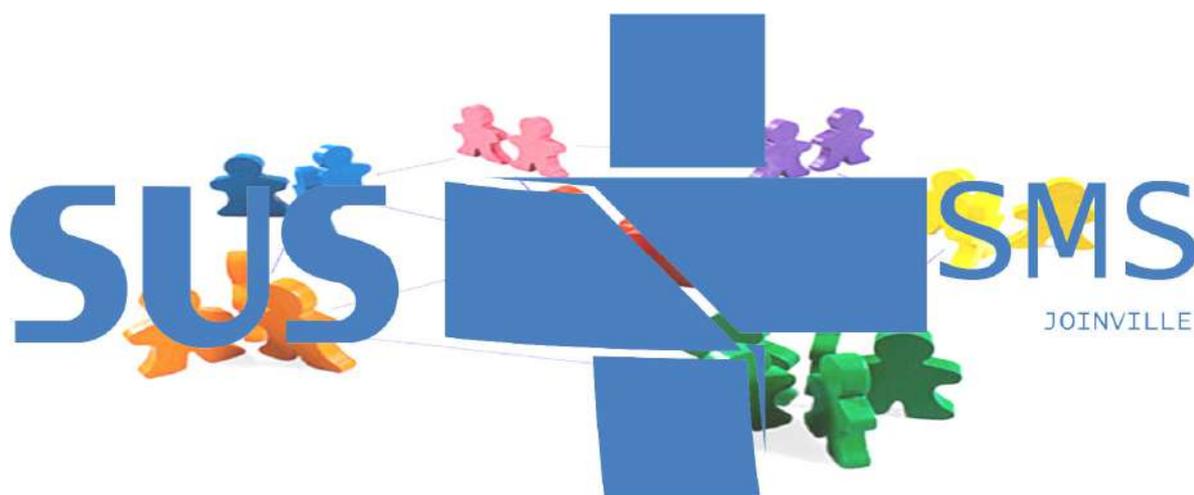




PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2015

GOVERNO MUNICIPAL DE JOINVILLE

Udo Döhler

Prefeito de Joinville

GESTORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE EM 2015

Francieli Cristini Schultz

Secretária Municipal da Saúde

Jean Rodrigues da Silva

Diretor Executivo

Luana Garcia Ferrabone

Diretora Técnica

Jeane Regina Vanzuiten Vieira

Gerente da Unidade de Vigilância em Saúde

Cinthia Friedrich

Gerente da Unidade de Serviços de Referência

Vera Lúcia Freitas

Gerente da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria

Fabício da Rosa

Gerente da Unidade Administrativa e Financeira

Douglas Calheiros Machado

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 eqüidade e a ética, contribuindo decisivamente para a qualidade de vida da população”.

Agradecimentos

Durante o ano de 2015, participaram da gestão:

Larissa Grun Brandão Nascimento – Secretária de Saúde até julho/2015;

Paulo Manoel de Souza – Diretor Executivo até julho/2015;

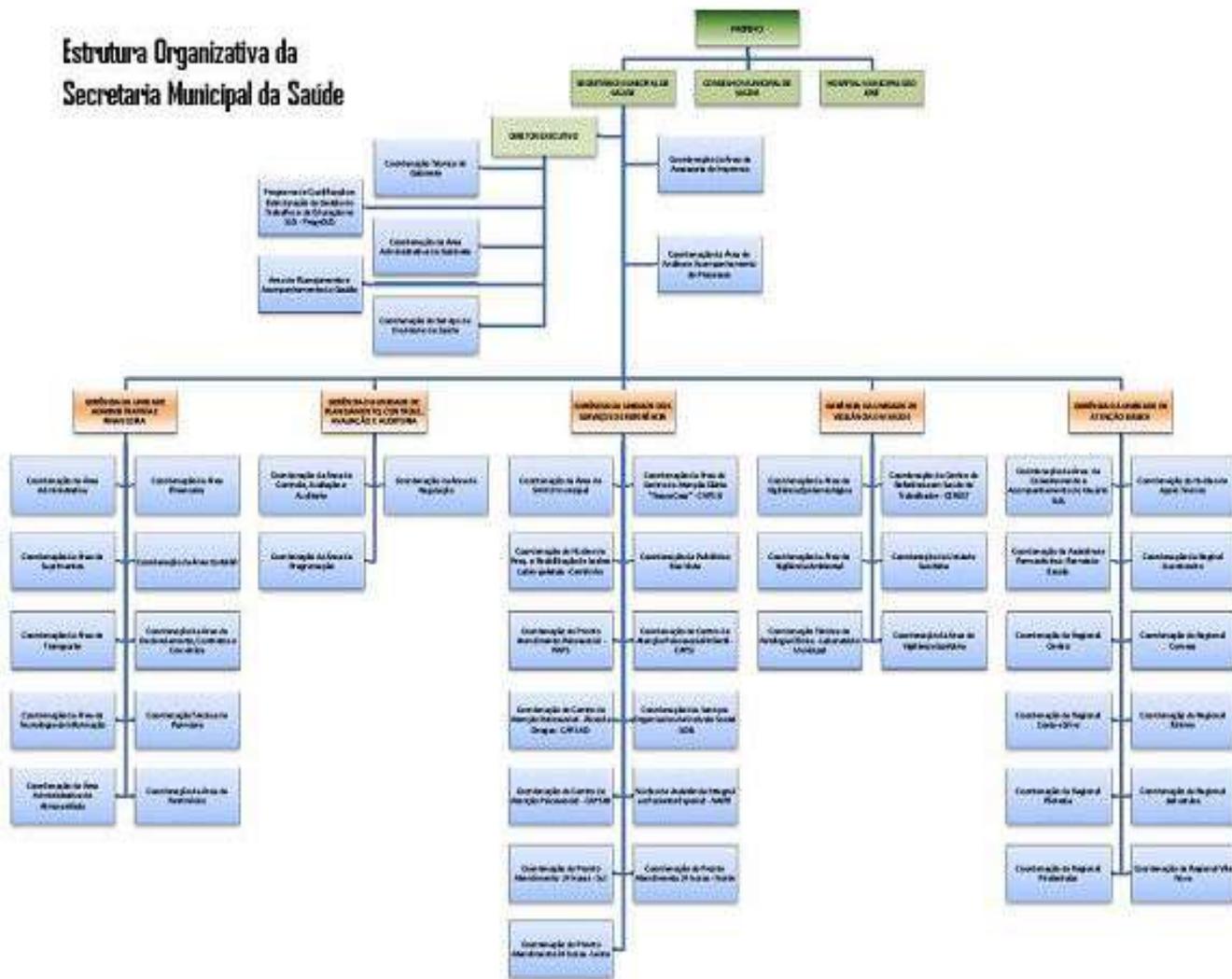
Alinore Riba Ziemer – Gerente da Unidade de Atenção Básica até agosto/2015;

André Luís Biancarelli – Gerente da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria até julho/2015; e Diretor Executivo até setembro/2015;

Jusmara do Rocio Maciel da Hora – Gerente da Unidade de Serviços de Referência até agosto/2015; e

Rosana Emília Greipel – Gerente da Unidade Administrativa e Financeira até outubro/2015.

Estrutura Organizativa da Secretaria Municipal da Saude



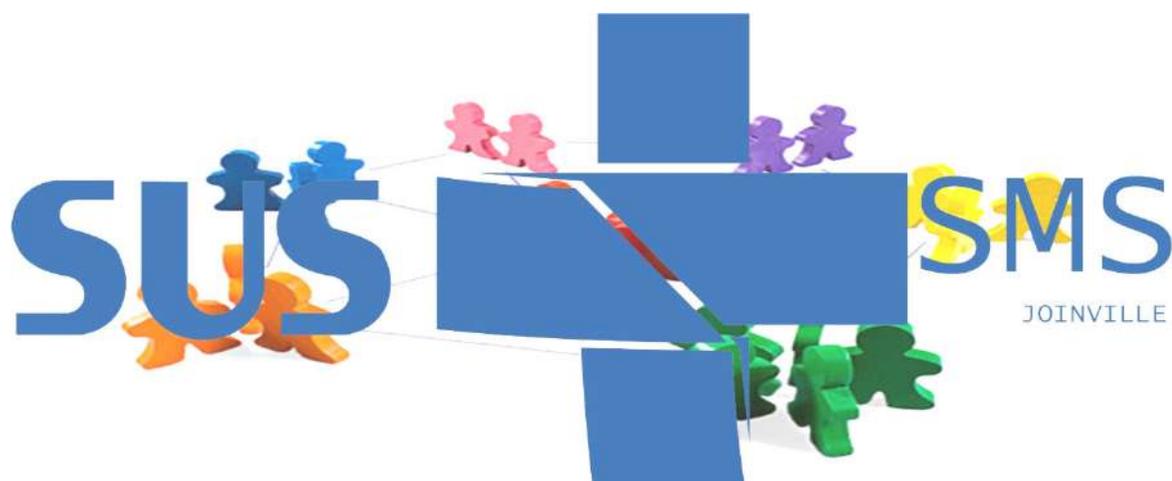
Fonte: Progesus / Dez 2014

Gerências e Coordenações em 2015

UNIDADES / SERVIÇOS	RESPONSABILIDADE
Secretária da Saúde	Francieli Cristini Schultz
Diretor Executivo	Jean Rodrigues da Silva
Diretora Técnica	Luana Garcia Ferrabone
Coordenador Administrativo do Gabinete	Marilea Verch
Coordenador Técnico e de Ação Institucional	Sahmara Liz Botemberger Mario José Bruckheimer (<i>interino</i>)
Coordenação de Acompanhamento do Cumprimento de Decisões e Compromissos Judiciais	Andrei Popovski Kolaceke
Coordenação de Análise e Acompanhamento de Processos	Luiz Fernando Borges
Coordenação do Conselho Municipal da Saúde	Sônia de Oliveira Greipel
Coordenação do PROGESUS	Sandra Helena Camilo Bado da Cruz
Gerência da Unidade de Atenção Básica	Douglas Calheiros Machado
Coordenação de Apoio Administrativo da Atenção Básica	Valmor João da Silva Júnior
Coordenação de Assistência Farmacêutica	Janaina Pravato Vicente Banin
Coordenador do Núcleo de Apoio Técnico	Vivian Ellen Tacito Gouvea
Coordenador do Cadastramento e Acompanhamento do Usuário	Márcia da Rosa
Coordenação Regional Aventureiro	Rúbia Nara Malinoski Guimarães
Coordenação Ambulatório Leonardo Schilickmann (Iririú)	Karine Antochaves Machado
Coordenação Ambulatório Parque Joinville	Karla Saibro Dutra
Coordenação Regional Centro	Flavia Wanda da Silva Marchi
Coordenação Ambulatório Pam Bucarein	Ana Beatriz Budal da Silva
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	Katia Sayuri Inoue
Coordenação Ambulatório Jarivatuba	Sandrine Teuber
Coordenação Regional Pirabeiraba	Shirlei Vicente dos Santos
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	Nicoli Janaina dos Anjos
Coordenação da Unidade Sanitária	Cristina Kortmann
Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	Vera Lúcia Freitas
Coordenação de Programação	Angela Schier

Coordenação de Controle e Avaliação	Renato Leo Ricci Júnior
Coordenação de Auditoria	Renato Leo Ricci Júnior
Coordenação de Regulação	Gislene Cristina Mantovani de Araújo
Gerência da Unidade de Serviços de Referência	Cintia Friedrich
Coordenação do SAMU Municipal	Camila Silva Schwantes
Coordenação do PA Leste	Ivosney João Leite Bueno
Coordenação do PA Sul	Mayra Daniela Miers Witt
Coordenação do PA Norte	Micheli Martini
Coordenação Pronto Atendimento Psico-Social PAPS	Nasser Haidar Barbosa
Coordenação CAPS I	Katia Pessin
Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD)	Josiane Kintzel
Coordenação CAPS III	Ana Lúcia Alves Urbanski
Coordenação do NAPE	Simone Marcela da Silva Oliveira
Coordenação Centrinho	Jusmara do Rocio Maciel da Hora
Coordenação Policlínica Boa Vista	André de Santiago
CAPS II CAD	Roselaine Elisa Radtke Marlise Bittencourt (<i>interina</i>)
Coordenação Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS)	Anelise Dallagnolo
Coordenação Especialidade Médica – PA's	Extinto
Coordenação Especialidade Odontológica – PA's	André Ramos da Costa Moreira
Serv. Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia - SIAVO	Márcia Regina de Souza Schvambachi
Gerência da Unidade Administrativa e Financeira	Fabrcício da Rosa
Coordenação Núcleo de Engenharia e Arquitetura	Tereza Cristina Silvério Couto
Coordenação de Transportes	Natal de Freitas
Coordenação de Patrimônio	Sônia Regina Corrêa Vailati
Coordenação da Área Contábil	Yvena S. Ribeiro da Silva
Coordenação da Área Administrativa	Vago
Coordenação do Almoxarifado	Maria Inês Maximino Cardozo
Coordenação da Área Financeira	Patrícia Duarte da Silva
Coordenação da Área de Suprimentos	Silvia Cristina Bello
Coordenação de Credenciamento, Contratos e Convênios	Vago
Coordenação Centro de Abastecimento Farmacêutico	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	Karla Alessandra Cidral

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS: Dezembro de 2015



Rodrigo Machado Prado
Gerente da Unidade de Gestão Estratégica

Karla Alessandra Cidral
Coordenadora da Área de Planejamento e Projetos

Equipe de Elaboração
Anna Paula Pinheiro
Denise Vizzotto
Guilherme Carvalho dos Reis Lima
Selma Cristina Franco
Terezinha Hillesheim

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AJDEVI – Associação Joinvilense para Integração dos Deficientes Visuais
AMUNESC – Associação de Municípios do Nordeste de Santa Catarina
AMVALI – Associação dos Municípios do Vale do Itajaí
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ARCD – Associação de Reabilitação da Criança Deficiente
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BPAI – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CAA – Controle, Avaliação e Auditoria
CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAD – Centro de Atenção Diária
CAE – Comissão de Assuntos Externos
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
CAI – Comissão de Assuntos Internos
CAIC – Centro de Atenção Integral a Criança e Adolescente
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCZ – Centro de Controle de Zoonoses
CDR – Conselho de Desenvolvimento Regional
CEDUG – Complexo de Emergência Deputado Ulysses Guimarães
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEPAT – Centro de Pesquisa e Apoio aos Trabalhadores
CER – Centro Especializado em Reabilitação
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CHU – Centro Hospitalar Unimed
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Cadastro Nacional de Saúde
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública
COMDE – Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
e-SUS – Estratégia de Registro Eletrônico Pública
EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF – Estratégia Saúde da Família
GT – Grupo de Trabalho
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
IML – Instituto Médico Legal
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei de Orçamento Anual
MDV – Maternidade Darci Vargas
NAIPE – Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial
NARAS – Núcleo de Apoio as Redes de Atenção à Saúde
NGP – Núcleo de Gestão de Pessoas
NPVA – Núcleo de Prevenção de Violência e Acidentes
OPM – Órteses, Próteses e Materiais
PA – Pronto Atendimento
PAAS – Posto de Atendimento Ambulatorial de Saúde

PAM – Posto de Atendimento Médico
PAPS – Pronto Acolhimento Psicossocial
PAPS – Pronto Atendimento Psicossocial
PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PFO – Programação Físico–Orçamentária
PGASS – Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
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
PRO-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROFIS – Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio Palatal
ProgeSUS – Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS
PSE – Programa Saúde na Escola
RAD – Rede de Atenção à Deficiência
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RT – Rede Temática
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional
SECOM – Secretaria de Comunicação
SEI – Sistema Eletrônico de Informações
SEPLAN – Secretaria de Planejamento
SGP – Secretaria de Gestão de Pessoas
SIA – Sistema de Informação Ambulatoriais
SIACS – Sistemas de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIAVO – Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia
SIG – Sistema de Informação Gerencial
SIGEOR – Sistema de Gestão Orientada por Resultados
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIHD – Sistema de Informação Hospitalares
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAM – Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIOPS – Sistema de Orçamento Público em Saúde
SIPAC – Sistema de Informação de Procedimento de Alto Custo
SISCAN – Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISREG – Sistema Nacional de Regulação
SOIS – Serviço Organizado de Inclusão Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TDO – Tratamento Diretamente Observado
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
TI – Tecnologia da Informação
UAA – Unidade de Acolhimento Adulto
UAB – Unidade de Atenção Básica
UADQ – Unidade de Atendimento em Dependência Química
UAF – Unidade Administrativo–Financeira
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UNIVILLE – Universidade da Região de Joinville
UPCAA – Unidade de Planejamento, Controle e Avaliação e Auditoria
USR – Unidade de Serviços de Referência
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UVS – Unidade de Vigilância em Saúde
VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

Apresentação	13
1. Introdução	15
2. População	16
3. Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde	16
3.1 Profissionais de Saúde	17
4. O Sistema Único de Saúde em Joinville	19
4.1 Atenção Básica	19
4.2 Atenção Especializada	20
4.3 Serviços de Emergência, Pronto Atendimento e Hospitalares	21
4.4 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	21
5. Programação Anual	22
5.1 Notas Técnicas	22
EIXO GESTÃO EM SAÚDE	
DIRETRIZ 01: Informatização da rede assistencial e serviços de apoio e logística	24
Estratégia 1.1 Integrar e desenvolver os sistemas de informação	24
Estratégia 1.2 Prover estrutura física de informática (hardware e conectividade)	26
DIRETRIZ 02: Aprimoramento da política de gestão de pessoas	28
Estratégia 2.1 Definir e manter atualizado o quadro ideal de profissionais por Unidade de Saúde e Serviço para atender suas finalidades.	28
Estratégia 2.2 Estruturar a educação permanente	30
Estratégia 2.3 Consolidar a política de inserção dos estagiários na rede assistencial	33
DIRETRIZ 03: Aperfeiçoamento do monitoramento de resultados, ações e recursos pelos profissionais e conselheiros	35
Estratégia 3.1 Implementar o controle contínuo das transferências e aplicações de recursos por programa	35
Estratégia 3.2 Reduzir o comprometimento financeiro com os processos judiciais	37
Estratégia 3.3 Aperfeiçoar o monitoramento das ações com comprometimento dos resultados	38
DIRETRIZ 04: Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e as instituições de saúde, com ênfase na co-responsabilidade	39
Estratégia 4.1 Fortalecer o controle social	39
Estratégia 4.2 Aperfeiçoar a comunicação interna e externa	41
EIXO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS	
DIRETRIZ 05: Efetivação da Atenção Básica, ampliando a cobertura e provendo meios para sua resolutividade	42
Estratégia 5.1 Focar ações de atenção primária a saúde aos membros das famílias de risco	42
Estratégia 5.2 Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família	47
DIRETRIZ 06: Instituição do Cuidado em Redes de Atenção integrando as ações de Saúde com outras Políticas Públicas	50
Estratégia 6.1 Fortalecer comissões temáticas de áreas estratégicas	50
Estratégia 6.2 Pactuar o papel de cada Ponto de Atenção e profissionais nas Linhas de Cuidado	52
Estratégia 6.3 Construir a cultura do planejamento intersetorial visando 'Políticas Públicas Saudáveis'	54
Estratégia 6.4 Integrar a rede hospitalar	56
Estratégia 6.5 Rever as pactuações com os demais municípios	57
DIRETRIZ 07: Adequação da oferta de serviços às necessidades locais	63
Estratégia 7.1 Dimensionar as Unidades e serviços de Saúde considerando a Organização da Rede, as determinações legais e o perfil epidemiológico	63
Estratégia 7.2 Manter os serviços em funcionamento, com aquisição de equipamentos, manutenção preventiva predial e de equipamentos	65
Rede de Urgência e Emergência	69

Rede Psicossocial	74
Doenças e Condições Crônicas	75
Rede Cegonha	78
Vigilância Epidemiológica e controle de agravos	86
Controle da Dengue	96
Vigilância Sanitária	98
Saúde do Trabalhador	100
6. Serviço de Ouvidoria	102
7. Obras	103
7.1 Obras concluídas	103
7.2 Obras em andamento	103
8. Orçamento	104
8.1 Gastos em Saúde	104
9. Considerações Finais	108
Apêndices	
Apêndice 1 - População Residente por Unidade de Saúde e Modelo de Estratégia, Famílias e Domicílios	110
Apêndice 2 - Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil 2015	112
Apêndice 3 - Demonstrativo de Gastos de Programas com Verbas Específicas	126
Apêndice 4 - Conselho Municipal de Saúde de Joinville – Atividades 2015	127
Apêndice 5 - Relato sobre as Redes de Atenção à Saúde	130
Apêndice 6 - Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes/UVS	137
Apêndice 7 - Auditorias Realizadas ou em Fase de Execução em 2015	139

APRESENTAÇÃO

Com grande satisfação apresentamos o Relatório de Gestão de 2015! Foi um ano de muita dedicação e trabalho, com grandes avanços para a saúde pública municipal.

Trata-se da execução do segundo ano do 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 2015.

Dos indicadores monitorados pela Secretaria Municipal de Saúde, todos tendo por base as diretrizes do Plano Municipal supra mencionado, destacamos que 71,8% deles superaram a meta estimada. 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 2015 foi também o momento de fortalecer o planejamento em saúde. A exemplo, foi realizado o estudo de reestruturação da Atenção Básica em Distritos de Saúde, medida esta que visa o fortalecimento da Atenção Primária, porta de entrada no sistema de saúde. Três (3) novas unidades básicas de saúde da família foram construídas e mais três (3) unidades foram ampliadas, revitalizadas e adequadas e quanto às normas sanitárias e de acessibilidade. Outras quatro (4) unidades básicas de saúde da família estão em construção.

Nos serviços de referência, o Pronto Atendimento 24 horas Norte foi adequado e revitalizado. Foi dada continuidade a obra na Central de Esterilização do Hospital Municipal São José e da Climatização do Complexo Emergencial Ulysses Guimarães.

Somado a isso, medidas como a Implantação do Sistema Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica; a Implantação do e-SUS (prontuário eletrônico) nas Unidades Básicas de Saúde da Família; o Monitoramento do registro da produção; o Início da implantação da Regulação Online e a Padronização da gestão

das filas de espera, visam a transparência, otimização e qualificação dos serviços de saúde no município.

Enfim, analisando todas as ações realizadas em 2015, temos a certeza de que estamos no caminho certo e de que ainda, importantes resultados serão obtidos frente a todas as ações realizadas em 2015!

Francieli Cristini Schultz

Secretária Municipal de Saúde – Joinville/SC

1. Introdução

O Relatório Anual de Gestão – RAG é um instrumento de planejamento que apresenta os resultados alcançados pelo município, apurados com base no conjunto de metas, ações e indicadores estabelecidos no Plano Municipal de Saúde 2014-17, Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e Plano Plurianual 2014-17.

O presente Relatório Anual de Gestão evidencia os resultados obtidos pela Secretaria Municipal da Saúde no exercício de 2015, segundo ano do vigente Plano Municipal de Saúde.

O acompanhamento dos 79 indicadores pactuados nos documentos supracitados se dá periodicamente pela Gestão e equipes técnicas da Secretaria Municipal da Saúde, sendo que os resultados alcançados são analisados e, quando necessário, eventuais redirecionamentos das ações são feitos a fim de atingir as metas pré-estabelecidas.

O RAG 2015 está organizado da seguinte maneira: 7 diretrizes, 19 estratégias e 79 indicadores, que estão agrupados segundo 2 eixos, gestão e processos assistenciais, contendo as metas e as respectivas análises das equipes técnicas.

Foram muitos os desafios enfrentados em 2015. Mesmo com o atual cenário político-econômico do país, que atinge diretamente a gestão dos municípios, os problemas crônicos na saúde pública brasileira e as mudanças ocorridas na gestão, agradecemos o comprometimento e esforços da equipe gerencial e técnica da Secretaria Municipal da Saúde, a fim de superar as adversidades e apresentar bons resultados referente ao exercício de 2015 e por estar sempre visando o aperfeiçoamento do trabalho.

Equipe de Planejamento

2. População

Segundo o Setor de Cadastramento da Secretaria da Saúde, a população do município em 2014 era de 554.601 mil, sendo 50,34% do sexo feminino e 49,66% do sexo masculino. A distribuição segundo idade e gênero é mostrada na tabela a seguir:

Tabela – População de Joinville, segundo gênero e idade, 2014

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total	%
Menor 1 ano	4.137	3.875	8.012	1,44
1 a 4 anos	15.278	14.294	29.572	5,33
5 a 9 anos	19.403	18.661	38.064	6,86
10 a 14 anos	23.124	22.323	45.448	8,19
15 a 19 anos	24.506	23.598	48.103	8,67
20 a 29 anos	53.072	50.769	103.841	18,72
30 a 39 anos	46.411	46.739	93.150	16,80
40 a 49 anos	40.268	41.818	82.086	14,80
50 a 59 anos	28.094	29.495	57.587	10,38
60 a 69 anos	13.332	15.415	28.747	5,18
70 a 79 anos	5.837	8.294	14.131	2,55
80 anos e mais	1.937	3.922	5.859	1,06
Total	275.399	279.203	554.601	100

Fonte: Cadastramento/Gerência de Atenção Básica. SMS.

3. Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde

O primeiro escalão da gestão municipal da saúde é composto por Secretária da Saúde, Diretor Executivo, Diretora Técnica e seis gerentes, que comandam as seguintes unidades gerenciais:

- **Gabinete** que compreende seis áreas de coordenação: Administrativa, Técnica e de Ação Institucional, Análise e Acompanhamento de Processos, Acompanhamento do Cumprimento de Decisões e Compromissos Judiciais, PROGESUS e Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde.
- **Gerência de Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria (GUPCAA)** com quatro áreas: Controle e Avaliação, Programação, Auditoria e Regulação.
- **Gerência de Unidade de Serviços de Referência (GUSR)** com dezessete 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) e

Unidade de Acolhimento (UA), Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS) e Residência Terapêutica (RT), 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), Centros de Especialidades Odontológicas (CEOII e CEOIII), Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), Pronto Atendimentos (PAs) 24hs Sul, Norte e Leste e Policlínica Boa Vista.

- **Gerência de Unidade de Atenção Básica (GUAB)** – Tem sob sua responsabilidade 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 dez áreas de coordenação: Suprimentos, Contabilidade, Financeiro, Patrimônio, Transportes, Administrativo, Núcleo de Engenharia e Arquitetura, Almoxarifado, Credenciamento, Contratos e Convênios e Farmácia.
- **Gerência de Unidade de Vigilância em Saúde (GUVS)** compreende seis 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 (Laboratório Municipal).
- **Gerência de Gestão Estratégica (GGE)** com duas áreas de coordenação: Tecnologia da Informação e Planejamento e Projetos.

3.1. Profissionais de Saúde

Atualmente há 3.174 profissionais de saúde alocados na Secretaria Municipal da Saúde, sendo o maior contingente na Rede Básica (55,32%). 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, 2015

Unidades	Número de profissionais	%
Gabinete da Secretaria da Saúde	49	1,54
Unidade de Atenção Básica	1756	55,32
Unidade de Vigilância em Saúde	320	10,08
Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	80	2,52
Unidade de Serviços de Referência	834	26,28
Unidade Administrativa e Financeira	122	3,84
Gerência de Gestão	13	0,41
TOTAL	3.174	100,00

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – 31 Dezembro 2015

Tabela - Distribuição das categorias profissionais da SMS Joinville, 2015 (n=3.174)

Profissionais	Total	Profissionais	Total
Administrador	02	Farmacêutico	38
Agente Administrativo I Contínuo	01	Farmacêutico Bioquímico	20
Agente Administrativo	537	Fiscal de Obras e Posturas	02
Agente de Combate às Endemias	56	Fiscal Sanitarista	30
Agente de Consultório Dentário	86	Fisioterapeuta	18
Agente Comunitário de Saúde	526	Fonoaudiólogo	19
Agente de Laboratório	22	Gerente de Unidade **	06
Agente de Saúde II Auxiliar	188	Médico	442
Enfermagem			
Agente Operacional I – Servente	13	Médico Veterinário	06
Almoxarife	04	Nutricionista	12
Agente de Serviços Gerais	12	Odontólogo	174
Analista Administrativo	02	Pedagogo	06
Arquiteto	01	Programador	01
Assistente Administrativo	47	Psicólogo	59
Assistente Social	25	Secretária da Saúde *	01
Condutor de Veículo Automotor	65	Técnico Nível Médio	01
		Manutenção Equipamentos ME	
Contador	02	Telefonista	06
Coordenador I	10	Terapeuta Ocupacional	48
Coordenador II	02	Técnico Análises Clínicas	16
Diretor Executivo	01	Técnico em Contabilidade	03
Economista	01	Técnico de Enfermagem	366
Enfermeiro	231	Técnico em Higiene Dental	14
Engenheiro Civil	03	Técnico Prótese Dentária	03
Engenheiro Sanitarista	03	Técnico em Radiologia	30
Estagiário de Nível Superior	12	Técnico Segurança Trabalho	02
		Técnica em Atividades Esportivas	01

FONTE: Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS – dados fornecidos em 31 Dezembro 2015

* A Secretária da Saúde é procuradora e está lotada na Procuradoria do Município.

** O Gerente da GUAF é contador e está lotado na Secretaria da Fazenda.

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 de saúde organizados em uma Rede hierarquizada quanto à sua complexidade, que prestam assistência à população ali residente (**Apêndice 1**).

4.1. Atenção Básica

A Rede de Unidades Básicas de Saúde de Joinville 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
ESF	257.467	45,80 %
EACS	178.973	31,84 %
REDE	125.711	22,36 %
Total	554.601	100,00%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Joinville/ Gerencia da Unidade de Atenção Básica/ Área do Cadastramento, Joinville – 2015

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 dezessete serviços ambulatoriais e pré-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 três 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, 2015
(incluindo leitos complementares)**

Estabelecimento	Leitos SUS	Leitos não SUS	Total
HRHDS	279	0	279
HMSJ	260	0	260
MDV	122	0	122
HJAF	160	0	160
Hospital Bethesda	61	35	96
CH Unimed	1	154	155
Hospital Dia de Olhos Sadalla	0	4	4
Hospital Dona Helena	0	211	211
Total	883	465	1.348

FONTE: CNES/ DATASUS/ MS e base local, dados referentes a dezembro 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 análises 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 nove 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 população utilizada para o cálculo dos indicadores foi a de 2014, ou seja, 554.601 mil habitantes, uma vez que o ajuste da população estimada pelo IBGE para 2015 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. Em relação ao processamento de dados, em 2015, nos meses de janeiro e fevereiro foi utilizada a base de dados local, devido à correção de inconsistências observadas no Sistema de Informação Ambulatoriais (SIA). Nos meses restantes os números utilizados foram os dados homologados pelo Ministério da Saúde. Para todo o período, utilizou-se a produção por mês de apresentação.

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. 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 2015.

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

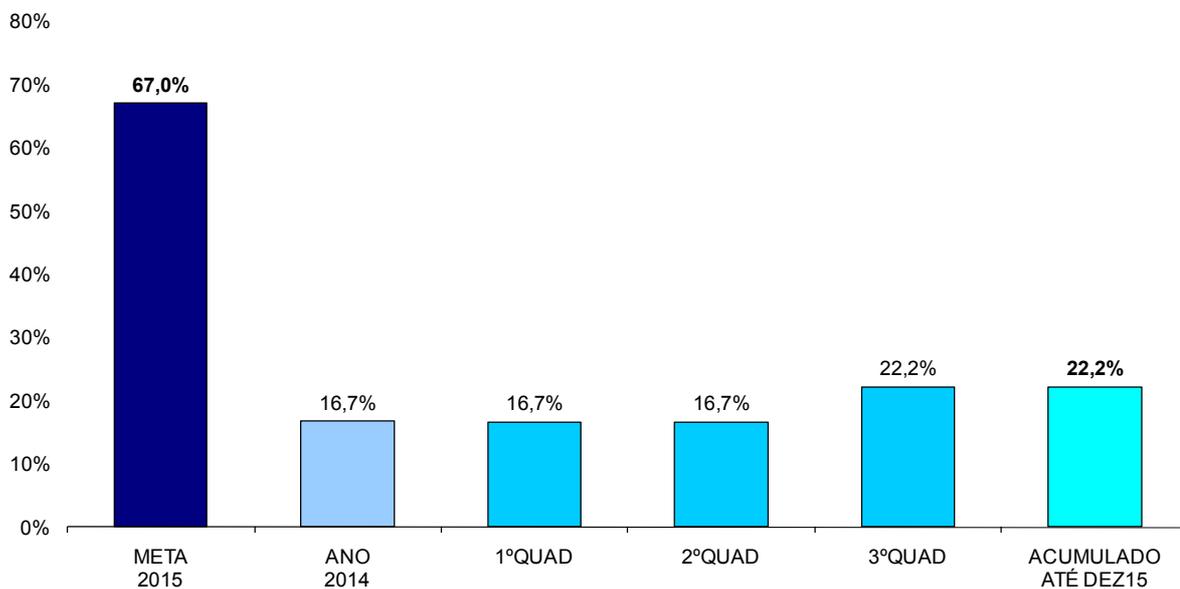
DIRETRIZ 01: Informatização da rede assistencial e serviços de apoio e logística

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 2015
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)	$(4 \times 100) / 18$	22,2%	67,0%
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)	$(55 \times 100) / 55$	100,0%	100,0%

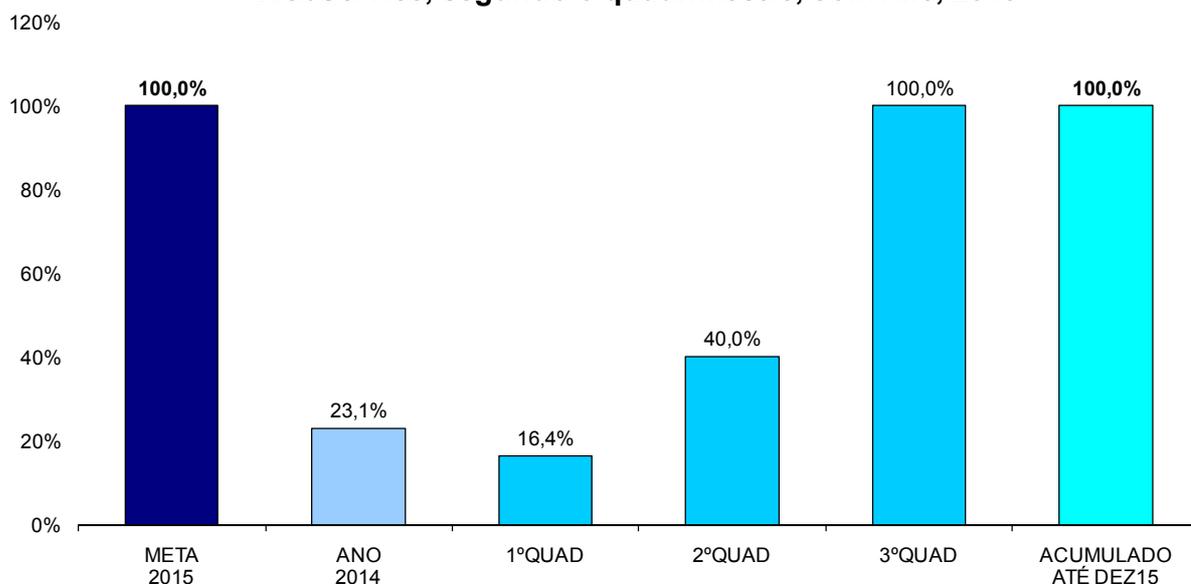
Proporção de Bases de Dados integradas, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Alguns sistemas do Ministério da Saúde não possuem interface de integração, dificultando este processo, no entanto, o setor de Tecnologia da Informação (TI) da SMS vem trabalhando fortemente na integração de alguns sistemas, como por exemplo, a regulação, que deixará de utilizar o SISREG. Com outros sistemas, a partir da implantação do eSUS, será possível a integração como o SIAB e SisCan.

Percentual de UBSs com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço Webservice, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: (1) TI, Relatório de implantação do Hórus; (2) UAF, Relação de Farmácias nas UBSs;

A implantação da Central Integrada de Medicamentos iniciada em julho de 2014 teve continuidade em 2015, culminando com implantação do sistema Hórus em todas as farmácias das unidades básicas de saúde. Com isso o município passa a ter gestão de todos os estoques das unidades. Em 2016, será

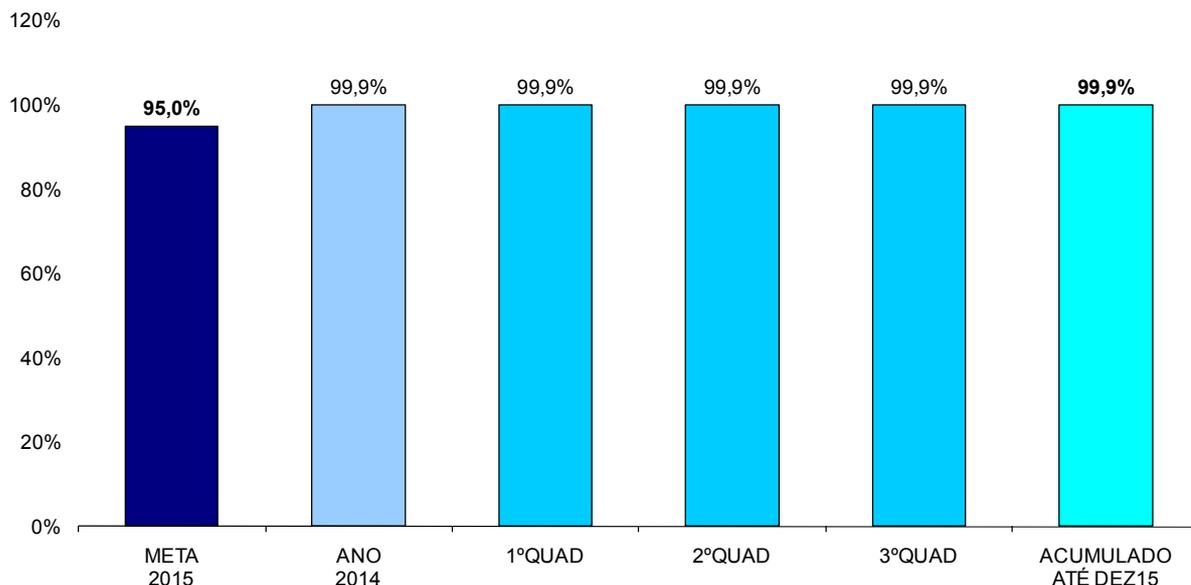
priorizado o trabalho com as equipes no sentido de ajustes finos em relação a utilização do sistema, bem como sensibilização para a correta alimentação no sistema.

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.,	Todas as Unidades Básicas de Saúde da Família estão com o eSUS implantado, com isso temos um sistema unificado de prontuário eletrônico, com cadastro, controle de produção, integração de alguns sistemas do Ministério da Saúde (MS). Nas demais unidades da Atenção Básica o eSUS será implantado até junho/2016, enquanto isso, apenas o PAM Boa Vista continua utilizando a Intranet, onde foi disponibilizado uma ficha clínica para ser utilizada como prontuário. Esta ficha clínica está sendo customizada para as unidades de Pronto Atendimento com implantação prevista para 2016
2. Implementar a obrigação da identificação pelo Cadastro Nacional de Saúde (CNS) do usuário em todos os procedimentos em serviços públicos e suplementares	Esta ação está implementada desde maio de 2014
3. Desenvolver protocolo de Informação integrado entre os diferentes sistemas inclusive o CIS-NORDESTE	O Ministério da Saúde (MS) realizou a integração do SisColo e SisMama na última versão do eSUS e disponibilizou ao município de Joinville. A integração de Cadastro como o CIS-NORDESTE está consolidada desde fevereiro de 2014
4. Criar o Setor de Gestão das Bases de Dados da Saúde	O setor de planejamento foi reestruturado em fevereiro de 2015 sendo atualmente o setor responsável pela gestão dos dados da Secretaria Municipal de Saúde.
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 setor de TI realizou uma prova de conceito (teste de opção de mercado) com um sistema para coletar informações, em tempo real, de várias bases de dados. A validação desta prova de conceito finalizou em dezembro/2015. Após a elaboração de termo de referência, será licitado um sistema que atenda esta necessidade

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(992 \times 100) / 993$	99,9%	95,0%

Proporção de Pontos de Trabalho fixos dos serviços próprios com acesso a intranet, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTES: UAFTI, Relatório de Implantação da Informática;

Em 2015 foram adquiridos 300 novos computadores para informatizar novos postos de trabalho e adequar os locais identificados com problemas. Até dezembro de 2015, foram disponibilizados computadores para praticamente todos os consultórios da atenção básica, ficando apenas 5 para 2016. Ainda, houve aquisição de 40 novos switches para adequar a estrutura da rede interna das unidades de saúde. Nos anos de 2014 e 2015, os links adsl das unidades foram substituídos por links dedicados, que são mais confiáveis e possuem tempo de reparo mais rápido.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Reestruturar o Centro de Processamento de Dados (servidor, comunicação/ link)	Em 2014 os servidores foram transferidos para o Data Center da PMJ e com isso, 24 links de comunicação foram substituídos por links dedicados e 05 com fibra ótica. As demais unidades aguardam a ativação da fibra ótica para 2016, no entanto já possuem acesso a internet.
2. Dimensionar e implementar a infraestrutura de informática (computadores e impressoras nos pontos de trabalho, switch, comunicação/links)	O setor de Tecnologia de Informação fez o levantamento da infraestrutura de informática das unidades de saúde e um cronograma de implantação. Em 2014 e 2015 as unidades tiveram seus links adsl substituídos por links dedicados, os quais são mais confiáveis e possuem tempo de reparo mais rápido. Foram adquiridos 300 novos computadores em 2015 e a aquisição de 40 novos switches, para adequar a estrutura da rede interna das unidades de saúde.
3. Adquirir equipamentos portáteis para profissionais em atividades de campo [ACS, CEREST, VISA, SIV, CCZ,...].	Em 2015 foram adquiridos 20 tablets para as equipes da Atenção Domiciliar (Melhor em Casa). Para fevereiro de 2016 está prevista a aquisição de 700 tablets destinados aos agentes comunitários de saúde (ACS), fiscais de vigilância sanitária e agentes de controle de zoonoses.
6. Criar a Central Integrada e Informatizada de Medicamentos	A implantação da Central Integrada de Medicamentos iniciou em julho de 2014 e teve continuidade em 2015, onde todas as farmácias das unidades de saúde tiveram o Hórus implantado. Com isso o município passa a ter gestão de todos os estoques das unidades.

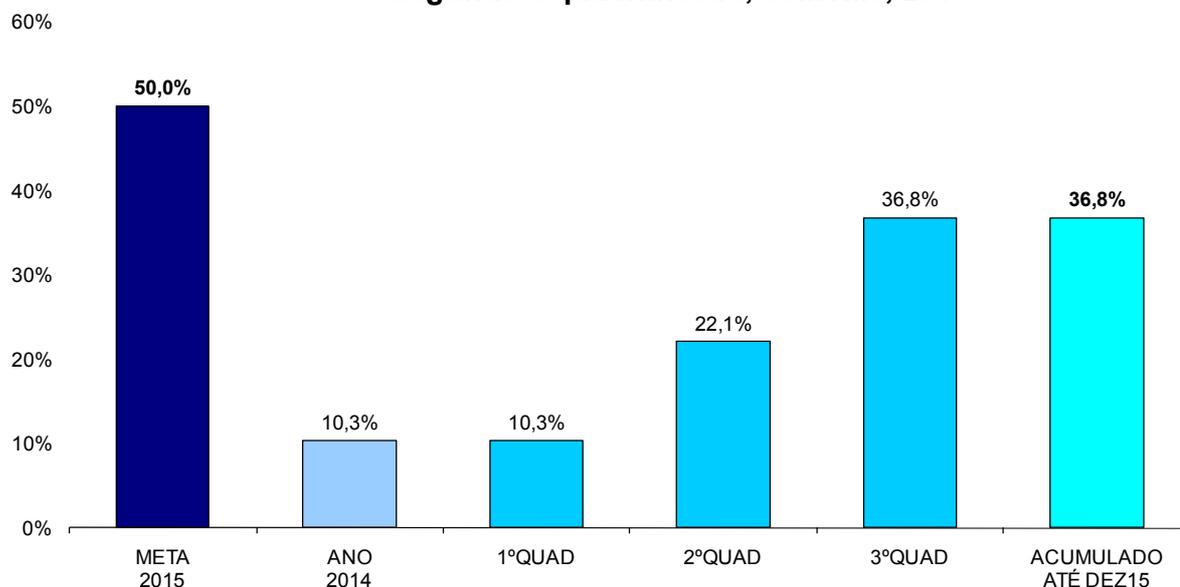
DIRETRIZ 02: Aprimoramento da política de gestão de pessoas

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 2015
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 (organograma) (Organograma da SMS publicado na intranet)	(25 X 100) / 68	36,8%	50,0%

Proporção de gerências, áreas de coordenações e serviços com descrição de atribuições setoriais, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Todas as atribuições setoriais foram descritas, porém, durante o processo de validação com o Colegiado da SMS ocorreu a discussão e elaboração da reforma administrativa da Secretaria, adiando o processo de validação das descrições. Conseqüentemente, a meta atingida no ano foi de 36,8%, estabelecendo-se o prazo até o primeiro semestre de 2016 para o término da validação das descrições das 68 Áreas, bem como das novas Áreas que porventura forem criadas na reforma administrativa.

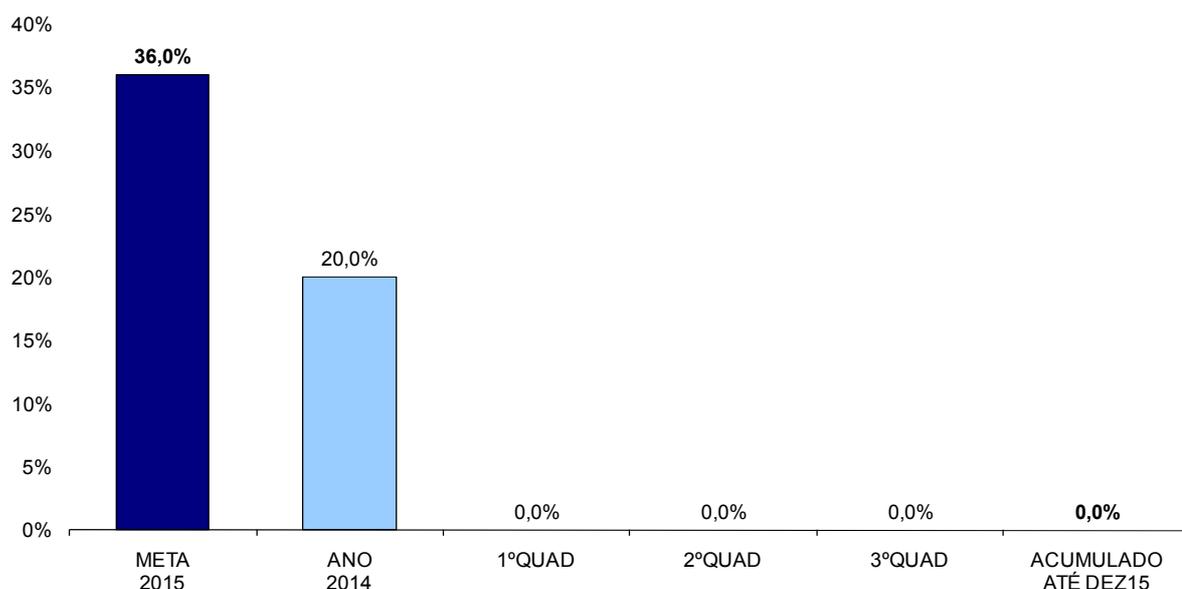
AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Manter atualizado o quadro ideal de profissionais de acordo com o seu papel na Rede Assistencial	O ProgeSUS e o Núcleo de Gestão de Pessoas (NGP) realizam o levantamento do quadro atual em conjunto com as gerências e coordenações dos serviços. O quadro ideal de profissionais da SMS é apresentado ao NGP/SGP, para estudo e viabilidade segundo as necessidades demonstradas, levando em consideração a implantação e ampliação de novos serviços.
2. Alocar profissionais conforme a ampliação da Rede	A partir do levantamento do quadro ideal elaborado pelas Gerências e Coordenações, o mesmo é encaminhado ao NGP/SGP.
3. Elaborar uma proposta de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) do SUS-	Foi elaborado o plano de cargos, fazendo discriminação das atribuições de cada categoria profissional, bem como de cada

Joinville e encaminhar ao Prefeito com vistas a Câmara de Vereadores	cargo de liderança. Quanto ao plano de carreiras e salários não houve avanços.
4. Elaborar uma proposta de aperfeiçoamento do processo de avaliação de desempenho periódica e do estágio probatório	Foi realizada capacitação de Avaliação de Desempenho no Hospital Municipal São José e na Secretaria da Fazenda. O treinamento está pronto para ser aplicado nas demais Secretarias e Fundações, mediante a elaboração de um calendário. A inserção das Avaliações no sistema <i>on line</i> estão sendo acompanhadas e os formulários serão adequados na medida do necessário.
5. Detalhar a descrição de cargo por funções nos serviços, como subsídio para a alocação de profissionais, para a avaliação periódica e do estágio probatório e para a descrição do cargo para concursos	CONCLUÍDA EM 2014
6. Instituir incentivo financeiro para equipes que alcançarem as metas planejadas em consonância com o PMS	Esta ação está condicionada pela conclusão da descrição de atribuições setoriais das gerências, áreas de coordenações e serviços. Esta ação permitirá a definição da Programação Físico Orçamentária (PFO) de cada unidade de saúde e a respectiva Contratualização de Metas. São ações que ainda se encontram em desenvolvimento, postergando a proposta de incentivo financeiro.

