

MUNICÍPIO DE ITAJAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E
AUDITORIA DO SUS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ
2014 - 2017

ITAJAÍ/SC
Maio, 2014

MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

PREFEITO

JANDIR BELLINI

VICE-PREFEITA

DALVA MARIA ANASTÁCIO RHENIUS

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

DALVA MARIA RHENIUS

SISTEMA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E AUDITORIA DO SUS

EMERSON GONÇALVES

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ

PLÍNIO SILVEIRA - PRESIDENTE

Plano Municipal de Saúde aprovado em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde no dia 12 de maio de 2014 através da Resolução Nº 004/2014.

ELABORAÇÃO

Catiana Lunardon

Edimar Garcia

Emerson Gonçalves

Cristiane Dezan

COLABORADORES

Adriana dos Anjos da Silva Schneider

Aldo José Correa Júnior

Alessandra Lima

Alessandra Monestel

Alessandra Pitlovanciv

Alessandro da Silva Scholze

Ana Cristina Reiser

Ana Luiza de Almeida

Ana Maria Santos Viceli

Anadir Vequi Martins

Andrea Bittencourt

Andréa Diedrich Porto

Andréa Effting

Andrea Nunes

Andréia Aparecida da Cruz Pinheiro

Andreza Carolina Gonçalves Cavanha

Antonio Pereira

Aretusa Kruchinsk

Carla Hutner

Carolina Moreira Amorim

Carolina Torres Guazelli

Chrislayne Evangelista Brião

Cinthya Maria Lins Pereira

Claudinei Corrêa

Claudia Aparecida Pacheco

Cléris Silvia de Souza

Cleusica Cristóvão

5

Conceição Aparecida dos Santos

Daisy Luciana Pereira Neves

Daniela Zeferino da Silva

Danilo Ferreira

Denise Maria de Carvalho

Edelcides Alves Ferreira

Edna dos S. Carvalho Laverde

Elaine Regina Silva Fernandes

Eliane Aparecida Corrêa

Eliane Carvalho

Eliane Cristine Lyra Oliveira Viana

Emerson de Silveira

Fabiana Severino de Araújo

Fabiano Costela Pinheiro

Felipe Marcolini Dantas Bertucci

Felipe Pilosio Botelho

Fernanda Picollo

Fernando Carlos Proença

Flavia Maria da Silva Nunes

Francielly Regina dos Santos Lino

Francislene Almeida Araújo

Graziele Castro de Freitas

Gustavo Dassoler da Silva

Hamilton Ferraz Rodrigues

Helena Alves Xavier Oro

Inoé Ferreira da Silva

Irinéia Aparecida dos Santos

Isabella do Amaral

Ismênia Fiuza de Carvalho

Ivete Aparecida dos Santos

Ivo de Borba

Jairo Vargas

Janayna Sobota

Jaqueline Marlene Cardoso

Jean V Sestrem

Jerry Edson de Souza

Jessé Magnus Kunen

Jonas Willibaldo Naue Stuelp

Jonilda H S Vieira

Juliana Jaques do Amaral

Juliana Oliveira Fernandes

Juliana Righetto

Juliano de Paula Loblein

Julita Schramm

Karla Schmoeler

Kelly Mara Oenning

Leandro Zago

Leide Dayana Caetano

Leopoldo Dagnoni

Liliane Pudwell Berwig

Loriana Guaresi

Luciano Pinheiro

Lucio Vieira

Luiz A Spinosa

Luiz Carsten Scheinkmann

Márcia Cracco

Márcia Kmiéc

Marcos Aurélio Z. Muller

Maria de Lourdes Alves da Silva

Maria de Lourdes Castro

Marli Andrade

Marlyn Airoso

Mauro Manoel de Oliveira Jr

8

Milene Mitiko Souza Yamaguti

Mirna Macarena Silva

Morgana Regina Ferreira Gonçalves

Natiane Magali Crispim Alves

Nelson Pozza

Patrícia dos Santos Leda

Paulo Roberto Schlemper

Persilvana Santos R. Seemund

Plínio A. F. Silveira

Rachel Marchetti

Rafael Rick Rebelo

Regiane do Nascimento

Renato Aires

Ricardo Reiser

Robson de Oliveira

Rodrigo Costa

Rodrigo Quito

Rogério Bork

Rosangela Vicente de Andrade

Rosangela Werner Grosselli

Rosaura de O. Rodrigues

Rose Mari Colombelli Iczuka

Sandra Teresinha Ferreira

Scharline Trevizol Bergamini

Sibeli Maria Benedet

Silvana Fraga Fulgencio

Silvana Molinari

Silvana Sandi

Simone C. T. Gonçalves

Simone Jaqueline Dalsóquio Tomio

Sirlei Colombari Prete

Sonia Maria Godoi

Suziane Patricia Pereira

Thaís Simas Cória

Thaís Balem

Vanilda da Costa

Vilma Augusta de Souza

Viviane Conceição Adolfo Galo

Zulmira Pezzini Paes

INTEGRALIDADE

É o princípio pelo qual as ações de saúde terão uma abordagem integral e contínua do indivíduo e da coletividade no contexto familiar e social, englobando atividades de promoção de saúde, prevenção e vigilância de riscos, danos e agravos, concomitantes com as ações de assistência e reabilitação.

EQUIDADE

Este princípio estabelece que o poder público deva promover a atenção à saúde para toda a população e de forma equânime, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais específicos. Portanto, os investimentos serão maiores para aqueles que mais necessitam, adequando a oferta de serviços aos princípios da justiça social.

DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO

Por este princípio as decisões técnicas e de gestão levam em consideração as questões locais de saúde, ou seja, instâncias decisórias mais próximas da população usuária. A descentralização se viabiliza através do fortalecimento e qualificação das Regionais de Saúde.

15

HIERARQUIZAÇÃO

Princípio que estabelece a forma de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema SUS, garantindo que a porta de entrada seja a unidade básica de saúde.

HUMANIZAÇÃO

Este princípio operacionaliza o desenvolvimento das ações promotoras de saúde a partir da troca e construção de saberes baseadas na valorização e respeito às particularidades dos diversos atores sociais.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Princípio pelo qual se garante a participação da comunidade nas decisões que definem as prioridades e diretrizes da gestão dos serviços de saúde através das

instâncias constituídas, socializando o conhecimento do processo saúde-doença e do sistema de saúde.

ACESSIBILIDADE

É a adequação das características dos serviços e dos recursos de saúde, para facilitar o seu acesso pelos usuários.

RESOLUTIVIDADE

É a capacidade de oferta de um atendimento eficiente e efetivo, preferencialmente na atenção básica; ou a garantia de encaminhamento para um serviço de maior nível de complexidade.

CIDADANIA

Conjunto de direitos e deveres que permite a pessoa participar ativamente da vida política, econômica e social do governo de seu povo.

16

Desta forma a política de saúde deve ser direcionada para a prevenção das doenças e não somente para a sua recuperação. Isto exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

Este Plano Municipal de Saúde, aprovado pela Resolução Nº 004/CMS/2014, é resultante do exercício democrático na formulação das políticas públicas e deverá constituir-se em instrumento de trabalho de referência para a gestão da saúde no município de Itajaí, no período de 2014 – 2017. Permitirá a adoção de estratégias intersetoriais capazes de modificar a realidade sanitário-epidemiológica, com o envolvimento dos diferentes atores sociais interessados na busca da qualidade de vida e do desenvolvimento social da população.

Mais do que o cumprir as exigências formais previstas nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, o Plano de Saúde concretiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS e é fruto do resultado de diversas rodadas de discussão dos setores integrantes do

Sistema Municipal de Saúde, a partir da análise dos relatórios de gestão e outros documentos referenciais.

Procurou-se conciliar a realidade municipal com os diversos recursos do SUS e por esta razão, apesar da identificação da grande necessidade de expansão da oferta assistencial, houve a nítida decisão de embasar as prioridades nas possibilidades concretas de viabilidade financeira e executiva, a fim de não tornar este plano uma peça apenas formal.

O Plano Municipal de Saúde encontra-se estruturado seguindo a lógica do documento nacional, dividido em três partes distintas:

- Introdução;
- Análise situacional do município de Itajaí;
- Formulação dos compromissos de gestão.

A operacionalização do Plano de Saúde dar-se-á mediante a programação anual e seus projetos, nos quais serão definidas as ações e atividades específicas que culminem em consequências práticas de sua execução. Desta forma, entendemos que o Plano de Saúde é um instrumento dinâmico, a ser consultado periodicamente e analisado a cada ano, principalmente no sentido de monitorar e avaliar a efetividade das ações propostas em relação às necessidades evidenciadas.

17

Portanto, a missão da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí é defender a vida, satisfazendo as necessidades de saúde da população, através de um sistema de saúde humanizado, com responsabilização, acesso, vínculo, acolhimento, gestão participativa, trabalho em equipe multiprofissional, de forma transdisciplinar e com autonomia dos processos de trabalho.

A saúde é um direito de cidadania e é dever de todo gestor, gerar políticas para atender as necessidades da população. A construção deste documento faz parte do cumprimento do nosso dever como gestor público.

1.1 RELATÓRIO DAS OFICINAS

1.1.1 INTRODUÇÃO

Partindo da nossa necessidade de estruturação dos trabalhos para a construção do Plano Municipal de Saúde, 2014 - 2017 iniciamos o processo utilizando conceitos de planejamento participativo, planeja quem faz, ou seja, a integração entre o mundo político e o mundo tecnocrático e, diversas outras facetas do Planejamento Estratégico Situacional idealizado por Carlos Matus. Os trabalhos estiveram sempre aliados às técnicas de visualização e de moderação, com atenção contínua para manutenção do foco principal no crescimento do ser humano e não somente a coisificação do mundo.

Naturalmente o ser humano é um bicho que planeja, que possui a capacidade de antecipar mentalmente ações futuras, e que pode realizar este processo em grupo. É capaz de preparar melhor a execução das ações, transformando o mundo conforme a visão desejada, reduzindo a possibilidade de impactos negativos, garantindo respeito às necessidades, e acompanhando todo o processo através do permanente sistema de monitoramento e avaliação.

18

Quem faz? Quem planeja? Quem é o ator deste planejamento? É a equipe que será responsável pela implementação do plano. A equipe que foi escolhida pelo grupo gestor para implementar as mudanças necessárias para a transformação da sociedade.

O papel principal da equipe foi o de garantir a qualidade deste processo desde os levantamentos preliminares do diagnóstico, os momentos do planejamento, treinamento e capacitação de profissionais para as ações de implementação do plano, gerenciamento, análise e avaliação com um rol diversificado de ferramentas, papel este assumido pelo Coordenador Técnico da Secretaria Municipal de Saúde, Emerson Gonçalves.

A moderação atuou na facilitação do debate de idéias, privilegiando a pluralidade de opiniões, incentivando o grupo a vislumbrar novas possibilidades, ocupando novos espaços, crescendo coletivamente. Também estimulou o grupo a encontrar caminhos de ação e soluções para seus problemas, facilitando o processo de decisão do grupo.

Trabalhamos com pessoas, seus problemas, sonhos e inquietações. Pessoas reunidas em grupos produzindo e problematizando em torno das questões da saúde em

Itajaí. Este processo de discussão em grupo é também um “processo conversacional”, sendo conduzido de forma estruturada a partir de **perguntas** coerentes com os resultados que almejávamos obter. O encadeamento destas perguntas configura a técnica do “fio condutor” desenvolvida por Nogueira e Shubert.

Fomentamos a capacidade de escutar, exercício difícil na nossa cultura onde privilegiamos quem discursa e não quem escuta. Para amenizar esta característica e fomentar o hábito de escutar privilegiamos a **visualização** como apoio à palavra oral. Neste contexto incluímos neste processo de discussão o moderador que possui os seguintes papéis, conforme Nogueira e Shubert:

- Desenhar e Estruturar processos de discussão sobre o tema central;
- Estimular o grupo a debater e concretizar objetivos, a levantar opiniões, a expor necessidades, a fazer acordos;
- Evidenciar as diferenças de idéias e pontos de vista, buscando desenvolver no grupo a constituição de um “observador comum”;
- Fomentar a iniciativa dos participantes;
- Ajudar o grupo a aprofundar o conhecimento de uma situação;
- Encaminhar adequadamente a discussão, visando atingir resultados concretos e satisfatórios para o grupo.

Neste processo de discussão grupal todos foram **igualmente respeitados**. Cada participante teve direito de expor e defender opiniões.

Para a elaboração do **Plano Municipal de Saúde (PMS)** realizamos algumas reuniões preparatórias onde estruturamos um núcleo para o planejamento e que participaram Emerson Gonçalves, Cientista Político com Especialização em Direito Administrativo e responsável pela Coordenadoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde, Claudia Pacheco, Catiana Lunardon, enfermeira; e Edimar Garcia, Biólogo da Secretaria. Neste núcleo Emerson assumiu o papel de porta-voz das necessidades da Secretaria Municipal da Saúde ao enfrentar a problemática da construção do plano, entendendo quais são os assuntos relevantes para sua equipe. **DIVIDIR O PODER DE MANDO UTILIZANDO UM MODELO DE CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DO PLANO.**

O papel de moderação foi exercido por Edimar Garcia que, desde 2001 tem participado de experiências de planejamento no serviço público, com a aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional.

Catiana Lunardon atuando no serviço público desde 1997, com especialização em epidemiologia aplicada aos serviços de saúde, apresentou diagnóstico situacional do município.

A equipe de apoio foi constituída por Cristiane Dezan, Thaís Coria Simas, Fabiano Costella Pinheiro, Márcia Kmiéc, Cláudia Pacheco e Silvana M Sandi.

Durante as tratativas incluímos alguns passos preparatórios das atividades, tais como:

- reuniões para discutir e decidir conjuntamente aspectos relacionados ao conteúdo, organização, desenvolvimento, aspectos logísticos e custos;
- apresentação e aprovação do roteiro de trabalho e o “fio condutor”;
- apresentação dos *check-lists*, com as devidas responsabilidades, para controle e acompanhamento das providências necessárias (material, apoio, equipamentos, etc.);
- aquisição de materiais e compras

20

A composição, perfil e tamanho do grupo estão intimamente ligados a efetividade do trabalho de moderação. Em razão disto, para o Planejamento Estratégico Situacional, o grupo foi escolhido através de critérios técnicos-políticos, reunindo no máximo 25 integrantes para o trabalho.

Os convidados para as oficinas puderam imergir nos trabalhos, pois estiveram “isolados do mundo”. A escolha pelo local de realização das atividades foi feita com base na capacidade de promover privacidade e um espírito de imersão aos participantes do evento.

As condições mínimas na aceitação do local foram a de possuir:

- uma área livre em forma de quadrado com no mínimo seis metros de lado e uma parede que possa ser utilizada para a colocação dos painéis de papel craft que serão utilizados como suporte ao trabalho de visualização, com as cadeiras dispostas em formato de semi-círculo;
- uma sala de suporte para o desenvolvimento das atividades de grupo;

- cadeiras confortáveis onde o número de assentos na sala de reunião deverão ser restritos ao número de participantes;
- um espaço para os momentos de cafezinho e refeições;

Os locais que atendem estas especificações e que foram escolhidos são:

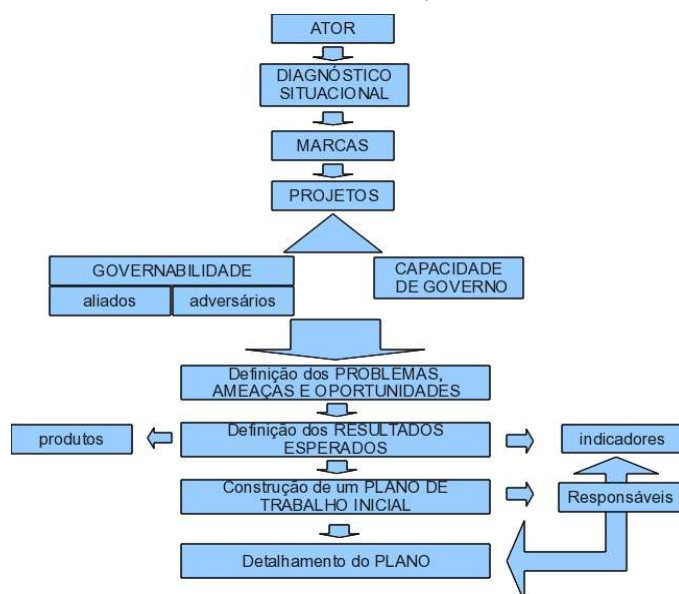
EPAGRI – Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural em Santa Catarina

IFES - Instituto Fayal de Ensino Superior

Para este processo de discussão sobre o Plano Municipal de Saúde foram utilizadas algumas técnicas que potencializam os trabalhos em grupo e promovem a participação dos envolvidos além de evidenciarem as diversas possibilidades acerca do que será tratado. Uma das técnicas é a moderação, personificada pelo moderador, que tem por objetivo facilitar o processo de conversação grupal focado no tema.

Outro método é o da visualização. Foi desenvolvida por uma equipe de cientistas na Alemanha, no final dos anos 60 e que foi aprimorada pela empresa Metaplan. Trata-se de um trabalho executado com apoios visuais para a comunicação oral utilizando tarjetas sobre um painel, onde cada participante tem a oportunidade de se expressar visando tornar mais participativo, democrático e eficiente o processo de discussão nas instituições.

Outra ferramenta utilizada é o trabalho com o conceito de “fio condutor” desenvolvido pela empresa H+K e que nos auxilia na obtenção de um plano claro e exequível ao final dos trabalhos. No nosso caso, o trabalho de “fio condutor” segue a seguinte lógica:



O método de Planejamento Estratégico Situacional - PES, desenvolvido por Carlos Matus, foi desenhado principalmente para o trabalho em administrações públicas particularmente para o nível de direção central, onde são tratadas as situações problemas com alta complexidade e uma pluralidade de atores envolvidos, combinando simplicidade e potência.

O maior estudioso da América Latina e um dos maiores do mundo, sobre planejamento estratégico de governo, capacidade de governo, governabilidade, estilos estratégicos de governo, entre outros assuntos foi o Chileno **Carlos Matus** (1931-1998). Economista teve carreira no Governo do Presidente Salvador Allende (1965 a 1970) em que foi assessor do Ministro da Fazenda e como Ministro da Economia. Na década de 60, participou em debates sobre formalismo, a neutralidade e a efetividade do planejamento, desenvolvendo a partir destes debates seu próprio método.

Após o golpe do General Pinochet, no cárcere, Matus retoma as críticas aos processos de governo com as experiências que adquiriu no seu governo ao planejamento tradicional.

Foi para o exílio na Venezuela em 1975 onde buscou responder à pergunta "Porque um governo com tanta popularidade e com tão boas intenções caiu de forma tão fragorosa, diante de um golpe militar?" e concebe o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Na Venezuela onde trabalhou para a ONU no PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e no ILPES (Instituto Latino-Americano de Planificação Económica y Social) em tarefas de sua especialidade como planejador.

Em 1980, publicou a obra "Planificación de Situaciones", grande parte pensada no cárcere. O avanço das idéias do método PES se dá a partir de 1978 até 1981, com a colaboração de uma equipe do CENDES (Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela). Em 1984 lança o documento "Política y Plan", texto que reelabora e estende, posteriormente, em "Política, Planificación y Gobierno".

Em 1988, Carlos Matus criou, em Caracas, Venezuela, a Fundação ALTADIR, organismo que visa o "desenvolvimento do planejamento estratégico e das técnicas de alta direção". A partir de então, passa a assessorar equipes de governo e planejamento, difundindo as propostas do PES em vários países, entre os quais Colômbia, Equador, Brasil e Venezuela.

No Brasil trabalhou em diversos órgãos: a FIOCRUZ, a CUT, o DIEESE, o INAP, e algumas prefeituras municipais, entre outras instituições que buscavam alternativas que propiciassem a ampliação da capacidade de gestão.

Estamos acostumados a vislumbrar os processos de planejamento sob o ponto de vista do mundo de negócios do capital privado, o planejamento normativo, ou tradicional, onde Matus aborda as características e diferenças:

Algumas características que diferenciam o planejamento tradicional do PES:

PLANEJAMENTO TRADICIONAL	PES
Determinista (predições certas)	Indeterminista (predições incertas)
Objetivo (diagnóstico)	Subjetivo (apreciação situacional)
Predições únicas	Várias apostas em cenários
Plano por setores	Plano por problemas
Certeza	Incerteza e surpresas
Cálculo técnico	Cálculo tecnopolítico
Os sujeitos são agentes	Os sujeitos são atores
Sistema fechado (metas únicas)	Sistema aberto
Teoria do controle de um sistema	Teoria da participação em um jogo

Fonte: O Método PES -Roteiro de Análise Teórica (material elaborado para o curso “Governo e Planejamento” FUNDAP -FundaciónAltadir)

1.1.2 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Neste momento o grupo foi integrado à técnica de visualização com tarjetas, através do exemplo do moderador que, ao apresentar-se, utiliza de tarjetas onde apresenta os títulos e as suas tarjetas, convidando os participantes a fazerem o mesmo.

Após este momento o moderador apresentou o programa de trabalho, declarou em qual momento do planejamento se encontravam; o ponto que deveria ser alcançado ao findar cada dia de trabalho; definiu os horários dos cafezinhos e almoço; e defendeu os intervalos para a obtenção de um bom nível na produção final.

PROGRAMA DE TRABALHO	INÍCIO DOS TRABALHOS: 8H
APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES	CAFÉZINHO – 10 MIN 10H E 16H
ANÁLISE DE PROJETO, CAPACIDADE E RELACIONAMENTOS	ALMOÇO 12H ÀS 13H
PROBLEMAS – CONCEITOS E EXEMPLOS	FINAL DOS TRABALHOS 18H
PLANILHA OPERACIONAL	
APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS	
AValiação E ENCERRAMENTO	

A seguir, as regras de escrita e as regras de comportamento foram apresentadas, percorrendo rapidamente sobre a função de cada uma delas, abrindo ao final para o grupo sugestão para nova regra.

24

REGRAS DE ESCRITA

- UMA IDÉIA POR TARJETA – cada participante deveria escrever somente uma idéia/opinião/argumento por tarjeta, facilitando o ordenamento e o reordenamento de idéias e da construção do plano;
- ESCREVER NO MÁXIMO QUATRO LINHAS POR TARJETA – é necessária para possibilitar a visualização de todos sobre o que estivermos tratando, nesse momento também poderíamos dar algumas dicas sobre a qualidade da caligrafia;
- ESCREVER UMA FRASE – IDÉIA COMPLETA – a construção da frase na tarjeta deveria ser completa, com sujeito, verbo e predicado para que todos entendessem a idéia ali expressa;
- VALE O QUE ESTÁ ESCRITO – esta é uma regra retirada do popular, e tolerado, “jogo do bicho” e defende a formulação escrita das exposições orais,

democratizando a exposição de idéias, pois tanto os “donos da palavra” e os que possuem dificuldade para se expor possuem a mesma chance de divulgar suas idéias.

REGRAS DE CONVIVÊNCIA

- NÃO TOMAR A PALAVRA DE ASSALTO – tem como intuito democratizar a discussão;
- EVITAR CONVERSAS PARALELAS – pois o tema deve ser tratado de forma aberta por todos os participantes;
- PARTICIPAR ATIVAMENTE DE TODO O PROCESSO

1.1.3 ATOR SOCIAL

Com esta primeira ambientação em torno do método, o próximo passo foi o estabelecimento de “quem é este ator que percebe o mundo sob o seu ponto de vista e está iniciando um planejamento de suas ações, a fim de alterar uma realidade”.

O grupo foi convidado a responder a seguinte pergunta:

- Qual é o nome de batismo deste grupo que está se organizando?

25

Esta pergunta foi respondida em duplas, iniciando os processos de conversação e de construção de idéias, com cada participante tendo como interlocutor o seu parceiro ao lado. O moderador colheu as sugestões e informou ao grupo que este produto, pertence agora ao grupo e não mais a quem produziu.

As tarjetas com sugestões foram apresentadas, uma a uma, lidas pelo moderador e afixadas no painel de papel craft. Iniciou-se o processo sugestionando os participantes que cada pincel atômico era, a partir daquele momento, uma “espingarda pica-pau” e só dispara um tiro, um voto, e que cada participante deveria escolher a proposição que melhor representa o grupo. Ao sinal, cada integrante deslocou-se até o painel e assinalou com um “X” na tarjeta escolhida. Ao final do processo, os votos foram contados e, comunicada a proposição vitoriosa. Com o nome do Ator Social escolhido foi feita a comunicação de que todas as proposições constarão do relatório final.

1.1.4 DEFINIÇÃO DOS PROJETOS

Projeto Político ou Projeto de Governo é um conjunto de princípios e disposições programáticas que identificam e legitimam o ator no quadro político-social.

O trabalho teve início com a provocação através da seguinte pergunta:

QUAIS AS MANCHETES QUE VOCÊS GOSTARIAM DE LER NO (PRAZO DO PLANO)
E QUE ESTÁ RELACIONADA COM AS AÇÕES DO ATOR?

(nome do ator selecionado)

Esta pergunta foi respondida após divisão do grande grupo em equipes 1, 2 e 3, cada uma tratando exclusivamente de uma perspectiva de análise do plano, que são:

AUTONOMIA DO USUÁRIO

TRABALHO NO TERRITÓRIO

TRABALHO COM USUÁRIOS

PROCESSOS INTERNOS

APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO DA EQUIPE

26

Neste momento iniciaram-se os processos de conversação e de construção de idéias, com cada participante tendo como interlocutor os parceiros desta pequena equipe. O moderador coordenou as atividades de cada grupo, onde as manchetes foram apresentadas em forma de nuvens (idéias semelhantes).

1.1.5 CAPACIDADE DE GOVERNO

É o conjunto de experiências, habilidades, teorias, recursos e métodos de direção que uma equipe de governo dispõe para realizar o projeto político/governo. As formulações sobre a capacidade devem aparecer já no diagnóstico da situação e os integrantes foram provocados sobre a capacidade do Ator Social (nome do ator selecionado) onde um painel foi formulado através da seguinte pergunta:

COM QUE MEIOS REALIZAREMOS OS NOSSOS PROJETOS?

1.1.6 GOVERNABILIDADE

Quando relacionamos e descrevemos a nossa capacidade de governar, os recursos de governo, os nossos projetos de governo, é inevitável o relacionamento com outros atores que estão presentes neste jogo social, e também possuem capacidade para aplicar a favor de nosso plano (aliados) ou contrário a ele (adversários). A esta relação de forças damos o nome de Governabilidade e neste vértice do triângulo de governo relacionamos todos os outros atores envolvidos.

Neste momento é imprescindível discernir o que é aliado e adversário em um projeto, dos tradicionais e viscerais amigos e inimigos. No primeiro grupo o investimento dos seus esforços, favoráveis ou contrários, estão sempre relacionados ao nosso projeto; ao alterarmos o projeto alteramos esta relação de força. No segundo grupo a relação é visceral, não carece de explicação nem de justificativa, e independente da alteração do foco do projeto a posição (amigos ou inimigos) sempre será fixa e focada nos atores.

Trabalhou-se este quadro sobre a governabilidade utilizando a seguintes perguntas:

1. QUEM SÃO OS OUTROS COM QUEM REALIZAREMOS OS NOSSOS PROJETOS?
2. QUEM SÃO OS OUTROS COM QUEM CONFRONTAREMOS OS NOSSOS PROJETOS?

Nas fases de elaboração dos projetos executivos os demais atores envolvidos devem ser avaliados em suas capacidades e convidados (aliados) ou convencidos (adversários) sobre os projetos em questão. Desta forma é possível se obter um efetivo aumento, ou evitar o comprometimento, de capacidade de governo ampliando as possibilidades de sucesso nos projetos.

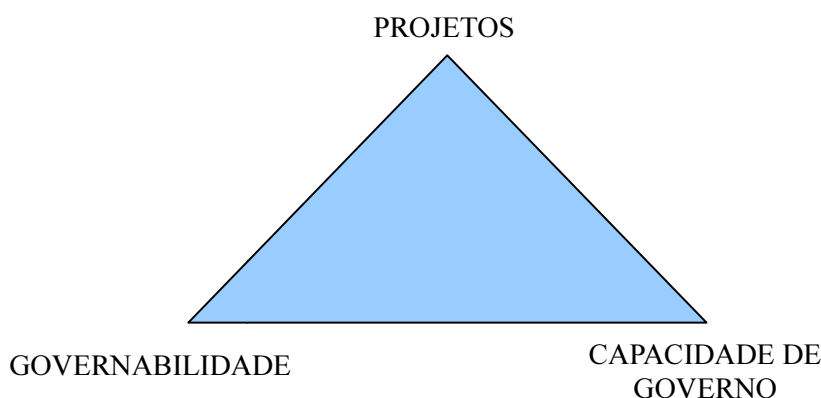
1.1.7 TRIÂNGULO DE GOVERNO

Idealizado por Carlos Matus e montado sobre a forma geométrica do triângulo que entre as suas propriedades apresenta a rigidez de sua forma, onde não é possível alterar a proporção de um lado ou ângulo sem alterarmos estruturalmente o triângulo como um todo. Este representa a distribuição simbólica de três elementos fundamentais para

qualquer gestão ou governo, que durante o processo de “governar” exige a constante articulação destas variáveis:

- os objetivos (projeto de governo);
- os recursos (capacidade de governo); e
- a liberdade de ação (governabilidade).

Podemos observar que durante o final do momento normativo e o início dos trabalhos do momento estratégico trabalhamos cada uma das três variáveis que compõem o triângulo de governo e neste momento específico cabe um embasamento teórico em forma de sustentação oral sobre a aplicação desta ferramenta, lembrando aos participantes de como podem ser conduzidas as relações com aliados e adversários para viabilizar uma boa gestão do plano alcançando os resultados que esperamos. O triângulo de governo representa “o que queremos”, “o que temos” e “o que podemos”.



1.1.8 DECLARAÇÕES DE PROBLEMAS

Uma característica deste modelo de trabalho é a estruturação das ações através do entendimento e a declaração dos problemas, oportunidades e ameaças. As equipes são constituídas por técnicos e políticos que foram treinados, educados e estimulados a sempre apresentarem as melhores soluções, muitas vezes sem ao mesmo se perguntarem “qual é o problema”. Neste momento o foco das questões esteve em relacionar as dificuldades, oportunidades e ameaças, iniciando pelos problemas, através de trabalhos com os grupos. A pergunta norteadora foi:

1. QUAIS SÃO AS DIFICULDADES QUE ENCONTRAMOS PARA ALCANÇAR O NOSSO PROJETO E QUE PODE SER SOLUCIONADA PELA EQUIPE NO PRAZO DO PLANO?

Para evitar a confusão cognitiva antes de declarar o problema os grupos foram orientados a verificar se sua formulação correspondia a uma situação:

- TEM QUE EXISTIR HOJE
- DEVE SER RUIM E, PORTANTO, INDESEJADA PARA O ATOR
- O PROBLEMA DEVE SER MEU
- EU TENHO CAPACIDADE (E VONTADE) PARA COMBATER O PROBLEMA
- ALTERÁVEL NO ESPAÇO E PRAZO DO PLANO
- TENHO CAPACIDADE DE QUANTIFICAR O PROBLEMA E APONTÁ-LO

Os integrantes foram alertados para cuidarem com uma arapuca cognitiva muito comum. Às vezes estamos tão certos da solução para algum desconforto, que “fabricamos” cognitivamente o problema enunciando-o da seguinte forma: “Falta de”. Por esta via o plano é condenado às soluções óbvias e pré-definidas, ou seja: pré-definimos as respostas e não mais conseguimos lembrar as perguntas, ou, ainda, pré-definimos as “soluções” e esquecemos os problemas. Objetivando a melhor compreensão foi citado um problema bem e outro mau enunciado.

29

1.1.9 EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS

Todo problema é um conjunto de causas, descritores e consequências que devidamente relacionados, lógica e consistentemente, proporcionam identificar o fluxo das determinantes, evidências e resultantes da situação-problema. A forma gráfica da explicação é chamada de árvore explicativa ou fluxograma explicativo.

Após a declaração dos problemas foram elencadas as causas e consequências.

CAUSAS

São os fatos e as situações determinantes e geradoras do problema. Para obter as causas do problema foi feita a pergunta simples: “POR QUÊ?” ao problema, assim como,

perguntamos sucessivamente “POR QUÊ?” para obter as causas das causas. Foram explicitadas as seguintes orientações:

- A formulação deve ser quali-quantitativa e precisam ser evitadas expressões genéricas e juízos de valor, tais como maior, pior, aumento, baixo, etc.
- Tanto quanto possível as causas devem ser quantificadas.

CONSEQUÊNCIAS

São os impactos observáveis provocados pela persistência do problema. As consequências também podem ser distribuídas em imediatas e remotas e, tal qual realizado com as causas, entre as várias consequências enunciadas devemos estabelecer relacionamentos (fluxos) que explicitam a acumulação de fatores decorrentes do problema.

NÓS-CRÍTICOS

O que faremos para resolver o problema? Certamente não tentaremos combater as consequências. Tampouco é provável que tenhamos recursos para atacar todas as causas. Portanto, é necessário selecionar as causas (1) com maior impacto para resolver o problema, (2) que sejam centros práticos de ação (ou seja, que possamos atuar sobre elas), e que (3) sejam politicamente oportunas para o ataque (ou seja, que promovam mais alianças do que provoquem adversidades). Em síntese, nó crítico é um centro prático de ataque, politicamente oportuno e com alto impacto sobre o problema.

30

1.1.10 DECLARAÇÕES DE OPORTUNIDADES

É uma circunstância, inicialmente favorável ao ator, que está disposta no presente ou indicada por evidências futuras. Em geral é gerada por outros atores ou por uma conjuntura, excepcionalmente tem como origem o próprio ator (auto-geração).

1.1.11 DECLARAÇÕES DE AMEAÇAS

São na verdade os problemas futuros, a dor de barriga de amanhã, podem ou não se concretizar, porém somente dever ser tratados seriamente pela equipe quando avaliada a efetiva probabilidade de que esta ameaça se concretize.

Buscou-se trabalhar a identificação de oportunidades e ameaças através dos seguintes questionamentos.

2. QUAIS SÃO AS OPORTUNIDADES QUE ENCONTRAREMOS PARA ALCANÇAR O NOSSO PROJETO E QUE PODE SER APROVEITADA PELA EQUIPE NO PRAZO DO PLANO?
3. QUAIS SÃO AS AMEAÇAS QUE ENCONTRAREMOS PARA ALCANÇAR O NOSSO PROJETO E QUE PODE SER MINIMIZADA PELA EQUIPE NO PRAZO DO PLANO?

1.1.12 LEVANTAMENTO DE RESULTADOS ESPERADOS

A formulação do resultado esperado refere-se ao nó-crítico. Ou seja, o plano será constituído de um conjunto de operações destinadas a atacar determinados nós críticos e gerar determinados resultados esperados.

As orientações para elaboração dos resultados esperados foram:

Deve ser formulado de forma objetiva

Observável ao final do plano

Mensurável

Não deve conter aspirações, expressão de vontades genéricas ou de ações específicas.

A pergunta norteadora foi:

1. QUAIS SÃO OS RESULTADOS ESPERADOS NA SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS, APROVEITAMENTO DAS OPORTUNIDADES E NA MINIMIZAÇÃO DAS AMEAÇAS?

As oficinas para realização do Plano Municipal de Itajaí, 2014-2017, foram organizadas distribuindo os diversos segmentos em seis frentes de trabalho como demonstra quadro a seguir:

Grupo	Gestores		Atenção básica		COMUSA	Atenção especializada
	Diretores	Técnicos	Área 1	Área 2		
Datas	04 e 12 julho	19, 22,29 julho	13,20,27 agosto	15,22,29 agosto	31/07 07 e 14 /08	21 e 28/08 e 03/09

GRUPOS	OFICINAS PROGRAMADAS	OFICINAS REALIZADAS	Nº PARTICIPANTES
Gestores	2	2	18
Técnicos	2	3	22
COMUSA	2	3	15
Atenção Básica (1)	2	3	20
Atenção Básica (2)	2	3	22
Atenção especializada	2	3	19
Total	12	17	116

As oficinas totalizaram 93 horas trabalhadas. Devido a seu quantitativo, as equipes de atenção primária foram divididas em duas oficinas. Houve representação de 100% das Unidades de Atenção Básica, sendo estas: Praia Brava, Fazenda, São Vicente, Rio Bonito, Cidade Nova 1, Cidade Nova 2, Murta, Promorar 2, Canhanduba, Nossa Sra das Graças, Brilhante, Limoeiro, Imaruí, Itaipava, Costa Cavalcante, Votorantim, Salseiros, Bambuzal, Jardim Esperança, Cordeiros e Espinheiros. Em relação à Atenção especializada participaram: Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratório Municipal, Centro de Apoio Psicossocial AD, Centro de Apoio psicossocial II, Centro de Apoio Psicossocial Infantil, Centro Médico de Referência São Judas, Centro de Referência em Saúde da Mulher e Criança, Centro de Referência em Doenças Infecciosas, Unidade de Acolhimento Provisório para Animais, Centro de Testagem e Aconselhamento, Pronto Atendimento São Vicente e Unidade de Pronto Atendimento de Cordeiros, correspondendo a 100% de representação das especialidades.

