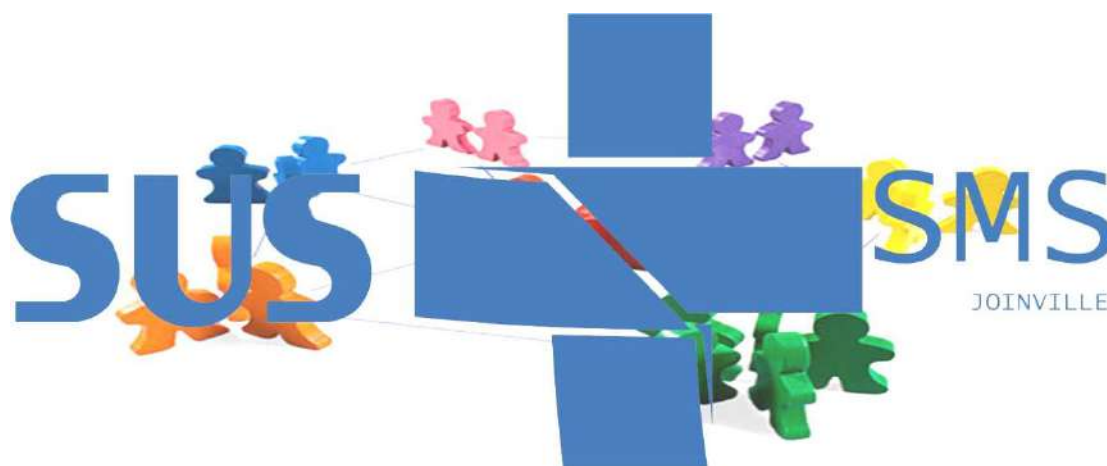




PREFEITURA DE JOINVILLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021

Joinville, Agosto de 2017

GOVERNO MUNICIPAL DE JOINVILLE

Udo Döhler

Prefeito de Joinville

GESTORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE EM 2017

Francieli Cristini Schultz

Secretária Municipal da Saúde

Douglas Calheiros Machado

Diretor de Atenção Primária à Saúde

Fabício da Rosa

Diretor de Gestão Administrativa e Financeira

Jean Rodrigues da Silva

Diretor da Média e Alta Complexidade e Serviços Especiais

Luana Garcia Ferrabone

Diretora Técnica

Sérgio Fortuna

Diretor Técnico em Saúde Bucal

Marlene Bonow Oliveira

Gerente de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Andrei Popovski Kolaceke

Gerente de Acompanhamento de Processos NAT JUS

Evandro Rodrigues Godoy

Gerente de Urgência e Emergência e Articulação Hospitalar

Cynthia Friedrich

Gerente de Serviços Especiais

Louise Domeghini Chiaradia Delatorre

Gerente de Assistência Farmacêutica e Laboratório Municipal

Rodrigo Andrioli

Gerente de Auditoria, Controle e Avaliação em Saúde

Edilaine Pacheco Pasquali

Gerente de Vigilância Sanitária

Mario José Bruckheimer

Gerente de Vigilância em Saúde

Simone Aparecida de Souza

Gerente de Regulação

Keli Bett

Gerente de Gestão Administrativa e Financeira

Silvia Cristina Bello

Gerente de Compras, Contratos e Convênios

Teresa Cristina Silvério Couto

Gerente de Obras e Serviços

MISSÃO

“Promover saúde todos os dias com humanização e eficiência”

VISÃO

“Ser modelo de excelência de gestão em saúde”

VALORES

Ética

Eficiência

Comprometimento

Humanização

Inovação



Elaboração e Informações:

Secretaria Municipal da Saúde

Grupo de Trabalho do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (Apêndice)

Coordenação: Área de Planejamento Estratégico / Gerência de Gestão
Administrativa e Financeira

Telefone: (47) 3481-5170

E-mail: planejamento.saude@joinville.sc.gov.br

Homepage: <https://joinville.sc.gov.br>

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da Univille

J74p Joinville. Prefeitura Municipal.
Plano municipal de saúde 2018-2021/ Prefeitura Municipal de
Joinville. - Joinville, SC / Prefeitura Municipal de Joinville, Secretaria
Municipal de Saúde, 2017.

55 p. : tabs.grafs.

1. Saúde – Joinville (SC). 2. Indicadores de Saúde –
Joinville (SC). 3. Administração – Joinville (SC). I. Título.

CDD 362.1

SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
APS – Atenção Primária à Saúde
AMAE – Agência Municipal de Regulação dos Serviços de Água e Esgoto de Joinville
CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico
CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial
CER – Centro Especializado de Reabilitação
CH UNIMED – Centro Hospitalar Unimed
CID – Classificação Internacional de Doenças
CMI – Coeficiente Mortalidade Infantil
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos em Saúde
DAPS – Diretoria de Atenção Primária à Saúde
DARAS – Diretoria de Articulação das Redes de Atenção à Saúde
DIVE – Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DM – Diabete Melitus
EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAE – Farmácia Escola
GT – Grupo de Trabalho
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HJAF – Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria
HMSJ – Hospital Municipal São José
HRHDS – Hospital Regional Hans Dieter Schmidt
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional de Câncer
IOT – Instituto de Traumatologia e Ortopedia
LMJ – Laboratório Municipal de Joinville
MDV – Maternidade Darci Vargas
NARAS – Núcleo de Apoio da Rede de Atenção à Saúde
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NAT/JUS - Núcleo de Apoio Técnico Jurídico
NGI – Núcleo de Gestão da Informação
NGP – Núcleo de Gestão de Pessoas
NV – Nascidos Vivos
PA – Pronto Atendimento

PBF – Programa Bolsa Família
PFO – Programa Físico Orçamentário
PIB – Produto Interno Bruto
PLS – Planejamento Local de Saúde
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMS – Plano Municipal de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PS – Pronto Socorro
PSE – Programa Saúde na Escola
PTS – Plano Terapêutico Singular
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAS – Redes de Atenção à Saúde
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAP – Secretaria de Administração e Planejamento
SECOM – Secretaria de Comunicação
SEI – Sistema Eletrônico de Informação
SEPUD – Secretaria de Planejamento Urbano e Desenvolvimento Sustentável
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SM – Salário Mínimo
SUS – Sistema Único de Saúde
VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
TI – Tecnologia da Informação
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

Apresentação	11
Introdução	12
Características do Município	13
1 Dados do Município	13
1.1 Evolução demográfica do município	13
1.2 Serviços de saneamento básico oferecidos à população	15
1.3 Renda	16
1.4 Educação	16
2 Sistema Único de Saúde em Joinville	17
2.1 Atenção básica	17
2.2 Atenção especializada	19
2.3 Análises clínicas	20
2.4 Assistência Farmacêutica	20
3 Situação de Saúde Joinville	21
3.1 Mortalidade	21
3.2 Mortalidade Infantil	22
3.3 Morbidade Hospitalar	23
3.4 Doenças de Notificação Compulsória	25
3.5 Doenças Crônicas	25
4 Gestão da saúde	27
4.1 Organização da Rede de Atenção à Saúde	28
5 Plano Municipal de Saúde 2018/2021	29
Diretriz 1 – Efetivação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e ordenadora do cuidado nas redes	29
Objetivo 1: Efetivar e qualificar o acolhimento em todas as unidades da rede assistencial	29
Objetivo 2: Aprimorar os processos que visam garantir a integralidade da atenção	29
Objetivo 3: Construir, reformar e ampliar as unidades da Rede de Atenção Básica de forma a melhor atender a população	30
Diretriz 2 – Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e as instituições de saúde, com ênfase na co-responsabilidade	31
Objetivo 4: Aprimorar a política de comunicação entre os serviços de saúde e a população	31

Objetivo 5: Fortalecer a intersetorialidade	31
Objetivo 6: Estimular o autocuidado apoiado	32
Objetivo 7: Aperfeiçoar os mecanismos de participação social no SUS	32
Diretriz 3 – Aprimoramento da política de gestão de pessoas	33
Objetivo 8: Estruturar a política de gestão de pessoas atendendo às especificidades da Saúde	33
Objetivo 9: Aprimorar a política de educação permanente na saúde	33
Diretriz 4 – Informatização da rede assistencial e serviços de apoio e logística	34
Objetivo 10: Prover infraestrutura de informática	34
Objetivo 11: Aperfeiçoar os sistemas informatizados e a gestão da informação	35
Diretriz 5 – Aprimoramento da gestão da Secretaria Municipal de Saúde	35
Objetivo 12: Estruturar a Rede de Atenção à Saúde com foco no acesso qualificado e humanizado	35
Objetivo 13: Implantar instrumentos de gestão e de monitoramento da eficiência	38
Objetivo 14: Promover o uso racional de medicamentos	39
Objetivo 15: Promover a efetividade na gestão hospitalar	39
6 Resultados esperados para 2021	41
Referências	42
Apêndices	
Apêndice 1 – Processo de elaboração do Plano Municipal	43
Apêndice 2 – Equipe de elaboração do Plano Municipal	45
Apêndice 3 – Propostas da 12ª Conferência Municipal de Saúde/Vigilância em Saúde de Joinville	46
Apêndice 4 – Resolução de aprovação do Plano	54

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é o principal instrumento de gestão e define as intenções e os resultados que serão buscados pela equipe para os próximos quatro anos, demonstrando o compromisso dos gestores municipais com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Este instrumento tem como premissa o PlanejaSUS, que coordena o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde, considerando as diversidades existentes nas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, de modo a contribuir para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolutividade e qualidade da atenção à saúde e do processo de gestão. Fundamenta-se também na Lei Complementar 141/2012, no Relatório Anual de Gestão de 2016, que traz a situação de saúde do município e nas propostas definidas nas últimas Conferências de Saúde.

O processo de construção deste instrumento se deu com uma série de encontros com ampla participação de atores sociais de forma transparente e democrática. Inicialmente houve um alinhamento com toda a equipe para o entendimento de não apenas cumprir uma legislação, mas de assumir o compromisso em todo processo de elaboração, buscando embasamento técnico frente aos problemas relacionados às condições de saúde do município, à organização institucional e às tecnologias disponíveis para enfrentá-los.

Portanto, o resultado apresentado nesse Plano Municipal de Saúde, expressa os desejos dos profissionais de saúde, dos técnicos que atuam junto à gestão, dos gestores municipais e também da sociedade civil organizada, representada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Estamos cientes de que há muito a ser realizado, sendo esse nosso grande desafio! Temos em mãos nossa 'bússola', o **Plano Municipal de Saúde 2018/2021** que será o norteador das ações a serem realizadas pela Secretaria de Saúde na busca constante por resultados que promovam uma saúde pública municipal eficiente.

