestação de Alto Risco (GAR), conforme Portaria nº. 1.020/2013
Status:	Finalizado.
Unidade Auditada:	Maternidade Darcy Vargas
Encaminhamentos:	Estudo da Legislação vigente e Portaria GM/MS nº. 1020/2013; Checklist e solicitação dos documentos necessários; Auditoria in loco para averiguar quantidade de leitos GAR, serviços terceirizados com contratos, área física, equipamentos, recursos humanos em leitos em gestação de alto risco; Emissão de Relatório com parecer da auditoria e encaminhamentos; Encaminhamento do processo para discussão e aprovação na CIR Nordeste; Ofício a GECOS com a documentação em anexo, solicitando a habilitação.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável:	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 038/2014.
Finalidade:	Qualificar o Hospital Hans Dieter Schmidt, conforme Portaria SMS/MS nº. 140, de 27/01/2014, Habilitação Especializada em Oncologia.
Status:	Em andamento
Unidade Auditada:	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt
Encaminhamentos:	Leitura da legislação pertinente e Portaria SMS/MS nº. 140/27/01/2014; Checklist; Solicitação de documentos; Auditoria in loco do serviço a ser realizado, equipamentos, recursos humanos; Definir Fluxograma dos atendimentos.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável:	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 044/2014
Finalidade:	Qualificar o Hospital Municipal São José conforme Portaria GM/MS nº. 142/27/01/2014
Status:	Finalizado.
Unidade Auditada:	Hospital Municipal São José
Encaminhamentos:	Leitura da legislação pertinente e Portaria GM/MS nº. 142/27/01/2014; Checklist; Solicitação de documentos; Auditoria in loco do serviço a ser realizado, equipamentos, recursos humanos.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável:	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 048/2014.
Finalidade:	Auditar as Unidades Próprias da Saúde, Básicas e Referências, para diagnóstico geral, adequação da Programação Física e atualização do CNES municipal.
Status:	Em andamento.
Unidade Auditada:	Unidades Básicas, Policlínicas, PA24hrs e Unidades da Atenção Especializada.
Encaminhamentos:	Estudo da legislação pertinentes ao SUS, DENASUS/MS e estudos do CNES/TABWIN/SIHD/INTRANET e demais sistemas; Checklist da Atenção Básica e da Policlínica Boa Vista; Validação da secretária; Reunião com as coordenadoras de Regionais, entrega do checklist e orientação para as equipes de saúde; Retorno do checklist e auditorias in loco das UBSs, conforme cronograma para diagnóstico geral das situações apuradas.

Demandante:	Gabinete da Secretária da Saúde
Órgão Responsável:	Serviço de Auditoria
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 040/2014 (179/14/GUPCAA/CAA)
Finalidade:	Averiguar a veracidade de atestados médicos/odontológicos
Status:	Finalizado.
Unidade Auditada:	Centro de Especialidades Odontológicas – CEO - Bucarein
Encaminhamentos:	Verificação na intranet das consultas agendadas e realizadas pela paciente; verificação <i>in loco</i> do prontuário da paciente; apresentação de cópia dos atestados em questão ao profissional, confirmando veracidade.

Demandante:	Controle, Avaliação e Auditoria
Órgão Responsável	Serviço de Auditoria
N. da Auditoria:	Protocolo n. 041/2014 (153/14/GUPCAA/CAA)
Finalidade:	Auditoria da produção de 2013 do CEO Bucarein, Centrinho, Naipe e 6 Unidades de Atenção Básica.
Status:	Finalizado.
Unidade Auditada:	Naipe, CEO Bucarein, Centrinho, Policlínicas Floresta, Comasa, Costa e Silva, Fátima, UBSF Jardim Sofia, Parque Guarani.
Encaminhamentos:	LeL Levantamento da produção de 2013 das unidades (Intranet e tabwin); Constatação de inconsistência de informações; encaminhamento de relatório para o Gabinete da Secretária, Setores de Programação e Informática.

Demandante:	Controle, Avaliação e Auditoria
Órgão Responsável	Serviço de Auditoria
N. da Auditoria:	Protocolo nº. 042/2014
Finalidade:	Organização do fluxo de atendimento da especialidade cirurgia bucomaxilofacial e demandas judiciais.
Status:	Finalizado.
Unidade Auditada:	Hospital Municipal São José
Encaminhamentos:	Reuniões para descrever os procedimentos realizados pela especialidade cirurgia bucomaxilofacial no HMSJ; organização das filas desta especialidade (intranet) e repasse para as unidades; encaminhamento de informações para as ações judiciais; Esclarecimento sobre necessidade de credenciamento do hospital para cirurgias ortognáticas.

Demandante:	Controle, Avaliação e Auditoria
Órgão Responsável	Serviço de Auditoria
N. da Auditoria:	Protocolo n. 043/2014
Finalidade:	Avaliação comparativa da produção de janeiro a maio de 2014 e 2013 da odontologia da atenção básica.
Status:	Finalizado.
Unidade Auditada:	Odontologia – Atenção Básica
Encaminhamentos:	Levantamento da produção da odontologia da atenção básica, de janeiro a maio de 2013 e de janeiro a maio de 2014 (intranet); Constatação de redução no número de atendimentos e elencadas possíveis razões; encaminhamento de relatório para a GUAB, Coordenações de regional e Planejamento solicitando providências.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Processo 104/2014
Finalidade:	Auditar condições clínicas de paciente abrigada pelo Instituto de Longa Permanência para Idosos – ILPI Anni Büst
Status:	Concluído.
Unidade Auditada:	ILPI Anni Büst.
Encaminhamentos:	Visita in loco nas dependências da residência, sem prévio aviso, pela equipe de Auditores para averiguar instalações físicas e qualidade do

	atendimento aos internos; entrevista com representante da instituição sobre interna em questão; Relatório favorável à permanência da interna na Instituição.
--	--

Demandante:	GUPCAA-CAA
Órgão Responsável:	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Processo 144/2013
Finalidade:	Solicitação de receituários SUS e exames complementares.
Status:	Concluído
Unidade Auditada:	Lar do Idoso Betânia
Encaminhamentos:	Elaborado checklist com base na Resolução do CMS 002/2000 e no Manual de Fiscalização do CFM /2001; Vistoria in loco; Elaborado relatório com parecer desfavorável com anuência do Gestor Municipal, por não se enquadrarem nos requisitos da Resolução (não tem atendimento médico, não tem ambulatório e demais itens); ofício à instituição para ciência e manifestação, se necessário.

Demandante:	GUPCAA-CAA
Órgão Responsável:	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Processo 066/2014
Finalidade:	Credenciamento de ações relacionadas a doação de órgãos, tecidos e células para transplantes.
Status:	Em andamento.
Unidade Auditada:	Associação Beneficente Evangélica de Joinville/ H. Dona Helena
Encaminhamentos:	Elaborado checklist; Ofício solicitando documentos; vistoria in loco.

Demandante:	GUPCAA-CAA
Órgão Responsável:	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Processo 085/2014
Finalidade:	Adequações na INTRANET da produção das unidades com o Programa de Abordagem e Tratamento do Tabagismo
Status:	Concluído
Unidade Auditada:	UBS/UBSF/CNES/SIGTAP
Encaminhamentos:	Auditoria analítica das unidades cadastradas com o programa de tabagismo; Consulta ao CNES de cada unidade; Consulta ao SIGTAP; Constatado que as unidades vêm apresentando problemas no registro da produção dos profissionais atuantes no programa, encaminhado relatório à área de Programação para adequações necessárias da produção das unidades.

Demandante:	GUPCAA-CAA
Órgão Responsável:	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Processo 096/2014
Finalidade:	Fiscalização do convênio firmado com a Fundação Pró-Rim a partir do Termo de Credenciamento do Edital 002/2000.
Status:	Concluído
Unidade Auditada:	Fundação Pró-Rim
Encaminhamentos:	Relatório de Auditoria com os devidos esclarecimentos quanto a fiscalização e critério de habilitação de credenciamento, estrutura física, recursos humanos, fluxo de liberação de APACS; Esclarecido que a pesquisa de satisfação está sendo elaborada nas unidades de TRS de Joinville.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Processo nº. 142/2014
Finalidade:	Verificar prestação de contas do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Univille.
Status:	Finalizado.
Unidade Auditada:	FURJ/Univille/CEO
Encaminhamentos:	Leitura do Convênio e legislação vigente; Verificação dos documentos fisco-contábeis; Emissão de Ofícios 339/2014 e 341/2014.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável	Serviço de Auditoria
N. da Auditoria:	Processo nº. 141/2014
Finalidade:	Auditoria sistemática de prontuários de pacientes submetidos a procedimentos odontológicos, pacientes especiais e cirurgia bucomaxilofacial, no Hospital Bethesda.
Status:	Concluído.
Unidade Auditada:	Hospital Bethesda
Encaminhamentos:	Leitura do Convênio e legislação vigente; comunicado auditoria; Auditoria in loco de 47% dos prontuários de pacientes atendidos de janeiro a outubro de 2014; Emissão de Ofício 336/201.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Processo nº. 143/2014
Finalidade:	Fluxo e protocolo de exames radiográficos em odontologia.
Status:	Concluído.
Unidade Auditada:	Não se aplica
Encaminhamentos:	Clínica São Marcos deixou de prestar o exame de radiografia panorâmica da maxila e mandíbula para a SMS; Falta de outros prestadores para realizar o exame pelo valor da tabela SUS; Necessidade de tomografia da maxila e mandíbula para realizar implantes dentários no Centrinho e, futuramente, no CEO Univille; Solicitado ao Cis-Nordeste a inclusão dos exames supracitados; Credenciamento de clínica no Cis-Nordeste, após diversos contatos com todas as clínicas do município; Disponibilização dos exames, pelo Cis-Nordeste, para Joinville, via regulação da SMS.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Processo nº. 050/2014
Finalidade:	Supervisão do Contrato de Gestão por parte da SMS.
Status:	Concluído com acompanhamento permanente das metas quantitativas qualitativas.
Unidade Auditada:	ARCD
Encaminhamentos:	Recebimento de relatório mensal de metas quantitativas da ARCD; Emissão de relatório do CAA do Contrato de Gestão; Relatório conclusivo de prestação de contas da ARCD com emissão de parecer pela Equipe do CAA; Emissão de MI à SEFAZ informando que a prestação de contas está de acordo com as metas.