PARTICIPANTES DO GRUPO GESTOR

Nome	Cargo/função
Ricardo Reiser	Diretor
Luciano Pinheiro	Consultor Técnico Administrativo
Andrea Nunes	Assessora Jurídica
Eliane Carvalho	Técnica Administrativa
Nelson Pozza	Diretor
Leopoldo Dagnoni	Diretor
Jairo Emanuel Vargas	Diretor Interino
Jean V Sestrem	Consultor Técnico administrativo
Luiz A Spinosa	Diretor
Rodrigo Costa	Gerente
Jessé M Kunen	Farmacêutico/Fiscal sanitário
Marcia Cracco	Enf responsável pelo depto Atenção à saúde
Jonilda H S Vieira	Responsável ESF/DAS
Karla Schmoeler	Enfermeira ESF/DAS
Rachel Marchetti	Enfermeira /DVE
Juliana Righetto	Diretora de Comunicação
Marli Andrade	Chefe de gabinete da vice/Assessora Gab.
Thaís SimasCória	Auditora
Paulo Silva	Secretário da Saúde

PARTICIPANTES DO GRUPO DOS TÉCNICOS

Nome	Cargo/função
Danilo Ferreira	Ações farmacêuticas
Leandro Zago	Farmacêutico/ Responsável FAISI
Alessandra Monestel	Nutricionista/DAS
Kelly Mara Oenning	Enfermeira Estratégia de Saúde da Família
Alessandra Lima	Técnica Administrativa
Marlyn Airoso	Agente em atividades administrativas
Elaine Regina Silva Fernandes	Enfermeira: Ações da saúde do idoso
ScharlineTrevizol Bergamini	Psicóloga/Coordenação mental
Isabella do Amaral	Farmacêutica do Remédio em Casa
Liliane PudwellBerwig	Farmacêutica Almocharifado
Ana Luiza de Almeida	Regulação
Lucio Vieira	Coordenação programa dengue
Patrícia dos Santos Leda	Controle e avaliação
Fernando Carlos Proença	Responsável da T.I.
Silvana Sandi	Aux. Enfermagem/auditor administrativo
Márcia Kmiéc	Agente administrativo/auditora administrativo
Renato Aires	Consultor técnico administrativo
Jessé Magnus Kunen	Farmacêutico
Hamilton Ferraz Rodrigues	Técnico administrativo

Sibeli Maria Benedet	Enfermeira Coordenação Técnica
Vanilda da Costa - NINA	Enfermeira resp. vigilância das violências
Claudinei Corrêa	Fiscal sanitário
Andrea Bittencourt	Enfermeira Resp. Gerência de Imunização
Aldo José Correa Júnior	Dentista/Coordenação Odontologia
Edna dos S. Carvalho Laverde	Profª/Educação em Saúde –DST/AIDS
Fabiano Costela Pinheiro	Farmacêutico/Auditor técnico

PARTICIPANTES DO GRUPO DO CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE

Nome	Cargo/função
Anadir Vequi Martins	COMUSA - Fonoaudióloga APAE de Itajaí
Inoé Ferreira da Silva	Usuário – Mestre de obras
Silvana Fraga Fulgencio	Usuário – Médica ESF Itaipava
Antonio Pereira	Associação dos aposentados
Plínio A. F. Silveira	Médico ESF Presidente do COMUSA
Emerson de Silveira	Médico ESF Conselheiro Trabalhadores da saúde
Irinéia Aparecida dos Santos	Conselheira Tutelar
Rosangela Werner Grosselli	Rep. Assoc. APAVI Usuários Conselheira tutelar
Simone C. T. Gonçalves	Rep.Trabalhadores da Saúde Ter. Ocupacional CAPS II
Paulo Roberto Schlemper	Usuário – Associação Moradores KM 12

Julita Schramm	Usuário Controle Social Enfermeira ESF
Rosangela Werner Grosselli	Trabalhador da Saúde/Enfermeiras ESF
Ivo de Borba - Aposentado	Usuário – ADIN
Eliane Aparecida Corrêa	Sindicato
Rafael Rick Rebelo	SMU Fiscal
Rogério Bork	Prestador de Serviço bioquímico
Natiane Magali Crispim Alves	Trabalhador da saúde

PARTICIPANTES DO GRUPO 1 DA ATENÇÃO BÁSICA

Carolina Moreira Amorim	Enf ESF ESpinheiros
Sirlei ColombariPrete	TécEnf Cordeiros
Zulmira Pezini Paes	Enf ESF Cordeiros
Ana Maria Santos Viceli	Enf Jardim Esperança
Adriana dos Anjos da Silva Schneider	Enf + Coordenação Limoeiro
Maria de Lourdes Alves da Silva	ACS
Rodrigo Quito	Téc enf Bambuzal
Jerry Edson de Souza	Médico Salseiros
Robson de Oliveira	Cirurgião dentista
Conceição Aparecida dos Santos	Técnica de enfermagem
Thaiza Balem	Dentista Costa
Andreza Carolina Gonçalves Cavanha	Téc enf Costa
Daniela Zeferino da Silva	Aux enfcanhanduba
Cleusica Cristóvão	Tec Enf Brilhante
Sonia Maria Godoi	ACS Canhanduba
Rosangela Vicente de Andrade	ACS Itaipava
Andréia Aparecida da Cruz Pinheiro	ACS Itaipava

Sandra Teresinha Ferreira	Limoeiro
LorianaGuaresi	Enfermeira Cordeiros

PARTICIPANTES DO GRUPO 2 DA ATENÇÃO BÁSICA

Nome	Cargo/função
Eliane Cristine Lyra Oliveira Viana	Enfermeira ESF
Edelcides Alves Ferreira	Téc de enfermagem
Marcos Aurélio Z. Muller	Responsável academia da saúde
Regiane do Nascimento	Téc de enfermagem
Ivete Aparecida dos Santos	ACS
Gustavo Dassoler da Silva	Médico ESF
Cléris Silvia de Souza	Téc enfermagem
Mauro Manoel de Oliveira Jr	Téc de enfermagem
Flavia Maria da Silva Nunes	ACS
Francielly Regina dos Santos Lino	ASC
Simone Jaqueline DalsóquioTomio	Enfermeira
Rosaura de O. Rodrigues	Prof UNIVALI e Ginecologista da rede
Juliano de Paula Loblein	Acadêmico de medicina da UNIVALI
Felipe Marcolini Dantas Bertucci	Acadêmico de medicina da UNIVALI
Francislene AlmeidaAraújo	Téc enfermagem
Chrislayne Evangelista Brião	Téc enfermagem
Maria de Lourdes Castro	Téc enfermagem
Alessandra Monestel	Nutricionista SMS/DAS
Morgana Regina Ferreira Gonçalves	AuxEnf da ESF São Vicente

Jaqueline Marlene Cardoso	Enfermeira Cidade Nova 1
Mirna Macarena Silva	Téc enfermagem
Jonas WillibaldoNaueStuelp	Cirurgião dentista ESF
Alessandra Pitlovanciv	Enfermeira ESF
Alessandro da Silva Scholze	Médico da ESF
Daisy Luciana Pereira Neves	Coordenadora, enfermeira
Aretusa Kruchinsk	Acadêmica de medicina da UNIVALI
Juliana Jaques do Amaral	Acadêmica de medicina da UNIVALI

PARTICIPANTES DO GRUPO DA ESPECIALIDADE

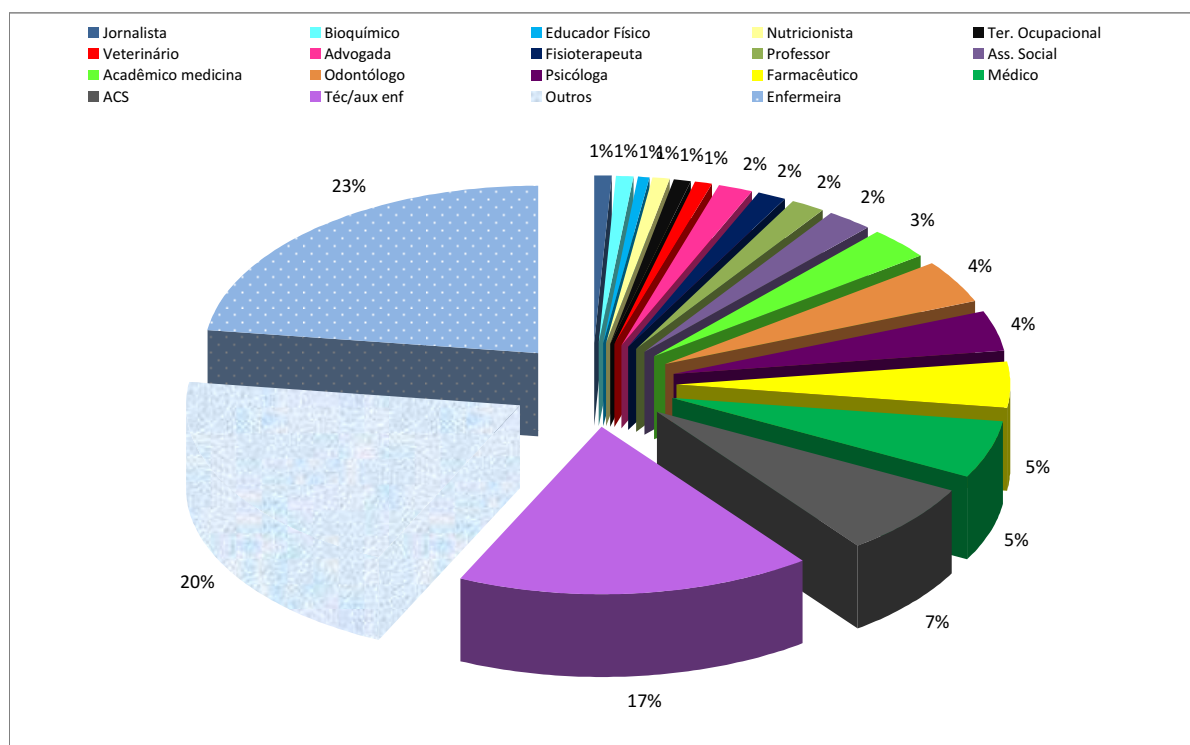
38

Andréa Diedrich Porto	Medica veterinária
Vilma Augusta de Souza	Aux Enfermagem
Denise Maria de Carvalho	Téc. enfermagem
Luiz CarstenScheinkmann	Cirurgião dentista
Helena Alves Xavier Oro	ACD
Viviane Conceição Adolfo Galo	Téc enfermagem
Ismênia Fiuza de Carvalho	Enfermeira/Aconselhadora
Graziele Castro de Freitas	Enfermeira
Persilvana Santos R. Seemund	Téc enfermagem
Leide Dayana Caetano	Enfermeira

Cinthy Maria Lins Pereira	Enfermeira
SuzianePatricia Pereira	Psicóloga
Felipe Pilosio Botelho	Fisioterapeuta domiciliar
Fabiana Severino de Araújo	Psicóloga
JanaynaSobota	Psicóloga
Milene Mitiko Souza Yamaguti	Terapeuta Ocupacional
Ana Cristina Reiser	Assistente social
Andréa Effting	Enfermeira
Rose Mari Colombellilcizuka	Assistente social
Ana Cristina Reiser	Assistente Social CAPS II

PERCENTUAL DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS SEGUNDO OCUPAÇÃO

39



Ao término do ciclo de oficinas foi realizado um encontro com a participação de gestores e técnicos da SMS no dia 03 de dezembro de 2013, a fim de apresentar os resultados obtidos até então. A seguir foi realizado seminário aberto ao público em 16 de janeiro de 2014, onde versão preliminar do plano foi apresentada e ajustes ainda solicitados.

ANÁLISE SITUACIONAL

1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

1.2.1 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

INSERÇÃO NA MICRORREGIÃO

Itajaí é o município pólo da Microrregião da Foz do Rio Itajaí, que congrega os municípios de Camboriú, Balneário de Camboriú, Itapema, Porto Belo, Ilhota, Luiz Alves, Navegantes, Penha, Piçarras e Bombinhas. Os onze municípios da microrregião originaram-se basicamente de desmembramentos dos municípios de Porto Belo e São Francisco do Sul. Porto Belo emancipou-se de São Francisco em 1832, quando passou a se denominar Vila de Porto Belo, no lugar de Enseada das Garoupas. Por sua vez Porto Belo deu origem aos municípios de Camboriú, que em 1849 foi elevado à categoria de freguesia; de Itajaí, em 1859; de Itapema, em 1962; e ao município de Bombinhas em 1992. De Itajaí emanciparam-se, em 1958, os municípios de Penha, Luiz Alves e Ilhota e, em 1962, o município de Navegantes.

40

A Microrregião da Foz do Rio Itajaí foi criada em 28 de Setembro de 1971, através do Decreto Estadual no 844/71, que criou as Regiões Polarizadas do Estado. Possui área total de 1.531 km², correspondente a 1,6% da área total do Estado de Santa Catarina. Está situada entre os paralelos 26°44'41" e 27°22'57" (latitude Sul); 48°27'52" e 49°02'08" (longitude Oeste). Limita-se ao leste com o Oceano Atlântico, ao sul com a microrregião da Grande Florianópolis, ao norte com a microrregião do Vale do Rio Itapocu e a oeste com a microrregião de Blumenau - AMMVI.

ASPECTOS FÍSICOS E GEOGRÁFICOS

Área total: 304 km² (Urbana: 78 km²; Rural: 226 km²)

Distância à capital: 94 km

Coordenadas: Latitude: 27°35'48"S

Longitude: 48°32'57"W

Altitude média: 1,0 metro

Limites: **Norte:** Navegantes

Sul: Camboriú, Balneário Camboriú

Leste: Oceano Atlântico

Oeste: Ilhota, Brusque e Gaspar

CLIMA

Mesotérmico úmido, sem estação seca, com verões quentes.

Temperatura média anual: 21o Centígrados.

Precipitação pluviométrica total anual: de 1.400 a 2.000 milímetros.

Umidade relativa do ar média: 84%.

Pressão atmosférica média: 1.010 milibares.

HIDROGRAFIA

A região do Vale do Itajaí é composta unicamente pela bacia hidrográfica do rio Itajaí. Em termos de área de drenagem, número de municípios e população total residente, número de indústrias, entre outros aspectos, é a mais expressiva do Estado.

Com uma população que ultrapassa atualmente a casa de 1 milhão de habitantes, o Vale do Itajaí caracteriza-se pela crescente concentração urbano-industrial. Contudo, área rural ocupa ainda um considerável espaço, pois a população rural representa cerca de 25% do total. A densidade demográfica, em torno de 60,9 hab/Km², pode ser

considerada baixa quando comparada a das demais regiões onde há concentração urbano-industrial. O relevo é bastante diversificado, predominando, entretanto, o montanhoso e o forte ondulado. Junto à planície costeira localiza-se 30% da área regional, onde o relevo é plano e suavemente ondulado. A área coberta com vegetação primária e secundária é de aproximadamente 50%, o que representa um bom índice frente às demais regiões. A área reflorestada, no entanto, não vai além de 2% da região.

A produção industrial predomina como atividade econômica, destacando-se a área têxtil. No entanto, a participação da agricultura é expressiva, principalmente na produção de arroz, fumo, cebola, suínos e leite. Merece destaque, também, a atividade pesqueira aí desenvolvida.

No que diz respeito à disponibilidade de água, os estudos gerais e preliminares efetuados, confrontando as vazões de estiagem com os diversos usos, indicam que a situação da região não é tão tranquila como parece. A ocorrência de enchentes periódicas tem sido o maior problema desta bacia. As consequências sociais e econômicas deste fenômeno climático fizeram com que a região do Vale do Itajaí montasse a melhor estrutura para fazer frente a este problema.

42

Com relação à qualidade dos recursos hídricos, a situação poderia ser considerada crítica até poucos anos atrás, principalmente pelo elevado lançamento de efluentes industriais e despejos de esgotos domésticos na rede hidráulica de praticamente toda a região. O trabalho desenvolvido pela comunidade sob a orientação da Fundação de Amparo à Tecnologia e Meio Ambiente – FATMA - tem contribuído para amenizar o problema. Mesmo assim a situação ainda é séria, não só junto aos centros urbanos, mas também nas áreas rurais pelo uso intenso de agrotóxicos, pelos dejetos de suínos e pelo assoreamento dos rios provocado pela erosão do solo. (ESTADO DE SANTA CATARINA. Bacias hidrográficas do Estado de Santa Catarina: Diagnóstico Geral. Florianópolis, 1997.)

Figura 1. Mapa topológico da qualidade dos recursos hídricos



Região do município de Itajaí. As áreas em vermelho indicam poluição dos rios.

Figura 2. Mapa topológico das enchentes



Região do município de Itajaí. As áreas em vermelho indicam mais de duas enchentes no período de 5 anos.

43

Tabela 1. Incidência de enchentes no município de Itajaí nas décadas de 80 e 90

Tipo de enchente	Mês e ano da ocorrência
Enchente com calamidade pública	Jul/83; Ago/84
Enchente parcial com desabrigados	Jan/83; Mai/92; Fev/93
Enchente parcial	Dez/80; Fev/83; Jan/89; Dez/95
Enchente com calamidade pública	Nov/2008

RELEVO

O relevo é caracterizado por duas regiões: a primeira, de topografia acidentada, formada por estrutura cristalina do período algonquiano, litologicamente formada por quartzitos, filitos e mármore. Esta região situa-se na parte sul do município, onde se destacam a serra de Camboriú, na divisa Itajaí/Camboriú; serra do Brilhante, na divisa Itajaí/Brusque. Dentro da área do município, na faixa compreendida entre a divisa de

Itajaí/Camboriú, até atingir o Rio Itajaí-Mirim, aparece uma série de elevações que recebem as denominações de Morro do Gavião, Morro da Canhanduba, Morro de Cabeçudas. Na faixa compreendida entre o Rio Itajaí-Mirim e a divisa com o município de Ilhota, aparecem duas elevações denominadas Morro da Onça e Morro da Espinheira. A segunda, região da planície, é constituída de sedimentos recentes, do período quaternário, litologicamente formado de cascalhos pleistocênicos encontrados nas partes baixas e colinas marginais, e por sedimentos flúvio-marinhos na região nordeste do município. As restingas são parcialmente cobertas por aluviões do rio Itajaí-Mirim, cujas margens são por isso, ligeiramente elevadas. As planícies costeiras, que evidenciam ações e processos marinhos e eólicos, ocorrem no litoral de Piçarras e Navegantes e nos vales dos rios Itajaí-Açú e Itajaí-Mirim. As planícies fluviais salientam-se no médio ale do rio Itajaí-Mirim, no baixo vale do rio Luiz Alves e no vale do rio Camboriú. As Serras do leste catarinense, com baixa altimetria, aparecem na ponta de Penha e no restante da microrregião. Toda a costa apresenta pontas, promontórios, praias, enseadas e ilhas.

VEGETAÇÃO

O município de Itajaí apresenta, em toda sua extensão, uma cobertura vegetal pouco densa, constituída principalmente de arbustos e restingas. No interior do município, ocorrem as maiores concentrações, sobretudo nas serras e encostas, dando, assim, uma pequena amostra da vegetação litorânea. Destacam-se duas áreas de distribuição vegetal: na planície, onde árvores como a figueira de folha miúda, a cupiúva, a canela amarela e, nas regiões mais úmidas, o ipê amarelo, variam de 10 a 15 metros de altura; e nas serras e encostas, onde a canela preta, peroba, a cupiúva e a canela amarela, principalmente, variam entre 25 e 30 metros de altura.

ÁREAS DE PRESERVAÇÃO PERMANENTE

- Parque Canhanduba (100 hectares)
- Morro do Farol
- Cabeçudas
- Morros que circundam o Bico do Papagaio
- Morro da Caixa d'Água.

Tabela 2. Sítios arqueológicos

SÍTIO	LOCALIDADE	TIPO
Gruta do Corredeiro		Abrigo sob rocha
Rib. Revólver		Abrigo sob rocha
Gruta da Lomba Alta		Abrigo
Gruta do Rio Kravel		Abrigo
Gruta da Taipa do Rio		Abrigo sob rocha
Gruta da Paca	Posto Indígena	Abrigo sob rocha
Gruta do Ribeirão Herta		Abrigo
Alto Palmerais		Oficina Lítica
Barranco Alto I	Pedra de Amolar	Sambaqui
Poçinho Sul do	Morro do Baú	Sambaqui
Itaipava	3 km do trevo de Itaipava	Sambaqui
Nova Bremen		Sambaqui Fluvial
Balneário Cabeçadas	Praia de Cabeçadas	Sepultamentos

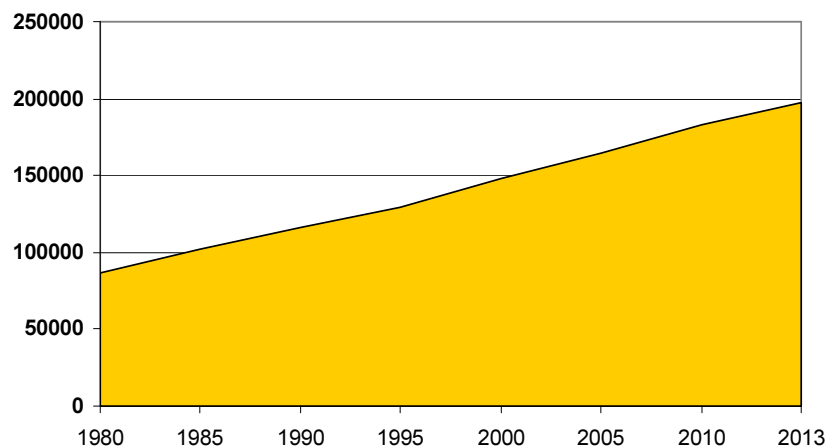
FONTE: Instituto Brasileiro de Patrimônio Cultural. IBPC

45

1.2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Conforme dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) provenientes do Censo demográfico de 2010, a população residente do município de Itajaí naquele ano era de 183.373 habitantes. No período intercensitário de 2010-2013 a população residente apresentou uma taxa de média de crescimento de 2,56% ao ano, superior à média do Estado de Santa Catarina que foi de 2,48% ao ano no mesmo período. Embora sempre superior à média estadual, tem-se observado, desde 1980, uma desaceleração gradual no crescimento demográfico do município: entre 1970 e 1980 a taxa foi de 3,19; entre 1980 e 1991 foi de 2,99 e entre 2010 e 2013 2,56%. Em 2013 a população estimada pelo IBGE era de 197.809 habitantes. A população de Itajaí corresponde a 2,98% da população do estado, ocupando a 7ª colocação entre as cidades mais populosas de Santa Catarina.

Gráfico 1. Evolução populacional no município de Itajaí.



Fonte: IBGE, Diretoria de Estatística, Geografia e Cartografia

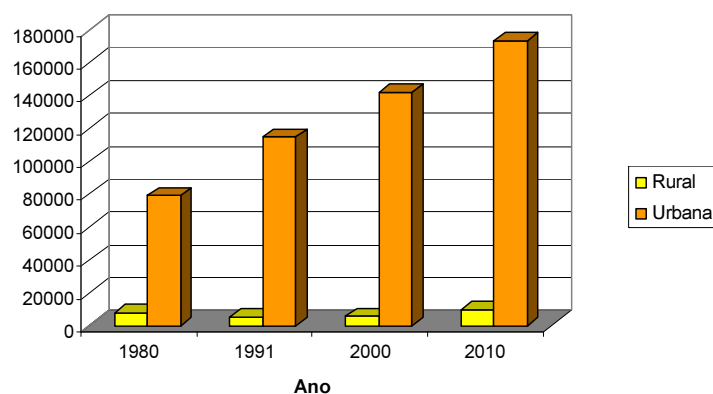
Notas: 1 Censos demográficos 1980, 2000 e 2010

2 Estimativas populacionais 1985, 1990, 1995, 2005 e 2013

Em 1980 a população rural representava 9% da população residente total, apresentando declínio para 4% no censo de 1991, e assim permanecendo no censo de 2000. Já em 2010 o censo revelou o incremento de 1% na população rural. O aumento da concentração populacional nesta área vem ocorrendo em razão da construção de loteamentos e condomínios fechados, merecendo menção a região de Espinheiros, maior responsável pelo fenômeno.

46

Gráfico 2. Evolução populacional da zona urbana e rural. Itajaí, 1980-2010.

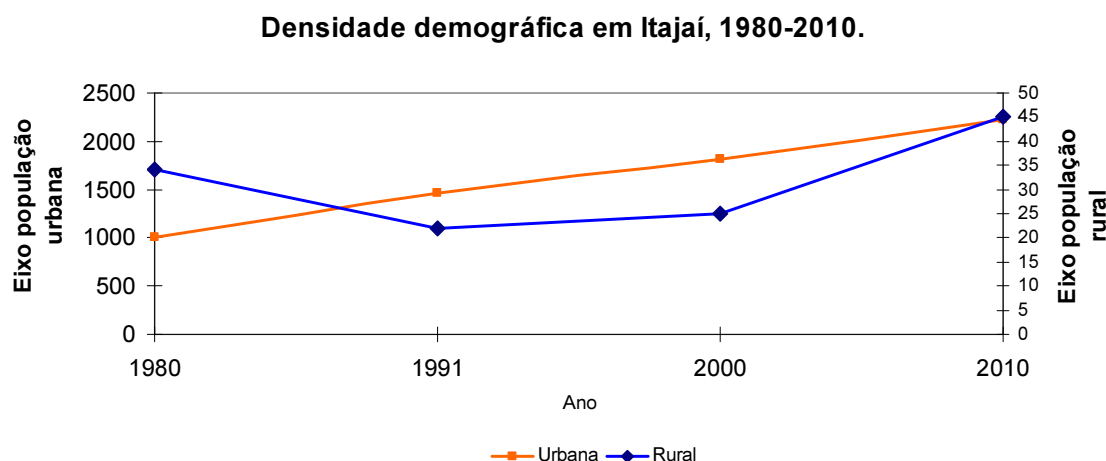


Fonte: IBGE, Diretoria de Estatística, Geografia e Cartografia

Em 1980 a densidade demográfica rural era de 34 habitantes por Km², sofrendo uma queda em 1991 para 22. Em 2000 houve um aumento discreto (25hab/Km²) seguido de um aumento abrupto em 2010 para 45 hab/Km².

A densidade demográfica urbana era em 1980 de 1010 hab./Km², aumentando para 1469, 1820 e 2224 habitantes por Km² respectivamente nos anos de 1991, 2000 e 2010.

Gráfico 3. Evolução da densidade demográfica da zona urbana e rural. Itajaí, 1980-2010.



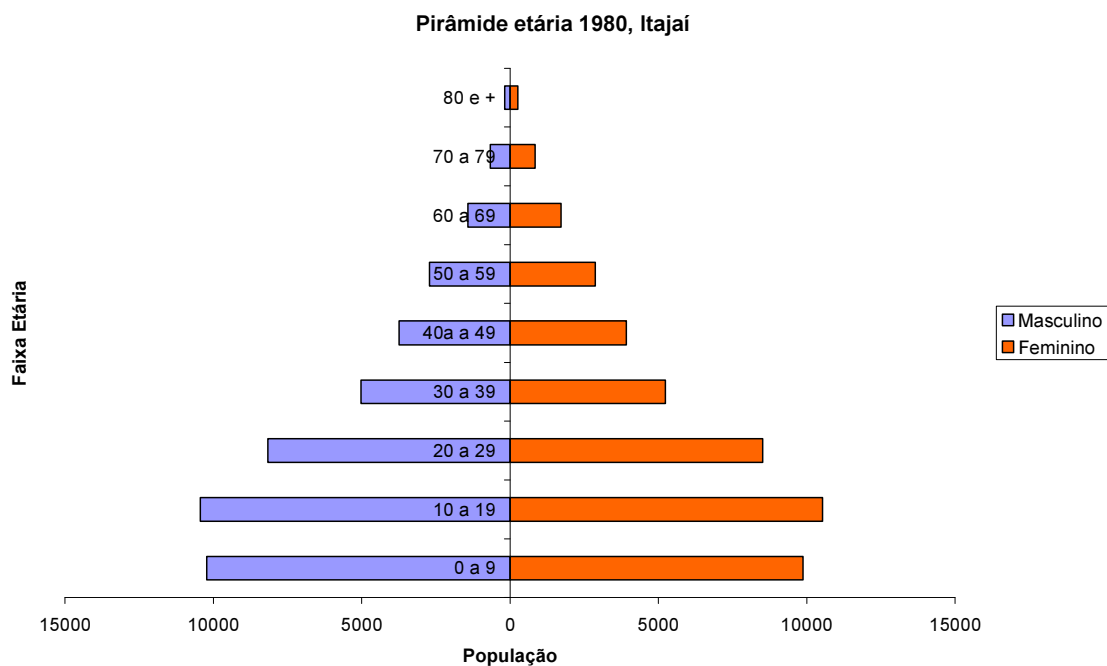
Fonte: IBGE, Diretoria de Estatística, Geografia e Cartografia

“Pessoas urbanas” escolheram a área rural para residir, disparando o crescimento da densidade demográfica rural de 23,8 para 80% na última década, como se pode observar na tabela 3.

Tabela 3. Evolução percentual da densidade demográfica da zona urbana e rural em Itajaí, 1980-2010.

Ano/área	1980	1991	1991	2000	2000	2010
Rural %		-36		13,6		80
Urbana %		45,4		23,8		22

Figura 3. Pirâmide Etária. Itajaí, 1980



48

Figura 4. Pirâmide Etária. Itajaí, 1991

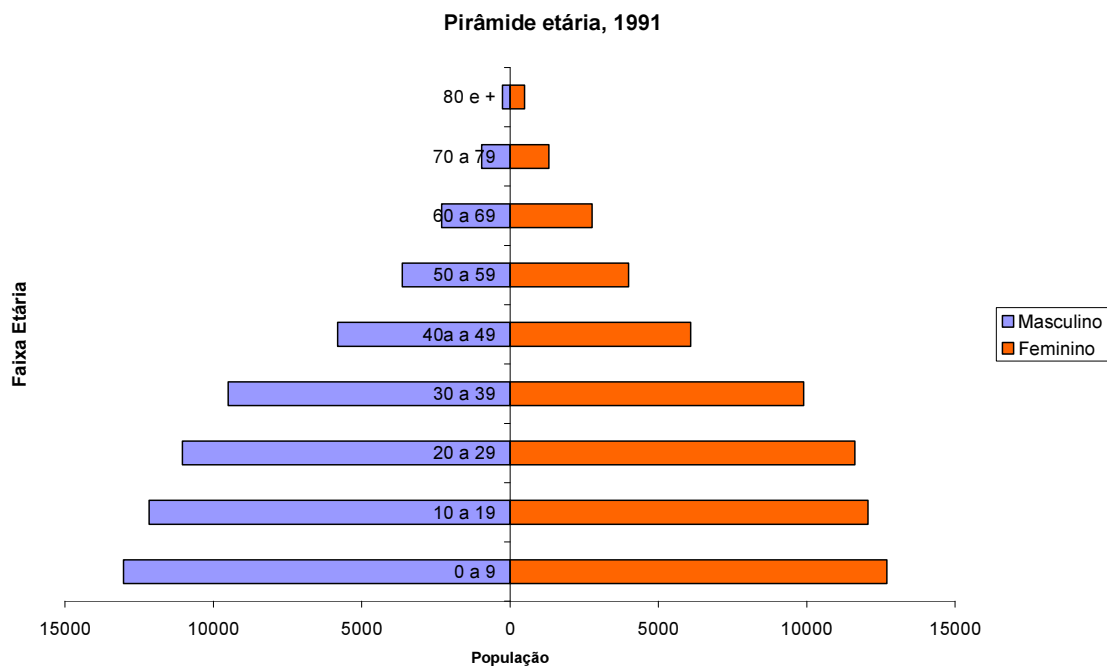
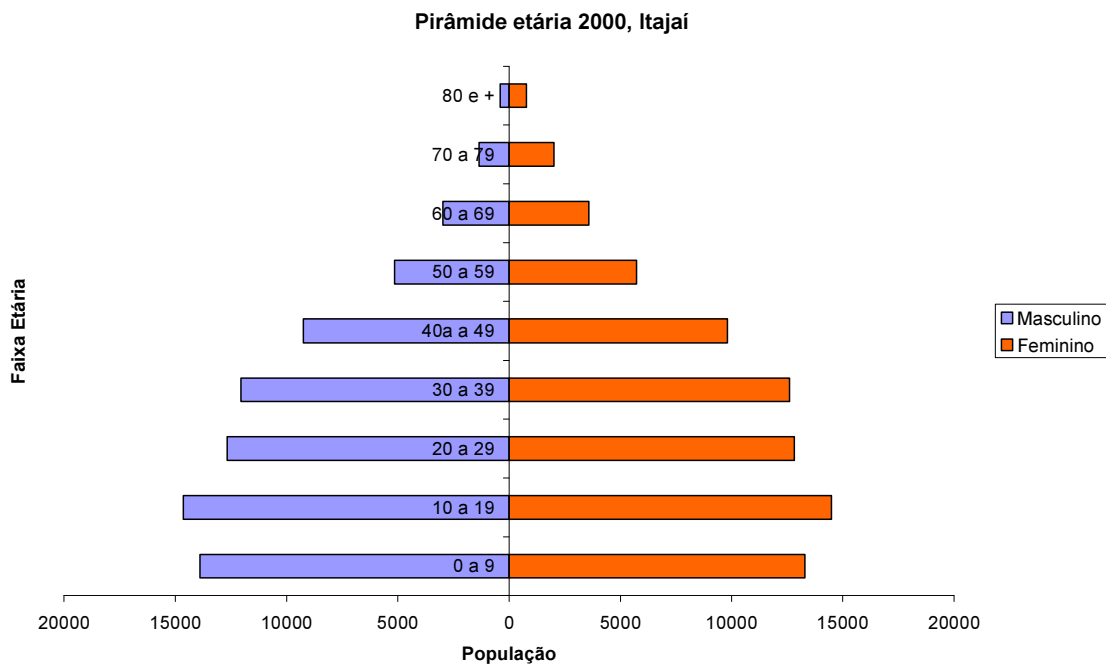
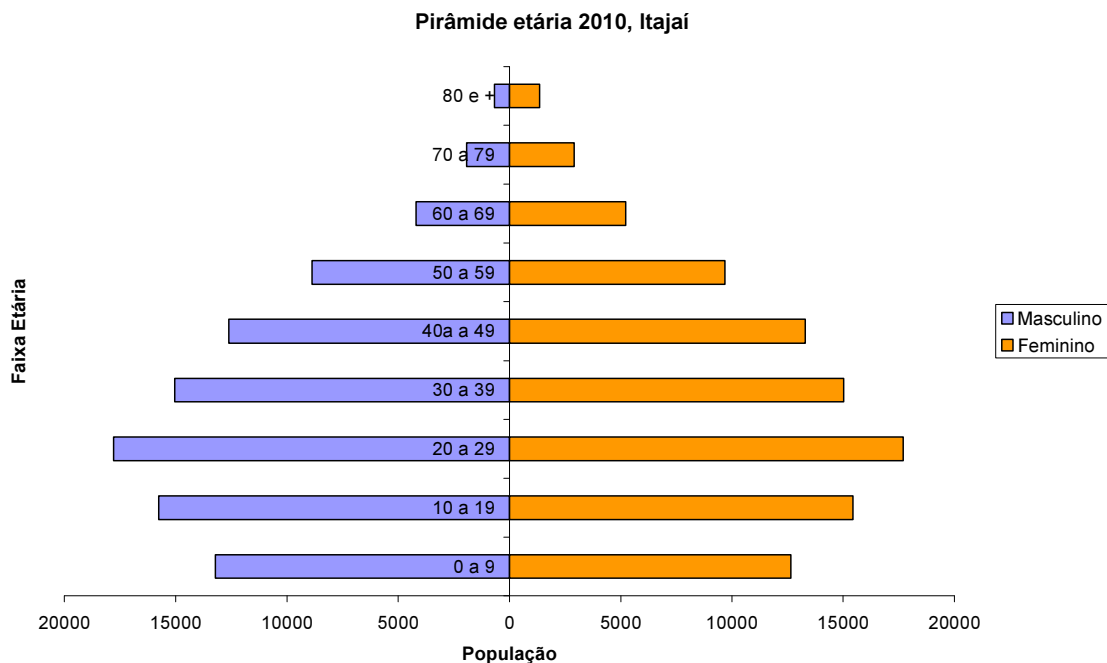


Figura 5. Pirâmide Etária. Itajaí, 2000.



Fonte: IBGE, Diretoria de Estatística, Geografia e Cartografia

Figura 6. Pirâmide Etária. Itajaí, 2010.



Fonte: IBGE, Diretoria de Estatística, Geografia e Cartografia

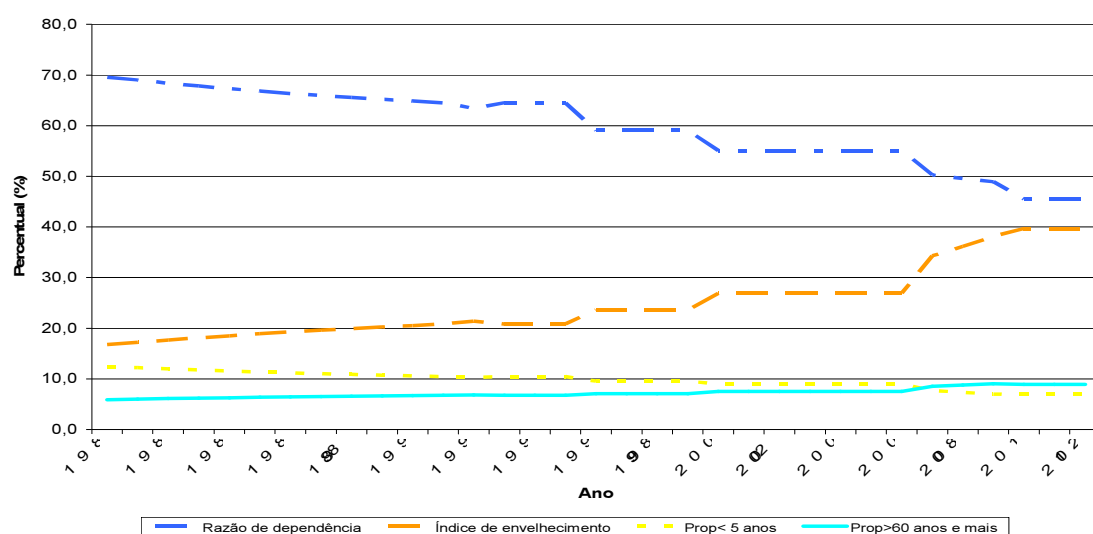
Tabela 4. Percentual da população segundo faixa etária e sexo, Itajaí, 1980 a 2010.

Faixa etária (anos)	1980			1991			2000			2010		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
0 a 9	11,8	11,4	23,3	10,9	10,6	21,5	9,4	9,0	18,4	7,2	7,0	14,2
10 a 19	12,1	12,2	24,3	10,2	10,1	20,3	9,9	9,8	19,8	8,6	8,4	17,0
20 a 29	9,5	9,9	19,3	9,2	9,7	18,9	8,6	8,7	17,3	9,8	9,6	19,4
30 a 39	5,8	6,1	11,9	7,9	8,3	16,2	8,2	8,5	16,7	8,2	8,2	16,4
40 ^a a 49	4,3	4,5	8,9	4,9	5,1	9,9	6,3	6,7	12,9	6,9	7,3	14,1
50 a 59	3,1	3,3	6,4	6,3	3,3	9,6	3,5	3,9	7,4	4,8	5,3	10,1
60 a 69	1,6	2,0	3,6	1,9	2,3	4,2	2,0	2,4	4,4	2,3	2,9	5,1
70 a 79	0,8	1,0	1,8	0,8	1,1	1,9	0,9	1,4	2,3	1,1	1,6	2,6
80 e +	0,2	0,3	0,5	0,2	0,4	0,6	0,3	0,5	0,8	0,4	0,7	1,1

Comparando as pirâmides dos últimos 40 anos observa-se o declínio importante das taxas de natalidade em consonância com a difusão dos programas de planejamento familiar e diversificação dos métodos contraceptivos ofertados. Fica evidente a tendência de aumento proporcional das faixas etárias acima de 30 anos de idade, com destaque para as faixas acima de 50 anos entre 2000 e 2010, indicando uma melhoria do equilíbrio na distribuição etária. Assim, a população Itajaiense passa de uma população predominantemente jovem para um padrão demográfico com predominância de população adulta e idosa.

50

Gráfico 4. Proporção de <5 anos, idosos, índice de envelhecimento e razão de dependência. Itajaí, 1980-2012.



Observa-se gradativo declínio da razão de dependência ao longo da série histórica, o que está relacionado ao processo de transição demográfica. A população idosa, portanto, experimenta a elevação de sua participação relativa, combinada ao aumento absoluto do seu volume. O denominador, por sua vez, ainda vem aumentando, pela incorporação de coortes provenientes de épocas de alta fecundidade.