Francieli Cristini Schultz

Secretária Municipal de Saúde – Joinville/SC

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 foi elaborado entre os anos de 2016 e 2017 a partir das diretrizes e estratégias definidas pelo Conselho Municipal de Saúde. Um grupo de trabalho (GT) indicado pelos gestores da Secretaria de Saúde e, sob a coordenação da equipe de Planejamento, recebeu consultoria da Dra. Maria Emi Shimazaki, médica pediatra, especialista em Saúde Pública e Gestão em Marketing no Serviço de Saúde.

Durante os trabalhos, o GT viu a necessidade de acrescentar mais uma diretriz ao Plano (no.5), para tratar do “aprimoramento da gestão”. Foi proposta também uma nova redação para a diretriz 1, adequando a escrita de forma a contemplar melhor os objetivos contidos no instrumento. Quanto aos objetivos estratégicos e as ações, estes foram construídos em um processo de discussão que ocorreu em vários encontros.

O produto dessas reuniões, foi colocado em consulta pública no site da Prefeitura de Joinville para receber sugestões dos profissionais de saúde, conselheiros municipais e população joinvilense. A partir da versão que foi para consulta pública e das contribuições recebidas, o GT revisou as estratégias e elaborou as ações e metas anuais para o período previsto, de 2018 a 2021. A versão preliminar do PMS foi então apresentada e discutida em Audiência Pública na Câmara de Vereadores do Município, sendo finalizada com as propostas recebidas e submetida à apreciação do Conselho Municipal de Saúde.

Pretendeu-se, assim, gerar um instrumento orientado pelas necessidades sociais de saúde identificadas por diferentes atores sociais e com caráter essencialmente técnico.

O Plano Municipal de Saúde apresentado a seguir se constitui como o principal instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde e mostra as intenções da gestão para os próximos quatro anos. Daí a importância de acompanhar sua execução, as ações nele contidas e as metas definidas. Esta responsabilidade é pública e deve ser exercida pelos profissionais de saúde, pelas instâncias de controle social do SUS e pela sociedade como um todo, permitindo a correção de rumos ao longo do processo.

Equipe técnica da área de Planejamento Estratégico
Secretaria Municipal da Saúde

SITUAÇÃO DE SAÚDE JOINVILLE

Julho 2017

1. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

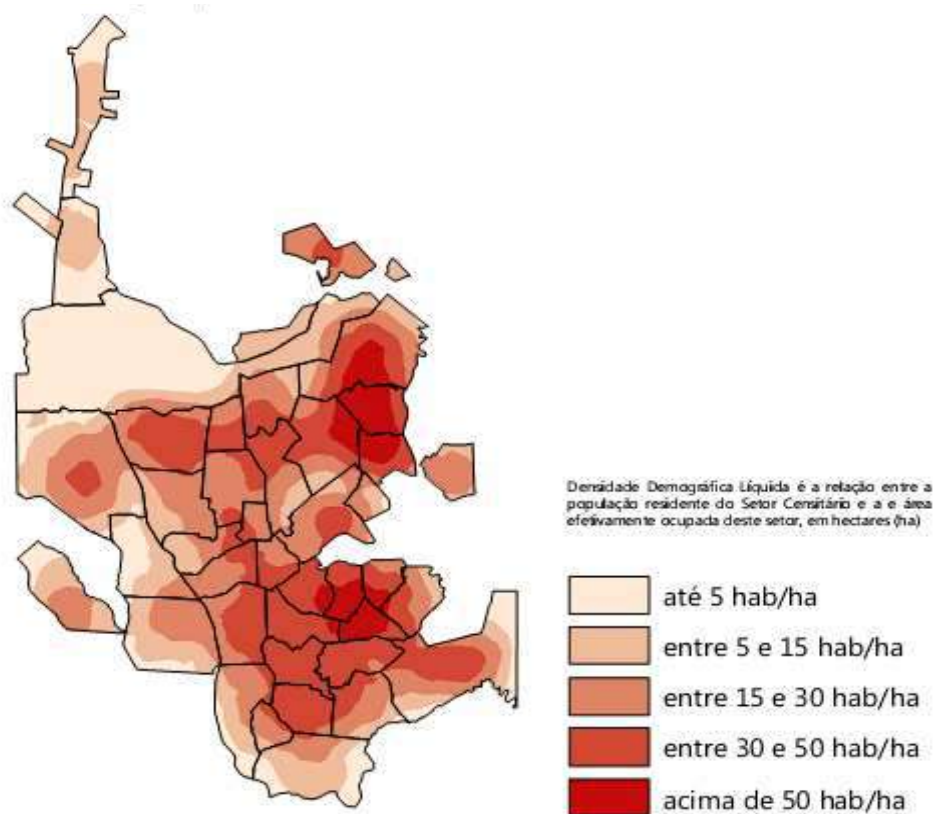
Localizada na região Sul do País, município pólo da microrregião nordeste e maior cidade do Estado de Santa Catarina, Joinville é responsável por cerca de 20% das exportações catarinenses. É também o 3º pólo industrial da região Sul com volume de receitas geradas aos cofres públicos apenas superado pelas capitais: Porto Alegre (RS) e Curitiba (PR).

A cidade concentra grande parte da atividade econômica na indústria com destaque para os setores metal-mecânico, têxtil, plástico, metalúrgico, químico e farmacêutico. O Produto Interno Bruto de Joinville também é um dos maiores do país, atingindo em 2013 em torno de R\$ 21.979.954,00 por ano e um PIB per capita de R\$ 40.184,13 (SEPUD, 2017).

1.1 EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA DO MUNICÍPIO

Em 1980 Joinville possuía 22 bairros, em 1991 passou a ter 34 bairros e, em 2007 chegou aos atuais 41 bairros, sendo três deles no Distrito de Pirabeiraba e duas zonas industriais. Mudanças na delimitação do perímetro urbano do município, bem como a criação de novos bairros no período de 1996 a 2008, resultaram na alteração de áreas e, conseqüentemente, da densidade demográfica (SEPUD, 2017).

No ano de 2000 foi anexada ao município de Joinville uma área de aproximadamente 25 km², pertencente ao município de Araquari. Em 2004 foi criado o Bairro Ulysses Guimarães, desmembrado do Bairro Adhemar Garcia, e em 2007, após plebiscito realizado na comunidade, o bairro Itoupava-açu passou para o Município de Schroeder. Neste ano também houve criação dos bairros Profipo, desmembrado do Bairro Santa Catarina e Parque Guarani, localizado entre os bairros Itinga, Boehmerwald, João Costa e Paranaguamirim. Em 2010, com a aprovação da Lei Complementar nº. 318/2010, que alterou o Perímetro Urbano de Joinville, os bairros limítrofes a este perímetro sofreram pequenas adequações e ajustes de seus limites (SEPUD, 2017).



Fonte: SEPUD, 2015.

Devido ao processo de industrialização, até o ano de 1980, Joinville apresentou crescimento populacional na faixa de 6% ao ano. No entanto, com a crise econômica surgida a partir da década de 1980, esse percentual de crescimento reduziu-se gradativamente. Em 2011 e 2012 a taxa de crescimento estimada foi de 1,0104%. Em 2013 o IBGE mudou a metodologia das estimativas populacionais e a taxa aumentou para 1,03922%, em 2014 para 1,00393101%, 2015 para 1,34288% e em 2016 para 1,333019%. O município de Joinville caracteriza-se pela população ser predominantemente urbana (96,6%). (SEPUD, 2017).

A distribuição da população de Joinville segundo o sexo ao longo dos últimos anos está mostrada a seguir, onde se observa discreto predomínio de mulheres (50,3%).

TABELA – POPULAÇÃO SEGUNDO O SEXO, JOINVILLE, 2000-2016

Ano	Homens	Mulheres	Total
2000	214.735	214.869	429.604
2010	255.756	259.532	515.288
2013	271.644	275.333	546.981
2014	275.397	279.204	554.601
2015	279.204	282.947	562.151
2016	282.931	286.714	569.645

Fonte: IBGE Censo Demográfico 2000 e 2010. Estimativas do IBGE/Secretaria Municipal de Saúde 2016. Obs.: 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A)- População e Desenvolvimento. Coordenação de Indicadores Sociais.

Com relação à distribuição da população segundo faixas etárias, observa-se um predomínio de população infantil e de jovens, com um contingente de idosos significativo (8,75%), o que traz repercussões sociais e financeiras para as políticas públicas de forma geral e, especialmente, a política de saúde.

TABELA - POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA, JOINVILLE, 2016 (N=569.645)

Faixa etária	Percentual	Faixa etária	Percentual
0 a 4 anos	6,76	40 a 49 anos	14,84
5 a 9 anos	6,86	50 a 59 anos	10,39
10 a 14 anos	8,19	60 a 69 anos	5,16
15 a 19 anos	8,69	70 a 79 anos	2,54
20 a 29 anos	18,75	80 anos ou mais	1,05
30 a 39 anos	16,77		

Fonte: IBGE Censo Demográfico 2000 e 2010. Painel Instituto de Pesquisas, novembro de 2016

1.2 SERVIÇOS DE SANEAMENTO BÁSICO OFERECIDOS A POPULAÇÃO

A seguir são apresentados dados referentes ao fornecimento de serviços de água, esgoto e coleta de resíduos sólidos existentes em Joinville. Evidencia-se o crescimento da oferta destes serviços na cidade, entretanto, a baixa cobertura do esgoto residencial ainda persiste como um problema de saúde pública.

**TABELA – POPULAÇÃO ATENDIDA PELO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE
ÁGUA E COLETA DE ESGOTO EM PERCENTUAL, JOINVILLE, 2010-2016**

Ano	Água Residencial	%	Esgoto Residencial	%
2010	509.728	98,93	85.278	16,55
2011	518.714	99,58	93.227	17,90
2012	525.664	99,44	101.931	19,28
2013	542.748	99,22	97.306	17,79
2014	549.693	99,11	112.110	20,21
2015	564.398	99,68	163.353	29,06
2016	569.075	99,9	181.147	31,8

Fonte: AMAE – Agência Municipal de Regulação dos Serviços de Água e Esgoto de Joinville. Relatório de Análise Regulatória da Companhia Águas de Joinville, 2016.

1.3 RENDA

A tabela abaixo mostra que em torno de 30% dos domicílios particulares e permanentes, a renda domiciliar per capita é de até 1 salário mínimo, enquanto a maior concentração, em torno de 50%, está na faixa de 1 a 5 salários mínimos, apenas 6,7% recebem mais de 5 salários mínimos e menos de 2% não possuem rendimentos.