Demandante:	Gerência de Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação
Órgão Responsável:	Equipe de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde
N. da Auditoria:	Processo SUS n. 156/2014
Finalidade:	Auditoria sistemática do Serviço Auditivo e do Serviço de Anomalias Craniofaciais do CENTRINHO durante o ano de 2014.
Status:	Concluída
Unidade Auditada:	CENTRINHO- Núcleo de Reabilitação Lábio Palatal
Encaminhamentos:	Ampliação do espaço com mais quatro salas de audiologia /saúde auditiva necessário para melhoria do atendimento em janeiro de 2015; Aquisição de aparelho audiômetro e conserto de antigo (pela PROFIS), melhorando o acesso da população que necessita do serviço.

André Luis Biancarelli
**Gerente da Unidade de Planejamento,
 Controle, Avaliação e Auditoria**

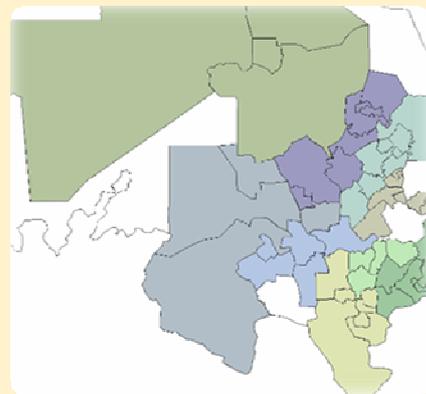
Maria Marlete Reinert Brittes
**Coordenação do Controle, Avaliação e
 Auditoria**

Apêndice 9



**PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO
BÁSICA
2014 a 2035**

**Joinville / SC
2014**



GOVERNO MUNICIPAL DE JOINVILLE

Udo Döehler
Prefeito de Joinville

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Larissa Grun Brandão do Nascimento
Secretária Municipal da Saúde

Paulo Manoel de Souza

Diretor Executivo

Coordenação Geral

Mario Jose Bruckheimer

Apoio e Orientação técnica

Ermelinda Maria Uber

Equipe de formulação

Selma Cristina Franco
Denise Vizzotto
Guilherme Carvalho dos Reis Lima
Terezinha Hillesheim
Alinore Riba Ziemer
Márcia da Rosa

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	4
2. ANTECEDENTES.....	5
3. OBJETIVO	8
4. FINANCIAMENTO DO PROJETO	8
5. ORGANIZAÇÃO DA REDE E ESTRUTURA ATUAL.....	10
5.1 Adscrição Territorial – Regionais de Saúde.....	10
5.2 Adscrição Territorial das Unidades de Saúde e modelo de atenção.....	10
5.3 Composição da equipe	12
5.4 Adscrição de população por Unidade de Saúde e Equipe.....	12
5.5 Critérios de vulnerabilidade, perfil epidemiológico e socioeconômico na definição da população adscrita para as equipes Saúde da Família.....	15
5.6 Adequação Predial (população adscrita para prédios alugados).....	16
6. ESTRATÉGIA DE ESTRUTURAÇÃO FÍSICA.....	18
6.1 Novas construções 2014 a 2016.....	19
6.2 Novas Construções 2017 a 2020	32
6.3 Novas Construções 2021 a 2034.....	34
7. NECESSIDADE DE MONITORAMENTO E ADEQUAÇÃO AO CRESCIMENTO POPULACIONAL	37
BIBLIOGRAFIA	38

1. APRESENTAÇÃO

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica, além de ser a porta de entrada do sistema, é considerada coordenadora dos cuidados de saúde e ordenadora das redes de atenção, tornando-se estratégica para garantir os princípios da universalidade, equidade e integralidade. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS.

Para cumprir seu papel em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2006), a rede básica precisa contar com uma estrutura adequada, dispor de profissionais de saúde preparados qualitativa e quantitativamente e organizar os processos de trabalho.

Nos últimos anos, realizou-se um conjunto de ações para efetivar a Atenção Básica como porta de entrada para o SUS e qualificar a atenção ofertada à população, merecendo destaque o Plano de Fortalecimento da Atenção Básica (Secretaria Municipal da Saúde, 2008), a implantação do Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS (PROGESUS) em junho de 2011 e os investimentos realizados na melhoria da estrutura das unidades.

Apesar disso, o crescimento populacional de Joinville, ocasionado pelo aumento da expectativa de vida, migrações e natalidade, bem como a diversidade do perfil sócio-demográfico e econômico da população nas distintas regiões de saúde, impõe um desafio para o planejamento do crescimento da rede básica e exigem ações contínuas da gestão municipal no sentido de adequar os serviços de saúde ao processo dinâmico que determina as necessidades de saúde.

Diante disso, a Secretaria Municipal de Saúde propôs a formação de um grupo de trabalho em março/2014 para estudar as projeções de crescimento populacional para o município a partir de dados do IBGE, perfil epidemiológico nas distintas áreas, determinações legais e estrutura existente da rede básica de saúde e elaborar um plano de crescimento da rede, visando nortear os investimentos futuros da gestão neste âmbito. O plano recebeu aval da Secretária Municipal de Saúde em maio de 2014 e, após alguns ajustes, foi apresentado ao prefeito em setembro de 2014, o qual aprovou a presente proposta.

2. ANTECEDENTES

Ao longo dos últimos anos, diversos problemas relativos à rede básica vêm sendo apontados por profissionais de saúde, conselho municipal e usuários, especialmente as instalações físicas precárias e processos de trabalho inadequados para atender a população.

Entre 2007 e 2010 estabeleceu-se uma parceria com o Ministério da Saúde, por intermédio da Diretoria de Articulação de Redes de Atenção (DARAS), com o objetivo de qualificar a atenção prestada na Atenção Básica, melhorando sua resolutividade, eficiência e impacto sobre a situação sanitária do município. Foram realizadas 16 oficinas de trabalho com ampla participação dos profissionais da Secretaria e do Conselho Municipal de Saúde, que debateram os principais problemas e propuseram soluções, compondo o Plano de Fortalecimento da Atenção Básica (2008). Entretanto poucos resultados concretos foram alcançados, já que das 134 ações previstas no referido plano, somente 36% se concretizaram até 2010, sendo suas propostas incorporadas no Plano Municipal de Saúde 2010-13.

Para captar recursos externos, em 2010 houve adesão à fase 2 do Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF). Entretanto, este recurso não foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde. No período de 2010 a 2013, captaram-se recursos de várias fontes para investimento na estruturação da Atenção Básica, tais como: Portaria 2.198 do Ministério da Saúde no valor de R\$ 4.200.000,00 para aquisição de equipamentos; Programa de Aceleração do Crescimento 2 do governo federal, no valor de R\$ 1.278.000,00 para construção de mais 5 unidades básicas; orçamento municipal, no valor de R\$ 900.000,00 para reformas e ampliações de 7 unidades básicas. Porém, com os atrasos na disponibilização dos recursos federais, as propostas para expandir a rede básica acabaram se concretizando apenas parcialmente.

Com relação às propostas para aperfeiçoar os processos de trabalho na Atenção Básica, em 2012, ocorreu adesão à proposta de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) (Ministério da Saúde, 2005) que ocorreu de forma progressiva em duas etapas até 2013. Nesse período, a auditoria

externa do Ministério da Saúde avaliou o desempenho das equipes de Saúde da Família por comparação com outros municípios do mesmo porte, e classificou quatro (04) equipes como ótimas, 19 boas e três (03) regulares. Outras ações foram a implantação do matriciamento em 2010 e o credenciamento de uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo que esta última ainda não se efetivou.

No final do período 2010-2013, avaliou-se que a rede básica de saúde de Joinville não teve expansão, sendo que o número de equipes e a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família se mantiveram praticamente constantes no período, esta última com discreto aumento (cerca de 5%), conforme se observa na tabela a seguir.

Tabela 1 – Evolução do número de unidades básicas de saúde, unidades de Saúde da Família e coberturas da Saúde da Família.

Rede básica	2010	2011	2012	2013
UBS	56	56	55	54
USF	36	36	35	34
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%

Como consequência do não crescimento da rede básica e do aumento populacional, o número de pessoas adscritas por equipe aumentou e, em alguns casos, ficou acima do preconizado pelo Ministério da Saúde que é de 4.000 pessoas. Esta situação é mais evidente nas Regionais de Saúde do Jarivatuba e do Costa e Silva, respectivamente nos bairros Paranaguamirim e Jardim Paraíso, onde se constata uma inadequação entre oferta e demanda.

Percebe-se que a não solução destes problemas ao longo dos anos tem afetado a resolutividade da Atenção Básica (AB) e a priorização de ações para populações e grupos considerados vulneráveis, sendo ainda apontada como uma das causas de inversão do modelo assistencial de Joinville, no qual se constata predomínio de consultas médicas de urgência e emergência sobre a AB.

Face a estes problemas, a proposta de fortalecimento da atenção básica, foi novamente reiterada pelo Conselho Municipal de Saúde, profissionais e usuários do

SUS na elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-17 (PMS). O PMS foi desenvolvido pelos profissionais de saúde, através de oficinas, atendendo a diretrizes estabelecidas pelo Conselho Municipal de Saúde, sendo uma exigência e insumo para a definição de ações para o período e elaboração do Plano Plurianual 2014-17 (PPA). O PPA, por sua vez, é o instrumento legal que autoriza a realização de despesas pelo gestor municipal a fim de efetivar as ações e alcançar os objetivos determinados pelo Conselho Municipal de Saúde. Dentre as sete estratégias propostas no PMS, duas referem-se diretamente à Atenção Básica: 'Efetivação da Atenção Básica, ampliando a cobertura e provendo meios para sua resolutividade', que define metas crescentes de ampliação da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família até atingir 70% em 2017; 'Adequação da oferta de serviços às necessidades locais', que prevê a meta de 100% das unidades básicas com alvarás sanitários até 2017.