ESTRATÉGIA 2.2. Estruturar a educação permanente

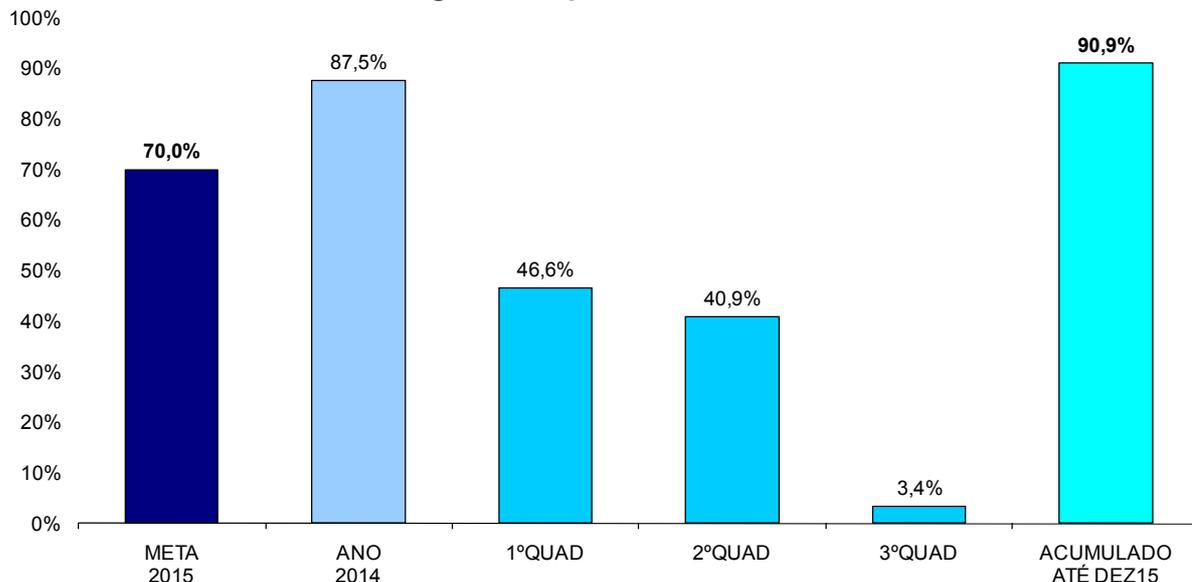
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas (COAP)	Número de ações [do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde] realizadas e/ou implementadas pelo município (Relatório do Plano Regional de Educação 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)	$(0 \times 100) / 5$	0,0%	36,0%
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)	$(80 \times 100) / 88$	90,9%	70,0%
Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados (COAP)	Número de pontos [do Telessaúde] implantados (Relatório do PROGESUS)	53	53	53

Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: PROGESUS, Relatório do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (encaminhado ao DEGES/SGTES/MS);

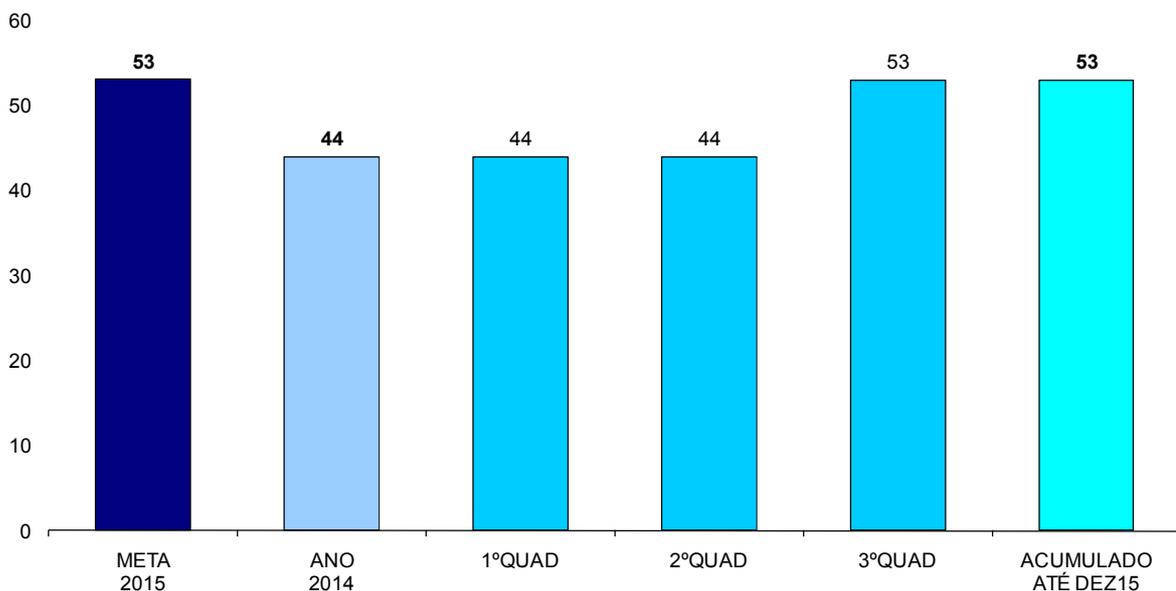
Proporção de unidades de saúde e setores que participaram do processo de educação permanente, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: PROGESUS, Relatório do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde;

As ações do Plano de Educação Permanente da Região não foram concretizadas em função da não realização do processo licitatório, a cargo da Secretaria de Estado da Saúde. Entretanto, em nível local foram realizadas 456 ações de educação permanente, atingindo o percentual de 90,9%, excedendo a meta prevista no plano municipal.

Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: UAFVIT, Relatório de Implantação da Informática;

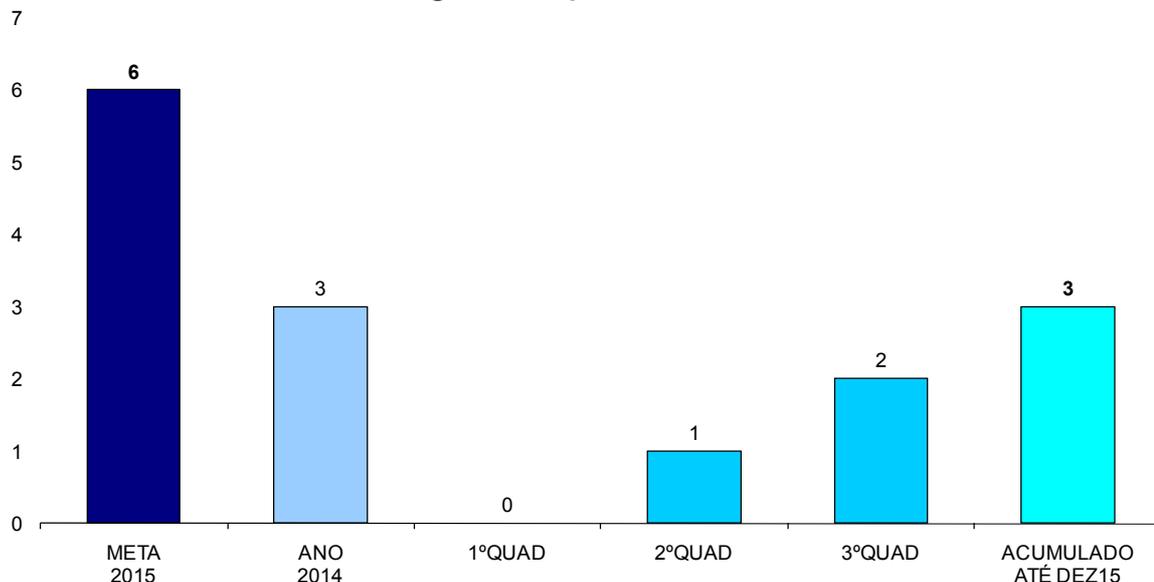
Atualmente, todas as Unidades Básicas de Saúde têm acesso ao Telessaúde, possibilitando implantar teleconsultoria nas especialidade de endocrinologia e de ortopedia, com o objetivo de aumentar a resolutividade das equipes da atenção básica. Vale ressaltar que a atenção básica conta com 55 unidades básicas de saúde, no entanto, 2 (duas) são de extensão, o Morro do Amaral, vinculada a UBSF Jardim Edilene, e o Jativoca vinculada a UBSF Nova Brasília. Estas unidades de extensão possuem acesso ao Telessaúde nas unidades sedes.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Instituir rubrica orçamentária para ações de Educação Permanente	Incluída na Lei Orçamentária Anual de 2015 duas rubricas orçamentárias para capacitação continuada dos servidores, provenientes de recursos estaduais e federal. Foi Indicada e confirmada permanência de tais dotações no exercício de 2016
2. Dar continuidade ao Projeto de re-organização do Processo de Trabalho	Ação contínua - atribuição setorial
3. Implantar Programa de Qualificação e Desenvolvimento de Lideranças	Ação contínua - atribuição setorial
4. Aperfeiçoar o Programa de Inserção do Novo Profissional na SMS.	CONCLUÍDA EM 2014
5. Implantar Plano de Educação Permanente da SMS.	Ação contínua - atribuição setorial

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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	6
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)	$(0 \times 100) / 1$	0,0%	0,0%
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)	$(0 \times 100) / 0$	-	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, 2015**



FONTE: PROGESUS, Relatório da Comissão Permanente de Integração ;

A Comissão de Integração Serviço-Ensino da Secretaria Municipal de Saúde, instituída pela Portaria SMS nº 97/2014, reuniu-se 03 (três) vezes durante o ano de 2015 (maio, outubro e novembro). Houve ainda 2 (duas) reuniões com grupos de trabalho instituídos pela Comissão, sendo estes espaços suficientes para as pautas propostas.

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade está instituído em Joinville desde a década de 1990. Apesar do interesse na sua total implementação, não é pertinente a ampliação proposta, visto a dificuldade histórica no preenchimento do conjunto de vagas hoje disponíveis. Em agosto foi lançado edital para processo seletivo de médicos residentes em medicina de família e comunidade com 06 (seis) vagas. Em novembro, o resultado apontou a classificação de 07 (sete) médicos, sendo que apenas uma (01) médica assumiu.

Em relação à ampliação de Programas de Residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental, atualmente não há uma proposta estabelecida para a criação desse Programa de Residência Médica em Joinville.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Instituir a co-gestão da inserção dos acadêmicos na rede assistencial [3]	Ação contínua - atribuição setorial

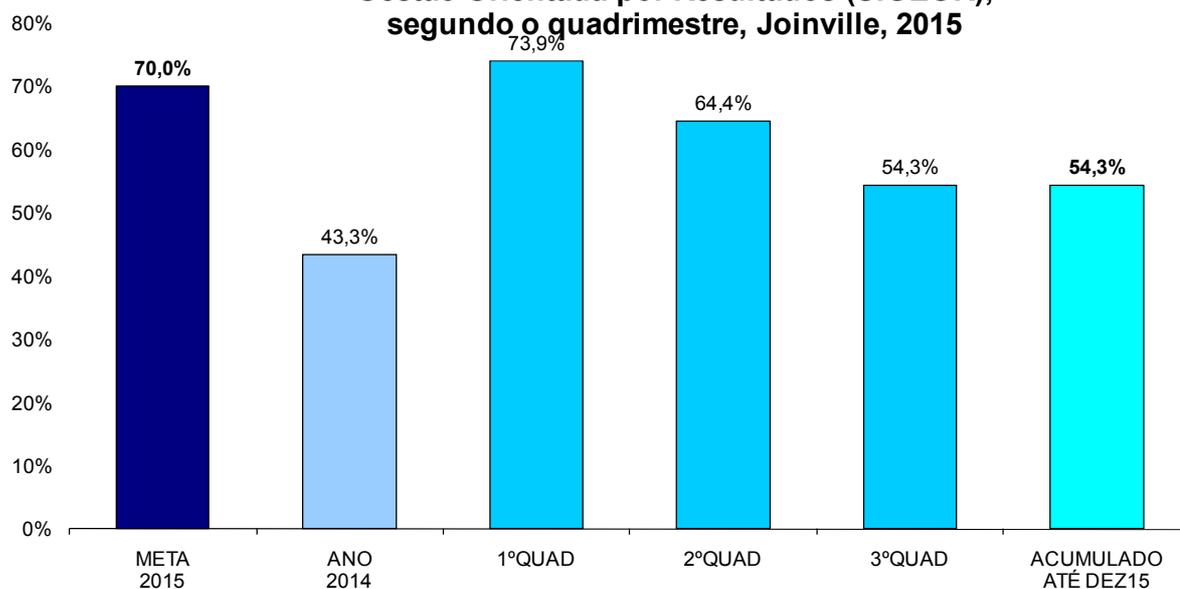
DIRETRIZ 03: Aperfeiçoamento do monitoramento de resultados, ações e recursos pelos profissionais e conselheiros

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 2015
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)	(25 X 100) / 46	54,3%	70,0%
[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)	1	1	1

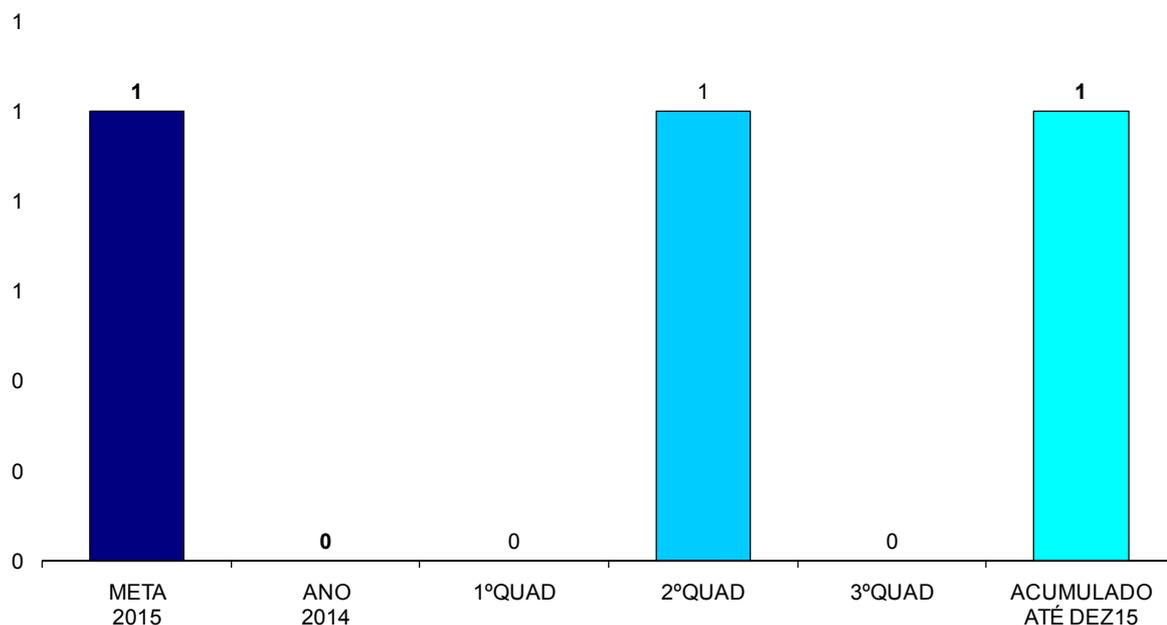
Proporção de Projetos (Programas e Atividades) com Recursos Federais específicos acompanhados no modelo de Sistema de Gestão Orientada por Resultados (SIGEOR), segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: (1) Direção Executiva, Sistema de Gestão Estratégica Orientada para Resultados (SIGEOR); (2) UPCA/Contabilidade, Relatório;

Atualmente estão cadastrados no SIGEOR 35 projetos. Desses projetos 33 estão localizados na pasta da Secretaria da Saúde e 2 na pasta do Gabinete Estratégico (acompanhamento também pela SEPLAN). Em relação ao status desses projetos temos: 7 obras concluídas em 2015, 7 obras em andamento; 1 obra paralisada, por falta de repasse de recursos; 1 obra encerrada por rescisão contratual; 2 obras em processo de devolução de recursos ao MS; 8 projetos de aquisição; 2 projetos internos concluídos em 2015; 2 obras e 5 projetos encerrados anteriormente à 2015 (porém os projetos permanecem cadastrados no sistema). Do total de projetos cadastrados 28 são referentes ao ano de 2015, dos quais 26 envolvem recursos federais. Salientamos que após a captação de recursos feita pela PMJ, os projetos são cadastrados no sistema pela SEPLAN e acompanhados pela Secretária Municipal da Saúde.

Número de alimentações no Banco de Preços em Saúde (BPS), segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: UAF\ Suprimentos, Banco de Preços em Saúde (BPS);

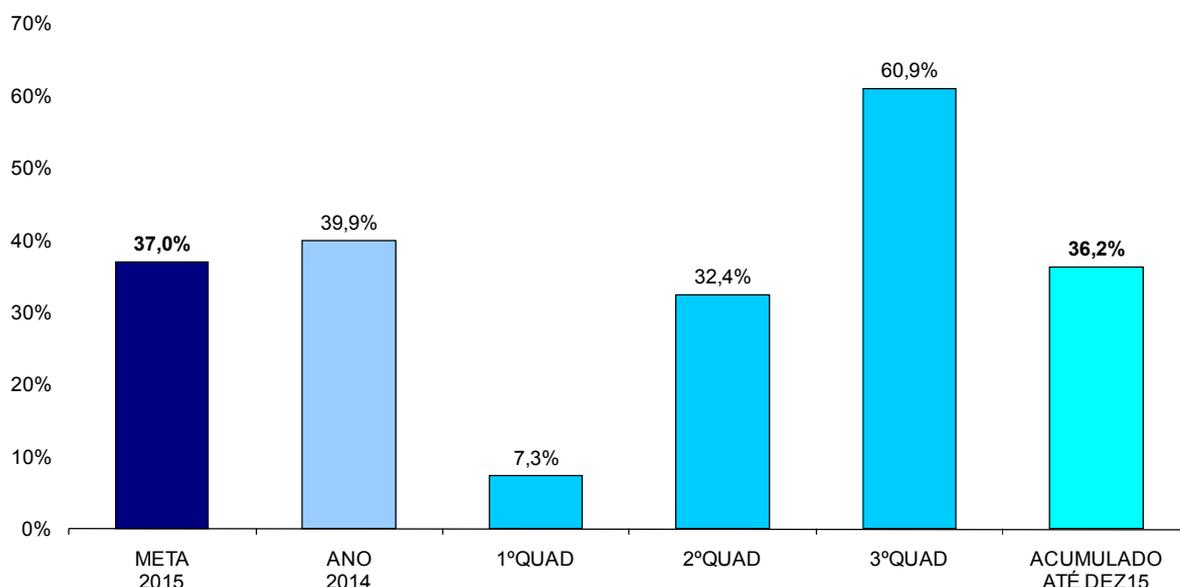
Foi realizada a atualização de valores no Banco de Preços da Saúde, conforme orientações do Ministério da Saúde. A inclusão no Banco de Preços é importante pois alimenta o banco de dados que disponibiliza para conhecimento de todos as médias de valores praticadas em relação a medicamentos em nível nacional e na região.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Incluir uma síntese dos Programas que recebem recursos específicos na Programação Anual de Saúde	O setor financeiro possui o controle dos programas que recebem recursos específicos. As Gerências e os respectivos Programas são informados para que possam acompanhar o desenvolvimento do Programa e a respectiva prestação de contas.
2. Disponibilizar através de um portal online a movimentação dos recursos recebidos e aplicados por fonte orçamentária	O portal da transparência da PMJ foi adequado, sendo este o oficial para consulta de tais informações do Fundo Municipal de Saúde e da Secretaria de Saúde por fonte de recurso.
3. Instituir o Controle compartilhado de recursos entre o UAF e as demais gerências	Visando melhoria no processo de trabalho foram realizadas adequações no setor e atualmente algumas gerências já possuem o controle de recursos de Programas sob sua responsabilidade, como por exemplo o PMAQ, a Dengue, Propostas específicas e outros. No entanto, para outros recursos, será necessário fortalecer o diálogo com as gerências afins para esse controle compartilhado. A ação de controle por parte das Gerências e Programas ocorre sistematicamente, pelo envio de extratos referentes à fonte de recursos e dotações possíveis de serem utilizadas.
4. Centralizar o acompanhamento da aprovação dos projetos pelas instâncias de fomento	Esta centralização já é realizada pela Secretaria de Administração e Planejamento.

ESTRATÉGIA 3.2 Reduzir o comprometimento financeiro com os processos judiciais

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(5284712,2 \times 100) / 14585358,4$	36,2%	37,0%

Proporção dos gastos com medicamentos devido a demandas judiciais, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTES: UAF\Contabilidade, Relatório;

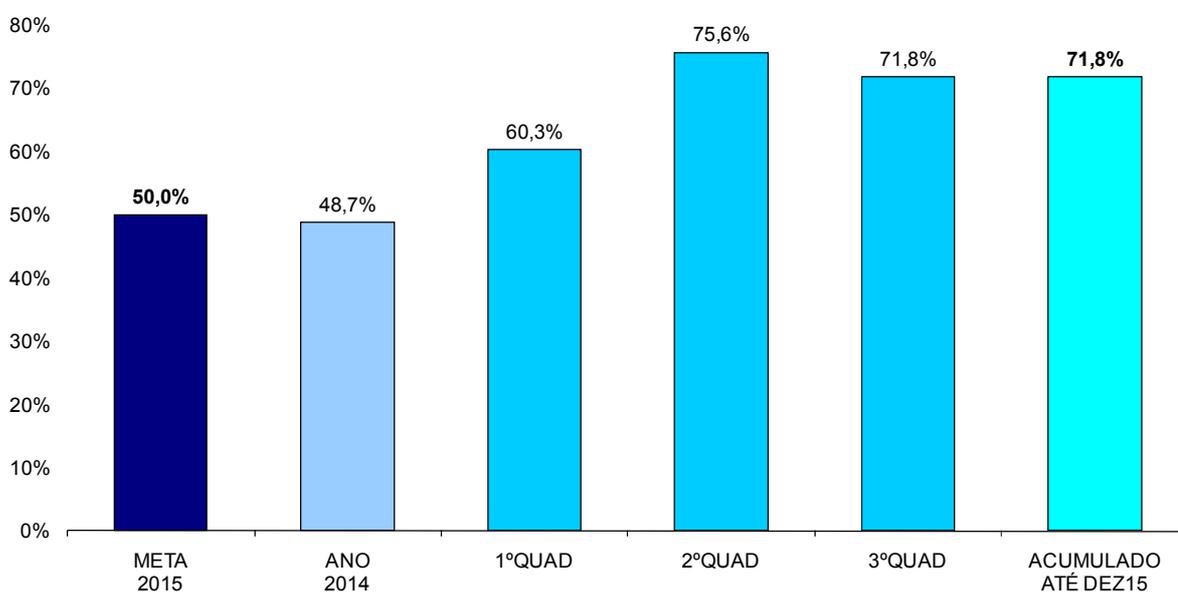
A proporção de gastos com medicamentos devido a demandas judiciais foi de 36,2%, abaixo da meta estimada de 37%, para o ano de 2015, o que é positivo. O trabalho efetuado pela a Coordenação de Análises e Acompanhamento de Processos (CAAP) com algumas contestações e juntamente com o trabalho de firmamento de termo de compromisso junto ao Estado em ações nas quais é réu solidário, auxiliou o cumprimento da meta. Ainda assim, é necessário dar continuidade a este processo de trabalho no sentido de diminuir ainda mais a meta para este indicador, entendendo que as demandas de medicamentos por vias judiciais, comprometem drasticamente um percentual elevado de recursos do orçamento, dificultando o planejamento, organização e a gestão no quesito medicamentos.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Fortalecer a área jurídica da SMS, estruturando o quadro de pessoal.	Em 2015, o fortalecimento da área jurídica deu-se com a contratação de mais 1 (uma) profissional farmacêutica, importante no subsídio técnico das ações judiciais relacionadas a medicamentos. Outra atividade desenvolvida pelo profissional farmacêutico é a elaboração de especificações para a aquisição de medicamentos judiciais.
2. Formalizar protocolos técnicos	Em 2015 foi criado o Núcleo de Prevenção e Resolução de Litígios que está responsável em formalizar os protocolos técnicos nas diversas áreas judicializadas.
3. Buscar aproximação com o judiciário para esclarecer as normativas e os processos do SUS baseado no decreto 7.508/11	Em 2015 foram realizadas reuniões periódicas com os órgãos de representação judicial (Ministério Público e Defensoria Pública), com a finalidade de aproximação com o Judiciário. Esta medida visa a sensibilização e a articulação de ações no sentido de melhoria na efetividade das atividades desenvolvidas por todos os órgãos

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
Proporção de indicadores pactuados que alcançaram a meta (COAP, PMS, PPA) [excetuando este mesmo indicador] (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)	(56 X 100) / 78	71,8%	50,0%

Proporção de indicadores pactuados que alcançaram a meta, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: Planejamento, Planilha de Indicadores para Monitoramento ;

Dos 79 indicadores acompanhados¹, mais de 70% tiveram resultados adequados, superando a meta global de desempenho e superando o resultado alcançado em anos anteriores. As metas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde propõem a gradual progressão do alcance dos resultados e implicam no aperfeiçoamento nos processos de monitoramento e gerência.

Os indicadores com bom desempenho não apresentam uma concentração em um eixo ou estratégia, não indicando 'ilhas de excelência' ou deficiência na SMS, mas uma contingência global na sua estrutura, a ser aperfeiçoada nesta e em futuras gestões.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Realizar no início de cada ano, capacitação para os coordenadores e gerentes, focada no monitoramento do Plano Municipal de Saúde	Em abril de 2015, foram realizadas reuniões em cada Gerência e suas coordenações, para discutir a Programação Anual de Saúde para 2016. Nesta oportunidade, foram alinhadas questões relativas ao Plano Municipal de Saúde, os indicadores estabelecidos, bem como das ações propostas para o alcance das metas.
2. Realizar Seminários de Avaliação do Desempenho da Gestão quadrimestrais, com envolvimento de todos os setores, para monitoramento das ações e resultados da	O Seminário de Avaliação da Gestão é uma estratégia utilizada pela gestão que visa a integração entre gerências, coordenações e técnicos na discussão de indicadores e/ ou situações problemas, bem como o planejamento e a articulação

¹ O resultado do indicador 'Proporção de indicadores pactuados que alcançaram a meta' não pode ser computado em sua própria fórmula. A fórmula consolida o desempenho dos demais 78 indicadores do COAP, PMS e PPA.

gestão, promovendo a discussão prévia com as gerências	conjunta para o alcance das metas estimadas. Em 2015 o setor definiu a meta de 2 Seminários de Avaliação da Gestão, tendo realizado um no mês de Junho e outro no mês de Novembro.
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 e a Planilha de Indicadores foram disponibilizados na forma de cartilha e <i>on line</i> na intranet, para subsidiar o acompanhamento e avaliação dos indicadores pelos gerentes, coordenações e equipes de profissionais de Saúde.
4. Incentivar a adesão das equipes ao PMAQ por meio da utilização do recurso financeiro em benefício das equipes participantes bem como o apoio dos técnicos do NAT nas unidades a fim de se cumprir com os requisitos exigidos pelo ministério da saúde. (alterada)	Foram realizadas reuniões com todas as equipes de Atenção Básica, com o objetivo de sensibilizar e apresentar os parâmetros e exigências mínimas do Programa. Todas as equipes solicitantes, que cumpriram os requisitos mínimos, foram cadastradas. Paralelo a isso, as equipes foram orientadas quanto às ferramentas legais para a criação de conselhos locais de saúde e seu funcionamento, nos locais onde ainda hoje não estão formalizados, como exemplo UBS Moinho de Ventos; UBS Jardim Edilene; UBS Rio Bonito e UBS Petrópolis. Outra medida foi a orientação sobre a parte regimental/legislação para a UBS Fátima, CAIC Espinheiros, Jardim Paraíso e Costa e Silva. As adequações permitiram a adesão das equipes do CEO UNIVILLE e Bucarein, vinculadas a GUSR, ao Segundo Ciclo do PMAQ, conforme portaria do MS

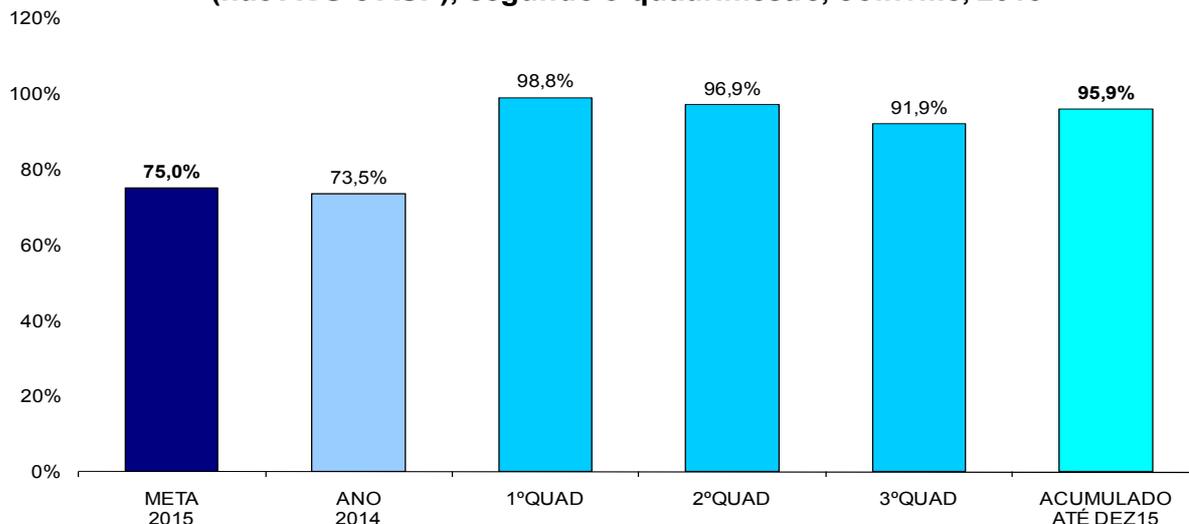
DIRETRIZ 04: Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e as instituições de saúde, com ênfase na co-responsabilidade.

OBJETIVO: 'Empoderar' as comunidades.

ESTRATÉGIA 4.1. Fortalecer o controle social

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
[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)	NA	NA	NA
Proporção das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) com participação de técnicos como representantes das equipes (não ACS e ASP) (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)	$(255 \times 100) / 266$	95,9%	75,0%

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, 2015



FONTE: Secretaria do CMS, Relatório;

Os conselhos locais de saúde buscam garantir a participação social na gestão de saúde, no controle e fiscalização das ações e dos serviços desta natureza, para um sistema público mais eficiente e comprometido com a realidade sócio-sanitária. Neste sentido, foi exitosa a ação que teve como objetivo fortalecer o controle social visto a participação da comunidade e de técnicos das equipes de saúde, alcançando o patamar de 95,9%, acima da meta estimada de 75%.

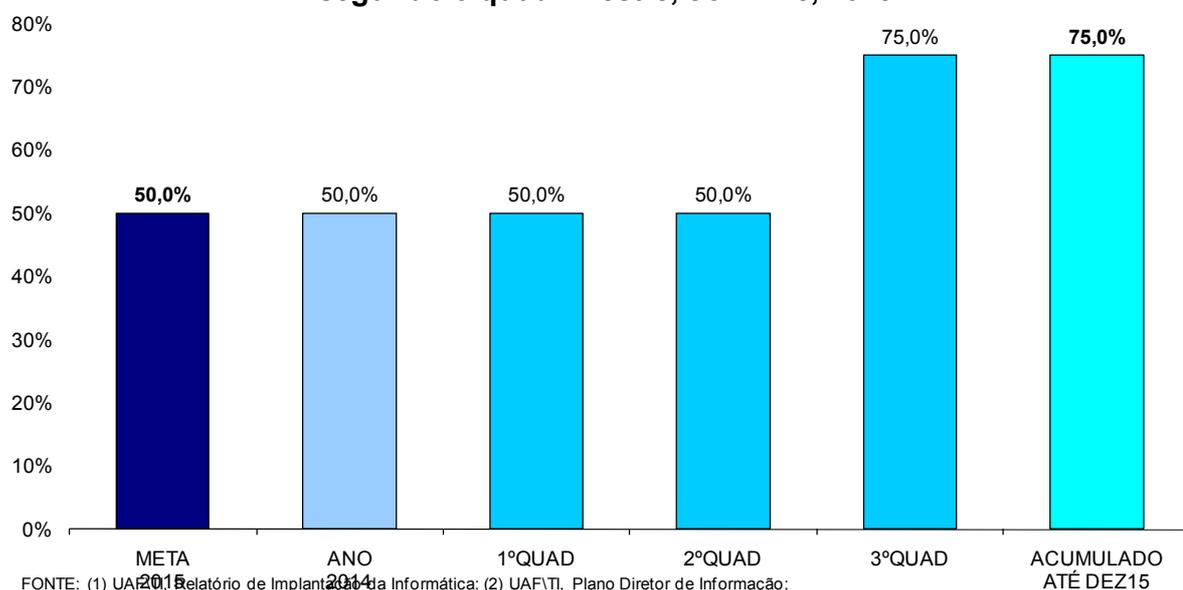
Ainda, como forma de fortalecimento, na 11ª Conferência Municipal de Saúde realizada em junho de 2015, foi recomposta a nominata do CMS 2015-17 (Decreto 25.219 de 03/08/15-DOE 264-PMJ Jlle). Em julho de 2015 foi atualizada a inserção do CMS no SIACS.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Apoiar a criação de Conselhos Locais de Saúde e a estruturação dos já existentes	O apoio deu-se no sentido de orientações quanto a criação de Conselhos Locais de Saúde e seu funcionamento, para as unidades de saúde do Moinho de Ventos, Jardim Edilene, UBS Rio Bonito e UBS Petrópolis. Também as orientações sobre a parte regimental e de legislação para as unidades de saúde do Fátima, CAIC Espinheiros, Jardim Paraíso e Costa e Silva.
2. Propiciar a participação do CLS na elaboração do planejamento local e seu monitoramento (reuniões de equipe), estabelecendo parcerias e ações conjuntas	Conforme pesquisa realizada junto aos CLS, houve participação de membros nas reuniões das equipes das UBSs para o planejamento local, fortalecendo o vínculo com o controle social na efetivação das ações das políticas de saúde. A gestão participativa constitui-se neste processo do conjunto de atividades voltadas à construção de adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde na comunidade, ensejando resultados mais expressivos.
3. Realizar capacitações para os Conselheiros Locais	Não houve capacitação de conselheiros no ano 2015, devido a pouca adesão por parte dos mesmos em anos anteriores. A Comissão de Capacitação conjuntamente com a Secretaria Executiva do CMS está estudando novas propostas/formas de capacitação e formação de conselheiros, para o ano de 2016.
4. Monitorar e acompanhar o desempenho dos CLS	A Secretaria Executiva do Conselho acompanha e monitora os CLS mediante levantamento do percentual de reuniões realizadas pelos conselhos locais, conjuntamente com representantes das equipes de UBS. Tem o objetivo de monitorar o Indicador referente à participação da comunidade, fortalecendo o controle social. Outra medida foi o levantamento realizado junto aos conselhos locais de saúde, referente a regularização dos conselhos nos termos da legislação vigente, bem como a solicitação de indicação de membros da comunidade, para formação de comissão de acompanhamento de obra, que objetiva a participação social na fiscalização das ações físico/orçamentárias em saúde.

ESTRATÉGIA 4.2. Aperfeiçoar a comunicação interna e externa

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	(3 X 100) / 4	75,0%	50,0%

Proporção de recursos de informática implantados na comunicação interna e externa, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



Os recursos de informática previstos para a melhoria da comunicação interna e externa foram o **workflow** que está consolidado com o uso no SEI para diversos processos dentro da SMS, reduzindo o tempo para tramitação de documentos, o **spark** que está disponível para todos os usuários que possuem assinatura eletrônica e a **fibra ótica** que está disponível em 16 unidades de saúde.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Organizar o Processo de Trabalho da Ouvidoria	Ação concluída em 2014
2. Aperfeiçoar e atualizar a intranet e homepage	A intranet está em constante atualização para atender as necessidades da SMS. O Portal da Saúde na internet está sendo alimentado pela SECOM.

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

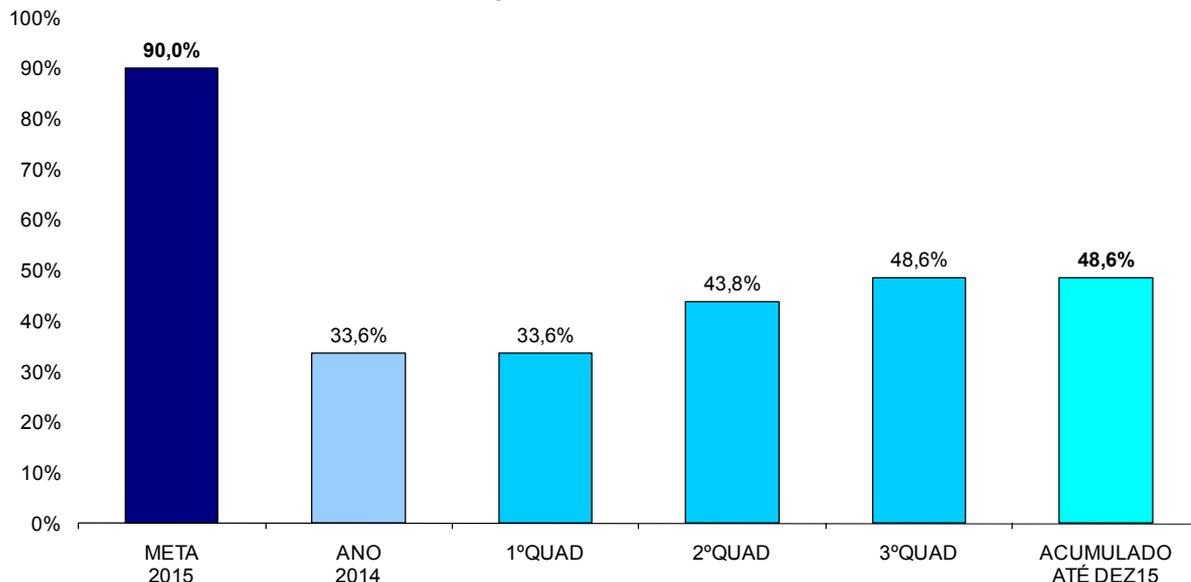
DIRETRIZ 05: Efetivação da Atenção Básica, ampliando a cobertura e provendo meios para sua resolatividade.

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 2015
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)	$(2682 \times 100) / 5.521$	48,6%	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)	$(2332 \times 100) / 10759$	21,7%	23,5%
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))	$(246594 \times 100 / 12) / 554601$	3,7%	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)	$(9944 \times 100) / 158682$	6,3%	6,0%

Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTES: UAB\Cadastro, Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF;

No segundo semestre houve aumento da cobertura de acompanhamento, alcançando 48,6%, o que representa 2.682 famílias de um total de 5.521 famílias com perfil saúde. Em relação às gestantes, a cobertura de acompanhamento também aumentou, atingindo 62,85%, sendo acompanhadas 132 de um total de 210 gestantes cadastradas. O crescimento da cobertura de acompanhamento das famílias foi de 4,8% em relação ao semestre anterior. Ressaltamos, porém que destas 5.521 famílias identificamos 1.200 famílias não vinculadas à Unidade de Saúde, o que representa 21,74%, percentual menor que no primeiro semestre, mas ainda significativo com famílias sem localização, o que dificulta e/ou impossibilita o acompanhamento. Continuamos o trabalho em conjunto com a Secretaria de Assistência Social (SAS) para vincular estes usuários, usando a intranet da Saúde e atualização cadastral das famílias.

Os seguintes dados levantados foram encaminhados para verificação e providências junto à SAS:

- ✓ 78 famílias (1,42%) que não pertencem à área de abrangência da UBS indicada no mapa de acompanhamento e/ou mudaram de endereço, porém não realizaram atualização cadastral, condição obrigatória para continuidade do recebimento do benefício;
- ✓ 39 famílias (0,71%) que referem não receber ou que nunca receberam o benefício;
- ✓ 35 famílias (0,64%) que se recusaram a realizar o acompanhamento;
- ✓ 1.200 famílias (21,74%) não vinculadas a uma Unidade de Saúde;

TOTAL: 1.352 famílias (24,49%), aproximadamente 5.408 pessoas, que não puderam ser acompanhadas pelas equipes de saúde na última vigência, pois não foram encontradas pelos motivos acima apontados.

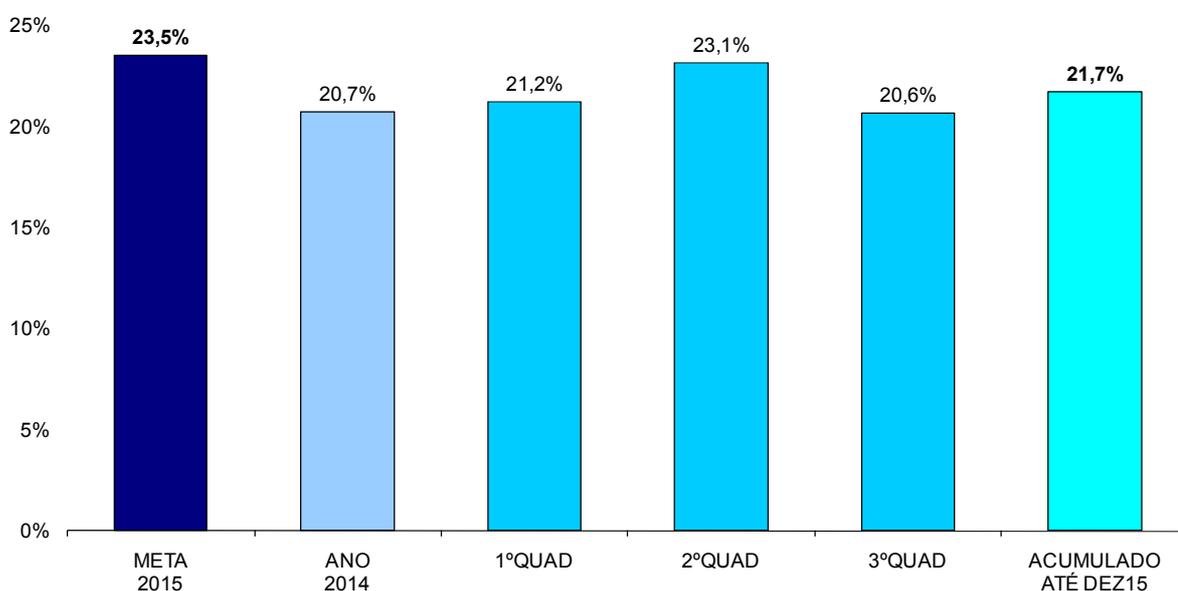
Ações realizadas:

- ✓ Duas (2) reuniões semestrais de planejamento e avaliação entre as Secretarias da Assistência Social, Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde;
- ✓ Nove (9) encontros regionais, nos meses de julho e agosto, com representantes das equipes e coordenações, representantes das escolas do território, CRAS e SAS para integração e articulação nos territórios em saúde;
- ✓ Estabelecimento de fluxo de bloqueio temporário do benefício no caso de mudança de endereço sem atualização e de famílias orientadas e que não comparecerem à Unidade de Saúde ou que recusaram acompanhamento;
- ✓ Ofício para SAS e Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) com relatório, onde foram apontados os dados levantados (citados acima).

Salientamos que está havendo uma contínua evolução no acompanhamento em comparação com os semestres anteriores, porém ainda aquém da meta desejada que é de 90%. Entretanto, destaca-se que este índice de acompanhamento na saúde vem crescendo a cada vigência e foram superadas as três marcas anteriores, de 43,78% (primeiro semestre de 2015), 35,52% (segundo semestre de 2014) e 29,60% (primeiro semestre de 2014). Ressalta-se que a melhora gradativa se deve ao comprometimento

e empenho dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e ao Núcleo de Apoio Técnico (NAT) da Secretaria Municipal de Saúde, que trabalha com foco no apoio às equipes, digitação dos dados e integração das ações com a Secretaria Municipal de Assistência Social e a Secretaria Municipal de Educação. O levantamento dos dados tem sido fundamental para vinculação das famílias ao endereço atualizado, bem como mecanismos para reduzir o número de famílias não vinculadas e fluxos que induzem aumento da procura dos serviços pelos beneficiários. À medida que diminui o número de famílias nos dados levantados, percebe-se aumento na cobertura de acompanhamento, decorrente da indução de ações para melhoria no cadastro e sua atualização. Ainda são encontradas algumas dificuldades devido à mudança constante de endereço das famílias, ausência de Agentes Comunitários de Saúde e não vinculação à Unidade de Saúde no cadastro do programa na SAS. Contudo, ainda é necessária a sensibilização e envolvimento das equipes em seu papel /atribuições na garantia do acesso, acompanhamento e vinculação a serviços básicos, com priorização às famílias de risco do território.

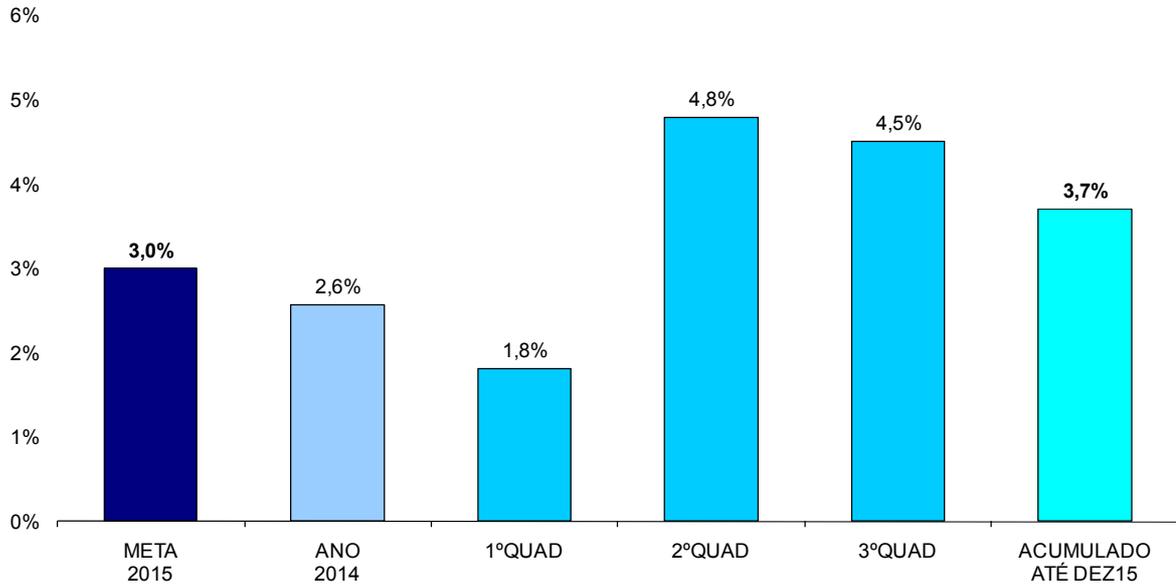
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

A meta de internações por condições sensíveis a atenção básica foi alcançada em 21,7%. Os principais motivos foram os matriciamentos realizados *in loco* nas áreas de cardiologia, endocrinologia e mastologia, assim como a educação permanente em reumatologia e a organização do fluxo de prescrição dos anticoagulantes. A implantação da teleconsultoria em endocrinologia e a elaboração do novo fluxo de liberação dos análogos de insulina também demonstraram excelentes resultados práticos com redução na fila de primeira consulta.

Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015

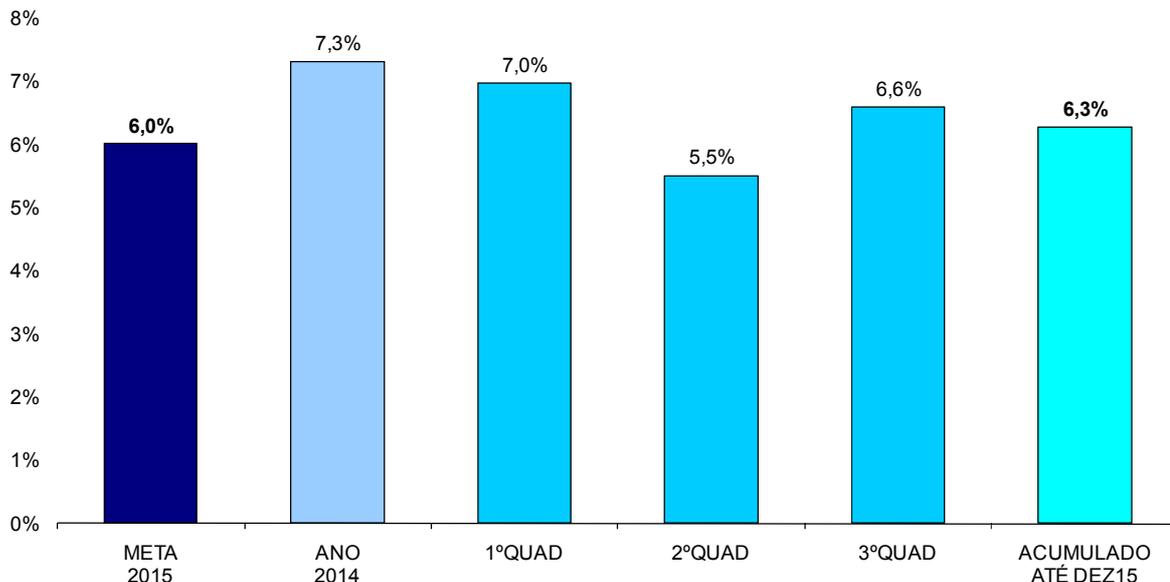


FONTE: (1) UPCAAC/Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (2) IBGE, Estimativa populacional;

A atividade de escovação realizada principalmente nas escolas da rede pública, durante o período letivo, superou a meta estimada de 3,0%. O resultado traduz o esforço das equipes de saúde bucal e a otimização propiciada junto aos agentes comunitários de saúde, mediante o processo de sensibilização da equipe para o planejamento de atividades coletivas de promoção de saúde e prevenção. A prática estabelecida de reuniões, o monitoramento da produção e envio de relatórios, a conscientização e sensibilização de metas pactuadas, permitiram alcançar este patamar. Este indicador é importante no sentido de conscientizar para o hábito da escovação/higiene bucal e está diretamente relacionado com a prevenção de doenças bucais como demonstra a pesquisa científica intitulada "Prevalência da doença cárie em pré-escolares do bairro Jardim Paraíso, Joinville – SC". (Univille, 2014). O estudo avaliou cerca de 130 crianças onde 57% estavam livres de cárie, este resultado se aproxima dos índices de Curitiba (44%), Florianópolis (61%) e Porto Alegre (60%). De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a média brasileira de crianças aos 5 anos livres de cárie é de 47%. Na região Sul o índice é de 39%. Ou seja, Joinville apresentou índices de saúde bucal tão bons quanto os melhores do Brasil (Florianópolis, Porto Alegre) e acima da média brasileira e da região Sul. Entretanto, um grande desafio é aumentar a cobertura por equipes de saúde bucal, que tem relação direta com este indicador.

Destaca-se que o município de Joinville foi selecionado, pela segunda vez, para receber o prêmio Melhores Práticas em Saúde Bucal do ano de 2014-15, concedido pelo Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina, com o objetivo de valorizar o trabalho de excelência realizado pelos municípios. Além disso, o município teve um trabalho indicado pela Secretaria Estadual de Saúde e selecionado para apresentação oral como experiência exitosa no IV COBRAPO (Congresso Brasileiro de Atenção Primária em Odontologia) em Minas Gerais.

Proporção de exodontia em relação aos procedimentos odontológicos, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

A proporção de exodontias em relação aos procedimentos representa a proporção de procedimentos individuais mutiladores (extração dentária) em relação ao total de 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, à oferta de serviços especializados, aos investimentos em materiais e equipamentos odontológicos, visando uma prática mais conservadora.

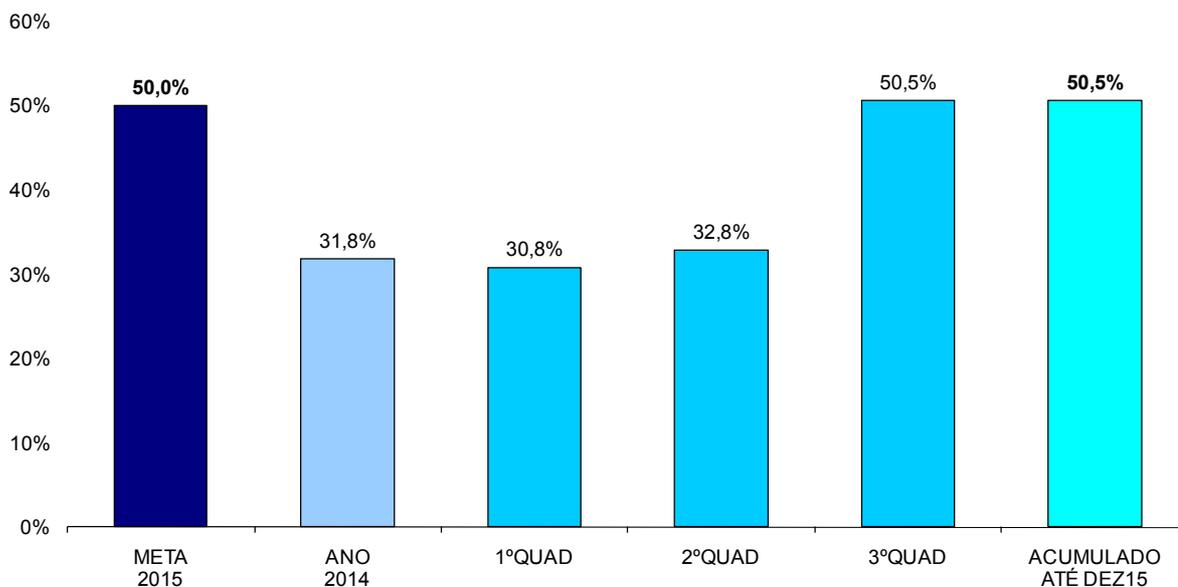
Um dos esforços no sentido de alcançar a meta pactuada foi a redução da fila de endodontia, historicamente umas das especialidades mais requisitadas, pois o acesso a esta especialidade reduz a perda dentária. Em janeiro de 2015 havia 2.158 pacientes aguardando na fila e em dezembro de 2015, 1.260 pacientes, o que significa uma redução de 42% da fila.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1 e 3. Utilizar o programa bolsa família como critério de priorização dos indivíduos na atenção básica.	Esta ação avançou de forma parcial, com algumas equipes atuando neste sentido. No entanto deve ser enfatizada a de maneira contínua a importância de trabalhar com a priorização das famílias em vulnerabilidade.
2. Recompôr o quadro de ACS	Foi efetivada parcialmente a contratação de ACS, porém ainda existem micro-áreas descobertas.

ESTRATÉGIA 5.2. Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
Proporção da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família (PMS)	População cadastrada no SIAB (Modelo de Atenção ESF) X 100 / População residente em Joinville (Estimativa populacional (IBGE))	$(280244 \times 100) / 554601$	50,5%	50,0%
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))	$(298500 \times 100) / 554601$	53,8%	50,0%
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))	$(129000 \times 100) / 554601$	23,3%	29,6%

Proporção da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015

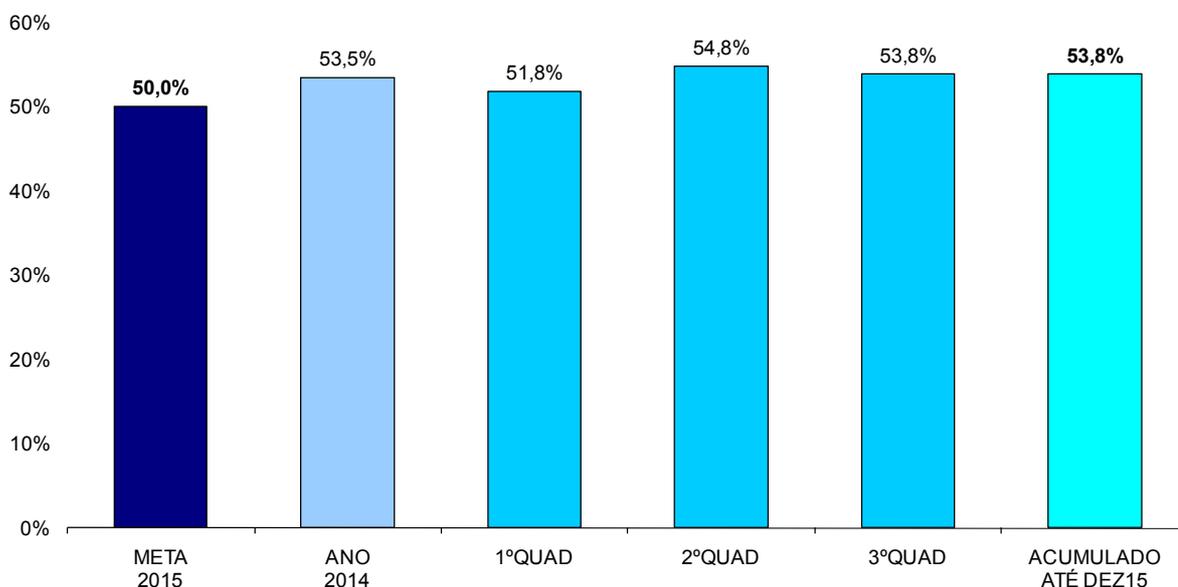


FONTE: (1) UAB\Cadastramento, Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB); (2) IBGE, Estimativa populacional;

Em 2015 houve a implantação de 5 novas equipes da Estratégia Saúde da Família, 3 (três) em Pirabeiraba, 1 (uma) no D. Gregório e 1 (uma) no Parque Douat. Somado a isto, no decorrer do ano houve a sensibilização e capacitação de todos profissionais da ESF para a migração do sistema SIAB,

que tinha como base a intranet, para e-SUS. Foi realizada uma força tarefa junto aos ACS, no sentido de realizarem visita a todos os domicílios de suas micro-áreas, identificando e cadastrando todas as famílias no novo sistema. Com esta medida, a população cadastrada no novo sistema, é a que mais se aproxima da realidade. Isto permitiu ampliar a cobertura populacional oficial aproximando com o valor territorial (área de adscrição).

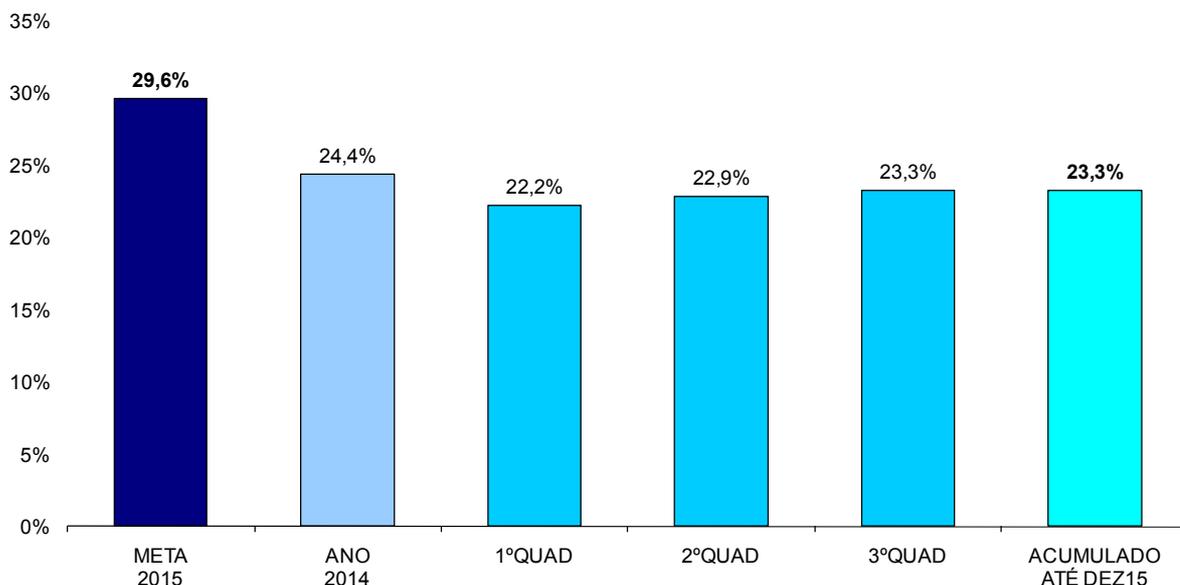
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

O indicador da cobertura populacional está relacionado com soma da carga horária de profissionais médicos da ESF, clínicos gerais, pediatras e gineco-obstetras nas Unidades Básicas de Saúde convencionais. Entretanto, os dados são extraídos do CNES e não permite 'filtrar' segundo a lotação do profissional. Desta forma os resultados aqui apresentados, atendem a metodologia definida pelo Ministério da Saúde, embora superestime a situação real, ao incluir profissionais da especialidade indicada (ex. clínica médica) que se encontram exercendo outras funções, não estando lotados na Atenção Básica. Este indicador alcançou 53,8%, superior a meta de 50% para o ano de 2015. Importante considerar que mesmo com a ampliação de 5 novas equipes da ESF, houve a saída de profissionais das outras especialidades médicas básicas, responsável por manter o indicador nos patamares indicados.

Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Joinville conta atualmente com uma cobertura populacional por equipes básicas de saúde bucal de 22,9%, não alcançando a meta prevista de 30%. Este indicador possui relação direta com o número de cirurgiões-dentistas (carga horária total) na atenção básica e número de habitantes em Joinville. Ações pontuais e contínuas na direção de ampliar esse percentual estão sendo estudadas, porém existem dificuldades de ser implementadas, tendo em vista que exige uma mudança de modelo, o que só se constrói ao longo de anos. Este estudo encontra-se sob avaliação da Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP), para estudo de viabilidade de ampliação de carga horária dos cirurgiões-dentistas atualmente na rede. Na atual conjuntura, a principal perspectiva a ser buscada é reorganizar os serviços odontológicos existentes, utilizando como um dos critérios, a vulnerabilidade da população abrangida.

Atualmente, a Atenção Básica conta com 110 dentistas concursados e uma das atividades realizadas anualmente é o exame bucal das crianças dos CEIs até nono ano escolar, em que aproximadamente 80 mil crianças são avaliadas e em média, 60% não necessitam de tratamento odontológico. Desta forma, foram ofertadas mais consultas para a população adulta e idosa, quando comparado com 2014. Observou-se um aumento de 9,5%, mesmo com a redução da cobertura de saúde bucal.

Outra medida para a otimização do processo de trabalho foi a Implantação da regulação das consultas odontológicas dos CEOs, onde já foram regulados quase mil solicitações de consultas em um ano e meio. Gestantes, idosos, crianças e adolescentes foram os públicos mais beneficiados. Os casos de lesões bucais com suspeita de câncer de boca, lesões pré-cancerígenas e traumatismos dentários também receberam prioridade. A regulação permitiu disponibilizar a consulta odontológica especializada em momento oportuno, evitar complicações, possibilitar o diagnóstico precoce de lesões cancerígenas e prevenir a perda de dentes. Somado a isso, o investimento de aproximadamente R\$ 500.000,00 em equipamentos e materiais odontológicos por meio de Convênio com SES (SIGEF – Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal) e MS (propostas 08184821000/1130-18 e 08184821000/1130-14), propicia melhorias na efetivação da qualidade do trabalho prestado.

AÇÕES PROGRAMADAS	AValiação
1. Implantar novas Equipes de Saúde da Família (ESF), priorizando as áreas de maior risco de saúde social	Em 2015 foram implantadas 5 novas equipes da Estratégia Saúde da Família nas unidades de saúde de Pirabeiraba (3 equipes) 1(uma) no D. Gregório e 1 (uma) no Parque Douat.
2. Ampliar as equipes de saúde bucal – ESB em consonância com as equipes de ESF já existentes	Esta ação não foi efetivada em 2015, no entanto foi solicitado um parecer a SGP relativo a possibilidade legal de aproveitamento do quadro atual de CD contratados pela carga horária de 20h para ampliação/flexibilização para 40h.

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)

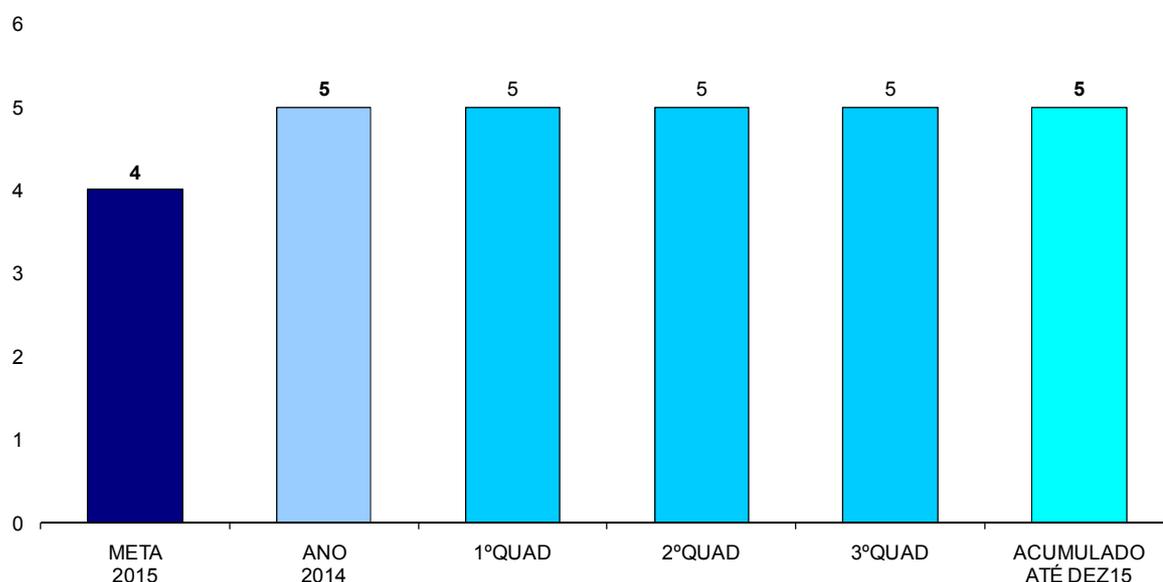
Intervir nos determinantes sociais de saúde (promoção de saúde)

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 2015
Número de Redes Temáticas implantadas (PMS)	Grupos de Trabalho de Redes Temática ativos (Relatório de Implantação das Redes)	5	5	4

Número de Redes Temáticas implantadas, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

No Município de Joinville, todas as cinco Redes Temáticas estão implantadas, cada uma com Coordenador e Grupo de Condução reunindo-se periodicamente. Todos os pontos de atenção estão inseridos na Rede, alguns deles com maior e menor ênfase.

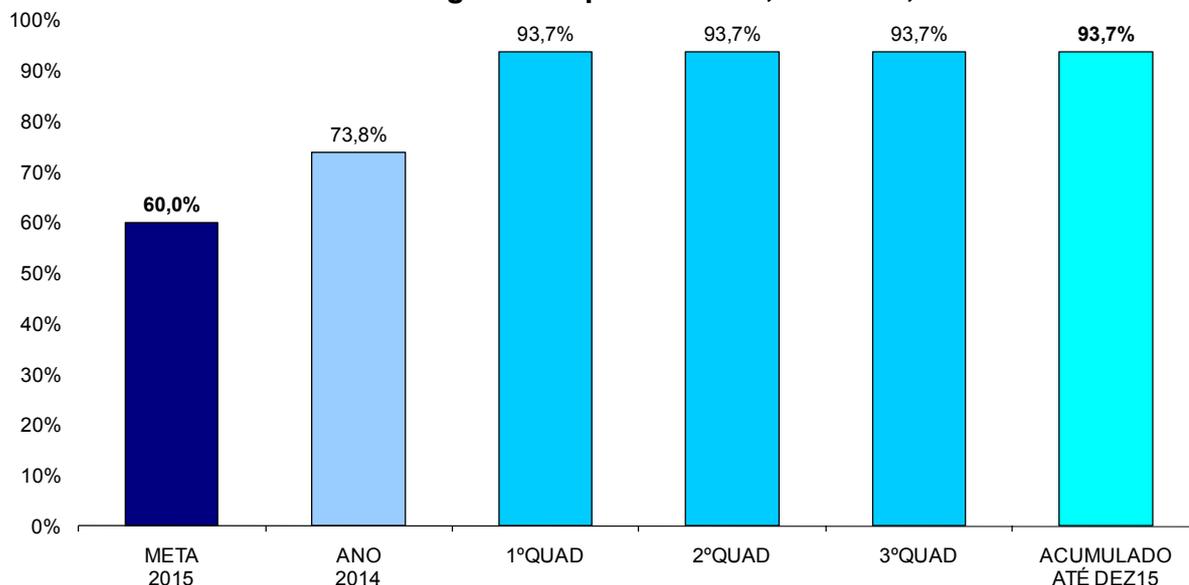
AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Estruturar o processo de implantação de Redes	Esta ação é um processo contínuo a partir do envolvimento dos Pontos de Atenção do Município, conjuntamente com um Grupo de Condução, um Grupo de Política Hospitalar e um Conselho Gestor, atuando na organização da Rede e continuidade do cuidado.
2. Revisar a composição das Comissões Temáticas com a participação de todas as gerências	As redes temáticas contam com a participação das Gerências ou de representantes. Em algumas Redes este processo está mais avançado, com Portaria nomeando os integrantes.
3. Elaborar e manter atualizado o Perfil Epidemiológico como subsídio a cada Linha de Cuidado	A SMS não dispõe ainda de um documento único, consolidando indicadores da situação de saúde segundo Linhas de Cuidado ou as Redes Temáticas. Vários documentos abordam focalmente esse tema, como os próprios Relatórios de Gestão, Boletins Epidemiológicos, Situação de Saúde (2016), sem, entretanto, concluírem prioridades globais para o município. A ação foi revista na PAS 2016, propondo-se uma composição de Boletins Epidemiológicos. A efetividade desta ação é

	dependente do consenso do que deve compor o Perfil Epidemiológico e do desenvolvimento dos instrumentos de informática que agilizem o acesso a base de dados locais e a consolidação de indicadores.
4. Redigir Protocolos segundo Linhas de Cuidado (unificando atenção, regulação, vigilância e controle)	Foi instituído em 2016 o Núcleo de Apoio a Rede de Atenção à Saúde (NARAS), ampliando para o conjunto da SMS a competência do antigo NAT que atendia apenas a UAB. A reativação do Conselho Gestor da Rede (incluindo os gerentes de unidade e dos hospitais), responsável pela pactuação de protocolos, encontra-se em avaliação pelo Diretor Executivo.

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 2015
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 (Relatório de Implantação das Redes) X 100 / Pontos de Atenção da Rede de Atenção à Saúde (Relatório de Implantação das Redes)	$(74 \times 100) / 79$	93,7%	60,0%

Proporção de Pontos de Atenção explicitando suas competências e ações nas Redes de Atenção implantadas, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Todos os pontos de atenção estão inseridos na Rede, alguns deles com maior e menor ênfase, dependendo da sua especificidade necessitando ainda aperfeiçoar o processo de monitoramento. Há ainda a necessidade também da formalização de documento explicitando as competências e ações de cada ponto de atenção.

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	Foi reforçada essa ação junto aos Grupos de Trabalho das Redes Temáticas e também junto ao Núcleo de Apoio Técnico na Atenção Básica.
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	Protocolos e fluxos em construção, incluindo a criação de um Grupo de Trabalho de acompanhamento desses fluxos. Esta ação também reforça as discussões iniciadas junto à estratégia do Distrito de Saúde e dentro dele, a reestruturação do Núcleo de Apoio Técnico. Como exemplos promissores, a Unidade de Serviços de Referência iniciou uma ação em parceria, envolvendo NAIPE e o Programa Bebê Precioso, da Atenção Básica, que teve por objetivo avaliar todos os bebês e realizar as orientações necessárias. Na Rede de Atenção à pessoa com deficiência foi definido o fluxo de encaminhamento, bem como o perfil do usuário a ser encaminhado aos serviços disponíveis na Rede, como NAIPE, APAE e ARCD.
3. Organizar o processo de trabalho das equipes para melhoria do acesso (horários de atendimento, processo de agendamento, formulários de coleta de dados,...)	Na Atenção Básica, o modelo de ampliação de horários das equipes da Estratégia de Saúde da Família vem sendo efetivado na medida da implantação de novas Unidades de Saúde, com no mínimo duas equipes, visando estender o horário das 07 às 19 h. Os Serviços de Referência, em 2015 evoluíram com a ampliação do horário do NAIPE, que estava funcionando parcialmente no período vespertino e no momento está com uma equipe completa até as 19h, e o Centrinho, que ampliou funcionamento, passando a atender até 19h. Os Serviços da Unidade de Vigilância em Saúde possuem o processo de trabalho organizado e estabelecido em normas, rotinas e legislações pertinentes.
4. Divulgar a organização da rede aos usuários e profissionais de saúde e o serviço adequado para cada caso, inclusive as referências intermunicipais	Para contemplar esta ação foi realizado o lançamento da Cartilha Bata na Porta Certa em 2014 e a melhoria da informação no tocante ao acesso da informação à comunidade através do site da Secretaria da Saúde. Este item também sugere a qualificação da informação e sua divulgação através do CMS e seus Conselhos Locais de Saúde.
5. Realizar educação em saúde da população quanto a cuidados domiciliares, sinais de risco e determinantes ambientais	Rotineiramente as equipes da ESF realizam orientações quanto a cuidados domiciliares, tanto de forma grupal como individualmente. Os Serviços de Vigilância em Saúde realizam ações educativas na comunidade periodicamente.
6. Ampliar a regulação médica conforme a relação de oferta e necessidade dos procedimentos	O Setor de Regulação desenvolveu, a partir de novembro de 2015, um projeto de regulação <i>on line</i> para consultas especializadas, que inicialmente começou com a área de ortopedia. Posteriormente, será ampliado, no decorrer de 2016, para endocrinologia, reumatologia, proctologia e ginecologia. Para o ano de 2017, abrangerá as demais especialidades. O projeto de Regulação da Ortopedia já está em fase de execução. O acesso do usuário passa a ter origem na Atenção Básica onde recebe tratamento inicial, em caso de dúvida do tratamento em ortopedia na AB o profissional médico da AB pode através do sistema de teleconsultoria buscar orientação do Especialista em Ortopedia. Caso o tratamento do usuário necessite de intervenção do especialista em Ortopedia, este será identificado e inserido na Regulação <i>on line</i> e posteriormente agendado conforme a prioridade de classificação do risco definida pelo médico regulador. A Teleconsultoria é uma ferramenta do Programa Telessaúde Brasil do Ministério da Saúde, que objetiva uma aproximação entre os profissionais da AB e as especialidades médicas, visando o fortalecimento da Atenção Básica e a qualificação dos encaminhamentos ao especialista. Este projeto prevê para o ano de 2016 e 2017 a ampliação da regulação <i>on line</i> para os exames e cirurgias.
7. Implantar o Serviço de Assistência Domiciliar – EMAD e EMAP	Foram implantadas 5 equipes de EMAD (equipe multiprofissional de atenção domiciliar), contemplando aproximadamente 115.000 habitantes em cada equipe; e 2 equipes de EMAP (equipe multiprofissional de apoio) constituída por assistente social,

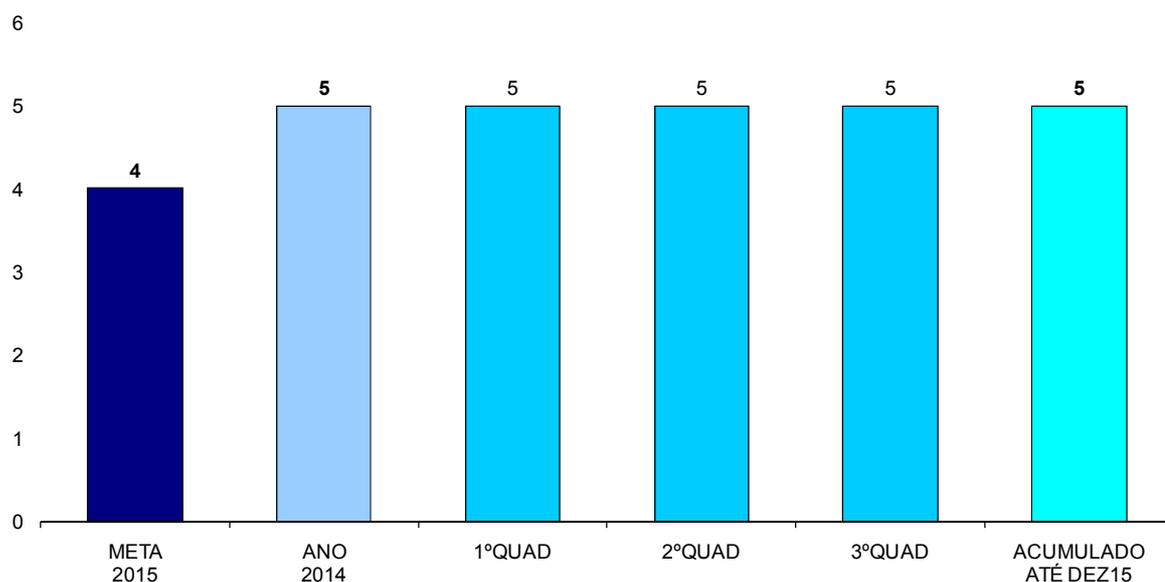
	<p>terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo, que atendem as necessidades dos pacientes das EMAD.</p>
<p>8. Realizar o matriciamento nas áreas prioritárias, aquelas definidas pelo gestor, de acordo com as filas de especialidades, a fim de melhorar o acesso da população ao atendimento especializado e não comprometer a agenda das unidades de saúde. (alterada)</p>	<p>Em 2015 foram realizados matriciamentos <i>in loco</i> nas áreas de cardiologia, endocrinologia e mastologia, assim como a educação permanente em reumatologia e a organização do fluxo de prescrição dos anticoagulantes. Em endocrinologia foi também implantada a teleconsultoria e matriciamento presencial. Os Serviços de Saúde Mental também promoveram e ampliaram as agendas de matriciamento por meio de reuniões presenciais entre as unidades dos serviços de referência (CAPS I, CAPS II, CAPS AD e CAPS III) e as equipes da Atenção Básica, envolvendo tanto os profissionais de referência de saúde mental no território, quanto outros membros da equipe como os clínicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Estas agendas de matriciamento visavam contribuir para a melhoria do acesso à atenção psicossocial e também organizar os processos de co-responsabilização do cuidado nos diferentes níveis de atenção. Os serviços da GUVS (CEREST, Imunização, DST/AIDS, Tuberculose, Laboratório Municipal, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental também realizam a qualificação das ações junto aos profissionais da atenção básica de saúde, com foco na Vigilância em Saúde, nas áreas prioritárias.</p>
<p>9. Reorganizar o Programa de Controle da Dengue baseado em áreas geográficas, com responsabilização sanitária do território e envolvimento da comunidade.</p>	<p>O Programa da Dengue é organizado atualmente por roteiros de vistoria. A elaborar plano para reorganização do programa por áreas geográficas.</p>
<p>10. Aperfeiçoar o processo de contratualização com os hospitais no município.</p>	<p>Ação contínua - atribuição setorial</p>
<p>11. Reestruturar a rede de atendimento das emergências</p>	<p>A reestruturação está vinculada a atuação do Grupo de Trabalho da Rede Temática da Urgência e Emergência e do Grupo de Condução. Esta ação foi amplamente discutida junto ao Grupo de Condução da Rede de Urgência e Emergência e a Rede de Atenção Psicossocial, onde o SAMU Municipal e Pronto Atendimento estão vinculados a GUSR. A sua efetivação dá-se na forma de monitoramento, continuidade e em novas propostas de atuação dos Pontos de Atenção para inserção do Município na Rede.</p> <p>Em 2015 através do Grupo de Discussão da Rede Temática, foi pactuado o fluxo de pequenos traumas com necessidade de atendimento em ortopedia. Esse novo fluxo direciona os pequenos traumas ao HRHDS e não ao HMSJ que melhora muito o fluxo daquela porta de entrada.</p> <p>Conseguimos pactuar o fluxo regulado das transferências entre as portas de entrada dos serviços em Joinville fortalecendo as determinações da Portaria 10/2014. Também houve amplas discussões envolvendo a Regulação Estadual e SAMU quanto à regulação de transferências hospitalares de urgência e leitos de internação, regulando-se hoje, através do SAMU e SISREG, mais de 95% das transferências das PAs para os hospitais.</p> <p>Pactuamos o atendimento óbitos no município envolvendo diversas Secretarias, outras instâncias do governo, hospitais, SAMU, Conselhos de classe entre outros, esclarecendo os papéis do SVO e IML no município.</p> <p>Definimos na última reunião de 2015 que todas as portas que atendem urgência e emergência SUS teriam um membro dentro das reuniões da Rede e definimos nomes e calendário para as reuniões de 2016, sendo que a Portaria de nomeação e designação das atribuições da RUE se encontra em elaboração.</p>
<p>13. Acompanhar nas maternidades privadas a realização de testes de triagem em parturientes e recém natos (HIV, sífilis, 'orelhinha', 'olhinho', 'pezinho',...), notificação compulsória de agravos e notificação de mal-formações congênicas</p>	<p>Os serviços diretamente relacionados a esta ação, entre eles a Vigilância em Saúde, realizam o acompanhamento das gestantes, parturientes e recém-natos referente aos agravos relacionados aos Programas de Vigilância em Saúde, bem como a investigação dos óbitos materno-infantil. Os serviços de referência, como o NAIPE, recebem as declarações de nascidos vivos com malformações congênicas para captação. Os que têm perfil realizam a triagem. Ainda com relação ao NAIPE, quando é observado perfil de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor as unidades básicas</p>

	encaminham para o serviço especializado.
14. Estimular participação das entidades privadas nas reuniões do grupo de condução das redes de atenção à saúde.	Esta ação ainda está frágil dentro do processo de Rede. Há representantes dessas áreas, com destaque para a Comissão Municipal da Dengue e Sala de Situação da Dengue, o SVO (Serviço de Verificação de Óbitos), a Rede Temática da Pessoa com Deficiência. A participação das entidades privadas ainda é um desafio dentro da Rede no tocante a continuidade. Porém, destaca-se a participação indireta dos Cartórios e Empresas Terceirizadas do Cemitério no SVO, da APAE, Conselhos específicos e ARCD na Rede da Pessoa com Deficiência, UNIMED e Dona Helena na Comissão Municipal da Dengue.

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

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
Número de Projetos 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 [repetir projetos já publicados], contemplando ações sobre determinantes de saúde junto com outras instituições externas ao Setor Saúde.	8	8	7

Número de Redes Temáticas implantadas, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

No Município de Joinville, todas as cinco Redes Temáticas (RT) estão implantadas, cada uma com Coordenador e Grupo de Condução reunindo-se periodicamente. Quatro Redes Temáticas formalizaram ações com outras instituições atuando sobre determinantes de saúde, a saber: **RT Urgência e Emergência:** Programa de Prevenção de Violências; **RT Pessoas com Deficiências:** Programa de Atenção a Pessoa com Necessidades Especiais (NAIPE); **RT Crônicos:** Programa do Controle do Tabagismo; **RT Psicossocial:** Programa de Saúde Mental. Além desses projetos, quatro outros se inserem em mais de uma RT ou ainda tem caráter independente: Saúde Bucal, Programa Saúde na Escola/ Saúde do Adolescente, Bolsa Família e Controle da Dengue.

Dentre os parceiros destacam-se a Defesa Civil na RT Urgência e Emergência; o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência (COMDE) com a RT Pessoas com Deficiências, além da APAE

(Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), Associação de Reabilitação da Criança Deficiente (ARCD) e a Associação Joinvilense para Integração dos Deficientes Visuais (AJDEVI); RT Crônicos: Programa do Controle do Tabagismo; a Prefeitura Municipal de Santo André/ SP, município preceptor no Projeto Percursos Formativos da RAPS e, no Comitê do *Aedes aegypti*/ Sala de Situação: a Secretaria de Infraestrutura, a Defesa Civil, a 23ª Regional de Saúde, o 62º Batalhão de Infantaria, o SAMU, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar Ambiental, a Secretaria de Comunicação (SECOM), e as Subprefeituras.

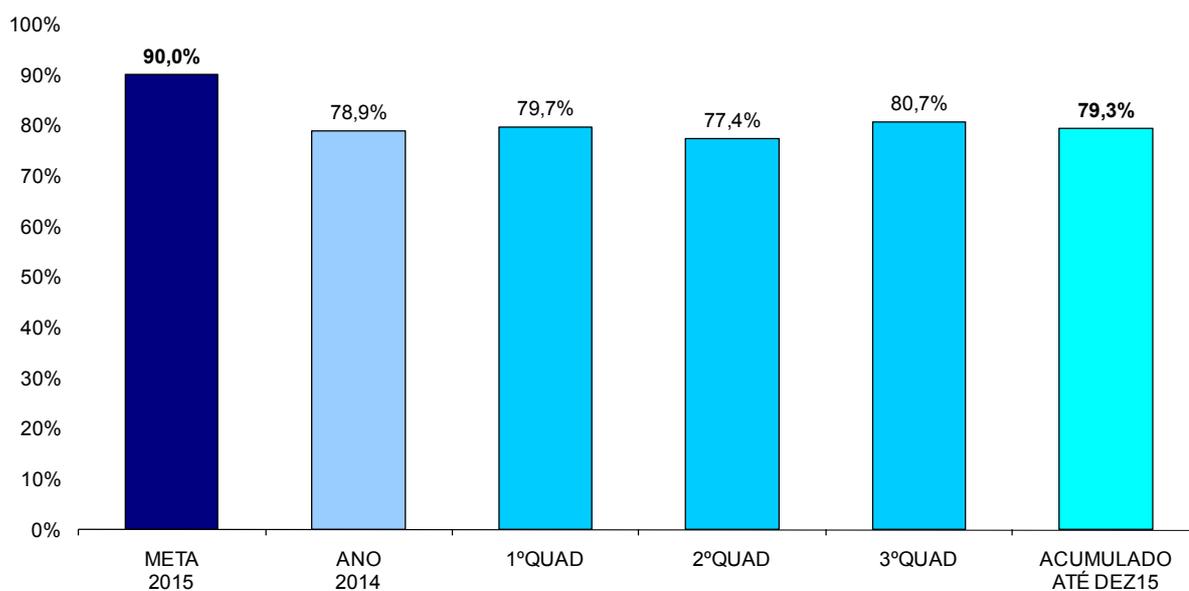
Também para organizar processos, o CAPSi realizou reuniões intersetoriais com o Poder Judiciário (Ministério Público/ Vara da Infância e da Juventude), Conselho Tutelar Norte e Sul, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), Escolas do Município e do Estado, Abrigos, CREAS/PAEFIs, Núcleo Socioterapêutico Joinville (NSJ), CEPAT, Medidas Socioeducativas, Semi-Liberdade e Secretaria da Educação, num total de 100 Reuniões durante o ano.

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	Esta sendo executado o levantamento de todos os conselhos municipais e os respectivos representantes para agendamento de reunião da comissão de acompanhamento das demandas e assuntos de políticas públicas que são inerentes à saúde.
2. Estabelecer reuniões semestrais entre os representantes da SMS nos diversos Conselhos (desenvolvimento, criança,...)	Cronograma semestral a contar de Abril/2016 de reuniões da comissão de acompanhamento dos conselhos.
4. Elaborar e encaminhar Proposta de Inclusão Social da Pessoa em Situação de Vulnerabilidade	Esta proposta exige um aprofundamento da discussão, pois trata-se de uma ação intersetorial e depende da participação efetiva da SAS nos diversos Grupos de Trabalho das Redes Temáticas, principalmente da Rede de Atenção à Deficiência (RAD) e da Rede de Atenção Psicossocial. Na RAD já existem parcerias com entidades que objetivam a inclusão social, com encaminhamento de proposta de parceria à SEPLAN (Instituto Impar). No tocante a estrutura, as ações e projetos de novas Unidades contemplam as comunidades mais vulneráveis com o Modelo Saúde da Família e o Programa da Tuberculose está propondo legislação na Câmara de Vereadores, para gratuidade de transporte público aos pacientes em tratamento.
5. 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	É uma ação contínua, desenvolvida com a participação intersetorial no grupo de condução da RAPS implantado em setembro/2014 e no Comitê Gestor do Plano Crack municipal. Esta ação promove a interlocução constante entre Comunidades Terapêuticas, CAPS AD e unidades básicas de saúde em seus territórios para continuidade de cuidados ou atendimento continuado de saúde. Além disso, em 2015 a coordenação de saúde mental disponibilizou espaço no PAPS para um grupo de familiares do AI-Anon e a Pastoral Anti-Alcólica iniciou aproximação com o CAPS AD em ações de visitas mútuas e na proposição de encaminhamentos de referência e contra-referência. Foram realizadas duas reuniões sobre o assunto e outras estão previstas para 2016. A Unidade Sanitária desenvolve programas de apoio e educação continuada aos pacientes HIV+ em situação de vulnerabilidade (inclusive dependência química).

ESTRATÉGIA 6.4. Integrar a rede hospitalar

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(42426773,64 \times 100) / 53531303,46$	79,3%	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%

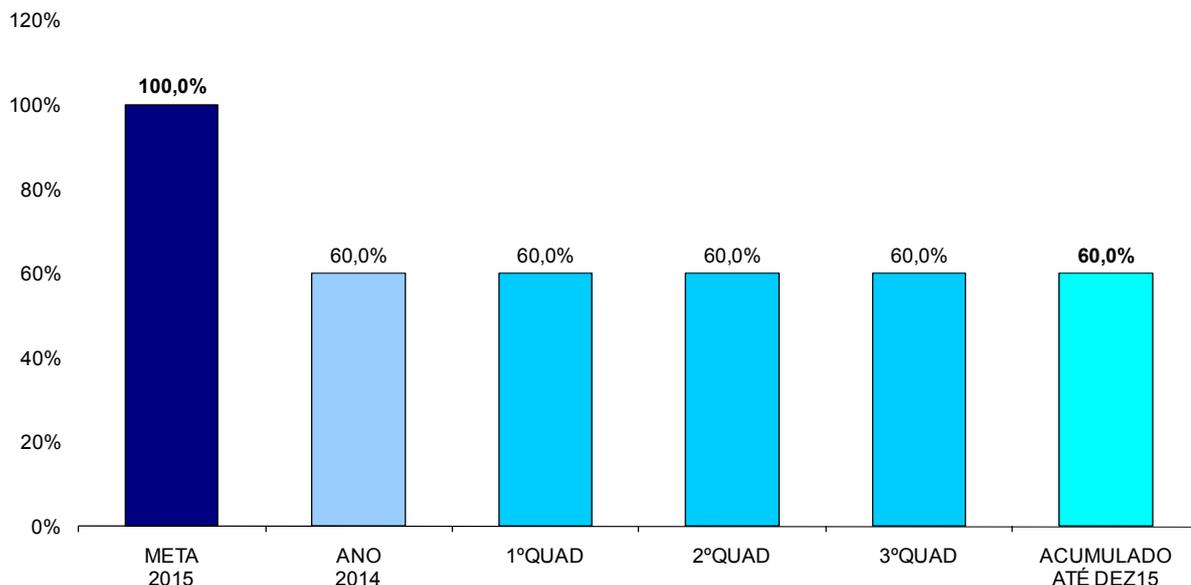
Proporção alcançada dos Planos de Trabalho do Hospital Municipal São José, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Os planos de garantia de acesso em alta complexidade da SES contemplam serviços que devem ser prestados pelo HMSJ sendo que o mesmo não disponibiliza esses serviços próprio tais como: Ressonância Magnética, Fisioterapia, Medicina Nuclear, etc. Pelo fato do HMSJ não ter esses serviços próprios ou contratados, seus indicadores ficam abaixo da média. As Cirurgias ortopédicas também não atendem a meta estimada assim como consulta de neuro-endovascular, eletroencefalograma e etc:

Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Cabe esclarecer aqui que dos cinco hospitais acima de 50 leitos (Hospital Municipal São José, Hospital Bethesda, Maternidade Darcy Vargas, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria) com contrato de metas com o SUS, somente três hospitais, o HMSJ, Hospital Bethesda e Hospital Infantil, estão com os contratos de metas firmados e atualizados. O HRHDS e a MDV, por se tratarem de Gestão e Gerência da SES, caracterizam-se por um processo de revisão dos serviços, limitado à concordância da SES, o que torna o processo mais complexo por envolver não apenas a Gestão Municipal, mas também a Gestão Estadual na tomada de decisão e concordância do processo de contratualização; das cláusulas contratuais de obrigação, dos indicadores quantitativos e qualitativos, os quais impactam e se refletem na ampliação ou redução de serviços contidos nestes planos de trabalho. A SMS encaminhou proposta de revisão destes dois contratos para a SES em 07/12/15, os quais estão em análise na Superintendência dos Hospitais Públicos Municipais da SES.

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 Conselho Gestor é o foro para esta ação, e sua reativação está sendo avaliada pelo Diretor Executivo.

ESTRATÉGIA 6.5. Rever as pactuações com os demais municípios

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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 (anualizada) (Estimativa populacional (IBGE))	$(7.162 \times 100) / 554.604$	1,29	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 (anualizada) (Estimativa populacional (IBGE))	$(42.905 \times 100) / 554.604$	7,74	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 (anualizada) (Estimativa populacional (IBGE))	$(19.963 \times 100) / 554.604$	3,60	3,0
Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade [para cada 1.000 habitantes da] população residente (COAP)	Número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade realizadas [para população residente] (SIH) X 1.000 / População residente em Joinville (anualizada) (Estimativa populacional (IBGE))	$(3.166 \times 1.000) / 554.604$	5,71	4,5

Os quatro indicadores inseridos para acompanhamento da estratégia 'Rever as pactuações com os demais municípios' foram estabelecidos pelo COAP, correspondendo cada qual à produção de procedimentos selecionados SIA e SIH para a população residente no município, independentemente de onde tenham sido ofertados (são computados no indicador os procedimentos realizados em outros municípios para moradores de Joinville).