TABELA – RENDA PER CAPITA EM RELAÇÃO AO TOTAL DE DOMICÍLIOS, 2016

Renda (em SM)	Participação %	Participação % Acumulada	Domicílios
Menos de ½ SM	7,47	7,47	12.026
Mais de ½ a 1 SM	23,91	31,38	38.413
De 1 a 2 SM	37,14	68,52	59.662
De 2 a 3 SM	13,86	82,38	22.269
De 3 a 5 SM	9,07	91,45	14.569
Mais de 5 SM	6,67	98,12	10.708
Sem rendimento	1,87	100	3.004
Total de domicílios	100		160.651

Fonte: Cidade em Dados 2016-2017
Nota: SM=Salário mínimo

1.4 EDUCAÇÃO

A rede de estabelecimentos educacionais de Joinville é formada pelo setor público – instituições municipais de ensino fundamental e educação infantil, instituições estaduais de ensino fundamental, médio, profissionalizante e universitário, e federal nas

modalidades técnico-profissionalizante e universitário. Contribui também as instituições do setor privado que atuam em todas as modalidades de ensino. No âmbito da política municipal de ensino, a rede de estabelecimentos educacionais tem atendido satisfatoriamente a demanda da população em idade escolar.

Nas últimas décadas, observa-se um aumento na proporção da população alfabetizada e redução na taxa de analfabetismo:

TABELA – GRAU DE ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DE 15 ANOS OU MAIS, JOINVILLE, 2010

Escolaridade	Percentual da população
Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto	11,87
1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto	11,29
2º ciclo fundamental completo ou mais	69,58
Não determinada	7,26
Total	100

Fonte: IBGE. Censo demográfico 2010 (Último censo realizado).

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM JOINVILLE

O Município de Joinville está dividido em três Distritos de Saúde, áreas geográficas delimitadas segundo o conceito de Distrito Sanitário, território que agrega um conjunto de unidades de saúde organizadas em uma Rede hierarquizada quanto à sua complexidade, que prestam assistência direta à população residente.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Rede de Unidades Básicas de Saúde de Joinville é constituída por 57 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que funcionam segundo estratégias distintas e se distribuem em três Distritos de Saúde, conforme mostrado a seguir:

**TABELA - DISTRIBUIÇÃO DAS UBS SEGUNDO DISTRITOS E ESTRATÉGIAS,
JUNHO/2017**

Distritos de Saúde	Tipo de Unidades Básicas de Saúde				Total de UBS
	Convencional	EACS	ESF	Outros	
Distrito de Saúde Norte	0	4	15	1 ¹	20
Distrito de Saúde Centro	5	4	11	0	20
Distrito de Saúde Sul	1	2	13	1 ²	17
Total	6	10	39	2	57

FONTE: Coordenação Técnica Atenção Básica/ GUAB/SMS – 2016.

¹ Distrito Norte – Compreende a Unidade Morro do Meio Bucal

² Distrito Sul – Compreende a Unidade Prisional

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

**TABELA – POPULAÇÃO DE JOINVILLE COBERTA PELOS DIFERENTES TIPOS
DE UNIDADES, 2017**

Tipo de UBS	População	% de Cobertura
Convencional (Rede)	105.802	18,57%
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	175.038	30,73%
Estratégia Saúde da Família (ESF)	288.806	50,70%
Total	569.646	100,00%

FONTE: SMS/Diretoria de Atenção Primária à Saúde/Junho de 2017.

Quanto à ampliação da cobertura da Estratégia da Saúde da Família, percebemos um aumento de 65% em relação ao número total de equipes de Saúde da Família entre 2010 e o primeiro quadrimestre de 2017, conforme tabela abaixo:

**TABELA – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE,
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COBERTURAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA,
JOINVILLE, 2010-2017**

Rede básica	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	1º QUAD17
UBS	56	56	55	54	55	55	56	57
UBSF	36	36	35	34	37	37	39	39
Equipes de SF	51	52	52	52	58	65	73	84
Cobertura ESF	37,1%	37,6%	37,7%	37,8%	37,7%	41,7%	45,8%	50,7%

Fonte: SMS/Diretoria de Atenção Primária à Saúde/Junho de 2017.

2.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Abrange dezessete serviços ambulatoriais e pré-hospitalares que oferecem atenção especializada e servem como retaguarda à Atenção Primária à Saúde, 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. A Atenção Especializada também é caracterizada como serviços de média complexidade.

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 demanda referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde e SAMU.

O Serviço de Atendimento Médico às Urgências (SAMU) atende mediante chamado pelo telefone 192, via Central de Regulação que é um serviço do Estado de Santa Catarina. Atualmente existem 8 ambulâncias (4 oficiais e 4 reservas) que ficam estacionadas na Central de Ambulâncias e atendem as demandas do município.

Além dos PAs, há ainda uma rede hospitalar formada por oito hospitais, sendo três públicos, um filantrópico e quatro privados. O Hospital Materno-Infantil é classificado como sendo de administração privada, por ser administrado por uma Organização Social, porém, o atendimento é 100% SUS. Os hospitais prestam serviços de urgência e emergência, consultas médicas especializadas, internação hospitalar e cirurgias tanto eletivas como emergenciais.

Os hospitais possuem vocações diferenciadas para atendimentos aos usuários. A capacidade instalada de leitos hospitalares no município é a seguinte:

TABELA - LEITOS HOSPITALARES POR PRESTADOR, JOINVILLE, 2016

Estabelecimento	Total	SUS	Não SUS
Hospital Bethesda	73	57	16
HJAF	138	138	0
HMSJ	260	260	0
HRHDS	279	279	0
MDV ¹	122	105	17
CH Unimed ²	154	1	153
Hospital Dona Helena ²	189	1	188
Hospital Dia de Olhos Sadalla ³	4	0	4
IOT ³	2	0	2
UROCLÍNICA ³	3	0	3
Total	1224	841	383

FONTES: CNES/ DATASUS/ MS e base local, dados referentes a dezembro de 2016.

Notas: 1) Maternidade Darci Vargas ainda sem a habilitação do SUS referente Cuidados Intermediário, Neonatal Convencional e Canguru. 2) Leitos SUS referente a captação de órgãos. 3) SADALLA, IOT e UROCLÍNICA são leitos de Hospital Dia.

2.3 ANÁLISES CLÍNICAS

O Laboratório Municipal de Joinville é um serviço especializado na realização de exames laboratoriais para controle e diagnóstico de condições patológicas. Sua meta é atuar como um regulador de mercado neste segmento, o que tem realizado com sucesso.

No primeiro quadrimestre de 2017, 67% do total de exames laboratoriais solicitados pela rede pública de saúde foram realizados pelo Laboratório Municipal (Fonte: SIA). Os demais exames são realizados em laboratórios privados da rede conveniada e hospitais no atendimento de Emergência.

2.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O município possui 10 farmácias nas unidades de saúde e 1 na unidade prisional, que contam com a presença do profissional farmacêutico. Na rede básica há atualmente 16 farmacêuticos. As demais unidades que fazem a entrega de medicamentos possuem dispensários com auxílio de um técnico ou agente administrativo.

Além dos profissionais distribuídos na rede básica, a Assistência Farmacêutica do município conta com a presença outros 18 profissionais farmacêuticos, lotados nas seguintes unidades: Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF (2), Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS (3), Pronto Atendimentos 24hs (3), Unidade Sanitária (2), Farmácia Escola - FAE (4), Sede da Secretaria Municipal da Saúde (1), Núcleo de Apoio da Rede de Atenção à Saúde - NARAS (1) e Jurídico (2).

Atualmente a Relação Municipal de Medicamentos da Atenção Básica – REMUME possui 167 medicamentos (JOINVILLE, Gerência de Assistência Farmacêutica e Laboratório Municipal, Junho 2017). Se comparada a REMUNE da capital catarinense, Florianópolis, a mesma possui 174 medicamentos ofertados e à Blumenau, maior cidade do médio vale do Itajaí, 179 medicamentos ao todo.

3. SITUAÇÃO DE SAÚDE

O Perfil Epidemiológico é um diagnóstico das condições de saúde (danos, agravos e riscos) de uma população a partir da qual se deduziria de forma propositiva as prioridades a serem enfrentadas (consonante com a lei 8.080/90 art.7º inc.VII). Esse perfil é parte componente da Análise Situacional preconizada pelo PlanejaSUS como insumo para elaboração do Plano Municipal de Saúde e deve ser complementado por uma avaliação da Gestão em Saúde.

3.1 MORTALIDADE

O coeficiente de mortalidade geral no município em 2015 foi de 499,9 por 100.000 habitantes, seguindo um padrão já estabelecido há alguns anos, 2013 com taxa de 496,6 e 2014, 477,1 mortes por 100.000 habitantes.

As proporções das mortes por faixa etária concentram-se nas idades mais avançadas – cerca de dois terços (66 %) ocorreram em pessoas com 60 anos e mais, enquanto 2,9% em menores de um ano. O mesmo padrão se observa no coeficiente de mortalidade específico por faixa etária. Este padrão é próprio de regiões mais desenvolvidas.

As causas básicas de morte também variaram segundo a faixa etária. Em menores de um ano as principais causas de morte foram às afecções perinatais e as malformações congênitas. Já as causas externas, tais como acidentes e homicídios são a principal causa de morte em pessoas de 15 a 49 anos e também em crianças de 5 a 9 anos. Com o avanço da idade, a partir dos 50 anos, aumenta a frequência das mortes por doenças crônicas não transmissíveis, com 858 óbitos relacionados a doenças do aparelho circulatório, 585 óbitos por neoplasias (câncer) e 293 óbitos por doenças do aparelho respiratório que, em conjunto, superam as causas externas nas pessoas com mais de 40 anos de idade.