Para cumprir tais compromissos, faz-se necessário um plano voltado especificamente para o crescimento da rede básica municipal, que mostre as prioridades de investimento e subsidie tecnicamente as decisões da gestão municipal em um horizonte de tempo mais longo, visando atender as necessidades sociais de atenção à saúde e superar as dificuldades estruturais apontadas reiteradas vezes e, conseqüentemente, efetivando a AB como local preferencial para o atendimento da população.

3. OBJETIVO

“Dimensionar as Unidades e serviços de Saúde considerando a Organização da Rede, as determinações legais e o perfil epidemiológico.”

(estratégia 7.1 do Plano Municipal de Saúde 2014-17)

1. FINANCIAMENTO DO PROJETO

É previsto um investimento de R\$ 51.633.485,00 para execução de todo o projeto, no período de 2014 a 2035, para construção, reforma e ampliação de Unidades de Saúde, aquisição de equipamentos e materiais permanentes, descritas adiante nas sessões **‘novas construções e implantações’**.

Os recursos financeiros do SUS provêm das três esferas de governo, havendo transferência automática de recursos federais para o custeio. Para investimentos o município pleiteia recursos junto à Secretaria Estadual de Saúde e junto ao Ministério da Saúde, havendo normalmente necessidade de aporte de recursos municipais.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde são pleiteados junto ao Ministério da Saúde a partir da publicação de Portarias ou por indicações de Emendas Parlamentares, cabendo ao município cadastrar as propostas no site do Fundo Nacional de Saúde e no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) do Ministério da Saúde. As propostas são avaliadas pelo Ministério da Saúde e, aquelas contempladas, recebem o recurso de forma integral ou parcelada, conforme determinado na portaria específica, não sendo exigida contrapartida. Porém, o município tem participado com aporte considerável para execução de obras, visto os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde serem insuficientes.

Os recursos do Fundo Estadual de Saúde são pleiteados por meio de solicitação oficial ao Governo do Estado, através da Secretaria de Estado da Saúde. As solicitações são analisadas de forma regionalizada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo Conselho de Desenvolvimento Regional como também pelo próprio Secretário Estadual da Saúde, que é Gestor do Fundo Estadual de Saúde. Após aprovação, o município cadastra a proposta no Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal (SIGEF). Para a liberação dos recursos é celebrado Convênio específico, podendo os repasses ser feitos de forma parcelada ou integral, conforme previsto no convênio que também define a necessidade de contrapartida municipal.

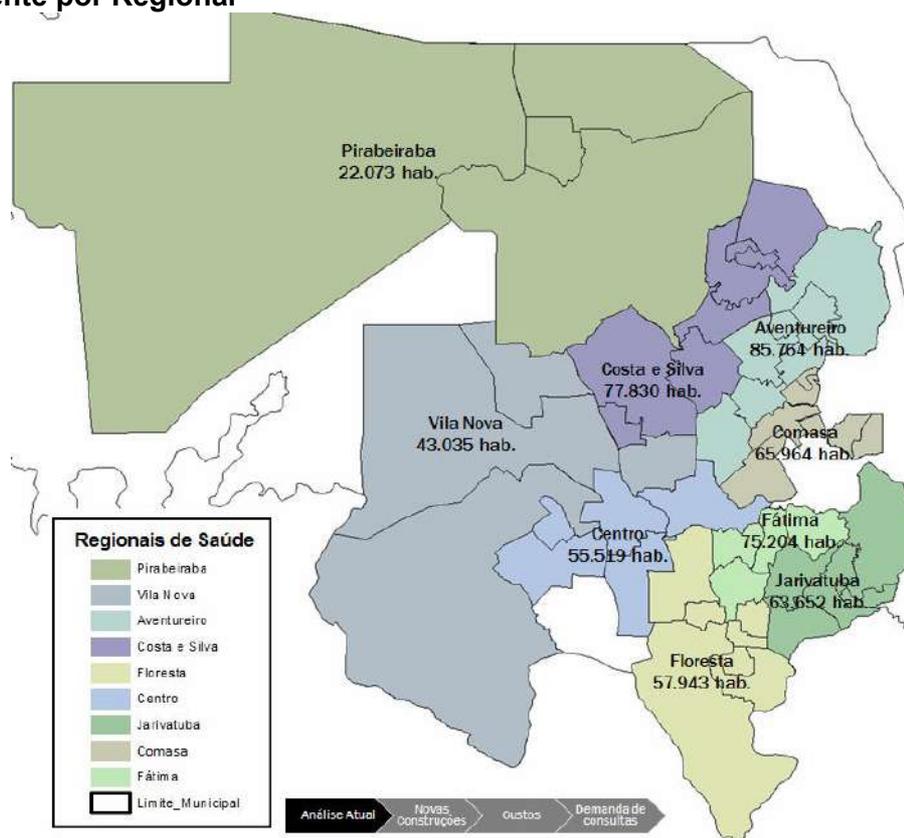
O passo inicial para captação de recursos externos para viabilizar o crescimento da rede básica, é dado pelo gestor municipal apontando as diretrizes para o desenvolvimento da rede assistencial. Essas diretrizes, detalhadas no presente projeto, são subsídios para captação externa e balizam as leis orçamentárias que permitem o seu empenho.

2. ORGANIZAÇÃO DA REDE E ESTRUTURA ATUAL

5.1 Adscrição Territorial – Regionais de Saúde

O município de Joinville está dividido em nove Regionais de Saúde, que agregam um conjunto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizadas que prestam assistência à população ali residente. A divisão territorial e população residente são apresentadas na Figura 1.

Figura 1 – Divisão territorial das Regionais no município de Joinville e total da população residente por Regional



5.2 Adscrição Territorial das Unidades de Saúde e modelo de atenção

A estrutura de atendimento do Sistema Único de Saúde no município de Joinville na Atenção Básica conta com três modelos de atenção, segundo a composição da equipe: Unidades com Estratégia Saúde da Família (UBSF), Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Unidades Básicas Convencionais (Rede).

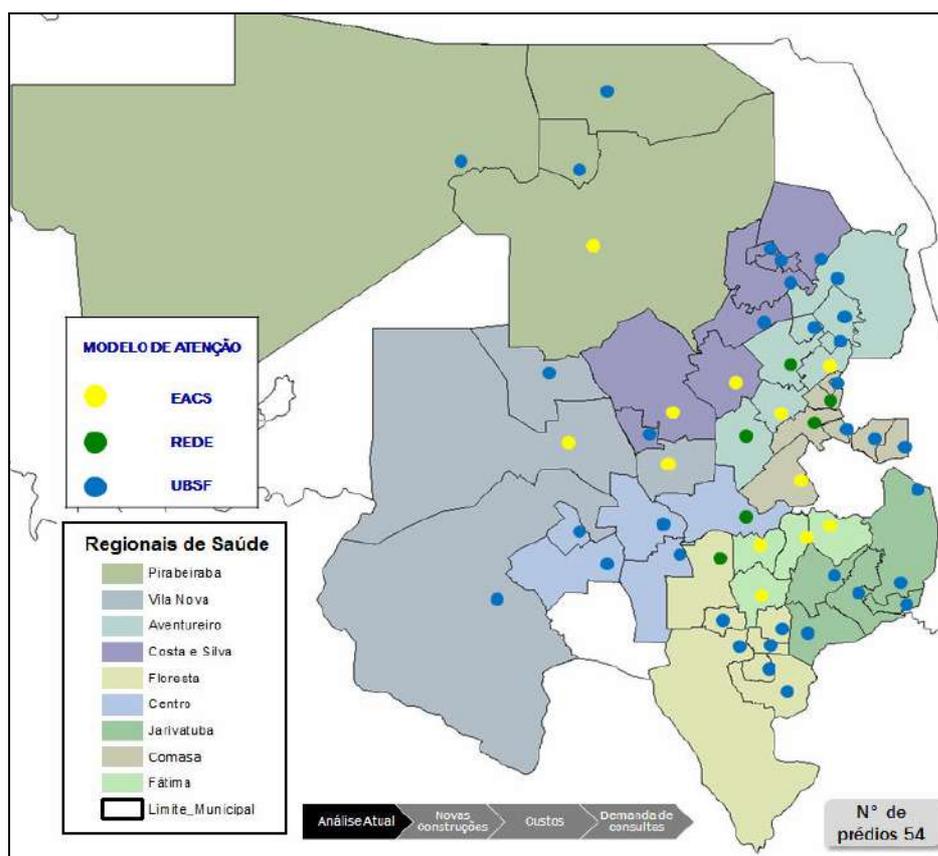
Num total de 54 unidades prediais, a Atenção Básica conta atualmente com 52 equipes de Saúde da Família (ESF), 12 equipes de EACS e seis (06) Unidades Básicas convencionais (Rede), detalhadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Estrutura atual das Unidades de Saúde no município de Joinville por modelo de atenção

REGIONAL	Unidades de Saúde	Equipe ESF	Equipe EACS	Rede
PIRABEIRABA	4	3	1	
VILA NOVA	4	2	2	
AVENTUREIRO	8	5	2	2
COSTA E SILVA	8	7	2	
FLORESTA	7	11		1
CENTRO	6	7		1
JARIVATUBA	6	12		
COMASA	7	5	1	2
FÁTIMA	4		4	
TOTAL	54	52	12	6

Os limites territoriais das 54 Unidades Básicas de Saúde por modelo de atenção são apresentados na Figura 2.

Figura 2 – Divisão territorial das Regionais e Unidades de Saúde no município de Joinville por “Modelo de Atenção”.



5.3 Composição da equipe

A composição dos recursos humanos e o horário de atendimento são diferenciados por modelo de atenção conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Composição da equipe por modelo de atenção e horário de atendimento

MODELO UBSF ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	MODELO EACS ESTRATÉGIA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	MODELO CONVENCIONAL REDE
<p>40 Horas Semanais Médico ESF Enfermeiro ESF Técnico de Enfermagem Agente Comunitário de Saúde</p> <p>Composição Os profissionais listados acima. Joinville adota também o Agente Administrativo</p> <p><i>Estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde.</i></p>	<p>30 Horas Semanais Médico Clínico – 15h/sem. Dentista – 15h/sem. Enfermeiro Farmacêutico Nutricionista Psicólogo Terapeuta Ocupacional Técnico de Enfermagem Técnico de Higiene Dental Agente Administrativo Agente Comunitário de Saúde (40h)</p> <p>Composição 01 Enfermeiro e até 30 ACSs com carga horário de 40 h/sem.</p>	<p>30 Horas Semanais Médico Clínico – 15h/sem. Dentista – 15h/sem. Enfermeiro Farmacêutico Nutricionista Psicólogo Terapeuta Ocupacional Técnico de Enfermagem Técnico de Higiene Dental Agente Administrativo</p> <p>Composição Não há o ACS.</p>

Cada Regional de Saúde dispõe de uma Sede que é diferenciada quanto ao porte e equipe, sendo referência para as demais unidades.