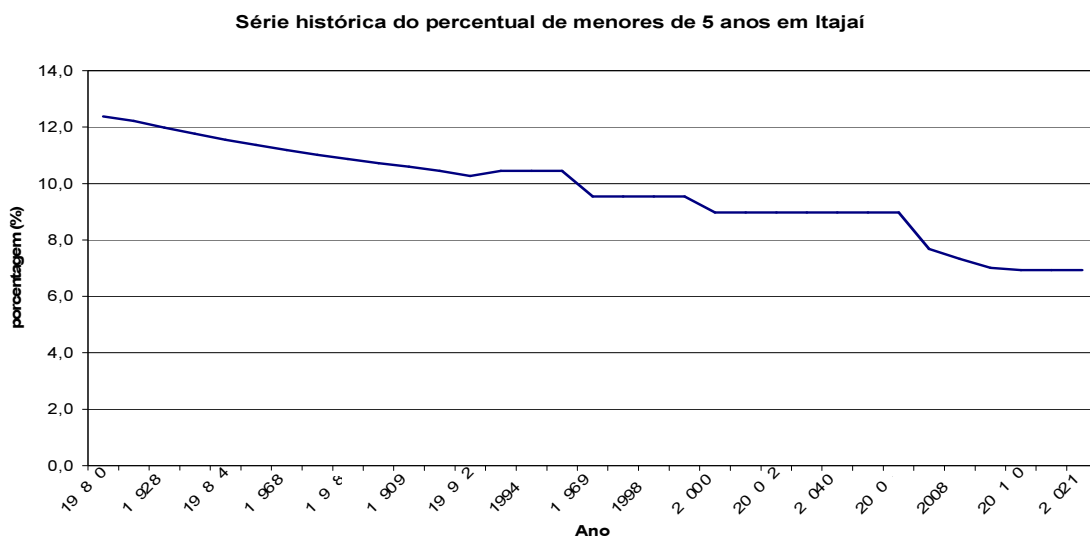
RAZÃO DE DEPENDÊNCIA

É a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade). Tanto o Brasil quanto a região sul têm apresentado redução neste indicador, sendo a média nacional nos anos de 1991, 1996, 2000 e 2005 respectivamente 72,5%, 65,4%, 61,7%, 56,9%, e na região sul 65,6%, 61,2%, 58% e 54,4%. Este fenômeno é igualmente observado no município de Itajaí, em consequência na queda da taxa de fecundidade e taxa de natalidade, ainda que o índice de envelhecimento esteja em franco aumento. Itajaí hoje possui um potencial demográfico favorável ao desenvolvimento econômico.

PROPORÇÃO DE MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE NA POPULAÇÃO

Este indicador da participação relativa do segmento populacional de menores de cinco anos de idade no total da população está associado aos níveis de fecundidade e natalidade, que repercutem na estrutura etária da população. No período estudado, de 1980 a 2012, a proporção deste segmento etário vem apresentando redução progressiva chegando a reduzir pela metade, caindo de 12,4% em 1980 para 6,9 em 2012.

Gráfico 5. Percentual de menores de 5 anos em Itajaí, segundo ano.



Fonte: IBGE, Diretoria de Estatística, Geografia e Cartografia

PROPORÇÃO DE IDOSOS NA POPULAÇÃO

Indica a proporção de pessoas com 60 anos e mais na população geral. Reflete o ritmo de envelhecimento da população. Em Itajaí este indicador tem se mostrado progressivamente ascendente.

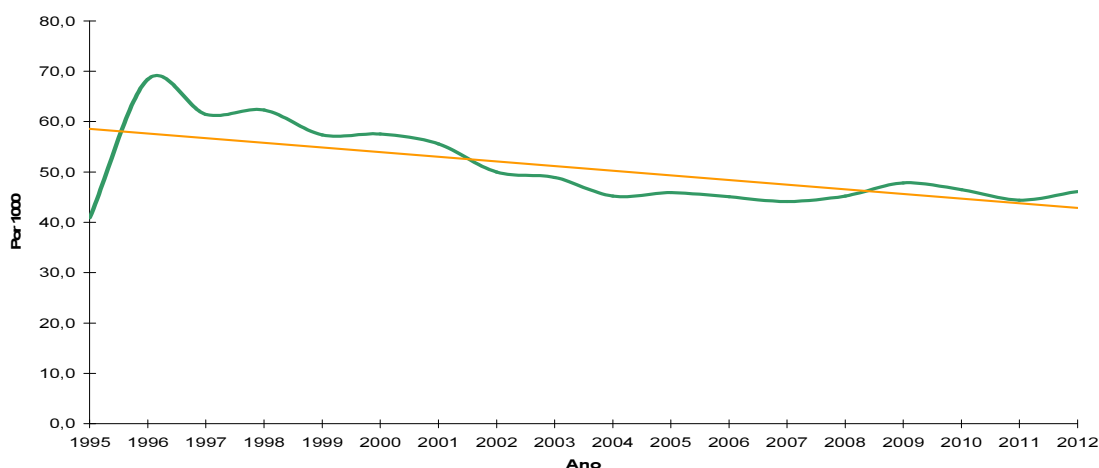
ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

Tal indicador está baseado na proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade em relação às pessoas menores de 15 anos de idade. Aponta para a razão entre os oponentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens. Em 2000 a Região Sul do país apresentava índice de envelhecimento de 33,4% e a média do país estava em 28,9%, enquanto em Itajaí era de 26,9%, indicando um processo de transição demográfica em menor escala que a média tanto da Região Sul quanto do Brasil. Uma provável explicação para tal fato pode estar no processo migratório, fenômeno que tem crescido nas últimas décadas na microrregião e principalmente no município. Em 2012 foi de 39,7 indicando uma aceleração no processo de transição demográfica.

TAXA DE FECUNDIDADE

A redução dos níveis de fecundidade leva à diminuição das taxas de natalidade, implicando o decréscimo do contingente jovem da população. Conforme se pode observar na Figura 9, a taxa de fecundidade tem decrescido progressivamente desde 1996. A partir de 1995 a apuração de nascidos vivos passou a ser confiável. Implantado em 1994, o Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC tem permitido, desde o ano seguinte, o acompanhamento de vários indicadores relacionados com a natalidade, a fecundidade e a mortalidade infantil.

Gráfico 6. Taxa de Fecundidade Total. Itajaí, 1995-2012.

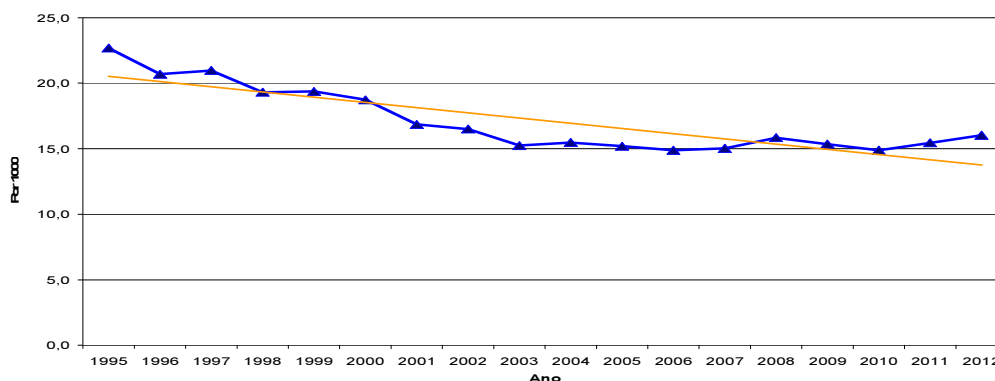


53

Fonte: IBGE, Diretoria de Estatística, Geografia e Cartografia

TAXA BRUTA DE NATALIDADE

Gráfico 7. Taxa Bruta de Natalidade. Itajaí, 1995-2012.

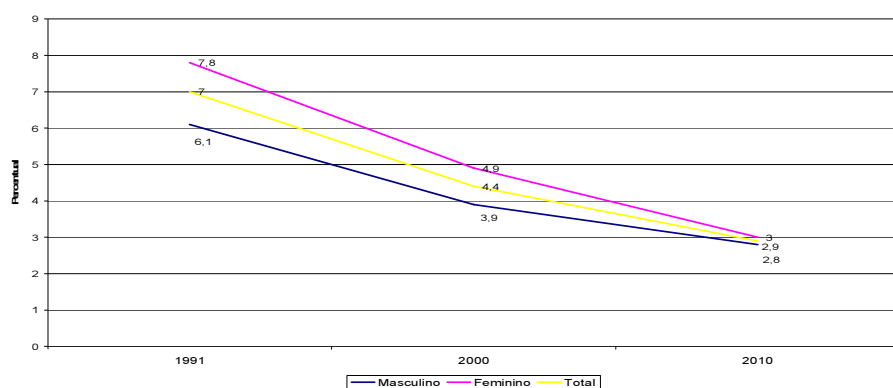


Fonte: SINASC, IBGE

Expressa o número de nascidos vivos por mil habitantes na população residente. Observa-se na Figura 10 que houve uma considerável queda deste indicador a partir de 1995. De 22,5 nascidos vivos (NV) por mil habitantes em 1995, caiu até 14,9 em 2006, chegando a 16 em 2012. Ainda que com pequeno incremento, a tendência de decréscimo está mantida. A julgar pelo conjunto de indicadores correntes Itajaí encontra-se em processo de envelhecimento, com robustez da população ativa e oportunidade demográfica para o município.

ALFABETIZAÇÃO

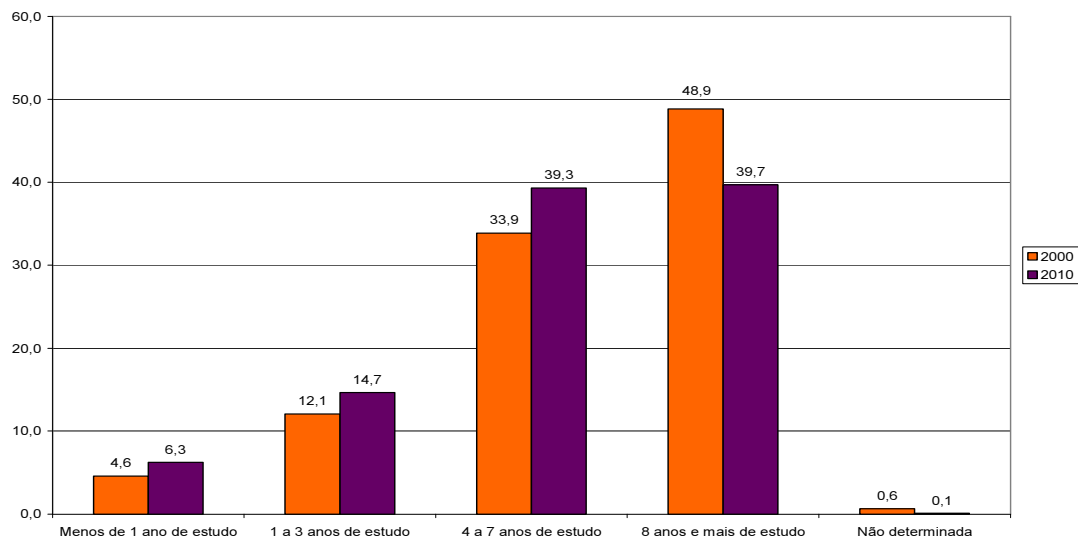
Gráfico 8. Proporção de analfabetismo na população residente em Itajaí, segundo sexo, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: SES/DATASUS

Conforme o gráfico 8, o índice de analfabetismo em Itajaí reduziu pela metade nos últimos 20 anos. O maior percentual na redução ocorreu no sexo feminino, sendo de 4,8% e de 3,2% para os homens.

Gráfico 9. Proporção da população residente com 15 anos ou mais segundo escolaridade. Itajaí, 2000 e 2010.

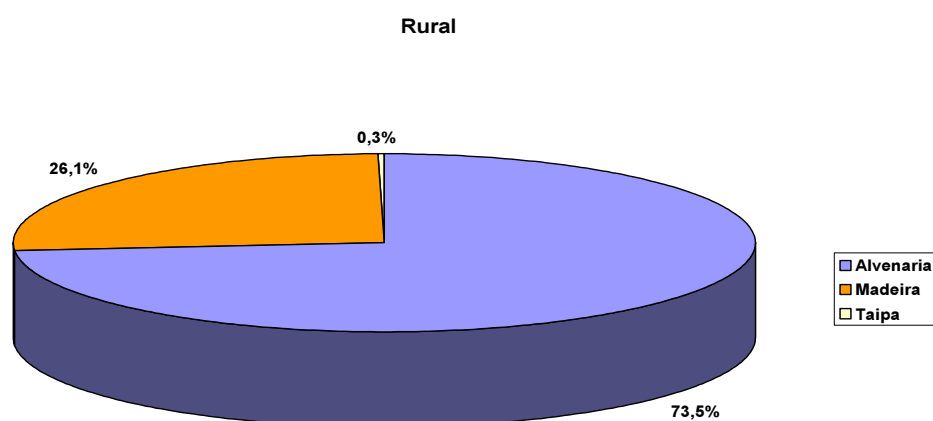
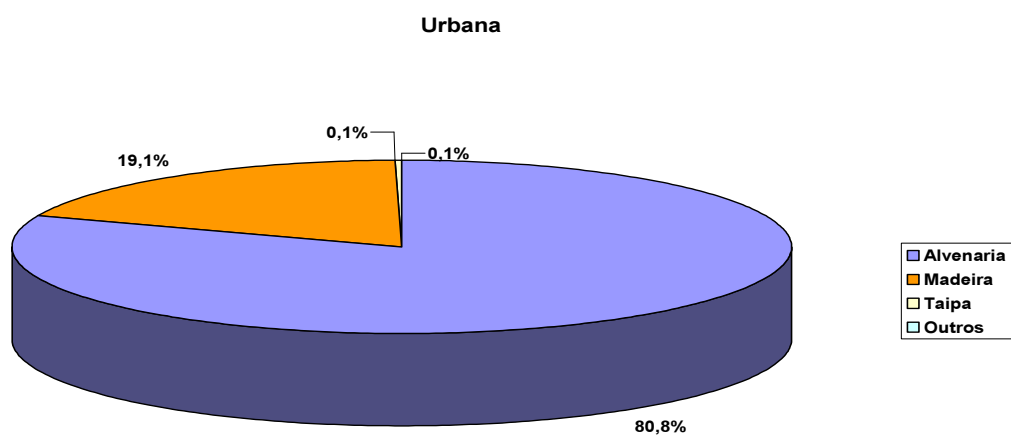


Fonte: SES/DATASUS

Quando analisada a evolução da escolaridade na população residente com 15 ou mais anos nos últimos 10 anos, fica evidente o aumento da proporção de pessoas com ensino fundamental ou menos. A escolaridade de 8 e mais anos teve a proporção reduzida em 9,2% o que sugere a falta de investimento por parte do Estado.

CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO DO DOMICÍLIO

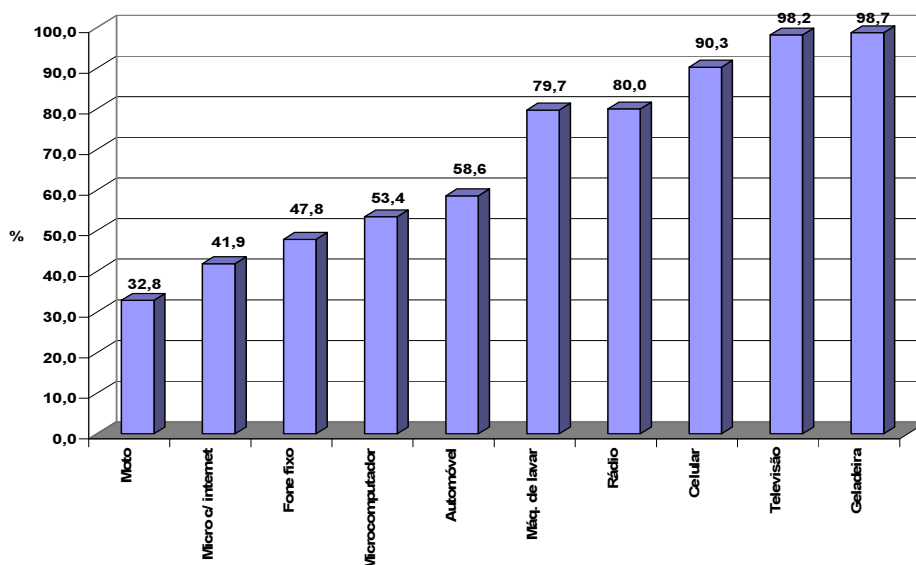
Gráfico 10. Percentual de domicílios particulares permanentes segundo situação de domicílio e por tipo de material das paredes externas em Itajaí, 2010.



Fonte: IBGE, Censo 2010

Através do gráfico 10 podem-se observar percentuais expressivos de domicílios particulares permanentes de alvenaria, sendo de 80,8% na área urbana e 73,5% na rural.

Gráfico 11. Percentual de domicílios particulares permanentes segundo a existência de alguns bens duráveis, Itajaí, 2010.

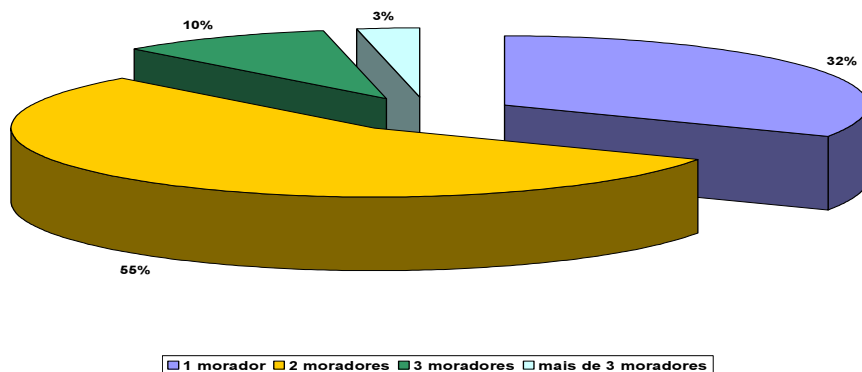


Fonte: IBGE, Censo 2010

57

Verifica-se através do gráfico 11 a existência de alguns bens duráveis nos domicílios particulares permanentes. O estímulo ao consumo com redução de IPI certamente contribuiu significativamente para este cenário.

Gráfico 12. Número de moradores por dormitório nos domicílios particulares permanentes, Itajaí, 2010.



Fonte: IBGE, Censo 2010

Conforme se observa no gráfico 12 na maior parte dos domicílios (87%) não há superlotação nos dormitórios, contudo, é necessário considerar que no município existem bairros com a característica de domicílios “quitinete”, sendo possível que muitos dos 13% domicílios restantes concentrem 3 ou mais pessoas por dormitório, propiciando condições ideais para transmissão de algumas doenças.

EDUCAÇÃO

A capacidade instalada no município em 2012 é mostrada na tabela abaixo.

Tabela 5. Número de Docentes, Matrículas e Escolas. Itajaí, 2012.

Grau	Tipo de estabelecimento	Matrículas	Docentes	Escolas
Ensino pré-escolar	Escola pública estadual	0	0	0
	Escola pública federal	0	0	0
	Escola pública municipal	4929	199	75
	Escola privada	777	74	18
	Total	5706	273	93
Ensino fundamental	Escola pública estadual	3838	209	10
	Escola pública federal	0	0	0
	Escola pública municipal	17856	631	40
	Escola privada	4354	252	12
	Total	26048	1092	62
Ensino médio	Escola pública estadual	6092	261	12
	Escola pública federal	0	0	0
	Escola pública municipal	0	0	0
	Escola privada	1958	159	8
	Total	8050	420	20

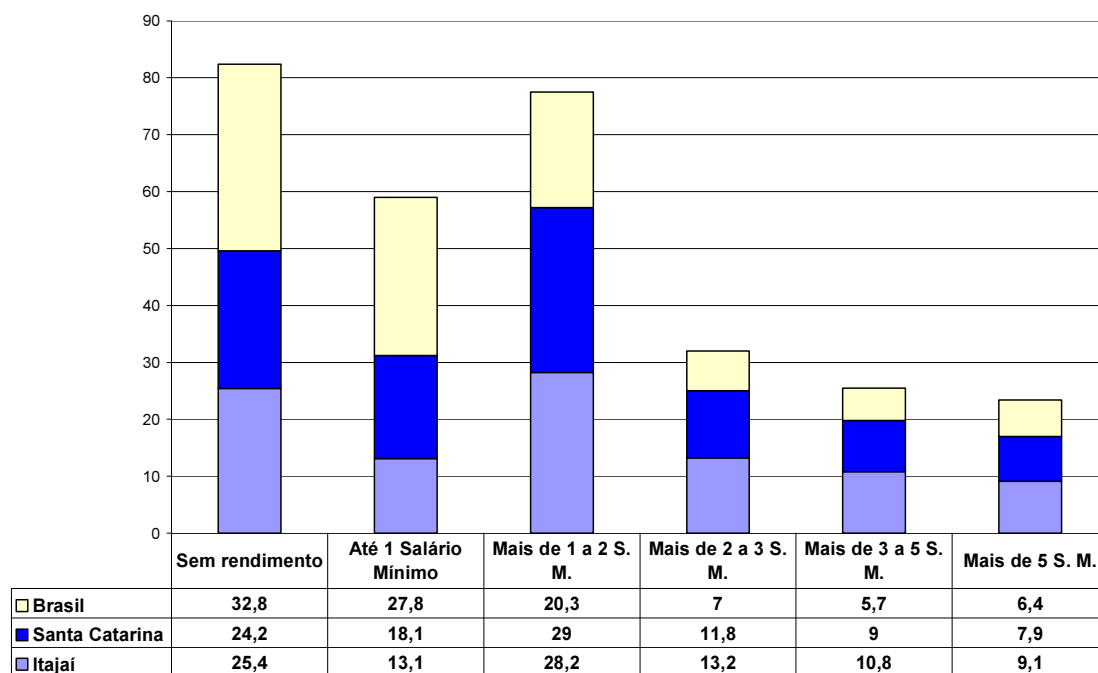
Ensino superior	Escola pública estadual	0	0	0
	Escola pública federal	0	0	0
	Escola pública municipal	0	0	0
	Escola privada			13
	Total			13

Fonte: Censo Educacional 2012 e Censo da Educação Superior 2007, ME

1.2.3 ASPECTOS ECONÔMICOS

RENDA

Gráfico 13. Distribuição da população itajaiense, catarinense e brasileira com 10 anos ou mais de idade, por classes de rendimento nominal mensal em salários mínimos, em 2010.



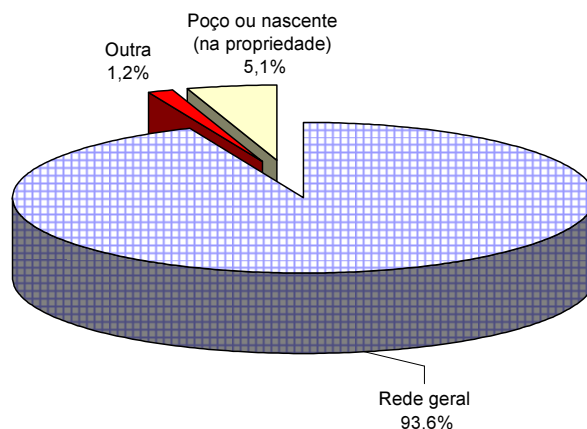
Fonte: IBGE, Censos

Conforme gráfico acima pode ser observada situação semelhante entre o município e o estado no que se refere à população sem rendimento. A população itajaiense com renda apresenta melhores salários quando comparadas ao estado.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Dos 41.396 domicílios particulares permanentes recenseados em 2000, 93,6% estava ligada a rede geral de distribuição de água, 5,1% e abasteciam-se através de poço ou nascente e 1,2% através de outras formas não especificadas pelo Censo (Gráfico 14). A Tabela 6 se refere aos dados de 2009 obtidos junto à SEMASA.

Gráfico 14. Distribuição dos domicílios particulares permanentes segundo forma de abastecimento de água. Itajaí, 2000.



Fonte: IBGE, Censo 2000

61

Tabela 6. Ligações de água e número de economias. Itajaí, 2009.

Fonte da água	Número de ligações ¹	%	Número de economias ²	%
Água da rede pública	46.038	97,63	62.199	98,22
Água de poço/nascente	1.118	2,37	1.128	1,78
Total	47.156	100	63.327	100

Fonte: SEMASA.

¹Número de ligações correspondem ao número de imóveis com ligação de água.

²Número de economias correspondem ao número de pontos de ligação de água, podendo haver várias ligações no mesmo imóvel.

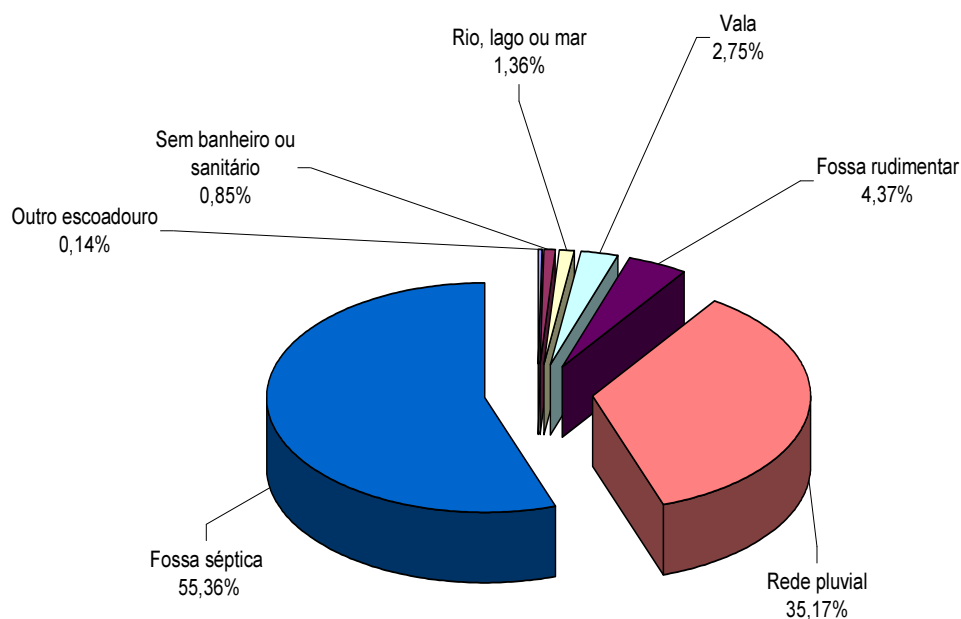
Não foi possível acessar dados específicos mais recentes, no entanto dados gerais da SEMASA mostram que em 2012, Itajaí possui 55.753 ligações e 70.369 economias. Espera-se que o número de economias cresça em número muito superior aos de

ligações, uma vez que já pode ser observado que o município está em processo de verticalização, onde cada apartamento possui economia própria.

INSTALAÇÃO SANITÁRIA

Do total de domicílios recenseados em 2000 no município, 0,85% não dispunham de banheiro ou sanitário. Considerando que o município não dispõe de rede de esgoto sanitário, o único esgotamento adequado é a fossa séptica. Nesse sentido, o Censo 2000 mostrou uma situação bastante precária: pouco mais da metade (55,4%) dos domicílios particulares permanentes possuíam tal equipamento, conforme pode ser observado no gráfico 15.

Gráfico 15. Distribuição dos domicílios segundo presença de banheiro ou sanitário e tipo de esgotamento. Itajaí, 2000.



Fonte: IBGE, Censo 2000

DESTINO DO LIXO

[Do total dos domicílios do município 98,5% tinham o lixo coletado pelo serviço de coleta municipal e apenas 1,5% fazem outra forma de destinação do lixo doméstico, tais como jogar em rios, lago, mar ou terrenos baldios ou queimar ou enterrar na propriedade, conforme pode ser observado no gráfico 16.

Gráfico 16. Domicílios particulares permanentes segundo o destino do lixo. Itajaí, 2000.

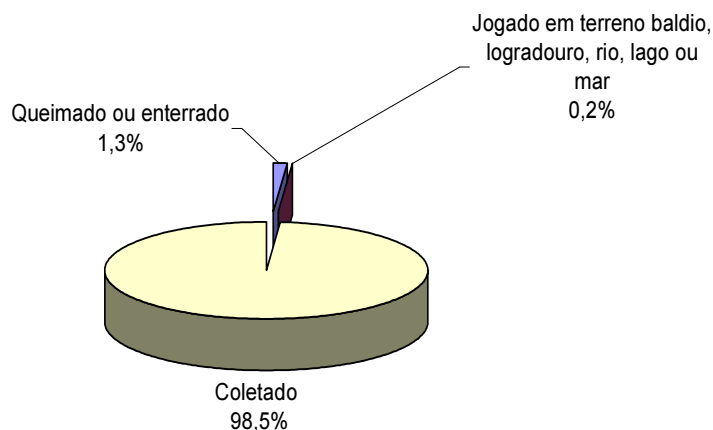
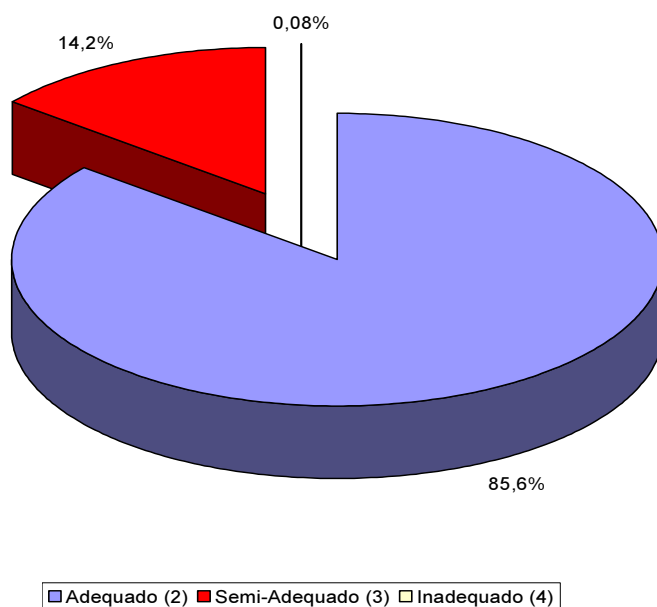


Gráfico 17. Proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento, 2010.



(2) abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente.

(3) domicílio com pelo menos uma forma de saneamento considerada adequada.

(4) todas as formas de saneamento consideradas inadequadas

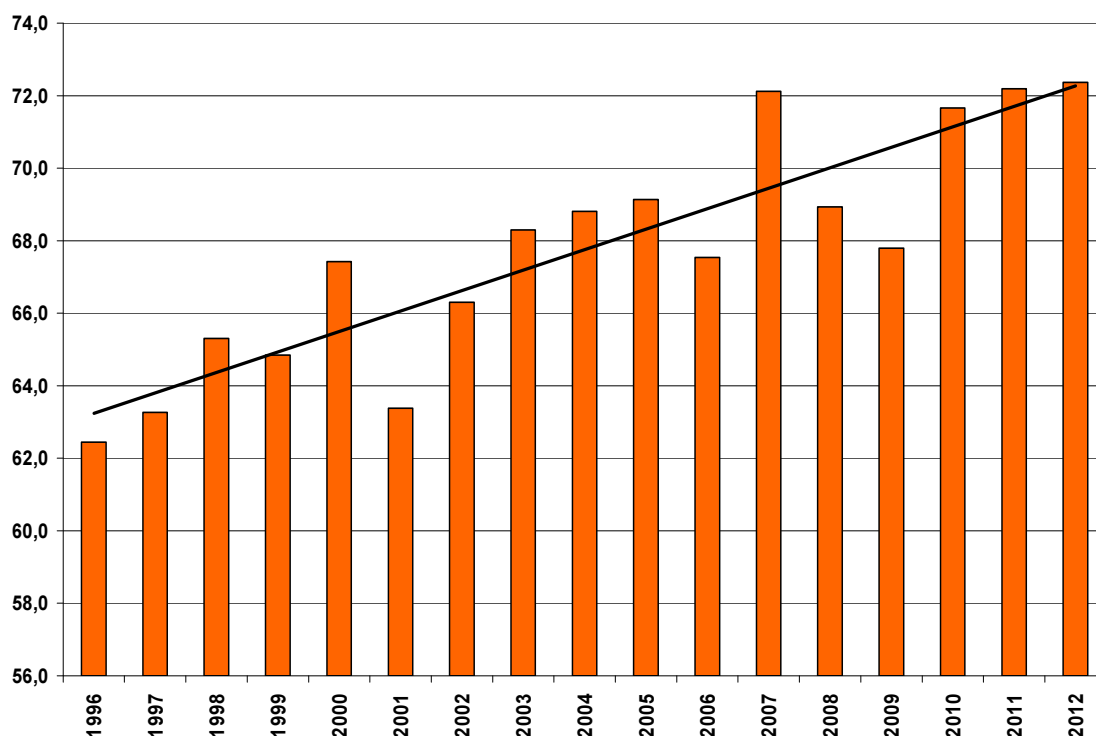
Fonte: IBGE, Censo 2010

Em relação ao saneamento pode ser observado que 85,6% dos domicílios possuem classificação de adequado, sendo problemas com o esgotamento sanitário maior responsável pelos 14,2% classificados como semi-adequado (Gráficos 14, 15 e 16).

1.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

1.3.1 MORTALIDADE

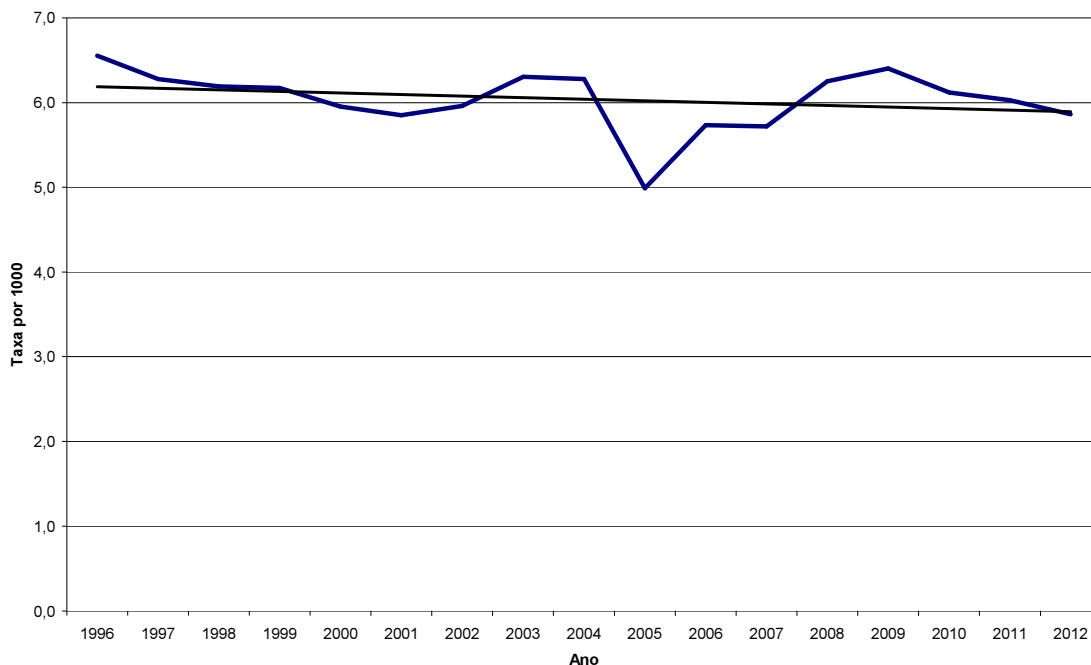
Gráfico 18. Evolução do Índice de Swaroop-Uemura. Itajaí, 1996-2012.



Fonte: SIM

A análise da distribuição da mortalidade por faixa etária no município, através da evolução do Índice de Swaroop-Uemura mostra um crescente deslocamento da mortalidade para as faixas etárias de 50 anos e mais (Gráfico 18). Em que pesem as variações anuais nem sempre ascendentes, a linha de tendência para o período é nitidamente ascendente, o que fala em favor de um envelhecimento da população, uma expectativa de vida maior. Este processo culmina em readequação das políticas de saúde por consequente tendência de aumento na incidência e prevalência de doenças crônicas degenerativas.

Gráfico 19. Taxa Bruta de Mortalidade. Itajaí, 1996-2012.



Fonte: SIM

66

A taxa bruta de mortalidade apresentou oscilações no período estudado. (Gráfico 19). Considerando que é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo, tais taxas, quando elevadas, podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total. Dado que há um visível envelhecimento da população e que, como se pode observar na tabela abaixo, tem havido um considerável aumento da expectativa de vida ao nascer para a população do município, pode-se considerar que o incremento de tais taxas a partir de 2001 seja reflexo da estrutura etária da população. Teoria reforçada pela análise da linha de tendência que se mostra em decréscimo na série.

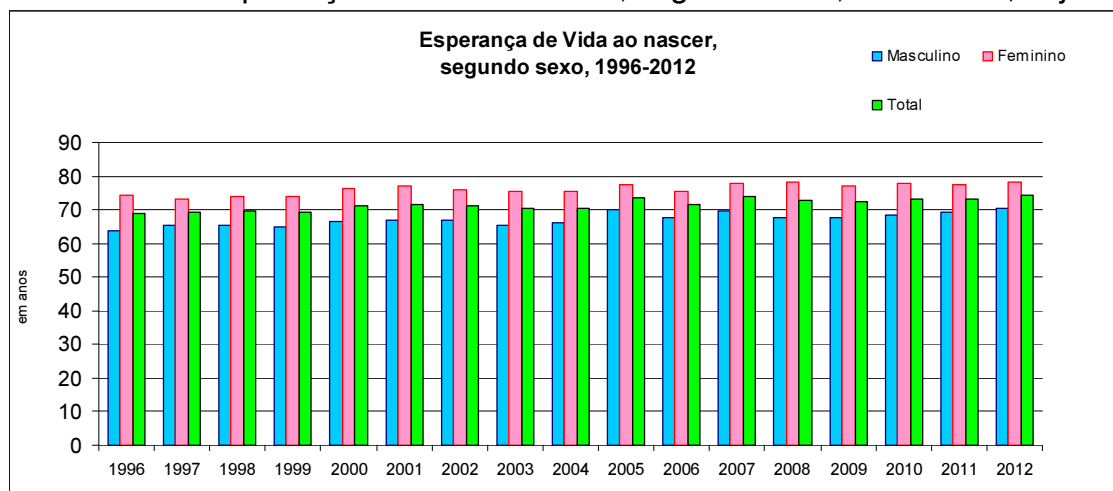
Tabela 7. Esperança de Vida ao Nascer. Itajaí, 1996-2012

Ano	Esperança de Vida ao Nascer		
	Masculino	Feminino	Total
1996	63,84	74,29	68,81
1997	65,54	73,35	69,39
1998	65,34	73,98	69,57
1999	65,07	74,12	69,44
2000	66,41	76,30	71,19
2001	66,99	76,94	71,76
2002	66,76	75,87	71,21
2003	65,47	75,71	70,30
2004	65,98	75,43	70,49
2005	69,96	77,51	73,74
2006	67,75	75,50	71,62
2007	69,79	77,99	73,90
2008	67,58	78,09	72,71
2009	67,74	77,19	72,40
2010	68,65	77,98	73,24
2011	69,21	77,42	73,31
2012	70,57	78,11	74,39

Fonte: Tábua da Vida. SES, SC

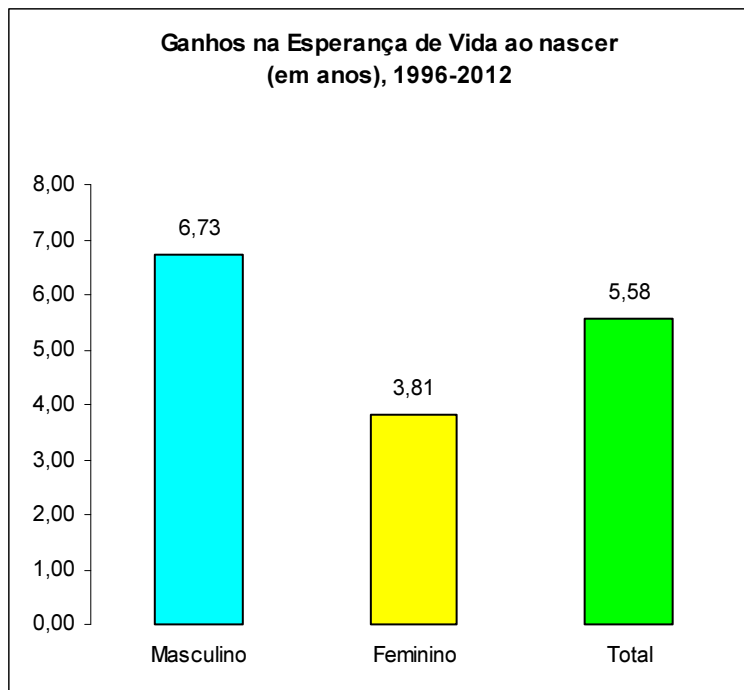
67

Gráfico 20. Esperança de vida ao nascer, segundo sexo, 1996-2012, Itajaí



Fonte: Tábua da Vida. SES, SC

Gráfico 21. Ganhos na esperança de vida ao nascer, 1996-2012, Itajaí.