Na tabela abaixo, estão as principais causas de mortalidade em 2015:

TABELA - MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS – JOINVILLE, 2015

Capítulo CID-10	Óbitos
-----------------	--------

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	141
II. Neoplasias (tumores)	585
III. Doenças sangue órgãos hematológicas e transtornos imunitários	11
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	99
V. Transtornos mentais e comportamentais	1
VI. Doenças do sistema nervoso	126
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	858
X. Doenças do aparelho respiratório	293
XI. Doenças do aparelho digestivo	136
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	10
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	71
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	40
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	31
XVIII. Sintomas sinais e achados anormalidade exames clínicos e laboratoriais	80
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	322
Total	2.810

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM – 2015

3.2 MORTALIDADE INFANTIL

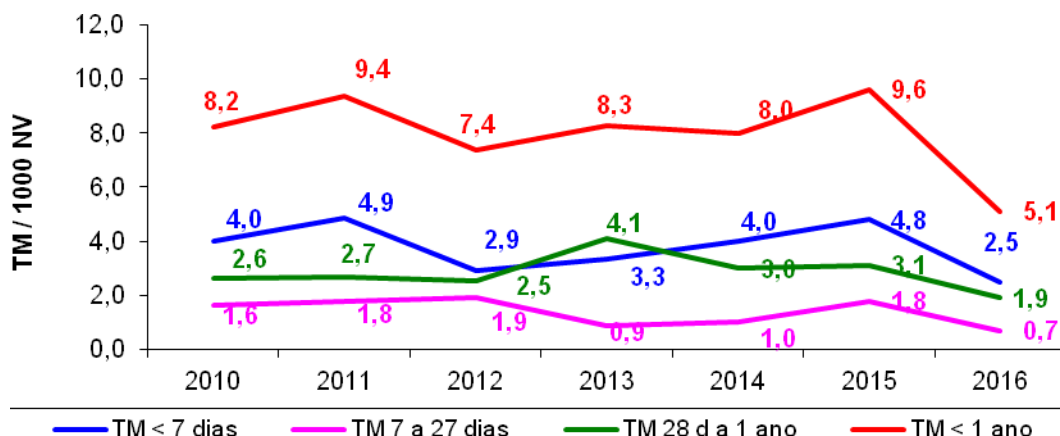
O coeficiente de mortalidade infantil estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete, de forma global, as circunstâncias do desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, assim como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil (RIPSA, 2008).

No período de 2010 a 2016 o coeficiente de mortalidade infantil vem se mantendo abaixo de dois dígitos, atingindo em 2016 o menor índice já alcançado pelo município, 5,1 mortes para cada 1000 nascidos vivos, sendo um dos menores índices registrados no Brasil e equivalendo-se a taxas de países de primeiro mundo.

O gráfico abaixo mostra a distribuição do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) e seus componentes no período de 2010 a 2016, com predomínio do componente neonatal precoce. No ano de 2016 a taxa deste foi de 2,5/1000 nascidos vivos (NV). O óbito neonatal tardio (7 a 27 dias de vida completos) apresentou taxa de 0,7/1000 NV e o óbito pós-neonatal (de 28 a 364 dias de vida completos) com taxa de 1,9/1000 NV. Os

componentes neonatal precoce e neonatal tardio representam 63,4% dos óbitos em menores de um ano.

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E SEUS COMPONENTES 2010 A 2016 – JOINVILLE /SC



Fonte: SMS. Relatório Anual de Gestão 2016

3.3 MORBIDADE HOSPITALAR

As taxas de internação por faixa etária, descontados os partos e intercorrências obstétricas, acompanham de perto os coeficientes de mortalidade específica, com maior número de internações por habitantes entre os menores de um ano (1.218) e as pessoas com 60 anos e mais (8.750), representando, respectivamente, 3,8 % e 27,3% do total das internações no ano.

Da mesma forma, as causas externas (incluindo 'lesões e envenenamento') são o principal motivo de internação em pessoas entre 10 e 39 anos de idade e enquanto as causas cardiovasculares são a principal causa a partir dos 50 anos de idade, seguidas pelas neoplasias, afecções do aparelho digestivo e respiratório.

As demais causas representam menor variação nas proporções de internação em todas as faixas etárias.

TABELA – MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA – JOINVILLE, 2016

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1-9 anos	10-19 anos	20-59 anos	60+	Total
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	60	102	44	609	617	1.432
II Neoplasias (tumores)	11	117	120	1.624	1.363	335
III Doenças sangue, órgãos Hematopoiéticos, tecidos imunitários	3	38	16	85	97	239
IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	10	20	22	295	198	545
V Transtornos mentais e comportamentais	0	13	62	459	44	578
VI Doenças do sistema nervoso	40	122	63	295	182	702
VII Doenças do olho e anexos	11	10	14	57	48	140
VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3	37	21	41	2	104
IX Doenças do aparelho circulatório	11	26	45	1.431	2.220	3.733
X Doenças do aparelho respiratório	362	828	172	649	933	2.944
XI Doenças do aparelho digestivo	55	225	176	1606	978	3.040
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	22	88	58	260	149	577
XIII Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	6	31	69	407	213	726
XIV Doenças do aparelho geniturinário	41	117	143	1.209	766	2.276
XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	973	5.461	1	6.435
XVI Algumas afecções período perinatal	460	1	2	3	1	467
XVII Malformações congênitas, deformações e anomalias cromossômicas	100	134	59	55	9	357
XVIII Sintomas sinais normais exame clínico e laboratorial não classificado	5	19	19	225	229	497
XIX Lesões, envenenamento e consequências causas externas	14	270	370	2.119	646	3.419
XXI Fatores influenciam estado saúde e contatos com serviços de saúde	4	97	102	346	54	603
Total	1.218	2.295	2.550	17.236	8.750	32.049

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIHS Jan-Dez 2016

3.4 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Com relação às chamadas doenças infecto-contagiosas que são registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os dados mostram que as taxas nacionais de detecção de AIDS foram de 21,4 casos por 100 mil habitantes em 2011, 21,1 em 2012, 20,8 em 2013 e 19,7 em 2014. Santa Catarina é o segundo Estado do país com a maior taxa de detecção de novos casos de AIDS, ficando atrás apenas do Rio Grande do Sul (DIVE, 2016). As elevadas taxas de detecção em Santa Catarina refletem a manutenção epidêmica da doença em nosso país e, como consequência, tem-se a transmissão vertical, os óbitos e a associação com a Tuberculose.

Em Joinville, os investimentos em testes rápidos, a melhoria do acesso à assistência e a mudança na cultura das pessoas buscando a prevenção são algumas das ações tem ajudado no enfrentamento da doença. A taxa de incidência encontrada no município nos últimos anos foi de 31,9 casos para 100 mil habitantes no ano de 2012; 31,3 casos em 2013; 27,2 casos em 2014; 25,2 em 2015 e em 2016 a taxa de incidência de AIDS no município foi de 23,5, representando uma queda de mais de 25% em relação à 2012.

Por outro lado, tem havido uma preocupação com relação aos casos de sífilis congênita, em ascensão nos últimos anos. Em 2013 e 2014, foram notificados 11 e 14 casos de sífilis congênita no município, já em 2015 e 2016, foram notificados 27 e 39 casos, respectivamente. Representando um aumento de mais de 300% do número de casos notificados, se compararmos 2013 com 2016 (RAG, 2016).

Esse não é um evento isolado no município de Joinville, infelizmente é uma realidade no Brasil. Para fazer frente a esta situação, a Vigilância Epidemiológica juntamente com a Atenção Primária em Saúde tem realizado um conjunto de ações para aperfeiçoar a vigilância deste agravo, tais como: melhoria no acesso ao pré-natal, aperfeiçoamento do processo de notificação, realização de teste rápido nas unidades básicas, descentralização na aplicação da penicilina, busca ativa de parceiros, divulgação nas comunidades, entre outros.

Com relação às doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* – Dengue, Zika e Chikungunya - Joinville ainda constitui uma exceção dentro do cenário nacional, visto que o número de casos da doença ainda é pequeno considerando o porte populacional da cidade. O aumento do número de focos do mosquito é uma preocupação e mostra sua adaptação e tendência de peri-domiciliamento do mesmo, o que exige o engajamento da população nesta batalha juntamente com a intensificação das ações de vigilância.

3.5 DOENÇAS CRÔNICAS

As doenças crônicas constituem os mais relevantes problemas de saúde pública devido à sua prevalência elevada e crescente conforme o avanço da idade. São

responsáveis pela elevada carga de doenças na população adulta e, especialmente, entre idosos, representando as principais causas de morbimortalidade na população adulta.

Dentre elas, por serem mais prevalentes, merecem destaque o diabetes, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as neoplasias (câncer). Embora não haja estudos sobre a prevalência destas doenças em Joinville, a morbidade observada nos serviços de saúde mostra ser elevada sua ocorrência em adultos.

O estudo nacional da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, apontou que o diabetes mellitus (DM) aumenta de acordo com a idade da população, sendo que 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença.

A prevalência da hipertensão arterial no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca os déficits cognitivos, tais como: doença de Alzheimer e demência vascular.

Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Em relação às doenças crônicas de elevada morbidade, é responsabilidade da Atenção Primária implantar estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle, orientadas pela prática centrada na pessoa e pelo envolvimento de usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados,

No caso das neoplasias, segundo o INCA (2016), em Santa Catarina os tipos de cânceres mais comuns entre os homens são os de próstata, da traquéia/brônquios/pulmões e depois de cólon/reto. Para as mulheres, as maiores incidências são os cânceres de mama, traquéia/brônquio/pulmões, cólon/reto e de colo de útero.

Para ambos os sexos aparecem como de elevada incidência os cânceres de pele não melanoma. Em Joinville, apesar de não dispomos de estatísticas locais, acreditamos que os tipos de câncer sejam similares aos de Santa Catarina (INCA, 2016). Com relação a estas doenças, o papel primordial da Atenção Primária refere-se às estratégias de prevenção, sempre que possível, e ao diagnóstico oportuno com encaminhamento imediato para os serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares.

4. GESTÃO DA SAÚDE

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

Para cumprir seu papel em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2006), a rede básica precisa contar com uma estrutura adequada, dispor de profissionais de saúde preparados qualitativa e quantitativamente e organizar os processos de trabalho. Busca-se, assim, a melhoria da qualidade da atenção ofertada, acolhendo os cidadãos, atuando de forma humanizada e ética e realizando assistência com resolutividade dentro dos preceitos do SUS.

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

Com relação às propostas para aperfeiçoar os processos de trabalho na Atenção Básica, em 2011, houve a adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), sendo que em 2016 a Secretaria Municipal de Saúde contou com a adesão de 27 novas equipes e a recontractualização de 34, totalizando 61 equipes básicas participantes do programa, mais o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou seja, 62 equipes pactuadas no PMAQ.

Em março de 2014, a Secretaria Municipal de Saúde propôs a formação de um grupo de trabalho para estudar as projeções de crescimento populacional para o município a partir de dados do IBGE, perfil epidemiológico das distintas áreas, determinações legais e estrutura existente da rede básica de saúde e elaborar um plano de crescimento da rede,

visando nortear os investimentos futuros da gestão neste âmbito. Surgiu assim, o Plano de Desenvolvimento da Atenção Básica 2014 a 2035, tendo como objetivo “dimensionar as unidades e serviços de saúde considerando a organização da rede, as determinações legais e o perfil epidemiológico”, pretendendo intensificar o investimento visando qualificar a infraestrutura da Atenção Básica.