5.4 Adscrição de população por Unidade de Saúde e Equipe

No ano de 2013 a população total residente no município de Joinville era de 546.981 habitantes, conforme mostra a Tabela 3, sendo esta a base do planejamento para o ano de 2014.

As referidas Tabelas mostram ainda por Unidade de Saúde o total de famílias (domicílios ocupados), o total de domicílios (domicílios ocupados, vazios e de uso ocasional), a média de morador por família, população sem plano de saúde e o percentual de pessoas residentes na área urbana, rural e do Distrito Industrial.

Tabela 3 – População residente por equipe de saúde – parte 1

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE - JOINVILLE/SC									
População Residente e Cadastrada por Unidade de Saúde, Famílias e Domicílios - ano de 2013									
Folha 01									
REGIONAL	UNIDADE DE SAÚDE	POPULAÇÃO (1)	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS	Média Morador	População sem plano de Saúde	% Urbana	% Rural	% Zona Indl.
Pirabeiraba Segmento 01	EACS Sede da Regional (total)	11.985	3.532	3.870	3,4	80,2%	50,7%	45,3%	4,0%
	ESF Rio Bonito	3.393	1.086	1.254	3,1	76,2%	73,0%	27,0%	0,0%
	ESF Rio da Prata	3.471	1.125	1.465	3,1	83,8%	0,0%	100,0%	0,0%
	ESF Canela	3.224	890	985	3,6	86,3%	95,0%	5,0%	0,0%
	Total	22.073	6.633	7.574	3,3				
Vila Nova Segmento 02	EACS Sede da Regional (total)	23.706	7.573	8.420	3,1	64,9%	96,0%	4,0%	0,0%
	ESF Vila Nova Rural	1.817	539	661	3,4	79,5%	0,0%	100,0%	0,0%
	ESF Anaburgo	2.815	873	988	3,2	79,8%	14,5%	13,5%	72,0%
	EACS UBS Glória (parcial)	11.439	3.981	4.343	2,9	42,6%	100,0%	0,0%	0,0%
	UBS Glória (3)	3.258	1.154	1.426	2,8	42,6%	100,0%	0,0%	0,0%
Total	43.035	14.120	15.838	3,0					
Aventureiro Segmento 03	Sede da Regional - Aventureiro I (3)	11.984	3.681	3.911	3,3	69,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	UBS Saguacú (3)	18.424	6.444	7.135	2,9	60,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Aventureiro II	4.152	1.317	1.402	3,2	64,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Aventureiro II	4.406	1.338	1.404	3,3	64,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Santa Bárbara	3.588	1.082	1.205	3,3	71,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Cubatão	3.248	1.017	1.161	3,2	85,9%	45,5%	54,5%	0,0%
	ESF Rio do Ferro	3.448	1.001	1.152	3,4	74,6%	100,0%	0,0%	0,0%
	EACS UBS Parque Joinville (total)	17.060	5.079	5.293	3,4	68,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	EACS UBS Leonardo Schlickmann (total)	19.454	6.179	6.947	3,1	66,6%	100,0%	0,0%	0,0%
Total	85.764	27.138	29.610	3,2					
Costa e Silva Segmento 04	EACS Sede Regional C. Silva - parcial (1)	18.175	5.863	6.721	3,1	66,5%	99,0%	0,0%	1,0%
	Sede da Regional C. Silva	13.783	4.979	5.224	2,8	66,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Jardim Paraíso I	4.017	1.188	1.205	3,4	82,7%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Jardim Paraíso II	3.931	1.207	1.344	3,3	82,7%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Jardim Paraíso III	3.402	1.056	1.078	3,2	81,9%	88,0%	12,0%	0,0%
	ESF Paraíso IV (Canto do Rio)	3.306	930	1.085	3,6	83,3%	87,5%	12,5%	0,0%
	ESF Jardim Sofia	4.460	1.351	1.492	3,3	73,9%	98,0%	1,0%	1,0%
	ESF Willy Schossland	6.628	2.096	2.462	3,2	58,8%	100,0%	0,0%	0,0%
	EACS UBS Bom Retiro (parcial)	13.203	4.777	5.496	2,8	52,3%	99,7%	0,0%	0,3%
	UBS Bom Retiro	2.728	1.028	1.206	2,7	52,3%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Jardim Paraíso V	4.197	1.149	1.217	3,7	87,1%	100,0%	0,0%	0,0%
Total	77.830	25.624	28.530	3,0					
Floresta Segmento 05	Sede Regional	21.419	6.860	7.320	3,1	77,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Profipo	3.305	907	1.023	3,6	85,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Profipo	3.354	992	1.064	3,4	85,5%	86,0%	14,0%	0,0%
	ESF Boehmerwald I	3.836	1.130	1.201	3,4	76,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Boehmerwald I	3.837	1.153	1.249	3,3	76,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Boehmerwald II	3.829	1.160	1.271	3,3	76,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Boehmerwald II	3.638	1.120	1.186	3,2	76,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Itinga Continental	3.544	1.072	1.109	3,3	83,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Itinga	3.359	969	1.071	3,5	73,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Km 4	2.467	773	914	3,2	69,3%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Km 4	2.612	795	889	3,3	69,3%	100,0%	0,0%	0,0%
ESF Trentino (2)	2.743	784	784	3,5		100,0%	0,0%	0,0%	
Total	57.943	17.715	19.080	3,3					

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

Tabela 3 – População residente por equipe de saúde – parte 2

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE - JOINVILLE/SC
População Residente e Cadastrada por Unidade de Saúde, Famílias e Domicílios - ano de 2013

Folha 02

REGIONAL	UNIDADE DE SAÚDE	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS	Média Morador	População sem plano de Saúde	% Urbana	% Rural	% Zona Indl.
Centro Segmento 06	Sede da Regional	27.283	9.765	11.230	2,8	70,8%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Nova Brasília/Jativoca - MA 3 a 7	3.069	921	995	3,3	71,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Jativoca (extensão) - MA 1 e 2	1.163	325	358	3,6	85,3%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Nova Brasília	3.498	1.077	1.158	3,2	71,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Nova Brasília	3.813	1.176	1.262	3,2	71,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Morro do Meio	3.273	945	1.033	3,5	80,1%	98,0%	2,0%	0,0%
	ESF Lagoinha	3.729	1.103	1.246	3,4	85,3%	100,0%	0,0%	0,0%
	EACS UBS São Marcos (total)	5.650	1.826	2.034	3,1	58,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Morro do Meio	4.041	1.196	1.253	3,4	80,1%	96,0%	4,0%	0,0%
	Total	55.519	18.334	20.569	3,0				
Jarivatuba Segmento 07	ESF Jarivatuba (Sede)	7.582	2.267	2.379	3,3	80,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Jarivatuba (Sede)	7.987	2.378	2.486	3,4	80,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Jarivatuba (Sede)	7.875	2.384	2.525	3,3	80,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Paranaguamirim	4.251	1.262	1.310	3,4	73,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Paranaguamirim	4.460	1.305	1.370	3,4	73,5%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Jardim Edilene	5.821	1.638	1.739	3,6	89,8%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Estevão Matos	4.012	1.182	1.204	3,4	89,3%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Parque Guarani	3.835	1.018	1.078	3,8	76,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Parque Guarani	4.398	1.098	1.207	4,0	76,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Parque Guarani	3.645	1.079	1.165	3,4	76,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Estevão Matos	5.122	1.353	1.429	3,8	89,3%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Jardim Edilene - MA 2 a 6	3.851	1.008	1.099	3,8	89,8%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Morro do Amaral (extensão) - MA 1	813	254	283	3,2	95,2%	10,0%	90,0%	0,0%
		Total	63.652	18.226	19.274	3,5			
Comasa Segmento 08	Sede Regional Comasa	18.421	5.638	6.095	3,3	68,2%	99,8%	0,0%	0,3%
	UBS Jardim Iriirú	10.607	3.081	3.265	3,4	67,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Espinheiros	4.791	1.448	1.507	3,3	67,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF CAIC	3.596	978	1.047	3,7	71,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Da Ilha	4.182	1.201	1.268	3,5	71,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Roraima	3.703	1.050	1.093	3,5	75,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	ESF Dom Gregório	3.696	1.004	1.032	3,7	69,4%	100,0%	0,0%	0,0%
	EACS Bakitas	16.965	5.482	5.915	3,1	65,9%	100,0%	0,0%	0,0%
	Total	65.961	19.882	21.222	3,3				
Fátima Segmento 09	EACS Sede da Regional (total)	19.035	5.762	5.951	3,3	72,2%	100,0%	0,0%	0,0%
	EACS UBS Edla Jordan (total)	20.882	6.301	6.781	3,3	73,3%	100,0%	0,0%	0,0%
	EACS UBS Itaum (total)	15.975	5.228	5.630	3,1	64,6%	100,0%	0,0%	0,0%
	EACS UBS Ademar Garcia (total)	19.312	5.518	6.051	3,5	73,1%	100,0%	0,0%	0,0%
		Total	75.204	22.809	24.413	3,3			
Total Geral		546.981	170.483	186.110	3,2	68,8%	96,0%	3,4%	0,6%

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

5.5 Critérios de vulnerabilidade, perfil epidemiológico e socioeconômico na definição da população adscrita para as equipes Saúde da Família