Fonte: Tábua da Vida. SES, SC

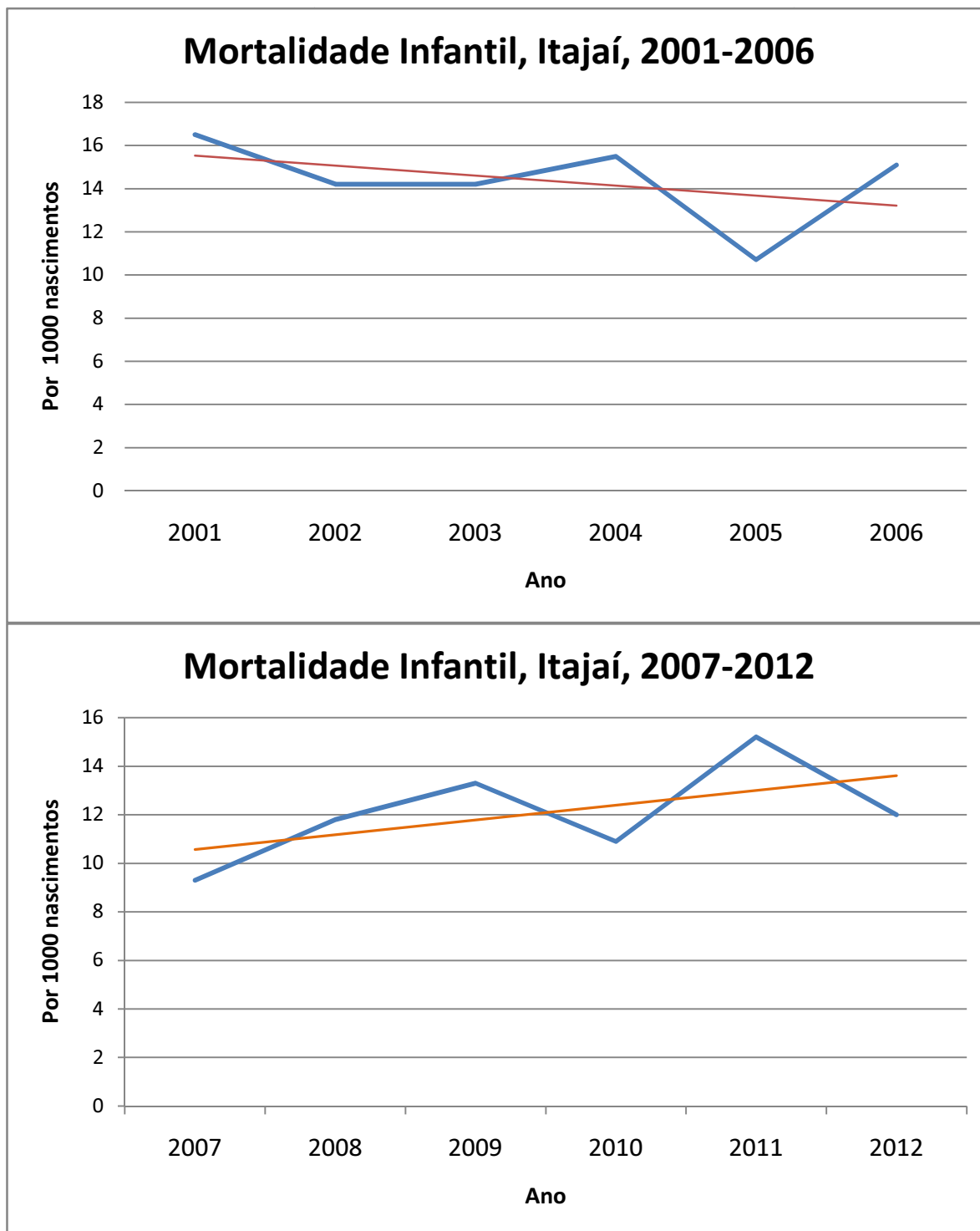
68

No que concerne à expectativa de vida ao nascer, que expressa o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, houve, no período de 1996-2012, um expressivo ganho. Para a população total (ambos os sexos) esse ganho foi de 5,58 anos, com uma considerável vantagem para a população masculina que ganhou no período 6,73 anos contra 3,81 anos para a população feminina. No entanto em 2012 a expectativa de vida para a população feminina é 7,54 anos maior do que para a masculina.

1.3.1.1 MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil em Itajaí vem oscilando ao longo dos anos com tendência crescente na série 2007-2012. (gráfico 22). A partir de 2010 houve crescimento da mortalidade, atingindo em 2013 uma taxa de 17,69, bem acima da média estadual.

Gráfico 22. Taxa de Mortalidade Infantil. Itajaí, 2001-2006 e 2007-2012.



Fonte: SIM, SINASC

Tabela 8. Taxa de Mortalidade Infantil segundo seus componentes. Itajaí, 2000-2012

ANO	NEONATAL PRECOCE < 7 DIAS	NEONATAL TARDIA 7 – 27 DIAS	PÓS-NEONATAL 28 d < 1 ANO
2000	7,2	0,7	5,7
2001	7,8	2,3	6,2
2002	6,3	0,7	7,1
2003	6,7	2,1	6,7
2004	3,6	4,4	2
2005	5,1	0,7	4,7
2006	7,1	2,7	5,1
2007	4,2	1,9	3,1
2008	4	2,5	5,1
2009	6,3	1,4	5,5
2010	6,5	1	3,2
2011	6,6	4,5	4,1
2012	6,4	2,4	3

Fonte: SIM/SES

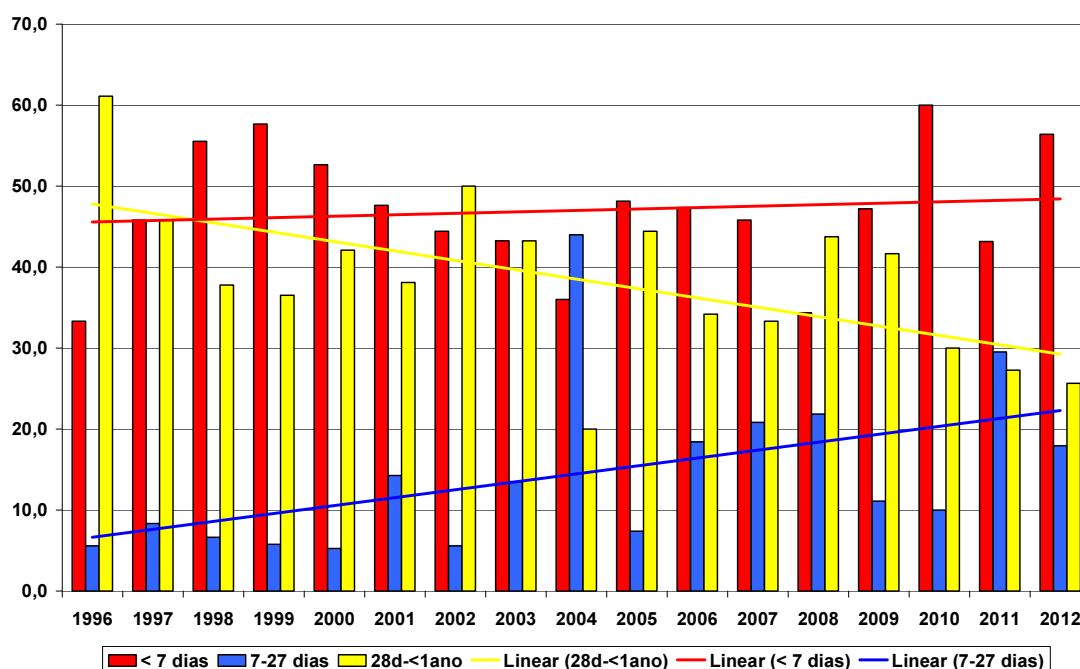
70

Ao analisar a mortalidade em seus componentes, neonatal precoce (< 7 dias), tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (>28d-<1a) observa-se uma linha de tendência crescente do componente neonatal precoce e tardio, decrescendo o pós- neonatal até 2012, quando então esta apresenta crescimento de 93%. Entraves burocráticos impostos pelos hospitais locais resultam em lentidão extrema na investigação das mortes infantis e consequente comprometimento no direcionamento das políticas públicas. Somente 40% dos óbitos infantis de 2012 foram investigados e com base nestes verificou-se a ocorrência de partos prematuros ocasionados de forma recorrente por infecções maternas. Superlotação da UTI neonatal também foi relacionada.

O componente que mais contribuiu para a redução da Mortalidade Infantil foi sem duvida o componente pós-neonatal que decresce acentuadamente, como mostra a linha de tendência do gráfico 23. Este componente é mais sensível às condições ambientais, e está francamente relacionado com um conjunto de medidas que incluem como, por

exemplo, saneamento básico, controle de parasitoses, ampliação das equipes de ESF e EACS, acesso das crianças aos serviços de saúde. A mortalidade neonatal é mais sensível às condições do pré-natal e do momento do parto, indicando que ações devem ser dirigidas neste sentido. A tendência de crescimento da taxa de mortalidade infantil de Itajaí nos últimos 3 anos deverá exigir esforços de TODO o sistema de saúde no sentido de buscar suas causas corrigindo-as com o objetivo de adequar a taxa de mortalidade infantil aos bons indicadores de desenvolvimento econômico do município.

Gráfico 23. Proporcionalidade dos componentes da mortalidade infantil, e suas tendências lineares, 1996-2012, Itajaí.

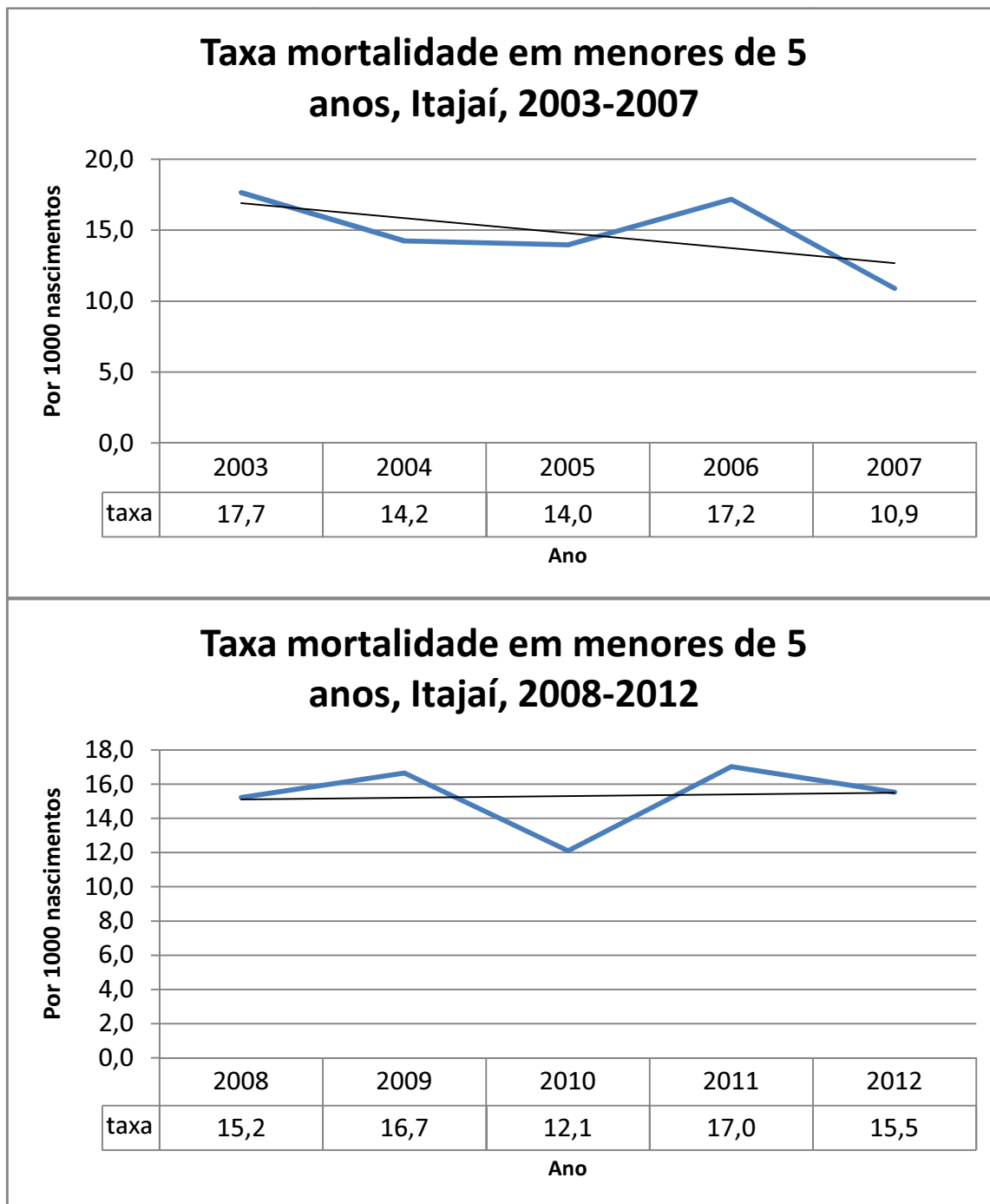


Fonte: SIM, SINASC

As taxas de mortalidade de menores de cinco anos têm mostrado tendência de queda na série histórica 1980-2012 (Figura 26). Analisando a evolução do indicador pode-se notar que a partir de 2007 esta queda foi mais consistente, estabilizando-se em patamares menores que 18 óbitos por mil nascidos vivos. Representa uma estimativa do risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida. Sua evolução favorável pode expressar o desenvolvimento socioeconômico e a melhoria da

infraestrutura ambiental, assim como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil.

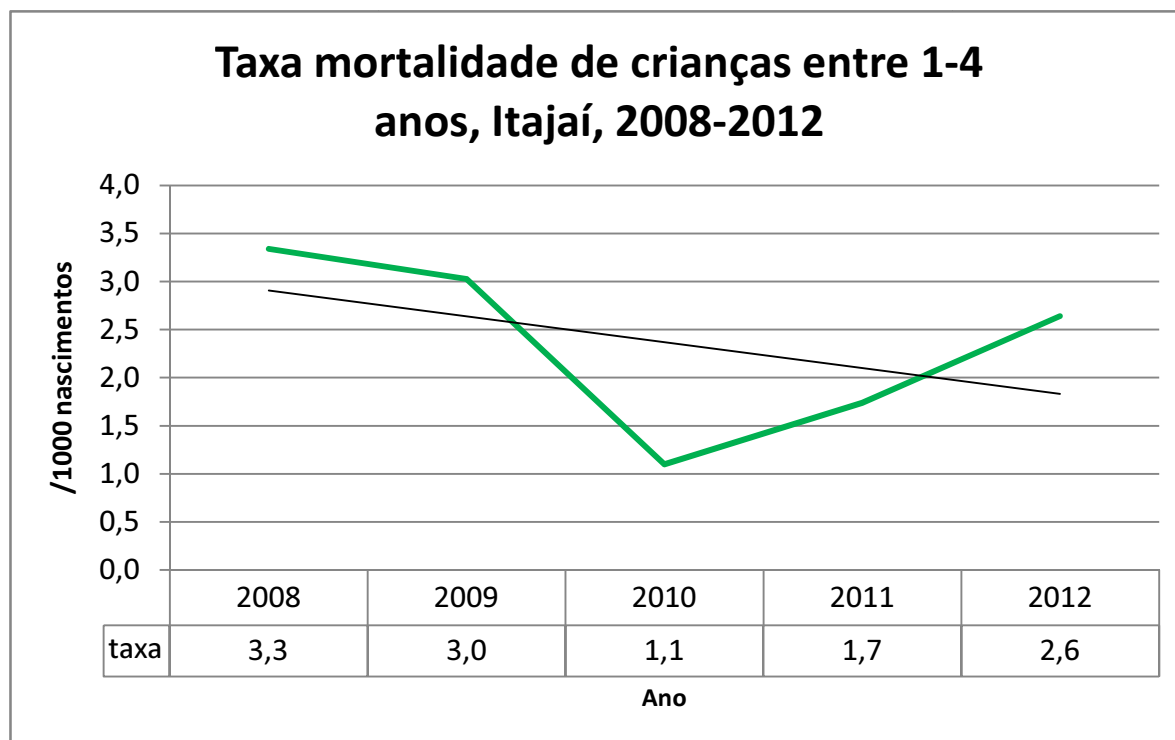
Gráfico 24. Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos. Itajaí, 2003-2007 e 2008-2012.



Fonte: SINAN/SIM/SES

A tendência de crescimento na mortalidade em menores de 5 anos observada no gráfico 24 se deve às ocorrências na faixa etária menores de 1 ano. Quando a análise inclui somente óbitos entre 1 e 4 anos, verifica-se tendência decrescente nos últimos 5 anos. (Gráfico 24-A)

Gráfico 24-A. Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos, Itajaí, 2003-2007 e 2008-2012.

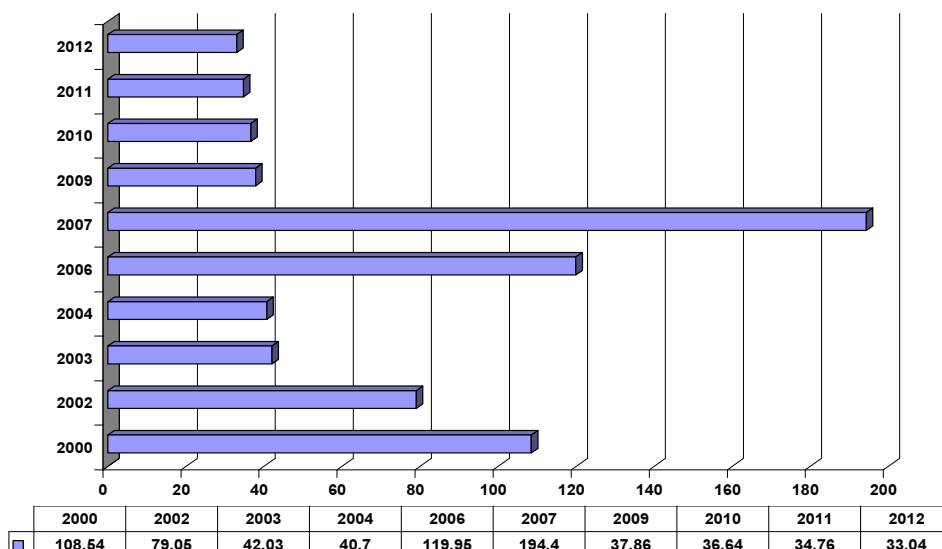


Fonte: SIM/SINAN/SES

1.3.1.2 MORTALIDADE MATERNA

Obtêm-se a razão de morte materna a partir da divisão dos óbitos maternos pelo número de nascimentos, multiplicados por 100 mil. Considera-se morte materna, óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. É considerada baixa pela Organização mundial da Saúde quando inferior a 20. A razão de morte materna em 2012 foi de 33,04/100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1 óbito, sendo classificada como “média” segundo Organização Mundial da Saúde.

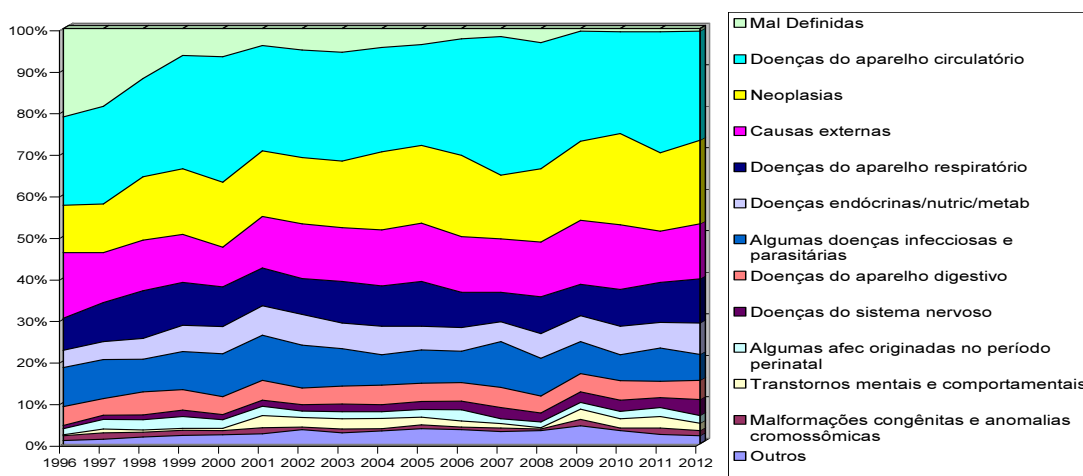
Gráfico 25. Razão de Mortalidade Materna. Itajaí, 2000-2012



Fonte: SIM/SES

1.3.1.3 MORTALIDADE PROPORCIONAL

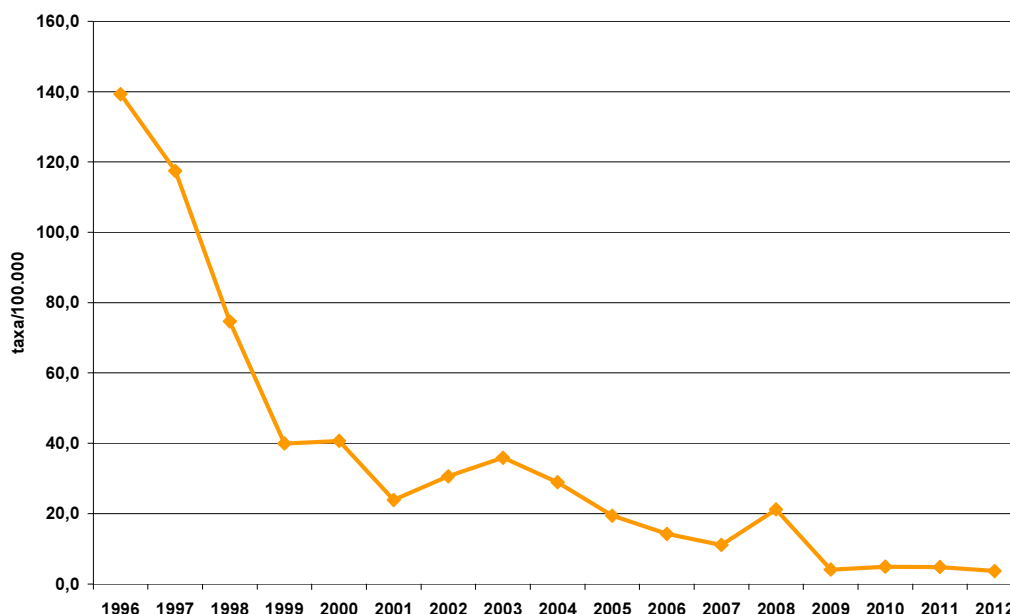
Gráfico 26. Mortalidade proporcional por grupo de causas. Itajaí, 1996-2012.



Fonte: SIM/SES

O gráfico 26 mostra que nos últimos 10 anos a mortalidade foi mantida pelos mesmos grupos de causas e na mesma colocação, onde 1ª maior causa foi de morte por doenças do aparelho circulatório, a 2ª por neoplasias e a 3ª por causas externas. A soma destes 3 primeiros grupos de causas representaram 58,5% dos óbitos entre 2003-2007 e 60,8% entre os anos de 2008-2012.

Gráfico 27. Mortalidade proporcional por causas mal definidas, Itajaí, 1996-2012.

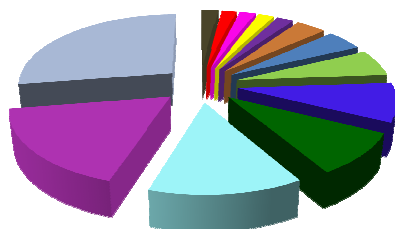


Fonte: SIM/SES

A mortalidade proporcional por causas mal definidas reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito. Sinaliza a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito. O município conquistou um considerável avanço reduzindo o já pequeno percentual de 3,7% entre 2003 e 2007 para 1,2% nos últimos 5 anos. Em 2012 atingimos a marca de 0,6%, sendo reflexo dos treinamentos com profissionais médicos em relação ao preenchimento das declarações de óbito e dos trabalhos de investigação e recodificação da Vigilância Epidemiológica. (Gráfico 27)

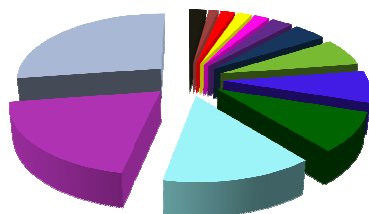
Gráfico 28 Mortalidade proporcional por grupos de causas, Itajaí, 2003-2007 e 2008-2012.

**Mortalidade proporcional
por grupo de causas, Itajaí
2003-2007**



- Outros
- Afec originadas no período perinatal
- Transtornos mentais e comportamentais
- Doenças do aparelho geniturinário
- Doenças do sistema nervoso
- Mal Definidas
- Doenças do aparelho digestivo
- Doenças endócrinas nutr e metabólicas
- Doenças infecciosas e parasitárias
- Doenças do aparelho respiratório
- Causas externas
- Neoplasias (tumores)
- Doenças do aparelho circulatório

**Mortalidade proporcional
por grupo de causas, Itajaí
2008-2012**



- Outros
- Mal Definidas
- Afec originadas no período perinatal
- Doenças do aparelho geniturinário
- Transtornos mentais e comportamentais
- Doenças do sistema nervoso
- Doenças do aparelho digestivo
- Doenças endócrinas nutr e metabólicas
- Doenças infecciosas e parasitárias

Fonte: SIM /SES

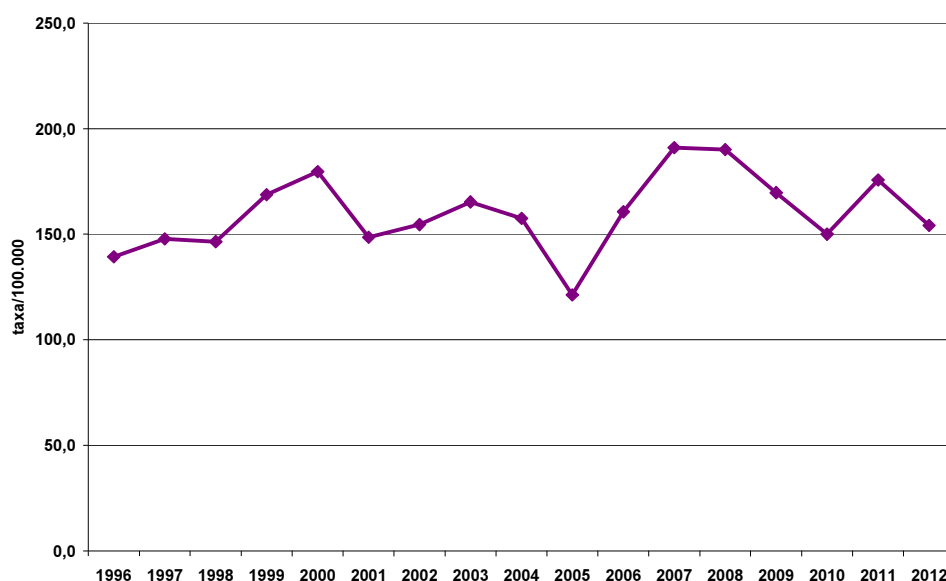
A análise do gráfico 28 nos permite concluir que não houve alterações significativas na mortalidade proporcional por grupos de causas, quando comparados os períodos 2003-2007 e 2008-2012, permanecendo nas colocações: 1ª Doenças do Aparelho Circulatório; 2ª Causas externas; 3ª Neoplasias e 4ª Doenças endócrinas e metabólicas. Merece destaque o fato de causas externas ocuparem 2ª colocação, sinalizando a necessidade de intensificar os trabalhos intersetoriais.

1.3.1.4 MORTALIDADE ESPECÍFICA

A taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório estima o risco de morte por tais doenças e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Neste capítulo do CID se destacam como causa de mortalidade as doenças

cérebro-vasculares e as isquêmicas do coração, além da hipertensão. Portanto, a consolidação das medidas de promoção de saúde na rotina da atenção primária juntamente com o diagnóstico precoce e tratamento adequado, podem colaborar na redução da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório. Esta taxa retrata a incidência dessas doenças na população, associada a fatores de risco como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabete, sedentarismo e estresse. Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada. O progressivo aumento das taxas de mortalidade por tais doenças provavelmente refletem também o incremento da população em faixas etárias mais avançadas. No caso de Itajaí, pode-se observar, através da evolução de suas taxas de mortalidade específica, o aumento em algumas situações. Isto indica necessidade de investimentos na prevenção destes agravos em todos os níveis.

Gráfico 29. Mortalidade específica por Doenças do aparelho circulatório. Itajaí, 1996-2012.

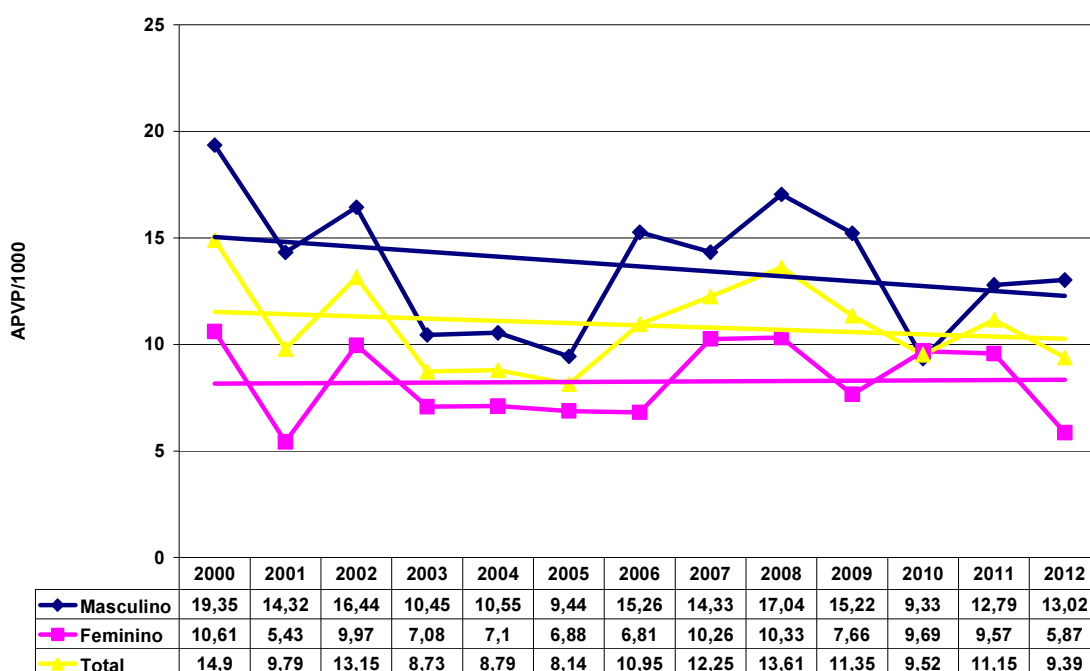


Fonte: SIM/SES

O indicador **Anos Potenciais de Vida Perdidos** quantifica o número de anos de vida não vividos quando a morte ocorre em determinada idade abaixo da qual se considera a morte prematura. Para cada morte ocorrida se contabiliza a quantidade de APVP subtraindo da idade limite (aqui fixada em 70 anos) a idade em que a morte ocorreu. Assim, uma pessoa que morreu com 30 anos, perdeu 40 Anos Potenciais de Vida.

Embora a morte prematura por doenças do aparelho circulatório provoque a perda de anos de vida em mais que o dobro no sexo masculino, a linha de tendência mostra-se decrescente, (Gráfico 30) diferentemente do sexo feminino, sinalizando necessidade de ações especialmente da atenção primária para as mulheres. Em 2012 as mulheres apresentaram APVP de 5,87 enquanto que nos homens foi de 13,02.

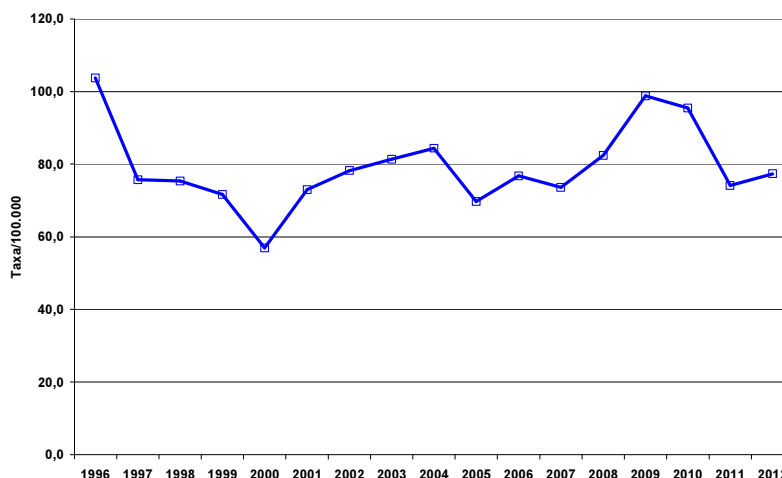
Gráfico 30. Anos potenciais de vida perdidos por morte prematura (< 70 anos) por doenças do aparelho circulatório, por sexo, Itajaí, 2000-2012.



Fonte: SIM/SES

Os crescimentos das taxas de mortalidade por causas externas se constituem um grave problema de saúde pública em Itajaí. O uso abusivo do álcool pode estar presente nestes óbitos e contribuindo substancialmente no aumento deste indicador.

Gráfico 31. Mortalidade específica por Causas Externas. Itajaí, 1996-2012.

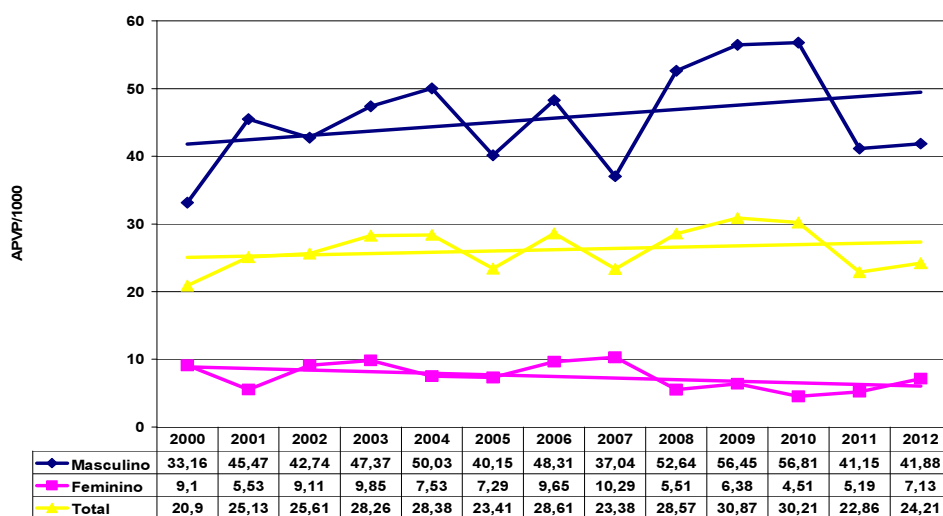


Fonte: SIM/SES

Na mortalidade prematura por causas externas o componente masculino é muito maior, respondendo por 41,88 anos perdidos por 1000 óbitos, contra 7,13 anos perdidos pelas mulheres em 2012 (Gráfico 32). Além do impacto social vem o impacto nos serviços de saúde, onerando as contas na medida em que o tratamento frequentemente é cirúrgico e a reabilitação longa, com utilização dos serviços de urgência e por vezes o de terapia intensiva.

79

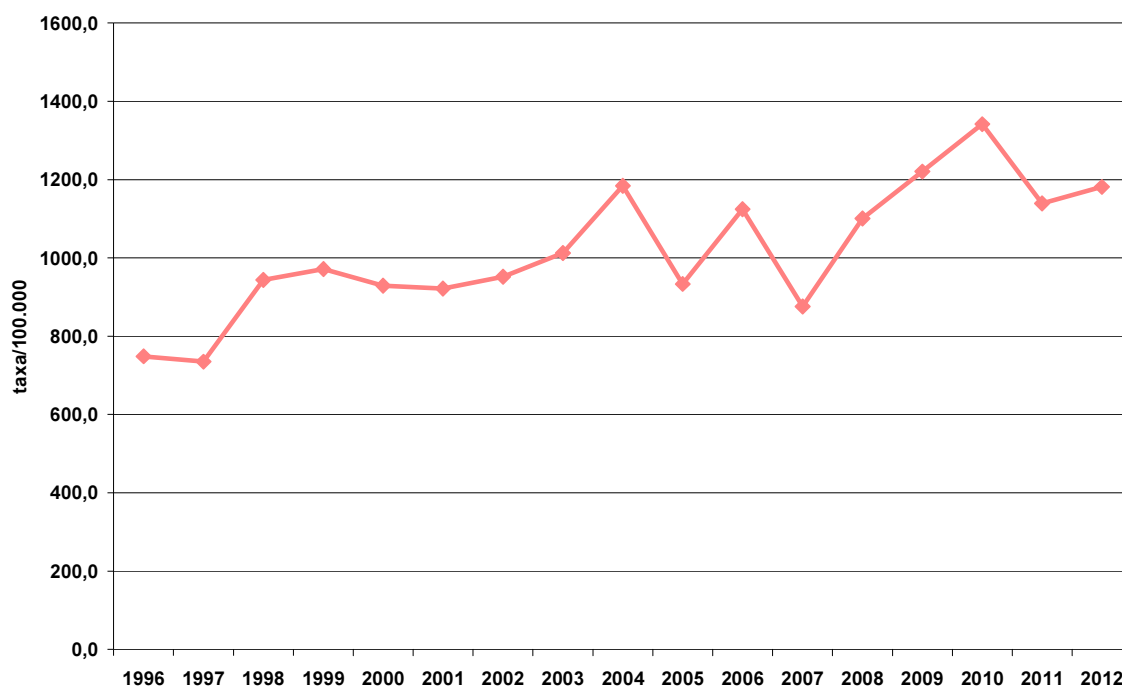
Gráfico 32. Anos potenciais de vida perdidos por morte prematura (< 70 anos) por causas externas, por sexo, Itajaí, 2000-2012



Fonte: SIM/SES

Em que pesem as variações anuais na série histórica estudada, há uma tendência crescente da mortalidade por Neoplasias, reflexo direto do aumento da expectativa de vida e consequentemente, incremento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas e hábitos de vida nocivos tais como tabagismo, sedentarismo, obesidade, entre outros.