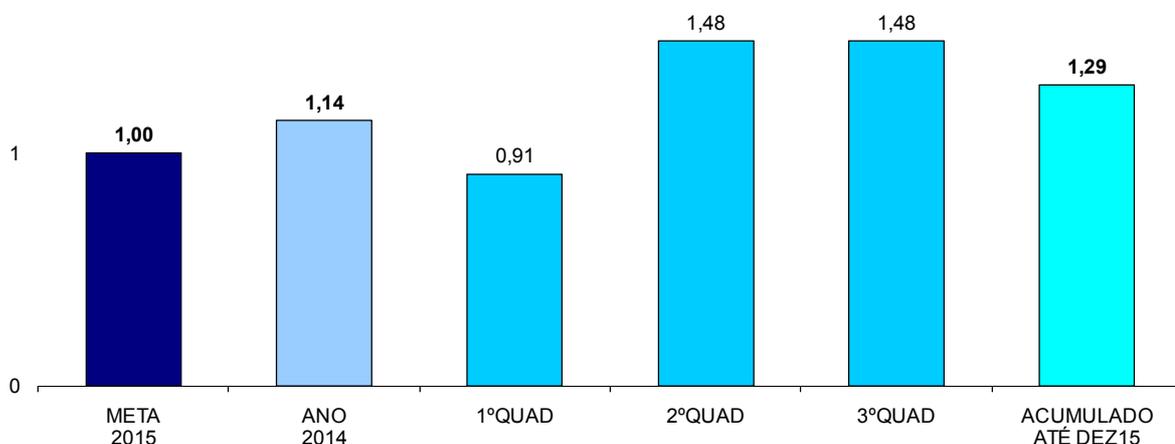
A avaliação destes indicadores, entretanto, é dificultada pela (a) não indicação pelo Ministério da Saúde de parâmetros ideais, mínimos e máximos; (b) pelas mudanças pelo Ministério da Saúde das fórmulas de cálculo ao longo das três edições do 'Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015'; e, (c) pela revisão retroativa da série histórica em virtude destas mudanças das fórmulas de cálculo. Com efeito, as metas do período do Plano Municipal de Saúde 2014-17 foram estabelecidas com base da série histórica disponibilizada pela Secretaria Estadual da Saúde em 2013, merecendo ser reavaliadas. Além disto, (d) os indicadores são 'indicadores complexos', agrupando num único indicador procedimentos não relacionados a um mesmo problema de saúde ou a uma tecnologia (ex. a 'Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade' compreende 22 procedimentos, dentre eles a 'biópsia de endométrio', a 'facectomia com implante de lentes', a circuncisão e o 'acompanhamento de pacientes no pré-transplante de órgãos').

Esses indicadores devem ser analisados criticamente, considerando essas particularidades como também oscilações acidentais no tempo da demanda real pelos procedimentos específicos arrolados e a retroalimentação de atendimentos e internações realizados em outros municípios. Além disto, para comparação entre os municípios, deve-se considerar possíveis falhas do registro da procedência no Boletim de Produção Ambulatorial individualizado (BPAi) e a possibilidade de transferência de domicílio do usuário para o município onde realiza o atendimento, reduzindo o indicador do seu município de origem e aumentando o no município pólo.

Os dados apresentados consolidam as bases locais, portanto, desconsiderando atendimentos e internações realizados em outros municípios para moradores de Joinville.

Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente por 100 habitantes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015

2

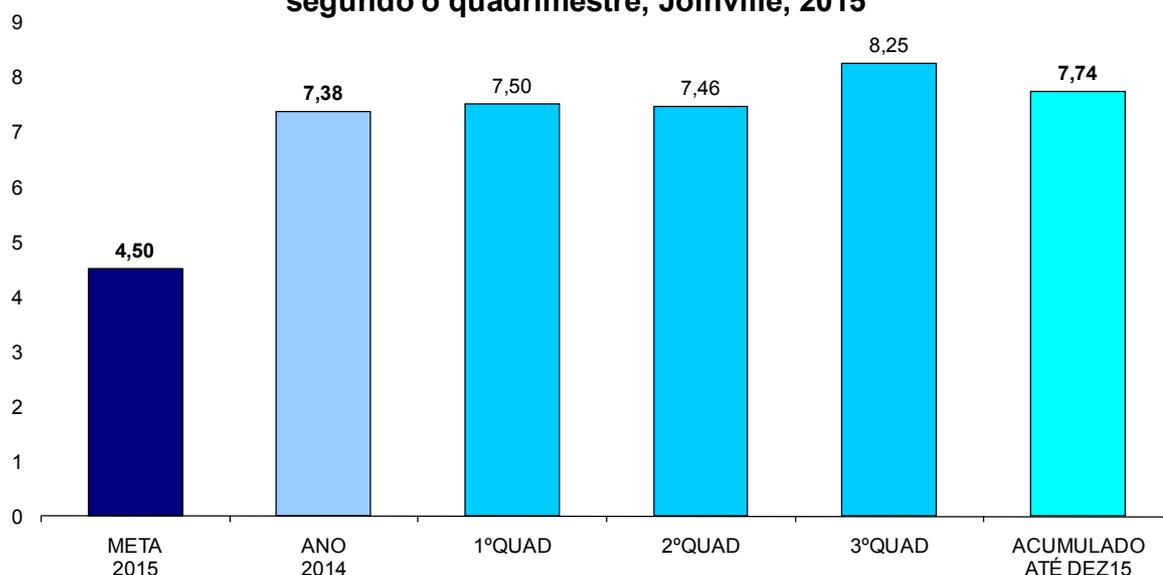


FONTE: (1) UPCAA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (3) UPCAA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Hospitalares (SIH); (2) IBGE, Estimativa populacional;

O indicador 'Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade' apresentou no Brasil em 2014, uma média de 1,3 procedimentos por 100 habitantes, variando nos municípios de 0,0 a 15,6. Cerca 95% dos municípios tiveram resultado inferior a 2,79, podendo esse valor ser assumido como o 'limite superior' de concentração desses procedimentos. A média nacional aumentou de forma contínua entre 2008 a 2014, de 0,67 a 1,3.

O resultado alcançado em 2015 em Joinville foi de 1,29 procedimentos por habitante. No período de 2008 a 2015, em Joinville o indicador tem oscilado em torno de 1,51 por 100 habitantes. Entende-se assim, Joinville ter uma oferta mantida desses procedimentos, próximo a média nacional sem apresentar valores extremos. Ao não acompanhar a tendência nacional de aumento da oferta desses procedimentos, Joinville regrediu gradualmente do percentil 90º em 2008 para o atual percentil 70º em 2015. Em 2014 Curitiba e Londrina também se encontravam no percentil 70º enquanto São Paulo e Florianópolis no percentil 90º.

Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente por 100 habitantes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



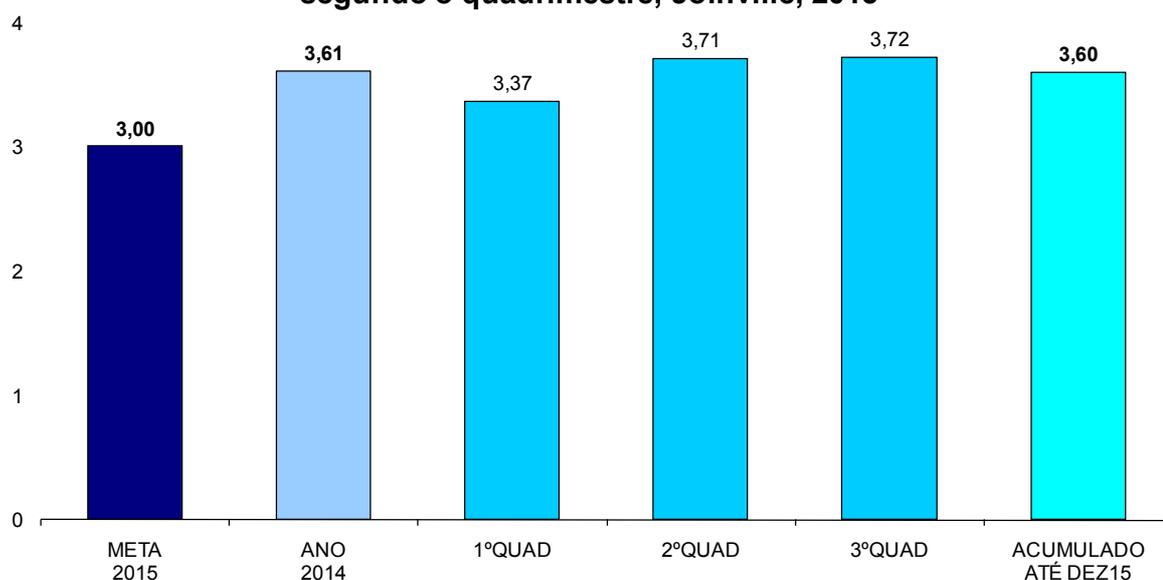
FONTE: (1) UPCAIA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (2) IBGE, Estimativa populacional;

O indicador 'Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade' apresentou em 2014, no Brasil, uma média de 4,99 procedimentos por 100 habitantes, variando de 0,07 a 24,9, sendo que 95% dos municípios tiveram resultado inferior a 9,17. A média nacional apresenta um incremento constante no período de 2008 a 2014, aumentando de 3,06 a 4,99.

O resultado alcançado por Joinville em 2015 foi de 7,74 procedimentos por 100 habitantes. Em 2014 esse valor nos posicionaria no percentil 90º junto com São Paulo e Florianópolis enquanto Curitiba e Londrina se encontravam no percentil 70º com 5,73 e 4,82.

No período de 2008 a 2015, em Joinville o indicador tem aumentado de forma constante, de 4,03 para os atuais 7,74 por 100 habitantes. Entende-se assim, Joinville ter acompanhado a tendência nacional de aumento da oferta desses procedimentos, oscilando entre os percentis 90 e 80º.

Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente por 100 habitantes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



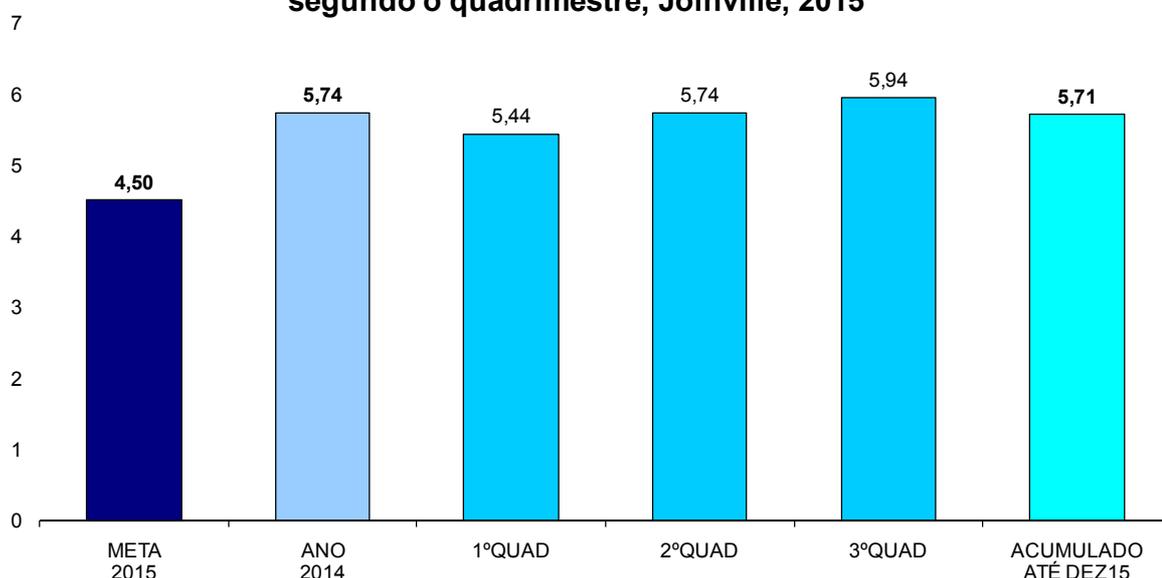
FONTE: (1) UPCAIA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Hospitalares (SIH); (2) IBGE, Estimativa populacional;

O indicador 'Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade' apresentou em 2014, no Brasil, uma média de 3,64 procedimentos por 100 habitantes, variando de 0,04 a 22,3, sendo que 95% dos municípios tiveram resultado inferior a 8,27. Observa-se aí uma diferença de acesso a internações de média complexidade muito maior do que a encontrada para a oferta de procedimentos ambulatoriais. A média nacional, tendo subido de 3,89 em 2008 para 4,04 em 2010, apresentou desde então uma redução chegando a 3,64 em 2014. Esse padrão se repete para a mediana e outros estratos, significando que a redução da oferta das internações de média complexidade foi generalizada para os vários municípios no Brasil.

O resultado alcançado em 2015 em Joinville foi de 3,60 internações por 100 habitantes. Em 2014 esse valor nos posicionaria no percentil 40º junto com Curitiba. Apresentando menor acesso a esses procedimentos, São Paulo e Florianópolis se encontravam em 2014 no percentil 20º e Londrina no percentil 30º, respectivamente com valores 2,88, 2,65 e 3,09.

Contrariando a tendência nacional, desde 2008 Joinville tem aumentado a oferta desses procedimentos, de 3,08 para as atuais 3,60 internações por 100 habitantes, migrando do percentil 20 para o 30º em 2014 e, estimado, para o 40º em 2015.

Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente por 1.000 habitantes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

O indicador 'Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade' apresentou em 2014, no Brasil, uma média de 3,19 procedimentos por 1.000 habitantes variando de 0,00 a 23,2, sendo que 95% dos municípios tiveram resultado inferior a 8,40. Observa-se aí uma diferença de acesso a internações relativamente menor do que a encontrada para as internações de média complexidade selecionadas (observe-se que o indicador é calculado por mil habitantes enquanto os demais são ponderados por 100 habitantes). A média nacional apresenta um aumento constante no período de 2008 a 2014, de 2,29 para 3,19.

O resultado alcançado em 2015 em Joinville foi de 5,71 internações por 1.000 habitantes. Esse valor nos posicionaria em 2014 no percentil 80º, junto com Curitiba e Londrina. Apresentando menor acesso a esses procedimentos, São Paulo se encontrava no percentil 60% e Florianópolis se encontravam no percentil 70º.

Joinville segue a tendência nacional no período apresentando um importante aumento da oferta, de 3,29 internações por 1.000 habitantes em 2008 para os atuais 5,71, oscilando ao longo dos anos entre os percentis 70 e 80º quando comparado com outros municípios.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Analisar a capacidade do município em cumprir os compromissos decorrentes do Plano Diretor de Regionalização	O Plano Diretor de Regionalização elaborado pela SES e aprovado em Comissão Intergestores Bipartite é do ano de 2008. Importante informar que após este Plano houve novas publicações de Instrumentos de Pactuação e referência de atendimento como o Plano da Oncologia em 2010, Plano da Oftalmologia 2011, além da publicação do Decreto nº 7.508/11 - que regulamenta a Lei nº 8.080/90 a traz o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) e da Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015, que traz a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), que vem para substituir a Programação Pactuada e Integrada. Para tanto é necessário que a SES trabalhe na atualização do PDR, mas principalmente com a nova ferramenta do Ministério da Saúde que é a PGASS, pois desta forma não só o município de Joinville, mas a região poderá avaliar a sua capacidade de serviços e o cumprimento deles.
2. Comparar custos operacionais e transferências financeiras para cada serviço pactuado	Foi iniciado em 2015, pelo setor de contabilidade, um estudo de custos fixos e variáveis, nas Gerências e Unidades de Saúde. Este processo será aperfeiçoado, visando adequação às normas brasileiras de contabilidade aplicadas ao setor público. Alguns serviços especializados apresentam dificuldades em função da própria complexidade do serviço prestado, como é o caso do Centrinho, que em 2015 promoveu a discussão com o Estado, referente ao repasse de recursos, pois assiste usuários com fissura labiopalatina oriundos de 281 municípios, com recurso estadual insuficiente quando comparado com o custo e manutenção do serviço. O assunto foi levado à Comissão Intergestores e encaminhado ao atual secretário estadual de saúde, porém sem retorno. Para o ano de 2016, pretende-se iniciar a pactuação diretamente com os municípios assistidos
3. Elaborar uma proposta de inserção de Joinville na rede estadual – conforme a metodologia do COAP	Conforme informação da SES, O COAP ainda não foi assinado e implantado no Estado de Santa Catarina. Em virtude disso, Joinville e os demais municípios não construíram o processo de inserção na Rede com esta lógica, mas é importante ressaltar que todas as Redes e Linhas de Cuidado foram desenvolvidas e implantadas em Joinville. No entanto, é fundamental resgatar o processo para posterior discussão na CIR e na SES, para que as Redes possam ser integradas e regionalizadas. No ano de 2015, especialmente a Rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência participou de discussão com a área técnica da pessoa com deficiência no Grupo Condutor Estadual para ações de abrangências estadual que compuseram o Plano Estadual de Saúde.
4. Agilizar exames e consultas com especialistas (PLANO DE GOVERNO)	Para agilizar exames e consultas, o Setor de Regulação trabalha com a classificação de priorização do risco do usuário, onde os profissionais médicos Reguladores são os responsáveis por esta atividade. Além disso, está sendo revisada, junto ao Planejamento e a Programação, a necessidade de reprogramar as pactuações com os municípios que referenciam atendimentos para Joinville. Outra atividade proposta para contemplar esta ação é trabalhar na elaboração e discussão de Protocolos Clínicos e de Acesso que deverão ser utilizados por todos os Municípios para padronização do atendimento. O Setor de Programação revisa anualmente as contratações de serviços, bem como as reprogramações de contratações no SUS, para que o Setor de Regulação tenha oferta dos serviços conforme necessidade e agenda disponível para dar agilidade a exames e consultas. Para procedimentos que não constem na Tabela SUS, o Setor de Regulação trabalha em parceria com o GUAF, que justifica no Sistema SEI e solicita a compra destes exames administrativamente para garantir o acesso do usuário. O Projeto de Regulação <i>on line</i> também contribuirá para agilizar consultas e exames.

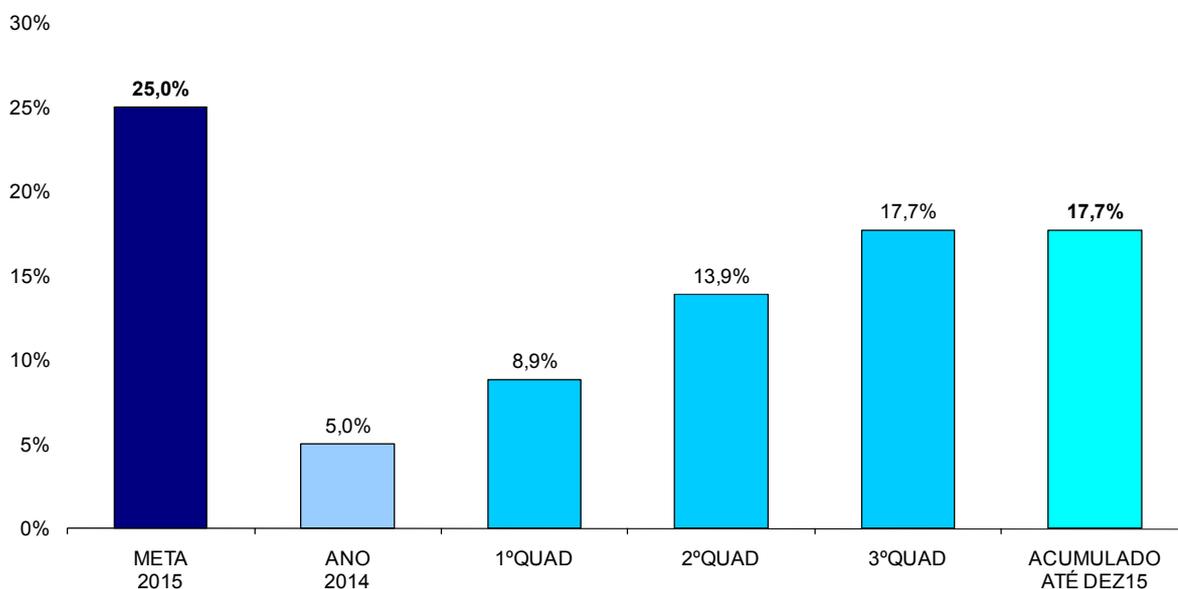
DIRETRIZ 07: Adequação da oferta de serviços às necessidades locais

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 2015
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)	(14 X 100)/79	17,7%	25,0%

Proporção de Unidades de Saúde próprias e alugadas com alvará sanitário, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: (1) MS\ Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (DATAVISA); (2) UPCAAl Controle e Avaliação, Sistema de Cadastro Nacional de

Ao longo do ano de 2015 a Vigilância Sanitária concedeu 14 alvarás para as seguintes unidades de saúde: CAF - Central de Abastecimento Farmaceutica, UBS Itaum, UBS Sede Costa e Silva, UBS Sede Pirabeiraba, UBSF Caic Paranaense, UBSF Paranaguamirim, UBSF Rio Da Prata, UBSF Rio Do Ferro, UBSF São Marcos, UBSF Jardim Paraiso I/II – UPA Sul, PA 24hs Norte, Farmácia Escola, dispensário de medicamentos da Unidade Sanitária.

Algumas unidades são dispensadas da obrigatoriedade do alvará devido a natureza do trabalho prestado, no caso apenas serviço administrativo como a Secretaria Municipal de Saúde, a Central de Regulação e o Serviço de Inspeção Veterinária.

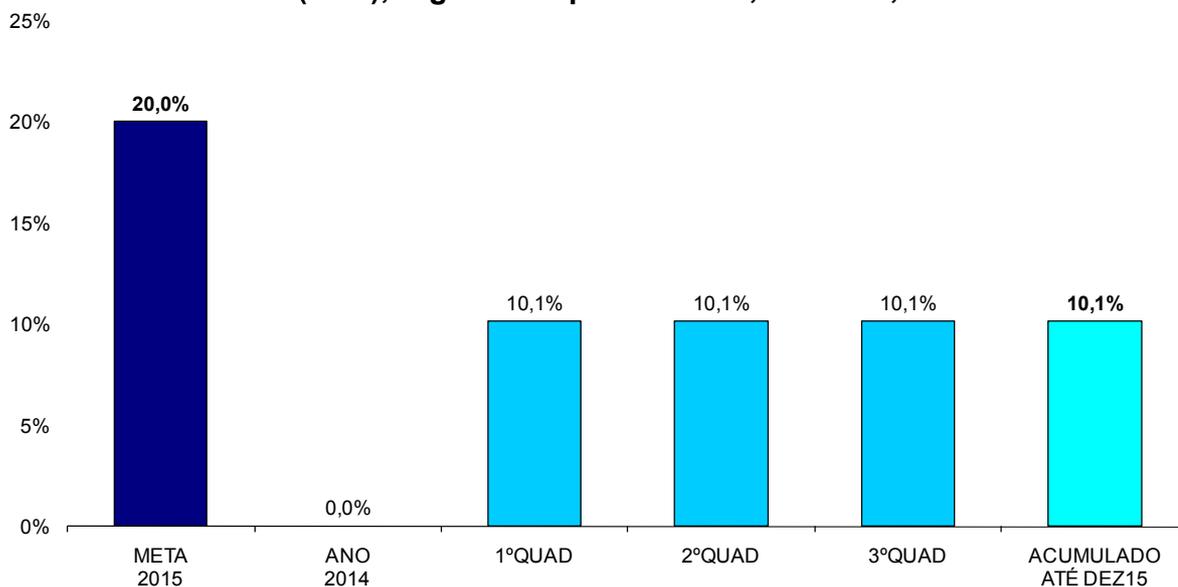
AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Instituir um plano de melhoria contínua da rede ambulatorial a partir das necessidades de oferta por área de abrangência e serviço de referência, considerando o perfil epidemiológico, local e de grupos vulneráveis, o crescimento e transformação da cidade e região	Desenvolvido o Plano Estratégico da Atenção Básica e o Plano Estratégico para os Distritos de Saúde. Ambos contemplam a qualificação da Atenção Básica, sua estruturação e seus processos de trabalho
2. Elaborar um plano de implantação de novas Unidades de Saúde, inclusive com levantamento preliminar de terrenos públicos e planta básica genérica	Concluído em 2015. Levantamento efetuado no decorrer do exercício está disponível na UAB para eventual necessidade do município. O plano de implantação de novas Unidades de Saúde também finalizado está incluso no Termo de Ajustamento de Conduta.
3. Levantar as condições da estrutura física das Unidades de Saúde próprias e suas necessidades de reforma e ampliação	Concluído em 2015. Em parceria com a AMUNESC, a mesma efetuou o levantamento. Paralelamente o setor de Obras efetuou outro levantamento para conhecer a real situação das Unidades.
4. Elaborar um plano de investimento em estrutura física, incluindo a substituição das Unidades de Saúde alugadas por próprias	Juntamente ao levantamento das áreas públicas e levantamento das condições de estrutura física, iniciou-se a elaboração de um plano, no qual a primeira será a UBSF Morro do Meio. A ser analisado junto a Prefeitura a questão financeira para finalizar o plano.
5. Padronizar tipos e quantidades de equipamentos necessários por Unidade de Saúde conforme seu papel na Rede Assistencial	Atualmente um profissional da Gerência Financeira centraliza as solicitações de aquisição de materiais e equipamentos de toda a SMS e padroniza por tipos e quantidades necessários por cada Unidade de Saúde.
6. Elaborar previamente projetos para submissão a eventual edital do Ministério da Saúde e outros órgãos financiadores	Em 2015 foi elaborado um plano de ação para os recursos dos convênios já existentes, a fim de não perder os recursos já contemplados. Em 2016 será dada continuidade neste trabalho e também será estabelecida uma meta para novos projetos com cronograma de entrega. Na GUSR, foi finalizado o projeto de construção de um CER tipo III, visando à atenção a deficiências intelectual, auditiva e visual. Está em processo de construção o CAPS AD III e a Unidade de Acolhimento, projetos estes inseridos na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Os coordenadores da GUSR foram orientados a se manter informados de possíveis convênios, bem como para elaborar Projetos para possíveis futuros pleitos.
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 ambulatorios	As obras e alocação de equipamentos estão sendo executadas conforme o Plano de Desenvolvimento da Atenção Básica, aprovado pelo CMS, adequando as novas unidades e unidades reformadas a legislação, com emissão de Alvará Sanitário. As Unidades de Referência são objeto de projetos específicos estando ainda em desenvolvimento o Plano de Desenvolvimento da Referência.
8. Definir uma Programação Físico Orçamentária (PFO) específica para cada Unidade de Saúde	Todas as Unidades de Saúde da SMS tem sua PFO específica e cadastrada no Sistema de Informação Ambulatorial. Como processo de aprimoramento o Setor de Planejamento está elaborando as novas propostas de programação das Unidades de Saúde.
9 Realizar assistência no presídio de Joinville, conforme definido na Política Nacional de Assistência Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)	Foi implantada uma equipe de saúde no presídio, constituída por 2 médicos clínicos, 2 dentistas, 1 enfermeiro, 1 assistente social e 2 técnicos de enfermagem. Em relação ao psicólogo, a Secretaria de Justiça e Cidadania propôs seja do próprio quadro.
7.2. Manter os serviços em funcionamento, com aquisição de equipamentos, manutenção preventiva predial e de equipamentos	Rotineiramente, as gerências encaminham para a gestão, as necessidades de cada ponto de atenção, seja em relação a aquisição de equipamentos, manutenção preventiva e predial, bem como a manutenção de equipamentos.

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

Oferta de serviços

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(8 \times 100) / 79$	10,1%	20,0%
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)	$(26 \times 100) / 35$	74,3%	60,0%

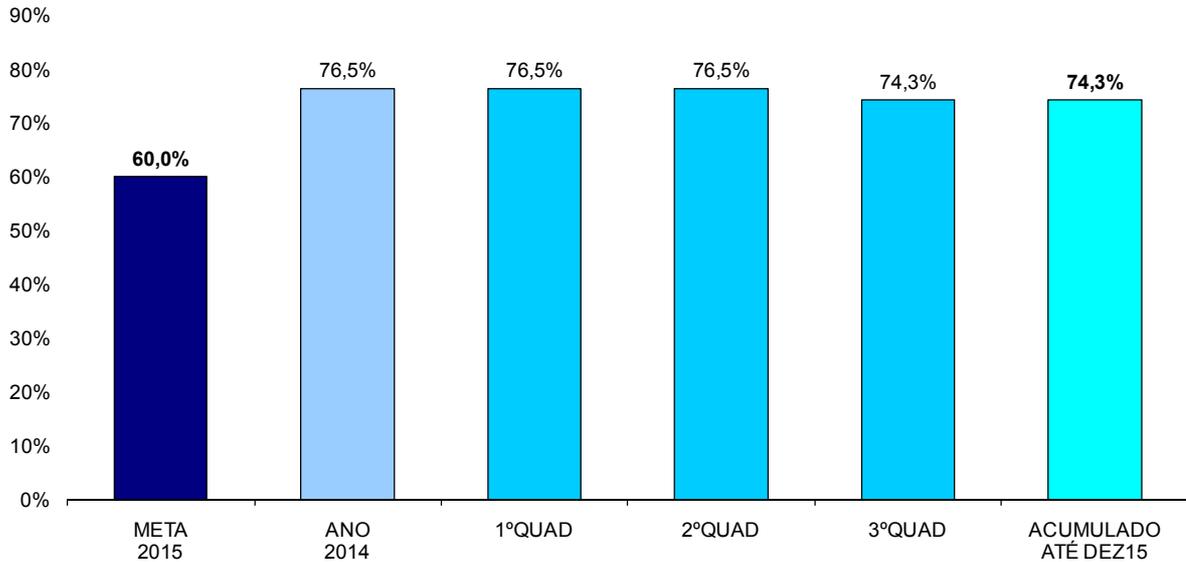
Proporção de Unidades de Saúde próprias com CNES que alcançam a sua Programação Físico Orçamentária (PFO), segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: (1) UPCAAl\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (2) UPCAAl\ Controle e Avaliação, Sistema de Cadastro

A Área de Controle Avaliação e Auditoria (CAA) esta fazendo acompanhamento das Programações Físico Orçamentárias das unidades: NAIPE, Centrinho, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS Infantil e PAPS. Em 2016 o CAA pretende ampliar esse acompanhamento na medida em que sejam revistas e homologadas as PFOs das demais unidades de saúde.

Proporção de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Físico Orçamentária contratada, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Referente aos dados de acompanhamento dos prestadores contratados por credenciamento universal, a área do CAA sempre acompanhou mais os prestadores contratados do que os próprios, por esse fato não foi possível cumprir a meta dos serviços próprios. Hoje são acompanhados os contratos com os laboratórios, clínicas de fisioterapia, serviço de TRS e outros.

AÇÕES PROGRAMADAS	AVALIAÇÃO
1. Manter os serviços diretamente realizados nas Unidades Básicas de Saúde	Com a fixação orçamentária específica busca-se priorizar a Atenção Básica ampliando o acesso.
2. Manter os serviços diretamente realizados nas Unidades Ambulatoriais de Referência próprias e Laboratório Municipal	Os serviços estão mantidos e há estudos para otimizar o Laboratório Municipal juntamente com o Laboratório do Hospital Municipal São José, afim de eliminar a contratação de terceiros. O Laboratório Municipal mantém os serviços de rotina e contrata serviços não disponibilizados pelo mesmo.
3. Manter os serviços complementares	Mesmo com a situação financeira crítica instalada no segundo semestre de 2015, ocasionada pela crise nacional, foram mantidos os serviços complementares.
4. Manter os serviços diretamente realizados nos Serviços de Vigilância em Saúde	Com a fixação orçamentária específica, além de recurso financeiro específico foram mantidos todos os serviços diretamente realizados, inclusive os Serviços da Vigilância em Saúde, com ações de rotina.
5. Manter o fornecimento de medicamentos	Com a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) em funcionamento, destinação orçamentária específica para aquisição de medicamentos e manutenção de dois processos abertos para compra, se provê o fornecimento de medicamentos.
6. Manter os serviços de apoio e gestão	Com a situação financeira crítica instalada no segundo semestre de 2015, ocasionada pela crise nacional, foram necessários alguns cortes, não sendo possível a manutenção de todos os serviços.

<p>7. Elaborar Planos Setoriais, contemplando a aplicação de recursos vinculados, exigências legais e o crescimento e desenvolvimento dos serviços</p>	<p>Com o trabalho efetuado durante o exercício, algumas gerências já possuem planos e controle de recursos, usufruídos em cada gerência específica, como o PMAQ, Dengue, Propostas específicas. No entanto, ainda possuindo poucos recursos, deverá ser conversado com as gerências afins para esse controle compartilhado.</p> <p>A UPCAA tem em sua estrutura o Setor de Regulação, para este setor foram adquiridos cinco computadores, O Plano Municipal de Saúde Mental está atualizado e em conformidade com o Plano Municipal de Saúde. Já estão aprovados os projetos de transformação do CAPS AD em CAPS AD III (24h) e da sede própria da Unidade de Acolhimento Adulto.</p>
--	--

Sistema de Auditoria

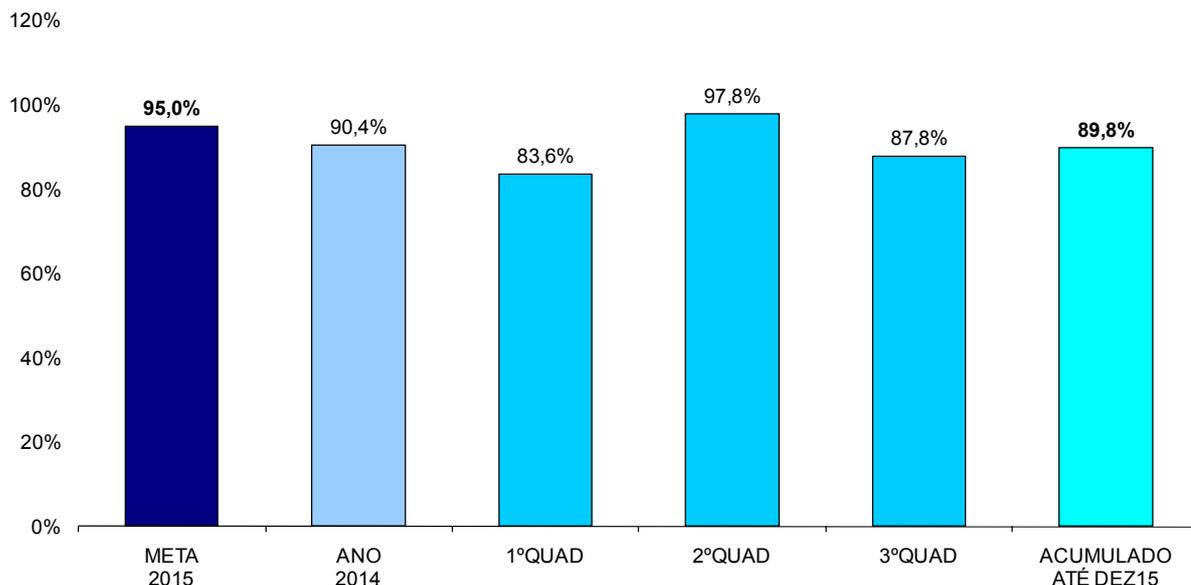
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado (COAP)	Número de componentes municipais [do Sistema Nacional de Auditoria] implantados (SISAUD)	1	1	1

O município de Joinville tem um componente nacional de Auditoria conforme Decreto Municipal nº 8.865/98 e as Leis municipais 3.584/97 e 4.178/00 e vai continuar mantendo.

Assistência Farmacêutica

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(48187 \times 100) / 53655$	89,8%	95,0%

Proporção de itens do Elenco Básico de Medicamentos ofertados regularmente, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTES: UAFICAF, Relatório do Almoxarifado da Farmácia;

O indicador ficou abaixo da meta prevista, apesar da realização de pregão eletrônico do município, adesão à ata de registro de preços do CIS/Nordeste, finalização da implantação do sistema de controle (Hórus) nas farmácias localizadas nas Unidades de Saúde. Encontramos dificuldades no fornecimento, pela falta de matéria prima, lotes retirados pela ANVISA e principalmente no final de ano por questões de falta de pagamento, provenientes de repasses em atraso pelo o Estado e pela União. Fornecedores que atrasaram suas entregas, dependendo do motivo, foram instaurados processos administrativos de penalização.

Gestão de Pessoas

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos (COAP)	Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos (CNES) X 100 / Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública (CNES)	$(3200 \times 100) / 3200$	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

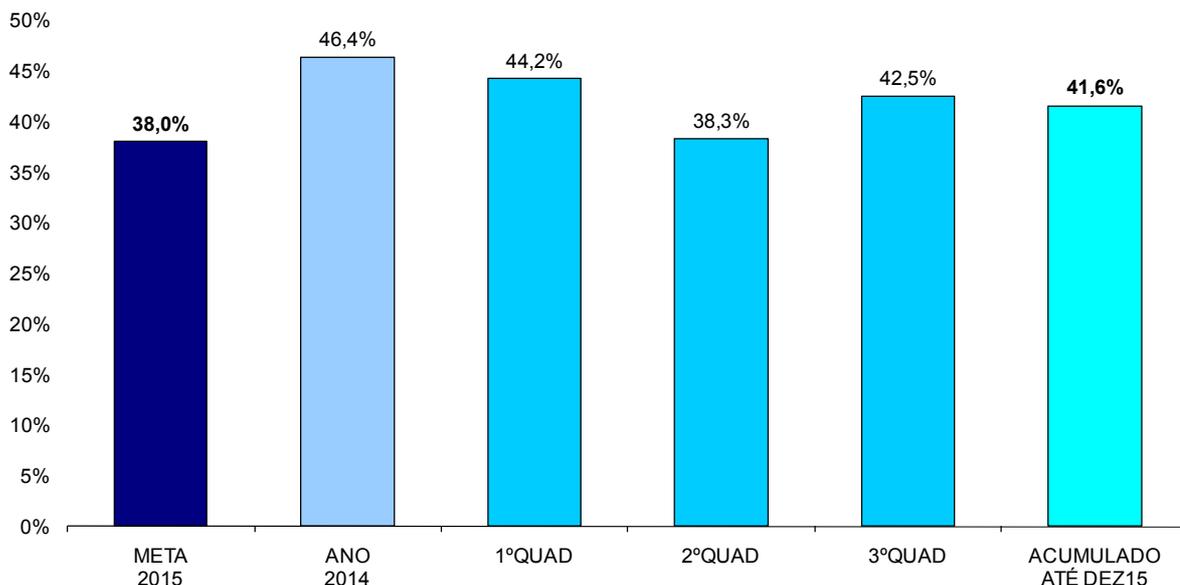
A Prefeitura de Joinville realiza todas as contratações para preenchimento de cargos, por meio de Concurso Público e Processo Seletivo Simplificado, não havendo vínculos precários de trabalho. No caso de médicos do Programa Mais Médicos, o vínculo também é protegido, neste caso, pelo ente federal.

A implantação das mesas de negociação setorial da saúde aguardam discussão. Entretanto, as demandas de negociação ocorrem formalmente entre o Sindicato dos Servidores Públicos e a Secretaria de Gestão de Pessoas da PMJ.

Rede de Urgência e Emergência:

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(539924 \times 100) / 1298734$	41,6%	38,0%
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)	$(35 \times 100) / 342$	10,2%	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)	$(114 \times 100) / 1065$	10,7%	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)	$(83 \times 100) / 156$	53,2%	55,0%
Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	população residente em municípios com acesso ao SAMU X 100 / população total residente	$(546981 \times 100) / 546981$	100,0%	100,0%
Proporção de Unidades de Suporte Básico disponíveis* (PPA)	Somatório dos 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)	$(1910 \times 100) / 2920$	65,4%	86,0%
[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)	37	37,0	30,0

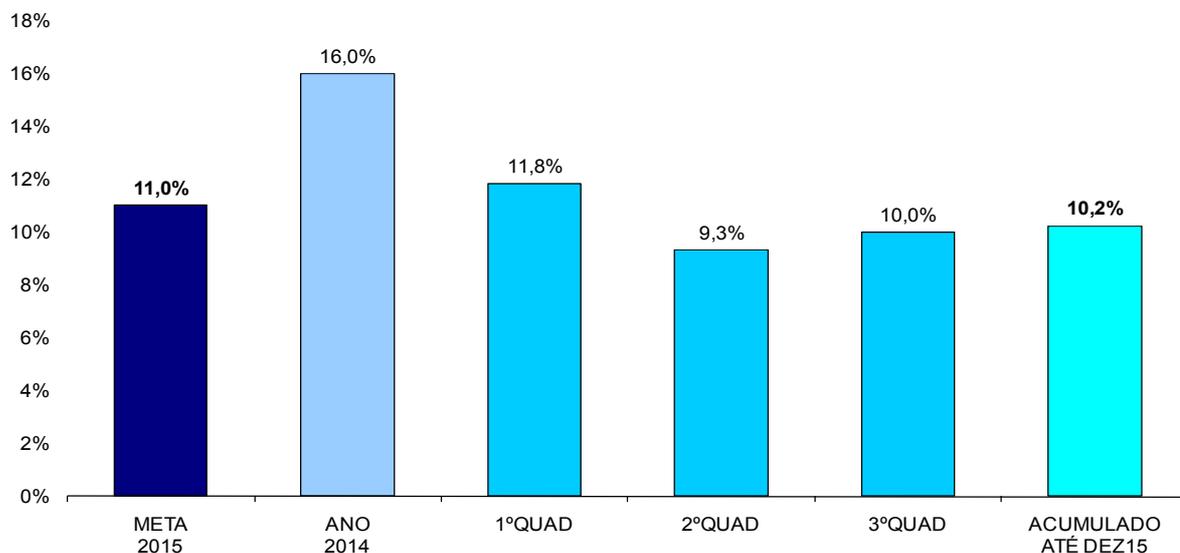
Proporção de consultas médicas de urgência e emergência, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: UPCAÁ\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA);

O indicador ultrapassou a meta estimada de 38%, mantendo-se ainda acima do desejável. A persistência da inversão do Modelo de Atenção é reflexo da cobertura de PSF que ainda se mantém bem abaixo do ideal. Essa afirmação é possível baseado nas estatísticas da Classificação de Risco aplicada aos municípios que procuram os PAs. Essa análise mostra que mais de 70% da procura nas Unidades de Pronto Atendimento são de pacientes pouco urgentes ou sem urgência que deveriam ser atendidos e absorvidos pela Atenção Básica, mas que não a procuram devido a dificuldade desta em acolher a demanda espontânea em sua agenda atual e a falta de um acolhimento. Está previsto para 2016 a capacitação dos profissionais Classificadores de Risco dos PAs, a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (Caderno 28 do MS) na Atenção Básica, e a ampliação do Modelo de PSF no município com vistas a qualificar o atendimento e melhorar o acesso da população de maneira correta e efetiva aos serviços de saúde adequados.

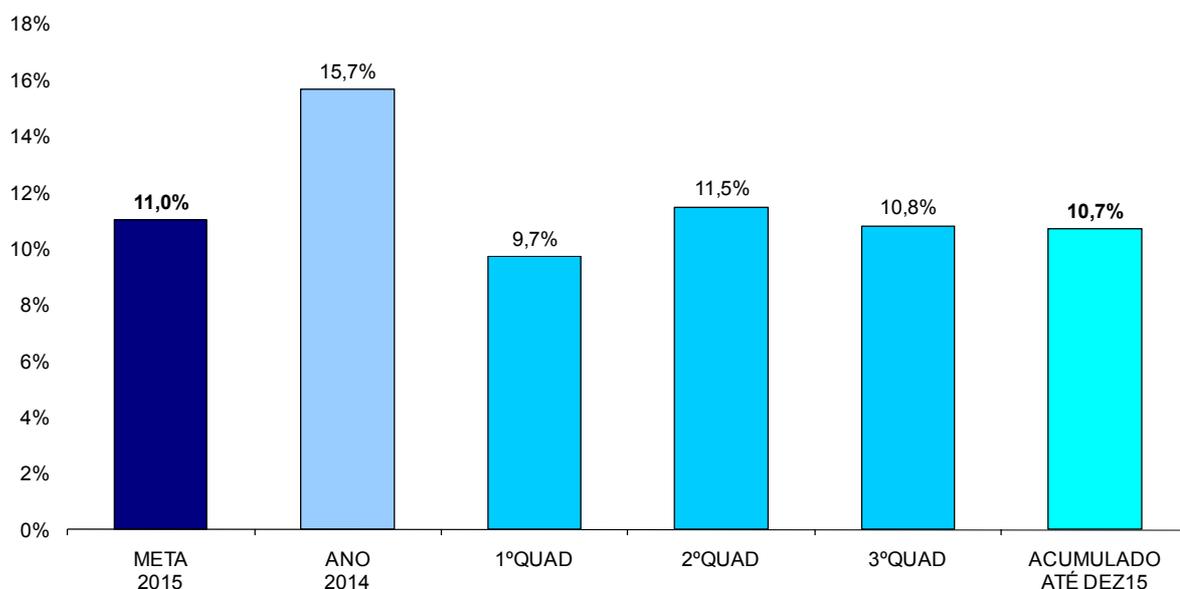
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM), segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: UPCAÁ\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Hospitalares (SIH);

Melhora do Indicador devido a implementação da regulação de Urgências e Emergências através do SAMU e SISREG, garantindo melhoria de acesso aos casos graves em tempo resposta menor. Essa medida reflete diretamente no prognóstico dos pacientes. A Rede de Urgência e Emergências vem dando atenção diferenciada à análise dessas regulações, com a finalidade de garantir acesso dos casos graves aos locais mais adequados ao tratamento do paciente no tempo mínimo preconizado pelo Protocolo de Assistência ao IAM.

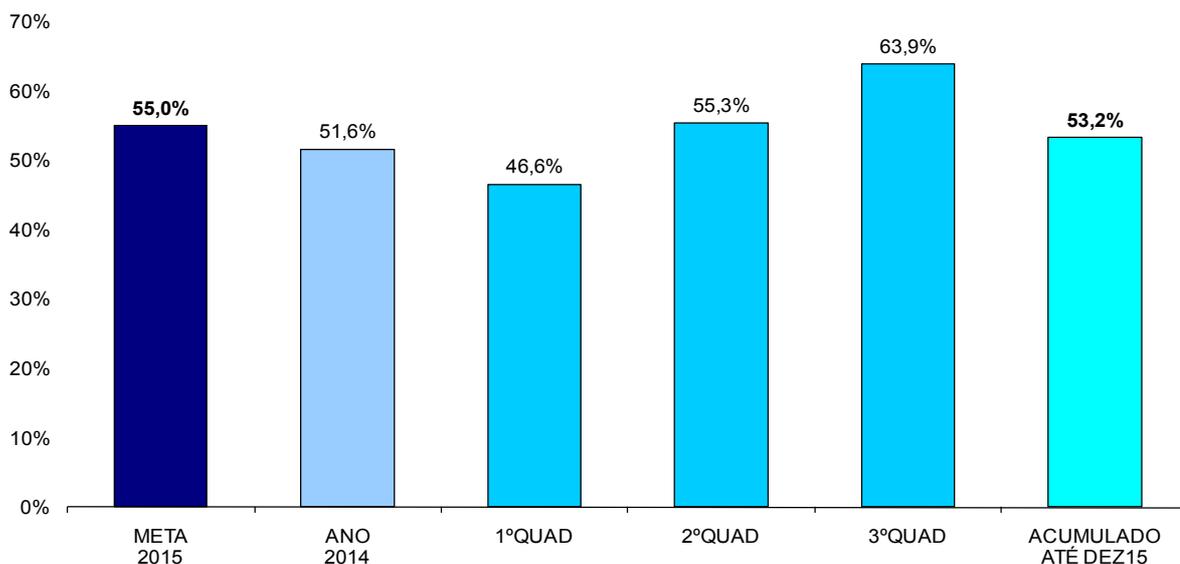
Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Acumulado ficou abaixo da meta estabelecida, o que é positivo, porém bem próximo da mesma, sendo que no segundo quadrimestre ultrapassou um pouco. Em relação ao ano passado observa-se que houve uma melhora no indicador, lembrando que este avalia a eficácia da atenção hospitalar em evitar a morte dos pacientes internados, sendo desejada sua redução.