O plano foi validado pela Secretária Municipal de Saúde em maio de 2014 e, após alguns ajustes, foi apresentado e aprovado pelo prefeito em setembro de 2014.

A Saúde Bucal também foi contemplada com investimentos e, por decisão da gestão, todas as novas unidades inauguradas a partir de 2017 contarão com equipes de saúde bucal. Esse trabalho de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde será contínuo em vista de sua importância.

4.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Desde 2007 a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville começou um trabalho, em parceria com a Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS) do Ministério, para implantar o projeto de Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A rede que mais avançou foi a de Urgência e Emergência (RUE). Essa foi a primeira rede de atenção à saúde iniciada no município. Atualmente há outras redes temáticas que estão sendo estruturadas conforme são lançadas as portarias do Ministério e, dessa forma estão em distintas fases de implantação. São elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Condições Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção aos Portadores de Deficiência.

Ao longo do processo de implantação da RAS foram realizadas ações para organizar a regulação regional de acesso a consultas e exames especializados, implantação do protocolo de Manchester e fortalecimento da atenção básica.

5. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018/21

Diretriz 01- Efetivação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e ordenadora do cuidado nas redes.

Objetivo 1: Efetivar e qualificar o acolhimento em todas as unidades da rede assistencial.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de unidades de saúde com o Programa Municipal "Melhor Acolher" implantado	Número de unidades de saúde com o Programa Melhor Acolher implantado x100/Total de unidades de saúde	60%	80%	100%	100%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Orientar as práticas de trabalho a partir dos riscos individuais e coletivos.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de visitas nas famílias de risco	Número de famílias de risco visitadas x 100 / total de famílias de risco	40%	50%	60%	70%

Responsável: Diretoria de Atenção Primária à Saúde/Gerência de Vigilância em Saúde

Ação: Implantar e monitorar os indicadores previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de unidades com os indicadores do PMAQ-AB implantados e monitorados	Número de unidades da APS com indicadores do PMAQ implantados e monitorados x100/Total de unidades	100%	100%	100%	100%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Objetivo 2: Aprimorar os processos que visam garantir a integralidade da atenção.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Número de Linhas de Cuidado implantadas e/ou atualizadas	Soma de número de Linhas de Cuidado implantadas e/ou atualizadas no período (valor acumulado)	8	16	16	18

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Ampliar os programas de diabetes, hipertensão e obesidade para prevenir AVC e suas consequências.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de usuários participantes do programa de prevenção de hipertensão, diabetes e obesidade	Proporção de usuários que participam das ações preventivas X 100/ Total de usuários com hipertensão, diabetes e obesidade diagnosticados	10%	15%	20%	25%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Facilitar o acesso da população à coleta de exames laboratoriais.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Número de postos de coleta descentralizados na rede básica	Número de postos de coleta de exames laboratoriais existentes na rede básica	10	12	15	20

Responsável: Gerência de Assistência Farmacêutica e Laboratório Municipal

Ação: Descentralizar para as Unidades Básicas de Saúde e Saúde da Família o tratamento de tuberculose, hanseníase, AIDS, sífilis e hepatites em parceria com a Vigilância em Saúde.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de casos de tuberculose, hanseníase, AIDS, sífilis e hepatites diagnosticados na APS	Número de casos novos de tuberculose, hanseníase, AIDS, sífilis e hepatites diagnosticados na APS x 100 / Número total de casos de tuberculose, hanseníase, AIDS, sífilis e hepatites notificados no sistema	60%	70%	80%	90%

Responsável: Diretoria de Atenção Primária a Saúde/Gerência de Vigilância em Saúde

Objetivo 3: Construir, reformar e ampliar as unidades da Rede de Atenção Primária à Saúde de forma a melhor atender a população.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Número de unidades construídas, reformadas e ampliadas no período	Número absoluto de unidades construídas, reformadas e ampliadas no período (acumulado)	30	44	50	55

Responsável: Gerência de Obras e Serviços

Ação: Captar recursos a fim de trazer investimentos para obras, reformas e ampliações.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Número de propostas contempladas com recursos no período	Número de propostas assinadas para obtenção de recursos no período	2	2	2	2

Responsável: Gerência de Compras, Contratos e Convênios

Ação: Elaborar um plano de intervenção/manutenção nas unidades de saúde.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção do cronograma de manutenção das unidades de saúde atingido	Número de unidades de saúde que tiveram alguma obra de manutenção concluída no período X 100/ total de unidades com obras previstas no cronograma de manutenção no período	100%	100%	100%	100%

Responsável: Gerência de Obras e Serviços

Ação: Adequar as unidades de saúde segundo as normas de acessibilidade.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de unidades de saúde próprias e alugadas com alvará sanitário (PPA)	Número de unidades de saúde (próprias e alugadas) com alvará sanitário x 100 / número de unidades de saúde passíveis de alvará sanitário	44%	53%	61%	76%

Responsável: Gerência de Obras e Serviços

Diretriz 02 – Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e as instituições de saúde, com ênfase na co-responsabilidade.

Objetivo 4: Aprimorar a política de comunicação entre os serviços de saúde e a população.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de respostas de Ouvidoria enviadas do setor responsável aos usuários	Número de respostas enviadas pelo setor responsável aos usuários dentro do prazo determinado no período x 100/Total de ocorrências de Ouvidoria recebidas no período	100%	100%	100%	100%

Responsável: Coordenação de Gabinete

Objetivo 5: Fortalecer a intersectorialidade.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família, acompanhadas (PACTO)	Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica X 100 / Número de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família	63%	65%	70%	75%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Elaborar o Programa Municipal Multidisciplinar de Atenção ao Idoso.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de unidades básicas de saúde com Programa de Atenção ao Idoso implantado	Número de unidades básicas de saúde com o Programa de Atenção ao Idoso implantado x 100/ Total de unidades básicas de saúde	7%	17%	26%	30%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Fortalecer a Rede de apoio Psicossocial, com olhar especial para o público infanto-juvenil.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Criação do Núcleo Especializado de Atendimento a Criança Vítima de Violência	Núcleo Especializado de Atendimento a Criança e Vítima de violência implantado e mantido	1	1	1	1

Responsável: Gerência de Serviços Especiais

Objetivo 6: Estimular o autocuidado apoiado.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Elaborar e implantar um calendário anual de ampla divulgação conforme os temas e a realidade epidemiológica local visando o autocuidado	Calendário de atividades/ações anual de acordo com os temas e a realidade epidemiológica local visando o autocuidado elaborado e implantado	1	1	1	1

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Estabelecer a prática de grupos de apoio/rodas de conversa, em todas as equipes de saúde, como ferramenta/instrumento para o autocuidado.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Número de ações na comunidade de acordo com o tema do mês	Número de ações do calendário oficial realizadas na comunidade no mesmo período	12	12	12	12

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Objetivo 7: Aperfeiçoar os mecanismos de participação social no SUS.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de conselheiros locais de saúde capacitados	$\text{N}^\circ \text{ de conselheiros locais de saúde capacitados} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de conselheiros de saúde}$	70%	80%	90%	100%

Responsável: Secretaria Executiva do CMS

Ação: Formalizar a participação de membros dos Conselhos Locais de Saúde na elaboração do Plano Local de Saúde.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de unidades que contam com a participação de conselheiros locais nas reuniões de elaboração do Planejamento Local de Saúde (PLS)	$\text{Número de unidades de saúde que contam com a participação de conselheiros locais nas reuniões de elaboração do Plano Local de Saúde (PLS)} \times 100 / \text{Número total de unidades que elaboram o Planejamento Local de Saúde}$	70%	80%	90%	100%

Responsável: Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Diretriz 03 - Aprimoramento da política de gestão de pessoas.

Objetivo 8: Estruturar a política de gestão de pessoas atendendo às especificidades da Saúde.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de servidores do quadro permanente em cargos em comissão	$\text{N}^\circ \text{ total de profissionais do quadro permanente da SMS em cargos em comissão} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de cargos em comissão}$	50%	50%	50%	50%

Responsável: Coordenação de Gabinete

Ação: Realizar anualmente o evento “Mostra de Experiências Exitosas” proporcionando maior visibilidade às experiências e projetos bem-sucedidos realizados pelos servidores.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Número de trabalhos inscritos no evento “Mostra de Experiências Exitosas”	Número de trabalhos inscritos no evento	50	75	90	105

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Objetivo 9: Aprimorar a política de educação permanente na saúde.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Plano de educação permanente elaborado e monitorado anualmente	Número de ações de educação realizadas alinhadas com as diretrizes do PMS	5	5	5	5

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Discutir os casos de eventos sentinela (sífilis congênita e óbito materno infantil), como parte do processo de Educação Permanente visando reorganizar as práticas de saúde.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de casos de evento sentinela (sífilis congênita e óbito materno infantil) discutidos com as equipes	Número de casos de evento sentinela (sífilis congênita e óbito materno infantil) discutidos com as equipes x 100 / Número total de casos de evento sentinela (sífilis congênita e óbito materno infantil) confirmados	55%	70%	85%	100%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde e Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Ação: Ampliar as estratégias de Telessaúde para qualificar o acesso às principais especialidades.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de profissionais da APS que acessam as ferramentas do telessaúde	Número de profissionais da APS que acessam pelo menos 1 vez ao mês as ferramentas do telessaúde x 100/ Número total de profissionais cadastrados no sistema	30%	40%	60%	70%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Contratualizar com as instituições de ensino as pactuações nos serviços.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de instituições formadoras com cenários de prática na rede SUS com contratos de trabalho pactuados	Número de instituições formadoras com cenários de prática na rede SUS com contratos de trabalho pactuados x 100/ Total de instituições formadoras com cursos na área de saúde	60%	70%	90%	100%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Diretriz 04 - Informatização da rede assistencial e serviços de apoio e logística

Objetivo 10: Prover infraestrutura de informática.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de unidades de saúde com computador, acesso à internet e softwares da saúde instalados	Número de unidades de saúde com computador em 100% dos ambientes que geram atendimento com acesso à internet e software da saúde instalados x 100/Total de ambientes de saúde que geram atendimento	100%	100%	100%	100%

Responsável: Gerência Obras e Serviços

Ação: Manter os computadores dos ambientes de serviços que geram atendimento em condições de funcionamento.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de computadores em completas condições de funcionamento	Número de computadores em completas condições de funcionamento x 100/ Número total de estações de trabalho com computadores	100%	100%	100%	100%