Gráfico 33. Mortalidade específica por Neoplasias. Itajaí, 1996-2012.



Fonte: SIH-SUS

A diabetes se configura em um dos maiores problemas de saúde pública, conforme se pode verificar no gráfico 34, já que sua prevenção e controle perpassam por mudanças de hábitos nocivos por hábitos saudáveis, sendo preocupante a situação em ambos os sexos.

Gráfico 34. Anos potenciais de vida perdidos por morte prematura (< 70 anos) por diabetes, por sexo, Itajaí, 2000-2012.

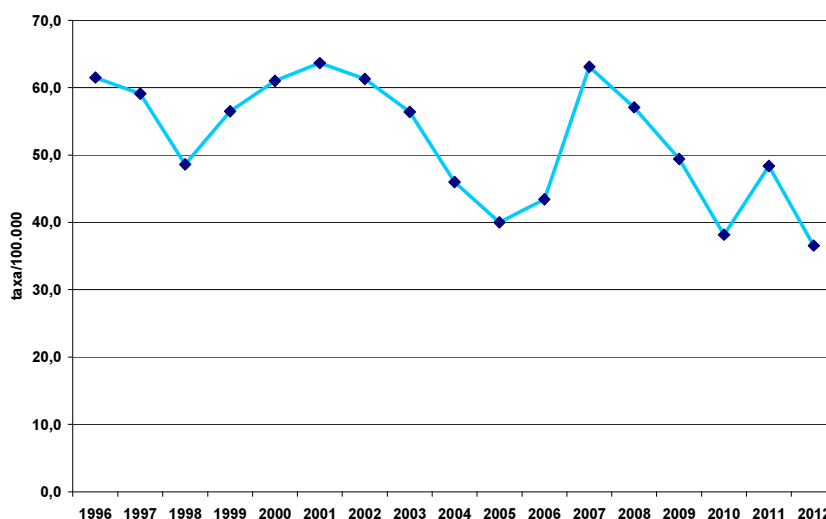


Fonte: SIM/SES

A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, que no período atingiu seu nível máximo em 2007, apresenta acentuado declínio desde então. (Gráfico 35). Na série histórica estudada apesar dos picos em 2001 e 2007, apresenta tendência descendente.

81

Gráfico 35. Mortalidade específica por Doenças Infecciosas e Parasitárias. Itajaí, 1996-2012.

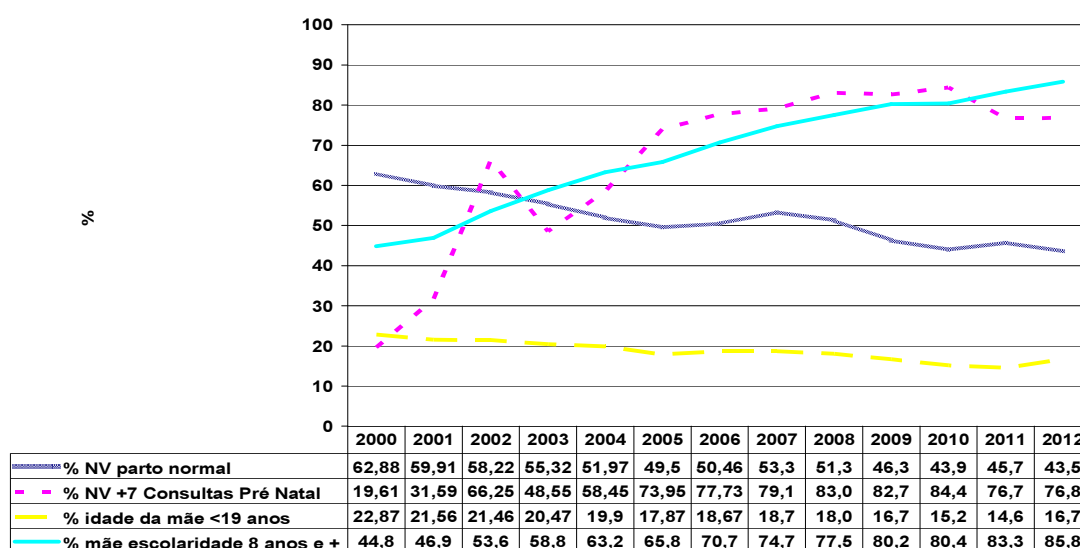


Fonte: SIM/SES

1.3.2 NASCIDOS VIVOS

O gráfico 36 refere-se aos dados do Sistema de Informações sobre nascidos Vivos – SINASC, e permitem avaliar algumas condições importantes relativas às características das mães e dos Nascidos Vivos (NV) do município e sua evolução.

Gráfico 36. Nascidos vivos. Itajaí, 2000-2012.



Fonte: SINASC/SES

A gestação na adolescência (10 a 19 anos) vem apresentando redução gradual com pequenas variações. Ainda que a escolaridade materna tenha aumentado 41% nos últimos 12 anos, o percentual de partos cesáreos na última década aumentou 19,4%, onerando as internações, retardando o início da amamentação e muitas vezes trazendo aumento da morbidade para as mães e os RNs.

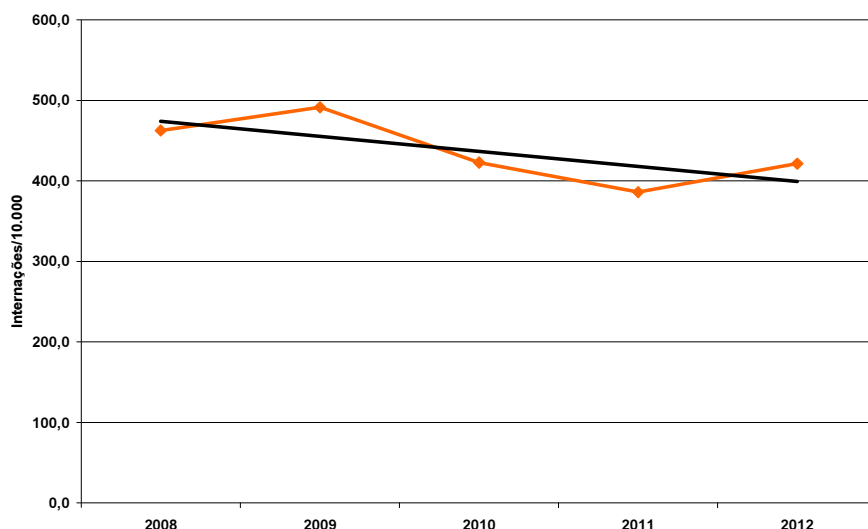
Após atingir seu maior percentual em 2010 (84,4%), o percentual de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal diminuiu nos últimos dois anos, atingindo 76,8% em 2012. Este cenário aponta para necessidade de rever as estratégias de atenção materno-infantil no serviço.

1.3.3 MORBIDADE

1.3.3.1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Embora a taxa de internações hospitalares tenham aumentado no último ano (436,3/10.000), observa-se linha de tendência descendente. A manutenção desta tendência dependerá em grande parte da capacidade da atenção básica na resolutividade, sendo indicador de qualidade dos serviços.

Gráfico 37. Taxa de Internação por local de residência. Itajaí, 2008-2012.



Fonte: SIH-SUS

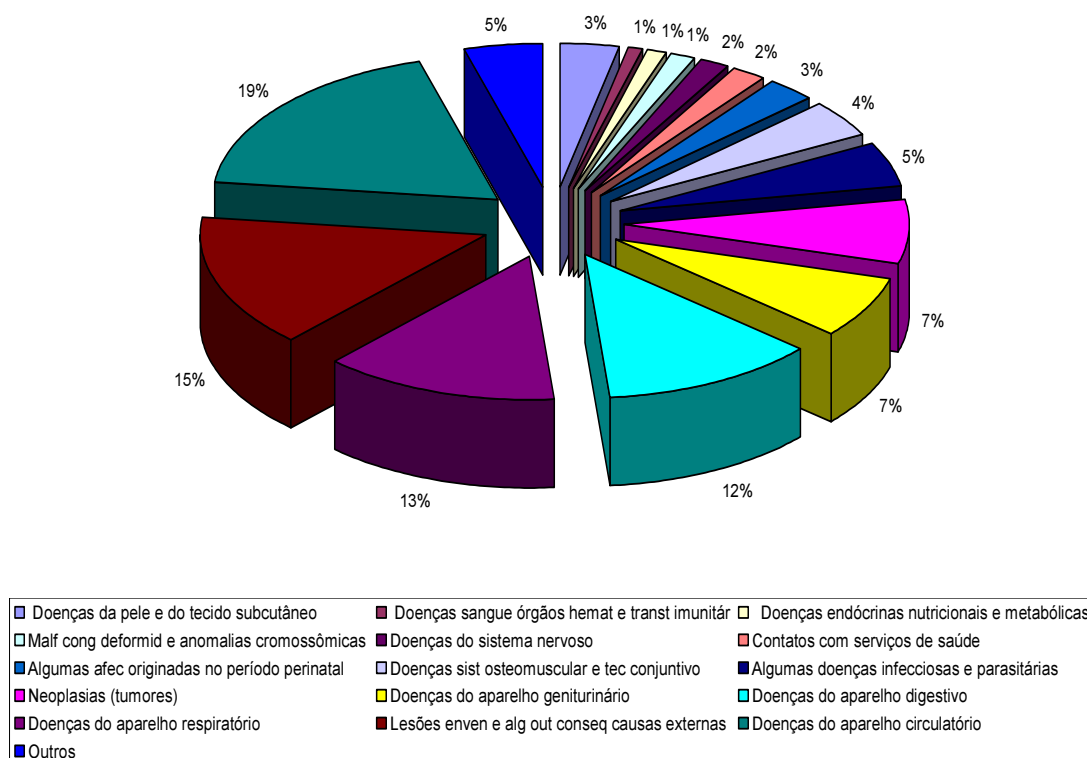
Em ordem decrescente aparecem: IX.Doenças do aparelho circulatório (80,3/10.000); XIX.Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (65,8/10.000); X.Doenças do aparelho respiratório (58,0/10.000); XI.Doenças do aparelho digestivo (53,2/10.000); e II.Neoplasias (30,5/10.000). Em relação a 2008, diminuíram as internações por Doenças Infeciosas e Parasitárias pela metade, apresentaram discreta redução Doenças respiratórias e Neoplasias. Aumentaram as digestivas, geniturinárias e o maior aumento ocorreu devido Lesões e Envenenamentos (causas externas) passando de 60,4 em 2008 para 65,8/10.000 hab, em 2012 sinalizando ações necessárias nessa área.

Tabela 9. Taxa der internações por Capítulo CID-10, por 10.000, Itajaí, 2008-2012

Internações por capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012
Doenças do aparelho circulatório	83,8	81,4	69,4	88,7	80,3
Lesões enven e alg out conseq causas externas	60,4	77,2	64,8	60,9	65,8
Doenças do aparelho respiratório	62,6	67,7	59,0	63,3	58,0
Doenças do aparelho digestivo	50,2	57,9	49,1	55,8	53,2
Neoplasias (tumores)	35,5	39,6	36,9	36,4	30,5
Doenças do aparelho geniturinário	29,6	38,3	35,8	33,4	30,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	46,3	40,6	29,0	31,0	22,7
Outros	20,5	21,1	21,6	20,9	19,8
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	22,4	21,7	26,9	22,1	18,3
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	15,8	14,6	16,4	15,1	14,3
Algumas afec originadas no período perinatal	9,6	9,8	8,8	8,7	11,9
Contatos com serviços de saúde	19,5	12,9	10,0	10,7	8,7
Doenças do sistema nervoso	11,9	11,1	10,0	10,5	7,4
Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	4,8	6,5	5,2	5,8	5,6
Doenças sangue órgãos hemat e transtimunitár	6,9	6,6	5,4	5,0	4,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6,9	6,6	5,4	5,0	4,4

As taxas de internação específicas por agravos agregados pelos capítulos da Classificação Internacional de Doenças, 10ª. Edição – CID-10 demonstra que seis grupos de doenças foram responsáveis por 73 % da taxa geral de internação no município de Itajaí compreendendo doenças do aparelho circulatório, envenenamento e causas externas, aparelhos respiratório, digestivo, geniturinário e neoplasias.

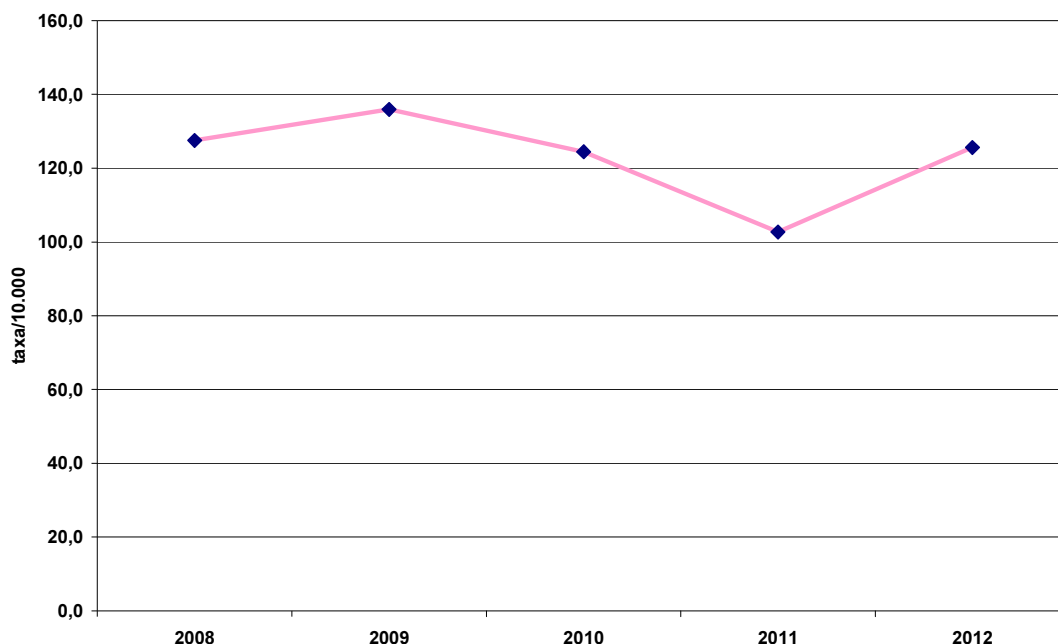
Gráfico 38. Distribuição percentual das internações hospitalares segundo causa capítulo, Itajaí, 2012.



Fonte: SIH/SES

As internações por gravidez, parto e puerpério foram responsáveis por 21,6% do total de internações de residentes no município. Destas internações 20% foram de menores de 20 anos, das quais 14 internações foram de meninas de 10 a 14 anos de idade.

Gráfico 39. Taxas de internação por Gravidez, Parto e Puerpério, Itajaí, 2008-2012.



Fonte: SIH-SUS

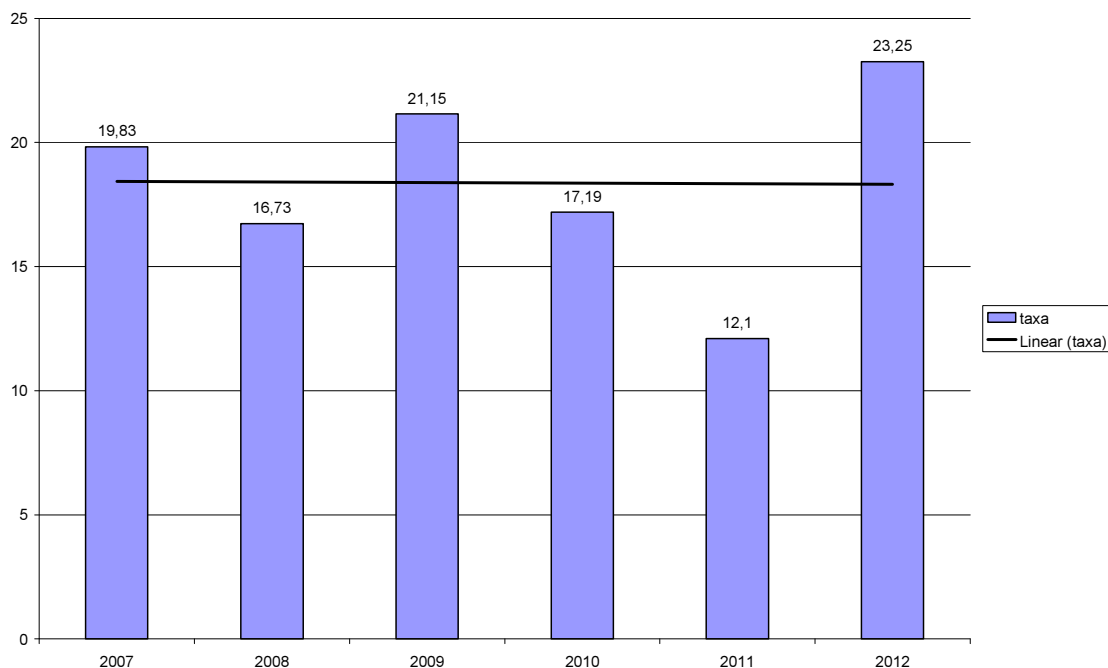
A taxa de internações por fratura de fêmur em pessoas acima de 60 anos, é o indicador do Pacto pela Vida relativo à Saúde do Idoso e se refere à razão das internações hospitalares por fratura de fêmur na população em determinado período e população residente na mesma faixa etária, por 10.000 habitantes.

86

A queda pode ser considerada evento sentinela na saúde da pessoa idosa. Suas causas principais estão relacionadas a fatores intrínsecos, tais como, visão, audição, equilíbrio, força muscular, uso de medicamentos, doenças cardiovasculares, demências etc. Os fatores externos relativos ao meio ambiente também são importantes, mas concorrem em menor grau.

O monitoramento deste indicador no município de Itajaí revela ser a fratura de fêmur um importante problema de saúde pública, pois produz deslocamento de recursos para atenção especializada de alto custo, nem sempre é efetiva no que tange o retorno da condição de independência e provoca prejuízo social quando geralmente demanda a presença de um cuidador. Faz-se necessária a intensificação dos trabalhos da atenção primária na avaliação de risco e prevenção de quedas, pois conforme gráfico 40 a morbidade hospitalar dobrou em 2012 em relação ao ano anterior.

Gráfico 40. Morbidade hospitalar por Fratura de fêmur em idosos. Itajaí, 2007-2012.



Fonte: SIH-SUS

Tabela 10. Morbidade Hospitalar por fratura de fêmur(número absoluto) por sexo - Itajaí, 2008-2012

Sexo	2008	2009	2010	2011	2012
Masc	61	65	54	66	72
Fem	27	45	41	28	36

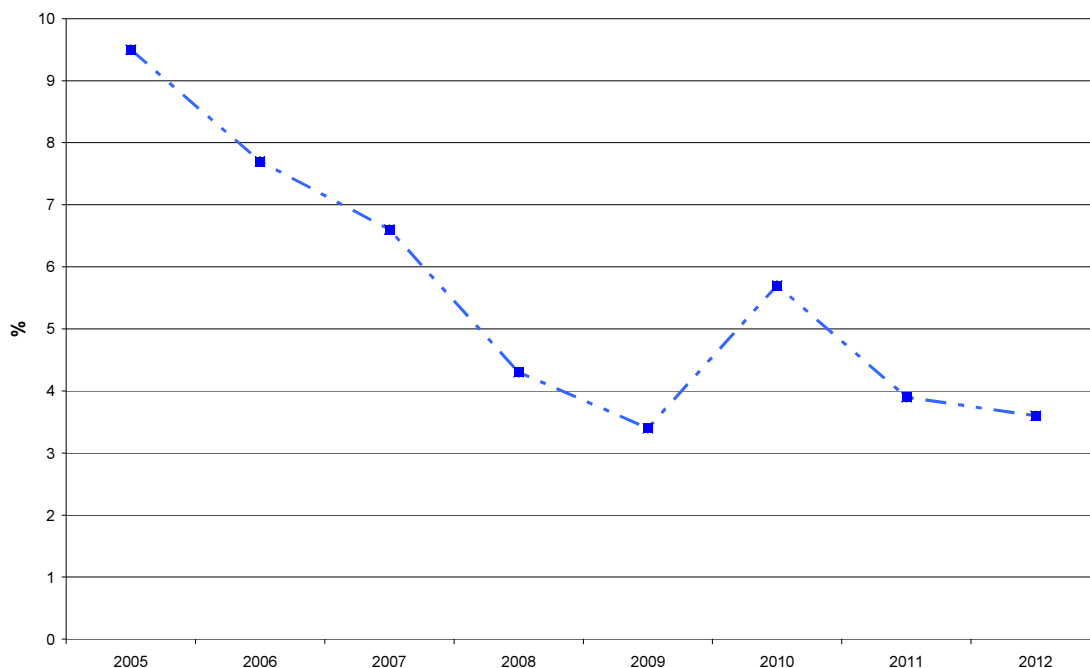
87

Fonte: SIH-SUS

1.3.4 CRIANÇA

A taxa de Baixo peso em menores de 5 anos têm mostrado diminuição importante como se observa no gráfico 41. Este índice avalia o estado nutricional das crianças, desde que é a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. O ingresso precoce na rede escolar, programas como bolsa família, monitoramento do peso nas escolas, acesso ao acompanhamento de nutricionista e realização das consultas de puericultura são fatores existentes que ampliados ao longo dos anos vieram a colaborar com a queda do indicador.

Gráfico 41. Percentual de menores de 5 anos com baixo peso, em Itajaí, 2005-2012.



Fonte: SISVAN/Itajaí

1.3.5 DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

88

A análise dos dados epidemiológicos tem por objetivo buscar a causa e os fatores que influenciam a ocorrência dos eventos relacionados ao processo saúde doença. Isto é possível porque o método epidemiológico permite descrever a frequência e distribuição destes eventos, comparando sua ocorrência em diferentes grupos populacionais, que apresentam distintas características demográficas, imunológicas, comportamentais, bem como a outros fatores.

Os achados epidemiológicos oferecem evidências suficientes para a implementação de medidas de prevenção e controle de doenças. O panorama das doenças de notificação compulsória de Itajaí se apresenta como indicadores capazes de traduzir uma parcela da situação de saúde da população, possibilitando que as políticas públicas de saúde sejam adequadas às necessidades da população.

1.3.5.1 ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

A incidência de acidentes causados por animais peçonhentos, não se distribui de maneira uniforme ao longo do ano, ocorrendo um incremento no número de casos nos períodos de chuva. Este agravo geralmente acomete com maior frequência adultos jovens do sexo masculino da zona rural, porém, no município de Itajaí em 2012, 85,5% dos casos de acidentes com animais peçonhentos ocorrem na zona urbana, com adultos jovens, sendo 52% causados por aranhas, seguidos de 11,5% causados por abelhas e 10,1% por serpentes. Em 13% dos acidentes peçonhentos não foi possível a identificação do causador.

A maioria dos acidentes por animais peçonhentos é considerada leve. No município de Itajaí, nos últimos anos, não houve casos letais.

Tabela 11. Acidentes peçonhentos e evolução. Itajaí, 2006-2012.

Evolução caso	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ign/Branco	0	0	0	0	0	1	0
Cura	1	70	75	48	77	93	68
Óbito por outra causa	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	70	75	48	77	94	69

Fonte: SINAN/MS.

1.3.5.2 AIDS

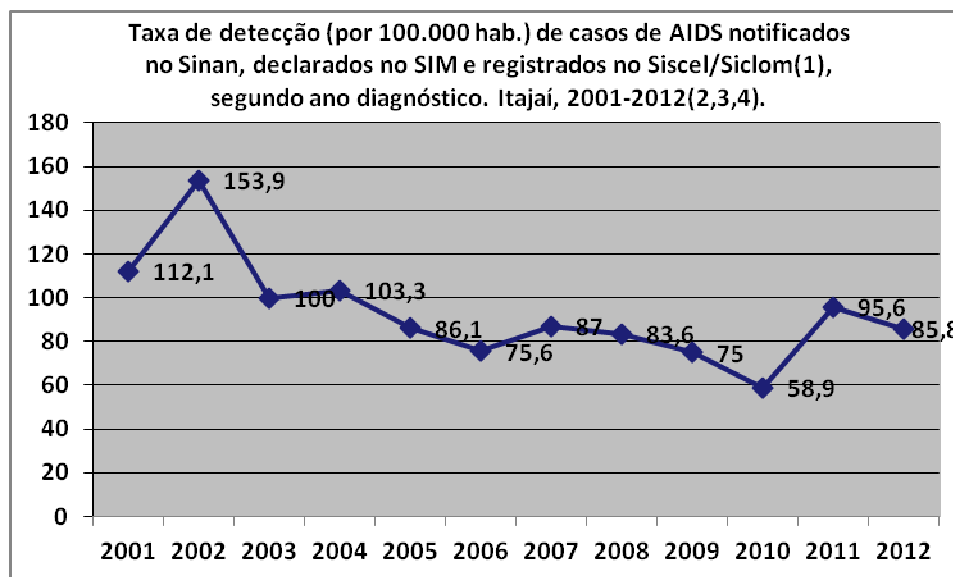
A dinâmica da disseminação espaço-temporal da epidemia de HIV/AIDS no Brasil teve início nos anos 80 e caracterizava-se pela concentração de casos nas metrópoles localizadas no Sudeste e Sul, sendo restrita aos grupos de homo e bissexuais e aos receptores de sangue e hemoderivados.

Então nos primeiros anos da década de 90, iniciou-se o crescimento do número de casos entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e então a epidemia seguiu basicamente as rotas de tráfico de drogas que interligavam a região oeste aos principais portos localizados no sudeste do país, chegando assim, ao litoral sul do Brasil com importantes subepidemias de HIV entre usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais em municípios da costa de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul.

Assim deu-se início a epidemia de AIDS no município de Itajaí, o qual em função do porto e da malha viária caracteriza-se também, como rota de profissionais itinerantes, como portuários e caminhoneiros, proporcionando condições favoráveis à prostituição e tráfico de drogas, o que contribuiu para os altos índices de AIDS na década de 90, chegando a alcançar o primeiro lugar no ranking brasileiro de incidência de AIDS.

Atualmente, em relação à detecção de casos de AIDS em Itajaí, observa-se no ano de 2012, uma taxa de 85,8 casos/100.000 habitantes, sendo aproximadamente 4 vezes maior que a taxa nacional (20,2/100.000 hab.), 3 vezes maior que a taxa da Região Sul (30,9/100.000 hab.) e 3 vezes maior que a taxa de Santa Catarina (33,5/100.000 hab.). Desta forma, alcançando no ranking de casos de AIDS para municípios com mais de 50.000 habitantes, terceiro lugar na Região Sul e primeiro lugar no Estado de Santa Catarina.

Gráfico 42. Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom(1), segundo ano diagnóstico, Itajaí, 2001-2012(2,3,4).



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

NOTAS: (1) Siclom utilizado para validação dos dados do Siscel.

(2) Sinan e Siscel até 30/06/2013 e SIM de 2000 a 2012.

(3) Os municípios estão ordenados pelas taxas de incidência de 2012.

(4) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

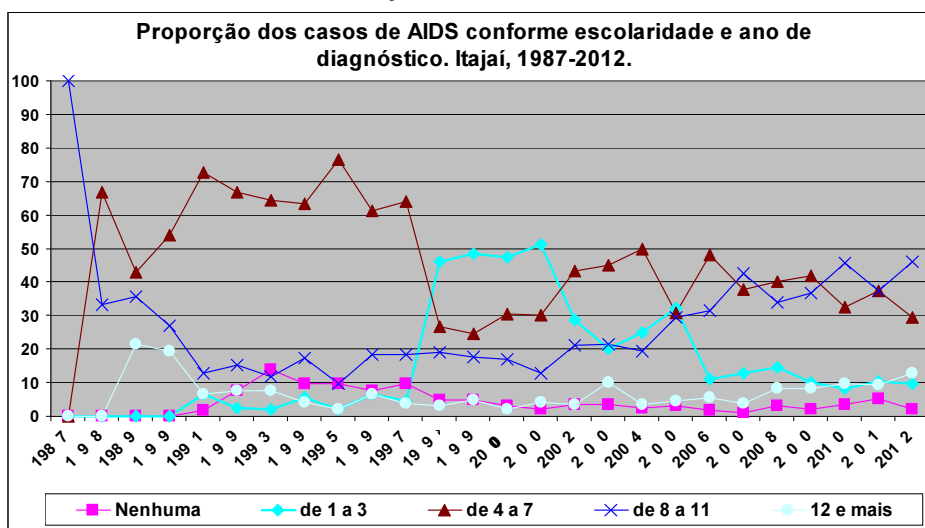
(5) POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 05/11/2013.

Avaliando-se a série histórica (2001-2012) da taxa de detecção de casos de AIDS em Itajaí, observa-se de forma geral tendência de queda, evidenciada no gráfico por curva descendente com períodos de flutuação, diferente da tendência de elevação de 2% no Brasil, mas seguindo a tendência de queda da Região Sul de 0,3% para os últimos 10 anos. Salienta-se o aumento importante da taxa de detecção no ano de 2011 em Itajaí, podendo refletir aumento da sensibilidade da Vigilância Epidemiológica, no entanto deve-se observar a tendência dos próximos anos para avaliar a possibilidade de tendência de aumento.

Em relação à escolaridade dos casos de AIDS, observa-se que a epidemia no município de Itajaí seguia as tendências mundiais de pauperização, principalmente no período entre 1998 e 2005, onde predominavam as escolaridades de 1 a 3 anos de estudo e de 4 a 7 anos de estudo, no entanto a partir de 2004 observa-se um constante aumento da escolaridade de 8 a 11 anos de estudo, chegando à predominância nos anos de 2007, 2010 e 2012. Destaca-se também o aumento importante e constante das proporções de casos entre a escolaridade de 12 anos e mais de estudo, com aumento de 3 vezes nos últimos cinco anos (4% em 2007 para 12% em 2012).

No Brasil os dados de 2012 revelam que, dos indivíduos notificados no SINAN com grau de instrução conhecido, a maioria possuía de 5ª à 8ª série incompleta (23,2%) e nível médio completo (21,3%), dados estes semelhantes aos de Itajaí, que demonstram a mesma predominância de escolaridade.

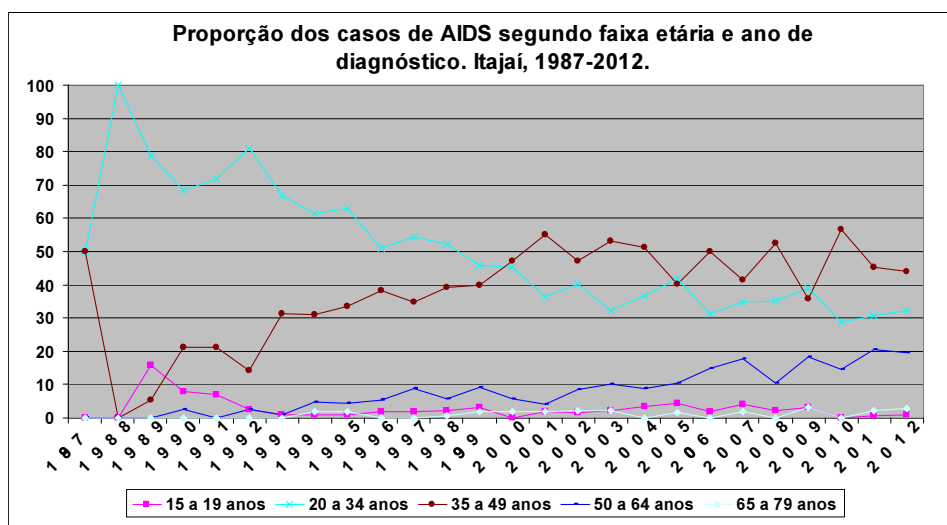
Gráfico 43. Proporção de casos de AIDS, conforme escolaridade e a no de diagnóstico, Itajaí, 1987-2012.



Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

Quanto a faixa etária dos casos de AIDS, observa-se redução da faixa entre 20 e 34 anos e aumento da faixa entre 35 e 49 anos, destacando-se o aumento da faixa entre 50 e 64 anos nos últimos 8 anos, com aumento de 122% (9% em 2004 para 20% em 2012).

Gráfico 44. Proporção dos casos de AIDS segundo faixa etária e ano de diagnóstico, Itajaí, 1987-2012.



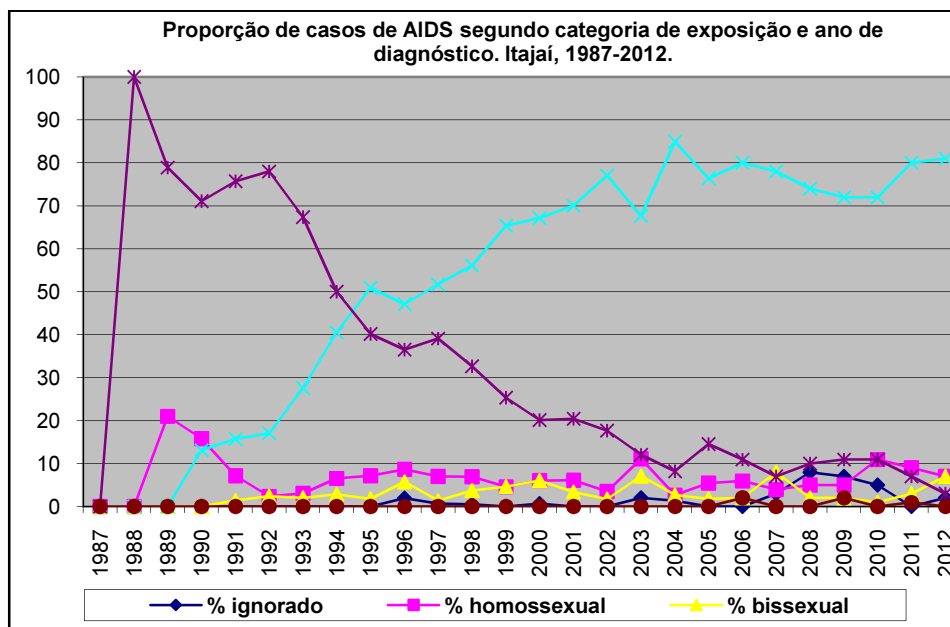
Fonte: SINAN-NET/DVE – Itajaí

Em relação à categoria de exposição dos casos de AIDS, observa-se mudança do perfil de exposição, evidenciando-se a inversão das categorias uso de drogas e heterossexual, acompanhando a tendência mundial de heterossexualização da epidemia. Além disso, destaca-se a queda vertiginosa da exposição por uso de drogas, principalmente a partir de 1993, após a implantação do Programa de Redução de Danos. Ainda evidencia-se a tendência de aumento da exposição Homo/Bissexual nos últimos 3 anos, a qual é discreta, mas constante.

Reiterando os dados de Itajaí, observa-se nos últimos 10 anos no Brasil, um aumento de cerca de 22% na proporção de casos de AIDS em homens com categoria de exposição homossexual e bissexual e uma redução de 3% entre homens heterossexuais. Já considerando ambos os sexos, nos últimos 10 anos, observa-se uma diminuição na

proporção de casos de AIDS usuários de drogas injetáveis (UDI) de cerca de 65% em homens e 48% em mulheres.

Gráfico 45. Proporção de casos de AIDS segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, Itajaí, 1987-2012.



Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

1.3.5.3 TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Desde 2000, a notificação de casos de gestante HIV+ e crianças expostas, é obrigatória e deve ser realizada por médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como por responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde, em conformidade com a lei e recomendações do Ministério da Saúde.

Denomina-se transmissão vertical do HIV a situação em que a criança é infectada pelo vírus HIV durante a gestação, o parto ou por meio da amamentação. No entanto, a criança, filha de mãe infectada pelo HIV, tem a oportunidade de não se infectar pelo HIV.

Este modo de transmissão ocorre através da passagem do vírus HIV da mãe para o feto ainda intra-útero (transplacentária), principalmente nas últimas semanas de

gestação (35%), e durante o trabalho de parto e parto propriamente dito (65%). No puerpério a transmissão pode ocorrer através da amamentação, a qual representa risco adicional de 7% a 22% a cada exposição e este risco ainda se eleva a aproximadamente 30%, quando a infecção da mãe ocorre durante o período de amamentação.

A taxa de transmissão vertical sem qualquer intervenção profilática situa-se em torno de 26%, entretanto, podem sofrer redução para níveis entre 0 a 2% com a aplicação de todas as intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS, que são: o uso de anti-retrovirais combinados a partir da 14ª semana de gestação (promovendo a queda da carga viral materna para menos que 1.000 cópias/ml ao final da gestação), utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto e parto; parto por cirurgia cesariana eletiva, AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade.

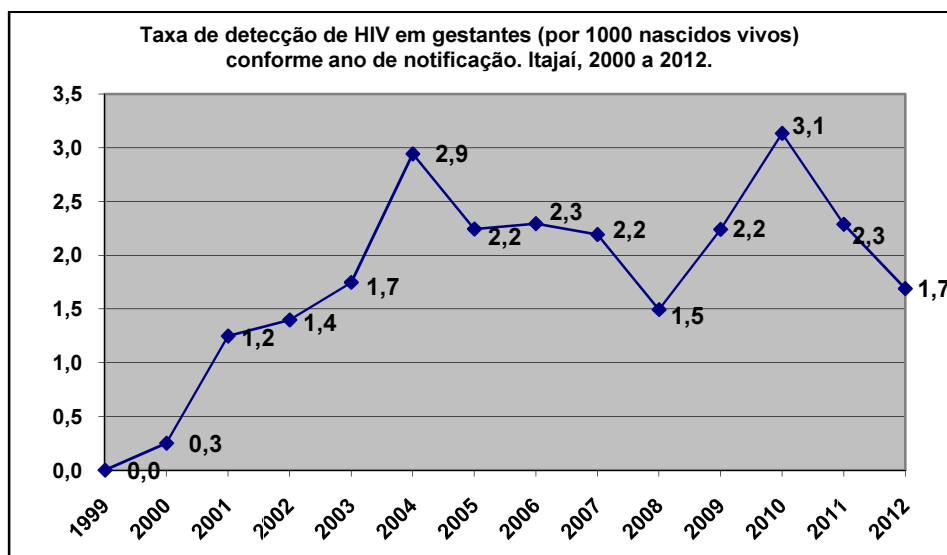
A prevenção da transmissão vertical do HIV é considerada uma prioridade para o município de Itajaí, que vem intensificando a vigilância epidemiológica dos casos de gestantes HIV+, com o objetivo final de evitar a transmissão vertical.