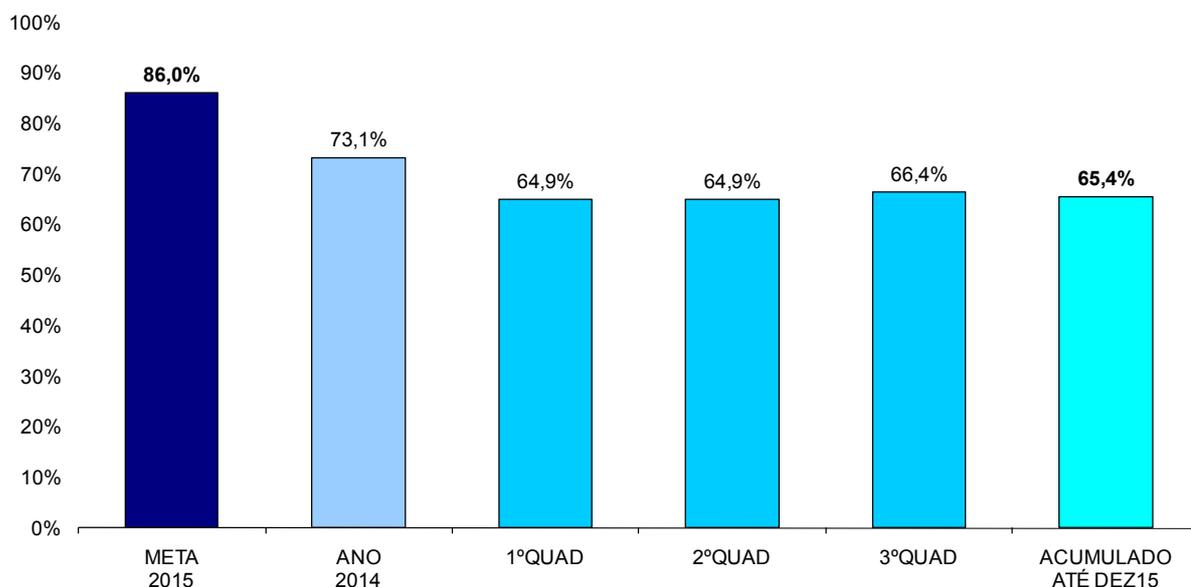
Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Melhora do indicador em relação ao ano anterior, indica uma resposta mais ágil do SAMU ao atendimento destes casos, permitindo alcançar o atendimento hospitalar. 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.

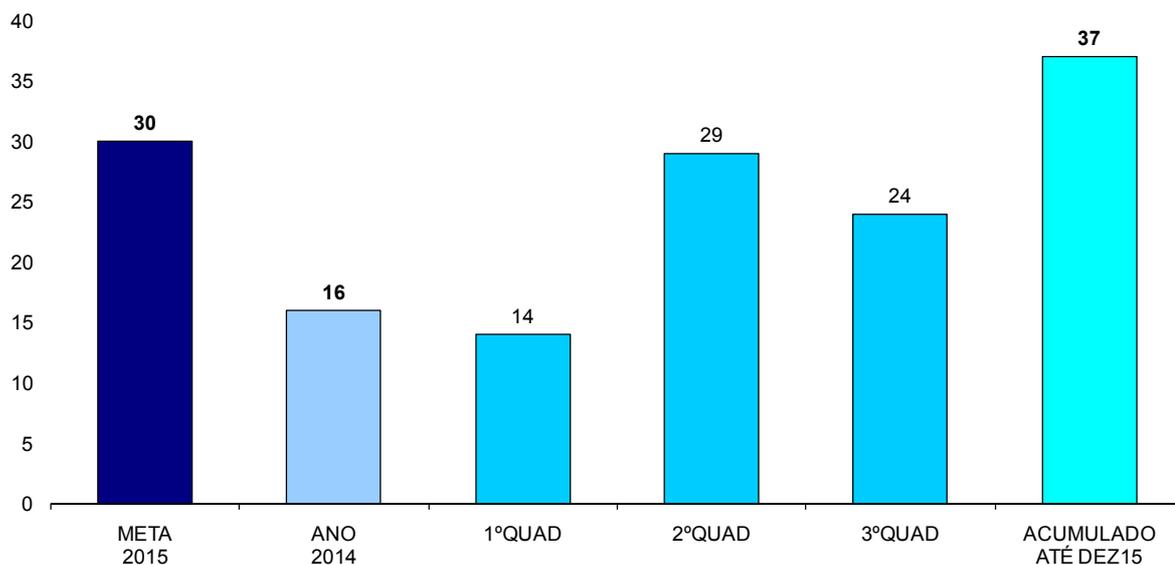
Proporção de Unidades de Suporte Básico disponíveis, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Apesar das USBs manterem seu tempo resposta nas ocorrências dentro dos parâmetros preconizados conforme relatórios apresentados, tivemos diversos problemas com relação a manutenção corretiva das viaturas devido a morosidade na entrega de peças (frota veículos importados). Outro fator que contribuiu significativamente para o indicador ficar aquém da meta foi a falta de viatura reserva. Sem possibilidade de substituição para manutenções periódicas, as viaturas operantes acabavam sendo utilizadas até o extremo e quando paravam por falhas ou pane mecânica, comprometendo o quantitativo mínimo de USBs disponíveis. Para evitar a falta das mesmas devido às freqüentes baixas por problemas mecânicos a Secretaria Municipal de Saúde realizou a compra de duas novas viaturas, que começaram a rodar no recesso de final de ano, em dezembro de 2015. Além dessas, em outubro de 2015 iniciou o processo para aquisição de mais duas viaturas, para possibilitar a renovação da frota, bem como a manutenção preventiva das mesmas. Assim a SMS disponibilizará de viaturas para "backup" (reservas), melhorando o panorama para 2016.

Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

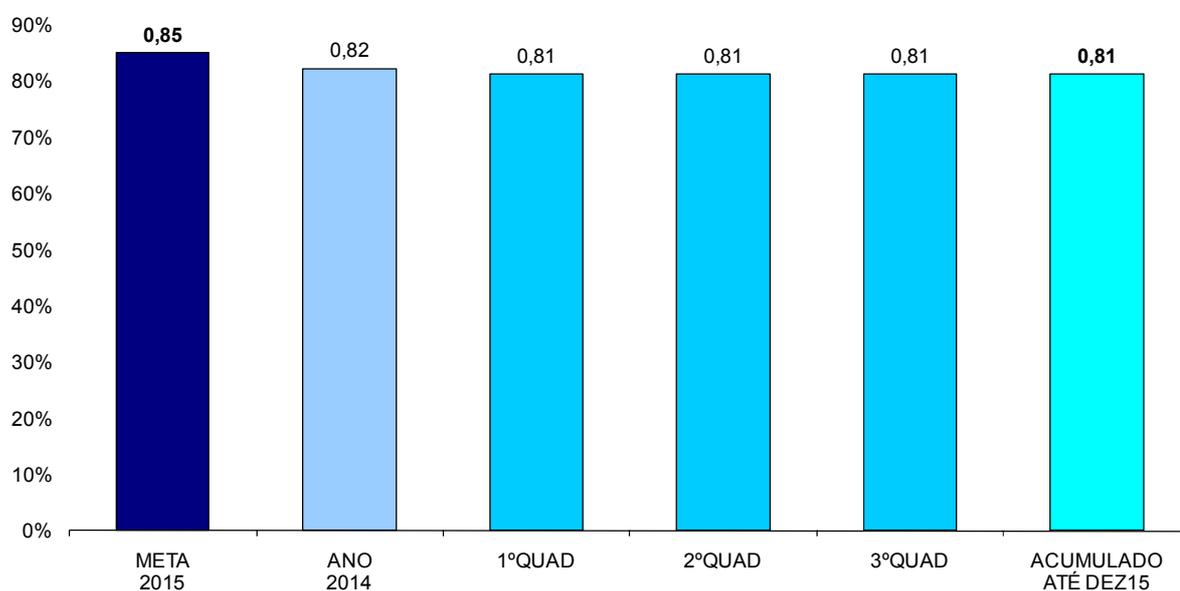
Núcleo de Prevenção de Violência e Acidentes (NPVA) dobrou o número de unidades notificadoras em 2015 de 18 para 37, ou seja, um acréscimo 100% das unidades de saúde do município notificando violências. Este sucesso foi possível graças à atividades educativas junto as nove Regionais de Saúde, onde participaram representantes, em sua maioria enfermeiros das unidades básicas. Foram também contemplados os serviços de saúde mental e visitas técnicas para apoio aos hospitais tanto públicos quanto privados, PAs públicos e Maternidade Darcy Vargas. A equipe de trabalho do NPVA percebeu que várias unidades de saúde estavam com o seu CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) desabilitado e desatualizado no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) prejudicando o registro de suas notificações. A Vigilância Epidemiológica realizou estas notificações durante o ano devido ao CNES desatualizado de Unidades. Após contato com a Secretaria de Estado de Saúde o mesmo foi atualizado e habilitado, com a correção a partir de maio não houve mais registros pela Vigilância Epidemiológica.

O NPVA participou efetivamente do Comitê Estadual de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências e está contribuindo para criação do protocolo estadual de atendimento às pessoas em situação de violência sexual.

Rede Psicossocial:

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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))	$(4,5 \times 100.000) / 554601$	0,81	0,85

Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial por 100.000 habitantes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

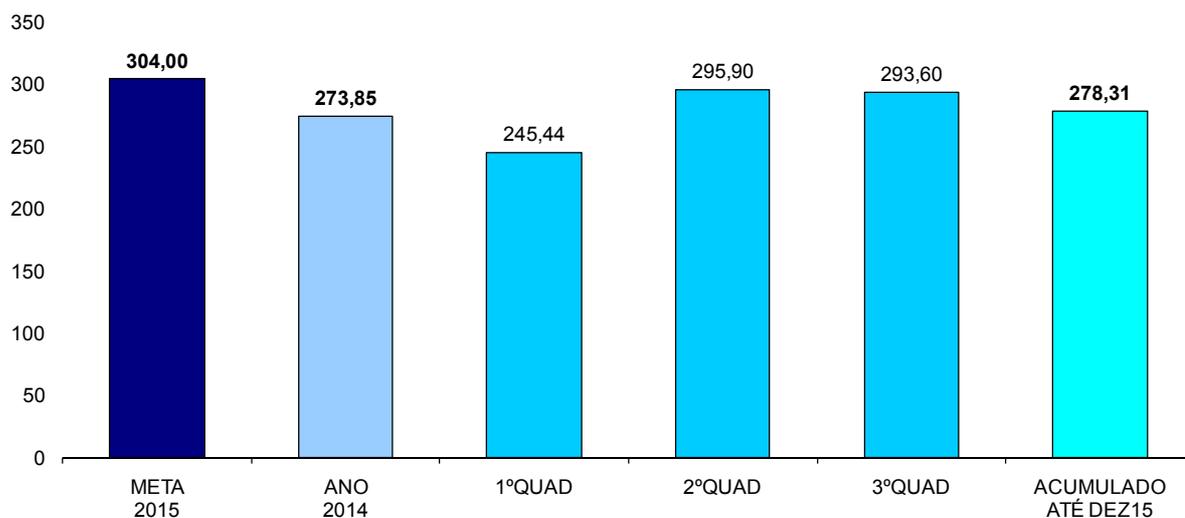
Está em andamento a transformação do CAPS AD em CAPS AD III (24h) o que ultrapassará a meta proposta. Atualmente este Projeto está no setor de obras, sendo que já há indicação de local para construção, já aprovado pelo Ministério da Saúde. A previsão de conclusão desta obra é 2 anos.

O município conta com outros equipamentos além de CAPS que assistem as demandas de Saúde Mental, não computados no indicador, como o SOIS (Serviços Organizados de Inclusão Social), UA (Unidade de Acolhimento adulto) e RT (Residência Terapêutica) - já em fase de implantação da segunda residência.

Doenças e condições crônicas:

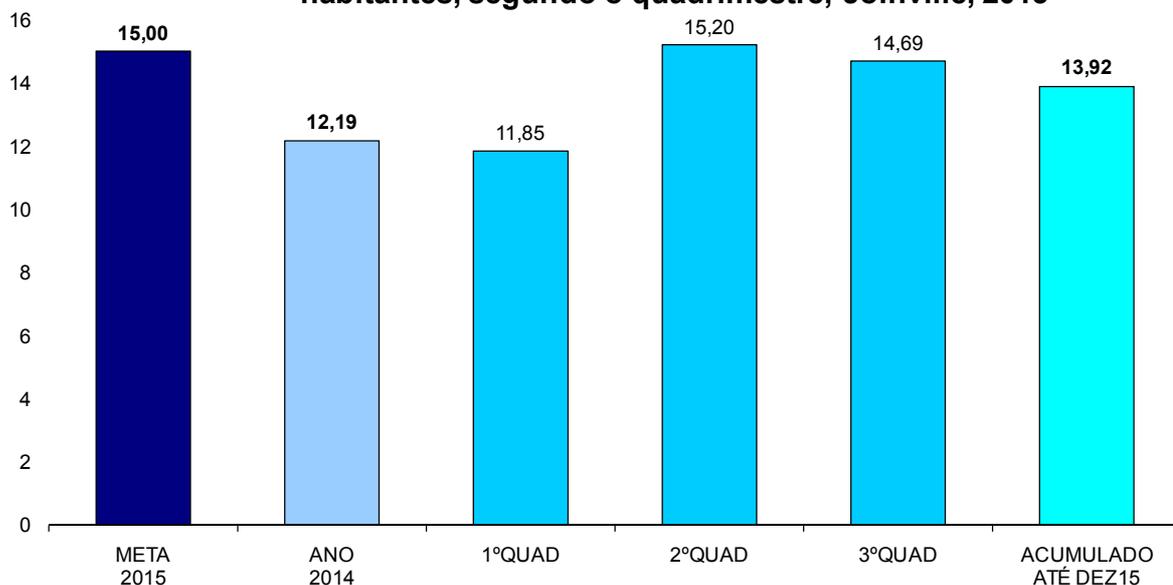
INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) por 100.000 habitantes (COAP)	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) com CID selecionado (SIM) X 100.000 / População [residente em Joinville] de 30 a 69 anos (anualizada) (Estimativa populacional (IBGE))	$(728 \times 100.000) / 261576$	278,3	304,0
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))	$(324 \times 10.000) / 232824$	13,9	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;

Coefficiente de internações por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos de idade por 10.000 habitantes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



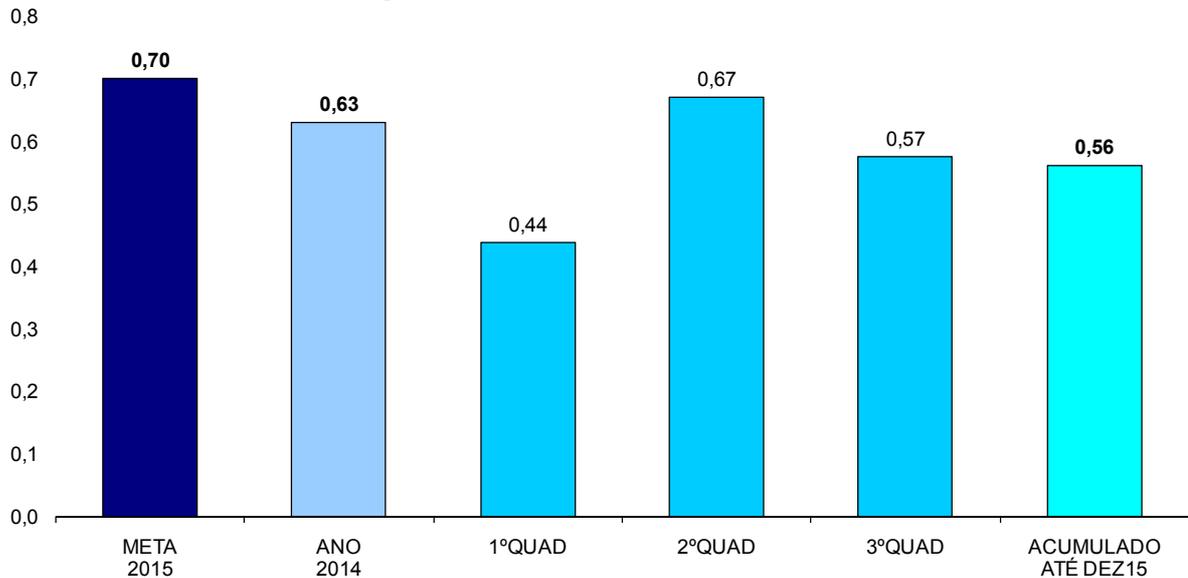
FONTE: (1) UPCAA\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Hospitalares (SIH); (2) IBGE, Estimativa populacional;

Os resultados das internações devido acidente vascular cerebral (AVC) e mortes prematuras ficaram abaixo da meta estimada, o que é positivo e deve-se a investimentos em educação permanente, matriciamentos e as iniciativas de articulação na rede de atenção as pessoas com doenças crônicas no município. O município tem um serviço de referência para atendimento dos casos de AVC e monitoramento constante, com um excelente trabalho de notificação, no serviço público e privado. Um bom serviço de acompanhamento e controle de hipertensão arterial nas UBSs, levando a um bom índice e com resultado dentro do pactuado.

Doenças e condições crônicas

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	(28616) / 51036	0,56	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)	(12564) / 22464	0,56	0,70

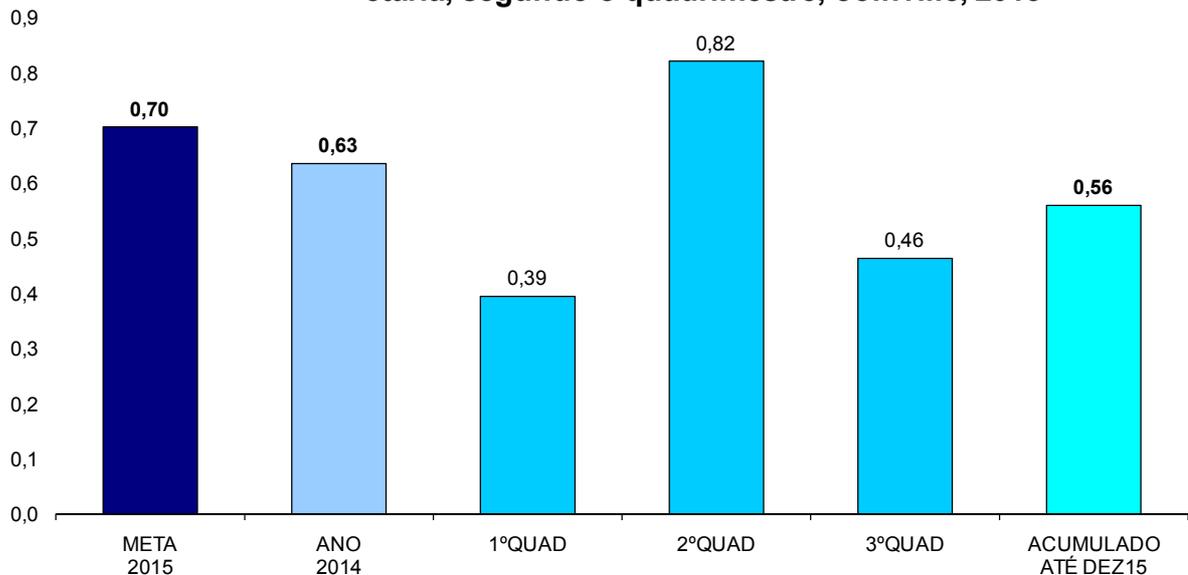
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Algumas dificuldades operacionais no início do ano dificultaram a efetivação de imediato das ações programadas, dificuldades estas que foram superadas ao longo dos meses. A Gerência de Unidades de Atenção Básica através do Núcleo de Apoio Técnico encaminhou para as equipes de saúde, planilha com os indicadores e a meta anual para serem utilizadas no planejamento das estratégias locais. A equipe de monitoramento está utilizando os dados do SISCAN e do SISCOLO para comparativo e percebeu-se que os números alcançados estão aproximados, demonstrando uma melhora dos registros.

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, 2015



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

Desde 2012 o município vinha utilizando o Protocolo Clínico de Controle do Câncer de Mama, construído por profissionais da Atenção Básica e especialistas do serviço de referência em mastologia, que definia rastreamento como: "Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico e a mamografia anuais, para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização da mamografia a cada dois anos e

do exame clínico das mamas anual." Assim, as equipes condicionavam a solicitação da 'mamografia' para a população que buscava a UBS para realizar o exame preventivo, sendo em muitos casos com idade inferior a 50 anos.

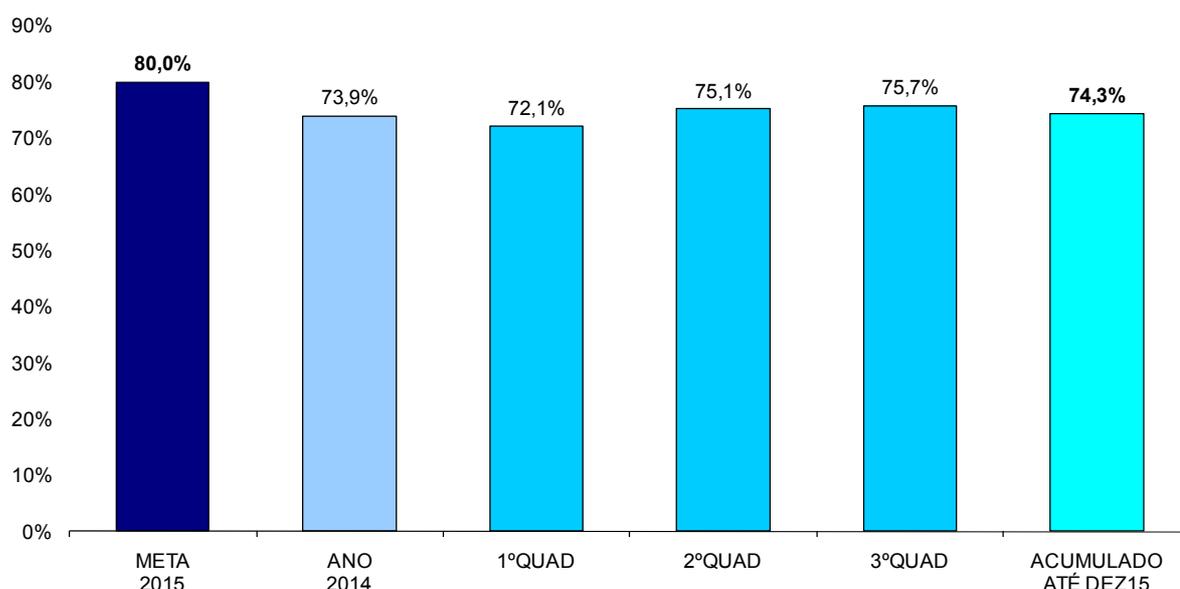
Foram lançadas no sistema SIA, 12.564 mamografias na faixa etária de 50 a 69 anos, no entanto, o total de mamografias realizadas totalizou 17.523 em 2015, considerando todas as faixas etárias.

Em outubro de 2015, a CONITEC publicou a recomendação da não ampliação da faixa etária atualmente recomendada no SUS (50 a 69 anos) para mulheres com menos de 50 anos ou com mais de 70 anos. Essa informação foi repassada às equipes e existe sim a necessidade de uma força tarefa contínua de sensibilização quanto a captação do público alvo na faixa etária preconizada, como também do registro no sistema.

Rede Cegonha

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(6236 \times 100) / 8395$	74,3%	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)	$(3916 \times 100) / 8395$	46,6%	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)	$(2865) / 4156$	0,7	2,0

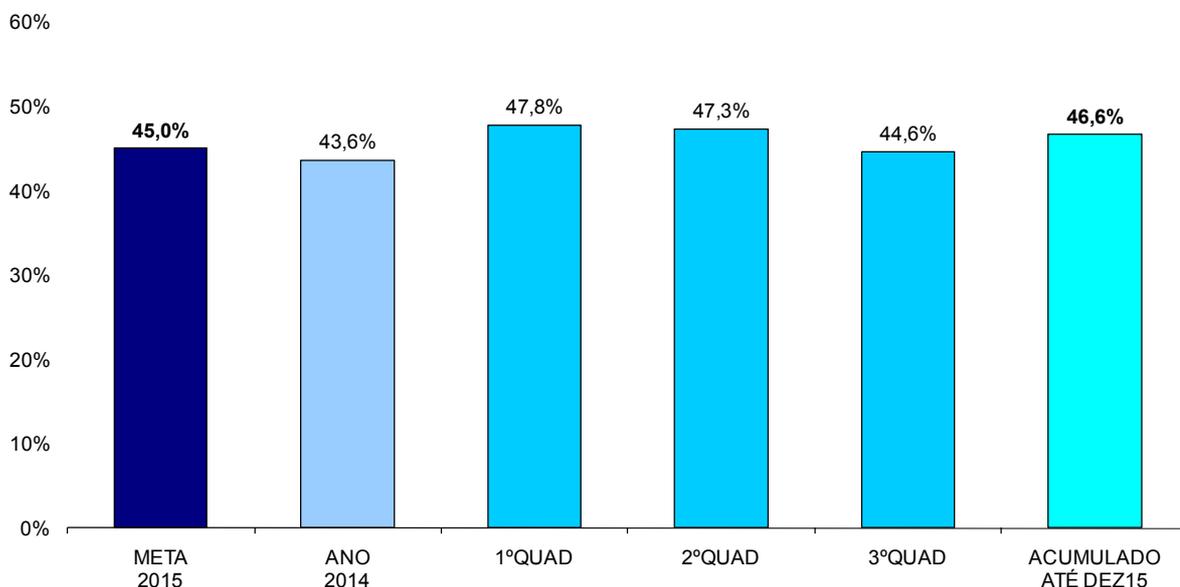
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: UVSIVE, Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC);

A proporção de 7 ou mais consultas de pré natal, aproximou-se mas não atingiu a meta. Ao longo do ano, foram elaborados relatórios a partir do SISPRENATAL e encaminhados para as unidades de saúde, sinalizando os locais que estavam com este indicador abaixo do estabelecido.

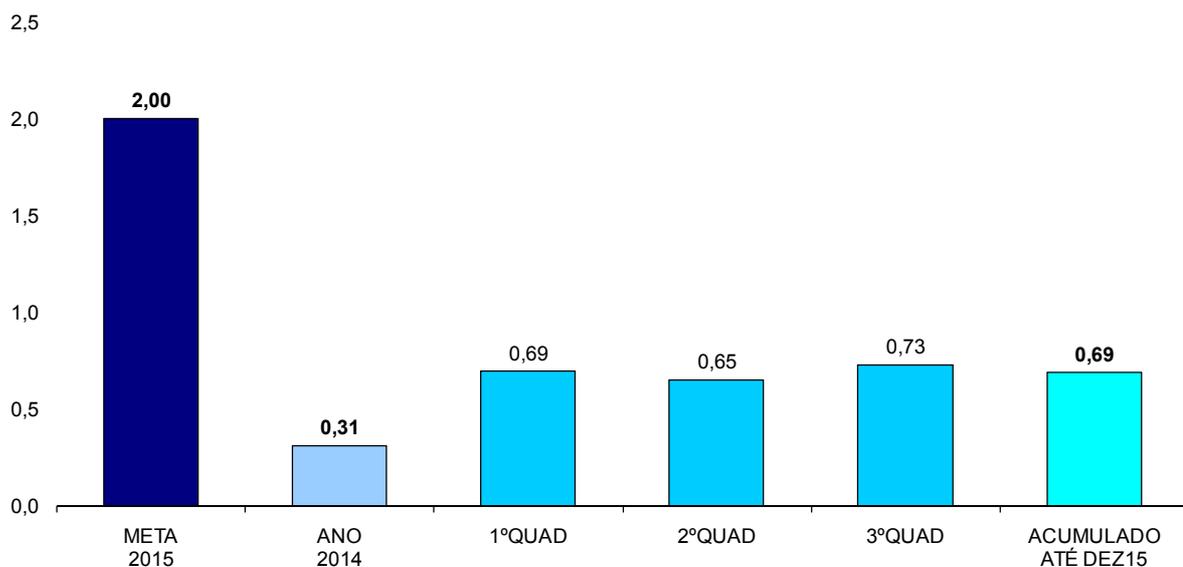
Proporção de partos normais, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FORNTE: UVSVE, Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC);

O indicador de parto normal vem aumentando anualmente como resultado das ações da rede cegonha, de divulgação nacional sobre o parto normal, da nova caderneta da gestante fornecida pelo ministério da saúde, além das medidas estabelecidas pelo ministério da saúde junto às maternidades.

Razão do número de testes de sífilis por gestante, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Para o cálculo desse indicador é necessário considerar os exames de sífilis realizados por teste rápido nas UBS e os exames de VDRL laboratoriais. O teste rápido de sífilis (fornecido pelo MS), esteve em falta durante alguns períodos do ano. Com a rede cegonha, passou-se a realizar teste rápido de sífilis na adesão ao pré natal, assim, não há a necessidade de exames laboratoriais para os casos em que o resultado for negativo. No segundo e terceiro trimestres da gestação são realizados exames laboratoriais (VDRL), porém, o laboratório municipal ao longo do ano teve inúmeras dificuldades em conseguir agendar dentro do prazo a demanda de gestantes, o que em muitos casos levou a gestante a concluir a gestação sem os exames do terceiro trimestre.

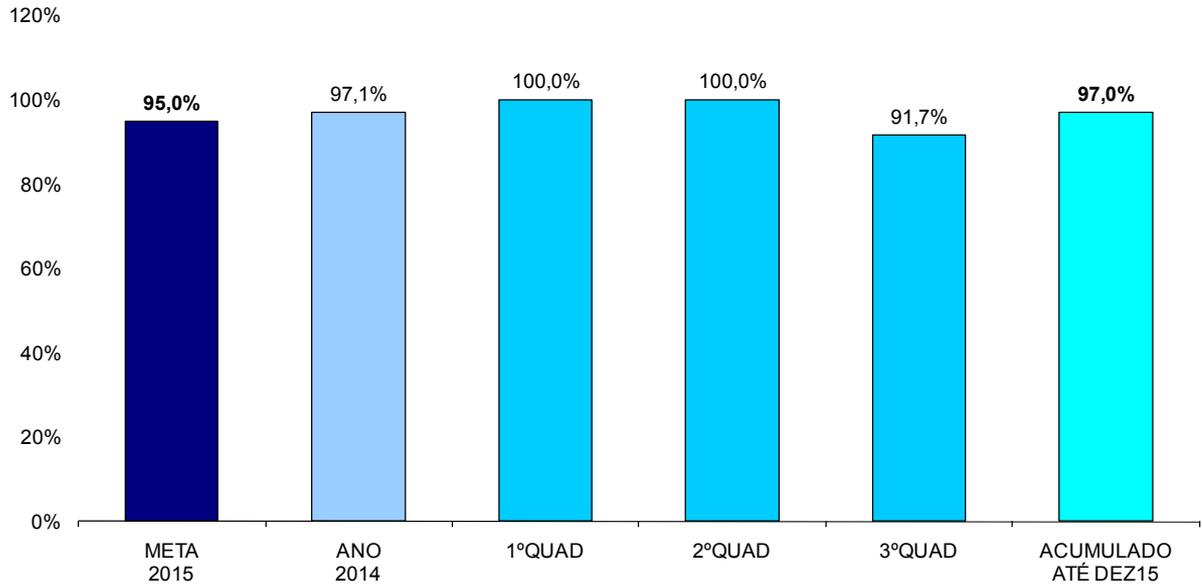
No demonstrativo de cálculo acima estão considerados somente os testes rápidos. O número de exames de VDRL feitos pelo Laboratório Municipal, não estão considerados no cálculo.

Observação: O VDRL é extraído do SIA-SUS, porém para que os dados sejam computados neste indicador é necessário que o Laboratório lance em sua produção um BPA-i (Boletim de Produção Ambulatorial individualizado) que identifica dados do usuário. O sistema de informática atual gera o relatório, entretanto, algum problema na rede de informática da prefeitura impede que o mesmo seja salvo no computador e enviado ao SIA-SUS como BPA-i (o arquivo de envio é eletrônico). O sistema estava em fase de adequação para a geração de BPA-i, porém mesmo assim, pode gerar as informações dos testes de VDRL, como BPA-c (Boletim de Produção Ambulatorial consolidado). Em 2015 o Laboratório Municipal realizou 5.268 exames VDRL em gestantes em BPA-c, sem identificar a sua procedência e, portanto, não consolidados no indicador acima. Admitindo que todas as gestantes atendidas no Laboratório Municipal seriam residentes em Joinville, alcançaríamos o resultado de 1,96 exames por gestante, mais próximo da meta.

Em dezembro de 2015, o problema na geração de BPA-i foi resolvido e os dados 2016 podem ser estratificados da base oficial.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(128 \times 100) / 132$	97,0%	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)	$(0 \times 100) / 0$	—	100,0%
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (COAP)	Número de óbitos maternos [de residentes em Joinville] (SIM)	0	0	2

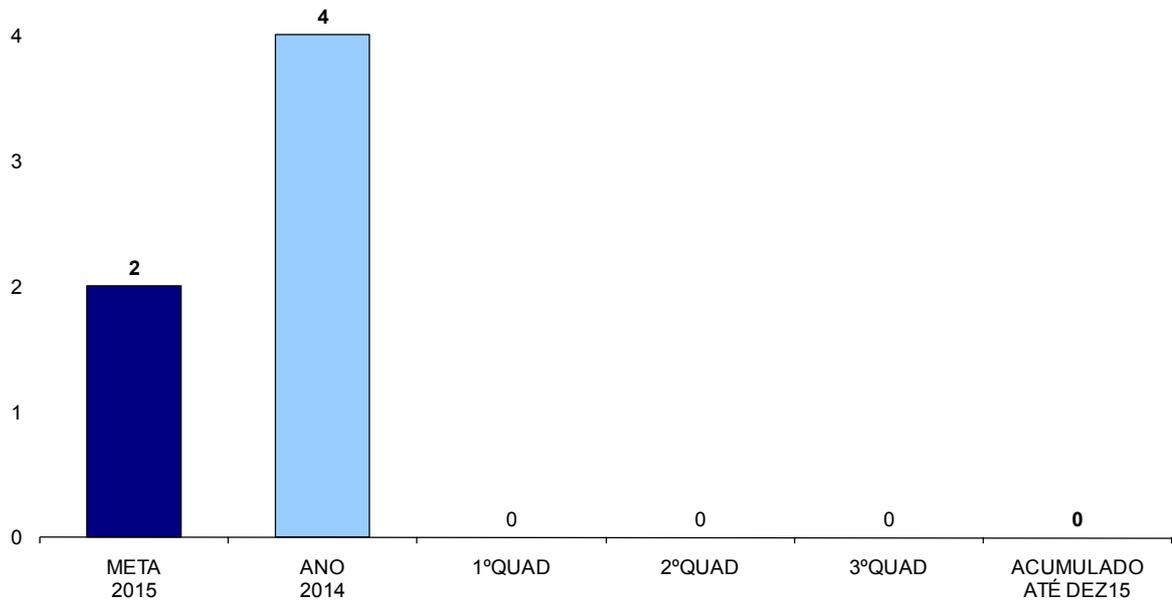
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Todos os óbitos de mulheres em idade fértil (132) foram identificados e encaminhados as UBS para investigação. Destes 2 foram óbitos de gestantes por causa externa (acidente de trânsito) não sendo considerado como morte materna porque a causa do óbito não está relacionada com a gravidez. No momento do fechamento do relatório encontram-se em aberto 04 retornos de investigação de MIF ocorridos no mês de dezembro de 2015, com prazo de fechamento até abril de 2016.

Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015

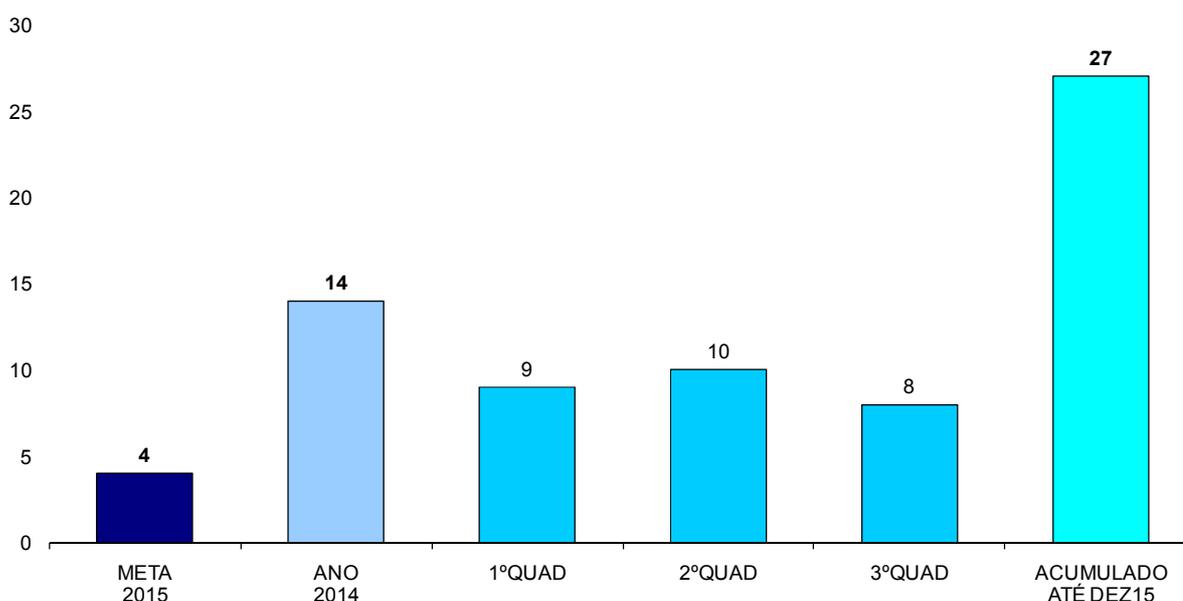


FONTE: UVSIVE, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM);

Não houve registro de óbitos maternos no período avaliado.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	27	27	4

Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Embora a sífilis seja uma doença conhecida há mais de 500 anos, sempre ocorreram casos de transmissão vertical. Os países desenvolvidos adotaram várias medidas de contenção e reduziram significativamente as taxas de transmissão congênita. No Brasil o número de casos de sífilis tem aumentado gradativamente, com taxas nacionais em torno de 1,6%, sendo que em Joinville foi registrado um percentual de 0,3% dos nascidos (nasceram 8.375 crianças em 2015). Considerando os últimos dois anos, observamos um aumento de 7% de notificação de sífilis nas gestantes. Em 2015 foram notificadas 107 gestantes e 27 (25%) destas resultaram em sífilis congênita. Todos os casos registrados de sífilis congênita foram analisados e ocorreram por diferentes motivos que incluíram a não realização do pré-natal, não adesão do tratamento pelo parceiro com reinfeção da gestante e situações de dificuldade no manejo do tratamento. As medidas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde incluíram a publicação de nota técnica atualizada para os profissionais de saúde, conforme determinação do Ministério da Saúde, com orientações de condutas clínicas e epidemiológicas para a eliminação da transmissão vertical da sífilis; capacitações com especialistas do MS para os profissionais de Saúde da Atenção Básica do Município, disponibilização do teste rápido de sífilis para todas as gestantes, otimizando a realização do tratamento, quando necessário, na UBS.

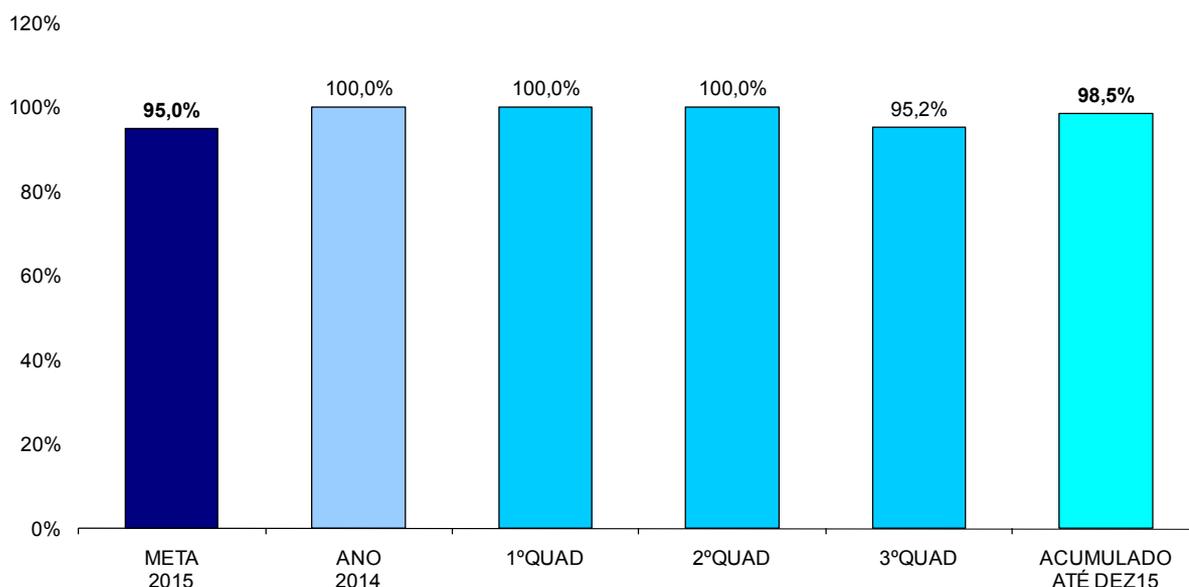
Em novembro foi realizado um Seminário, com a presença de aproximadamente 65 profissionais entre gerentes, coordenações e áreas técnicas. A atividade proposta para o Seminário foi a de avaliar por parte de cada gerência, a situação problema relacionada ao aumento do número de casos de sífilis congênita no município. As discussões evidenciaram o entendimento das gerências de que, para enfrentar o problema da sífilis congênita é necessário realizar um trabalho integrado envolvendo todas as áreas da SMS com a estratégia de considerar a sífilis congênita um evento sentinela.

Quanto ao tratamento, durante o ano houve desabastecimento nacional da medicação recomendada para o tratamento da sífilis (penicilina benzatina), no entanto foi garantido o tratamento das gestantes.

Para os parceiros foi disponibilizado a medicação de segunda escolha, que não é reconhecida pelo MS como tratamento adequado para evitar a sífilis congênita.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(129 \times 100) / 131$	98,5%	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)	$(81 \times 1.000) / 8401$	9,6	8,0

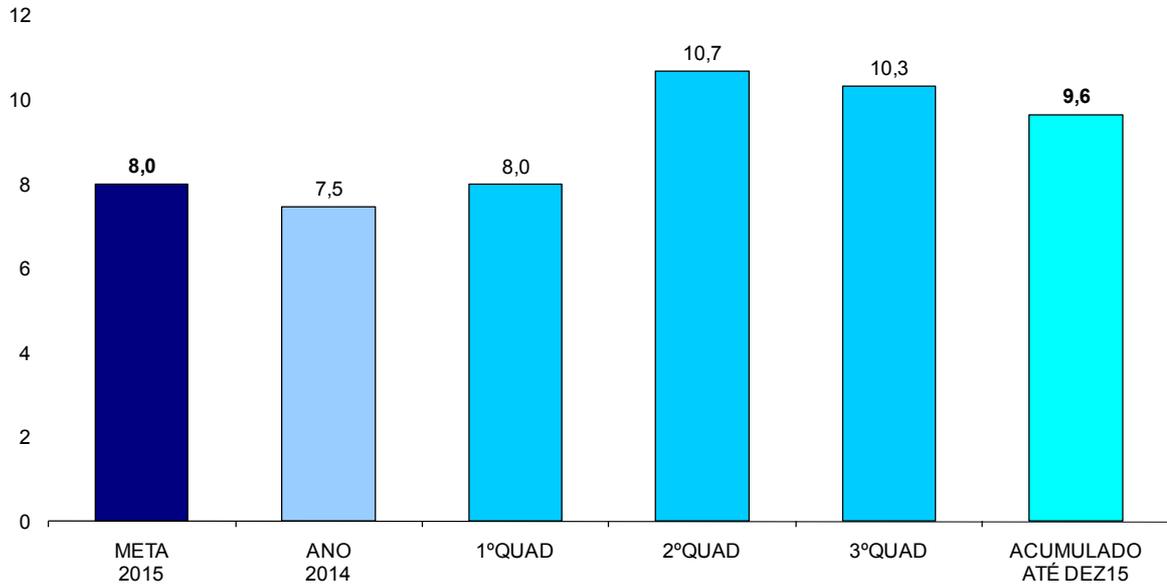
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

No ano de 2015 foram identificados 81 óbitos em menores de 1 ano e 50 óbitos fetais e todos foram encaminhados às Unidades Básicas de abrangência para entrevista domiciliar e coleta de dados de atendimento ambulatorial, para investigação por parte do Comitê de Mortalidade Materno Infantil da Secretaria Municipal de Saúde. Em 100% desses óbitos foi realizada a investigação hospitalar. No momento do fechamento do relatório há 02 óbitos, ocorridos no mês de dezembro, aguardando retorno das UBS para conclusão das investigações, com prazo de fechamento em abril de 2016.

Coeficiente de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos), segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



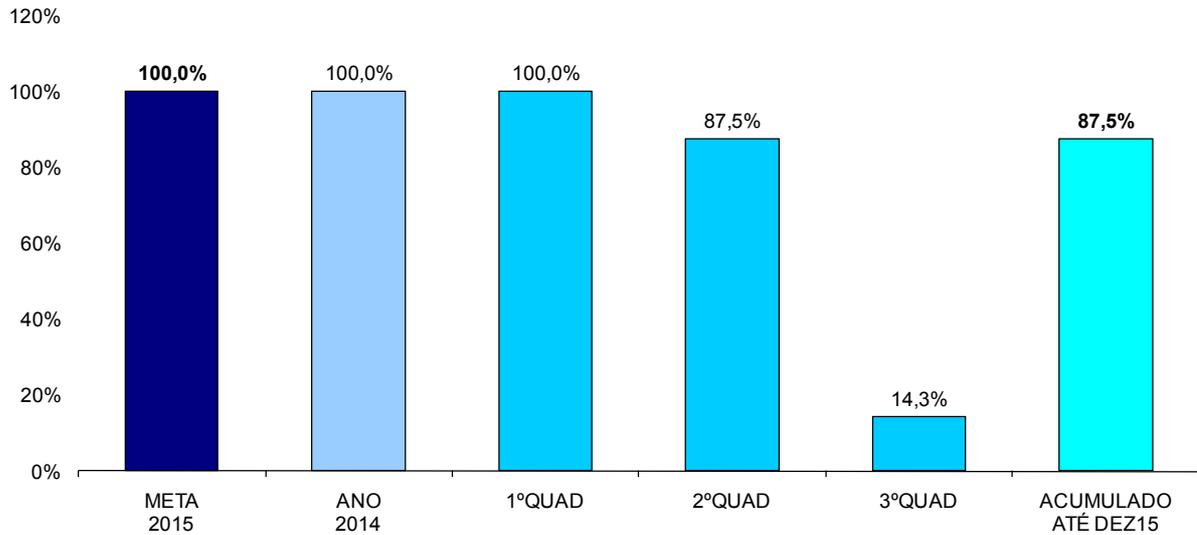
FONTE: (1) UVSIVE, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); (2) UVSIVE, Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC);

Em 2015 o coeficiente de mortalidade infantil atingiu o índice de 9,6 por 1.000 nascidos vivos, acima da meta, prevalecendo o óbito no período neonatal (até 28 dias), seguindo o perfil dos anos precedentes e apontando a prematuridade como causa predominante. Comparando com o ano anterior, em 2015 ocorreu redução no percentual de óbitos no período pós-neonatal, onde tem atuação o Programa Bebê Precioso, instituído no município desde 2009 e que visa cuidados especiais aos recém-nascidos que necessitaram de UTI neonatal após o nascimento.