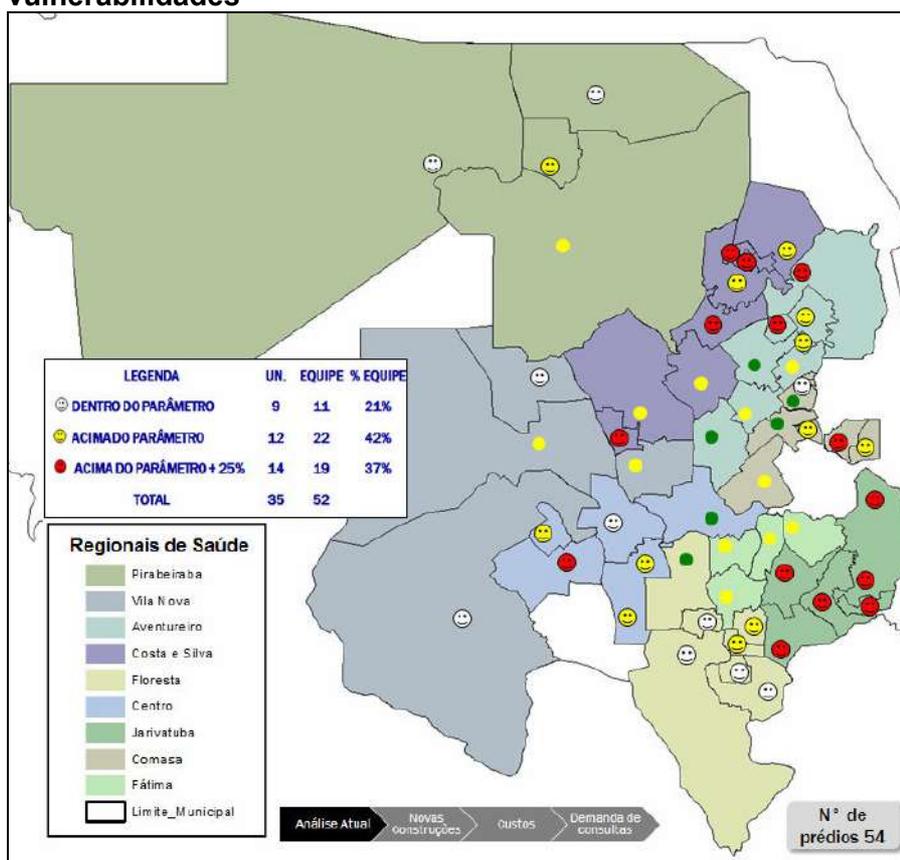
O Ministério da Saúde recomenda que uma equipe de saúde da família tenha uma cobertura de 3.000 a 4.000 habitantes. Entretanto sabe-se que as realidades territoriais de uma cidade não são homogêneas e diante disto Joinville fez um estudo de vulnerabilidade, levando em conta alguns critérios de risco, como: perfil socioeconômico da população, perfil epidemiológico e características geográficas como distância e dificuldade de acesso. Com base neste estudo foram definidos três critérios de capacidade de atendimento por equipe:

- Unidades com população de *Alta Vulnerabilidade*: 2.500 habitantes por equipe;
- Unidades com população de *Vulnerabilidade Média*: 3.000 a 3.500 habitantes por equipe;
- Unidades com população de *Baixa Vulnerabilidade*: 4.000 habitantes por equipe.

Estima-se, além desse critério de análise, que a equipe é capaz de absorver um aumento populacional de até 25% além do parâmetro recomendado. Acima disto o atendimento ao usuário está comprometido.

Como mostra a Figura 3 Joinville tem UBSF que estão com o atendimento comprometido, especialmente na Regional de Saúde Jarivatuba que inclui as Unidades do Estevão de Matos e Jardim Edilene.

Figura 3 – Mapa do parâmetro populacional conforme critério de classificação de vulnerabilidades

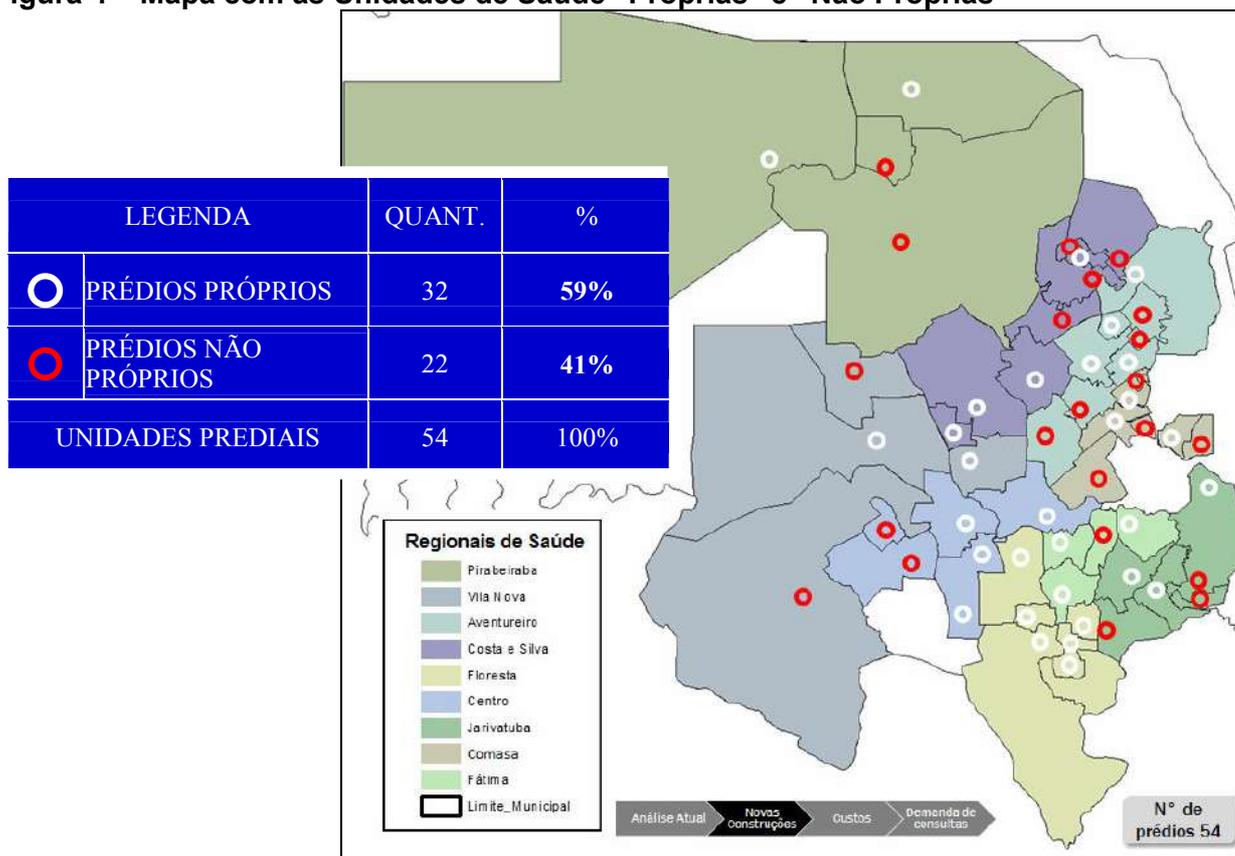


5.6 Adequação Predial (população adscrita para prédios alugados)

A Figura e a Tabela 4 apresentam a situação atual dos prédios onde estão instaladas as Unidades de Saúde da Atenção Básica e mostram que do total de 54 prédios, 30 são próprios, 21 são locados, 02 emprestados e 01 cedido. Os prédios ‘não próprios’ são adaptações de imóveis construídos para outras finalidades, onerando e não agregando patrimônio ao Fundo Municipal de Saúde, além disto, não sendo possível atender totalmente as exigências da legislação sanitária.

Ainda está em tramitação a renovação anual dos Alvarás Sanitários das Unidades Básicas de Saúde, corrigindo as pendências apontadas pela Vigilância Sanitária.

Figura 4 – Mapa com as Unidades de Saúde “Próprias” e “Não Próprias”



A Tabela 4 destaca ainda o total da população assistida nas unidades próprias e não próprias.

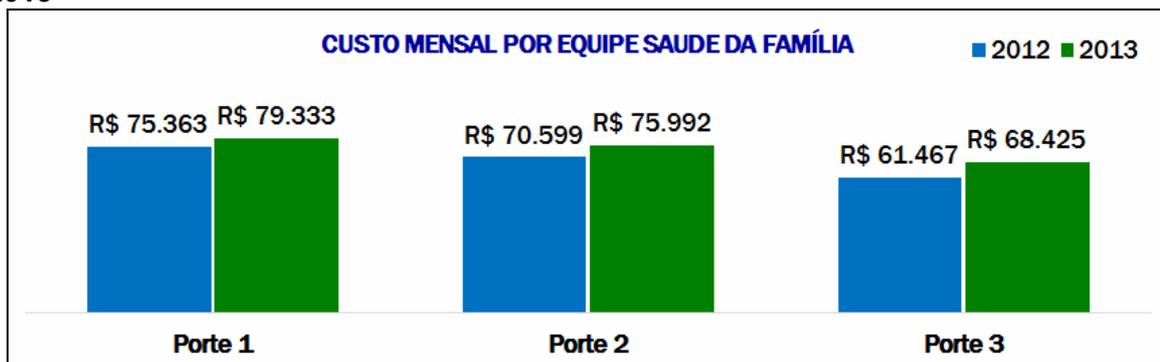
Tabela 4 – População residente em Unidades Prediais PRÓPRIAS e NÃO PRÓPRIAS

Unidades de Saúde	Unidades de Saúde	Prédios Próprios	População 2013	Prédios Não Próprios	População 2013
PIRABEIRABA	4	2	15.209	2	6.864
VILA NOVA	4	2	38.403	2	4.632
AVENTUREIRO	8	4	40.850	4	44.914
COSTA E SILVA	8	4	62.465	4	15.365
FLORESTA	7	5	46.932	2	11.011
CENTRO	6	4	44.476	2	11.043
JARIVATUBA	6	3	32.968	3	30.684
COMASA	7	3	33.819	4	32.142
FÁTIMA	4	3	56.169	1	19.035
TOTAL	54	30	371.291	24	175.690

3. ESTRATÉGIA DE ESTRUTURAÇÃO FÍSICA

Observa-se um custo menor de manutenção na medida em que se concentra maior número de equipes de saúde da família por UBSF, devido à otimização dos equipamentos, instalações físicas e suporte administrativo (economia de escala). A figura 5 compara o custo médio das equipes de saúde da família conforme o porte das UBSFs.