94

Em relação à detecção de casos de gestante HIV em Itajaí, observa-se tendência de queda para os últimos 3 anos, o que talvez reflita a queda da prevalência de HIV na população de mulheres em idade fértil, já que a população de gestantes representa, de maneira inequívoca, a população feminina sexualmente ativa. No entanto, também pode refletir baixa cobertura diagnóstica no pré-natal e no momento do parto.

Observa-se para Itajaí no ano de 2012, uma taxa de detecção de HIV em gestantes de 1,7 casos por 1000 nascidos vivos, a qual é aproximadamente 1,5 vezes maior que a taxa brasileira (2,4 casos/1000 nascidos vivos) para o mesmo ano, mas consideravelmente menor do que as taxas de detecção de HIV em gestantes da Região Sul (5,8%) e também do Estado de Santa Catarina (5,7/1000 nascidos vivos).

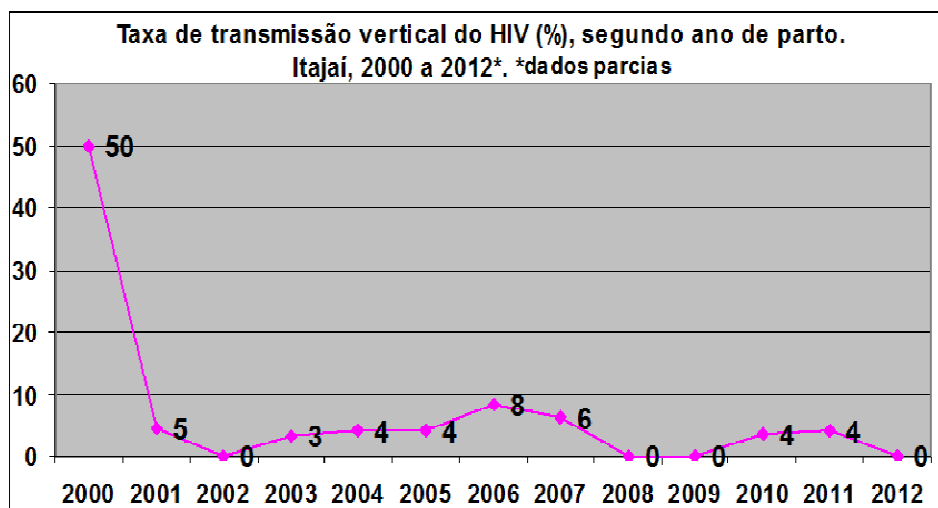
Gráfico 46. Taxa de detecção de HIV em gestantes (por mil nascidos vivos) conforme ano de notificação. Itajaí, 2000 a 2012.



Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

Avaliando-se a taxa de transmissão vertical do HIV em Itajaí, verifica-se uma tendência preocupante de aumento para os anos de 2010 e 2011, com 4% de transmissão vertical, considerada alta, já que a taxa de transmissão esperada quando todas as medidas de prevenção são instituídas deve estar entre 0 e 2%.

Gráfico 47. Taxa de transmissão vertical do HIV (%), segundo ano de parto , Itajaí, 2000-2012. * dados parciais



Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

No entanto, é positivo afirmar que nos últimos 4 anos, não houve nenhum caso de transmissão vertical de gestante diagnosticada durante o pré-natal, evitando-se assim, 100% de transmissão vertical nesse grupo e demonstrando a eficácia das ações de prevenção realizadas durante a gestação, parto e nos primeiros meses de vida do recém-nascido.

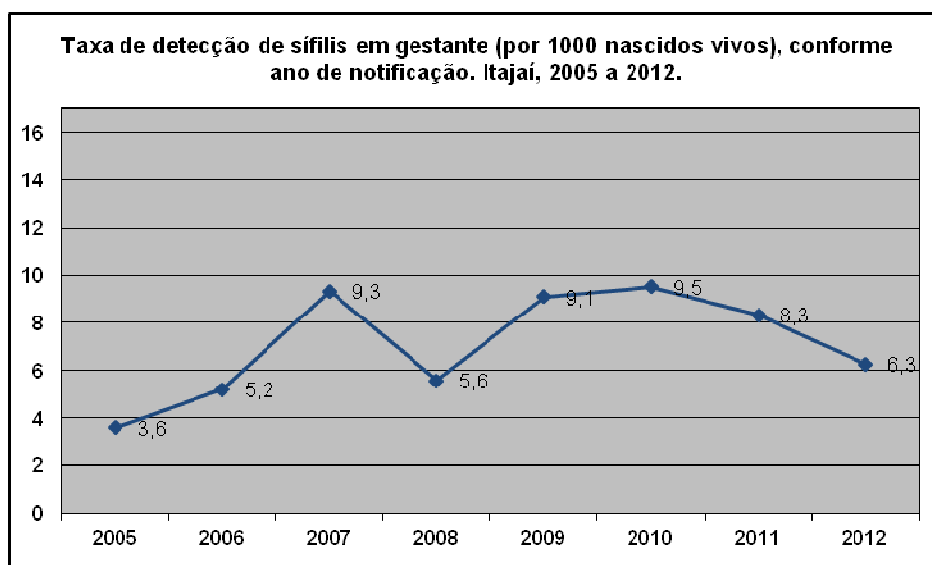
Quanto aos casos confirmados de transmissão vertical dos anos de 2010 e 2011, vêem-se principalmente critérios de evitabilidade individuais e sociais, já que em 2010, os 2 casos confirmados de transmissão vertical são de mães com diagnóstico de HIV anterior a gestação (uma usuária de drogas e portadora de tuberculose com pré-natal irregular e a outra sem pré-natal e em abandono de tratamento de AIDS) e em 2011, os 2 casos confirmados de transmissão vertical são: de mãe com diagnóstico anterior a gestação (mãe usuária de drogas e portadora de tuberculose com pré-natal irregular) e de mãe com diagnóstico no momento do parto, mesmo tendo realizado pré-natal regular e realizado todas as ações de prevenção de forma oportuna a partir do diagnóstico.

1.3.5.4 TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

A Prevenção da Sífilis Congênita ocorre através do diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da gestante e seu parceiro com Penicilina Benzatina, pois esta é a única droga que além de tratar a gestante, atravessa a barreira placentária, erradicando o *Treponema pallidum* do organismo fetal, nos casos em que a transmissão placentária já tenha ocorrido. No entanto, mesmo com instrumentos diagnósticos e terapêuticos confiáveis, baratos e de execução simples, a Sífilis Congênita permanece como um problema de saúde pública mundial. Em relação à detecção de casos de Sífilis em gestante, observa-se em Itajaí taxa 6,3 casos por 1000 nascidos vivos em 2012, sendo comparativamente maior que a detecção de sífilis em gestantes do Brasil (5 casos por 1000 nascidos vivos), da Região Sul (4 casos por 1000 nascidos vivos) e também do Estado de Santa Catarina (3 casos por 1000 nascidos vivos), refletindo as altas coberturas diagnósticas, principalmente no momento do parto, além da alta capacidade operacional da vigilância epidemiológica. No entanto, deve-se considerar a taxa de detecção em gestantes como *Proxy* da incidência de sífilis na população feminina em idade fértil, demonstrando alta incidência de sífilis no município de Itajaí.

97

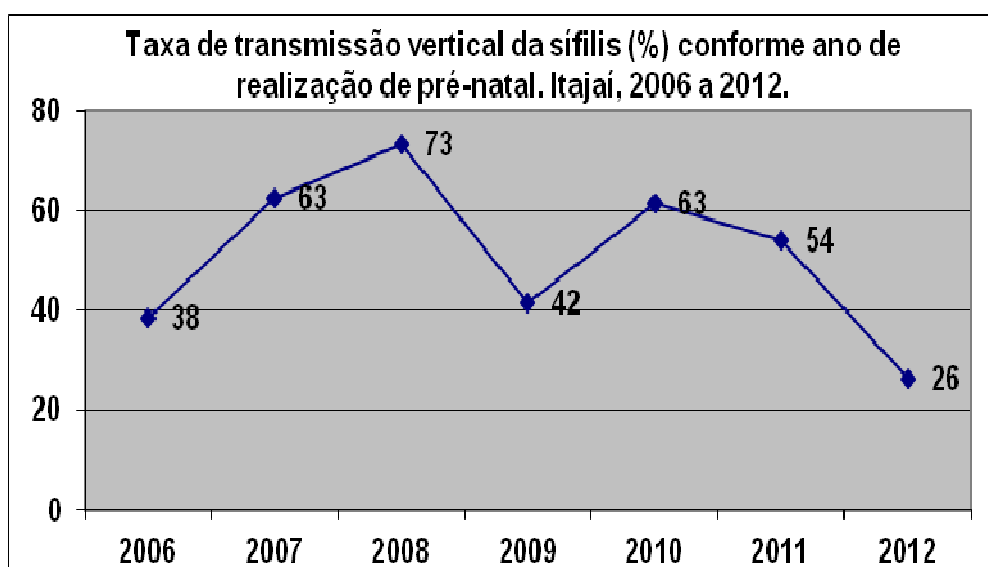
Gráfico 48. Taxa de detecção de sífilis em gestante (por 1000 nascidos vivos), conforme ano de notificação, Itajaí, 2005 a 2012



Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

Quanto à taxa de transmissão vertical da Sífilis, observa-se tendência de queda expressiva principalmente a partir de 2008, reduzindo de 73% em 2008 para 26% em 2012 (redução de 65%) e redução da Incidência de Sífilis Congênita de 6,22 casos/1000 nascidos vivos em 2007 para 2,32 casos/1000 nascidos vivos em 2012.

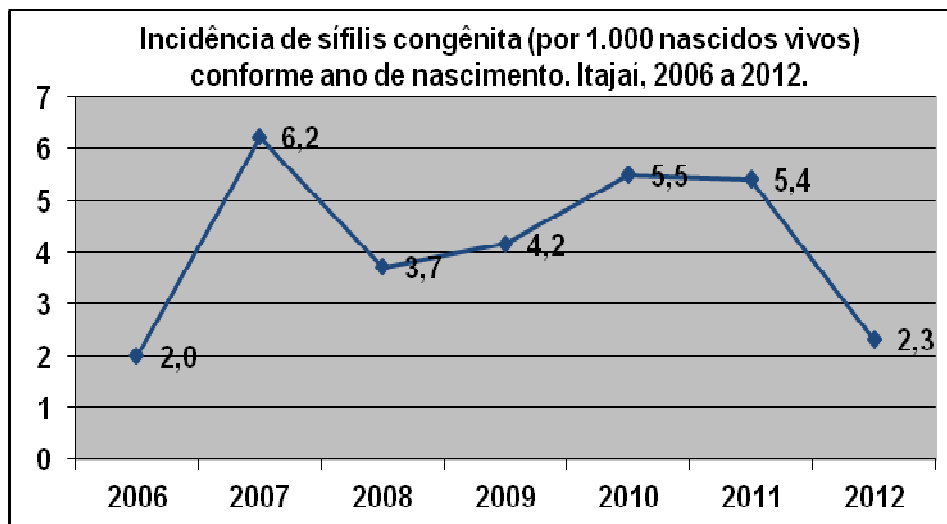
Gráfico 49. Taxa de transmissão vertical da sífilis (%) conforme ano de realização de pré-natal, Itajaí, 2006-2012.



Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

Em relação à incidência de sífilis congênita em Itajaí no ano de 2012, observa-se 2,3 casos por 1000 nascidos vivos, sendo semelhante ao índice encontrado para o Brasil (1,8 casos/1000 nascidos vivos), 2 vezes maior que o da Região Sul (1,16 casos/1000 nascidos vivos) e 7 vezes maior que o índice do Estado de Santa Catarina (0,33 casos/1000 nascidos vivos).

Gráfico 50. Incidência de Sífilis Congênita (por 1000 nascidos vivos) conforme ano de nascimento, Itajaí, 2006-2012.



Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

Cabe salientar que ao longo dos anos os problemas relacionados ao manejo dos casos de sífilis em gestante em Itajaí vêm se modificando, sendo caracterizados no ano de 2006 por prescrições de tratamento inadequadas (60%), tornando-se no ano de 2012 problemas relacionados à tratamento inferior a 30 dias do parto/aborto (20%), não realização de pré-natal (20%), diagnóstico no momento do parto/aborto (20%), falha de tratamento (20%) e não tratamento do parceiro (20%), por recusa do mesmo ou falta de monitoramento da equipe de saúde.

Diante dos dados epidemiológicos levantados e da análise dos casos de transmissão ocorridos no ano de 2012, ainda observa-se fragilidades relacionadas à busca ativa de gestantes sem pré-natal, diagnóstico tardio relacionado à não realização dos exames de rotina do pré-natal ou realização tardia dos exames solicitados, dificuldades em acessar/sensibilizar/responsabilizar parceiro para tratamento concomitante à gestante e deficiências relacionadas ao monitoramento de aplicação das doses prescritas (intervalos inadequados, aplicações inadequadas).

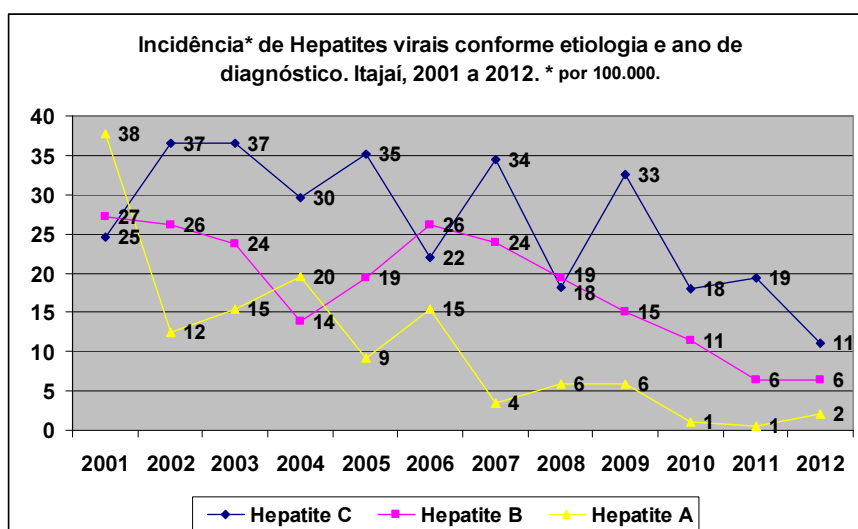
1.3.5.5 HEPATITES

As Hepatites Virais são um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Os agentes etiológicos das hepatites virais são os chamados vírus hepatotrópicos, sendo os mais importantes designados por letras do alfabeto (vírus A, vírus B, vírus C, vírus D e vírus E). Quanto às formas de transmissão, as hepatites virais podem ser classificadas em dois grupos: o de transmissão fecal-oral (vírus A e vírus E) que tem seu mecanismo de transmissão ligado às condições de saneamento básico e higiene pessoal, da água e dos alimentos. O segundo grupo (vírus B, vírus C e vírus D) que possui via de transmissão parenteral, sexual, vertical, compartilhamento de material contaminado (seringas, agulhas e canudos), seja para higiene pessoal (alicate de unha, barbeador, escova de dente), seja para colocação de piercings, tatuagens, entre outras.

Em relação à taxa de detecção de hepatites virais no município de Itajaí, observam-se tendência de queda importante de todas as etiologias, sugerindo subdiagnóstico de casos na Atenção Básica, dificuldades ligadas ao fluxo de encaminhamento para o Programa de Hepatites Virais, além de subnotificação de casos.

100

Gráfico 51. Incidência* de hepatites virais conforme etiologia e ano de diagnóstico, Itajaí, 2001 a 2012. * por 100.000.

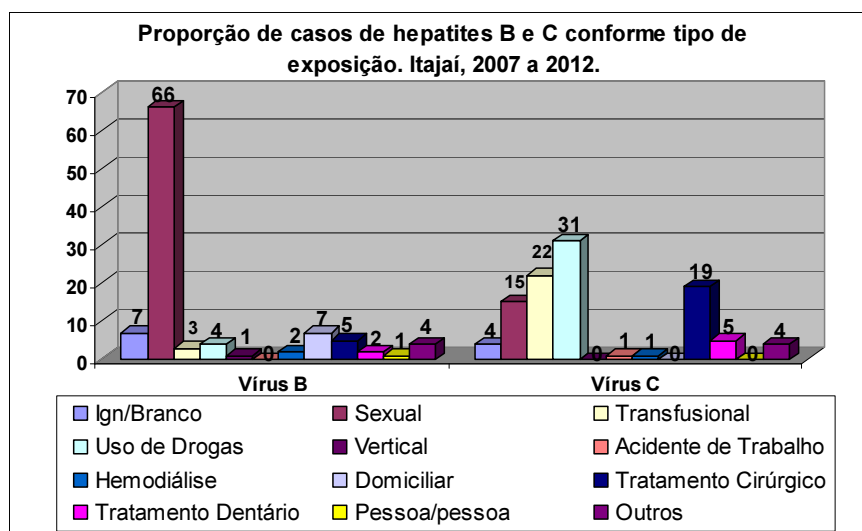


Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

Observa-se também que a Hepatite do tipo C é historicamente mais prevalente do que as demais, com períodos de flutuação, mas com média superior as hepatites dos tipos A e B, principalmente relacionado ao alto percentual de uso de drogas, sendo responsável por 35% dos casos de Hepatite C no período de 2007 a 2012.

Chama também especial atenção, o alto percentual de casos de Hepatite B que tem como principal fonte de infecção a exposição sexual (66%), indicando a necessidade de abordagens inovadoras relacionadas às estratégias de prevenção.

Gráfico 52. Proporção de casos de hepatite B e C conforme tipo de exposição, Itajaí, 2007-2012.



Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

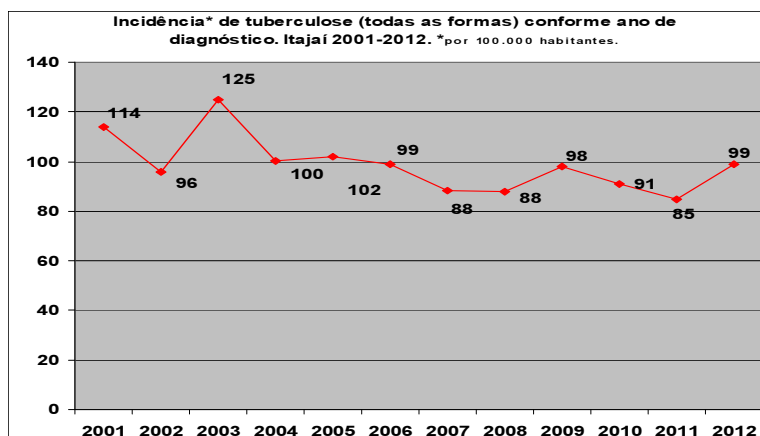
1.3.5.6 TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, causada por um microrganismo conhecido como bacilo de Koch. É transmitida de pessoa a pessoa através da tosse, fala e espirro, podendo se manifestar nas formas pulmonar (forma contagiosa) e extra-pulmonar (não contagiosa).

A tuberculose pulmonar é a forma mais comum, atingindo 90% dos casos. As formas extrapulmonares mais comuns são: pleural, ganglionar, linfática, óssea, urinária, miliar, meningoencefálica, cutânea, ocular e outras menos frequentes. O tratamento da tuberculose é relativamente simples, sendo feito basicamente com medicamentos via oral,

tomados diariamente por seis meses. O remédio é fornecido gratuitamente e após uma semana de tratamento correto o paciente não transmite mais a doença. O tratamento não pode ser interrompido e caso isto ocorra ele volta a transmitir a doença, podendo desenvolver a forma mais grave de tuberculose: a tuberculose multirresistente. Por esta razão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o acompanhamento através do tratamento supervisionado (DOTS), com objetivo de aumentar a adesão e não deixar que o paciente abandone o tratamento. Este trabalho foi iniciado em Itajaí no ano de 2005. A prevenção da Tuberculose se dá através da vacinação com a BCG que é obrigatória no Brasil para todos os recém-nascidos e está disponível na maternidade do HMMKB; e através de quimioprofilaxia, feita com um medicamento (isoniazida) por seis meses para os contatos de doentes bacilíferos (forma pulmonar) e com grande risco de adoecer, principalmente os menores de 15 anos e os portadores do HIV. A incidência de tuberculose no município de Itajaí é muito superior à incidência nacional (35,6 casos/100.000 hab) e de Santa Catarina (27 casos/100.000 hab), ainda assim, a investigação de SR através de coleta de material para baciloscopia era insuficiente e as metas, de 85% de cura e menos de 5% de abandono e 5% de óbito, não são alcançadas há anos. No ano de 2012, como consequência da intensificação das ações de diagnóstico, houve um incremento na incidência em 16%, porém acredita-se que a busca de novos casos, apesar de elevar a incidência em curto prazo, deve ter como consequência o tratamento do caso índice e a investigação de contatos, interrompendo a cadeia de transmissão e reduzindo a incidência em longo prazo.

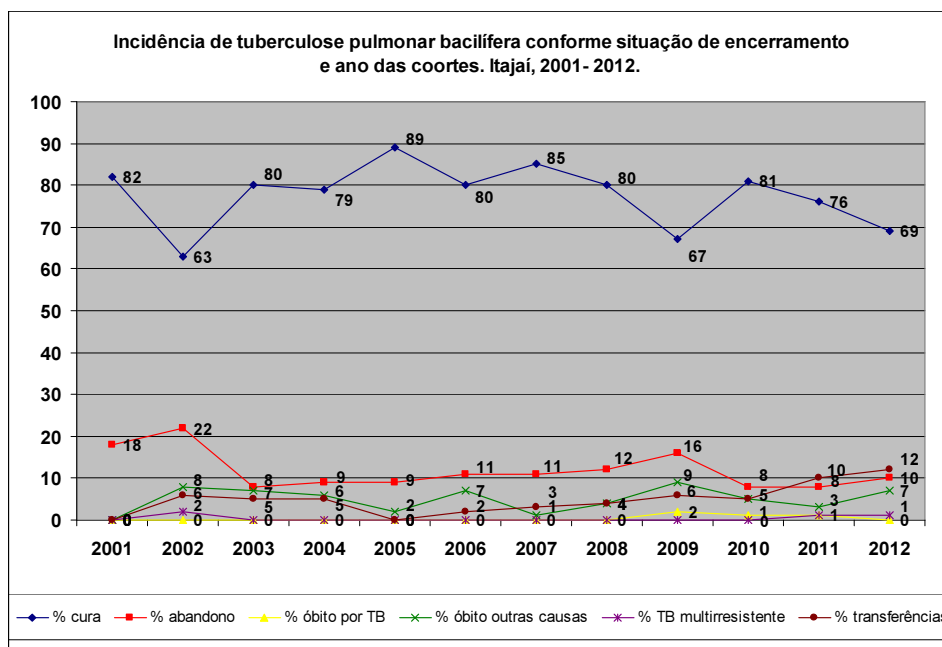
Gráfico 53. Incidência* de tuberculose (todas as formas) conforme ano de diagnóstico, Itajaí, 2001-2012. *por 100.000



Fonte: SINAN/MS

Considerando-se o encerramento dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera, observa-se redução considerável dos percentuais de cura nos últimos 3 anos, motivada principalmente pelo aumento dos encerramentos por transferência para outros municípios ou estados (5% em 2010 para 12% em 2012) e depois por aumento de óbito por outras causas (3% em 2011 para 7% em 2012) e aumento do abandono (8% em 2010 para 10% para 2012).

Gráfico 54. Incidência de tuberculose bacilífera conforme situação de encerramento e ano das coortes, Itajaí, 2001-2012



Fonte: SINAN/MS

Quando se separa os casos de tuberculose em monoinfectado e coinfecado HIV-TB, observa-se apesar da queda do índice de cura (83% em 2010 para 71% em 2012) motivada pelo aumento das transferências (2% em 2010 para 13% em 2012), melhora dos demais indicadores, com redução das taxas de abandono (14% em 2009 para 8% em 2012) e óbito por TB (2% em 2010 e 2011 e 0% em 2012).

No entanto, encontra-se como maior desafio, o programa de coinfecados HIV/TB apresentando redução dos percentuais de cura (74% em 2010 para 50% em 2012),

apesar da tendência de manutenção das transferências (5% em 2010 para 6% em 2012), e aumento dos percentuais de abandono (5% em 2010 para 19% em 2012) e óbito por outras causas, lendo-se outras causas como AIDS (16% em 2010 para 25% em 2012).

1.3.5.7 HANSENÍASE

A Hanseníase é uma doença infecto contagiosa, causada pelo Bacilo de Hansen, ou *Mycobacterium Leprae*, o qual atinge a pele e terminações nervosas dos braços, mãos, pernas, pés, rosto, orelhas, olhos e nariz, possuindo grande potencial para provocar incapacidades físicas e deformidades.

Os sinais da hanseníase mais comuns são: manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou acastanhadas, em qualquer parte do corpo, que podem ser lisas ou elevadas; caroços avermelhados ou acastanhados; áreas da pele, mesmo sem manchas, que não coçam, mas formigam ou pinicam e vão ficando dormentes, com diminuição ou ausência de dor, de sensibilidade ao calor, ao frio e ao toque. Estes sinais podem se localizar em qualquer parte do corpo, mas ocorrem, com maior frequência, na face, orelhas, costas, braços, nádegas e pernas.

104

Outros sinais encontrados são:

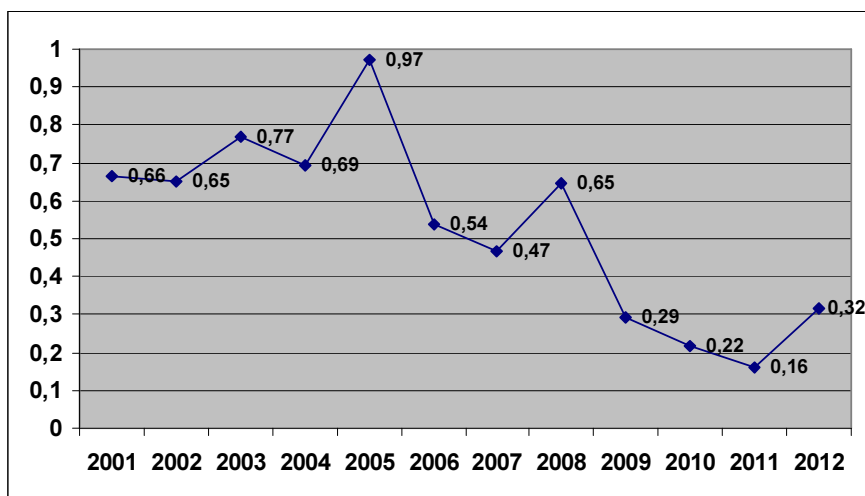
- engrossamento de certos nervos dos braços, pernas e pescoço, acompanhado ou não de dor;
- aparecimento de caroços ou inchaços, no rosto, orelhas e nas mãos;
- perda dos pelos nas manchas;
- perda dos cílios e sobrancelhas (às vezes).

A principal via de eliminação dos bacilos é através do trato respiratório (tosse e espirro), sendo interrompida logo no início do tratamento. A hanseníase apresenta longo período de incubação; em média, de dois a sete anos, havendo referência a períodos mais curtos, de sete meses, como também de mais de dez anos.

O tratamento é ambulatorial, podendo durar de 6 a 12 meses, se seguido corretamente. Os medicamentos devem ser tomados diariamente em casa e uma vez por mês no serviço de referência. A regularidade do tratamento é fundamental para a cura do paciente e interrupção da cadeia de transmissão da doença, sendo assim, logo no início do tratamento a transmissão da doença é interrompida e, se realizado de forma completa e correta, garante a cura total da doença. Também fazem parte do tratamento da hanseníase os exercícios para prevenir as incapacidades e deformidades físicas, além de orientações da equipe de saúde. A prevenção de incapacidades é atividade primordial durante o tratamento e, em alguns casos, até mesmo após a alta, sendo parte integrante do tratamento do paciente com hanseníase. É imprescindível que os contatos domiciliares dos pacientes com hanseníase também sejam examinados e orientados pelo serviço de referência, de forma que saibam reconhecer os sinais e sintomas da doença.

O município de Itajaí apresenta taxas de eliminação da hanseníase há mais de 10 anos, pois desde então, apresenta incidência inferior a 1 caso para 10.000 habitantes, com 100% de cura de todos os casos novos desde 2008 e com pouquíssimos casos de recidiva. No ano de 2012 observou-se um incremento importante no número de casos diagnosticados, passando de 3 casos no ano de 2011, para 6 casos em 2012, com reflexo também na taxa de detecção de casos, aumentando de 0,16 para 0,32 casos para 10.000 habitantes.

Gráfico 55. Incidência (por 100.000 habitantes) de hanseníase segundo ano de diagnóstico, Itajaí, 2011 a 2012



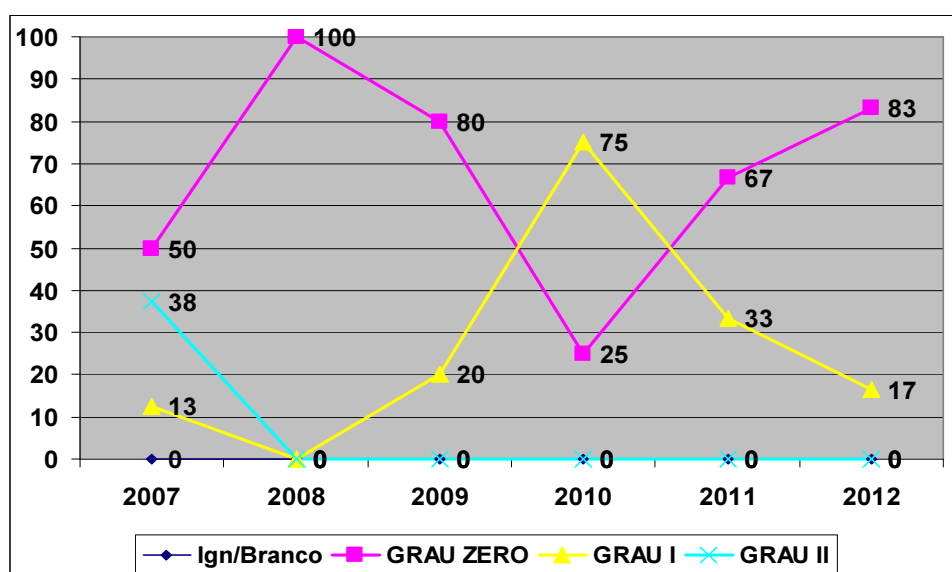
Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

Acredita-se que este incremento seja consequência das ações implementadas pela Atenção Básica na Campanha de 2012, com a promoção de educação em saúde, busca ativa de sintomáticos, além da busca e investigação de casos e contatos dos últimos 10 anos. Ressalta-se também a Capacitação em Hanseníase para a Atenção Básica ministrada pela Diretoria de Vigilância do Estado de Santa Catarina em parceria com o município de Itajaí, a qual deu subsídios para a suspeição diagnóstica de 5 dos 6 casos confirmados pelo Programa de Hanseníase.

O município de Itajaí, nos últimos 5 anos apresenta média de contatos avaliados entre os registrados de 85% e no ano de 2012 alcançou 100% de contatos avaliados, estando dentro dos parâmetros recomendados pela Organização Mundial de Saúde (Bom > 75%, Regular 50 - 75%, Precário < 50%).

O diagnóstico de casos novos de hanseníase tem sido considerado precoce, já que o percentual de grau de Incapacidade física zero tem se mostrado ascendente nos últimos 3 anos, predominando sobre o grau de incapacidade física I. Em relação ao grau de incapacidade física II, observa-se que o mesmo se mantém negativo desde 2008, considerado Baixo segundo os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (Alto > 10%, Médio 5 - 10%, Baixo < 5%).

Gráfico 56. Proporção de casos novos de hanseníase, segundo grau de incapacidade física e ano de diagnóstico. Itajaí, 2007 a 2012.



Fonte: SINAN-NET/DVE - Itajaí

Atualmente não existem casos registrados em menores de 15 anos, sendo que o último registro foi no ano de 2008, apresentando taxa de detecção de 0,23 casos/10.000 habitantes, já considerada Baixa para os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (Hiperendêmico: >10,00/100.000 hab., Muito alto: 5,00 a 9,99 /100.000 hab., Alto: 2,50 a 4,99 /100.000 hab., Médio: 0,50 a 2,49 /100.000 hab., Baixo: <0,50/100.000 hab.)

O município de Itajaí apresenta ótimas taxas de detecção de Hanseníase e indicadores positivos como 100% de cura de todos os casos desde 2008, inexistência de abandono, alto percentual de contatos avaliados, baixo percentual de casos diagnosticados com grau de incapacidade maior que II e inexistência de casos na população menor de 15 anos desde 2008, dando sustentação aos índices de eliminação.

1.3.5.8 DENGUE

A dengue é uma doença viral febril aguda transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, e podem manifestar-se como formas pouco sintomáticas até quadros graves que podem evoluir para óbito, sendo assim uma doença de saúde pública.

107

É agravo de padrão sazonal, com maior incidência nos 5 primeiros meses do ano que correspondem ao período mais quente e úmido, sinalizando a necessidade de ações e atividades de combate ao vetor de forma intensa, integrada e com planejamento local baseado no diagnóstico de ações de risco feito através do mapeamento dos focos dos mosquitos.

Santa Catarina continua sendo o único Estado sem transmissão autóctone da dengue. Itajaí segue este perfil estadual, porém, o Programa Municipal de Controle da Dengue tem desenvolvido exemplar serviço de prevenção.

Tabela 12. Número de focos do *Aedes aegypti*. Itajaí, 2010-2012.

Ano	total de focos	total imóveis com foco
2010	27	20
2011	15	12
2012	0	0

Fonte: SINAN/MS

Em relação aos casos de dengue notificados no SINAN- Itajaí pode-se afirmar que todos adquiriram a doença em locais fora do estado de Santa Catarina, vindo a classificação na tabela a seguir:

Tabela 13. Classificação dos casos de Dengue. Itajaí, 2010-2012.

Casos	2010	2011	2012
Confirmado	6	4	5
Descartado	26	20	23

Fonte: SINAN/MS

1.3.5.9 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

Na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), elenco norteador para a Programação Anual de Saúde do município para o alcance das metas previstas no Pacto pela Saúde, foi incluído como ação prioritária o encerramento dos casos notificados de doenças exantemáticas por critério laboratorial. Para esta ação prioritária o município pactuou meta de 90%.

108

Tabela 14. Casos de Rubéola e Sarampo segundo o desfecho. Itajaí, 2010-2012.

Ano Notificação	Sarampo		Rubéola	
	suspeito	confirmado	suspeito	confirmado
2010	7	7	14	14
2011	17	17	21	21
2012	12	12	27	27

Fonte: SINAN/MS

1.3.5.10 ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO

O atendimento anti-rábico, gerado pela ocorrência de ferimento provocado por ataque de animais (geralmente cães e gatos) a seres humanos, é o agravo de notificação mais frequente, em 2012, Itajaí notificou 1049 atendimentos anti-rábicos, sendo o cão responsável por 91,9% das agressões. Na vigilância da raiva, os dados epidemiológicos são essenciais detectar precocemente a circulação do vírus em animais, visando impedir a ocorrência de casos de casos humanos, propor e avaliar as medidas de prevenção

adotada, determinar áreas de risco para raiva humana e as áreas de risco, para intervenção.

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (2006), um caso de raiva humana representa falência do sistema de saúde local, além de ser um indicador para avaliação da qualidade dos serviços.

Tabela 15. Notificações de atendimento anti-rábico humano segundo animal agressor. Itajaí, 2010-2012.

Agressor	cão	gato	morcego	macaco	outra	total
2010	823	74	4	0	0	901
2011	978	65	2	0	2	1047
2012	964	76	4	1	4	1049

Fonte: SINAN/MS

1.3.6 SAÚDE BUCAL

A realização do levantamento epidemiológico é de extrema importância para o conhecimento do tipo e prevalência das doenças bucais no município. A partir dos dados obtidos no levantamento, é possível planejar, executar e avaliar as ações de saúde na promoção da saúde bucal, prevenção de agravos e tratamento curativo para a população.

Os índices de saúde bucal mais recente de Itajaí provêm do levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, o SB Brasil 2000. O

CPO-D aos 12 anos foi 1,82, abaixo do índice preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Brasil que é 3,0; isto ocorre devido à fluoretação das águas de abastecimento público e aos programas de promoção de saúde bucal desenvolvidos pela Secretaria de Saúde em parceria com Secretaria de Educação. A idade de 12 anos é uma referência internacional para avaliação da condição de cárie dentária, sendo de grande importância epidemiológica, pois marca a transição da dentição mista para a dentição permanente.

Embora o resultado encontrado na faixa etária dos 12 anos seja excelente, as tabelas abaixo mostram que nas idades entre 35 e 74 anos, ainda prevalece um CPO-D relativamente alto. Isso se deve ao fato de que os programas de promoção de saúde só

tiveram início no município a partir de 1999, Assim a falta de educação em saúde, introdução de bons hábitos de higiene bucal, ações efetivas para promoção/prevenção de saúde bucal refletem resultados negativos (altos índices de dentes obturados e perdidos) nos dias de hoje.

Tabela 16. Número de Dentes Permanentes Hígidos, Cariados, Perdidos e Obturados Segundo Idade. Itajaí, 2003.

Idade (anos)	n	Hígido	Cariado	Obturado /cariado	Obturado	Perdido	CPO-D
05	208	211	02	00	00	00	0,009
12	224	5489	151	09	225	22	1,81
15 a 19	92	2067	175	40	289	30	5,80
35 a 44	40	314	76	30	267	482	21,37
65 a 74	13	31	07	00	03	349	27,61
Total	577	8112	411	79	784	883	56,60

Fonte: Ministério da Saúde. SB, 2003.

110

Tabela 17. Média dos componentes do índice CPO-D segundo idade. Itajaí, 2003.

Idade (anos)	n	Hígido	Cariado	Obturado o/cariado	Obturado o	Perdido	CPO-D
05	208	1,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01
12	224	24,50	0,67	0,04	1,00	0,10	1,82
15 a 19	92	22,47	1,90	0,43	3,14	0,33	5,80
35 a 44	40	7,85	1,90	0,75	6,68	12,05	21,38
65 a 74	13	2,38	0,54	0,00	0,23	26,85	27,62

Fonte: Ministério da Saúde. SB, 2003.

Tabela 18. Composição percentual do índice CPO-D segundo idade. Itajaí, 2003.

Idade (anos)	n	Hígido	Obturado/ cariado	Obturado	Perdido	CPO-D
05	208	100,00	0,00	0,00	0,00	100
12	224	37,10	2,21	55,28	5,41	100

15 a 19	92	32,77	7,49	54,12	5,62	100
35 a 44	40	8,89	3,51	31,23	56,37	100
65 a 74	13	1,95	0,00	0,84	97,21	100

Fonte: Ministério da Saúde. SB, 2003.

1.4 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ

O município de Itajaí tem se organizado de forma a buscar um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo, para assim proporcionar o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população local, através da realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde.

O principal objetivo do sistema é oferecer ações integrais e qualificadas em saúde, baseadas na promoção e prevenção em saúde, bem como, permitir o rastreamento/diagnóstico precoce das doenças, buscando melhorar a qualidade de vida da população.

A tabela abaixo demonstra o tipo e número de estabelecimentos de saúde disponibilizados no município de Itajaí.

111

Tabela 19. Tipo e número de unidades de saúde. Itajaí, 2012.