Responsável: Gerência Obras e Serviços

Objetivo 11: Aperfeiçoar os sistemas informatizados e a gestão da informação.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de módulos do sistema de gestão integrado implantados em toda rede de atenção à saúde	Número de módulos do sistema de gestão integrado implantados a cada ano x 100 / Total de módulos do sistema de gestão integrado a implantar	80%	100%	100%	100%

Responsável: Gerência de Obras e Serviços

Diretriz 05 - Aprimoramento da gestão da Secretaria Municipal de Saúde

Objetivo 12: Estruturar a Rede de Atenção à Saúde com foco no acesso qualificado e humanizado.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (PACTO/PPA)	$(N^{\circ} \text{ de eSF} \times 3.450 + (N^{\circ} \text{ eAB} + N^{\circ} \text{ eSF equivalente}) \text{ em determinado local e período} \times 3.000) \times 100 / \text{ Estimativa populacional ano anterior}$	58%	60%	63%	65%

Responsável: Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Ação: Ampliar a cobertura de Estratégia de Saúde da Família – ESF

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Cobertura populacional estimada pela Estratégia de Saúde da Família	N° de eSF x 3.450 X 100 / Estimativa populacional ano anterior	54%	56%	58%	60%

Responsável: Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Ação: Ampliar a cobertura da Saúde Bucal.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal (PACTO)	$(N^{\circ}$ de eSB * 3.450) + (N ^o eSB equivalentes* 3.000)) em determinado local e período x 100/ Estimativa populacional mesmo local e período	27%	30%	32%	35%

Responsável: Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Ação: Fortalecer o Centro de diagnóstico de exames laboratoriais municipal

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de exames laboratoriais realizados por laboratório próprio	$\frac{\text{Número de exames laboratoriais realizados por laboratório próprio} \times 100}{\text{número total de exames laboratoriais realizados no período}}$	50%	60%	70%	80%

Responsável: Gerência de Assistência Farmacêutica e Laboratório Municipal

Ação: Ofertar e monitorar a necessidade de consultas oftalmológicas

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Tempo médio de espera por consulta oftalmológica	Tempo médio de espera por consulta oftalmológica (em meses)	8	8	8	8

Responsável: Gerência de Regulação

Ação: Criar o Centro de Diagnóstico Integrado – CDI.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Centro de Diagnóstico Integrado com laudo 24 horas entre PAs e HSJ implantado	Centro de Diagnóstico Integrado implantado e mantido	1	1	1	1

Responsável: Diretoria Administrativa e Financeira e HMSJ

Ação: Implantar o Centro de Referência ao Diabético.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Centro de Referência ao Diabético implantado	Centro de Referência ao Diabético implantado e mantido	0	1	1	1

Responsável: Gerência de Serviços Especiais

Ação: Criar o Centro Especializado em Reabilitação – CER.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Centro Especializado em Reabilitação implantado	Centro Especializado em Reabilitação implantado e mantido	0	0	1	1

Responsável: Gerência de Serviços Especiais

Ação: Fortalecer a rede de cuidado ao paciente com câncer.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de pacientes diagnosticados com câncer na rede municipal que iniciam tratamento em até 60 dias do diagnóstico	$\frac{\text{Número de pacientes diagnosticados com câncer que iniciam tratamento em até 60 dias do diagnóstico}}{\text{Total de pacientes diagnosticados com câncer por exame anatomopatológico}} \times 100$	100%	100%	100%	100%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Fortalecer o Núcleo Especializado de Atendimento Integral à Mulher.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária (PACTO)	$\frac{\text{Número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimento 020301001-9; 020301008-6) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (SIA) / População feminina [residente em Joinville] entre 25 a 64 anos}}{\text{dividido por 3 anos (anualizada) (fração da estimativa populacional do IBGE)}}$	0,5	0,5	0,5	0,5

Responsável: Diretoria de Atenção Primária à Saúde/ Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Manter atualizado o sistema de controle patrimonial (e-Publica) por unidade.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de unidades com levantamento patrimonial atualizado	Número de unidades de saúde com levantamento patrimonial x 100/ Total de unidades de saúde	30%	50%	70%	100%

Responsável: Gerência de Gestão Administrativa e Financeira

Objetivo 13: Implantar instrumentos de gestão e de monitoramento da eficiência.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Ferramenta de Planejamento Estratégico com definição e monitoramento dos indicadores de gestão de cada área da Secretaria de Saúde implantada	Número de áreas da Secretaria da Saúde com ferramenta de Planejamento Estratégico implantada x 100 / Total de áreas da Secretaria da Saúde	50%	75%	100%	100%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Aperfeiçoar a gestão de documentos físicos para melhorar o processo de trabalho.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Desenvolvimento de um plano de ação para o arquivo morto da SMS	Plano de ação para o arquivo morto da SMS implantado e mantido	1	1	1	1

Responsável: Gerência de Gestão Administrativa e Financeira

Ação: Monitorar os planos de trabalho dos serviços especializados contratados.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de prestadores contratados por credenciamento universal que atendem a PFO (PPA)	Número de prestadores contratados por Credenciamento Universal que atendem a Programação Física Orçamentária (SIA e SIH) X 100 / Número de prestadores contratados por Credenciamento Universal	60%	63%	66%	70%

Responsável: Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação

Ação: Implantar e publicizar a carteira de serviços em todas unidades de saúde.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de unidades com Carteira de Serviços implantada e publicizada	Unidades de Saúde com carteira de serviços implantada e publicizada x100 / Total de unidades de saúde	50%	70%	90%	100%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Ação: Promover a gestão de resultados para auxílio na tomada de decisão.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de indicadores monitorados com meta alcançada (PPA)	Indicadores monitorados com meta alcançada X 100 / Total de indicadores monitorados	55%	60%	65%	70%

Responsável: Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

Objetivo 14: Promover o uso racional de medicamentos.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de pacientes em polifarmacoterapia	Número de pacientes que utilizam 5 ou mais medicamentos em receitas válidas X 100 / Número total de pacientes com receitas válidas no sistema	50%	48%	45%	42%

Responsável: Gerência Assistência Farmacêutica e Laboratório Municipal

Ação: Criar o banco de Medicamentos evitando o desperdício e a automedicação

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Implantação da Farmácia Solidária	Farmácia Solidária implantada e mantida	0	1	1	1

Responsável: Responsável: Gerência Assistência Farmacêutica e Laboratório Municipal

Ação: Reduzir o comprometimento financeiro com os processos judiciais.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de gastos com medicamentos devido a demandas judiciais	Gasto com medicamentos devido a demandas judiciais X 100 / Total gasto com aquisição de medicamentos (regular e judiciais)	30%	27%	25%	23%

Responsável: Gerência de Acompanhamento de Processos NAT-JUS

Objetivo 15: Promover a efetividade na gestão hospitalar.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Tempo médio (em dias) de internação hospitalar	Soma do número de pacientes-dia no período / Número de saídas no período	9	8	7	6
Tempo médio (em horas) de permanência no Pronto Socorro	Total de horas de permanência no PS/ Total de pacientes que deram entrada no PS	72	48	36	24

Responsável: HSJ/Diretoria de Gestão Hospitalar/Gerência Interna de Regulação

Ação: Planejar e organizar a equipe clínica de modo que seja otimizada a rotatividade dos leitos hospitalares.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Taxa de ocupação hospitalar	$\frac{\text{Número de pacientes-dia} \times 100}{\text{Número de leitos-dia ativos}}$	98%	95%	92%	90%

Responsável: HSJ/Diretoria de Gestão Hospitalar/Gerência Interna de Regulação

Ação: Monitorar medidas de avaliação hospitalar para a promoção dos cuidados de saúde.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Taxa de infecção hospitalar	$\frac{\text{Número de infecções hospitalares} \times 100}{\text{Número de saídas}}$	4%	4%	3%	3%

Responsável: HSJ/Diretoria de Gestão Hospitalar/CCHI

Ação: Otimizar a capacidade instalada do hospital.

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Proporção das cirurgias eletivas realizadas	$\frac{\text{Número de cirurgias eletivas realizadas no período} \times 100}{\text{Total de cirurgias realizadas no hospital no período}}$	24%	26%	28%	30%

Responsável: HSJ/Diretoria de Gestão Hospitalar

Ação: Utilizar o Plano Terapêutico para pacientes complexos nas linhas de cuidado eleitas pelo hospital (traumato-ortopedia, oncologia, AVC e clínica médica).

Indicador	Fórmula	Metas			
		2018	2019	2020	2021
Número de linhas de cuidado com Plano Terapêutico instituído e mantido	Número de linhas de cuidado com Plano Terapêutico instituído e mantido operacional	1	2	3	4

Responsável: HSJ/Diretoria de Gestão Hospitalar

6. RESULTADOS ESPERADOS PARA 2021

A nova estruturação da rede assistencial em Distritos de Saúde, iniciada em 2017, é uma estratégia que vem aproximando a gestão dos serviços, melhorando os processos para a articulação das redes de atenção à saúde. O que se busca é ampliar o acesso de forma humanizada, perseguindo sempre a integralidade da atenção e como consequência fortalecendo a Atenção Primária à Saúde.

O comprometimento da gestão, com investimentos crescentes e contínuos, garantem avanços expressivos para a situação de saúde do município, refletindo uma busca constante por melhores resultados, impactando diretamente a saúde pública municipal.

De modo geral, Joinville possui uma boa estruturação de políticas públicas e a rede pública de saúde adequa-se à oferta de serviços com qualidade. Isso coloca desafios para a melhoria da gestão e dos processos de trabalho que ainda precisam ser aperfeiçoados.

Esperamos que em 2021, além da melhora de todos os indicadores de saúde, que sejam resultados alcançados, também: (1) **Satisfação do usuário**; (2) **Aumento da eficiência dos serviços**; (3) **Ampliação da cobertura e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família**; (4) **Ampliação da cobertura de Saúde Bucal**; (5) **Melhoria na estrutura das unidades de saúde**; (6) **Fortalecimento da rede de atenção à saúde**; e (7) **Servidores motivados e comprometidos**.

O presente Plano Municipal de Saúde foi desenvolvido pelos profissionais de saúde, técnicos e equipe gestora através de oficinas, atendendo as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Municipal de Saúde. O Plano, além de ser uma exigência legal, define ações e metas para o período. Dessa forma, constitui insumo para a elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2018-21 que, por sua vez, é o instrumento legal que autoriza a realização de despesas pelo gestor municipal a fim de efetivar as ações e alcançar os objetivos propostos.