Figura 5 – Custo mensal por equipe saúde da família segundo o porte nos anos de 2012 e 2013



Diante deste fato a Secretaria Municipal de Saúde optou por construções novas de maior porte, preferencialmente o Porte 3 e 4, que além das vantagens de economia de escala e escopo, melhora e amplia o acesso da população.

Vale destacar a necessidade de planejar a mobilidade urbana, junto aos órgãos e empresas responsáveis pelo serviço de transporte público, assegurando ao usuário facilidade no acesso ao serviço de saúde ofertado pelo Município.

6.1 Novas construções 2014 a 2016

No período foi priorizada a conclusão das obras já iniciadas, compreendendo as seguintes obras e equipes novas:

- **Sede da Regional Costa e Silva:** reforma e ampliação de prédio próprio;



conclusão prevista para março de 2015

valor total da obra: R\$ 509.674,00

recursos federais: R\$ 74.265,00

recursos municipais: R\$ 435.409,00

- **UBSF Jardim Paraíso I-II:** reforma e ampliação de prédio próprio;



conclusão prevista para dezembro de 2014

valor total da obra: R\$ 702.545,00

recursos federais: R\$ 340.898,00

recursos municipais: R\$ 361.647,00

- **UBSF Parque Douat:** construção de prédio próprio com implantação de quatro (04) novas equipes adscrevendo 14.000 habitantes sendo 2.000 hoje adscritos à UBSF Willy Schossland e 12.000 à Sede da Regional do Costa e Silva



conclusão prevista para novembro de 2014

valor total da obra: R\$ 1.326.600,00

recursos federais: R\$ 400.000,00

recursos municipais: R\$ 926.600,00

- **Sede da Regional Pirabeiraba:** conclusão da construção de novo prédio com implantação de quatro (04) novas equipes da estratégia de Saúde da Família (ESF) para adscrição do Centro de Pirabeiraba e mantendo a assistência de referência toda a regional (Sede de Regional);



conclusão prevista para dezembro de 2014

valor total da obra: R\$ 1.718.108,00

recursos municipais: R\$ 1.718.108,00

- **UBSF Rio da Prata:** construção de novo prédio;



conclusão prevista para março de 2015

valor total da obra: R\$ 1.072.600,00

recursos federais: R\$ 200.000,00

recursos municipais: R\$ 872.600,00

- **Sede da Regional Vila Nova:** reforma e ampliação de prédio próprio;



conclusão prevista para janeiro de 2015

valor total da obra: R\$ 501.920,00

recursos federais: R\$ 73.365,00

recursos municipais: R\$ 428.555,00

- **UBSF Vila Nova I:** construção de prédio próprio com implantação de três (03) novas equipes adscrevendo 9.000 habitantes hoje adscritos à Sede da Regional de Saúde Vila Nova



conclusão prevista para setembro de 2015

valor total da obra: R\$ 1.326.600,00

recursos federais: R\$ 400.000,00

recursos municipais: R\$ 926.600,00

- **UBSF Vila Nova II:** construção de prédio próprio com implantação de quatro (04) novas equipes adscrevendo 12.000 habitantes hoje adscritos à Sede da Regional de Saude Vila Nova



conclusão prevista para dezembro de 2015

valor total da obra: R\$ 1.554.600,00

recursos federais: R\$ 266.667,00

recursos municipais: R\$ 1.287.933,00

- **PAM Bucareim:** reforma de prédio próprio para implementação de Policlínica nos moldes do PAM Boa Vista (referência);

conclusão prevista para 2016

valor total da obra: R\$ 400.000,00

recursos municipais: R\$ 400.000,00

- **UBS São Marcos:** ampliação de prédio próprio atual, adscrevendo mais 1.000 habitantes hoje adscritos a UBSF Nova Brasília;



conclusão prevista para março de 2015

valor total da obra: R\$ 1.104.600,00

recursos federais: R\$ 266.667,00

recursos municipais: R\$ 837.933,00

- **UBSF Morro do Meio:** construção de prédio próprio agregando a equipe e adscrição da atual UBSF Lagoinha com ampliação de uma (01) nova equipe. Encerra o aluguel do prédio atual destas duas unidades;



conclusão prevista para dezembro de 2015

valor total da obra: R\$ 1.654.600,00

recursos federais: R\$ 266.667,00

recursos municipais: R\$ 1.387.933,00

- **UBSF Aventureiro II:** ampliação de prédio próprio agregando as equipes e adscrição das atuais UBSF Rio do Ferro e o UBSF Santa. Encerra o aluguel do prédio atual destas duas unidades;

conclusão prevista para janeiro de 2015

valor total da obra: R\$ 1.086.183,75

recursos municipais: R\$ 1.086.183,75

- **UBSF Aventureiro III:** construção de prédio próprio com implantação de três (03) novas equipes adscrevendo 7.000 habitantes hoje adscritos à Sede da Regional do Aventureiro



conclusão prevista para julho de 2015

valor total da obra: R\$ 1.326.600,00

recursos federais: R\$ 400.000,00

recursos municipais: R\$ 926.600,00

- **UBSF Paranaguamirim:** reforma e ampliação de prédio próprio;

conclusão prevista para junho de 2015

valor total da obra: R\$ 800.000,00

recursos federais: R\$ 121.845,00

recursos municipais: R\$ 678.155,00

- **UBSF Estevão de Matos:** reforma de prédio alugado;



conclusão prevista para novembro de 2014

valor total da obra: R\$ 350.000,00

recursos municipais: R\$ 350.000,00

- **UBSF João Costa:** construção de nova unidade com quatro (04) equipes de saúde da família atendendo 14.000 habitantes hoje atendidos na Sede da Regional do Jarivatuba;

conclusão prevista para 2016

valor total da obra: R\$ 1.200.000,00

recursos municipais: R\$ 1.200.000,00

- **UBS Edla Jordan:** reforma de prédio próprio;
conclusão prevista para junho de 2015
valor total da obra: R\$ 444.253,00
recursos federais: R\$ 109.678,00
recursos municipais: R\$ 334.576,00
- **UBSF Ulisses Guimarães:** construção de prédio próprio com implantação de três (03) novas equipes adscrevendo 9.000 habitantes hoje adscritos à UBS Adhemar Garcia;



- conclusão prevista para junho de 2015
valor total da obra: R\$ 1.554.600,00
recursos federais: R\$ 400.000,00
recursos municipais: R\$ 1.154.600,00

Com essas ações são previstas a regularização da proporção de equipes por população adscrita, tanto na abrangência das nove (09) unidades novas e ampliadas como também na abrangência de cinco (05) outras unidades: as Sedes das Regionais de Saúde Vila Nova e

Aventureiro, UBS Adhemar Garcia, UBSF Willy Schosslund e UBSF Nova Brasília, além da UBSF Parque Guarani através de arranjo do territórios de adscrição, não apresentado no presente projeto.

Também são regularizadas as condições prediais para o atendimento das Sedes das Regionais do Pirabeiraba, Costa e Silva e Vila Nova, da UBS São Marcos, a UBSF Rio da Prata, UBSF Estevão de Matos, UBSF Paranaguamirim, a UBSF Morro do Meio e a UBSF Lagoinha (incorporada a UBSF Morro do Meio).

São previstos investimentos, em obras e equipamentos, da ordem de R\$ 18.633.485,00 (dezesete milhões e trinta e três mil e quatrocentos e oitenta e cinco reais) e implantação de trinta e uma (31) novas equipes de Saúde da Família, prevendo-se atingir a cobertura de 52,0% da população pela Estratégia de Saúde da Família.

Com a construção do prédio próprio da UBSF Morro do Meio e incorporação da equipe da atual UBSF Lagoinha, prevê-se uma economia de R\$ 32.190,00 reais por ano em aluguéis.

6.2 Novas Construções 2017 a 2020

No período se prioriza ampliações, reformas e adequações prediais e redução dos encargos com aluguéis, compreendendo as seguintes obras e equipes novas:

- **UBS Bom Retiro:** reforma e ampliação de prédio próprio com implantação de uma (01) nova equipe ESF lotada no mesmo prédio (unidade com os dois modelos assistenciais) e adscrevendo cerca de 4.000 habitantes dentro da população adscrita a UBS Bom Retiro;
- **Rearranjo territorial da adscrição atual das UBSF dos Jardim Paraíso I, II, III, IV e V** (extintas) com a implantação das novas UBSF descritas a seguir. Encerra o aluguel do prédio atual das unidades UBSF Jardim Paraíso III e UBSF Jardim Paraíso V;
- **UBSF Jardim Paraíso A:** com lotação de três (03) equipes hoje existentes e ocupando o prédio próprio hoje da UBSF Jardim Paraíso I-II e agregando cerca de 40% da população adscrita hoje as UBSF Jardim Paraíso I, II, III, IV e V;
- **UBSF Jardim Paraíso B:** construção de prédio próprio, com lotação de quatro (04) equipes hoje existentes agregando cerca de 60% da população adscrita hoje as UBSF Jardim Paraíso I, II, III, IV e V;
- **UBSF Glória:** construção de prédio próprio em substituição ao atual;
- **Sede da Regional Comasa:** reforma e ampliação de prédio próprio;
- **UBSF Moinho dos Ventos:** reforma e ampliação com implantação de mais uma (01) equipe ESF;

- **UBS Bakitas:** reforma de prédio próprio (cedido pela extinta Regional de Saúde Boa Vista) com implantação de quatro (05) novas equipes ESF, convertendo ao modelo da Estratégia de Saúde da Família;
- **UBSF Trentini:** construção de prédio próprio agregando as equipes existentes e adstrições das atuais UBSF Boehmerwaldt II e UBSF Itinga Continental. Encerra o aluguel do prédio atual destas duas unidades;
- **UBSF KM 04:** reforma e ampliação de prédio próprio e implantação de duas (02) novas equipes ESF;
- **UBSF José de Alencar:** construção de prédio próprio com implantação de oito (08) novas equipes adscrevendo 20.000 habitantes, futuros moradores do loteamento em construção na região, considerados hoje atendidos em diversas UBSs;

Com essas ações são previstas a regularização das condições prediais para o atendimento da população adscrita das oito (08) unidades referidas, bem como a regularização da proporção de equipes por população adscrita na abrangência das atuais UBSF Jardim Paraíso I, II, III, IV e V (substituídas por UBSF Jardim Paraíso A e b), UBS Edla Jordan (com conversão do modelo assistencial não apresentados no presente projeto) e melhoria da proporção na UBS Bom Retiro.