Tipo de Estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Sindicato	Total
ACADEMIA DA SAÚDE	1	0	0	0	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	3	0	0	0	3
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	23	1	2	1	27
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	6	5	58	0	69
CONSULTÓRIO	2	1	349	3	355
FARMÁCIA	1	0	6	0	7
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	1	0	0	1
HOSPITAL GERAL	0	1	0	0	1
POLICLÍNICA	2	0	1	0	3
POSTO DE SAÚDE	1	0	0	0	1
PRONTO ATENDIMENTO	2	0	0	0	2
SECRETARIA DE SAÚDE	2	0	0	0	2
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE	1	0	26	0	27

DIAGNOSE E TERAPIA					
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	2	0	0	0	2
Total	46	9	442	4	501

Fonte: CNES

Em relação à produtividade, diversos procedimentos são realizados na rede de saúde do município. As Tabelas abaixo apresentam os procedimentos realizados no ano de 2012.

Tabela 20. Produção Ambulatorial (número) por Grupo de Procedimento. Itajaí, 2010-2011.

SubGrupproc[2008+	2010	2011
AÇÕES DE PROM E PREV EM SAUDE	184.234	317.675
PROC COM FINALIDADE DIAGNOSTICA	1.182.647	2.292.506
PROCEDIMENTOS CLINICOS	2.683.154	1.870.189
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	75.853	77.511
TRANSP DE ORG, TECIDOS E CELULAS	102	100
ORTESES, PROT E MATERIAS ESPECIAIS	2.106	3.036
ACOES COMP DA AT SAUDE	895	2.038
Total	4.128.991	4.563.055

Fonte: SIA-SUS

112

Tabela 21. Produtividade da Rede Municipal de Saúde. Itajaí, 2012.

SERVIÇOS REALIZADOS

SubGrupproc[2008+	2012	
	Quantidade Aprovada	Valor Aprovado
AÇÕES DE PROM E PREV EM SAUDE	157.264	1.455,30
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	145.868	1.455,30
0102 Vigilância em saúde	11.396	0,00
PROC COM FINALIDADE DIAGNOSTICA	1.593.606	13.270.769,62
0201 Coleta de material	12.587	112.809,59
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	1.018.324	5.160.083,40
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e	32.966	475.614,86

citopatologia		
0204 Diagnóstico por radiologia	132.399	1.603.969,58
0205 Diagnóstico por ultra-sonografia	59.050	1.445.671,72
0206 Diagnóstico por tomografia	5.944	710.113,98
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	4.225	1.135.468,75
0208 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	1.035	313.326,97
0209 Diagnóstico por endoscopia	2.766	219.779,76
0210 Diagnóstico por radiologia intervencionista	118	57.304,00
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	84.357	2.027.100,65
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	559	9.525,36
0213 Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	0	0,00
0214 Diagnóstico por teste rápido	239.276	1,00
PROCEDIMENTOS CLINICOS	2.586.304	11.931.760,84
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	2.185.066	4.745.174,07
0302 Fisioterapia	153.863	841.191,97
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	4.908	154.521,75
0304 Tratamento em oncologia	7.211	3.185.476,38
0305 Tratamento em nefrologia	16.418	2.793.502,66
0306 Hemoterapia	907	6.936,43
0307 Tratamentos odontológicos	209.534	12.531,45
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	0	0,00
0309 Terapias especializadas	8.397	192.426,13
0310 Parto e nascimento	0	0,00
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	71.157	1.398.989,57
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	56.769	22.463,42
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	0	0,00
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0	0,00
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	299	12.645,44
0405 Cirurgia do aparelho da visão	4.992	1.264.358,77
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	31	925,66
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	720	20.976,21

0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	283	8.876,23
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	2	56,72
0410 Cirurgia de mama	0	0,00
0411 Cirurgia obstétrica	0	0,00
0412 Cirurgia torácica	2	109,94
0413 Cirurgia reparadora	0	0,00
0414 Bucomaxilofacial	7.836	51.029,08
0415 Outras cirurgias	46	1.373,56
0416 Cirurgia em oncologia	0	0,00
0417 Anestesiologia	5	104,23
0418 Cirurgia em nefrologia	172	16.070,31
TRANSP DE ORG, TECIDOS E CELULAS	137	18.618,78
0501 Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	0	0,00
0502 Avaliação de morte encefálica	0	0,00
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	62	9.993,78
0504 Processamento de tecidos para transplante	0	0,00
0505 Transplante de órgãos, tecidos e células	0	0,00
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	75	8.625,00
ORTESES, PROT E MATERIAS ESPECIAIS	2.909	1.310.335,42
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	2.466	1.236.646,25
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	443	73.689,17
ACOES COMP DA AT SAUDE	870	0,00
0801 Ações relacionadas ao estabelecimento	870	0,00
0802 Ações relacionadas ao atendimento	0	0,00
0803 Autorização / Regulação	0	0,00
Total	4.412.247	27.931.929,53

Fonte: SIA-SUS

Tabela 22. Produção Ambulatorial (número) por Grupo de Procedimento. Itajaí, 2008-2011.

Complexidade	2008	2009	2010	2011
Atenção Básica	1.605.606	1.130.016	2.334.353	2.513.153
Média complexidade	1.198.471	1.420.896	1.737.112	1.974.310
Alta complexidade	37.894	47.825	50.199	55.412
Não se aplica	1.728	1.897	7.327	20.187
Total	2.843.699	2.600.634	4.128.991	4.563.062

Fonte: SIA-SUS

Tabela 22-A .

Grupo após 10/99	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Procedimentos de Atenção Básica	1.296.266	1.808.779	1.394.458	1.354.950	1.761.631	1.586.090	1.605.606	1.130.016
Procedimentos Média Complexidade	728.036	911.017	901.522	924.599	1.072.515	1.122.675	1.198.471	1.420.896
Procedimentos Alta Complexidade	21.441	38.994	23.613	27.071	26.446	48.092	37.894	47.825
Procedimentos FAEC							1.728	1.897
Total	2.045.743	2.758.790	2.319.593	2.306.620	2.860.592	2.756.857	2.843.699	2.600.634

Fonte: SIA-SUS

A tabela seguinte mostra o numero de leitos hospitalares por tipo de clínica, disponíveis no município.

Tabela 23. Leitos Hospitalares por especialidade e natureza. Itajaí, 2012.

ESPECIALIDADE	Ent. s/fins Lucrativos		
	Existentes	SUS	N SUS
CIRURGICOS	142	84	58
CLÍNICOS	103	70	33
COMPLEMENTARES	74	49	25
OBSTETRICOS	30	19	11
PEDIATRICO	73	52	21
OUTRAS ESPECIALIDADES	11	7	4

Fonte: CNES

A seguir o número de estabelecimentos por tipo de atendimento prestado, por natureza da organização e o número de equipamentos por grupo de utilização.

Tabela 24. Estabelecimentos por Tipo de Atendimento prestado. Itajaí, 2012.

Tipo de Atendimento prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Ambulatório	85	452	19	159
Internação	2	2	1	2
SADT	27	45	3	14
Urgência	7	7	2	5
Outros	2	6	0	0

Fonte: CNES

Tabela 25. Número de Estabelecimentos por Natureza da organização. Itajaí, 2009.

Natureza	Total
Administração Direta da Saúde (MS, SES, e SMS)	45
Adm. Indireta - Autarquias	1
Empresa Privada	331
Fundação Privada	12
Cooperativa	1
Serviço Social Autônomo	96
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	12
Sindicato	3
Total	501

Fonte: CNES

Tabela 26. Total de Equipamentos por grupo de utilização. Itajaí, 2012.

Grupo de Equipamentos	Municipal		Privada		Total	
	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes
Equipamentos de Audiologia	0	0	0	2	0	2
Equipamentos de Diagnostico por Imagem	8	9	63	253	71	262
Equipamentos de Infra-Estrutura	5	37	12	109	17	146

Equipamentos de Odontologia	29	37	4	55	33	92
Equipamentos para Manutenção da Vida	20	44	63	618	83	662
Equipamentos por Métodos Gráficos	3	3	8	58	11	61
Equipamentos por Métodos Ópticos	3	3	15	40	18	43
Outros Equipamentos	25	53	12	102	37	155
Total	93	186	177	1237	270	1423

Fonte: CNES

1.4.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

1.4.1.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A atenção básica está organizada na Estratégia de Saúde da Família, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e com isso, melhorar a qualidade de vida da população. O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família nas unidades de ESF e nos domicílios. As equipes e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, atendimento e acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias da comunidade. As ações programáticas são desenvolvidas através de ações específicas e estratégicas para a reorganização do modelo curativo de atenção à saúde, visando uma atenção integral e efetiva à população e em especial aos grupos específicos devido à sua vulnerabilidade, como é o caso da criança, a mulher e o idoso, de acordo com o Pacto pela Saúde estabelecido pela Portaria nº. 399/GM de 2006.

117

O município está dividido em trinta e nove áreas de Estratégia de Saúde da Família e duas áreas de Estratégia de Agente Comunitários da Saúde com abrangência e geoprocessamento definidos. Cada área possui uma equipe de saúde que é responsável pela vigilância e acompanhamento da situação de saúde da comunidade de abrangência.

A tabela 27 apresenta a divisão territorial do município por área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Tabela 27 a distribuição das Unidades de Saúde da Família de acordo com o bairro de atuação (SIAB, 2012).

Tabela 27: Distribuição das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Saúde Bucal (SB) por área de abrangência:

Área geográfica de atuação	Equipes de Saúde da Família, Equipes de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal vinculadas.
Bairro Barra do Rio	Unidade de Saúde Imaruí: 1 ESF + 1 ESF com SB II
Bairro Canhanduba	Unidade de Saúde Canhanduba: 1 EACS
Bairro Cidade Nova	Unidade de Saúde Cidade Nova: 1 ESF + 1 ESF com SB I <ul style="list-style-type: none"> • Policlínica Promorar II: 2 ESF • Caic: 1 ESF
Bairro Cordeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Policlínica de Saúde Cordeiros: 2 ESF • Unidade de Saúde Murta: 2 ESF • Unidade de Saúde Costa Cavalcante: 1 ESF • Policlínica de Saúde Jardim Esperança: 2 ESF + 1 ESF com SB I <ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Saúde Votorantim: 1 ESF + 1 ESF Com SB I
Bairro Dom Bosco	Nossa Senhora das Graças: 3 ESF
Bairro Espinheiros	Unidade de Saúde Espinheiros: 1 ESF + 1 ESF com SB I
Bairro Fazenda	Policlínica de Saúde Fazenda: 3 ESF
Bairro Itaipava	Policlínica de Saúde Itaipava: 2 ESF
Bairro Praia Brava	Unidade de Saúde Praia Brava: 1 ESF

Bairro Salseiros	Unidade de Saúde Salseiros: 1 ESF
Bairro São Vicente	<ul style="list-style-type: none"> • Policlínica São Vicente: 3 ESF • Policlínica Rio Bonito: 4 ESF • Unidade de Saúde Bambuzal: 1 EACS
Bairro Limoeiro	Unidade de Saúde Limoeiro: 1 ESF
Bairro Brilhante	Unidade de Saúde Brilhante: 1 ESF

Fonte: SIAB, 2012.

Tabela 28: Número de pessoas e famílias cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (ESF) por área de abrangência:

Equipes de Saúde da Família	Nº de pessoas cadastradas	Nº de famílias cadastradas
ESF: Unidade de Saúde Imaruí	6614	1910
ESF: Unidade de Saúde Canhanduba	661	194
ESF: Unidade de Saúde Cidade Nova	8299	2277
ESF: Policlínica Promorar II	9571	2649
ESF: Policlínica de Saúde Cordeiros	8413	2598
ESF: Unidade de Saúde Murta	6064	1699
ESF: Unidade de Saúde Costa Cavalcante	4066	1297
ESF: Policlínica de Saúde Jardim Esperança	14048	4009

ESF: Unidade de Saúde Votorantim	7626	2281
ESF: Nossa Senhora das Graças	11924	3447
ESF: Unidade de Saúde Espinheiros	10152	3088
ESF: Policlínica de Saúde Fazenda	11412	3662
ESF: Policlínica de Saúde Itaipava	8077	2422
ESF: Unidade de Saúde Praia Brava	4089	1250
ESF: Unidade de Saúde Salseiros	1916	607
ESF: Policlínica São Vicente	9191	2902
ESF: Policlínica Rio Bonito	17502	4890
ESF: Unidade de Saúde Bambuzal	5768	1690
ESF: Unidade de Saúde Limoeiro	2890	889
ESF: Unidade de Saúde Brilhante	2517	748
TOTAL	150399	44509

Fonte: SIAB, 2012.

A análise dos dados acima é de extrema relevância no planejamento da expansão da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família, pois, auxilia na programação e planejamento dos serviços.

Nos últimos anos houve a consolidação do modelo assistencial de atenção básica através do alcance da cobertura superior a 70%. Em 2004, iniciou o processo de ampliação das equipes de Saúde da Família (ESF) e Saúde Bucal (SB), passando de 08 equipes de ESF para 16 e a implantação de 03 de Saúde Bucal em 2007. Entre os anos 2004 e 2009 onde foram implantadas mais 15 ESF e 04 EACS, levando o município a ultrapassar a cobertura de 70% da população cadastrada. Em 2010 foram encaminhadas para credenciamento novas equipes da ESF, sendo implantadas nas Unidades do Rio Bonito e Policlínica do São Vicente (EACS).

A qualificação da Estratégia de Saúde da Família em Itajaí e o fortalecimento do processo de trabalho na atenção básica e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde municipal, através da estruturação dos serviços com o objetivo de fomentar este nível de atenção a oferta de um rol de serviços, somando a um conjunto de ações que contemple a integralidade da atenção, resultando na qualidade de vida e propiciando melhora nas condições de saúde da comunidade. Reitera-se no Plano Municipal de Saúde o compromisso com a continuidade da expansão dessa estratégia que melhor traduz a organização da atenção básica.

121

- Indicadores

Realização Processo Seletivo Público (Edital 002/2011), com a prova realizada em fevereiro/2012, para as seguintes categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS): Técnico de enfermagem, Enfermeiro, Médico, Agente Comunitário de Saúde, Técnico de Higiene Dental, Auxiliar de Consultório Dentário, Odontólogo, para compor as Equipes existentes e ampliações da ESF.

Mediante este Processo Seletivo, foram empossados 11 Técnicos de enfermagem, 05 enfermeiros, 14 Médicos, 20 Agentes Comunitários de Saúde, 02 Técnicos de Higiene Dental, 03 Auxiliar de Consultório Dentário, 03 Odontólogos, totalizando 58 profissionais.

No ano de 2012, houve a conversão de duas equipes de EACS em quatro equipes de ESF (03 equipes na Policlínica do São Vicente e 01 equipe na Policlínica do

Costa Cavalcante). A equipe da Murta foi ampliada gerando assim mais 01 equipe da ESF, ampliando assim 05 equipes da ESF em 2012. Também foram criadas duas equipes de Saúde Bucal (Equipe ESF 014, em Espinheiros, Modalidade I – composta por 01 cirurgião dentista e 01 auxiliar de consultório dentário e Equipe ESF 007, no Rio Bonito, Modalidade II - composta por 01 cirurgião dentista, 01 auxiliar de consultório dentário e 01 técnico de higiene dental). Assim, alcançou-se cobertura da ESF de 71,6% da população municipal, considerando um total populacional de 183.373 (dados do SISPACTO/2011).

As Equipes de ESF e EACS estão distribuídas nas seguintes localidades: Brilhante (01 ESF), CAIC (01 ESF), Cidade Nova (02 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Cordeiros (02 ESF), Costa Cavalcante (01 ESF), Nossa Senhora das Graças (03 ESF), Espinheiros (02 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Fazenda (03 ESF), Imaruí (02 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Itaipava (02 ESF), Jardim Esperança (03 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Limoeiro (01 ESF), Murta (02 ESF), Praia Brava (01 ESF), Promorar II (02 ESF), Rio Bonito (04 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Salseiros (01 ESF), São Vicente (03 ESF), Votorantim (02 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Canhanduba (01 EACS) e Bambuzal (01 EACS).

- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF

Este Projeto é uma iniciativa do Ministério da Saúde, viabilizada a partir de um acordo de empréstimo celebrado com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Este acordo apoia, por meio de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos Municípios.

No ano de 2012, o Município realizou ampliação e reforma da Unidade de Saúde Rio Bonito, aquisição e instalação de equipamentos, de materiais e de instrumentais médico-assistenciais, tais como: mocho mecânico a gás, mesa para computador com 3 gavetas, quadro branco, quadro de avisos metálico para imãs, mesa para escritório oval, escada com 02 degraus e ventilador de mesa.

- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB

Este Programa busca mobilizar o município a ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão nacional de qualidade, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil. Sendo assim, induzindo as instituições a ampliarem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegure maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

Em novembro de 2011, 33 equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Itajaí aderiram ao PMAQ-AB, sendo que no ano de 2012 ocorreu a primeira avaliação externa, feita pelo Ministério da Saúde (M.S.), certificando 30 equipes.

Em julho de 2012, recebemos 11 avaliadores do MS, os quais permaneceram em nosso município por 05 dias, para a realização da avaliação externa e censo de todas as Unidades Básicas de Saúde. Cada equipe foi visitada por estes avaliadores, verificando os indicadores abaixo e, posteriormente, em novembro de 2012, houve a primeira certificação recebendo assim um conceito/desempenho após a avaliação externa.

123

Nesta avaliação, verificaram-se características estruturais e ambiência das Unidades, infraestrutura, reformas, ampliações e reparos, equipamentos, materiais e insumos, medicamentos disponibilizados, vacinas, equipamentos de tecnologia da informação, formação e qualificação dos profissionais, educação permanente, vínculos e planos de carreira, planejamento e organização de trabalho, apoio institucional da gestão municipal para as equipes ESF, apoio matricial, território e população de referência, acolhimento, ofertas e serviços, organização da agenda, existência e utilização de protocolos, exames disponíveis, integração de redes de saúde, tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames (por especialidade médica – especificando quantidade de demanda reprimida e dias de espera), dados de registro e acompanhamento, atualização dos dados do SIAB e CNES, oferta e resolubilidade de ações das equipes, atenção ao câncer de colo de útero e mama, atenção ao pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, atenção a criança de 0 a 2 anos de vida, atenção aos portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase e transtorno mental, ações realizadas para promoção a saúde, visita domiciliar e cuidados realizados no domicílio, pesquisa de satisfação do

usuário, acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família, atenção a saúde bucal, serviço de prótese dentária, Programa Saúde na Escola, entrevista com usuário com questionamentos sobre: acesso aos serviços de saúde, marcação de consultas, acolhimento, atenção integral a saúde, vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado e satisfação do usuário, entre outros.

Com a adesão ao PMAQ, os municípios receberam recursos retroativamente desde a adesão, no ano de 2011, sendo este valor ajustado pela avaliação externa e posterior certificação. Cabe ressaltar que, com este recurso, o município está realizando melhorias do acesso e da qualidade nas Unidades Básicas de Saúde, bem como capacitações, educações em saúde e reformas, adquirindo e fornecendo materiais e equipamentos, tais como:

- **materiais de expediente** com reposição sempre que necessário: protetor solar para todos os profissionais da ESF, contact de cores diversas, cola glíter, EVA, folders educativos, papel cartão, velcro adesivado, papel duplex, pasta catálogo, pastas poliondas, entre outros.
- **equipamentos permanentes:** ventiladores de parede, ar condicionados, garrafas térmicas, macas clínicas, macas ginecológicas, cadeiras fixas e giratórias, mesas de reuniões, aparelhos de DVD, bebedouros elétricos, lixeiras inox com pedal, bicicletas, sonares, focos de luz fria, fogões, aquecedores, estetoscópios, escadas com 2 degraus, geladeiras, televisores, antropômetros, esfigmomanômetros, cobertores e outros

1.4.2 SAÚDE DA MULHER

Cerca de 64,6% da população feminina de Itajaí encontra-se em idade fértil (56.811 mulheres na faixa etária de 15 e 49 anos) e a abordagem deste grupo tem início ainda nos domicílios, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que durante a visita sensibilizam as mulheres para questões relativas à saúde e em especial à saúde sexual e reprodutiva.

Nas unidades de saúde do município de Itajaí, a mulher é orientada e atendida conforme a sua necessidade por profissionais da equipe da estratégia saúde da família que conta

com uma cobertura superior a 70%, fazendo estas equipes o atendimento das mulheres de forma geral, quando necessário as mesmas são encaminhadas ao ginecologista e ao serviço específico.

Nas unidades básicas de saúde é realizado pré-natal de risco habitual por profissional de saúde médico e enfermeiro da estratégia saúde da família de forma intercalada de acordo norma do Ministério da Saúde. Para a gestante é garantido o mínimo de seis consultas de pré-natal, um ultrassom obstétrico, exames laboratoriais, consulta odontológica. Após o parto, é assegurada a consulta de puerpério em torno do 42º dia após o parto. As gestantes de alto risco são encaminhadas para atendimento especializado e multiprofissional no CRESCEM (Centro de referência de Saúde da Criança e da Mulher), este serviço conta com profissional médico obstetra, e apoio de profissionais de enfermagem, nutrição, fisioterapia e psicologia.

Com objetivo de humanizar a assistência do pré-natal é realizada a entrega do kit bebê no hospital Marieta Konder Bornhausen por uma profissional técnica de enfermagem que além da entrega do kit realiza orientações sobre a consulta do recém-nascido na unidade de saúde mais próxima de sua residência, estímulo ao aleitamento materno, importância da consulta puerperal entre outras dúvidas.

125

Nas unidades básicas de saúde e nos centro de referencias são ofertados exame de preventivo do câncer de colo uterino, exame clínico das mamas, orientação do autoexame das mamas, solicitação de mamografia de rastreamento para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos e mamografia diagnóstica para mulheres com sintomas ou com histórico familiar de câncer de mama. Ainda nas referidas unidades de saúde é orientado sobre os métodos para saúde sexual e reprodutiva e ofertado anticoncepcional oral e injetável, preservativos masculinos e femininos, dispositivo intrauterino – DIU. No que tange a laqueadura e vasectomia, o aconselhamento acontece no crescem por profissional médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social e após termo de consentimento preenchido e demais documentos preconizados a vasectomia é realizada na unidade de saúde do São Judas pelo médico urologista (ambulatorial). A laqueadura é feita no Hospital Nossa Senhora da Penha no Município da Penha.

No CRESCEM funciona o ambulatório de mastologia que atende mulheres do município de Itajaí e da AMFRI, Também conta com ginecologista especialistas em

doenças de colo uterino, com exame de colposcopia, cauterização química, cauterização crio cautério.

Em algumas unidades de saúde disponibilizamos de médicos ginecologistas que atendem as mulheres de uma determinada área de abrangência.

1.4.3 SAÚDE DA CRIANÇA

As crianças e os adolescentes, por estarem em pleno processo de crescimento e desenvolvimento e por dependerem de outros indivíduos para que este processo se desenvolva da melhor forma possível, são extremamente vulneráveis a influências externas, estando sujeitos às consequências dos desajustes ambientais, sociais, culturais e familiares. Essa vulnerabilidade é tanto maior quanto mais jovem for a criança, sendo os primeiros cinco anos de vida os que necessitam de maior atenção.

A rede de atenção à criança em Itajaí está estruturada com atendimento pediátrico e da Estratégia de Saúde da Família, em todas as Unidades de Saúde Municipais, e segue as diretrizes do Programa Nascer Itajaiense, implantado a partir do Protocolo de Atendimento à Criança de 2007, visando diminuir a morbimortalidade na infância e adolescência. Através do controle da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e do acompanhamento das gestantes pela ESF, são realizadas visitas domiciliares a todos os nascidos vivos residentes em Itajaí pela Equipe de Enfermagem das Unidades de Saúde, o que estimula a vinculação mais precoce da população com a Unidade de Saúde e as equipes das unidades, prevenindo ainda intercorrências nesta fase onde se fortalece o vínculo mãe-filho.

Visando a atenção integral à mulher e à criança, o Programa Nascer Itajaiense iniciou em 2009 o Ambulatório de Alto Risco em Neonatologia, no CRESCEM, onde são atendidas as crianças consideradas de alto risco, principalmente àquelas que apresentam ou apresentaram intercorrências ao nascer ou ainda mesmo na gestação. Às gestantes de alto risco é oferecido consulta pediátrica ainda na gestação. Buscando o contato mais precoce possível com a mãe e a criança, desde 2009 as puérperas do HMMKB recebem a visita de uma Técnica de Enfermagem que, além de entregar o Kit mamãe-bebê com material educativo a respeito dos cuidados com a criança, agenda a primeira consulta ou

a visita domiciliar pela unidade de saúde responsável, buscando assim que toda criança e toda puérpera sejam avaliadas até o 7º dia após o parto.

São realizadas visitas domiciliares às crianças que estiveram internadas no Hospital Universitário Pequeno Anjo e mantendo acompanhamento pelas equipes da ESF. O controle das Internações através de visita domiciliar pós-alta permite identificar e prevenir futuras internações e assim a equipe intervir no sentido de melhorar a situação de saúde e efetivamente ter um maior controle da sua população. Crianças que frequentemente internam ou são portadoras de doenças crônicas necessitam de um olhar muito mais atento da equipe de saúde.

Em sua maioria, as internações pediátricas se dão por causas que são mais bem manejadas na Atenção Básica, desde que exista o acompanhamento e monitoramento da condição de saúde pelas equipes. As visitas após a alta hospitalar objetivam a diminuição das taxas de internação, principalmente as sensíveis a atenção primária. As Unidades de Saúde, tanto as básicas como as com ESF, realizam a Puericultura (seguimento das crianças desde o nascimento até os 5 anos de idade) segundo o Protocolo instituído, com consultas pré-agendadas conforme o calendário proposto.

127

Em 2013, Itajaí aderiu o Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção a saúde. Uma grande mobilização do Programa é marcada pela Semana Saúde na Escola que acontece em determinado mês do ano e as atividades tem continuidade ao longo do ano letivo, em que professores e profissionais de saúde avaliam, encaminham e orientam estudantes de 0 a 17 anos.

1.4.4 SAÚDE BUCAL

A Gerência de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí tem como objetivo central a promoção e recuperação da saúde bucal e a prevenção dos agravos relacionados às doenças bucais.

O Programa de Saúde Bucal instituído por esta gerência vem sendo realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, desde o ano de 1999. Este Programa

objetiva prevenir as doenças bucais mais prevalentes tais como a cárie dental, doenças periodontais, câncer bucal e má-oclusão; e instituir e orientar a adoção de hábitos saudáveis em relação à Saúde Bucal, como o incentivo à amamentação, escovação dentária, alimentação saudável, consultas periódicas ao dentista, controle do fumo e do álcool, dentre outros.

O Programa abrange todas as escolas e creches do município, onde as atividades de escovação supervisionada, a revelação de placa bacteriana, as aplicações tópicas de flúor e as atividades educativas são realizadas em acordo com a faixa etária das crianças.

O Programa Bebê Sorridente é um programa educativo-preventivo que acontece no Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen desde 2006. Consiste na orientação para as parturientes sobre os cuidados com a higiene bucal do bebê, bem como influência de hábitos alimentares na saúde bucal. São distribuídos kits de higiene bucal e realizada demonstrações sobre métodos de higienização do bebê.

O Projeto-piloto CEI-Sorri consiste no atendimento das crianças dos Centros de Educação Infantil, onde um equipamento odontológico móvel é instalado para realização de procedimentos preventivos e de adequação do meio bucal, em sistema de rodízio.

128

O Centro de Especialidades Odontológicas oferece atendimento especializado nas áreas de: Cirurgia Bucomaxilofacial (com atendimento ambulatorial), Pacientes com Necessidades Especiais, Periodontia, Endodontia, Odontopediatria e Radiologia. Em 2012 foi implantado o serviço de Prótese Total Odontológica no CEO. Atualmente o município pactuou vagas no CEO regionalizado da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, nas especialidades de Cirurgia Bucomaxilofacial, Endodontia, Periodontia e Pacientes com Necessidades Especiais.

Serviço de radiologia é complementado através do convênio entre Secretaria Municipal de Saúde e a UNIVALI.

A assistência odontológica do município conta com 63 cirurgiões-dentistas, sendo 57 servidores estatutários, 6 servidores celetistas atuantes na Estratégia Saúde da Família. O quadro de profissionais da área odontológica é formado ainda por 18 Auxiliares em Saúde Bucal e 06 Técnicas em Saúde Bucal.

Existe a intenção de ampliar gradualmente o número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, para viabilizar a reorientação do modelo assistencial à saúde, expandindo e qualificando a atenção básica.

1.4.5 SAÚDE MENTAL

Compreende ações e serviços para atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, incluindo transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS) e de acordo com os princípios de territorialidade e descentralização. Possibilitando o cuidado integral através de Políticas Públicas fundamentadas nas legislações vigentes.

A prioridade no que cerne o planejamento em saúde mental do município diz respeito a implantação da rede de atenção psicossocial (RAPS), da qual até o presente momento possuímos os seguintes pontos de atenção:

1. Atenção Básica em Saúde - Tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção em saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. Essas ações ocorrem nas unidades básicas de saúde que pertencem ao território do usuário. Além de pólos regionalizados onde acontecem atendimentos psicológicos.

2. Atenção Psicossocial Especializada - Atendimento realizado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para crianças, adolescentes, jovens e adultos, por meio de equipes multiprofissionais. Os objetivos dos CAPS são: realizar o tratamento e melhorar a qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais e/ou problemas relacionados ao uso de crack, álcool e/ou outras drogas; e fomentar atividades de inserção social, por meio de ações intersetoriais. As ações de atenção psicossocial incluem: atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento à família; atividades comunitárias; oficinas terapêuticas; oficinas de geração de trabalho e renda; oficinas culturais; atividades de suporte social; tratamento medicamentoso; visita domiciliar; ações intersetoriais; ações de redução de danos e desintoxicação ambulatorial. Todas as ações devem ser desenvolvidas mediante a construção de Projetos Terapêuticos Singulares.

- CAPS AD – Atende adultos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário.

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira das 8:00 as 19:00 horas.

Endereço: Rua Adolfo Batschauer, nº 1089, São Judas.

Fone: (47) 3908-5863 ou (47) 3908-5864.

- CAPS II - Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário.

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira das 7:00 as 19:00 horas.

Endereço: Rua Silva, nº 628, Centro.

Fone: (47) 3908-5765.

- CAPS INFANTIL - Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário.

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira das 8:00 as 18:00 horas.

Endereço: Rua Alfredo Trompowsky, nº 405 Vila Operária.

Fone: (47) 3908-5861 e (47) 3908-5862.

130

3 .Atenção de Urgência e Emergência - São responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. São unidades que prestam atendimento de urgência e emergência: UPA, P.A de São Vicente, Pronto Socorro do Hospital Marieta.

4. Atenção Residencial de Caráter Transitório - Serviços de Atenção em Regime Residencial de Caráter Transitório são compostos por Unidade Transitória, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Os serviços de Atenção em Regime Residencial funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e
II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersectorial para promover a reinserção do usuário na comunidade. O município não possui Unidades de Acolhimento, existem comunidades terapêuticas que são conveniadas pela Secretaria do Desenvolvimento Social, por não estarem credenciadas conforme a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 – do Ministério da Saúde.

5. Atenção Hospitalar - Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos. Atualmente a nossa referência é o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José) e o Hospital Samária (Rio do Sul) o qual possuímos uma AIH.

131

6. Estratégias de Desinstitucionalização – São estratégias facilitadoras no processo de desinstitucionalização, a principal estratégia de desinstitucionalização são os Serviços Residenciais Terapêuticos: moradias inseridas na comunidade destinadas a acolher pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, que tiveram internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos). Não possuímos nenhum serviço deste modelo no município.

7. Reabilitação Psicossocial - Parceria entre os serviços especializados de saúde mental com a Economia Solidária.

1.4.6 SAÚDE DO IDOSO

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos.

Conforme o IBGE, o índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos.

Com os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais de 27,2 anos de vida. Segundo a projeção do IBGE, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos.

O Município de Itajaí destaca-se por um aumento na expectativa de vida. A população idosa (60 anos ou mais) no ano de 2012 aumentou 51% em relação a 2000, passando de 11.106 para 16.771 pessoas em 2012. Em 2000, este grupo representava 7,52% da população, em 2012, representou 9,23% do total da população municipal modificando o cenário demográfico. A população de maiores de 80 anos, em 2012, é muito próxima à de menores de um ano, e, o tempo médio de vida aumentou 8,8 anos nas duas últimas décadas, passando de 69,18 anos (índice 0,736) em 1991 para 72,2 anos em 2000 (índice 0,787), e chegou a 78,02 anos (índice 0,884) em 2010. O número é superior à esperança de vida ao nascer, média em SC, que é de 76,6 anos e também fica acima da média nacional, que é de 73,9 anos.

Com o envelhecimento populacional, temos um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes e uma mudança de paradigma na saúde pública. As doenças diagnosticadas num indivíduo idoso geralmente não admitem cura e, se não forem devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos, tendem a apresentar complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia do idoso. A

saúde não tem sido mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional.

A Política Nacional Saúde da Pessoa Idosa define que a atenção à saúde dessa população tem como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Na Atenção Básica, espera-se oferecer à pessoa idosa e a seus familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito à cultura, religião e às diversidades do envelhecer.

Para suprir a demanda de idosos nos serviços de saúde, estamos trabalhando para capacitar os profissionais da atenção básica, à trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa e para que as equipes da ESF possam atender os idosos e, apenas nos casos mais complexos, encaminhar ao geriatra. Assim sendo, a Estratégia de Saúde da Família, de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e a identificação precoce de suas alterações patológicas.

133

As ações do município voltadas para a saúde do idoso objetivam o desenvolvimento de medidas educativas focando o autocuidado e atitudes preventivas que visam à forma ativa de promoção de saúde e manutenção da autonomia, independência (funcionalidade) e qualidade de vida ao envelhecer.

A população idosa do município é assistida pelas 47 equipes de ESF, que trabalham com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e conta com o apoio de 04 geriatras que são referência para as Unidades Básicas de Saúde, onde 02 atendem no Centro Médico de Referência São Judas e os outros 02 na Policlínica São João.

1.4.7 PROGRAMA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

O município disponibiliza atendimento nas áreas de Homeopatia, Acupuntura e na prática de Do-In. O serviço conta com 02 médicos homeopatas e 01 acupunturista e funciona no Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CEPICS), anexo ao CRESCEM.

1.4.8 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Atualmente a equipe de nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde está composta por 6 nutricionistas distribuídas da seguinte forma:

- . 2 nutricionistas na atenção básica, vinculadas a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS);
- . 2 nutricionista em nível central, vinculada a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS);
- . 1 nutricionista na Vigilância Sanitária, vinculada a Diretoria de Vigilância Sanitária;
- . 1 nutricionista na Vigilância Epidemiológica, vinculada a Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

Salientando que dentro da Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), o quadro deste profissional é composto por 4 nutricionistas, sendo 2 na Atenção Básica e 2 no nível central.

134

As atividades na Atenção Básica concentram-se em:

- . Atendimento nutricional ambulatorial, através de agendamento por encaminhamento de referência e contra referência, por profissionais de saúde;
- . Educação nutricional nas unidades onde há atendimento com nutricionista;
- . Fornecimento de fórmula nutricional enteral para pacientes acamados em uso de dieta via sonda;
- . Atendimento e acompanhamento de pacientes com desnutrição grave e alergia alimentar que necessitam de fórmulas nutricionais específicas, no CRESCEM;
- . Atendimento e acompanhamento nutricional aos recém-nascidos e gestantes de alto risco, no CRESCEM;
- . Registro pelas equipes de saúde dos acompanhamentos realizados em ficha de cadastro do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional);

. Registro pelas equipes de saúde dos acompanhamentos realizados às famílias que recebem o benefício do Programa Bolsa Família;

. Auxiliar na elaboração dos descritivos das fórmulas nutricionais para pregão das fórmulas;

. Participar do pregão de fórmulas nutricionais;

. Auxiliar na elaboração de material educativo.

As atividades em nível central concentram-se em:

- Coordenação das atividades das nutricionistas da atenção básica, vinculadas ao DAS;
- Coordenação e realização de ações dos Programas e Sistemas do Ministério da Saúde relacionados às ações de alimentação e nutrição;
- Elaboração da licitação das fórmulas nutricionais, assim como, pedido e controle de estoque. A distribuição deve ser feita via almoxarifado para as unidades onde há nutricionistas;
- Elaboração de material educativo;
- Participação em reuniões do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional e do Conselho de Assistência Social;
- Monitorar os registros de acompanhamento do SISVAN realizados pelas equipes de saúde, gerar relatórios e orientar as equipes;
- Monitorar os registros de acompanhamento Programa Bolsa Família realizados pelas equipes de saúde, gerar relatórios e orientar as equipes;
- Realizar reuniões mensais com as nutricionistas;
- Participar do pregão de fórmulas nutricionais.

No final de 2013, a equipe de nutrição vinculada ao DAS ficou sem uma nutricionista, pois houve o pedido de exoneração e este profissional será repostado no início de 2014. Deste modo teremos novamente 5 nutricionistas sendo a distribuição em um novo formato: 4 na atenção básica e 1 no nível central (DAS).

Com o aumento crescente da demanda dos serviços de nutrição, especialmente na atenção básica, há a necessidade de mais profissionais nutricionistas para executar as ações de alimentação e nutrição.

1.4.9 FISIOTERAPIA

A Fisioterapia no município de Itajaí está dividida por especialidades, atendendo a crescente procura pelo serviço na região.

São atendidos pacientes no Crescem, no Codim, no Ceredi, a domicílio e em clínicas credenciadas pelo SUS. A Univali também atende os pacientes encaminhados pelas unidades de saúde da rede.

Existe também o Programa de Fisioterapia nas Unidades de Saúde que atende os funcionários da unidade e a comunidade. Os atendimentos são realizados através de grupos de alongamentos e palestras com orientações gerais, de acordo com a necessidade e solicitação da unidade.

Crescem: são atendidos pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia de mama; na área de ginecologia e obstetrícia; gestantes de alto risco; recém-nascido de alto risco; reeducação postural individual ou em grupos; ortopédico em fase crônica, sem necessidade de eletroterapia.

Codim: são atendidos pacientes com hanseníase.

Ceredi: são atendidos pacientes HIV- AIDS, com sequelas motoras, problemas respiratórios, problemas ortopédicos e traumatológicos sem necessidade de eletroterapia.

Programa de Fisioterapia Domiciliar: são atendidos pacientes acamados, restritos ao leito e dependentes nas suas atividades de vida diária.

Clínicas credenciadas pelo SUS: FisioForma, Fisioset e Reintegrar.

Estas clínicas atendem as especialidades de ortopedia, reumatologia, pediatria, neurologia, geriatria, ginecologia e respiratória.

Encaminhamentos da rede de atendimento do município: são prescritos pelo médico ou enfermeiro responsáveis pelo paciente. Os pacientes agendam seu atendimento no local escolhido para as sessões, exceto o programa domiciliar onde a solicitação é encaminhada para a Secretaria da Saúde.

Tabela 28. Estatísticas de atendimento 2010- 2013

ANO	ATENDIMENTOS	PACIENTES
2010	3141	1086
2011	2900	1030
2012	2550	898
2013	3330	1117

1.4.10 FONOAUDIOLOGIA

O departamento de Fonoaudiologia é composto pelo setor de Fonoaudiologia Terapêutica, situado na Policlínica Central - Itajaí, possuindo seis fonoaudiólogos, sendo que uma no momento encontra-se em licença gestacional.