Por fim, sabemos que há muito a ser feito, porém com o esforço conjunto dos profissionais de saúde, equipe administrativa, gestão e comunidade, acreditamos que estamos no caminho certo!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110p.

_____. Site Portal Brasil. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/12/expectativa-de-vida-dos-brasileiros-sobe-para-74-9-anos-de-acordo-com-IBGE>> Acesso em 15 fev2016.

_____. Site Portal DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10sc.def> Acesso em 15 de março de 2017.

_____. Site Portal DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qrsc.def> Acesso em 15 de março de 2017.

2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/boletinsExternos/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (DIVE). Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2016. Disponível em http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/boletinsExternos/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf Acesso em 13 de junho de 2017.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FUNDAÇÃO IPPUJ: Joinville Cidade em Dados 2016/2017. Prefeitura Municipal de Joinville. Joinville. 2017. 180 pág

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. Disponível em: <censo2010.ibge.gov.br Acesso em 15 fev2016.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=SC>>. Acesso em 15 fev 2016.

JOINVILLE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano de Expansão da Atenção Básica. 2014.

JOINVILLE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016. Disponível em <https://www.joinville.sc.gov.br/publicacoes/relatorios-de-gestao-em-saude-do-municipio-de-joinville/>

NDONLINE. Santa Catarina tem a quarta maior taxa de mortes por AIDS no Brasil. Disponível em < <http://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/217654-santa-catarina-tem-a-quarta-maior-taxa-de-mortes-por-aids-no-brasil.html> >. Acesso em 15 fev 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

Apêndice 1

PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PMS 2018-21

Em novembro de 2015, a equipe de Planejamento solicitou ao Conselho Municipal de Saúde a proposta de **diretrizes e estratégias** para o próximo Plano Municipal de Saúde 2018-21.

Em março de 2016 ocorreu a definição das diretrizes e estratégias pelo Conselho e, a partir de então, foi definido um Grupo de Trabalho (GT) da Secretaria de Saúde para conduzir a elaboração do Plano em etapas. Integraram este GT, técnicos representando todas as gerências.

Para as discussões iniciais nas gerências, a equipe do Planejamento enviou a proposta de trabalho com cronograma de elaboração do Plano, a lista dos nomes sugeridos para o grupo de trabalho e a minuta das diretrizes elaboradas pelo CMS. Além disso foram encaminhados documentos contendo informações epidemiológicas, dados do município, projetos em andamento da Secretaria de Saúde e relatórios de gestão anteriores, visando subsidiar os componentes do GT na elaboração do Plano.

Foram também sugeridas algumas questões para auxiliar nas discussões:

1. Como a sua gerência se enxerga nas diretrizes propostas e que outra(s) gerência(s) considera que tem papel importante para efetivar a diretriz e por quê?
2. Que estratégias/objetivos propõe para cada diretriz?
3. Considerando que as diretrizes propostas já estão previstas no PMS 2014-17 e os Relatórios de Gestão 2014-15 já avaliaram as metas/ações propostas no Plano, o que não deu certo ou faltou para efetivar o que foi planejado?

Em maio de 2016 ocorreu reunião do GT com a consultora Dra. Maria Emi já tendo em mãos as diretrizes propostas pelo CMS e a lista de objetivos (ao todo 93) contemplando todas as diretrizes. No grupo, foram elencados os resultados esperados até 2021 e selecionados os objetivos estratégicos por diretriz.

Na sequência, a equipe de Planejamento encaminhou o resumo das diretrizes e objetivos priorizados para o GT e Gerências/Coordenadores dos Grupos de Condução das Redes para que os mesmos pudessem fazer a multiplicação dos resultados esperados e objetivos estratégicos nas Unidades, Áreas e Grupos de Condução de Redes, com as seguintes questões:

- Os resultados esperados contemplam a demanda percebida na equipe, considerando a situação de saúde no município? Se não, proponham aperfeiçoamentos.

- Os objetivos estratégicos (seleção dos objetivos propostos) são suficientes para alcançarmos os resultados esperados?

Após multiplicação, os membros do GT consolidaram os resultados e objetivos estratégicos por gerência e por rede de atenção. Em reunião no dia 14/07/16, o GT e multiplicadores, gerências apresentaram produtos da multiplicação e em 22/07/16 foram condensadas as propostas dos objetivos estratégicos por diretriz.

Em 15/08/16 foi realizada oficina com gerências/coordenações/chefias de Unidades e Conselho Municipal de Saúde, com uma exposição inicial da Dra. Maria Emi, seguida de apresentação da situação atual da saúde. No período da tarde, realizou-se trabalho em grupos, para definir as ações estratégicas para o alcance dos resultados em cada diretriz. Os resultados das discussões foram apresentados pelo coordenador de cada grupo e consolidados pela equipe de planejamento.

Em outubro de 2016, já com o material da oficina consolidado e alinhado, o grupo de trabalho se reuniu com a consultora, para alinhar a tradução das propostas da oficina em redação para o plano.

Em dezembro de 2016, a versão preliminar do Plano foi finalizada e em 20 de janeiro de 2017 foi disponibilizada para consulta pública no site da Prefeitura de Joinville durante um mês. A partir das sugestões consolidadas da consulta pública e do alinhamento com o Plano de Governo, realizado pela equipe de Planejamento, o grupo de trabalho revisou os resultados esperados, modificando-os conforme o entendimento das prioridades de saúde do município. Em junho de 2017, foi realizada a Conferência Municipal de Saúde, cujas propostas foram encaminhadas à Secretaria de Saúde e debatidas pelo grupo de trabalho, visando incorporá-las ao PMS. As discussões para avançar na elaboração das ações, indicadores e metas continuaram até a finalização do Plano em agosto de 2017.

Em 22 de agosto de 2017, foi realizada Audiência Pública na Câmara de Vereadores do município para apresentar e debater o Plano. Após isso, o Plano Municipal de Saúde previsto para 2018/21 foi submetido ao Conselho Municipal de Saúde e aprovado em 11 de Setembro de 2017.

Apêndice 2

GRUPO DE TRABALHO ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-21

(em ordem alfabética)

Akadenilques de Oliveira M Souza Kudla	Karla Alessandra Cidral
Alexandre Eduardo Schmidt	Keli Bett
Aline Costa da Silva	Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre
Allan Abuabara	Maria Solange Ferreira Alves
Andrei Popovski Kolaceke	Mario Jose Bruckheimer
Angela Schier	Marlene Bonow Oliveira
Anna Paula Pinheiro	Melissa Castanho
Chana Gresiele Beninca	Nasser Haidar Barbosa
Cinthia Friedrich	Rodrigo Andrioli
Cleonice Batista Correa Siccardi	Rodrigo Machado Prado
Denise Vizzotto	Rosemeire Bressan
Douglas Calheiros Machado	Selma Cristina Franco
Edilaine Pacheco Pasquali	Sergio Fortuna
Evandro Rodrigues Godoy	Silvia Cristina Bello
Evaristo Iglesias	Simone Aparecida de Souza
Fabricio da Rosa	Simone Farias
Flavia Wanda da Silva Marchi	Tania Betina Monich Jorge
Francieli Cristini Schultz	Tereza Cristina Silvério Couto
Guilherme Carvalho dos Reis Lima	Terezinha Hillesheim
Janaína Baumer	Vera Lúcia Freitas
Janaína Pravato Vicente Banin	Vicente D'Onofrio
Jean Rodrigues da Silva	Vivian Ellen Tácito Gouvêa

Apêndice 3

PROPOSTAS APROVADAS NA 12ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL /VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE JOINVILLE-SC – junho/2017

Foram constituídos quatro grupos de discussão, cada qual focado em alguns subeixos. Todas as propostas da Conferência elaboradas em cada grupo foram consideradas relevantes e, após análise da Secretaria de Saúde, decidiu-se sobre sua inclusão ou não no Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-21, baseado nos seguintes critérios:

- Quando a proposta já tivesse sido contemplada nos Objetivos e Ações do PMS, ela não foi incluída, visando evitar-se duplicação de ações iguais ou similares;
- Quando a proposta fosse considerada específica de alguma área da Secretaria sem abrangência suficiente para justificar sua inclusão no PMS, ela foi encaminhada para ser inserida em planos setoriais.

GRUPO A – SUBEIXOS I, V E VII

I – O papel da vigilância em saúde na integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde;

V – Gestão de risco de estratégias para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população;

VII – Implementação de políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas;

	PROPOSTAS DA CONFERÊNCIA	INCLUSÃO NO PLANO
01	Fortalecer a visão junto aos profissionais da assistência (estratégia de saúde da família) um olhar amplo e individual de todas as informações passadas pelo usuário para as equipes a todos os aspectos referentes ao papel das vigilâncias (sensibilizar o agente e a	Proposta já contemplada no objetivo 9 – “Aprimorar a política de educação permanente na saúde”, com a ação: “Discutir os casos de eventos sentinelas na Atenção Básica”. O setor responsável também poderá definir novas ações, tais como realizar

	população) (i)	capacitações e apoio matricial para discutir junto às equipes os casos de eventos sentinela (morte materna e infantil, sífilis congênita, etc).
02	Integrar sistematicamente, compartilhar e encaminhar os dados dos serviços de saúde (vigilância e assistência) (v)	<p>Já contemplado nos objetivos:</p> <p>1 – “Efetivar e qualificar o acolhimento em todas as unidades da rede assistencial”, com a ação: “ Implantar e monitorar os indicadores previstos no PMAQ em cada unidade”.</p> <p>11 – “Aperfeiçoar os sistemas informatizados e a gestão da informação” – com o indicador “Número de módulos do sistema de gestão integrado”</p> <p>13 – “Implantar instrumentos de gestão e de monitoramento da eficiência”, com o indicador “Ferramenta de Planejamento Estratégico com a definição e o monitoramento dos indicadores de gestão de cada área da Secretaria de Saúde implantado e publicizado”.</p> <p>O setor responsável também poderá definir novas ações.</p>
03	Utilizar o planejamento local de saúde, para ampliar abrangência das informações coletadas pelas equipes de saúde com acréscimo de dados ambientais (v)	O setor responsável também poderá definir novas ações relativas ao planejamento local de saúde.
04	Fomentar a informação nas instituições de ensino, associações de moradores e conselhos locais fortalecendo e empoderando a sociedade organizada no conhecimento em relação à vigilância em saúde (v)	<p>São ações intersetoriais que envolvem a mídia, a SECOM, etc</p> <p>Já contemplado no objetivo 6 – “Estimular o autocuidado apoiado”, com as ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ‘Elaborar e implantar um calendário anual de ampla divulgação conforme os temas e a realidade epidemiológica local visando o autocuidado’. - ‘Estabelecer a prática de grupos de apoio/rodas de conversa’
05	Utilização dos dados externos (hospital,	Já contemplado nos objetivos:

	universidade, institutos de pesquisas) vigilância pré e pós alta hospitalar continuidade do cuidado, na atenção básica e seguimento (VII)	<p>2 – “Aprimorar os processos que visam garantir a integralidade da atenção”, com o indicador ‘Número de Linhas de Cuidado implantadas e atualizadas’</p> <p>12 – “Estruturar a Rede de Atenção à Saúde com foco no acesso qualificado e humanizado”</p> <p>15 – “Promover a efetividade na gestão hospitalar”, especialmente a ação “Utilizar o Plano Terapêutico Singular (PTS) para pacientes complexos nas cinco linhas de cuidado eleitas pelo hospital”.</p>
06	Capacitação dos profissionais e promoção de campanhas para alerta tanto das doenças prevalentes quanto das raras (VII)	<p>Já contemplado no objetivo 9: “Aprimorar a política de educação permanente na saúde”.</p> <p>O setor responsável também poderá definir novas ações.</p>