Para promover uma assistência ampliada e desta forma reduzir as causas evitáveis de óbito materno e infantil, foi instituído em 2015 o **Comitê de Mortalidade Materno Infantil da Secretaria Municipal de Saúde – SUPERA**, composto por instituições governamentais e não governamentais do município, com proposta de reuniões mensais para análises dos óbitos e subsequente proposição de medidas de intervenção e de prevenção.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança [no primeiro ano de vida] com coberturas vacinais alcançadas (COAP)	Número de vacinas 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)	$(7 \times 100) / 8$	87,5%	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, 2015



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

A cobertura vacinal do município oscilou significativamente este ano. No início do ano há um aumento da cobertura devido ao resgate do mês de dezembro (os dados são consolidados no dia 14/12). Em alguns meses há queda da cobertura em determinadas vacinas. Mas, é possível realizar o resgate destes faltosos nos meses de Campanhas Nacionais (Maio, Junho, Agosto, Setembro). As vacinas BCG e Hepatite B são administradas nas Maternidades (públicas e privadas), fato este que aumenta expressivamente os dados, pois são vacinadas crianças não residentes em Joinville. Outro fator ocorrido foi o fechamento de algumas salas de vacinas para reforma, afetando pontualmente a cobertura.

O terceiro quadrimestre tem um resultado particularmente baixo devido à redução da procura no mês de dezembro e ao recesso natalino. A cobertura no ano, por outro lado, apresenta um resultado mais adequado, já que em outros meses as metas de cobertura foram em muito superadas. Por exemplo: no terceiro quadrimestre foram aplicadas 2.036 doses da vacina tríplice viral, para uma população alvo de 2.684 crianças, ficando aquém da meta de 95%. Entretanto, como havia vacinado 2.860 crianças no primeiro quadrimestre (95,3% de cobertura) e 3.211 no segundo (119,5%) a cobertura no ano foi de 96,9%, sendo computado nesse indicador.

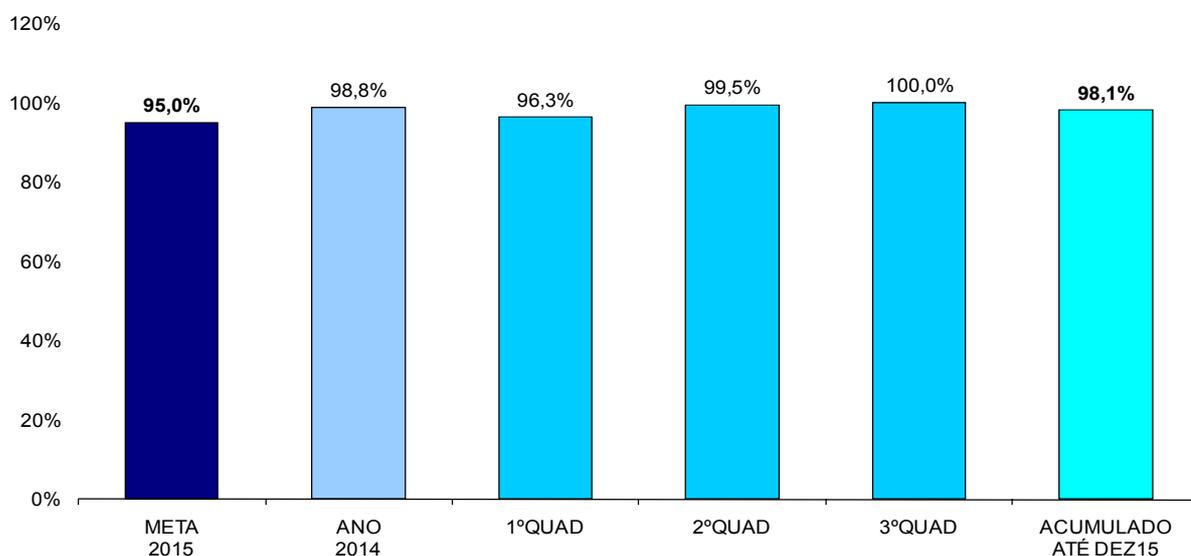
Resultados semelhantes ocorreram para as outras vacinas, exceto BCG. Dessa forma, no terceiro quadrimestre apenas a BCG atingiu a meta (14% de sete vacinas) enquanto no ano, sete das oito vacinas alcançaram a meta (88%). Deve-se observar que a vacina anti-influenza é aplicada em campanha no meio do ano, sendo assim computada apenas no 2º quadrimestre e no ano.

Vigilância Epidemiológica e controle de agravos

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(631 \times 100) / 643$	98,1%	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)	$(620 \times 100) / 629$	98,6%	95,0%

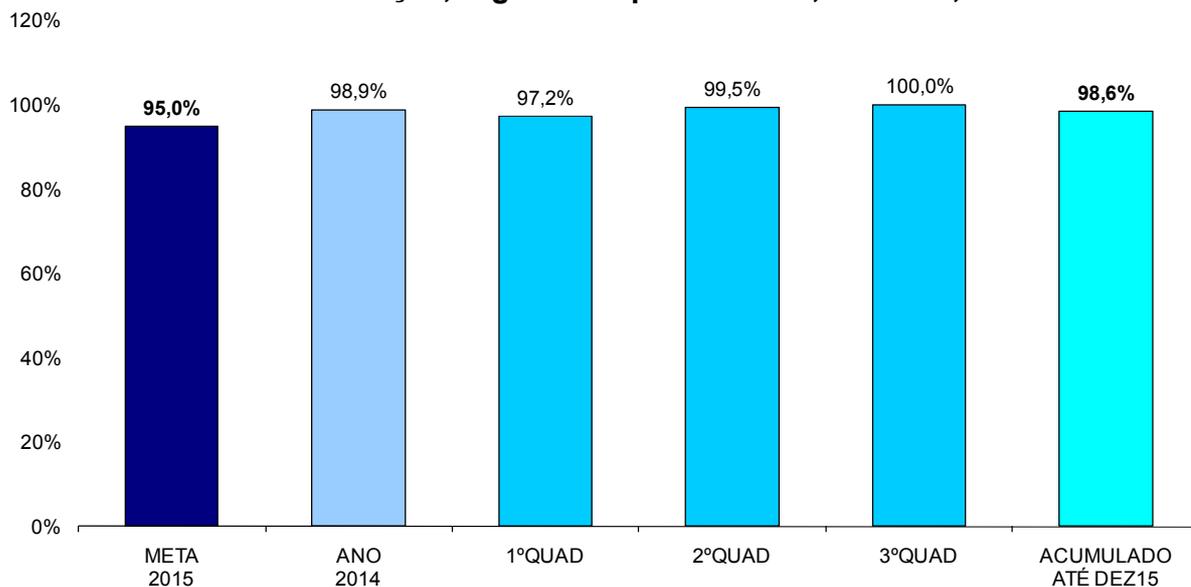
NOTA: casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI): "Foram elencadas as 15 doenças com maior magnitude e/ou relevância do grupo de notificação imediata (estadual ou nacional), sendo: botulismo, cólera, dengue (óbitos), febre amarela, febre de Chikungunya, febre do Nilo Ocidental, febre 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, 2015



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

Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015

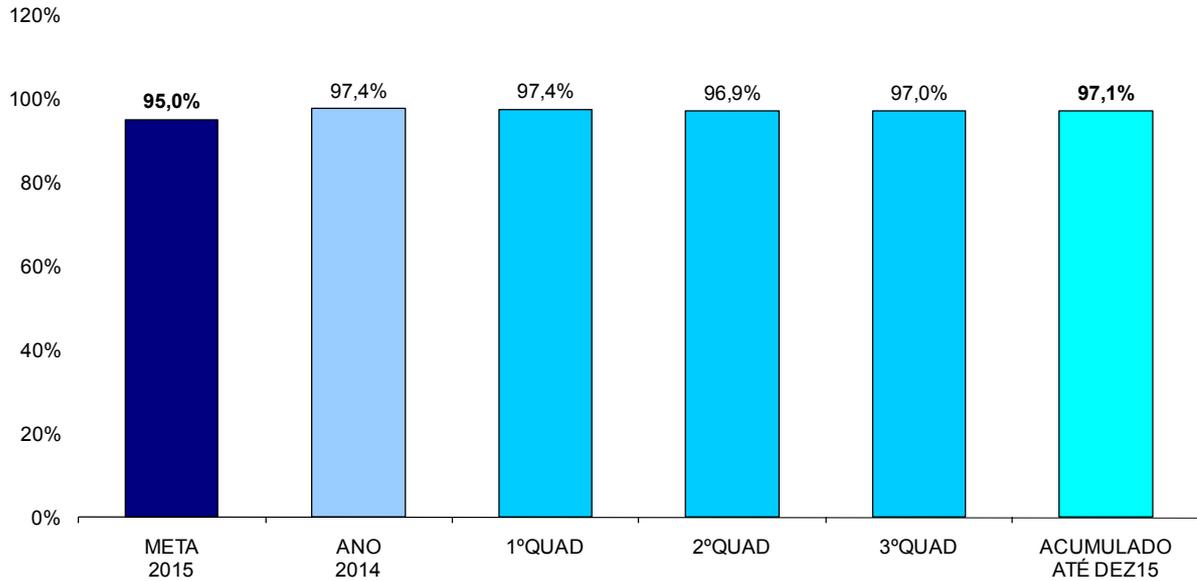


FONTE: UVSIVE, Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);

Foi alcançado um excelente resultado em ambos indicadores. O monitoramento dos prazos de fechamento das investigações está sendo cumprido e observado pelo Serviço da Vigilância Epidemiológica. Neste ano alguns casos pontuais extrapolaram os prazos como a Febre Maculosa e Febre Amarela, que tiveram fechamento inoportuno pela demora no resultado dos exames e a Leptospirose pela necessidade de coleta do exame.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(2717 \times 100) / 2799$	97,1%	95,0%

Proporção de registro de óbitos com causa básica definida, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015

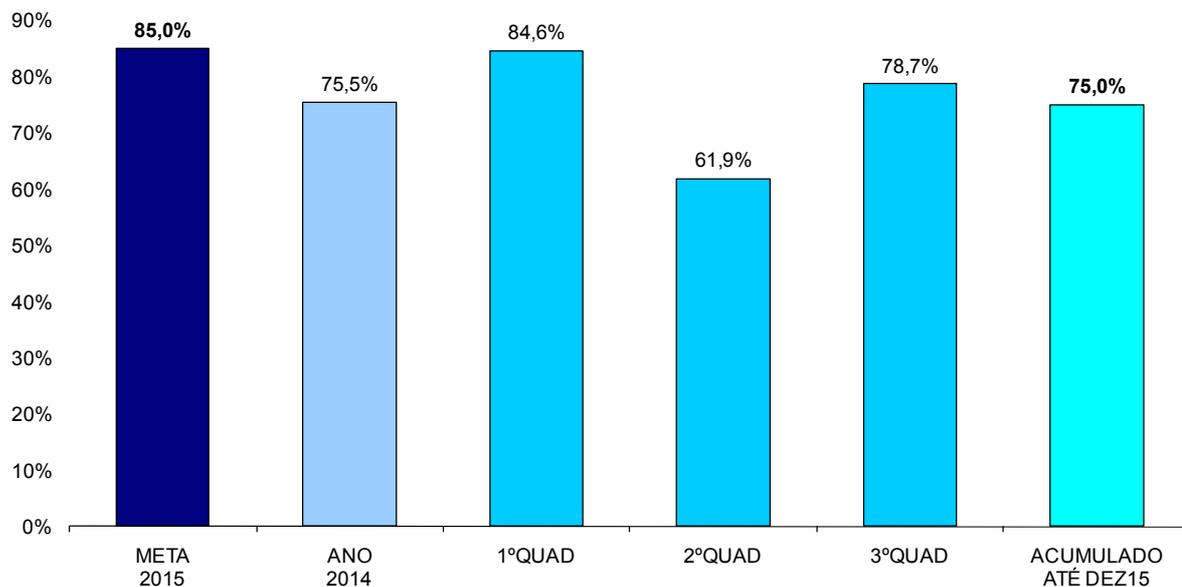


FONTE: UVSIVE, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM);

Verifica-se que desde que o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) iniciou seus trabalhos, este indicador tem apresentado excelentes resultados. A meta superada este ano reflete o trabalho realizado pela equipe (97,1% dos óbitos com causa definida). Demais óbitos aguardando laudo com causa final do IML e 3 óbitos retroalimentados com causa mal definida, ou seja, residentes de Joinville que morreram em outros municípios e cuja Declaração de Óbito foi emitida nesses municípios.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(96 \times 100) / 128$	75,0%	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 tuberculose [de residentes em Joinville] diagnosticados (SINAN)	$(247 \times 100) / 273$	90,5%	95,0%

Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

O indicador de cura de Tuberculose é prejudicado por alguns fatores, como:

a) Abandono: geralmente quando o paciente abandona o tratamento, é morador de rua e/ou usuário de drogas. Em 2014 foram 7 (sete) abandonos e em todos os casos foi realizado busca ativa por diversas vezes pela Unidade Sanitária e UBS de origem dos pacientes, porém sem sucesso.

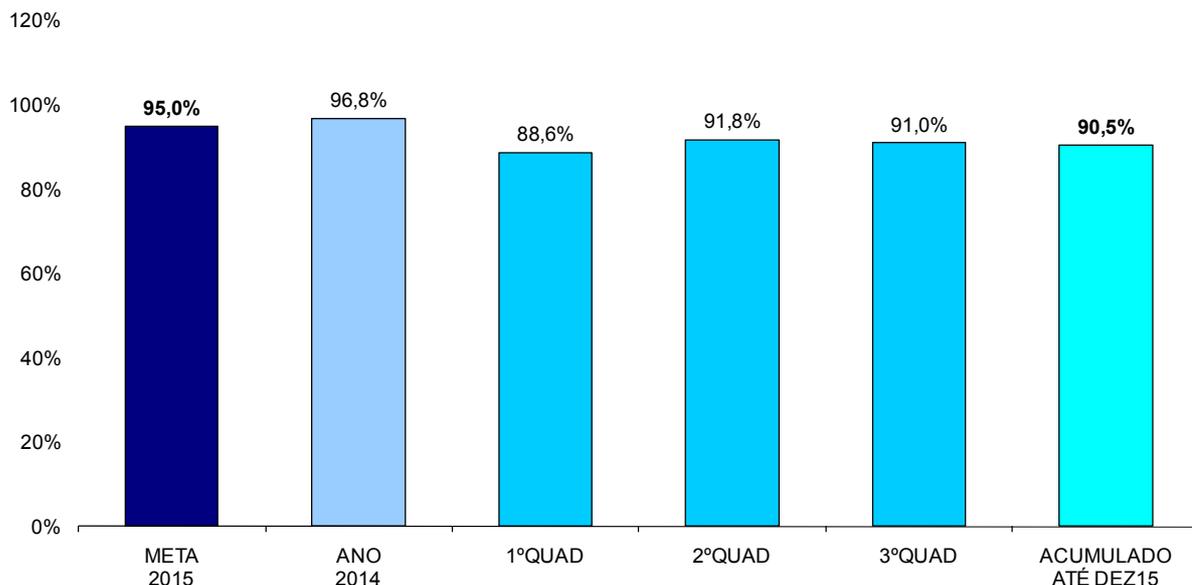
b) Óbitos: no período foram 3 (três) óbitos por tuberculose, de pacientes que tiveram diagnóstico tardio, durante a internação hospitalar, culminando com o óbito. Houve também 02 óbitos por outras causas.

c) Mudança de endereço: muitos pacientes mudam de cidade o que contribui para baixa nos indicadores. Ocorreram 8 (oito) transferências.

d) Tuberculose multidrogaresistente: pacientes que tem a infecção resistente a várias drogas utilizadas, conseqüentemente esses pacientes passam para tratamento prolongado ocasionando falha nos indicadores. No total 05 pacientes se enquadram nesta situação.

Verifica-se assim que o serviço precisa melhorar ainda mais a captação dos pacientes suspeitos com tuberculose, objetivando o diagnóstico precoce e o tratamento visando à cura.

Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015

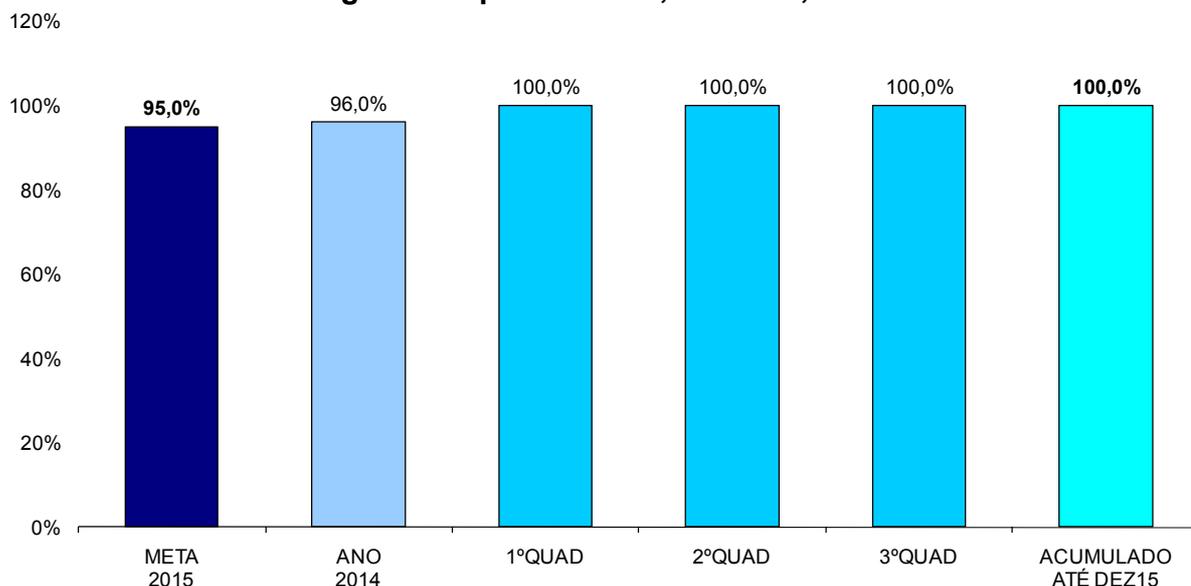


FONTE: UVSIVE, Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);

Em relação aos exames de HIV realizados nos casos novos de tuberculose, foi alcançado o percentual de 90% ficando abaixo da meta estabelecida. Vale salientar que alguns exames encontram-se em andamento o que poderá corrigir retroativamente este indicador.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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)	$(14 \times 100) / 14$	100,0%	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)	$(40 \times 100) / 49$	81,6%	80,0%

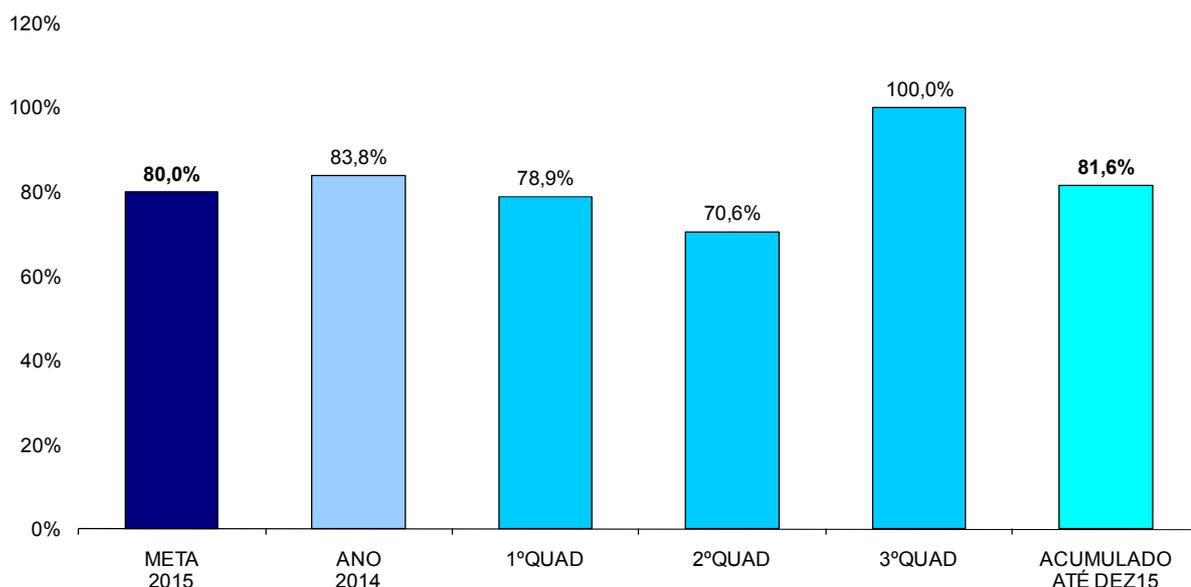
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Em relação a cura, observa-se que a meta foi ultrapassada, o que demonstra grande empenho da equipe na busca de um serviço de qualidade para o usuário e o estreitamento de vínculo estabelecido com o mesmo. Entretanto, existem dificuldades e falta recursos para tratar de maneira eficaz as seqüelas da doença. O Serviço conta com o apoio da Fundação Eunice Weaver, que fornece cestas básicas e passes de ônibus aos pacientes em tratamento, bem como auxiliam em tratamentos como cirurgias oftalmológicas, compra de óculos, medicamentos não padronizados e outras demandas.

Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



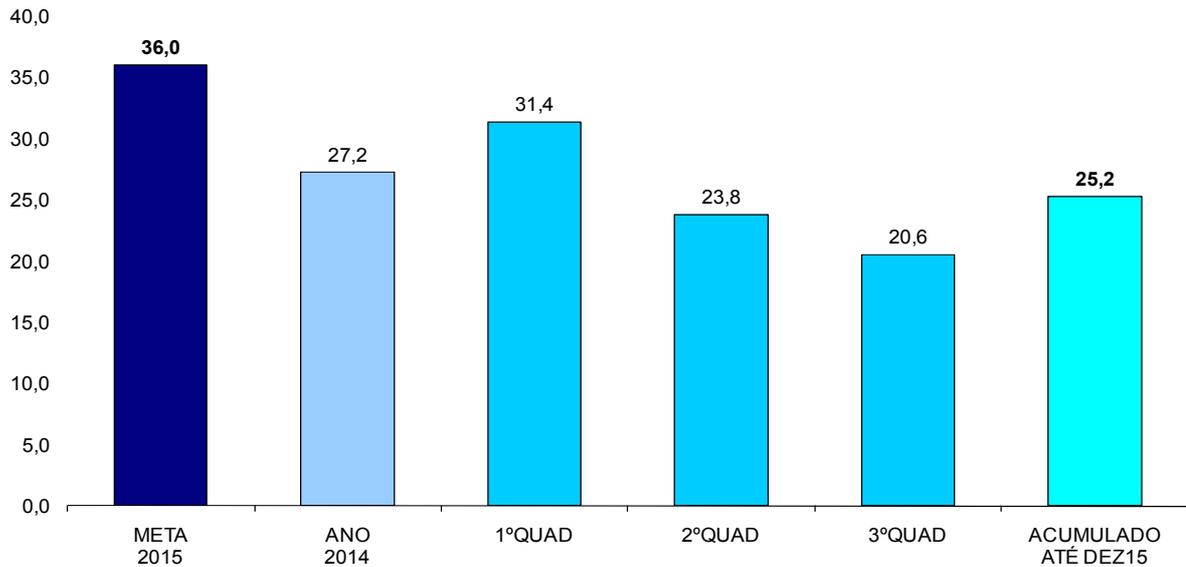
FONTE: UVSIVE, Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);

Quanto aos contatos intradomiciliares a meta estabelecida também foi superada, embora ainda precise melhorar. Os contatos intra-domiciliares dos pacientes que começam tratamento no programa são sempre chamados para passarem por avaliação. Nos casos de impossibilidade de comparecimento, são realizadas visitas domiciliares. Em cada consulta é reforçado ao paciente a importância do exame de contatos, mas não sendo obrigatório acabam não comparecendo. A equipe técnica não poupa esforços na busca e no bom atendimento dos usuários, procurando facilitar ao máximo o acesso deste e dos contatos.

Na avaliação dos indicadores de 2014 foi programadas atividades educativas nas unidades que apresentaram casos da doença, visando sensibilizar os profissionais na captação e busca dos casos suspeitos, bem como o acompanhamento dos casos confirmados e dos contatos. No entanto, essa programação não pode ser realizada devido as várias reuniões e capacitações que as equipes de saúde tinham programadas para 2015. Esperamos realizar essa ação no decorrer de 2016, após acordar com o PROGESUS e Coordenações dos Distritos.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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 (anualizada) (Estimativa populacional (IBGE))	$(140 \times 100.000) / 554.604$	25,2	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)	0	0	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)	$(29 \times 100) / 273$	10,6%	16,0%

Taxa de incidência de AIDS na população por 100.000 habitantes, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

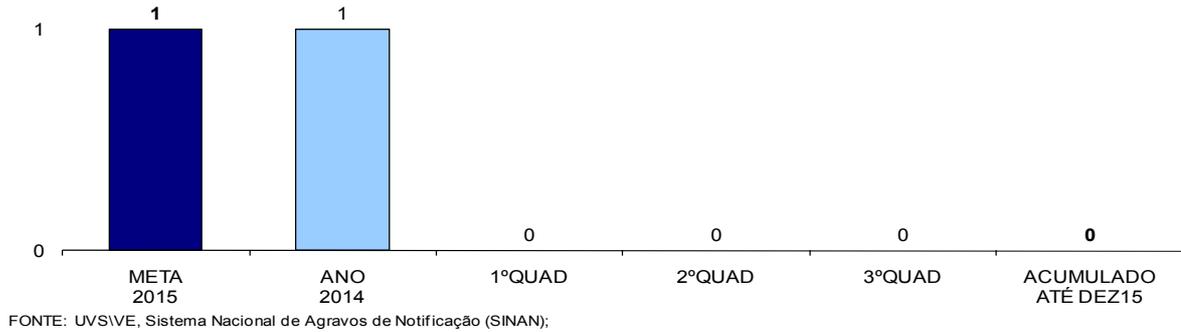
Em relação ao resultado da taxa de incidência de AIDS abaixo da meta, pode indicar dois aspectos: no primeiro, o serviço vem ampliando a captação precoce dos pacientes portadores de HIV, assim está sendo ofertado o tratamento desde o resultado positivo e conseqüentemente os indivíduos retardam o diagnóstico 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. Um segundo aspecto é a baixa captação de casos, que indica que as ações e serviços de saúde devem melhorar ainda mais para acesso ao diagnóstico.

Em 2014, com a implantação do teste rápido 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, iniciou-se uma mudança de cultura junto a população e governo em relação ao diagnóstico. Em 2015 foi ampliada a oferta de testes rápidos para a população em geral, através do serviço especializado realizado pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e das UBSs.

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.

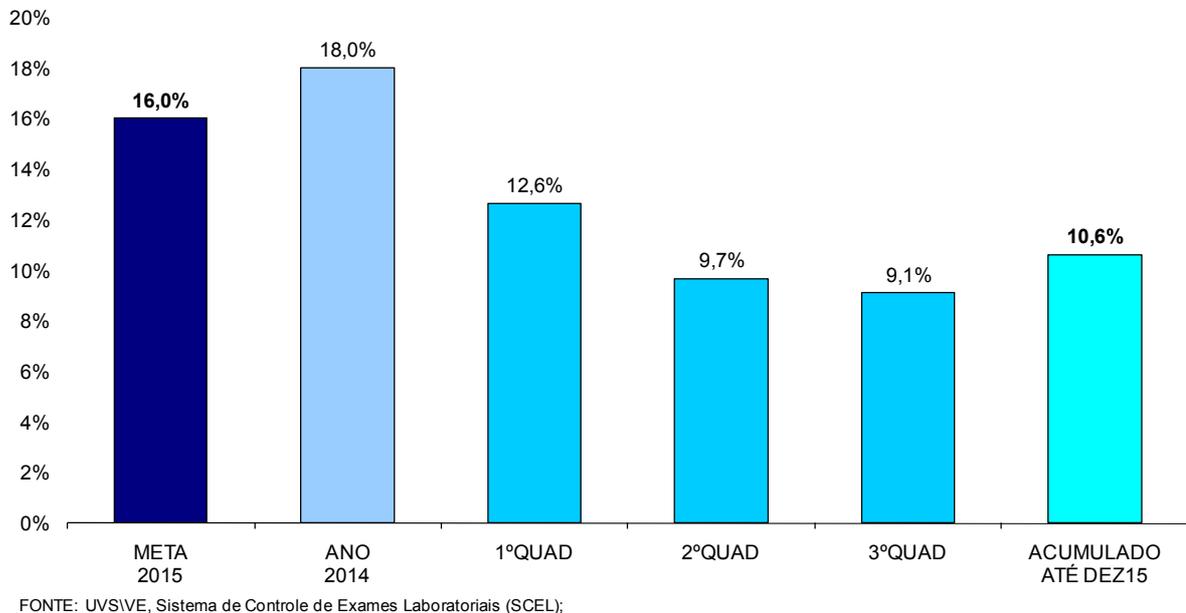
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015

2



Quanto a transmissão vertical (transmissão do vírus HIV de mãe para filho, durante gestação, parto ou amamentação), o município não apresentou nenhum caso no período devido ao acompanhamento específico preconizado pelo Programa Nacional, aplicado as usuárias da Unidade Sanitária e Maternidade Darcy Vargas, além do trabalho de monitoramento em rede, da gestante e recém-nascido, desenvolvido pelas Unidades de Saúde, laboratório Municipal, Unidade Sanitária, Maternidade Darcy Vargas e Vigilância Epidemiológica.

Proporção de pacientes HIV positivos com o primeiro teste CD4 inferior a 200cel/mm³, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015

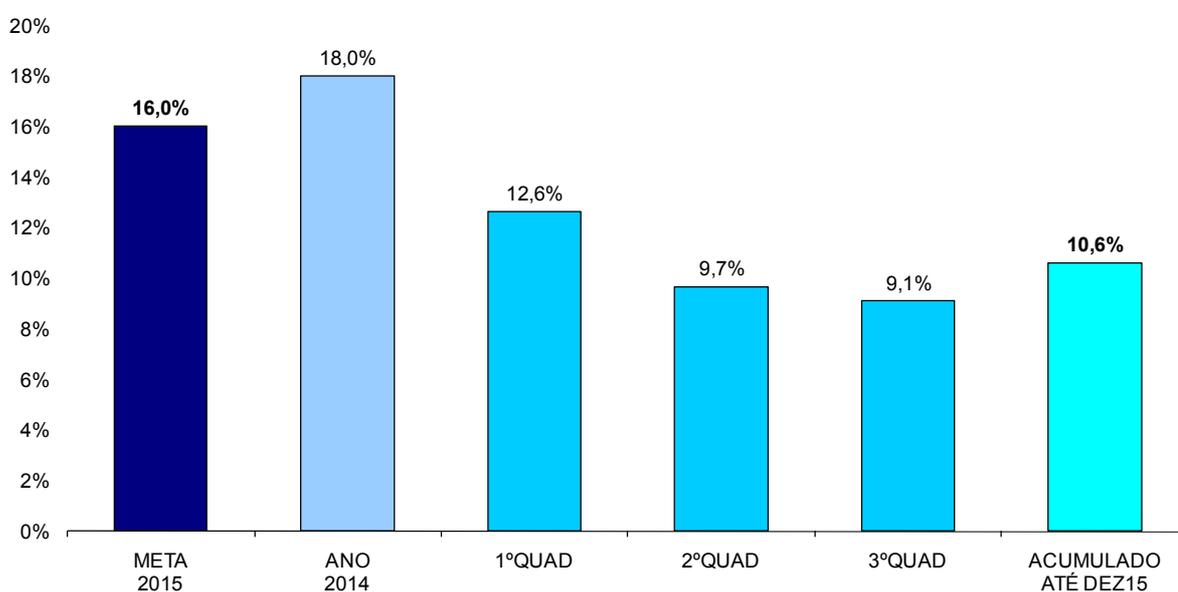


O fato do indicador mostrar uma redução de pacientes com CD4 abaixo de 200 cel/mm³, quando do início do tratamento, indica uma mudança no perfil dos usuários, que vem buscando o teste precocemente. Isso é um dado muito positivo, pois indica que os usuários estão chegando aos serviços antes de adoecerem, ou seja, antes de manifestar os sintomas da AIDS. Inclusive esta é uma proposta do “Programa Nacional, de Testar e Tratar”. Também mostra o trabalho das Unidades de Saúde, Unidade Sanitária e Laboratórios, que compõem a Rede de Monitoramento e Análise. Ressalta-se

também a proposta de trabalho da Rede de Saúde, Educação e Assistência Social, na conscientização e divulgação da estratégia de Prevenção e Promoção de saúde sexual e o início da agenda de testagem rápida aos usuários do município, o que contribuiu sobremaneira e de forma positiva para o quadro atual. Outra importante contribuição é da Rede de Comunicação de Saúde divulgando a Agenda e Eventos, onde acontecem os testes rápidos, a distribuição de insumos (preservativo masculino e feminino, gel lubrificante, etc.) e entrega de outros materiais.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
Número de testes sorológicos anti HCV realizados (COAP)	Número de testes sorológicos anti HCV para diagnóstico da hepatite C. (SIA)	4.913	4.913	12.000

Proporção de pacientes HIV positivos com o primeiro teste CD4 inferior a 200cel/mm³, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



FONTE: UVSIVE, Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SCEL);

Indicador do HCV (hepatite C) é a soma dos exames realizados em Joinville por laboratórios públicos e privados, das maternidades, hospitais e os testes rápidos. O indicador é extraído do SIA-SUS, porém para que os dados sejam computados pelo SIA-SUS é necessário que o Laboratório lance em sua produção um BPA-i (Boletim de Produção Ambulatorial individualizado) que identifica dados do usuário. O sistema de informática atual gera o relatório, entretanto, algum problema na rede de informática da prefeitura impede que o mesmo seja salvo no computador e enviado ao SIA-SUS (o arquivo de envio é eletrônico). O sistema estava em fase de adequação para a geração de BPA-i, porém mesmo assim, pode gerar as informações dos testes de sorologia anti-HCV.

Em dezembro de 2015, o problema na geração de BPA-I foi resolvido e os dados 2016 podem ser estratificados da base oficial. Com isso, deve-se considerar os 8.813 exames realizados pelo Laboratório Municipal não computados no SIA-SUS.

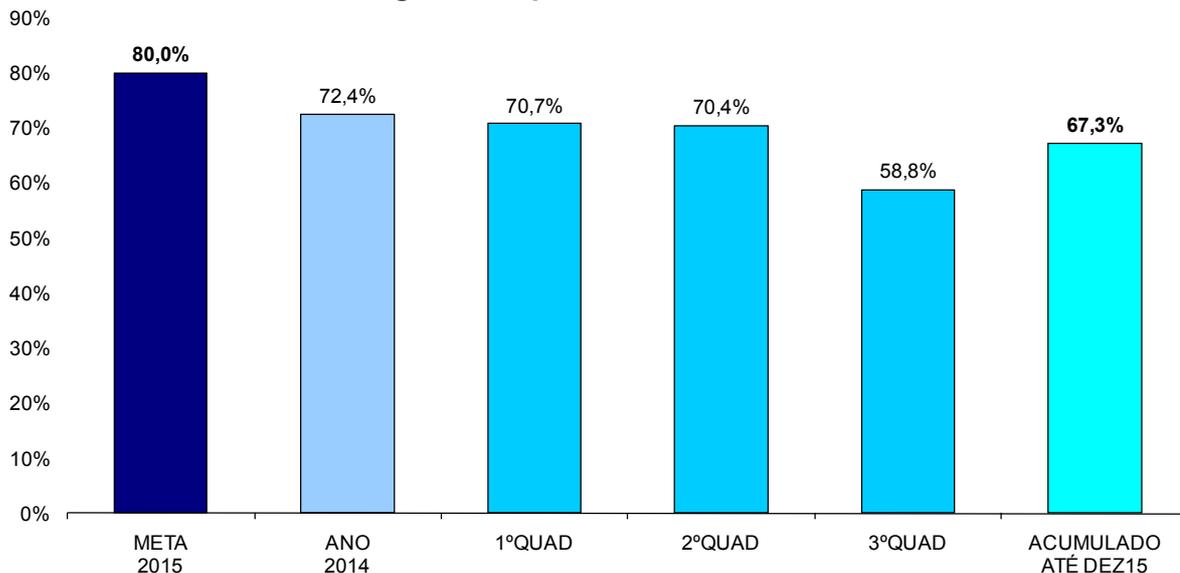
Controle da Dengue

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
Número absoluto de óbitos por dengue (COAP)	Número absoluto de óbitos por dengue [de residentes em Joinville] (SINAN)	0	0	0

Em Joinville foram registrados 48 casos de dengue neste ano, sendo 37 importados, todavia não houve registro de óbitos. A fim de diminuir os focos e conseqüentemente a doença, várias ações estão sendo implementadas como a visita as armadilhas, a delimitação dos focos e orientações a comunidade. Além disso, foi instituída a Comissão Permanente de Combate a Dengue (envolve a Atenção Básica, PAs, Hospitais e Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental), onde foi construído o fluxo de atendimento aos casos de dengue, atentando para a precocidade do diagnóstico, melhorando assim a assistência e evitando óbitos.

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
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, SISPNCDD) X 100 / Número de imóveis de áreas urbanas [em torno de focos detectados - a cada mês] (SISFAD, SISPNCDD)	$(22375 \times 100) / 33268$	67,3%	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)	$(1824 \times 100) / 1766,4$	103,3%	100,0%

Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

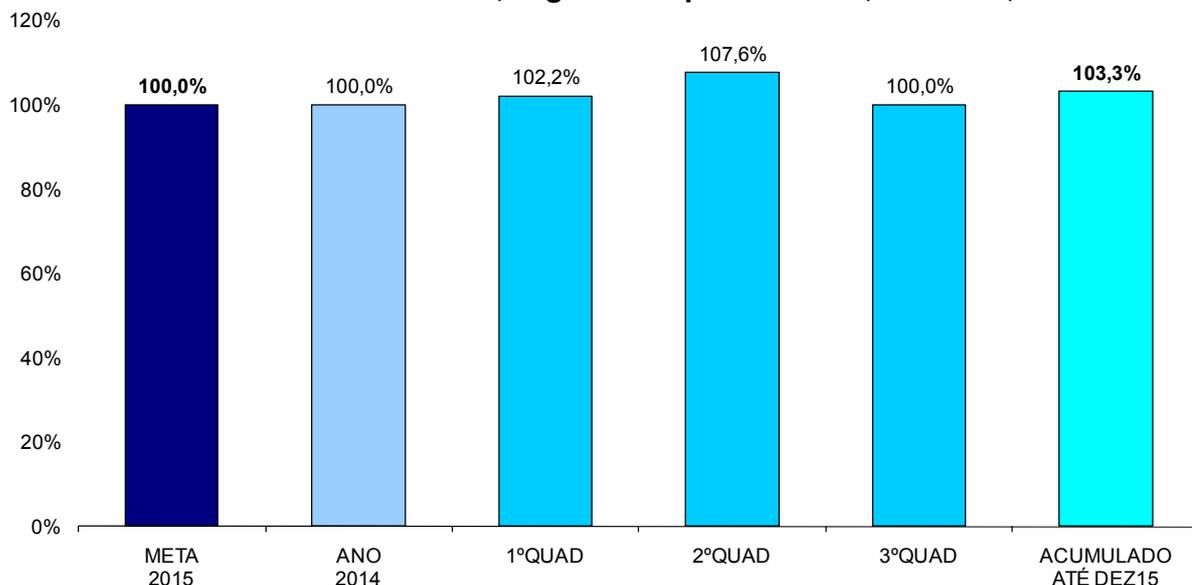
Apesar dos esforços implementados pela equipe, não foi atingida a meta. Isso deve-se principalmente ao aumento do número de focos nunca antes registrado em nosso município. Outros fatores também influenciaram ou impediram o alcance da meta: a realização do Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA), que para sua execução foi necessária a paralisação das demais atividades no período de 06 a 20 de abril (atividade pactuada com o Ministério da Saúde através da portaria 2.557/2011. Neste ano também foi realizado o levantamento para o *Aedes albopictus*, devido a Febre do Chikungunya, conforme solicitado através do ofício circular nº256/GEZOO/2014).

As casas fechadas constituem outro fator de impedimento para o alcance da meta, visto que a vistoria não pode ser realizada nestes casos. As estratégias de ação para o trabalho são inúmeras e realizadas no turno de trabalho, contra turno e finais de semana.

Entre os trabalhos desenvolvidos no período, pode-se citar:

- Imóveis visitados no LIRAA: 5.927;
- palestras: 33;
- pessoas envolvidas em palestras (assistência): 1.455;
- Armadilhas visitadas: 38.156.
- Pontos estratégicos visitados: 1.508
- Denúncias: 323; PVE's; 123;
- Larvas analisadas: 156.035;
- Larvas positivas: 1.036.

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, 2015



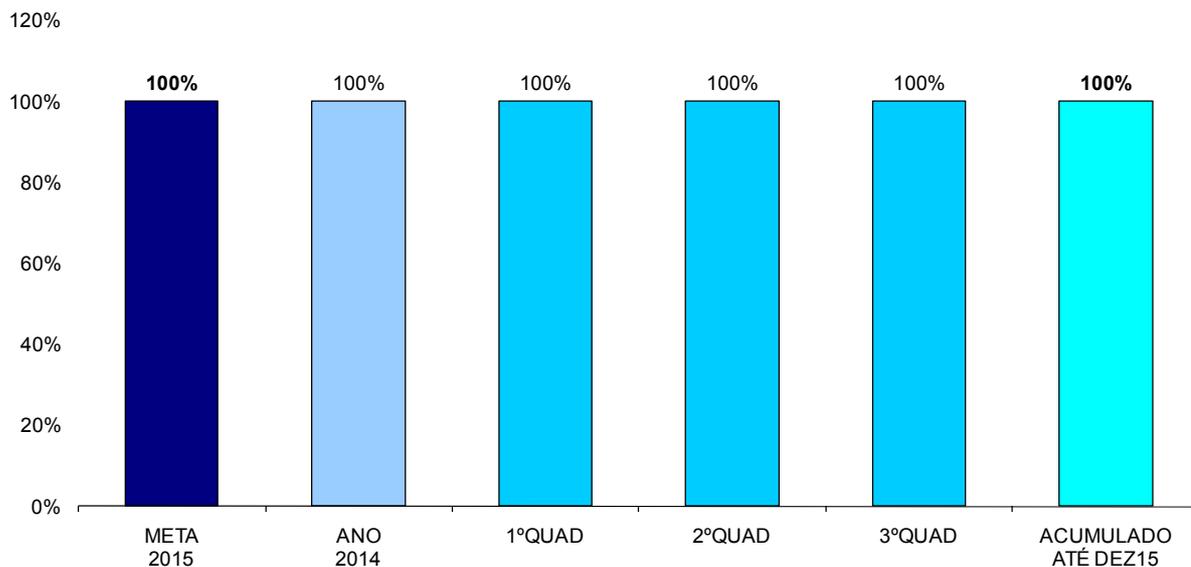
FONTES: UVSIVE, Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA);

As coletas de amostras têm sido realizadas conforme o calendário enviado pela Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado. A equipe faz a coleta e encaminha para a análise, conforme preconiza a pactuação. Em 2015, passou-se a realizar três coletas periódicas no Aeroporto de Joinville porque, apesar do estabelecimento estar sob fiscalização da ANVISA, os técnicos locais não dispõem de capacitação e de instrumentos para a coleta, ficando assim sob a responsabilidade dos fiscais municipais realizarem a coleta e encaminhar ao Laboratório Central para a análise. Todas as amostras encaminhadas foram analisadas e repassados os dados para o sistema SISAGUA, sendo todos considerados satisfatórios. Em relação ao número de coletas, em 2015 foram pactuadas 46 amostras mensais, (total do ano 552), as quais se somam as três do aeroporto.

Vigilância Sanitária

INDICADOR	FÓRMULA	DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO	RESULTADO ALCANÇADO	META 2015
[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)	$(7 \times 100) / 7$	100,0%	100,0%

Proporção de ações de vigilância sanitária necessárias executadas no município, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



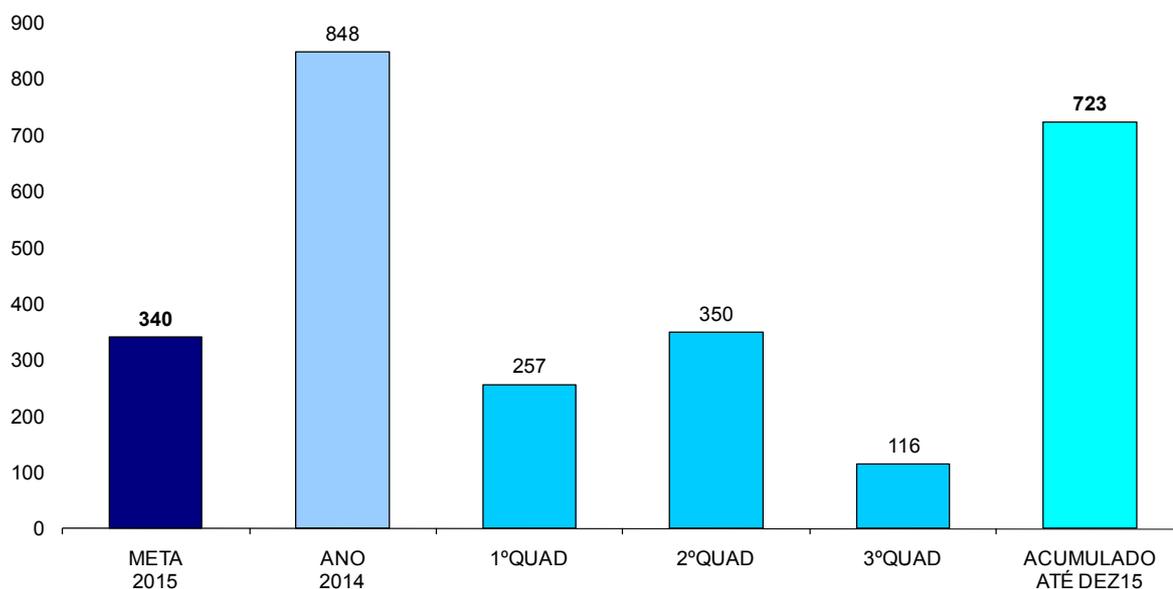
FONTE: (1) UPCAÁ\Controle e Avaliação, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); (2) UVS, Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS);

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. As ações estão sendo realizadas em sua totalidade, tendo como meta o cumprimento da pactuação com o Estado, baseada no Detalhamento das Ações de Vigilância Sanitária 2014, e dando suporte nas ações contra a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*. 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 2015
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)	723	723	340
[Proporção] de denúncias investigadas pelo CEREST. (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)	$(169 \times 100) / 169$	100,0%	100,0%

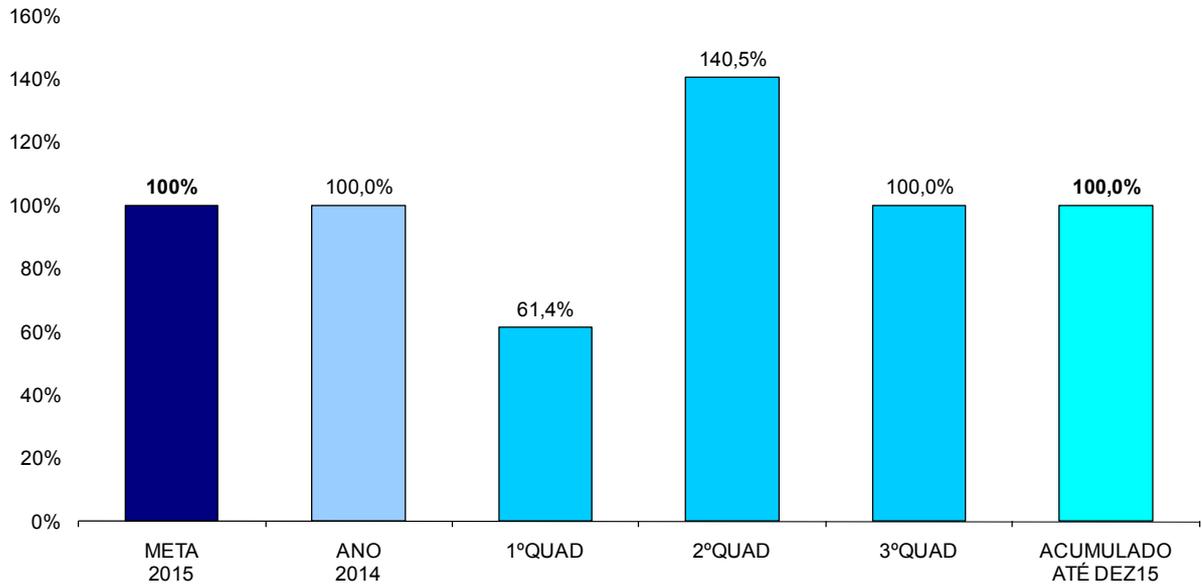
Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados, segundo o quadrimestre, Joinville, 2015



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

Os agravos em saúde do trabalhador notificados superaram o pactuado. Diversas ações foram realizadas durante o ano de 2015 para que esta meta fosse alcançada. Foram realizadas 79 atividades educativas junto à atenção básica, sendo 6 em UBSs de rede convencional, 12 em UBSs com estratégia de agentes comunitários de saúde, 61 em UBSs com estratégia saúde da família (UBSF). Foi realizado também o seminário "Cuidando de quem cuida da beleza", que alcançou 75 profissionais do ramo da beleza, gerando aproximadamente 12 atendimentos no CEREST, os quais passaram pela equipe multidisciplinar.