São previstos investimentos em obras e equipamentos da ordem de R\$ 10.200.0000,00 (dez milhões e duzentos mil reais) e implantação de vinte e uma (21) novas equipes de Saúde da Família, atingindo a cobertura de 61.4% da população pela Estratégia de Saúde da Família.

Deve-se ressaltar que com a construção do prédio próprio das UBSF Aventureiro II, UBSF Jardim Paraíso B e UBSF Trentini prevê-se uma economia de R\$ 163.629,00 reais por ano em aluguéis.

6.3 Novas Construções 2021 a 2034

No período se priorizam a adequação predial, redução dos encargos com aluguéis, ajustes ao crescimento populacional no período com a implantação de três (03) novas unidades além da ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família:

- **UBSF Jardim Sofia:** construção de prédio próprio com ampliação de uma (01) nova equipes ESF. Encerra o aluguel do prédio atual desta unidade;
- **UBSF Willy Schosslund:** reforma e ampliação de prédio próprio e ampliação de uma (01) nova equipes ESF;
- **UBSF Rio Bonito:** reforma e ampliação de prédio próprio agregando a equipe e adscrição da atual UBSF Canela. Encerra o aluguel do prédio atual da UBSF Canela;
- **UBSF Anaburgo:** construção de prédio próprio. Encerra o aluguel do prédio atual desta unidade;

- **UBSF Vila Nova Rural (Km18):** construção de prédio próprio. Encerra o aluguel do prédio atual desta unidade;
- **Sede da Regional Centro:** construção de prédio próprio, específico para Sede de Regional (saindo do prédio do PAM Bucareim);
- **UBSF Nova Brasília:** reforma e ampliação de prédio próprio com ampliação de uma (01) nova equipe;
- **UBS Jardim Iririú:** construção de prédio próprio, rearranjo territorial e implantação de duas (02) novas equipes ESF, convertendo ao modelo da Estratégia de Saúde da Família. Encerra o aluguel do prédio atual desta unidade;
- **UBSF Dom Gregório:** rearranjo territorial e implantação de duas (02) novas equipes ESF agregando a sua adscrição mais 5.000 habitantes hoje adscritos à UBS Jardim Iririú e 3.800 futuros moradores do loteamento em construção na região, considerados hoje atendidos em diversas UBSs;
- **UBSF Moinho dos Ventos:** construção de prédio próprio agregando a equipe e adscrição da atual UBSF Da Ilha. Encerra o aluguel do prédio atual destas duas unidades;
- **UBS Parque Joinville:** reforma e ampliação de prédio próprio e implantação de quatro (04) novas equipes ESF, convertendo ao modelo da Estratégia de Saúde da Família;
- **UBS CRAS:** reforma e ampliação de prédio próprio (cedido pela Secretaria de Assistência Social) e implantação de duas (02) novas equipes ESF adscrevendo 5.000 habitantes hoje adscritos à UBS Parque Joinville;
- **UBS Leonardo Schilickman:** reforma e ampliação de prédio próprio com implantação de quatro (04) novas equipes ESF lotada no mesmo prédio (unidade com os dois modelos assistenciais) e adscrevendo cerca de 12.000 habitantes dentro da população adscrita a UBS Leonardo Schilickman;
- **UBSF Boehmerwaldt I:** reforma e ampliação de prédio próprio;
- **UBSF Profipo:** reforma e ampliação de prédio próprio;
- **UBSF Sede da Regional Jarivatuba:** reforma e ampliação de prédio próprio com ampliação de uma (01) nova equipe;
- **UBSF Estevão de Matos:** construção de prédio próprio. Encerra o aluguel do prédio atual desta unidade;
- **UBSF Jardim Edilene:** construção de prédio próprio. Encerra o aluguel do prédio atual desta unidade;
- **UBSF Parque Guarani:** construção de prédio próprio com ampliação de uma (01) nova equipes ESF. Encerra o aluguel do prédio atual desta unidade;

- **Sede da Regional Fátima:** construção de prédio próprio e implantação de cinco (05) novas equipes ESF, convertendo ao modelo da Estratégia de Saúde da Família. Encerra o aluguel do prédio atual desta unidade;
- **UBSF Adhemar Garcia:** reforma e ampliação de prédio próprio e implantação de três (03) novas equipes ESF, convertendo ao modelo da Estratégia de Saúde da Família;
- **UBSF Morro da Formiga:** construção de prédio próprio com implantação de três (03) novas equipes adscrevendo 9.000 habitantes hoje adscritos à UBS Edla Jordan
- **UBSF Parque da Cidade:** construção de prédio próprio com implantação de quatro (04) novas equipes adscrevendo 12.000 habitantes hoje adscritos à Sede da Regional Centro e a UBS Itaum;

Além destas ações são previstos arranjos dos territórios de adscrição e a implantação de três (03) equipes ESF na Sede da Regional Comasa, não detalhado no presente projeto. Com o conjunto destas atividades prevê-se regularização das condições prediais para o atendimento da população adscrita as vinte e três (23) unidades referidas e regularização da sua proporção de equipes por população, inclusive na abrangência das Sede da Regional Comasa.

São previstos investimentos em obras e equipamentos da ordem de R\$ 20.200.000,00 (vinte milhões e duzentos mil reais) e implantação de trinta e oito (38) novas equipes de Saúde da Família, atingindo a cobertura de 78.1% da população pela Estratégia de Saúde da Família.

Com a construção dos vários prédios próprios previstos prevê-se uma economia de R\$ 370.095,00 reais por ano em aluguéis.

4. NECESSIDADE DE MONITORAMENTO E ADEQUAÇÃO AO CRESCIMENTO POPULACIONAL

O presente projeto foi elaborado sobre uma projeção populacional e com os valores atuais de manutenção, custeio e investimento. Estas projeções são estimativas e, portanto sujeitas a ajustes paralelos a execução do projeto.

A Gerência da Atenção Básica - Área do cadastramento realiza anualmente, desde 2001. O estudo populacional no município de Joinville por adscrição por Unidades de Saúde, Regionais e bairros, a partir do levantamento de campo realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e metodologia fundamentada no Censo do IBGE. Além do levantamento anual da população, nas visitas domiciliares os ACS atualizam mensalmente os dados demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos das famílias residentes.

Desta forma, o Cadastro/ UAB será a fonte das atualizações das projeções populacionais, e a Unidade de Administração e Finanças pela atualização dos custos.

Tabela 05 – Projeção populacional considerando o crescimento vegetativo por área de abrangência sobre a estimativa populacional 2013 (exercício 2014), Joinville, 2014-34

ano	população	ano	população
2013	546.981	2024	569.994
2014	549.492	2025	571.563
2015	551.943	2026	573.008
2016	554.291	2027	574.347
2017	556.553	2028	575.588
2018	558.734	2029	576.737
2019	560.838	2030	577.806
2020	562.873	2031	578.749
2021	564.793	2032	579.586
2022	566.615	2033	580.331
2023	568.346	2034	580.990

BIBLIOGRAFIA

1. MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio Janeiro, São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1993.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001019925.pdf> . Acesso em 06out2014.
3. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em 06out2014.
4. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE JOINVILLE. **Plano de Fortalecimento da Atenção Básica, 2008**. Disponível em M:\SAUDE\GAB\Planejamento\MINISTÉRIO DA SAÚDE\3.Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.

Apêndice 10

Respostas às recomendações do Conselho Municipal de Saúde (Resolução 014/14)

Em resposta a Resolução CMS 014/14, que aprova o Relatório Anual de Gestão 2013 e faz recomendações à Gestão, prestamos as seguintes análises adicionais.

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.

O Plano de Atendimento ao Idoso está sendo finalizado e será enviado para aprovação no CMS. Será apresentado às equipes das unidades de saúde ao longo do ano de 2015 pela geriatra Dra. Francisca. No Plano estarão os indicadores para monitoramento.

A adoção do Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa já é um consenso e foi divulgado aos profissionais. O caderno está disponível na intranet no formato de pdf. e 20 unidades recebidas ano passado foram enviadas às UBSs.

Para 2015 estão previstas as seguintes capacitações relacionadas ao Programa Saúde do Idoso:

- Educação em Saúde, com Geriatra em todas as UBSs - expor o Plano de Atendimento ao Idoso às equipes e demais orientações gerais conforme demanda dos profissionais. (durante todo o ano de 2015)

- Capacitação para profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, TOs e farmacêuticos) - com foco no atendimento dos pacientes com demências. (Junho/2015)

- Capacitação para Agentes administrativos - ADM (profissionais que atuam na recepção das unidades) - sobre direitos da pessoa idosa previstos na legislação, priorização no atendimento e especificidades no seu atendimento. Participação de dois representantes da SAS que vão tratar dos encaminhamentos para cadastro do benefício BPC idoso e demais serviços oferecidos pela SAS. Abril/2015

- Capacitação sobre Equidade em Saúde (ACS/ Enfermeiros) - oficinas sobre diversos temas e um deles pretendemos que seja voltado para sensibilização sobre direitos dos idosos.

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).

Com a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), especialmente a rede de atenção às doenças crônicas, busca-se construir processos, fluxos, protocolos, que propiciem a oferta de uma atenção integral, parcerias com outras secretarias.

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

O monitoramento já existe, é realizado via sistema VIGILANTOS do Ministério da Saúde e os dados são alimentados periodicamente pelos 03 laboratórios de análises patológicas de Joinville. Entretanto, a falta de clareza por parte do Ministério da Saúde de quais CIDs devam ser alimentados, resulta na subnotificação dos diagnósticos de Câncer em Joinville.

A Vigilância Epidemiológica está promovendo reuniões com os responsáveis por estes laboratórios, para sanar possíveis dúvidas de notificação, assim como alinhar junto a Diretoria Estadual de Vigilância Epidemiológica (DIVE), os acessos a este sistema para controle e auditoria dos diagnósticos feitos pelos laboratórios.