Coordenador	TANIA BETINA
Relator	VINICIUS FELIPI SANZON
Facilitador	MARILUZ NAVARRO / CARLOS ROBERTO KOEPP

GRUPO B – SUBEIXOS II E III

II – Acesso e integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública;

III – Acesso e integração dos saberes e tecnologias das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública;

	PROPOSTAS DA CONFERÊNCIA	INCLUSÃO NO PLANO
01	Fortalecer a assistência farmacêutica promovendo o uso racional de medicamentos.	Já contemplado no objetivo 14 “Promover o uso racional de medicamentos”
02	Intensificar a fiscalização e auditoria para maior e melhor desempenho de produtividade dos serviços públicos e conveniados.	Já contemplado no objetivo 13 “Implantar instrumentos de gestão e de monitoramento da eficiência”
03	Fortalecer e intensificar as ações relacionados a saúde do homem com participação da equipe multidisciplinar de maneira contínua.	Já contemplado no objetivo 2 “Aprimorar os processos que visam garantir a integralidade da atenção”. O setor responsável também poderá definir novas ações.
04	Intensificar ações de promoção a saúde nas escolas fortalecendo a integração entre a Secretaria da Educação e Secretaria da Saúde, em conjunto com a comunidade.	Atualmente a parceria entre a Saúde e a Educação vem sendo efetivada por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) que realiza ações segundo planos de trabalho definidos. O esforço da gestão deve focar no aperfeiçoamento do Programa.
05	Estruturar o quadro de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da comunidade.	Já contemplado no objetivo 8 “Estruturar a política de gestão de pessoas atendendo às especificidades da Saúde”. O setor responsável também poderá definir novas ações.
06	Fortalecer a intersetorialidade na saúde para promoção do auto cuidado apoiado.	Já contemplado nos objetivos: 5 – “Fortalecer a intersetorialidade” 6 – “Estimular o autocuidado apoiado”

Coordenador	REGINA LANDE SÁ
Relator	LEILA MAUTONE
Facilitador	ELISABETH e SILMARA

GRUPO C – SUBEIXO VI

VI – Monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas;

	PROPOSTAS DA CONFERÊNCIA	INCLUSÃO NO PLANO
01	Implantar um Centro de Zoonoses no município de Joinville, para melhorar o conhecimento e avaliação das situações de risco dos vetores junto à população, intensificando assim ações de monitoramento e aplicação de penalidades em canis, pets e criadores informais de comercialização de animais, atividade está em conjunto com a vigilância ambiental.	No PPA, não está prevista sua construção ou implantação.
02	Promover a conscientização sobre os agravos provocados pelos vetores, intensificar articulações junto as escolas, estreitar as parcerias entre educação, saúde e comunidade, construir novos instrumentos teóricos e principalmente práticos que sejam atrativos para os alunos, principalmente nos anos iniciais da vida escolar.	Já contemplado nos objetivos: 5 – “Fortalecer a intersectorialidade” 6 – “Estimular o autocuidado apoiado”, com a ação “Estabelecer a prática de grupos de apoio/rodas de conversa, em todas as equipes de saúde, como ferramenta/instrumento para o autocuidado”. O setor responsável também poderá definir novas ações, ou reforçar as já existentes (PSE), também realizar capacitações, já previstas como parte do processo de integração entre DAPS e Vigilância, para o cuidado integral.
03	Usar os grupos comunitários e lideranças para melhor articular e intensificar as ações de vigilância em Saúde através de mutirões, disseminar as informações de forma coletiva.	Já contemplado no Objetivo 2 – “Aprimorar os processos que visam garantir a integralidade da atenção”. O setor responsável também poderá definir novas ações no PLS.

04	Fomentar a intersectorialidade na Vigilância em Saúde, para deliberação de planejamento estratégico em ações educativas que envolvam a comunidade, desenvolvendo atividades dentro do território sanitário em ações com os conselhos locais de saúde.	Já contemplado no Objetivo 2 – “Aprimorar os processos que visam garantir a integralidade da atenção”. O setor responsável também poderá definir novas ações no PLS.
05	Usar formas tecnológicas de fácil acesso para divulgação da importância e apoio nas notificações e desenvolver um sistema eletrônico para recebimento de alertas de notificações dos agravos referentes as zoonoses.	Já contemplado no objetivo 11 – “ Aperfeiçoar os sistemas informatizados e a gestão da informação”. O setor responsável também poderá definir novas ações.
06	Ampliar a capacidade técnica das equipes em Vigilância em Saúde, garantindo o processo de educação permanente aos facilitadores, sejam eles sociais ou profissionais, nas divulgações dos conhecimentos.	Já contemplado no objetivo 9 – “Aprimorar a política de educação na saúde”. O setor responsável também poderá definir novas ações.
07	Aproximar os agentes de combate a endemias para atuar junto com as unidades de saúde, elaborar um plano de ação com a equipe dentro do território sanitário, nas quais já estão vinculados ao CNES.	Já contemplado em ação no objetivo 1 - “Efetivar e qualificar o acolhimento em todas as unidades da rede assistencial “ com a ação: “Orientar as práticas de trabalho a partir dos riscos individuais e coletivos”. O setor responsável também poderá definir novas ações no PLS.
08	Garantir a efetivação dos serviços desenvolvidos pelo Estado quanto à análise laboratorial e retornos dos resultados conforme protocolos locais.	Encaixa-se no objetivo 12 - “Estruturar a Rede de Atenção à Saúde com foco no acesso qualificado e humanizado”. Entretanto, esta ação depende de iniciativas da Secretaria de Estado da Saúde sobre as quais não temos governabilidade. No PPA está prevista a implantação do Centro de Integração de Análises Clínicas.

Coordenador	JULIANA PREBIANCA
Relator	KARLA SAIBRO DUTRA
Facilitador	VELUMA FERNANDA SOARES

GRUPO D – SUBEIXOS IV E VIII

IV – Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde;

VIII – A participação social no fortalecimento da vigilância em saúde.

	PROPOSTAS DA CONFERÊNCIA	INCLUSÃO NO PLANO
01	Ampliação da saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família	Já contemplada no objetivo 12 – “Estruturar a Rede de Atenção à Saúde com foco no acesso qualificado e humanizado”
02	Melhoria dos fluxos de liberação dos recursos dos serviços de vigilância em saúde	Pode estar contemplado no objetivo 13: “Implantar instrumentos de gestão e de monitoramento da eficiência”. O setor responsável também poderá definir novas ações.
03	Ampliação, fortalecimento e inclusão na grade curricular de promoção em saúde e pactuação com secretaria da educação	Já contemplada no objetivo 9 - “Aprimorar a política de educação na saúde”. O setor responsável também poderá definir novas ações
04	Capacitação e integração para e entre os conselhos locais de saúde	Já contemplada no objetivo 7 – “Aperfeiçoar os mecanismos de participação social no SUS”.
05	Ampliação do financiamento do SUS em todas as esferas de governo para atendimento da necessidade municipal com participação dos conselhos municipais de saúde, com princípio de transparência.	Já contemplada no objetivo 3 – “Construir, reformar e ampliar as unidades da Rede de Atenção Primária à Saúde de forma a melhor atender a população”, na ação “Número de convênios para obtenção de recursos”.
06	Forte investimento em promoção da saúde com articulação efetiva da intersetorialidade	Já contemplada nos objetivos: 1 – “Efetivar e qualificar o acolhimento em todas as unidades da rede assistencial “

		<p>2 – “Aprimorar os processos que visam garantir a integralidade da atenção”</p> <p>5 – “Fortalecer a intersetorialidade”</p> <p>6 – “Estimular o autocuidado apoiado”.</p>
07	Integração entre sistemas de informação na saúde visando a implementação de políticas públicas intersetoriais	Já contemplada no objetivo 11 – “Aperfeiçoar os sistemas informatizados e a gestão da informação”
08	Ampliar a participação popular e fomentar a co-responsabilidade do usuário, com base na lei 8080/90 art.2ª parágrafo 2º.	<p>Já contemplada nos objetivos:</p> <p>6 – “Estimular o autocuidado apoiado”.</p> <p>7 – “Aperfeiçoar os mecanismos de participação social no SUS”.</p>

Coordenador	PATRICIA HARDER
Relator	JULIANA DA S. B. DOS PASSOS
Facilitador	JANAINA BANIN

Apêndice 4

RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PLANO

RESOLUÇÃO SEI N° 1086216/2017 - SES.CMS

Joinville, 12 de setembro de 2017.

RESOLUÇÃO N° 053/2017

Plano Municipal de Saúde 2018 / 2021

O Conselho Municipal de Saúde, por maioria dos votos dos Conselheiros presentes na CLXX 170ª Assembléia Geral Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde, de 11 de setembro de 2017, **RESOLVE APROVAR** o Plano Municipal de Saúde 2018 / 2021, apresentado na Assembleia supracitada.

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

Joinville, 12 de setembro de 2017

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



Documento assinado eletronicamente por **Orlando Jacob Schneider, Usuário Externo**, em 12/09/2017, às 11:00, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº 8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



Documento assinado eletronicamente por **Francieli Cristini Schultz, Secretário (a)**, em 12/09/2017, às 17:17, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº 8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



Documento assinado eletronicamente por **Udo Dohler, Prefeito**, em 14/09/2017, às 17:23, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº 8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://portalsei.joinville.sc.gov.br/> informando o código verificador **1086216** e o código CRC **9645522C**.