Proporção de denúncias investigadas pelo Centro de Saúde do Trabalhador (CEREST), segundo o quadrimestre, Joinville, 2015

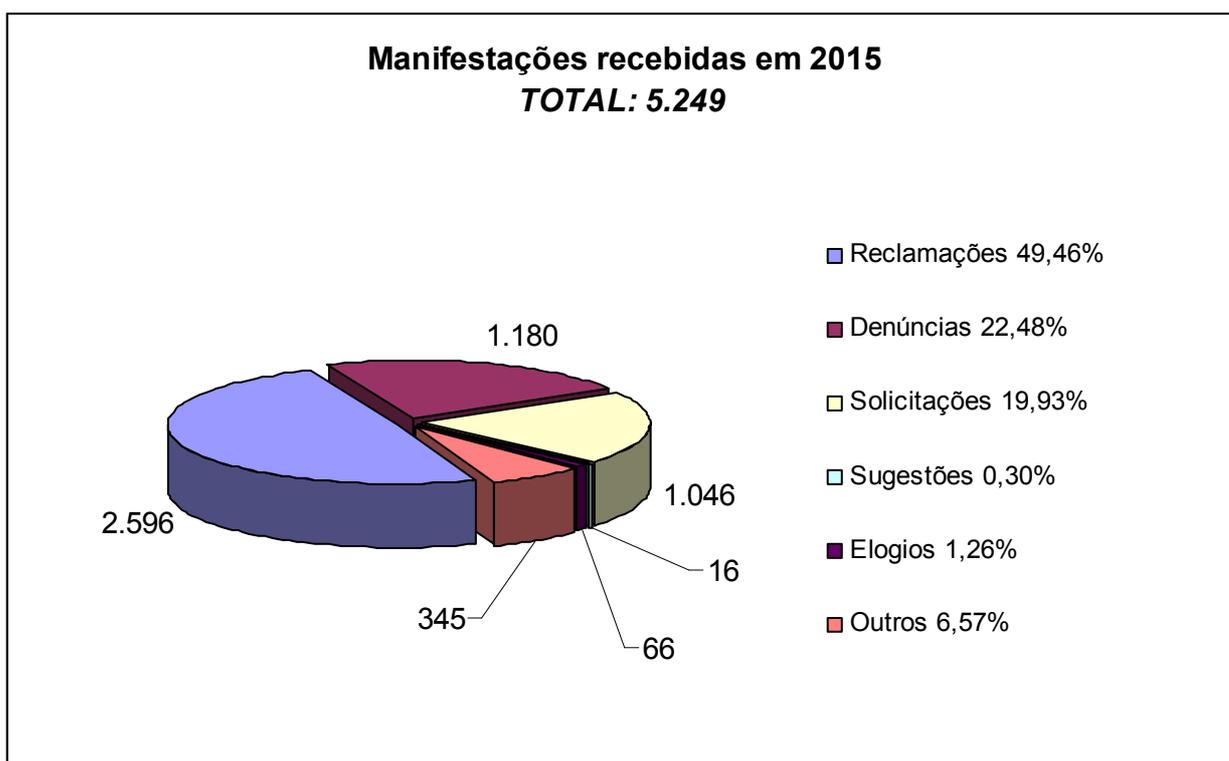


FONTE: CEREST, Relatório da Saúde do Trabalhador;

Durante o ano de 2015, o CEREST e a Vigilância Sanitária centraram esforços para investigar 100% das denúncias recebidas relacionadas ao trabalho. As denúncias foram triadas e as investigações realizadas conforme demanda mensal. O CEREST vem apurando, em sua grande maioria, denúncias do Ministério Público do Trabalho (MPT) de Joinville e macroregião. As denúncias realizadas pela Vigilância Sanitária em saúde do trabalhador, na maioria das vezes, são oriundas do Formsus e seguem o fluxo estabelecido pelo CEREST E NUVAST (Núcleo de Investigação em Saúde do Trabalhador da Vigilância Epidemiológica). A denúncia no FORMSUS é realizada conforme o Protocolo de Acidentes Graves e Fatais, com Crianças e Adolescentes do MS.

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 5.249 manifestações relacionadas à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville ao longo de 2015, distribuídas da seguinte maneira:



Das manifestações registradas, 84% encontravam-se respondidas até 31 de dezembro de 2015. As demais, 16%, encontram-se em aberto e dentro de prazo para fornecimento de resposta por parte da Secretaria Municipal de Saúde, suas unidades e áreas.

7. OBRAS

7.1 Obras concluídas

Atenção Básica

Em 2015 foram entregues as Unidades Básicas de Saúde da Família, com Alvará Sanitário e acessibilidade em toda sua extensão. Todas as unidades foram projetadas para os seguintes serviços: triagem adulto e infantil, sala de vacinas, sala de curativos, dispensário de medicamentos, sala de injetáveis, teste do pezinho, sala de ACS, sala de reuniões e consultórios odontológicos, ginecológicos e indiferenciados. As obras entregues foram:

- UBSF Pirabeiraba: Construção nova com área total de 695,00 m² inaugurada em janeiro de 2015;
- UBSF Vila Nova Sede: Reforma e ampliação com área de reforma de 364,62 m² e área de ampliação de 111 m², inaugurada em junho de 2015;
- UBSF Costa e Silva Sede: Reforma e ampliação com área de reforma de 388,87 m² e área de ampliação de 165,25 m², inaugurada em setembro de 2015
- UBSF Rio da Prata: Construção nova com área total de 439,52 m², inaugurada em novembro de 2015
- UBSF São Marcos: Construção nova, com área total de 465,43 m², inaugurada em dezembro de 2015;
- UBSF Paranaguamirim: Reforma e ampliação com área de reforma de 162,68 m² e área a ampliar de 110,41 m², inaugurada em dezembro de 2015.

Serviço de Referência

Foi entregue a obra de adequação e revitalização do PA Norte. Com área total de 478,48 m², seu layout foi adaptado para aprovação de projeto na Vigilância Sanitária e retirada do Alvará Sanitário.

7.2 Obras em andamento

Em 2015, as obras em andamento na Atenção Básica foram as seguintes: UBSF Aventureiro III, UBSF Vila Nova I, UBSF Ulysses Guimarães e UBSF Edla Jordan. No Hospital Municipal São José foi dada continuidade à obra na Central de Material e Esterilização (CME) e Climatização do CEDUG. Vale ressaltar que as

adequações e melhorias nas instalações, foram realizadas em observância às normas da Vigilância Sanitária, como por exemplo a 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, despender com a saúde 15% dos recursos arrecadados e das transferências obrigatórias (CF art.198 §2º inc.III).

8.1 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 2015, 40,8% 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.

Receitas Orçamentárias - CONSOLIDADO 2015 – valores em Reais

RECEITA	ORÇADA	REALIZADA	% DE EXECUÇÃO
Recursos ordinários	223.672.500,00	216.547.502,87	146,62
PMJ – transferências financeiras	223.432.250,00	215.844.983,31	-3,40
Outras receitas FMS	240.000,00	600.037,55	150,02
Remuneração de Depósitos bancários	250,00	102.482,01	0,00
Transferências de Convênios – Saúde	2.910.000,00	1.417.848,62	-144,19
Convênios da União	1.000.000,00	0,00	-100,00
Convênios do Estado	1.000.000,00	0,00	-100,00
Remuneração de Depósitos bancários	910.000,00	1.417.848,62	55,81
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU	1.886.000,00	1.554.072,05	317,92
SAMU	1.826.000,00	1.285.561,00	-29,60
Remuneração de Depósitos bancários	60.000,00	268.511,05	347,52
Recursos da Atenção Básica	25.925.000,00	27.218.812,05	282,41
Piso da Atenção Básica	12.110.000,00	11.282.177,90	-6,84
Programa Agente Comunitária de Saúde	6.765.000,00	5.761.548,00	-14,83
Equipe Saúde da Família	4.559.000,00	4.649.670,00	1,99
Saúde Bucal	126.000,00	125.040,00	-0,76
Piso da Atenção Básica Variável	1.300.000,00	3.792.808,00	191,75
Atenção Básica do Estado	810.000,00	1.188.400,00	46,72
Remuneração de Depósitos bancários	255.000,00	419.168,15	64,38
Atenção Média e Alta Complexidade Amb. E Hosp.	119.371.000,00	125.263.304,63	2.166,50
Teto Média e Alta Complexidade	64.000.000,00	68.926.265,04	7,70
FAEC S.I.A	13.835.000,00	12.434.566,02	-10,12
FAEC A.I.H	9.810.000,00	8.036.104,59	-18,08
CEO	605.000,00	550.000,00	-9,09
CEREST	360.000,00	0,00	-100,00
Teto Municipal Limite UPA	3.600.000,00	3.690.480,00	2,51
Teto Municipal Rede de Urgência RAU	14.850.000,00	16.681.294,36	12,33
Teto Municipal Rede Saúde Mental	2.385.000,00	2.440.935,26	2,35
Teto Municipal Rede Viver sem limites	165.000,00	129.367,14	-21,60
Teto Municipal Rede Cegonhas	4.176.000,00	3.905.672,63	-6,47
Teto Municipal Rede Prev. Diag. Trat Cancer Colo e Mama	205.000,00	207.087,84	1,02
Teto Municipal Controle do Cancer	0,00	1.902.571,97	0,00
Estado – Oxigenoterapia	73.000,00	110.002,60	50,69
Estado – CEO	153.000,00	86.900,00	-43,20
Estado – Cirurgia Eletiva	580.000,00	2.379.092,16	310,19
Estado – Incentivo Hospitalar	4.255.000,00	1.748.065,79	-58,92
Estado – Média e Alta Complexidade	44.000,00	789.507,00	1.694,33
Remuneração de Depósitos bancários	275.000,00	1.245.392,23	352,87
Recursos da Vigilância em Saúde	3.546.000,00	3.559.149,39	368,71
Vigilância e Promoção da Saúde	1.600.000,00	1.729.440,25	8,09
Piso Fixo de Vigilância Sanitária	800.000,00	640.280,85	-19,96
Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde	800.000,00	465.813,47	-41,77
Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde	120.000,00	0,00	-100,00
Estado – Vigilância Sanitária	71.000,00	334.752,38	371,48
Remuneração de Depósitos bancários	155.000,00	388.862,44	150,88

Receitas Orçamentárias - CONTINUAÇÃO

RECEITA	ORÇADA	REALIZADA	% DE EXECUÇÃO
Recursos Assist. Farmacêutica Básica	4.579.000,00	3.835.247,37	-93,46
Programa Assistência Farmacêutica – União	2.657.000,00	2.237.781,80	-15,78
Programa Assistência Farmacêutica – Estado	1.890.000,00	1.585.161,22	-16,13
Remuneração de Depósitos bancários	32.000,00	12.304,35	-61,55
Recursos Gestão em Saúde – União	1.099.000,00	265.871,38	-22,45
Outros Programas SUS	1.000.000,00	100.000,00	-90,00
Remuneração de Depósitos bancários	99.000,00	165.871,38	67,55
Recursos Fundo Nacional de Saúde – Investimentos	1.197.000,00	1.290.345,96	128,91
Recursos – UBS – Investimentos	1.000.000,00	800.000,00	-20,00
Remuneração de Depósitos bancários	197.000,00	490.345,96	148,91
Total	384.185.500,00	380.952.154,32	3.150,97

Despesas Orçamentárias - CONSOLIDADO 2015 – valores em Reais

Despesa	Orçado	Realizada	%
Pessoal	228.995.690,00	214.989.088,35	-6,12
Material de Consumo	12.000.000,00	11.821.056,29	-1,49
Material de Consumo – Distribuição Gratuita	12.000.000,00	11.588.783,49	-3,43
Serviços de Terceiros	45.000.000,00	43.217.506,63	-3,96
Investimentos	29.819.491,50	10.781.185,20	-63,85
Decisões Judiciais	9.000.000,00	7.793.974,83	-13,40
Outras Despesas Anos Anteriores	500.000,00	440.551,01	-11,89
Outros Serviços e Encargos – SUS	116.444.065,95	101.606.926,76	-12,74
Total Despesas	453.759.247,45	402.239.072,56	-11,35

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR, OUTROS SERVIÇOS e ENCARGOS CONSOLIDADO 2015 – valores em Reais

Despesa	Orçada	Realizada	%
Hospital Municipal São José	44.933.000,00	44.870.267,62	-0,14
Fundo Estadual de Saúde	20.835.200,00	8.278.402,18	-60,27
Hospital Bethesda	7.200.000,00	6.914.328,68	-3,97
Cis Nordeste	3.288.100,00	3.287.886,00	-0,01
Instituto Vida	8.549.000,00	7.683.035,07	-10,13
Clinicas e Laboratórios	31.638.765,95	30.573.007,21	-3,37
Total	116.444.065,95	101.606.926,76	-12,74

SITUAÇÃO FINANCEIRA – SITUAÇÃO EM 31/12/2015 – valores em Reais

Disponível + Realizável	69.165.416,72
Bancos conta movimento	0,00
Bancos conta aplicação	57.371.251,79
Créditos a receber	11.794.164,93
Contas a pagar	54.432.171,48
Saldo	14.733.245,24

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ano de 2015 foi um ano intenso e de muito trabalho. Os indicadores pactuados no PMS, no COAP e no PPA 2014-17 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 indicadores, 71,8% superaram a meta estabelecida e 64,1% tiveram resultados iguais ou melhores que o ano anterior.

Foram investidos R\$ 5.069.156,50 (recursos próprios) em construção, reforma e ampliação de sete unidades de saúde e do PA Norte. Também foram criadas cinco novas equipes de Estratégia de Saúde da Família, o que ocasionou a cobertura de 50,5% da população do município.

Em relação a assistência foram elaborados os protocolos de ortopedia, cirurgia vascular e cirurgias de catarata, houve também a ampliação da oferta e redução da fila de espera de reumatologia, proctologia, ortopedia e cirurgia de catarata. Na Atenção Básica foi implantada a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD e Equipe Multiprofissional de Apoio - EMAP, a fim de melhorar o cuidado do paciente domiciliado.

Vale destacar a iminência da introdução da dengue no município exigindo investimentos e aumento das equipes de controle, podendo assim, intensificar o combate ao mosquito *aedes aegypti*. Foram 48 casos de dengue em 2015, sendo 37 importados, todavia não houve registro de óbitos, como também não houve casos de zika vírus e chikungunya.

Considerando os resultados alcançados em 2015, observa-se uma necessidade premente de aumentar a cobertura da atenção básica, ocasionando o seu fortalecimento, bem como o 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.

O resultado do esforço conjunto da Gestão e Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde foi a aplicação em saúde de **40,79%** do total da arrecadação de 2015 que proporcionou grandes avanços para a saúde pública municipal.

APÊNDICES

Apêndice 1

População Residente por Unidade de Saúde e Modelo de Estratégia, Famílias e Domicílios – ano 2015

DESCRIÇÃO TERRITORIAL DAS		POPULAÇÃO ANO 2015			
REGIONAIS	UNIDADES DE SAÚDE	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS	DOMICÍLIOS	
Pirabeiraba	ESF Sede da Regional Pirabeirada	4.367	1.322	1.691	
	ESF Sede da Regional Pirabeiraba	3.672	1.065	1.294	
	ESF Sede da Regional Pirabeiraba	4.223	1.262	1.513	
	ESF Rio Bonito	3.475	998	1.127	
	ESF Rio da Prata	3.537	1.018	1.185	
	ESF Canela	3.318	902	978	
	Total	Total	22.592	6.567	7.788
Vila Nova	Sede da Regional (EACS)	25.693	7.678	9.037	
	ESF Vila Nova Rural	1.931	604	694	
	ESF Anaburgo	2.627	858	960	
	UBS Glória (EACS + REDE)	15.085	5.280	5.574	
	Total	Total	45.336	14.420	16.265
Aventureiro	Sede da Regional Aventureiro I	12.155	3.704	3.915	
	UBS Saguacú	17.793	6.220	6.580	
	ESF Aventureiro II	4.189	1.322	1.408	
	ESF Aventureiro II	4.445	1.344	1.430	
	ESF Santa Bárbara	3.620	1.086	1.234	
	ESF Cubatão	3.298	984	1.082	
	ESF Rio do Ferro	3.514	1.015	1.168	
	UBS Parque Joinville (EACS)	17.157	5.094	5.285	
	UBS Leonardo Sclickmann (EACS)	17.730	5.474	5.585	
	ESF Leonardo Sclickmann	2.907	902	985	
	Total	Total	86.808	27.145	28.672
Costa e Silva	Sede Regional (REDE e EACS)	22.377	7.785	8.140	
	ESF Parque Douat	3.381	1.080	1.180	
	ESF Parque Douat	3.320	1.075	1.160	
	ESF Parque Douat	3.315	1.070	1.168	
	ESF Jardim Paraíso I	4.106	1.205	1.278	
	ESF Jardim Paraíso II	3.891	1.147	1.240	
	ESF Jardim Paraíso III	3.477	992	1.087	
	ESF Paraíso IV (Canto do Rio)	3.379	943	1.090	
	ESF Jardim Sofia	4.565	1.385	1.494	
	ESF Willy Schosslund	4.470	1.392	1.455	
	UBS Bom Retiro (REDE e EACS)	16.120	5.950	6.452	
	ESF Jardim Paraíso V	2.909	1.048	1.102	
	ESF Jardim Paraíso VI	3.835	1.050	1.174	
	Total	Total	79.145	26.122	28.020
Floresta	Sede Regional	21.826	6.956	7.778	
	ESF Profipo	3.155	934	997	
	ESF Profipo	3.428	1.042	1.148	
	ESF Boehmerwald I	3.921	1.146	1.218	
	ESF Boehmerwald I	3.922	1.169	1.238	
	ESF Boehmerwald II	3.913	1.176	1.260	
	ESF Boehmerwald II	3.718	1.136	1.203	
	ESF Itinga Continental	3.586	1.070	1.110	
	ESF Itinga	3.423	983	1.112	
	ESF Km 4	2.514	752	774	
	ESF Km 4	2.662	806	872	
	ESF Trentino	2.795	795	847	
	Total	Total	58.863	17.964	19.556

DESCRIÇÃO TERRITORIAL DAS UNIDADES		POPULAÇÃO ANO 2015		
REGIONAIS	UNIDADES DE SAÚDE	População	Famílias	Domicílios
Centro	Sede da Regional Centro	26.940	9.870	11.594
	ESF Nova Brasília/Jativoca	4.868	1.424	1.578
	ESF Nova Brasília	3.600	1.108	1.182
	ESF Nova Brasília	3.925	1.245	1.314
	ESF Morro do Meio	3.378	952	1.085
	ESF Lagoinha	3.887	1.045	1.170
	ESF São Marcos (13 MAs)	5.803	1.827	2.030
	ESF Morro do Meio	4.210	1.218	1.474
	Total	56.611	18.689	21.427
Jarivatuba	ESF Jarivatuba (UBS/Sede)	7.826	2.280	2.418
	ESF Jarivatuba (UBS/Sede)	7.940	2.298	2.436
	ESF Jarivatuba (UBS/Sede)	7.977	2.348	2.470
	ESF Paranaguamirim	4.383	1.270	1.318
	ESF Paranaguamirim	4.837	1.398	1.520
	ESF Jardim Edilene	4.114	1.184	1.284
	ESF Estevão Matos	4.262	1.260	1.380
	ESF Parque Guarani	3.910	1.134	1.282
	ESF Parque Guarani (1)	3.866	1.092	1.205
	ESF Parque Guarani	3.747	1.108	1.287
	ESF Estevão Matos	5.195	1.484	1.582
	ESF Jardim Edilene	4.608	1.248	1.295
	ESF Jardim Edilene	3.832	1.090	1.180
	Total	66.497	19.194	20.657
Comasa	Sede da Regional	18.014	5.590	5.945
	UBS Jardim Iriú	8.591	2.518	2.815
	ESF Espinheiros (Moinho dos	2.962	864	980
	ESF CAIC (Espinheiros)	3.712	1.018	1.127
	ESF Da Ilha	3.197	940	975
	ESF Roraima	3.723	1.064	1.147
	ESF Dom Gregório	3.514	1.045	1.118
	ESF Dom Gregório	4.032	1.186	1.298
	UBS Bakitas (EACS)	13.535	4.430	4.634
	ESF Bakitas	3.914	1.132	1.260
	ESF Espinheiros (Moinho dos Ventos)	2.980	865	948
	Total	68.173	20.652	22.247
	Fátima	e da Regional (EACS)	19.547	5.970
UBS Edla Jordan (EACS)		18.538	5.542	5.720
UBS Itaum (EACS)		16.158	4.820	4.938
UBS Ademar Garcia (EACS)		17.424	4.880	4.912
ESF Edla Jordan		3.376	998	1.180
ESF Adhemar Garcia		3.082	890	958
Total		78.126	23.100	24.129
Total Geral	562.151	173.853	188.761	

Fonte: SMS/Gerência da Unidade de Atenção Básica/Cadastramento. (1) Incluída a população já sentenciada, residente no presídio. Observação: As Unidades em cor verde foram territorializadas no ano de 2015. O Cálculo da população residente, famílias e total de domicílios: dados da caderneta e folha cadastral dos ACS. Em áreas sem ACS e REDE a população foi estimada pela taxa de crescimento do IBGE. (1) Incluída a população já sentenciada, residente no presídio.

Apêndice 2

Relatório da Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil 2015, Joinville-SC

Introdução

A Comissão de Prevenção de Mortalidade Infantil da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, desde 2002 realiza o monitoramento da mortalidade infantil com instrumentos que fundamentam as análises de cada óbito.

Com o objetivo de agregar as Instituições de Saúde e Órgãos não Governamentais nas análises dos óbitos e principalmente na proposição de ações para prevenir e reduzir óbitos de causas evitáveis, ocorreu, em agosto de 2015 a primeira reunião do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil de Joinville - SUPERA.

Neste sentido o Comitê caracteriza-se como articulador no processo de vigilância e monitoramento da assistência materno-infantil, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde.

Promover o acesso e assistência qualificada estão entre as principais diretrizes da gestão de saúde, que exigem vigilância contínua dos agravos e das possíveis falhas dentro do sistema, com o propósito de reduzir o coeficiente de mortalidade materno-infantil a cada ano.

O município de Joinville tem apresentado taxas de mortalidade infantil menores que a taxa nacional e estadual, ficando abaixo de dois dígitos na última década.

Em 2015 o Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 9,6 óbitos/1000 nascidos vivos, com predomínio do componente neonatal. Esses dados corroboram a importância da assistência qualificada no pré-natal, parto e ao recém-nascido bem como o fortalecimento dos programas materno-infantil no município (Programa Pequeno Príncipe, Programa Bebê Precioso, Rede Amamenta Alimenta, Rede Cegonha).

A Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno 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 nos municípios.

Os óbitos de fetos e recém nascidos das mães residentes no município de Joinville em 2015 foram analisados por componente (fetal, neonatal precoce e tardio, pós-neonatal), características maternas, características do pré-natal, parto, do recém nascido/criança, a causa básica do óbito (segundo constava na Declaração de Óbito) e critério de evitabilidade segundo a classificação da Fundação Sistema Estadual de Dados de São Paulo - Fundação SEADE.

Distribuição dos nascimentos e óbitos – Joinville 2015

O Quadro 1, mostra que em 2015 ocorreram 8.451 nascimentos de mães residentes em Joinville (8.401 nascidos vivos e 50 natimortos). Foram registrados 109 nascidos vivos retroalimentados no período (filhos de mães residentes em Joinville que nasceram em outros municípios).

É evidenciado que o risco de morrer até a primeira semana de vida foi de 10,6/1000 nascimentos (nascidos vivos + óbitos fetais), para o primeiro ano de vida o risco de morrer foi de 9,6/1000 nascidos vivos e o risco de morrer até os cinco anos incompletos foi de 10,5/1000 nascidos vivos.

Quadro 1 – Total de óbitos, nascimentos e coeficientes de mortalidade no ano de 2015

Coeficientes	Total óbitos	Nascimentos	Coeficientes (por mil)
Mortalidade perinatal	90*	8.451**	10,6
Mortalidade infantil	81	8.401	9,6
Mortalidade menores de 5 anos	88	8.401	10,5

Fonte: SIM / SINASC Nota: * Mortalidade Perinatal = óbitos fetais + óbito neonatal precoce / **total de nascimentos = nascidos vivos + óbitos fetais

Mortalidade Fetal

O período perinatal compreende a faixa de idade gestacional entre 22 semanas completas (154 dias) de gestação e termina aos 7 dias completos após o nascimento, também definido como de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Seguindo definição do Ministério da Saúde, os nascimentos totais deste período incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais (MS,2012). O coeficiente de Mortalidade Perinatal vem se mantendo estável nos últimos cinco anos, com maior índice em 2014.

O Quadro 2 mostra que no ano de 2015 este coeficiente foi de 10,6/1000 nascimentos, sendo que 57,5% (23 óbitos neonatais) ocorreram no primeiro dia de vida.

Quadro 2 – Total de óbitos perinatais e de nascimentos em Joinville, 2011 a 2015

Eventos / Ano	2011	2012	2013	2014	2015
Óbitos fetais	43	52	48	58	50
Óbitos neonatais precoce	38	23	26	30	40
Nascimentos (nascidos vivos + óbitos fetais)	7.829	7.934	7.893	8.109	8451
Coeficiente de mortalidade perinatal (por mil nascimentos)	10,3	9,45	9,37	11	10,6

As causas declaradas da morte fetal na DO no ano de 2015 em Joinville foram 90% atribuídas a Algumas afecções originadas no período perinatal; 6% por Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e 4% ocorreram devido a Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Quadro3). Entre as causas fetais originadas no período

perinatal destacam-se as anormalidades morfológicas e funcionais da placenta com 34 % (17) dos óbitos, a hipóxia intra-uterina não especificada com 20% (10), descolamento/hemorragia da placenta 10% (5), hipertensão materna 4% (2) e decorrente de trauma materno 6% (3) (acidente de trânsito). Nas doenças infecciosas os dois (02) casos foram devido às sífilis.

Quadro 3 - Causas básicas dos óbitos fetais em 2015

Causas por capítulo CID 10 / Ano	2015	
	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	45	90
XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	3	6
Total	50	100

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

Apesar do coeficiente de natimortalidade desvelar dados valiosos sobre as condições de saúde e assistência durante o pré-natal e o parto, a mortalidade fetal como problema de saúde pública têm recebido pouca atenção (CAMARGO, 2008). Diversos estudos no Brasil apontam alguns fatores de risco associados com a mortalidade fetal como idade materna, nuliparidade, perdas fetais anteriores, doenças prévias como hipertensão arterial e o diabetes mellitus, gemelaridade, anomalias cromossômicas fetais, tabagismo, infecções bacterianas e virais, ausência ou má qualidade da assistência pré-natal e deficiência no acompanhamento intraparto (NURDAN; MATTAR; CAMANO, 2003). O monitoramento e análise dos óbitos fetais em relação a diferentes variáveis tem por objetivo identificar fatores de risco, em especial, aqueles considerados evitáveis antes do início da gestação, no pré-natal e na assistência ao parto.

Perfil óbito Fetal – Joinville 2015

A tabela 1 mostra a distribuição e a frequência dos óbitos fetais, segundo características maternas. Em Joinville a idade das mães com maior número de óbitos fetais situa-se entre os 20 e 35 anos (70%), escolaridade de 8 anos e mais (80%), a maioria foi de gestação única (98%), pouco mais da metade das mães eram multíparas (54%) e em 28% dos óbitos as mães relataram perda prévia. Dos óbitos analisados em 80% foi informado o nome do pai na declaração de óbito.

A tabela 2 apresenta os dados referente ao pré-natal onde 60 % das mães realizaram 4 ou mais consultas de pré natal, 22% tiveram diagnóstico de infecção do trato urinário na gestação e 10% apresentaram sífilis na gestação. Dos óbitos fetais 46% residiam em área com cobertura de Estratégia Saúde da Família e 38% com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, o que a princípio favorece a identificação e captação precoce da gestante e um pré-natal de qualidade.

Tabela 1- Dados da mãe

Dados da mãe	Total	%
Total	50	100
Idade da mãe		
15 a 19 anos	4	8
20 a 35anos	35	70
35 anos e +	11	22
Escolaridade Mãe		
4-7 anos	10	20
8-11 anos	29	58
12 e+	11	22
Gestações anteriores		
Sim	23	46
Não	27	54
Perdas anteriores		
Sim	14	28
Não	36	72
Nome pai na DO		
Sim	40	80
Não	10	20

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

Tabela 2- Dados pré-natal

Dados pré natal	Total	%
Total	50	100
Consulta pré natal		
Não realizado	4	8
Não informado	6	12
1 a 3 cons.	10	20
4 a 6 cons.	13	26
7 e +	17	34
ITU na gestação		
Sim	11	22
Não	39	78
Sífilis gestante		
Sim	5	10
Não	45	90
Modelo atenção		
UBS	8	16
EACS	19	38
ESF	23	46

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

A tabela 3 mostra as variáveis inerentes ao parto, onde a quase totalidade foi hospitalar e a maioria em instituição pública. Em 80% dos casos houve registro de ausência de batimentos cardio fetais (BCF) antes da internação hospitalar e em 94% dos casos a morte ocorreu antes do parto. Quanto ao tipo de parto 66% foram pela via vaginal, este dado corresponde a recomendação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasco), e de outras organizações mundiais, que indicam nas gestantes com óbito fetal a via de parto vaginal como preferencia (CAMANO; SOUZA, 2002). Em 17 gestantes (34%), houve a realização de cesárea, sendo que em 2 delas o diagnóstico de óbito fetal foi feito durante a intervenção. Em 15 gestantes houve indicação primária de cesárea mesmo com o diagnóstico prévio de óbito fetal. O óbito fetal não constitui uma indicação de cesariana, excetuando-se raras situações, como: placenta prévia centro-total; cesáreas de repetição, descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, com coagulopatia, entretanto, a operação cesariana em gestantes com óbito fetal, ainda é frequentemente realizada (AQUINO; 1998; SCHUPP; MIYADAHIRA; KAHHALE; ZUGAIB, 2002). A maioria dos natimortos foram encaminhados ao Serviço de Verificação de óbito (SVO) e todos com informação na DO de diagnóstico confirmado por necropsia.

Na tabela 4 observa-se uma frequência alta de óbitos fetais (78%) com baixo peso (<2,5Kg) sendo que 32% (16) com muito baixo peso (<1000g). A maioria dos óbitos (82%) ocorreu antes da 37ª semana de gestação. As malformações estiveram presentes em 10% dos óbitos. Quanto ao sexo um pouco mais da metade dos natimortos (54%) foram do sexo masculino. Ressalta-se que a análise de evitabilidade do óbito infantil e fetal deve levar em conta o peso ao nascer, dado que este é o fator isolado de maior importância para a sobrevivência infantil. Isto significa dizer que o óbito de uma criança com baixo peso (<2,5Kg) deve ser considerado de maneira diferenciada em relação a uma criança com peso ao nascer acima de 2,5Kg (WINBO; SERENIUS; DAHLQUIST; KÄLLÉN, 2001). Entre os nove óbitos fetais considerados adequados quanto à duração da gestação apenas um (1) apresentou baixo peso (1740g), dois com infecção do trato urinário e dois com sífilis na gestação. Em sete (7) dos nove casos a termo, a mãe deu entrada na maternidade onde ocorreu o parto já com ausência de batimentos cardio fetais (BCF). Como causas declaradas nas DOs para estes óbitos ficaram: P022 – anormalidades da placenta (5 óbitos); P209 – hipóxia intra uterina (3 óbitos) e P701 – diabetes gestacional (1 óbito).

Tabela 3- Dados do parto

Dados do parto	Total	%
Total	50	100
Local do parto		
Hospital	49	98
Outros	1	2
Natureza Instituição		
Publico	39	78
Privado	11	22
Óbito prévio internação		
Sim	40	80
Não	10	20
Morte em relação ao parto		
Antes	47	94
Durante	3	6
Tipo de parto		
Cesáreo	17	34
Vaginal	33	66
SVO		
Sim	47	94
Não	3	6

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

Tabela 4- Dados do Natimorto

Dados do Natimorto	Total	%
Total	50	100
Peso ao nascer		
< 1000g	16	32
1000a 2499g	23	46
2500 a 3000g	6	12
> 3000g	5	10
Idade gestacional		
< 30 semanas	22	44
30 a 36 semanas	19	38
37 sem e +	9	18
Malformação /anomalias congênicas		
Sim	5	10
Não	45	90
Sexo		
Masculino	27	54
Feminino	23	46

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

O perfil da mortalidade fetal no município quanto as variáveis analisadas sugere adequação quanto aos fatores relacionados à mãe como idade materna, escolaridade e presença do companheiro. Da mesma forma o acesso ao pré-natal (80% com 1 ou mais consultas de pré-natal) e assistência ao parto (98% hospitalar) mostraram-se adequados. A prematuridade e o baixo ao nascer foram expressivos na população analisada.

Mortalidade menor de 1 ano 2015

O termo mortalidade infantil refere-se às mortes ocorridas no decorrer do primeiro ano de vida e são expressas pela taxa de mortalidade infantil ou coeficiente de mortalidade infantil. Estes números indicam o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de idade. Ao analisar os dados sobre os óbitos de mães residentes em Joinville segundo o componente, nota-se predomínio de óbitos neonatais (neonatal precoce 49,4% e neonatal tardio 18,5%). O coeficiente de mortalidade neonatal é um componente da mortalidade infantil e expressa diretamente à assistência dada ao pré-natal, parto e período neonatal, refletindo a cobertura e qualidade dos serviços de saúde. Em áreas onde o coeficiente de mortalidade infantil pode ser considerado baixo, 60% a 80% dos óbitos ocorrem em crianças com menos de 28 dias de vida, ou seja, durante o período neonatal (FERRARI; BRITO; CARVALHO; et al, 2006)

Estudo realizado por Ortiz (2008) sobre o perfil da mortalidade neonatal no estado de São Paulo, constatou que mais da metade dos óbitos neonatais aconteceram na primeira semana de vida, fato que segundo o autor mostra a relevância do acompanhamento perinatal.

Quadro 4 - Óbitos Infantis e componentes, 2010 a 2015 Joinville-sc

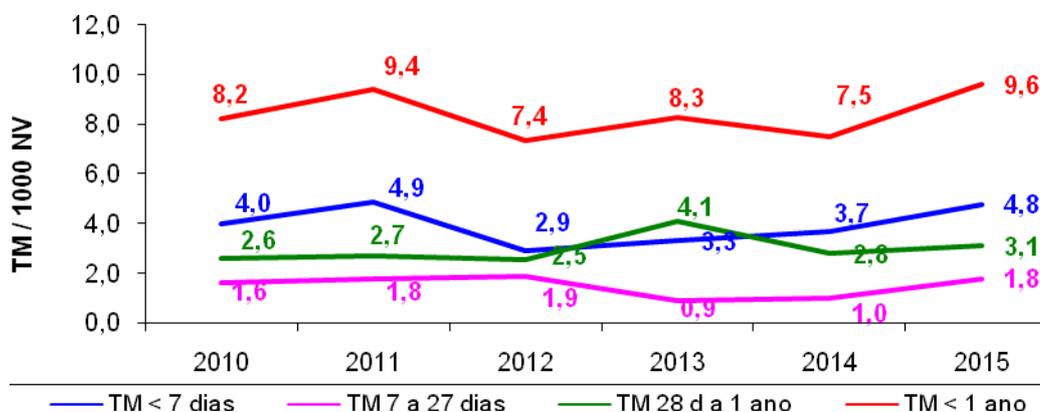
Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total de óbitos	60	73	58	65	61	81
Total de nascimentos (vivos)	7.265	7.786	7.887	7.845	8.051	8.401
Coeficiente de Mortalidade infantil	8,3	9,4	7,4	8,3	7,5	9,6
Óbitos neonatais precoce	29 (48,3%)	38 (52,05%)	23 (39,6%)	26 (40%)	30 (50%)	40 (49,4%)
Óbitos neonatais tardios	12 (20%)	14 (19,2%)	15 (25,9%)	7 (10,8%)	8 (13,3%)	15 (18,5%)
Óbitos pós neonatais	19 (31,7%)	21 (28,8%)	20 (34,5%)	32 (49,2%)	22 (37,7%)	26 (32,1%)

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

A taxa de mortalidade infantil (TMI) estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e consiste em relacionar o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2012). Usado como indicador básico de desenvolvimento humano, a TMI revela, de maneira geral, muito sobre as condições socioeconômicas e de saúde da gestante, bem como possível assistência inadequada ao pré-natal, ao parto, ao recém nascido e assim como estado nutricional, saneamento básico e vacinação (UNICEF, 2008).

Dados do SIM em âmbito nacional e para o Estado de Santa Catarina ainda apresentam coeficiente de mortalidade infantil com dois dígitos. Em 2014 dados preliminares estimam CMI de 12,9 para o Brasil e 10,2 para o Estado de Santa Catarina.

Figura 1- Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes 2010 a 2015 – Joinville /SC



Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

Segundo a Tabela 5 a maior prevalência de causas de óbitos em menores de um ano conforme o CID 10 em 2015 foram registradas no item “Algumas afecções originadas no período neonatal”, seguidas pelas “Anomalias Congênitas”, “Doenças do Aparelho Respiratório” e “Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias”. Não ocorreu registro de “Causas Externas e Mal Definidas” no período.

Tabela 5 -Óbito <1 ano por ano segundo Causas Capítulos (CID 10), Joinville 2010 a 2015

Causas Capítulo CID 10 / Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Algumas afec. originadas no período perinatal	34	56,7	37	51	22	37,9	24	36,9	28	47	40	49,4
Anomalias congênitas	15	25	25	34	19	32,8	19	29,2	18	30	23	28,4
Doenças do aparelho respiratório	3	5	3	4,1	7	12,1	9	13,9	5	8,3	6	7,4
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	3,3	3	4,1	3	5,2	4	6,2	2	3,3	6	7,4
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	1	1,7	1	1,5	0	0	2	2,5
Causas externas	0	0	0	0	1	1,7	1	1,5	0	0	0	0
Mal Definidas *	2	3,3	1	1,4	1	1,7	2	3,1	1	1,7	0	0
Neoplasias (tumores)	1	1,67	1	1,4	0	0	1	1,5	0	0	0	0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	3,3	1	1,4	1	1,7	0	0	2	3,3	3	3,7
Doenças do sistema nervoso	1	1,67	2	2,7	3	5,2	1	1,5	2	3,3	1	1,2
Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	3	4,6	0	0	0	0
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,7	0	0
Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,7	0	0
TOTAL	60	100	73	100	58	100	65	100	60	100	81	100

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

Perfil dos óbitos em menores de 1 ano - Joinville 2015

Os óbitos em filhos de mães adolescentes (abaixo de 20 anos) totalizaram 8,6% dos casos, conforme a Tabela 6. Em 82,7% foram apontadas 4 ou mais consultas de pré-natal e a maioria das mães cujos filhos foram a óbito apresentavam escolaridade de 8 anos ou mais.

Tabela 6- Dados do pré-natal em < de 1 ano

Dados pré natal	Neonatal	Pós Neonatal	Total	%
Total	55	26	81	100
Idade da mãe				
15 a 19 anos	3	4	7	8,6
20 a 40anos	52	22	74	91,4
Consulta pré natal				
Nenhuma	3	1	4	4,9
1 a 3 cons.	7	2	9	11,1
4 a 6 cons.	20	10	30	37,0
7 e +	25	12	37	45,7
NI	0	1	1	1,2
ITU na gestação				
Sim	8	1	9	11,1
Não	44	24	68	84,0
NI	0	1	1	1,2
Escolaridade mãe				
< 8 anos	13	10	23	28,4
8 anos e mais	42	16	58	71,6

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

Na análise da Tabela 7 em relação ao peso ao nascer, o percentual de 37% ocorreu tanto na faixa menor de 1.000 gramas quanto acima de 2.500 gramas. A idade gestacional prevalente foi de menos de 30 semanas em 37% dos casos, seguidas por 35,8% das situações com gestação a termo (37 ou mais semanas). Em 37% dos óbitos foi informado a presença de malformação/anomalias congênitas. Quanto a análise do Apgar no 1º minuto de vida, 66,7% apresentaram score menor que 7, já no 5º minuto 61,7 % apresentou o score maior que 7. O tipo de parto prevalente foi cesárea em 58% dos nascimentos. A instituição pública corresponde a 64,2% do total dos locais de nascimento. Quanto ao Programa Pequeno Príncipe 90,1% foram considerados com risco ao nascer.

Tabela 7 - Dados do nascimento em <de 1 ano

Dados nascimento	Neonatal	Pós Neonatal	Total	%
Total	55	26	81	100
Peso ao nascer				
< 1000g	25	5	30	37,0
1000a 2499g	14	6	20	24,7
2500 a 3000g	9	4	13	16,0
> 3000g	7	10	17	21,0
NI	0	1	1	1,2
Idade gestacional				
< 30 semanas	24	6	30	37,0
30a 36 semanas	18	4	22	27,2
37 sem e +	13	16	29	35,8
Malformação /anomalias congênitas				
Sim	19	11	30	37,0
Não	36	15	51	63,0
Apgar no 1º minuto				
< 7	42	12	54	66,7
7 e +	13	13	26	32,1
NI	0	1	1	1,2
Apgar no 5º minuto				
< 7	25	5	30	37,0
7 e +	30	20	50	61,7
NI	0	1	1	1,2
Tipo de parto				
Cesárea	35	12	47	58,0
Vaginal	20	14	34	42,0
Instituição nascimento				
Publico	34	18	52	64,2
Privado	21	8	29	35,8
RN risco Peq. Príncipe				
Sim	53	20	73	90,1
Não	2	5	7	8,6
NI	0	1	1	1,2

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

Na tabela 8 mostra que a totalidade dos óbitos infantis ocorreu em ambiente hospitalar, sete deles em instituição de outro município, sendo que, 6 óbitos no período neonatal e pela análise dos mesmos a transferência para outro município se deu em virtude da necessidade de Unidade de Terapia Intensiva ou assistência em centros especializados. Dos óbitos no componente pós-neonatal, um era acompanhado pelo Programa Bebê Precioso. No ano de 2015 quanto rede de atenção básica, 45,7% eram cobertas por ESF e 32,1% por EACS. O modelo de atenção pode contribuir para a diminuição da mortalidade infantil através do acompanhamento das gestantes e dos recém-nascidos e ações educativas com vistas a

reduzir os óbitos considerados evitáveis. Neste sentido, em 2011 Joinville aderiu a Rede Cegonha cujas ações estão voltadas à melhoria da qualidade e ampliação do acesso do acompanhamento pré-natal como a captação precoce, ampliação do acesso da gestante ao pré-natal, avaliação de risco e vulnerabilidade, vinculação da gestante ao local de parto, assegurar a realização dos testes laboratoriais necessários no pré-natal, prevenção e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatite e assistência aos períodos do parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2012).

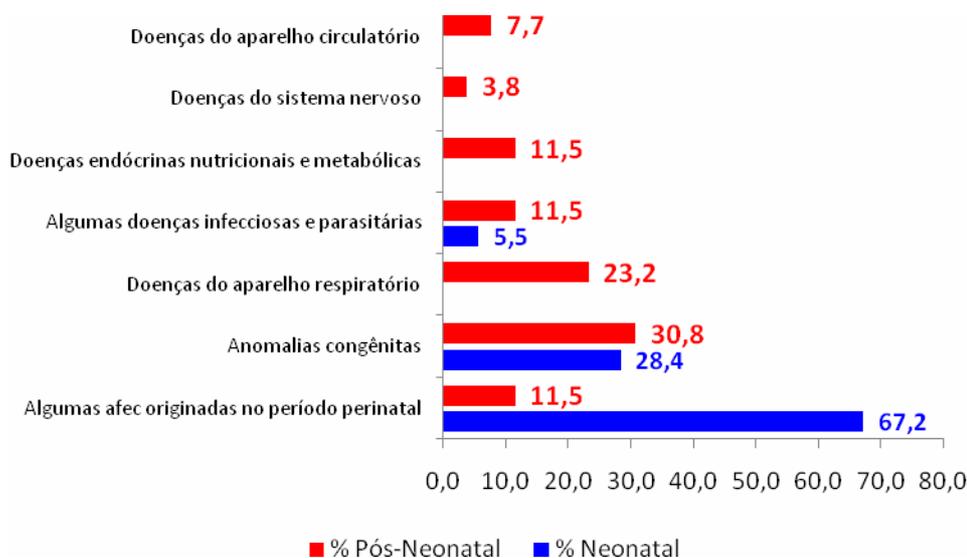
Tabela 8 - Dados do óbito em <de 1 ano

Dados óbito	Pós		Total	%
	Neonatal	Neonatal		
Total	55	26	81	100
Instituição óbito				
Publico	34	22	56	69,1
Privado	21	4	25	30,9
Óbito retroalimentado				
Sim	6	1	7	8,6
Não	49	25	74	91,4
Acomp. Bebê Precioso				
Sim	0	1	1	1,2
Não	55	25	80	98,8
Modelo atenção				
UBS	14	4	18	22,2
EACS	18	8	26	32,1
ESF	23	14	37	45,7

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

A Figura 2 mostra a distribuição das causas de óbito segundo Capítulo da CID10 para os componentes neonatal e pós-neonatal. Nos óbitos do período neonatal predominam as causas originadas no período perinatal com 67,2% das causas e em segundo lugar as malformações/anomalias congênicas com 28,4%. No componente pós-neonatal as causas de óbito foram as malformações congênicas com 30,8% das mortes seguidas das mortes por doenças do aparelho respiratório.

Figura 2. Proporção de óbitos < 1 ano por componente e segundo causa capítulo CID 10- Joinville 2015.



Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

Os dados dos últimos seis anos foram analisados segundo subgrupos da Classificação da Fundação SEADE. Essa classificação considera mortalidade evitável as causas de morte que apresentam “possibilidades de intervenção determinadas pela existência de tecnologia apropriada para evitar o seu aparecimento, a sua progressão e óbitos, independentemente do fato de os procedimentos não estarem disponíveis para a maioria da população neste momento” (ORTIZ, 2001).

A distribuição dos óbitos segundo a classificação de evitabilidade da Fundação SEADE, (Tabela 9), demonstrou que a maior possibilidade de redução seria através do diagnóstico e tratamento precoce. O segundo maior grupo de causas são as redutíveis através de parcerias com outros setores que quase na sua totalidade é representada pelas malformações e anomalias congênitas. O grupo das causas não evitáveis vem apresentando queda no período analisado, passando de 23,5% em 2010 para 14,8% em 2015.

Para o ano de 2015, no município de Joinville, 84% de óbitos por causas evitáveis e 14,8% por causas não evitáveis e 1,2% de óbitos no grupo de mal definidas (óbito retroalimentado).

Determinadas causas de óbito no período neonatal são consideradas reduzíveis a partir de adequado acompanhamento da gestação e parto e outras ainda podem ser evitadas por meio do diagnóstico e intervenção precoce. No período pós neonatal, as principais causas de óbito são também consideradas evitáveis e de fácil intervenção por estarem mais associadas às condições precárias de saneamento básico e acesso aos cuidados de saúde (BRASIL, 2006).