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

Especialidades que apresentavam demanda reprimida estão sendo contempladas, entre elas, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, cirurgia vascular, neurologia pediátrica, pediatria, mastologia e saúde mental.

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

Com o objetivo de aumentar a captação precoce de gestantes para o pré-natal, todos os profissionais envolvidos no processo foram capacitados e atualmente realizam ações nas UBSs, como a descentralização dos testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV. Outra medida implementada é o monitoramento da captação precoce e planejamento do intervalo das consultas de pré-natal. O cadastro das gestantes no SISPRENATAL (sistema informatizado do Ministério da Saúde) passou a ser realizado pelos profissionais médicos e enfermeiros, na própria unidade de saúde, o que facilita e agiliza o processo.

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

O programa da Dengue desenvolve ações para o combate do mosquito da Dengue e, desde 2013 foram intensificadas as ações para diminuir a quantidade de focos na região do Floresta, local de maior incidência de focos na cidade. Em 2014 foram feitas mais de 39 mil visitas aos domicílios.

As ações desenvolvidas são:

- Equipe de delimitação de foco exclusiva e efetiva no Floresta;
- Ações educativas no Bairro como palestras em escolas, conselhos locais e comunidade.
- Aumento do número de armadilhas no local de infestação para maior eliminação de larvas.
- Utilização de veneno para eliminação do mosquito alado do local.
- Ação conjunta com a Vigilância Sanitária, com autuação em locais com irregularidades e que contribuem para a proliferação do mosquito.

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

O laboratório de Entomologia está em funcionamento efetivamente desde 2005.

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.

Foi encaminhado a Secretária Municipal de Saúde, solicitação de parecer em favor da criação do Comitê com manifestação favorável. A Vigilância Epidemiológica está articulando com entidades e instituições responsáveis e envolvidas na investigação destes óbitos, para compor o Comitê e nomear seus membros.

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

Foi elaborado e aprovado pelo conselho o Plano de Expansão da ESF até 2.035 (Apêndice 09).

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

O processo para compra de computadores está em andamento na PMJ, com fechamento previsto para maio de 2015. A licitação do processo de terceirização dos serviços de impressão foi finalizada, aguardando assinatura do contrato e instalação das impressoras.

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

O Núcleo de TI está em processo de implantação de 2 (dois) sistemas: o **e-SUS** que irá propiciar o uso de prontuário eletrônico em todas as Unidades Básicas de Saúde e o **Hórus** que é responsável por controlar todo o fluxo dos medicamentos do município.

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

Quanto ao número de parto cesárea no serviço privado, até o presente momento o Ministério da Saúde não realizou nenhuma ação concreta no sentido de controlar através da ANS o número de cesarianas nos hospitais privados. Dentro do princípio econômico que estes serviços estão submetidos, nenhuma ação pontual daria impacto, uma vez que é uma decisão acordada entre os médicos obstetras e as mulheres no âmbito dos consultórios privados.

O Ministério da Saúde, através da obrigatoriedade do partograma nos serviços privados e a vinculação destes ao pagamento dos convênios pode levar a uma melhora do panorama atual.

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.

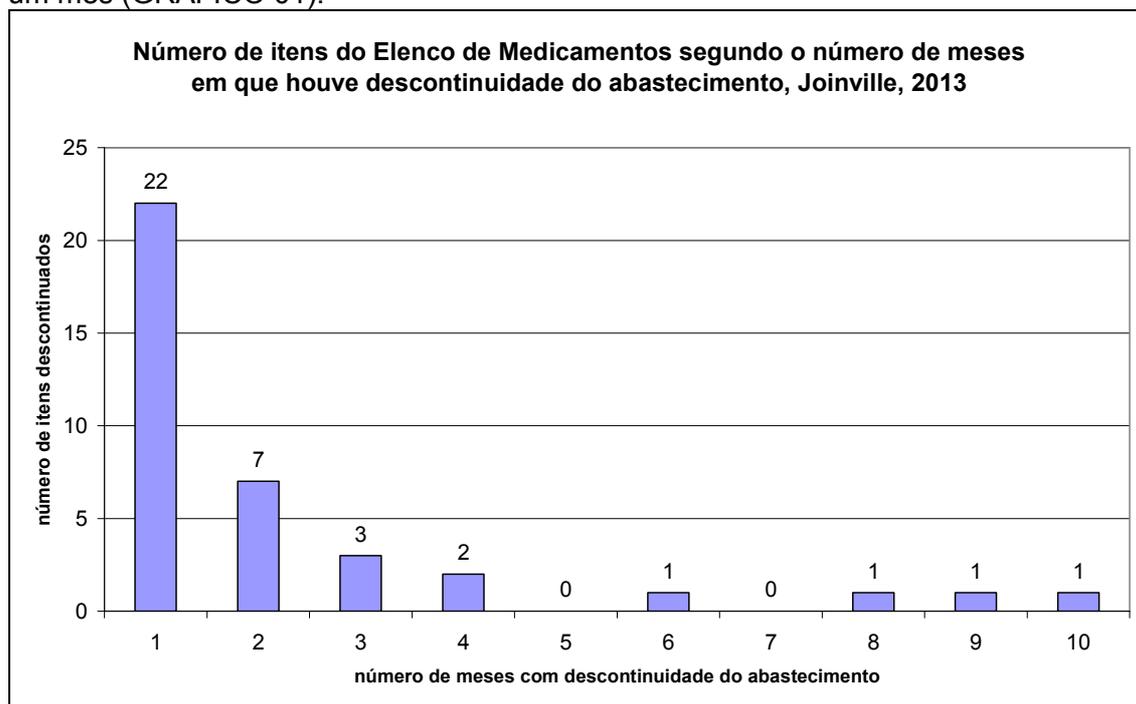
Plano de Expansão da ESF até 2035 (Apêndice 09).

16. Esclarecer os quadros:

a) Proporção de itens do Elenco Básico de Medicamentos ofertados regularmente, segundo o quadrimestre.

Considerando a periodicidade do abastecimento das Unidades de Saúde, o indicador computa apenas os itens que permaneceram mais do que 15 dias em falta no estoque do Almoarifado Central da Farmácia/UAF. As discontinuidades registradas, como regra, compreenderam todo o mês.

Dos 147 medicamentos que compõem o Elenco de Medicamentos da SMS, 39 (26,5%) tiveram alguma discontinuidade do abastecimento em 2013, sendo que 22 (15%) apenas por um mês (GRÁFICO 01).



Destaca-se o medicamento **Alendronato** 10mg comp., prescrito para tratamento da Doença de Paget, que não esteve disponível em nenhum mês do ano, e outros dezenove (19) itens de uso continuado: **Cinarizina** 75mg comp (antianginosos - 6 meses), **Nifedipino** 10mg cáps.gelatinosa (idem - 1 meses), **Isossorbida** 10mg comp (idem - descontinuado por 3 meses), **Anlodipino** 5 mg comp (anti-hipertensivo - 2 meses), **Atenolol** 50mg comp (idem - 1 mês), **Hidroclorotiazida** 25mg comp. (idem - 1 mês), **Losartan** 50mg comp (idem - 1 mês), **Lovastatina** 20mg comp (reductor do colesterol - 9 meses), **Propranolol** 40mg comp (antiarrítmico - 1 meses), **Imipramina** 10mg comp (antidepressivo - 4 meses), **Clorpromazina**

100mg comp (anti-psicótico - 1 mês), **Haloperidol** 5mg comp (idem - 1 mês), **Levodopa + Benserazida** 100/25mg comp HBS (anti-parkinsoniano - 1 mês), **Levodopa + Benserazida** 200/50mg comp (idem - 1 mês), **Levotiroxina** Sódica 100mcg comp (substituição hormonal para tireóide - 2 meses), **Levotiroxina** Sódica 25mcg comp (idem - 3 meses), **Glibenclamida** 5mg comp (tratamento do diabetes - 1 mês), **Glicazida** 30 mg mr comp (idem - 3 meses) e **Insulina Humana Regular** (idem - 2 meses).

Os demais medicamentos, segundo o grupo farmacológico, e respectivos períodos com descontinuidade foram os seguintes: analgésicos: **Codeína** 30mg comp (1 meses); analgésicos e antitérmicos: **Ácido Acetilsalicílico** 100mg comp (2 meses), **Paracetamol** 500mg comp (2 meses); antiácidos: **Hidróxido magnésio + hidróxido alumínio + dimeticona** susp oral (1 mes); antialérgicos: **Loratadina** 10 mg comp (1 mes); **Prometazina** 25mg cp (8 meses); antibióticos: **Eritromicina** 500mg comp (1 mes); **Benzilpenicilina potásica 100.000UI + benz..proc. 300.000 UI** (1 mes); **Cefalexina** 500mg comp/caps (1 mes); **Sulfametaxazol 200mg + trimetoprim 40mg** susp (1 meses); antiinflamatórios: **Diclofenaco** 75mg – ampola 3mL (2 meses); antiulcerosos: **Omeprazol** 20mg capsulas (1 mes); glicocorticóides: **Dexametasona 0,1%** creme (1 mes); tratamento de 'bicho geográfico': **Tiabendazol 5%** pomada (10 mes); tratamento de infecções cutâneas: **Neomicina + Bacitracina** pomada (1 mes); tratamento de vaginites: **Metronidazol** 250mg comp (1 mes), **Metronidazol** 500mg creme vaginal (1 mes), **Miconazol** creme vaginal (2 meses), ; vitamina: **Vitaminas e Sais Minerais** (4 meses),

b) Proporção de funcionários ativos em relação ao quadro necessário, segundo o quadrimestre.

O indicador aponta a adequação do número de profissionais efetivamente trabalhando em relação às necessidades dos serviços. No numerador desconsidera-se todos os profissionais que, mesmo lotados nos serviços, se encontram afastados por licença (considera-se aqueles afastados por férias). Esse dado é extraído de um relatório padrão do Sistema de Informação de gestão de pessoas (RUBI) e fornecido regularmente pela Secretaria de Gestão de Pessoas.

O denominador do indicador corresponde a um levantamento conduzido pelo Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS/ SGP, concluído em 2012, a partir de consulta e avaliação em cada setor. Além de ser sujeito a atualização, idealmente ele corresponderia a um estudo dos processos de trabalho em cada setor e seu dimensionamento às demandas existentes.