Tabela 9 - Classificação de Evitabilidade dos óbitos em menores de 1 ano - 2010 a 2015

Classificação por Grupos Fundação SEADE	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1-Redutíveis por imunoprevenção	0	0	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	7	8,6
3-Redutíveis por adequada atenção ao parto	2	3,3	4	5,5	10	17,2	6	9,2	14	23	11	13,6
4-Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	29	48,3	32	43,8	23	39,7	25	38,4	24	40	36	44,4
5-Redutíveis através de parcerias com outros setores	8	13,3	16	21,9	8	13,8	19	29,2	12	20	14	17,3
6-Não evitáveis	14	23,3	15	20,5	13	22,4	11	16,9	8	13	12	14,8
7-Mal definidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,2
8-Não classificadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	60	100	73	100	58	100	65	100	60	100	81	100

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

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 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:

Quadro 5 - Problemas identificados

Problemas	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sem evidência de falhas	29	38	35	30	31	27
Dificuldades sócio-familiares	17	17	11	13	9	22
Problemas na atenção ao pré natal	10	7	3	5	4	13
Problemas na atenção à criança	7	6	9	5	5	5
Problemas na atenção ao parto	2	0	2	2	5	6
Problemas na assistência neonatal	0	0	0	2	1	2
Problemas nos exames (USG)	0	0	2	1	2	4
Outros problemas	8	8	2	11	13	16
Total de problemas	73	76	64	69	70	95

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

As medidas corretivas (Quadro 6) realizadas foram a correção dos bancos de dados SIM, SINASC e SINAN que contribuem para a qualificação dos dados, são fonte de informações que fundamentam o planejamento em saúde. Em 2015, foram efetuadas 22 correções nos bancos de dados. Destaca-se a freqüência no número de pacientes que tiveram indicação de aconselhamento genético e que sugere a necessidade de fluxos assistenciais adequados.

As seguintes medidas foram tomadas pela CMI após as investigações:

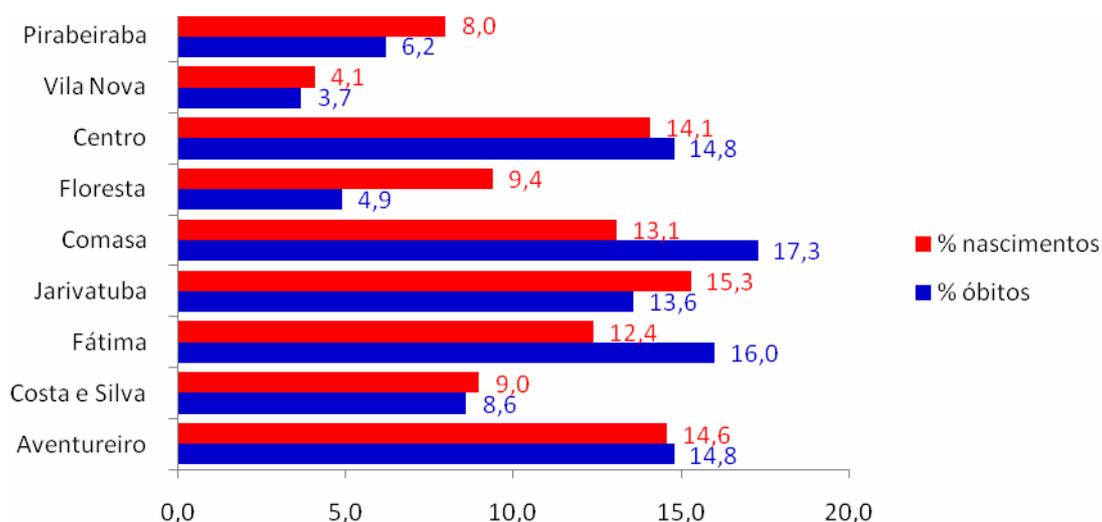
Quadro 6 – Medidas corretivas

Medidas corretivas	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Correção dos bancos de dados (SIM, SINASC)	16	13	12	33	23	22
Carta às UBS para seguimento das famílias	17	13	5	5	10	23
Carta aos Hospitais	4	0	2	2	4	2
Aconselhamento genético	11	16	4	13	11	11
Discussão com profissionais/equipes de Saúde	2	6	10	5	5	8
Outros	0	0	0	5	3	15

Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

A figura 3 mostra a distribuição de nascimentos e óbitos infantis por Regional de Saúde com as maiores proporções de nascimentos nas Regionais Jarivatuba, Aventureiro e Centro, enquanto que para os óbitos temos os maiores percentuais nas Regionais Comasa, Fatima, Aventureiro e Centro.

Figura 3 - % de óbitos < 1 ano e nascimentos de Joinville por Regional de Saúde 2015



Fonte: SIM/SINASC/CPMI/VE

Mortalidade 1 a 4 anos

O município realiza também investigação dos óbitos na faixa etária de 1 a cinco anos incompletos que, junto com a mortalidade infantil, compõe a Mortalidade na Infância cujo coeficiente estima o risco de uma criança morrer antes de completar o quinto ano de vida. No ano de 2015 foram registrados sete óbitos com as causas distribuídas em causas externas duas mortes na faixa etária de 1 a 4 anos (afogamento e acidente transito), ambos no mês de Dezembro/2015. As demais causas registradas apresentaram 1 óbito cada, conforme a Quadro 15 abaixo.

Quadro 7 - Proporção segundo Causa (CID10 CAP) óbitos 1 a 4 anos - Joinville /SC

Causa (CID10 CAP)	Fev.	Mai.	Jun.	Jul.	Set.	Dez.	Total
II. Neoplasias (tumores)	1	0	0	0	0	0	1
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtunimunitár	0	0	1	0	0	0	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	1	0	0	1
X. Doenças do aparelho respiratório	0	1	0	0	0	0	1
XVII.Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	0	0	0	0	1	0	1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	0	2	2
Total	1	1	1	1	1	2	7

SIM/CPMI/VE

Comissão de Prevenção da Mortalidade Infantil

Fátima Mucha	Unidade de Atenção Básica
Maria Volpato Kropiwec	Unidade de Vigilância em Saúde
Selma Cristina Franco	Unidade de Planejamento, Controle Avaliação e Auditoria
Terezinha Hillesheim	Unidade de Planejamento, Controle Avaliação e Auditoria
Débora Galle Morais	Unidade de Vigilância em Saúde
Álvaro Cesar Ricardo Junior	Unidade de Vigilância em Saúde

Bibliografia

- AQUINO, M.M.A. Causas e fatores associados ao óbito fetal. Campinas,1997. 82p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas
- CAMARGO, A.B.M. A natimortalidade e a mortalidade perinatal em São Paulo. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, V. 22, n.1, p. 30-47, jan./jun. 2008.
- CAMANO, L.; SOUZA, E. (Ed.). Assistência ao parto e toco-cirurgia:Manual de orientação da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).São Paulo: Ponto, 2002.
- NURDAN, N; MATTAR, R; CAMANO, L. Óbito fetal em microregião de Minas Gerais: causas e fatores associados. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, V.25, n. 2, p. 103-107, mar. 2003.
- ORTIZ, L. P Agrupamento das causas de morte dos menores de um ano segundo critério de evitabilidade das doenças. Mineo., p. 14, 2001.
- SCHUPP, T.R.; MIYADAHIRA, S.; KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. Management of pregnancy in a university hospital: a 6-year study. Rev. Hosp. Clin.Fac. Med. São Paulo, v.55, p.137-44, 2000.
- WINBO, I.; SERENIUS, F.; DAHLQUIST, G.; KÄLLÉN, B. Maternal risk factors for cause-specific stillbirth and neonatal death. Acta Obstet. Gynecol. Scand., v.80, p.235-44, 2001.
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da infância brasileira, 2006. Brasília: UNICEF; 2008.
- RIPSA/REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Indicadores e Dados Básicos - IDB - Brasil, 2008.
- ORTIZ, L.P. OUSHIRO, D.A. Perfil da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo. São Paulo em Perspectiva, São Paulo. Fundação SEADE, v. 22, n.1, p. 19-29, jan/jun. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. Brasília, 2012. Disponível:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24177>.
- BRASIL, MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- FERRARI, L.S.L ; BRITO, A.S.J.; CARVALHO, A.B.R. et AL. Mortalidade neonatal no município de Londrina, Paraná, Brasil, nos anos 1994, 1999 e 2002. Cadernos Saúde Pública,2006

Apêndice 3

**DEMONSTRATIVO DE GASTOS DE PROGRAMAS COM VERBAS ESPECÍFICAS
(BLOCO DE GESTÃO)
ANO DE 2015**

C/C	Projeto/Programa	Saldo inicial em 31/12/2014	Receitas do Exercício	Despesas do Exercício	Saldo final em 31/12/2015
12604-7	Programa das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)	R\$ 167.339,25	R\$ 0,00	R\$ 17.058,80	R\$ 150.280,45
	Incentivo Destinado aos Leitos de Acolhimento por Usuários de Drogas	R\$ 66.530,50	R\$ 0,00	R\$ 36.392,68	R\$ 30.137,82
	Incentivo para Ações de Redução de Danos em CAPS AD Consultório de Rua	R\$ 33,78	R\$ 0,00	R\$ 33,78	R\$ 0,00
	Programa Financiamento da Assistência Farmacêutica no Pró-Saúde	R\$ 501.912,35	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 501.912,35
	CAPS In - RAPS - Incentivo dest. Ao custeio dos Centros de At. Psicossocial	R\$ 4.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 4.000,00
	Custeio dos Centros de Atendimento Psicossocial CAPS III	R\$ 11.175,47	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 11.175,47
	Implementação de Política de Promoção da Saúde	R\$ 24.475,36	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 24.475,36
	Participa SUS - Gestão de Políticas Saúde	R\$ 60.718,07	R\$ 0,00	R\$ 480,00	R\$ 60.238,07
	Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho Saúde Mental	R\$ 3.124,34	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 3.124,34
	Incentivo Reabilitação Psicossocial	R\$ 204.025,62	R\$ 0,00	R\$ 48.300,61	R\$ 155.725,01
	Qualificação da Regulação do Acesso as Ações e Serviços de Saúde	R\$ 112.842,89	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 112.842,89
	Incentivo a implantação do programa de qualificação da RAPS - PI	R\$ 236.484,05	R\$ 327,00	R\$ 127.340,62	R\$ 109.470,43
	Qualificação da Gestão do SUS	R\$ 0,00	R\$ 100.000,00	R\$ 12.042,00	R\$ 87.958,00
	18.122-6	Casa de Acolhimento Transitório - Crack	R\$ 242.037,20	R\$ 22.340,79	R\$ 101.451,99

Apêndice 4

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE - ATIVIDADES 2015

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 25.219, que efetivou a composição do Conselho Municipal de Saúde gestão 2015/2017, publicado no Jornal do Município em 04 de agosto de 2015.

É conduzido por uma Mesa Diretora composta por: Presidente, conselheira Cleia Aparecida Clemente Giosole, segmento usuário; vice-presidente, conselheiro Orlando Jacob Schneider, segmento usuário e secretário, conselheiro Douglas Calheiros Machado, segmento governo. É assessorado por cinco comissões permanentes: Comissão de Assuntos Internos, Comissão de Assuntos Externos, Comissão Intersectorial 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 2015 totalizavam 28 (vinte e oito) conselhos ativos.

Para fortalecer a atuação do Controle Social no município, o conselho promoveu durante o ano 2 (dois) encontros de capacitação voltados às secretárias e secretários de Conselhos Locais de Saúde, realizados no mês de maio. Houve também a 11ª Conferência Municipal de Saúde de Joinville, que ocorreu em junho, sob o tema “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Os Rumos da Qualidade na Atenção Básica”. No decorrer do ano houve participação em capacitações/eventos fora do município de Joinville, através da presença de representantes do Conselho Municipal de Saúde de Joinville na 7ª Conferência Estadual de Saúde que teve como tema: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”, ocorrida em Florianópolis no mês de setembro; participação de 4 (quatro) conselheiros na capacitação realizada em Florianópolis pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE/SC); e presença de 3 (três) conselheiros na 15ª Conferência Nacional de Saúde na cidade de Brasília, ambas no mês de dezembro.

Neste ano o conselho realizou 12 (doze) assembleias ordinárias e 03 (três) extraordinárias, sendo que uma das assembleias extraordinárias não se realizou devido à falta de quórum, totalizando, assim, 15 (quinze) assembleias realizadas em 2015, as quais deram origem a 41 (quarenta e uma) Resoluções, que foram homologadas pelo prefeito e publicadas no Jornal do Município.

ÍNDICE DAS RESOLUÇÕES DO ANO DE 2015

RESOLUÇÃO Nº 001/2015 – Criação da comissão organizadora da 11ª Conferência Municipal de Saúde de Joinville.

RESOLUÇÃO Nº 002/2015 – prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde – SMS referente ao 2º quadrimestre de 2014.

RESOLUÇÃO Nº 003/2015 – Renovação do convênio nº. 001/2014 –SEPLAN com a PROFIS- Associação de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal.

RESOLUÇÃO Nº 004/2015 – Planejamento anual 2015 do centro de referência em saúde do trabalhador – CEREST.

RESOLUÇÃO Nº 005/2015 – Relatório anual de atividades do centro de referência em saúde do trabalhador – CEREST no ano de 2014.

RESOLUÇÃO Nº 006/2015 – Prestação de contas dos projetos PRÓ-SAÚDE II E III.

RESOLUÇÃO Nº 007/2015 – Termo de cooperação técnica entre a Secretaria de Saúde de Joinville e os sindicatos de Joinville.

RESOLUÇÃO Nº 008/2015 – Projeto e primeiro plano de ação para utilização do recurso do Programa Saúde na Escola (PSE).

RESOLUÇÃO Nº 009/2015 – Regimento da 11ª Conferência Municipal de Saúde de Joinville.

RESOLUÇÃO Nº 010/2015 – 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 011/2015 – Prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde referente ao terceiro quadrimestre de 2015.

RESOLUÇÃO Nº 012/2015 – Relatório Anual de Gestão 2014 da Secretaria Municipal de Saúde.

RESOLUÇÃO Nº 013/2015 – Ajustes na pactuação de 56 indicadores para Joinville do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

RESOLUÇÃO Nº 014/2015 – Alteração na redação do Plano Municipal de Saúde relacionado ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO-UNIVILLE).

RESOLUÇÃO Nº 015/2015 – Projeto de lei Nº. 324/2014, de 28 de outubro de 2014 – “Institui o mês Novembro Azul.”

RESOLUÇÃO Nº 016/2015 – Edital para credenciamento de profissionais médicos na especialidade de anestesiologia.

RESOLUÇÃO Nº 017/2015 – Proposta de novo fluxo para o protocolo de análogos de insulina de Joinville.

RESOLUÇÃO Nº 018/2015 – Criação da Comissão Eleitoral.

RESOLUÇÃO Nº 019/2015 – Indicação de representantes no Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materno, Infantil e Fetal.

RESOLUÇÃO Nº 020/2015 – Eleição da Mesa Diretora gestão 2015-2017.

RESOLUÇÃO Nº 021/2015 – Recomposição da Comissão de Assuntos Internos (CAI).

RESOLUÇÃO Nº 022/2015 – Recomposição da Comissão de Capacitação.

RESOLUÇÃO Nº 023/2015 – Inclusão códigos tabela SIGTAP – profissionais fisioterapêuticos.

RESOLUÇÃO Nº 024/2015 – Propostas aprovadas na 11ª Conferência Municipal de Saúde.

RESOLUÇÃO Nº 025/2015 – Recomposição da Comissão de Assuntos Internos (CAI).

RESOLUÇÃO Nº 026/2015 – Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) 2016.

RESOLUÇÃO Nº 027/2015 – Representatividade do Conselho Municipal de Saúde em Comissões de Acompanhamento de Contratos e/ou Convênios, Comitês e Conselhos Gestores e/ou Administrativos.

RESOLUÇÃO Nº 028/2015 – Recomposição da Comissão de Assuntos Externos (CAE).

RESOLUÇÃO Nº 029/2015 – Projeto de Lei Nº. 255/ 2013, de 21 de agosto de 2013 - “dispõe sobre a obrigatoriedade da realização do exame da ultrassonometria do calcâneo, evidenciando prevenção da osteoporose no município de Joinville”.

RESOLUÇÃO Nº 030/2015 – Convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Univille para implantação e operacionalização do Gradua-CEO-Brasil Sorridente.

RESOLUÇÃO Nº 031/2015 – Lei Orçamentária Anual (LOA) 2016.

RESOLUÇÃO Nº 032/2015 – Projeto de Lei Complementar Nº 17/ 2013-“dispõe sobre medidas permanentes de prevenção contra a dengue e dá outras providências.”

RESOLUÇÃO Nº 033/2015 – Não homologada, aguardando decisão.

RESOLUÇÃO Nº 034/2015 – Programação Anual de Saúde – 2016.

RESOLUÇÃO Nº 035/2015 – Indicação de representante do Conselho Municipal de Saúde de Joinville em outras comissões.

RESOLUÇÃO Nº 036/2015 – Indicação de representante do Conselho Municipal de Saúde de Joinville na Comissão Integração Serviço-Ensino da Secretaria Municipal de Saúde.

RESOLUÇÃO Nº 037/2015 – Grupo de trabalho para a formulação de diretrizes e estratégias como processo de construção do Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

RESOLUÇÃO Nº 038/2015 – Projeto de Lei Nº 151/2015, de 16/06/2015, de autoria do poder executivo, que “autoriza o executivo municipal, por intermédio da Secretaria de Gestão de

Pessoas e da Secretaria da Saúde a celebrar convênio com o estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado da Saúde e do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt”.

RESOLUÇÃO Nº 039/2015 – Credenciamento do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt em Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia.

RESOLUÇÃO Nº 040/2015 – Cronograma de reuniões do Conselho Municipal de Saúde 2016.

RESOLUÇÃO Nº 041/2015 – Cronograma de capacitações do Conselho Municipal de Saúde 2016.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE
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 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

REDE DE ATENÇÃO AOS DEFICIENTES (RAD)

Coordenação Cíntia Friedrich – USR da Secretaria Municipal da Saúde

AVANÇOS DA RAD EM 2015

Em 2015 ocorreram 11 reuniões mensais do grupo condutor municipal da RAD, com participantes representando os serviços externos envolvidos (ARCD, APAE, COMDE e 23 GERSA) e alguns setores internos da SMS (GUSR, GUAB, área de Auditoria e de Planejamento, PAM Boa Vista) sob a coordenação da Cinthia Friedrich.

Vários avanços foram alcançados na estruturação da RAD:

- Plano de Ação contemplando as necessidades Regionais;
- Diálogo com a SES - participação no Grupo de Condução Estadual;
- Participação das áreas de Planejamento e de Auditoria da SMS-Joinville nas reuniões mensais do grupo condutor municipal;
- Diálogo com os demais serviços e apoio do COMDE;
- Estudo para fluxo de referência e contra-referência
- Estudo para **Ficha de encaminhamento único** nos grupos condutores municipal e regional;
- Estudo para Regulação dos serviços;
- Termo de Cooperação Técnica com a Policlínica Boa Vista e ARCD;
- Apoio para grupo condutor estadual;
- Oficina de capacitação;
- Portaria para nomear a Comissão;
- Revisão do Plano Regional com CER III de Joinville e a possibilidade do CER II em Jaraguá do Sul
- Definição do perfil de atendimento de cada serviço
- Regulação indireta da porta de entrada da ARCD, através do fechamento de entrada de novos casos não residentes em Joinville.

Com relação às deficiências atuais da RAD, foram elencadas as seguintes dificuldades para discussão e encaminhamentos em 2016:

- Pacientes com algumas patologias diagnosticadas e sem local de atendimento (Esclerose Múltipla, Parkinson, Demências, Lesão de Plexo Braquial)
- Pacientes com patologias que requerem capacitação dos profissionais (Autismo)
- Parceria com clínicas ortopédicas insatisfatória

- Falta de equipe interdisciplinar nas unidades básicas
- Demora das consultas com especialistas e cirurgias (principalmente os adultos)
- Dificuldade de interação entre os serviços (melhorando aos poucos)

Finalmente, vale comentar que um dos maiores desafios da RAD, a exemplo das demais redes, é a melhor articulação dos serviços e o estabelecimento de fluxos assistenciais e linhas de cuidado para os pacientes, considerando suas necessidades e patologias, visando superar a fragmentação dos serviços de saúde.

REDE CEGONHA

Coordenação: Sílvia Betat – UAB

Neste momento, as ações da Rede Cegonha estão voltadas para a Qualificação da Atenção ao Pré-natal, envolvendo para isso o trabalho das equipes e da gestão através de:

- Construção do Protocolo de Pré-natal para a Atenção Primária utilizando referências validadas pelo MS e definição de fluxos assistenciais locais – GT composto por profissionais médicos de saúde da família, ginecologistas e enfermeiros, com representantes da MDV;

- Previsão de capacitação/atualização para os profissionais da Atenção Básica envolvidos na assistência pré-natal e organização do processo de trabalho;

- Reorganização do serviço de saúde na qualificação do cuidado e organização em rede, com proposta de implementação da Tele Consultoria para ampliar a resolutividade da Atenção Primária e evitar encaminhamentos desnecessários ao serviço de Atenção Secundária;

Quanto aos exames pré-natais, estamos tendo dificuldades desde 2015 com atrasos na liberação de laudos, acarretando queda da qualidade da assistência. Gerências cientes do problema.

Quanto aos registros no SisPrenatal, percebemos que ainda há profissionais resistentes que não inserem as informações das consultas ou fazem parcialmente. Esse assunto será levado para as novas chefias de unidade para providências junto aos profissionais, sendo pauta da reunião de 01/03/2016.

GT de Sífilis, composto por Sílvia, Aline, Fátima, Carla e Simone, acompanhando os casos de sífilis em gestante e sífilis congênita, estudando e propondo estratégias de prevenção.

Metas para 2016:

1. Controle da Sífilis congênita
2. Implantar transporte seguro
3. CPN
4. Plano de Parto
5. Instituir na Atenção Primária o Pré-natal do Homem
6. Transferências (má formação fetal)
7. Concluir e implementar Protocolos em construção - MDV/SMS.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Coordenação: Rosemeri Maciel – UAB

A rede de crônicos realizou reuniões bimensais, conforme cronograma, mas tivemos muitas dificuldades para participação dos grupos. As reuniões de agosto, outubro e novembro não aconteceram.

Obesidade e Sobrepeso

Programa Mais Saúde implantado em 6 unidades de saúde, Programa multiprofissional que envolve todos os profissionais das Unidades Básicas de saúde, 200 pacientes beneficiados, Média de Redução das medidas abdominais 70%, Peso 64%. Incorporação de Hábitos Saudáveis 55%, diminuindo o encaminhamento ao Obesimor do HRHDS, prevenindo e tratando comorbidades associadas.

Câncer de Colo e Mama

Matriciamento em mastologia que proporcionou redução da fila de espera de 410 pacientes para primeira consulta em agosto de 2014 para 7 em setembro de 2015.

Acompanhamento pelas UBS, (médicos ginecologistas e médicos clínicos) dos pacientes com Bi Rads 0 a III conforme protocolo de CA de mama.

Início da teleconsultoria em mastologia previsto para o final de 2015 e início de 2016 para Joinville e Região, em processo de implantação

Cardiologia e Neurologista

Matriciamento com melhora dos encaminhamentos ao especialista e qualificação dos médicos da Atenção Básica

Controle da Hipertensão arterial pelas UBS de 58%, o melhor do país.

Capacitação e investigação da fibrilação arterial, com início de anticoagulação, diminuindo os episódios de AVC

Já realizado orientação para a região, aos municípios que tem pactuado consulta com cardiologia em Joinville. Realizaremos novos encontros a pedido da 23ª GERSA

Endocrinologia

Tele-consultoria e tele-regulação para as unidades básicas de saúde realizadas pelos endocrinologistas. Todos os encaminhamentos são discutidos via web entre os profissionais das UBS e os especialistas, que realizam uma avaliação do caso, orientação de conduta e priorização do atendimento. Melhora o fluxo de atendimento e qualifica os encaminhamentos, diminuindo a fila de primeira consulta.

Será iniciada tele-consultoria para a região, aos municípios que tem pactuado consulta com endocrinologia em Joinville, já apresentado a CIR.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Coordenação: Nasser Haidar Barbosa

O ano de 2015 foi um marco para a organização da Rede de Atenção Psicossocial em Joinville.

Nesse sentido, as ações e os avanços serão aqui divididos em dois grupos para melhor síntese e compreensão: 1) Ações de organização, articulação e institucionalização; 2) Ações de implantação e capacitação.

- 1) No âmbito da organização da RAPS é importante citar que em agosto de 2015 foi aprovada e publicada a portaria 075/2015/SMS que “*Dispõe sobre a instituição em âmbito municipal o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS*”; a partir desta portaria são formalizadas as atribuições, a composição e os objetivos do coletivo responsável por potencializar todas as ações de avanços da rede; Cabe destacar também que o grupo condutor manteve regular agenda de reuniões a partir das quais foram estabelecidos, implantados e avaliados fluxos para o acolhimento de usuários que necessitam da RAPS, principalmente no que tange aos atendimentos de urgência e emergência; Ainda em 2015 foram criados outros fóruns de debate e articulação de abrangência regional com o apoio da 23ª Gerência Regional de Saúde, como é o caso da Câmara Técnica da RAPS envolvendo municípios de 2 macro regionais.
- 2) Acerca da implantação e capacitação, citamos principalmente as ações desenvolvidas a partir do Projeto Percursos Formativos da RAPS, que aconteceu com o apoio do Ministério da Saúde. A partir deste projeto ocorreu o intercâmbio de trabalhadores, usuários e familiares de usuários da RAPS de Joinville e Santo André (SP) para a potencialização dos serviços e ações voltados para a Reabilitação Psicossocial; Além do intercâmbio, também aconteceu o 1º Encontro Municipal da RAPS que contou com a presença do então coordenador Nacional de Saúde Mental, Dr. Roberto Tikanory. Neste evento, além do espaço criado para o fomento e reprodução das práticas já existentes de reabilitação psicossocial, também se iniciou um amplo debate para a criação de um fórum permanente de discussão sobre a RAPS em Joinville;

Outro destaque no sentido da implantação e ampliação da assistência da RAPS foi o início dos processos de concorrência pública para a regular instituição de duas Residências Terapêuticas (RT) em Joinville. Atualmente temos em funcionamento uma RT que funciona em regime misto de gestão (empresa contratada por meio de pregão presta serviços com supervisão direta do SOIS). Há demanda para a ampliação da capacidade da RT existente e implantação de nova RT, portanto, ainda no primeiro semestre de 2016. Esta significativa ampliação da RAPS acontecerá em decorrência dos estudos realizados em 2015;

Por fim, cabe destacar que avançou o projeto de construção de sede própria para o CAPS AD e para a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), que ao serem concluídos resultarão na transformação do CAPS AD na modalidade III (24h), ampliando assim sua capacidade de atendimento. Da mesma forma, a UAA também passará a ter capacidade ampliada de 8 para 14 usuários. Estes projetos estavam inicialmente previstos para serem efetivados na região do Costa e Silva, mas em decorrência de problemas imobiliários, foi transferido para a região do Glória. A previsão de abertura da ordem de serviço também é para o primeiro semestre de 2016.

Apesar dos avanços acima citados, ainda temos alguns desafios a serem enfrentados em 2016. Nesse sentido citamos: a necessidade de recompor as representações no Grupo Condutor da RAPS, uma vez que os hospitais não se fazem presentes a atuantes neste espaço de definição das práticas; a priorização das obras e dos processos legais (licitações, pregões, etc.) relativos aos serviços, equipamentos e materiais de saúde mental a fim de que não sejam perdidos prazos e não sejam precarizadas as ações imprescindíveis ao adequado trabalho na RAPS.

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

NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS/UVS

O Núcleo de Prevenção de Violência e Acidentes registra a execução de suas atividades em 3 eixos, sendo:

1- CAPACITAÇÃO E APRIMORAMENTO:

Os profissionais do NPVA participaram de eventos em diferentes momentos no ano onde o tema principal foi a violência. Em cada evento desdobrou-se o tema em aspectos secundários ou seja, violência sexual, violência contra juventude, contra o idoso e violência sofrida pelos profissionais que a atendem entre outros.

Participação em eventos:

1.1 – Seminário de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual – 27 e 28 de Abril de 2015/ Florianópolis

1.2 – Seminário Estadual "Violência Contra Juventude em Santa Catarina" – 30 de maio de 2015/São José – Promovido por: Instituto Catarinense de Juventude

1.3 – Envelhecer Sem Violência – 15 de junho de 2015/Florianópolis – OAB Santa Catarina e Conselho Estadual do Idoso

1.4 – "A Violência Intrafamiliar e Contra a Mulher: Desafios a intervenção e o cuidado das (os) profissionais que atuam na área" – 06 de outubro de 2015/ Blumenau – FURB

2- MATRICIAMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:

Matriciados os profissionais da Atenção Básica compreendidos nas 9 regionais de saúde e os profissionais das Unidades de Referência, abordando informações teórico-técnicas sobre as legislações pertinentes, dados existentes no SINAN e instruções sobre o preenchimento da ficha. A fim de melhor assimilação do conteúdo foi aplicado exercícios simulados envolvendo situações vivenciadas no dia a dia.

Ao trabalhar com esta metodologia, capacitamos 342 profissionais da rede de saúde, procurou-se despertar, por meio do preenchimento da ficha de notificação de violências, uma inversão da ideologia até então praticada, ou seja, os profissionais ao preencherem-na, a reconhecem como um instrumento que os auxilia e da visibilidade a intervenção profissional, não sendo este, apenas mais um instrumento burocrático.

Neste contexto, a ficha é um instrumento para captação de dados, propiciando que novas políticas públicas sejam planejadas e implementadas com dados condizentes com a realidade e portanto aplicáveis ao cotidiano.

O interesse pelo tema e a sensibilização para sua importância foram o combustível para o acréscimo de 24 novas unidades notificadoras em 2015, o que representou 134% de unidades notificadoras novas, se comparado a 2014 quando haviam apenas 18 unidades notificadoras.

3- APOIO TÉCNICO AOS HOSPITAIS (públicos e privados), PA S e MATERNIDADE DARCY VARGAS:

Agendados encontros nestes locais, de monitoramento, alertando sobre possíveis inconsistências, parabenizando resultados e incentivando na melhoria constante do trabalho executado, incluindo novos conceitos e diretrizes.

Quando tratamos da quantidade de notificações realizadas no atendimento das pessoas em todas e qualquer situação de violência e comparamos os anos de 2014 e 2015, percebe-se um acréscimo de 4,4% no total de notificações, de 1069 para 1116 respectivamente. Avaliamos porém, que unidades notificadoras com grandes volumes de notificações, como os hospitais HANS DIETER SCHMIDT e JESER AMARANTE FARIA e o PA SUL, diminuíram suas notificações em 26%, 18% e 42% respectivamente. Ao identificar esta situação o NPVA realizou apoio técnico as Unidades procurando verificar o motivo da redução no número de notificações.

Registramos os esforços da Maternidade Darcy Vargas que passou a notificar a ausência de pré-natal (por parte das gestantes) e também o baixo número de consultas de pré natal (considerado abaixo de 2 consultas), que neste caso, caracteriza-se como negligência, (um tipo de violência definido pela Organização Mundial da Saúde). Estas notificações representaram o aumento de 54% no indicador desta unidade. No total das notificações desta unidade, em 2014 registramos 106 e em 2015, 163.

O NPVA buscou junto ao Núcleo de Apoio Técnico da Atenção Básica, profissionais que viessem a somar com as discussões promovidas pelo Comitê Estadual de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência e contribuíssem na aplicabilidade em nosso município. No ano de 2015 foi firmado o Termo de Compromisso (Pacto Estadual): Atenção Integral às pessoas em situação de violência doméstica, sexual e outras violências, entre os setores envolvidos no atendimento, sendo eles Saúde, Segurança Pública, Assistência Social e Educação.

Os técnicos do NPVA obtiveram 100% de frequência nas reuniões do referido comitê e estão contribuindo significativamente na Elaboração do Protocolo Estadual para atendimento das pessoas em situação de violência sexual e outras violências. As reuniões em Florianópolis promovem a integração dos referidos setores em todas as regiões do Estado com cronograma de capacitação para o ano de 2016.

NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS/VE/UVS

Apêndice 7

AUDITORIAS REALIZADAS OU EM FASE DE EXECUÇÃO EM 2015

Processos Novos	Processos Concluídos/Arquivados	Notificações/Advertências Emitidas	Processos em Andamento
52	43	11	13

Demandante	Nº Auditoria	Finalidade	Unidade Auditada	Status	Encaminhamentos
Ouvidoria	SN	Cobrança indevida de procedimento.	Laboratório Ghanem	Concluída	Laboratório informou que o dinheiro da cobrança foi devolvido ao paciente.
SMS	SN	Avaliação de metas qualitativas.	ARCD	Concluída	Serviço de rotina da Área de Auditoria.
SMS	SN	Atualização CNES/Equipe profissionais atuantes nas Unidades.	Unidades da Rede de AB Joinville	Concluída	Atualização realizada.
Ouvidoria (usuário)	SN	Reclamação atendimento, falta de ética e capacidade profissional de médico da unidade.	UPA 24 h Leste	Concluída	Não foi registrado denuncia.
Gerência da Unidade dos Serviços de Referência.	SN	Parceria no desenvolvimento do "POP" entre PAM Boa Vista e ARCD.	Policlínica Boa Vista e ARCD	Concluída	"POP" realizado.
HMSJ	SN	Solicitação de cadastramento de leitos AVC Integral e Agudo	HMSJ	Concluída	Incluído novos leitos.
Unidades Pronto Atendimento (PA's)	09	Auditoria nos atendimentos odontológicos nos PA's.	PA 24 Horas Sul, Norte e Leste	Concluída 26/06/15	Solicitação de adequações e medidas corretivas nos atendimentos e registro das informações
Super Ótica São José	049/2015	Veracidade de atestado apresentado por funcionária.	PA 24 Horas Sul	Concluída 27/04/15	Médica não estava de plantão no dia do atestado fornecido, conforme escala de plantão do PA.
SMS	SN	Renovação credenciamento em fisioterapia.	Fisio Aventureiro	Concluída	Renovação efetuada

Componente Federal do SNA	31	Atender solicitação do Denasus que solicita informações sobre o Hospital Dona Helena de Joinville .	HOSPITAL DONA HELENA	Concluída 01/07/15	Contrato vigente por Credenciamento Universal de prestação de serviços com finalidade diagnóstica entre a SMS Joinville e a Associação Beneficente Evangélica de Joinville mantenedora do Hospital Dona Helena: Cláusula I: todos os serviços prestados são autorizados pelo setor de Regulação da SMS. Cláusula II: o preço pago pelos serviços é o constante na tabela de procedimentos/ medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).
Componente Municipal do SNA	32	Avaliar o contrato entre SMS/ Joinville e Hospital Dona Helena	HOSPITAL DONA HELENA	Concluída 01/07/15	Hospital passou a cumprir o contrato, havendo a necessidade do monitoramento pela Área de Controle e Avaliação da SMS, da oferta de exames.
Ouvidoria (usuário)	07	Questiona quanto a impressão do resultado do exame	Clínica São Marcos Radiologia	Concluída 02/06/15	Recomenda-se que a paciente retire o exame em mídia digital na clínica que prestou o exame radiológico e leve para reavaliação da médica assistente.
SMS	05	Verificar o preenchimento dos prontuários de médica	Policlínica Boa Vista	Concluída 03/06/15	Como não houve manifestação da denunciada, foi encaminhado recomendação para que a coordenação da Policlínica Boa Vista acompanhe o registro dos atendimentos em prontuário da servidora.
Prestador de Serviços de Saúde	06	Verificar se houve direcionamento pela médica à Clínica São Marcos Medicina Nuclear.	Clínica São Marcos Medicina Nuclear	Concluída 03/06/15	Recomenda-se que não se faça qualquer tipo de indicação de prestador sem justificativa técnica.
Ouvidoria (usuário)	27	Usuária do SUS reclama do atendimento prestado por médico	INSTITUICAO BETHESDA HOSPITAL	Concluída 06/07/15	Ofício onde explicita que a ocorrência foi analisada pelo Diretor Técnico da Instituição.
Ouvidoria (usuário)	29	Município relata negativa de atendimento no PA 24 horas Sul.	PA SUL 24 HORAS ITAUM	Concluída 06/07/15	Encaminhando para a Gerência de Referência tomar as devidas providências.
Ouvidoria (usuário)	30	Reclamação do atendimento médico do PA 24 Horas Leste.	UPA LESTE 24 HORAS AVENTUREIRO	Concluída 06/07/15	Instituto Vida informa que o médico não faz mais parte do quadro de colaboradores.
Ouvidoria (usuário)	33	Queixa na Ouvidoria quanto a marcação de exame de tomografia	Hospital Materno Infantil Jesser Amarante Faria	Concluída 13/07/15	A instituição formaliza pedido de desculpas pelo ocorrido, explica que foi adquirido um novo aparelho de tomografia e por isso houve alguns atrasos.

Ouvidoria (usuário)	37	Paciente reclama do mau atendimento no Hospital e Maternidade OASE, Timbó	HOSPITAL E MATERNIDADE OASE	Concluída 13/07/15	A instituição reconhece e esclarece que esta passando por obras. Esclarece que está em diálogo com os setores para que não haja impacto na qualidade do atendimento.
Delegacia da Receita Federal do Brasil	39	Averiguar a autenticidade de laudos médicos com a finalidade de obtenção de isenção de IPI.	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE JOINVILLE	Concluída 13/07/15	Orientar os médicos da SMS a não assinarem o Laudo de Avaliação de Deficiência Física e/ou Visual da Receita Federal previamente preenchido por outra pessoa que não seja o médico do SUS
Regional Vila Nova	46	Verificar possível não-conformidade no registro da produção da Odontologia da UBS sede Vila Nova.	UBS Sede Vila Nova	Concluída 13/11/15	Processo de Sindicância Investigatória onde ficou evidenciado nos autos que servidor infringiu o art. 155, incisos I e II, e art. 156, inciso III, da Lei Complementar 266/2008 e determinou a adoção do ajuste de conduta disciplinar.
Ouvidoria	41	Verificar conformidade da assistência médica para paciente.	HOSPITAL DE OLHOS SADALLA AMIN GHANEM	Concluída 15/09/15	Após análise documental, verificou que o paciente recebeu assistência médica com zelo, perícia e diligência em cirurgia de catarata bilateral (facoemulsificação com implante de lente intra-ocular).
Cidadão/MP	42	Referente ao atendimento prestado a paciente	HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	Concluída 15/09/15	Em razão da divergência técnica entre os médicos assistentes do HMSJ e do HRHDS, recomenda-se um terceiro parecer, em hospital com urologistas com experiência nos procedimentos relacionados à obstrução uretral. O encaminhamento deverá conter a fundamentação técnica pois o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt possui especialistas em seu corpo clínico.
GUAB/SMS	48	Verificar se somente o médico radiologista pode assinar laudo radiológico.	SMS JOINVILLE	Concluída 15/12/15	Cabe à SMS/direção técnica, normatizar as atribuições dos médicos, prevendo as situações em que não há disponibilidade do médico radiologista para interpretação e emissão dos laudos nos diferentes serviços do município.

Ouvidoria da Prefeitura Municipal	49	Verificar conformidade da assistência médica, especialidade oftalmologia, prestada a paciente	Programa de cirurgias e consultas eletivas	Concluída 15/12/15	Sugerido a mudança na metodologia de contratação de serviços.
Maternidade Darcy Vargas	037/2015	Referente negativa de atendimento do Hospital Bethesda à gestante, encaminhando-a à MDV.	INSTITUICAO BETHESDA HOSPITAL	Concluída 17/03/15	MI prestando esclarecimentos.
Ouvidoria (usuário)	23	Averiguar a solicitação de assinatura de comprovação de presença em todas as sessões antes de serem realizadas.	Clínica de fisioterapia Cliremed	Concluída 21/10/15	Usuária encerrou a denúncia, conforme esclarecimentos prestados pela clínica.
Componente Municipal do SNA	43	Verificar a conformidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) de Joinville.	CEO TIPO II BUCAREIN e CEO TIPO III UNIVILLE	Concluída 22/10/15	Elaborada proposta de parâmetros mínimos de consultas para aprimoramento das agendas. Encaminhado MI para a GUSR informando as inconformidades constatadas
Gabinete da SMS	47	Verificar possibilidade de cadastrar o HMSJ como prestador de serviço em neuro-endovascular para o HIJAF	Hospital Infantil Jesser Amarante Faria	Concluída 22/10/15	Cadastro realizado.
SMS	08	Análise da qualidade do exame de raio-x da Clínica São Marcos.	Clínica São Marcos Radiologia	Concluída 26/06/15	A contratada deverá observar e cumprir os protocolos de acesso e regulação da rede pública assistencial de saúde e também submeter-se as normas e rotinas da Central de Regulação, Controle e Avaliação do gestor municipal. Recomenda-se discussão de instrução normativa com todos os prestadores para que os exames sejam disponibilizados em mídia digital ou na "nuvem".
Ouvidoria (usuário)	10	Apurar a veracidade da denúncia do munícipe.	Clínica São Marcos Radiologia	Concluída 26/06/15	Houve quebra de máquina por duas vezes, o paciente foi reagendado e atendido.
Ouvidoria (usuário)	12	Munícipe questiona se é correto cobrar pelos fios utilizados em pontos.	INSTITUICAO BETHESDA HOSPITAL	Concluída 26/06/15	Não foi comprovada a cobrança e não há recibo referente ao pagamento.
Gabinete da SMS	13	Avaliar solicitação da Unimed para realizar transplante de órgãos e tecidos.	CENTRO HOSPITALAR UNIMED	Concluída 26/06/15	SMS deu ciência da solicitação e o CHU deverá encaminhar todo o processo para a SES.

Gabinete da SMS	14	Responder Of 0999/15 CVJ-DSL sobre repasses para a Odontologia da Univille	CEO TIPO III UNIVILLE	Concluída 26/06/15	Convênio nº 017/2012/SEPLAN-CV, aprovado pela Lei Municipal nº 7.262, de 17/07/2012
Prestador de Serviços de Saúde	15	Abertura da agenda de cirurgião buco-maxilo no Hospital Bethesda.	INSTITUICAO BETHESDA HOSPITAL	Concluída 26/06/15	Não existe demanda reprimida em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo facial. Toda a demanda é suprida pelo HMSJ, portanto, não há necessidade de abertura de agenda desta especialidade no Hospital Bethesda.
SMS	16	Avaliação das ações e serviços de saúde e acompanhamento dos fluxos da Odontologia, especificamente	HMSJ	Concluída 26/06/15	Ofício encaminhado ao HMSJ após auditoria para devidas adequações
SMS	18	Atualização dos equipamentos odontológicos cadastrados no CNES na Atenção Básica.	Unidades da Rede de AB de Joinville	Concluída 26/06/15	Atualização realizada.
Gabinete da SMS	01	Verificação de autenticidade de atestado	CEO TIPO II BUCAREIN	Concluída 29/05/15	Confirmação da veracidade da emissão do atestado com cirurgião-dentista.
SMS	02	Análise do atendimento odontológico à usuária do PA Norte	PA 24 hrs Norte	Concluída 29/05/15	Informar o odontólogo plantonista da necessidade de condução dos casos com mais zelo e diligência. Alinhar a conduta dos demais odontólogos plantonistas, visando a resolutividade e cumprimento da atribuição do cargo.
SMS	03	Verificar atendimento odontológico	UBS Itaum e HMSJ	Concluída 29/05/15	Recomenda-se que o profissional da atenção básica seja notificado de toda a evolução do caso para tomar as devidas precauções e, no caso de ocorrer alguma complicação, ter o conhecimento para tranquilizar o paciente e instruí-lo como proceder mediante o caso.
Gerência da Unidade dos Serviços de Referência.	4	Responder questionamento do Jurídico/CAAP/SMS	Programa de saúde bucal	Concluída 29/05/15	Informar o demandante que o CEO III Univille foi implantado por meio do Convênio 17/2012/SEPLAN/CV, uma cooperação mútua que celebram o Município de Joinville, o CIS/AMUNESC e a FURJ/Univille

Cidadão (Via ouvidoria PMJ)	11	Auditoria no prontuário de menor a fim de verificar qual procedimento foi realizado	HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA	Em andamento	MI 250/2015 de 13/04/2015, encaminhado ao serviço de Ouvidoria da PMJ juntamente com o relatório de auditoria, onde não houve a constatação de irregularidade apontada pelo usuário.
MS/SAS	17	Auditoria nas atividades do HMSJ habilitado em Centro de Referência na Assistência ao paciente queimado	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE	Em andamento	Relatórios encaminhados ao Ministério da Saúde (planilhas de 2012, 2013 e 2014, conforme Ofício Ofício n.º 135/2015 - GUPCAA/CAA.
Ouvidoria (usuário)	21	Demora na entrega do resultado de exame de eletrocardiograma.	Hospital Materno Infantil Jesser Amarante Faria	Em andamento	HJAF formalizou o pedido de desculpas, orientou os colaboradores quanto a necessidade de agilizar a entrega do exame.
Cidadão (Via ouvidoria PMJ)	22	Munícipe reclama que o Hospital Bethesda colocou esparadrapo sobre os pontos cirúrgicos de sua irmã	INSTITUICAO BETHESDA HOSPITAL	Em andamento	Resposta para o serviço de Ouvidoria da PMJ, onde o médico auditor comunica a usuária que não há obrigatoriedade no uso do curativo com Micropore em feridas opertórias. Ficando a cargo do médico assistente a indicação do uso.
Usuário por e-mail enviado a SMS.	24	Apurar a legalidade da ação do médico.	INSTITUICAO BETHESDA HOSPITAL	Em andamento	Documentos apresentados pelas partes auditadas, bem como pelo denunciante, não comprovam evidências de irregularidade que justifiquem a não conformidade das constatações.
SMS	25	Refere-se a demora de resultados de exames laboratoriais pelo CAPI Centro de Anatomia Patológica.	CAPI CENTRO DE ANATOMIA PATOLOGICA	Em andamento	Realizada reunião com o prestador para esclarecer o motivo da demora dos resultados, onde informou que foi devido ao período de adaptação da implantação do novo programa do Ministério da Saúde, onde são necessários todos os dados corretos dos pacientes, o que não estava ocorrendo. Prestador se prontificou em resolver os problemas e regularizar os atendimentos.
Cidadão – MP	28	Refere-se ao atendimento prestado a paciente	HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	Em andamento	Unificada com a Auditoria nº 42.
Cidadão (compareceu a SMS para fazer a denuncia).	34	Apurar a veracidade da denúncia e dar os andamentos pertinentes a fim de resguardar a saúde da mesma.	POLICLINICA BOA VISTA	Em andamento	Após contato com Policlínica Boa Vista e HMSJ, teve o tratamento realizado (cirurgia no HMSJ).

Cidadão – MP	35	Refere-se ao atendimento prestado a paciente	HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	Em andamento	Unificada com a Auditoria nº 42.
Cidadão – MP	36	Refere-se ao atendimento prestado a paciente	HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	Em andamento	Unificada com a Auditoria nº 42.
Gerência da Unidade dos Serviços de Referência.	38	Questionamentos de enfermeira quanto a conduta de médica	UPA Leste	Em andamento	
Cidadão (carta)	40	Verificar denúncia de cidadão que não realizou tratamento informado em Carta SUS.	CENTRO DE TRATAMENTO DE DOENCAS RENAIIS DE JOINVILLE LTDA	Em andamento	
Gabinete da SMS	44	Apurar indícios de irregularidades quanto à caracterização de urgência dos atendimentos no HMSJ.	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE	Em andamento	Portaria nº 598/2015, Sindicância Investigatória nº 90/15, a fim de apurar os fatos e supostas responsabilidades com relação indícios de irregularidades no HMSJ, conforme Relatório Preliminar de Auditoria nº 44 (Publicação DOE 25/11/2015).