O departamento supracitado também possui uma funcionária administrativa responsável pelas questões burocráticas.

O setor de audiologia foi definitivamente desativado, segundo orientações estabelecidas em reunião realizada em fevereiro de 2013 com a Sr^a. Márcia Cracco, Sr^a. Ana Toti, Sr. Ricardo Reiser e as fonoaudiólogas, Deise Baixo Duarte Furtado, Jéssica do Nascimento, Letícia Reis Nunes Santos, Liliane Souza Fantini e Lucia Regina Cardoso da Costa Muller.

Pelo setor de Fonoaudiologia Terapêutica são atendidos pacientes, de todas as faixas etárias, com alteração de voz, linguagem oral e escrita, audição, motricidade orofacial e distúrbios da deglutição que não possuam diagnóstico de doenças cognitivas e neuropsiquiátricas.

O Setor de Fonoaudiologia Terapêutica atualmente atende 150 pacientes.

Existe uma demanda crescente e contínua proveniente de encaminhamentos de diversos profissionais da rede: médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros.

Os pacientes são chamados de acordo com a data de entrega do encaminhamento, salvo apenas aqueles com patologias neurológicas, degenerativa e/ou oncológica, os quais possuem prioridade de atendimento.

Cada sessão terapêutica tem em média 40 minutos de duração. Salienta-se que o paciente é desligado do atendimento em casos de três faltas consecutivas ou cinco alternadas (sem justificativa), por desistência ou por alta.

Os atendimentos de fonoterapia ocorrem em no máximo quatro ciclos de doze sessões. Após o término dos quatro ciclos é agendada uma reavaliação com o médico que realizou o encaminhamento ou com o fonoaudiólogo que realiza o atendimento sendo analisada a necessidade da participação em um novo ciclo.

A previsão de alta depende de alguns fatores, tais como: patologia de base, faixa etária, colaboração do paciente e família a fim de dar continuidade em casa às orientações passadas. Ressalta-se que o fato do atendimento ocorrer apenas 1 (uma) vez na semana também contribui para o prolongamento do processo de alta. O tratamento pode variar de seis meses a 1 ano e meio.

Em casos neurológicos, síndromes degenerativas e/ou pacientes oncológicos a previsão de alta varia de acordo com o quadro clínico apresentado.

Destaca-se que o aumento de pessoas idosas em Itajaí tem resultado também no aumento de casos neurológicos que são encaminhados para a Fonoaudiologia, sejam eles casos de demências e/ou sequelas de AVC. Nesses casos os distúrbios de linguagem, fala, audição e deglutição estão presentes e, desta forma, a demanda da atenção fonoaudiológica, tanto ambulatorial como domiciliar, cresce. Contudo, o estrangulamento da oferta de atendimento, em decorrência da carência de profissional e infraestrutura disponível, inviabiliza esta última modalidade de atendimento.

Além da demanda ambulatorial, é fato a existência de demanda para atendimento domiciliar, e conseqüentemente a necessidade de um profissional direcionado a este nova modalidade de atendimento. Esta necessidade é também reconhecida pelos profissionais de nutrição e fisioterapia que já atuam em ambiente domiciliar. A

implantação do serviço de fonoaudiologia domiciliar é emergente principalmente para os casos que apresentam distúrbios da deglutição (bebês recém-natos provenientes da maternidade do Hospital Marieta K. Bornhausen e do Hospital Pequeno Anjo), além de idosos com sequelas de AVC, casos de TCE entre outros bem como distúrbios de linguagem e fala (também decorrentes de sequelas de AVC ou doenças neurodegenerativas). Destaca-se novamente a necessidade de fortalecer os Programas Saúde da Criança e Saúde do Idoso por meio da intervenção fonoaudiológica.

Assim, para contemplar esta demanda reprimida, faz-se necessário o direcionamento de um profissional exclusivamente para este fim e a aquisição de equipamentos, materiais e meios de transporte.

1.4.11 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A atenção especializada representa o conjunto de procedimentos de média e alta tecnologia, com alto custo e serviços qualificados. A média complexidade ambulatorial envolve a maioria dos procedimentos necessários para o diagnóstico, tratamento e reabilitação que, pelo seu caráter complementar e suplementar a atenção básica são de extrema relevância na redução da demanda para a alta complexidade.

139

O planejamento da cobertura assistencial pela atenção especializada tem sido feito com base nas Programações Pactuadas e Integadas (PPIs) da Atenção à Saúde, de acordo com o perfil epidemiológico do município e outras informações em saúde. Tais referências são revistas periodicamente, conforme a consolidação dos protocolos clínicos e outros impactos nas condições de saúde da população.

A Alta Complexidade Ambulatorial encontra-se ainda na sua maioria sob gestão estadual e este duplo gera dificuldades na atenção integral à saúde. A fragilidade nos processos de pactuação intergestores, o baixo financiamento, o insuficiente processo regulatório e as diversidades operativas são problemas estritamente vinculados que ocupam a agenda dos gestores como desafios a serem enfrentados nesse quadriênio. O município de Itajaí vem avançando na realização de procedimentos de Alta complexidade, já realizando Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Medicina Nuclear, Densitometria Óssea, Litotripsia, Hemodinâmica (Cateterismo), Angiotomografia, Biopsia

Guiada por Tomografia/Ultrasonografia, Oncologia (quimioterapia), Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia de Catarata e procedimentos em Audiologia.

. Em relação à atenção hospitalar, a situação brasileira está caracterizada por uma crise decorrente das dificuldades no setor organizacional, político, financeiro, assistencial e de formação profissional. A percepção da existência de múltiplos fatores inter-relacionados, com destaque para os aspectos financeiros e a baixa resolutividade do setor, impulsionando à reflexão sobre a necessidade de avançar na busca de um modelo de cuidado construído por uma gestão qualificada e enfocada no usuário.

O município conta com serviço ambulatorial em varias especialidades, clínicas e cirúrgicas, reduzindo cada vez mais a necessidade de Tratamento Fora de Domicilio (TFD). As especialidades pediátricas são as que mais demandam encaminhamentos, principalmente para o Hospital Joana de Gusmão, em Florianópolis. Algumas especialidades nesta área são supridas a partir de convênios com o Ambulatório da Univali.

Os atendimentos especializados se encontram em vários locais, destacando-se o CRESCEM, Centro de Referencia São Judas, os CAPS e o Ambulatório Central.

140

1.4.12 SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Município de Itajaí disponibiliza ao usuário os seguintes serviços de Urgência e Emergência:

- Unidade de Pronto Atendimento do São Vicente – PASV
- Unidade de Pronto Atendimento de Cordeiros – UPA
- Pronto Socorro do HMMKB
- Pronto Socorro do HUPA (no momento desativado)
- SAMU – Unidade Avançada – USA
 - Unidade Básica- UBS

Unidade de Pronto Atendimento do São Vicente

É mantido com recursos próprios, com atendimento para adultos e crianças. A quantidade de atendimentos adultos mensal é de aproximadamente 8.637 e de crianças 4.785.

Unidade de Pronto Atendimento Cordeiros

É mantido com recursos próprio e Federal, com atendimento para adultos. A quantidade de atendimento é aproximadamente de 4.457.

Samu – USA

É mantida com recursos do Estado.

Samu - UBS

É mantida com recursos do Município. A quantidade de atendimentos adulto mensal é de 290.

Pronto Socorro do HMMKB.

É mantido com recursos Municipais, Estaduais e Federais atende somente clientela adulta.

Pronto Socorro de HUPA.

É mantido com recursos Municipal, Estadual e Federal.

No momento desativado.

141

O serviço de Urgência/Emergência do Município tem enfrentado sérias dificuldades no que tange à contratação de médicos plantonistas, principalmente pediatras.

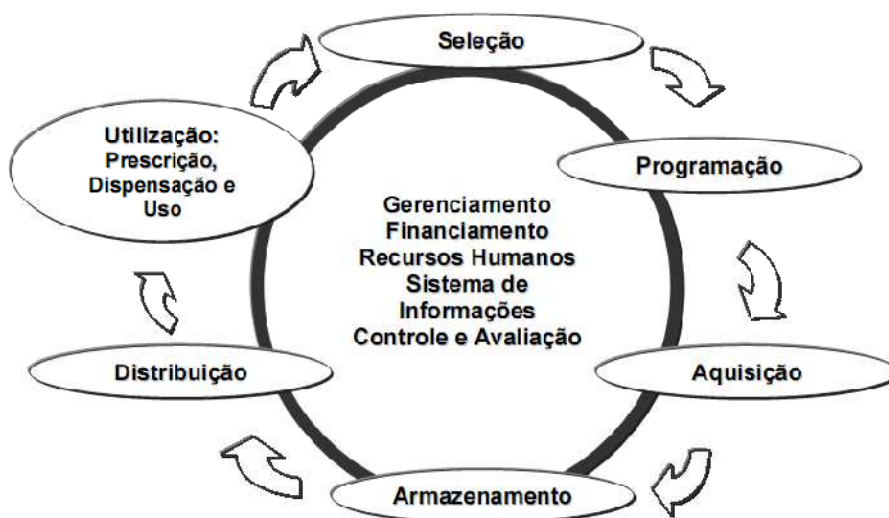
Este fato, alias, vem sendo um problema nacional.

1.4.13 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações centradas no medicamento e executada no âmbito do Sistema Único de Saúde, devendo estar fundamentada nos mesmos princípios que fundamentam o SUS, como a universalidade, descentralização, equidade e hierarquização do atendimento. Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao uso racional. Seu objetivo primordial é apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e

promover seu uso racional (Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 338 de 22 fev. 2006).

O CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Fonte: Marin, (2001) apud OPAS/OMS, 2003

142

O medicamento é um insumo estratégico de suporte às ações de saúde, cuja falta pode significar interrupções constantes no tratamento, o que afeta a qualidade de vida dos usuários e a credibilidade dos serviços farmacêuticos e do sistema de saúde como um todo. Desta forma, qualquer problema relacionado ao Ciclo da Assistência Farmacêutica compromete o acesso ao tratamento. Nos últimos anos a Assistência Farmacêutica ganhou relevância nas discussões acerca da gestão do Sistema Único de Saúde, à medida que os gestores perceberam a demanda crescente de recursos alocados para a aquisição de medicamentos e a relação com a qualidade dos serviços de saúde.

O investimento na Assistência Farmacêutica é uma meta a ser aspirada e um benefício a ser conquistado pelo sistema. Sendo a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) planejada para atender 98% dos agravos da população, a disponibilização de toda essa lista pelo SUS é outro objetivo a ser alcançado.

A revisão da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) acontecerá ainda no ano de 2010, sendo considerados os critérios definidos pela Organização Mundial de

Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPAS). Os critérios de revisão servirão como instrumento para capacitar os prescritores quanto às regras para uma prescrição de qualidade nos critérios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste momento é indicado que as farmácias sejam regularizadas junto aos órgãos de fiscalização, passando a ter licença de funcionamento, alvará sanitário, certificado de regularidade e farmacêutico responsável técnico. Os profissionais farmacêuticos necessitam de amparo legal pelo município para que de fato sejam os responsáveis técnicos. Estas unidades assumiriam assim a dispensação dos medicamentos controlados.

Contraditoriamente, apesar do crescimento da rede e da demanda, da instalação de unidades que necessitam de medicamentos controlados como os CAPSs - Centros de Atendimento Psicossocial, CEREDI e até mesmo da expansão de unidades maiores do tipo Pronto-atendimento e projeto de implantação de Policlínicas que por si só já possuem estrutura mais diversificada, há necessidade da implementação no quadro de recursos humanos da categoria farmacêutica, para suprir suas farmácias e prover a SMS de uma Assistência Farmacêutica mais aproximada de seu conceito.

143

Destacamos a falta de pessoal de apoio como o Atendente de Farmácia, necessário para operacionalizar o sistema informatizado e auxiliar a administração de materiais (medicamentos) e atendimento ao público. Atualmente trabalhamos com auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem. Devido ao número reduzido destes profissionais e por afinidade encontramos dificuldades de lotar pessoal em farmácia e dispensários.

Na estrutura organizacional oficial (Organograma da SMS), a Gerência de Ações Farmacêuticas pertence ao Departamento de Ação à Saúde. Abaixo quadro indicativo do local de lotação dos farmacêuticos desta secretaria:

Local de Trabalho	Número de Profissionais	Carga Horária
Gerência de Ações Farmacêuticas		
Gerente	01	40 horas
Assistente	01	30 horas

Serviço de Administração de Materiais	01	30 horas
Policlínica São Vicente / P. Atendimento	01	30 horas
Policlínica Fazenda	01	30 horas
Farmácia Popular do Brasil	02	30 horas
Farmácia das Ações Integradas da Saúde (FAISI)		
Coordenador FAISI	01	40
Medicamentos Excepcionais	01	30
Não Padronizados e Ações / Judiciais	01	30
DVS	01	30
CEREDI	01	30
Programa Remédio em Casa	01 01	30 40
Total	14	

O Programa de Medicamentos Excepcionais é um programa instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), que tem por objetivo disponibilizar medicamentos no âmbito do SUS para tratamento de doenças raras ou de baixa prevalência e com elevado custo unitário do medicamento prescrito; ou ainda quando o custo se torna elevado devido à cronicidade do tratamento, casos esses em que há a refratariedade, intolerância ou avanço da patologia frente aos tratamentos existentes na atenção básica. Atualmente são atendidos pelo programa cerca de 1800 pacientes que perfazem um total de 2500 processos de medicamentos atendidos. Diariamente passam pelo programa, em média, cerca de 180 pacientes. Citamos com atribuições do farmacêutico:

. Revisão e envio de todos os processos para que estes sejam enviados completos e não acarrete a devolução do mesmo com consequente demora para o paciente receber o medicamento (inerente ao profissional farmacêutico).

. Acompanhamento de várias patologias tais como Hepatite C, Hepatite B, pacientes usuários de toxina botulínica, artrite reumatóide, transplantados, renais crônicos, que sem o devido acompanhamento podem até ficar sem seu medicamento (inerente ao profissional farmacêutico).

. Organização e logística do programa, desde confecção de pastas para arquivamento de processos, contato com o pacientes, organização dos armários dos medicamentos, entre outros.

. Conferência e armazenamento dos medicamentos quando da sua chegada, o que acontece todo começo de mês.

A falta de articulação com os profissionais médicos, por não conhecerem o funcionamento do programa, gera preenchimento errôneo dos documentos, penalizando o paciente. Sem contato com os médicos, tanto especialistas como clínicos gerais da ESF, o andamento do programa fica comprometido como já foi dito anteriormente. Isto acontece pela falta de funcionários no setor, inviabilizando a saída do farmacêutico responsável para realizar palestras e orientações.

A lentidão na avaliação de processos pela Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF/SES) resulta em atrasos no atendimento de pacientes. Outro fator que também contribui para estes atrasos é a demora na entrega de medicamento pela DIAF/SES.

O Serviço de Administração de Materiais (SAM) tem necessidade de reforma tanto física como organizacional. O espaço físico não está sendo suficiente para a manutenção de estoque mínimo estratégico de forma que garanta o abastecimento.

Para o ano de 2011 necessitamos de adequação física da Farmácia das Ações Integradas de Saúde de Itajaí (FAISI), transformando em um espaço mais acolhedor e resolutivo. Também já existe a necessidade de descentralizar as ações de assistência farmacêutica, montado mais uma Farmácia na região próxima ao Pronto atendimento do São Vicente.

O Programa Remédio em Casa tem por objetivo entregar medicamentos de uso contínuo para o tratamento de hipertensão e diabetes na residência do paciente com mais de 60 anos. Tal atividade visa o aumento no acesso aos medicamentos a uma determinada faixa populacional que muitas vezes, tem dificuldades em deslocar-se até a unidade de saúde, dificultando a adesão ao tratamento medicamentoso. O Programa, em sua primeira fase de implantação, abrangerá as áreas correspondentes às unidades de saúde de Cordeiros, Costa Cavalcante e Votorantim. Os pacientes cadastrados receberão

em casa seus medicamentos, através de entrega domiciliar feita por profissional capacitado. Posteriormente, com evolução e aprimoramento das atividades o programa será expandido tanto geograficamente, quanto na população que será beneficiada. O Programa de Remédio em Casa capacitará o Agente Comunitário de Saúde visando o trabalho em conjunto para a avaliação dos pacientes incluídos no Programa.

A Assistência Farmacêutica (AF) coordena as atividades do programa Remédio em Casa e considerando a adesão aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), assinalam a necessidade de fomentar os pólos de atividade física. Estes pólos irão empregar a estrutura física, tecnológica e de pessoal, para que as ações de AF sejam resolutivas das demandas de terapêutica medicamentosa.

A criação dos pólos irá viabilizar as atividades de Assistência Farmacêutica (AF) e vai de encontro à necessidade de adequar o serviço à responsabilidade técnica exigida pelo conselho regional de farmácia bem como agrega a possibilidade de atendimento qualificado em casos de catástrofes naturais. Os novos pólos contarão com a implantação de acesso a medicamentos com orientações sobre todas as possibilidades de tratamento medicamentoso no âmbito do SUS.

146

A dispensação por estes pólos é estratégica quanto à necessidade de qualificação da atenção bem como vai de encontro ao que aponta a legislação. As unidades de saúde, por necessidade de manutenção de lista de medicamentos disponíveis que promovam a descentralização da atenção, têm que estar apropriados ao que a legislação permite a dispensários. A legislação que aprova medicamentos em dispensários (onde é destituído da necessidade de estar presente na unidade de saúde o profissional farmacêutico) limita o número de itens.

É a alternativa viável à atenção farmacêutica, que em conjunto com sistemas informatizados executa a entrega de medicamentos em casa para doenças crônicas e possibilita aos farmacêuticos estarem, através dos pólos, atuando na Atenção Farmacêutica. Facilita o acesso a medicamentos de pessoas que podem ter dificuldade em comparecer a unidade da saúde, ao mesmo tempo em que alivia a unidade de saúde com o trânsito desnecessário de pessoas. O farmacêutico do pólo fará o acolhimento de casos em que a visita domiciliar será de relevante interesse na manutenção do tratamento

de doenças crônicas. Ainda será o responsável em adequar os espaços físicos das farmácias e/ou dispensários da região de sua competência, bem como dar acolhimento e os devidos encaminhamentos para que a população, sob sua responsabilidade faça uso racional de medicamentos.

1.4.14 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde é um conceito que se expressa no acompanhamento da saúde da população através de um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo, da coletividade e ambiental pela intervenção nos problemas que podem desencadeá-los. Seguindo uma das diretrizes do SUS, que é a descentralização, o município assume as ações de vigilância em saúde, permitindo assim maior agilidade na identificação de doenças, agravos e outros fatores que possam comprometer a saúde dos indivíduos e do meio-ambiente. A avaliação do risco epidemiológico e a análise do impacto de determinados eventos sobre a saúde da população fundamentam a programação das atividades da Vigilância em Saúde. Ademais, o atendimento à demanda espontânea que chega do cidadão é considerado em conjunto com outras atividades a serem desenvolvidas rotineiramente.

147

1.4.14.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

As ações de vigilância sanitária caracterizam-se por procedimentos de orientação, cadastramento, inspeção, investigação, autuações em níveis de: intimação, infração e imposição de penalidade, controle e monitoramento, os quais demandam ações, como: atendimento ao público, deslocamentos, coleta de análises fiscais, apreensão e inutilização de produtos, interdição de estabelecimentos e produtos, instauração de processos, elaboração de relatórios e ofícios, registro e divulgação de dados etc.

Programas realizados

Vigilância da qualidade de água para consumo humano - VIGIAGUA

- Realizar coleta de amostras de água segundo um plano de amostragem.
- Realizar a interpretação dos resultados.
- Conferir todos os registros de análises dos responsáveis pela distribuição.

Vigilância da qualidade de produtos e diversos setores

- . Inspeção sanitária com adoção de roteiros específicos para cada tipo estabelecimento que: produzem, manuseiam, fracionam, comercializam, distribuem, armazenam, transportam, importam e exportam: água, alimentos, medicamentos, cosméticos, produtos para saúde, saneantes.

Vigilância em saúde do trabalhador

- . Notificar todos os acidentes relacionados à saúde do trabalhador

Vigilância sanitária do manejo de resíduos líquidos e sólidos

- . Fiscalizar manejo de resíduos domésticos.
- . Fiscalizar descarte/destino de resíduos de serviços de saúde e quaisquer resíduos gerados em diversos estabelecimentos.

Ações de visa

Fármaco e toxicovigilância, hemo e tecnovigilância

- . Notificação e investigação de queixas técnicas e eventos adversos relacionados a produtos diversos.

148

Atividades educativas em vigilância sanitária

- . Produção de folder, folhetos.
- . Participar e/ou realizar fóruns, palestras, feiras.
- . Promover cursos para manipuladores de alimentos.

Pharos – sistema estadual de informações de visa

- . Alimentação do sistema de informação estadual com vistas a formação do cadastro.

Inspeção sanitária e fiscalização referente ao programa de controle do tabagismo em estabelecimentos sujeitos à fiscalização

- . Ações educativas e punitivas em ambientes onde se aplica o controle do tabagismo

Mapeamento de estabelecimentos não cadastrados

. Mapear e cadastrar estabelecimentos “clandestinos” ainda não cadastrados junto a visa municipal.

O município desenvolve todas as ações do piso estruturante e as ações do piso estratégico são desenvolvidas quase na sua totalidade. Como nos é exigido constantemente pela vigilância sanitária estadual, faz-se necessário a execução de maior volume de ações, que resultam em repasses de recursos do ministério da saúde/ANVISA para o fundo municipal de saúde. Para tanto se faz necessário treinamentos e capacitações dos fiscais sanitaristas em ações pactuadas do piso estratégico.

1.4.14.2 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica tem por missão conhecer o perfil dos agravos ocorridos com maior frequência no município, monitorando a ocorrência de notificações de agravos de notificação compulsória e os fatores relacionados à ocorrência destes agravos, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle destes agravos, disponibilizando informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos seus fatores condicionantes para a execução de ações de controle e prevenção, possibilitando um melhor conhecimento da situação populacional do município e o planejamento de ações globais direcionadas aos diferentes grupos populacionais.

É um instrumento importante para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização de atividades técnicas correlatas. Sua operacionalização compreende um conjunto de funções específicas e complementares que devem ser, necessariamente, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo para que, deste modo, possam ser implementadas ações de intervenção pertinentes e eficazes. É a ferramenta metodológica mais importante para a prevenção e controle de doenças em saúde pública, pois não existem ações de prevenção e controle de doenças que não estejam estruturadas sobre sistemas de vigilância epidemiológica.

Dentre as principais funções da Vigilância Epidemiológica estão a coleta de dados; processamento de dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; divulgação de informações pertinentes. Fazem parte das atividades desenvolvidas pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Itajaí os seguintes serviços:

- A Gerência de Agravos Crônicos e DST é responsável pelas ações de Vigilância Epidemiológica dos seguintes agravos: Tuberculose, Hanseníase, AIDS e Hepatites Virais, Síndrome do Corrimento Uretral, Síndrome do Corrimento Cervical, Síndrome da Úlcera Genital, Herpes Genital, Condiloma Acuminado (Verrugas Anogenitais), Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita, Gestante HIV e Criança Exposta ao HIV, destacando-se que as ações de prevenção e assistência às DST/AIDS e Hepatites Virais são de responsabilidade da Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais.

- Gerência de Controle de Agravos Agudos: responsável pela vigilância e monitoramento dos Agravos Agudos, com ênfase na vigilância e controle dos agravos imunopreveníveis como sarampo, rubéola, tétano, meningite e poliomielite.

150

- Gerência de Estatísticas Vitais: responsável pelas informações relacionadas à natalidade (SINASC) e mortalidade (SIM), permitindo analisar os eventos relativos ao nascimento e morte, vigilância e análise epidemiológica, além de construção de indicadores para uso de estatísticas demográficas e de saúde.

- Vigilância Nutricional e Alimentar: Responsável pelo monitoramento e vigilância dos Agravos Transmitidos por Alimentos, pela detecção de surto através da Monitorização de Doenças Diarréicas Agudas (MDDA), investigação de agravos transmitidos por alimentos de notificação individual e de surtos.

- Gerência de Imunização: responsável pelo controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis, através do armazenamento, distribuição, coordenação e supervisão de todas as atividades em imunização realizadas no município, sejam elas de rotina, especiais ou de Campanha. Também é responsável pela avaliação e apoio técnico nas investigações de notificações de eventos adversos pós-vacinais.

- Gerencia de Doenças e Agravos não Transmissíveis

- Vigilância as Violências
- Gerência de Programa DST/AIDS: Visa formular políticas públicas, a fim de reduzir a incidência destes agravos, ampliar o acesso à prevenção, melhorar o diagnóstico, tratamento e assistência, de forma ética, participativa, fundamentados nos Direitos Humanos e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A Gerência DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais têm como área de atuação o Centro de Testagem e Aconselhamento, o Programa Bem Me Quer o Programa Redução de Danos, o Programa Porto Saudável, Programa Empresa, Programa Saúde do Escolar, Programa Hepatites Virais, Presídio de Itajaí, Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, Exposição Ocupacional, Transmissão Vertical, Centro de Referência as Doenças Infecciosas e o Laboratório Municipal. Em anexo tabela com atendimentos realizados pelo CEREDI em 2012.

Núcleo de Controle de Zoonoses: realiza ações de controle e prevenção de zoonoses que são doenças transmitidas ao homem pelos animais, atua estrategicamente na orientação dos profissionais de saúde e da população no controle de surtos e epidemias de agravos transmitidos por animais. São as atribuições do NCZ, as investigações dos agravos humanos relacionados a zoonoses (atendimento anti-rábico humano, acidentes por animais peçonhentos. Dengue, leptospirose, malária, febre amarela e outros..), o programa de controle da dengue, o programa de controle de roedores, as notificações e observações de animais em caso de agressão a humanos, o recolhimento de animais suspeitos, a coleta e envio de material para exames laboratoriais.

Vinculado ao Núcleo de Controle de Zoonoses está a Unidade de Abrigamento Provisório de Animais, que atualmente atende animais agressores para observação, animais portadores de qualquer tipo de agravo transmissível ao homem, e animais vítimas de maus tratos quando avaliado pela Diretoria de Defesa Animal da FAMAI.

Atualmente contamos com um total de 172 animais abrigados, este serviço demanda grande necessidade de profissionais para o seu cuidado, como por exemplo, médicos veterinários.

O Laboratório Municipal de Itajaí: iniciou suas atividades realizando exames de rotina de baixa complexidade. A partir de 1996, com o objetivo de melhorar o atendimento da Rede Pública Municipal, em parceria com o LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública do Estado), e com o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST/AIDS, redirecionou as suas atividades, passando a realizar exames especializados de média e alta complexidade, não executados por outros laboratórios de nosso município e Estado, voltados para o apoio diagnóstico das doenças transmissíveis e não transmissíveis prevalentes em nossa região, incluindo os ensaios de diagnóstico e monitoramento do HIV (Imunofluorescência indireta, Citometria para linfócitos T CD4-CD8 e quantificação de Carga Viral), marcadores virais de Hepatite, Toxoplasmose, Citomegalovírus, Rubéola, Sífilis, entre outros, em atendimento as necessidades dos nossos programas municipais de saúde, abrangendo os municípios da AMFRI.

Os exames realizados pelo Laboratório Municipal, de média e alta complexidade, em apoio aos seguintes programas municipais de saúde:

DST/AIDS: Diagnóstico e Monitorização Terapêutica da AIDS; para região da AMFRI e para o município de Blumenau;

Hepatites Virais: Diagnóstico e Controle;

Tuberculose: Diagnóstico e Controle;

Hanseníase: Coleta, Diagnóstico e Controle;

DVE: Diagnóstico de doenças Infecto-contagiosas;

Saúde da Mulher: Doenças Congênitas;

Preventivo de Câncer Ginecológico Útero e Mamas;

Coleta de Teste do Pezinho;

Monitoramento da Dengue;

Encaminhamento de diversos exames não realizados em nossas dependências aos Laboratórios Públicos de Florianópolis;

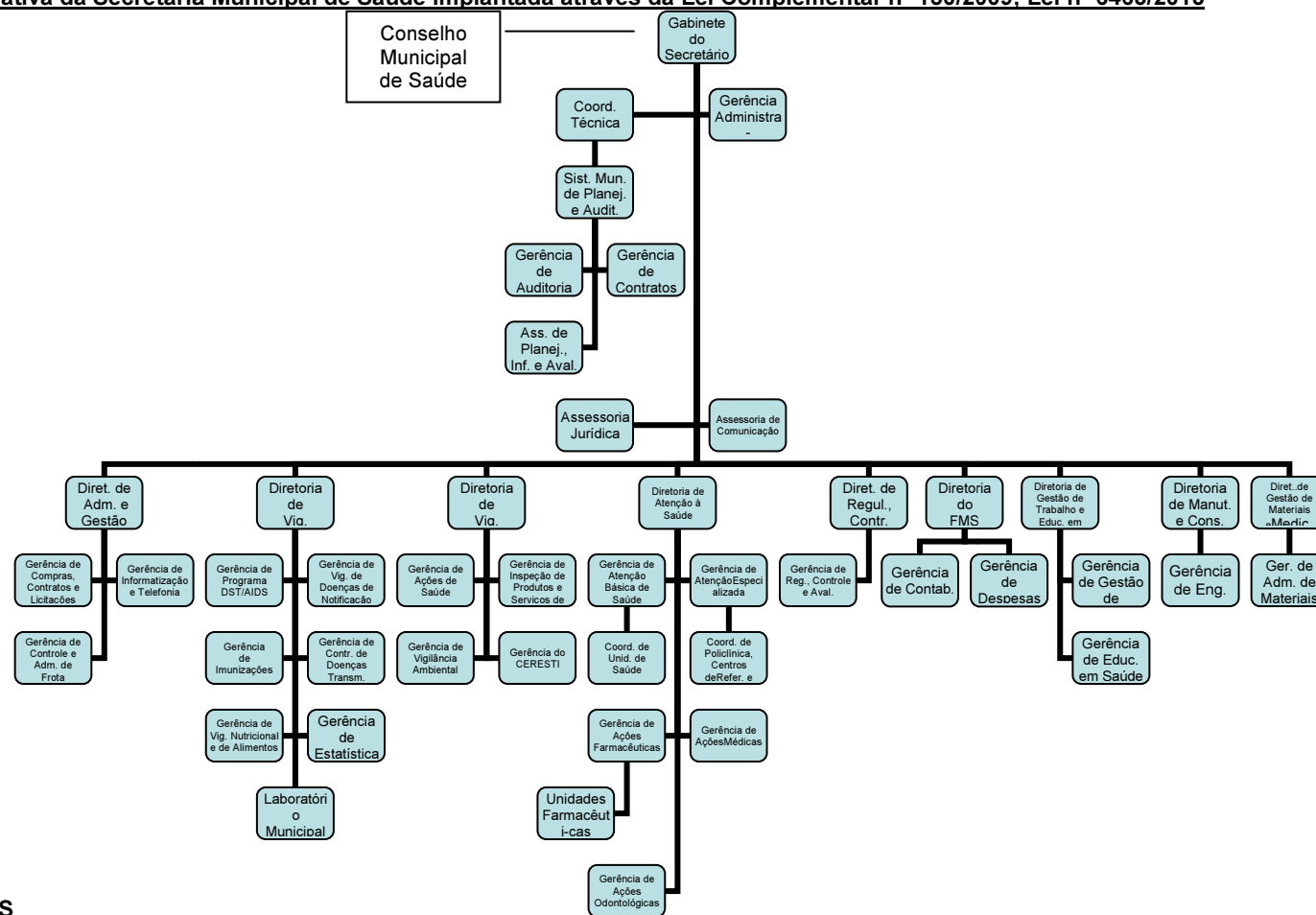
Possibilidade de pronta mobilização para realização de ensaios em casos de epidemias: Chagas, Dengue, Cólera, etc.

1.4.15 GESTÃO DE SAÚDE

A gestão da saúde possui como diretriz a qualificação das ações de planejamento e programação em saúde, através de uma política de descentralização baseada nas necessidades da comunidade.

Itajaí vem construindo uma política de saúde a partir das realidades regionais e conforme a nova lógica do Ministério da Saúde, que é o Pacto pela Saúde. Deste modo reafirma seu compromisso público com base nos princípios constitucionais do SUS. As ações de planejamento possuem especial importância neste processo de consolidação, nas quais as necessidades de saúde da população devem ser adotadas como critério para o processo de planejamento, monitoramento e a avaliação, sendo o Plano Municipal de Saúde o instrumento referencial básico por refletir as diferentes realidades locais.

Estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde implantada através da Lei Complementar nº 150/2009; Lei nº 6463/2013



Elaboração: Emerson Gonçalves - SIPAS



Secretaria Municipal de Saúde
Sistema Municipal de Planejamento e Auditoria do SUS - SIPAS
Gerência de Auditoria – GEAUD
Gerência de Contratos e Credenciamentos – GECC
Assessoria de Planejamento, Informação e Avaliação - APA

A Secretaria Municipal da Saúde busca otimizar recursos e oferecer melhorias e projetos à comunidade. Assim diversos investimentos estão sendo alocados em reformas de unidades de saúde, aquisição de veículos e materiais e equipamentos. Esses investimentos permitem beneficiar à comunidade e contribuem para o avanço das ações de saúde pública. A gestão municipal também tem investido na tecnologia da informação como estratégia para agilizar os processos de tomada de decisões, planejamento e demais atividades relacionadas aos serviços de saúde, através da melhoria da informatização da administração central e das unidades de saúde.

1.4.15.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

SISTEMAS

A implantação dos sistemas de informação configura um passo importante para a qualificação do gerenciamento dos serviços, especialmente de média complexidade. Com a regulação, aperfeiçoa-se a oferta de ações e serviços, estabelece-se um fluxo eficaz de referência e contra referência, de encaminhamentos de pacientes e de agendamento de consultas e exames, garantindo-se o acesso da população aos serviços da média e alta complexidade. A gestão municipal dos bancos de dados epidemiológicos nacionais, incluindo o de mortalidade (SIM), o de nascidos vivos (SINASC) e o do sistema de informação dos agravos de notificação (SINAN) garantem o acompanhamento do perfil epidemiológico do município de modo global, incluindo a totalidade da população do município e não apenas os usuários do SUS.

As informações para a gestão das internações hospitalares do SUS são colhidas, processadas e armazenadas no Sistema de Informações Hospitalares SIH/SUS, desenvolvido e mantido pelo Ministério da Saúde, que se caracteriza por ser um sistema nacional de informações coletadas através do processamento informatizado das AIHs – Autorização de Internações Hospitalares (o que já inicia na autorização, através do Módulo Autorizador). As informações das AIHs permitem a análise de custo das

internações, da morbidade hospitalar, além do controle e monitoramento de indicadores hospitalares.

1.4.15.2 REGULAÇÃO

A Regulação é uma FERRAMENTA de gestão, através da qual se busca promover a equidade do acesso, buscando-se alcançar a garantia da integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

No município de Itajaí o processo de Implantação da Gerência de Regulação, deu-se em abril de 2007. A equipe contava com: 4 médicos reguladores e 10 servidores administrativos.

No ano de 2009 devido à exoneração de alguns funcionários (contratados), a regulação passou por uma adaptação onde hoje conta com 3 médicos reguladores e 5 servidores administrativos.

156

ABRANGÊNCIA DA REGULAÇÃO

Alta Complexidade: Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Medicina Nuclear, Densitometria Óssea, Litotripsia, Hemodinâmica (Cateterismo), Angiotomografia, Biopsia Guiada por Tomografia/Ultrasonografia, Oncologia (quimioterapia), Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia de Catarata,

Audiologia.

Média Complexidade: Ultrassonografia, Ultrassonografia com Doppler, Teste Ergométrico, Ecocardiografia, Holter 24 horas, Endoscopia Digestiva Alta, Eletroneuromiografia, Eletroencefalografia, Videonasofaringoscopia, todas as consultas de especialidade.

Atenção Terciária em Saúde: em Itajaí, existem dois hospitais conveniados: Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen e Hospital Universitário Pequeno

Anjo. Nos Hospitais são realizados atendimentos, como internações e cirurgias e atendimentos de urgência/emergência, em pronto-socorro.

1.4.15.3 FINANCIAMENTO

As necessidades de financiamento no setor saúde são enormes, sendo assim, isso faz com que as autoridades das três esferas de governo estejam sempre se empenhando na busca de fontes adicionais de recursos, bem como na ampliação dos orçamentos em saúde.

Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº 29, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegurou a efetiva co-participação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A exemplo do que vinha ocorrendo com os mínimos exigidos para a educação, foram estabelecidos percentuais mínimos das receitas da União, dos Estados e dos Municípios, a serem aplicados em ações e serviços de saúde.

157

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União, quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o que garante a participação da comunidade no controle dos recursos destinados à área da saúde. Os Estados e Municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estão sujeitos a sanções que vão, desde a retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União no Estado ou do Estado no Município.

Os recursos federais do SUS são transferidos aos níveis estaduais e municipais mediante remuneração por serviços produzidos (SIA/AIH), transferências voluntárias (através de convênios e outros instrumentos congêneres), e transferências fundo a fundo.

A transferência fundo a fundo é realizada, regular e automaticamente, da União para os

Estados e Municípios, para o financiamento das ações e/ou programas de saúde executados, de acordo com a condição de gestão a que estejam habilitados, sendo essa a principal modalidade de transferência de recursos federais para os Estados, Municípios e Distrito Federal, a título de financiamento das ações e serviços de saúde.

Os recursos destinados à execução da Atenção Básica e das ações específicas de Programas e Incentivos do Ministério da Saúde são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão bem como as qualificações de estados e municípios aos respectivos Programas e Incentivos de acordo com a regulamentação específica.

Os recursos financeiros do Sistema Municipal de Saúde provêm de diversas fontes, sendo destinados a programas e ações específicas. Os recursos federais da saúde são repassados em cinco blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, e Investimentos. Já os recursos estaduais são repassados através do co-financiamento da Atenção Básica, Saúde bucal, Farmácia Básica e Média e Alta complexidade. Outra forma de financiamento são os convênios assinados com o Governo Estadual e/ou Federal, que permitem o repasse de recursos específicos para a execução de projetos de melhorias da Rede Física de Saúde, construção de Unidades Básicas de Saúde, implementação de novos programas, etc.

Os recursos do Governo Federal são repasses exclusivos para financiamento de projetos específicos e representam fontes potenciais de aporte financeiro para diversos projetos de desenvolvimento futuros, a serem implantados no município. A Emenda Constitucional nº. 029/2000 preconiza a aplicação mínima na saúde de 15% dos recursos oriundos da transferência de impostos municipais, estaduais e da União. Em 2013, fonte Sistema Contábil COP, o Município de Itajaí através de seu Fundo Municipal de Saúde aplicou 19,93% do seu orçamento em saúde, visando atender todas as ações, serviços, projetos e programas da Secretaria Municipal de Saúde.

Desta forma, houve um investimento em saúde acima do mínimo exigido pela Emenda Constitucional citada anteriormente, mostrando que o Município de Itajaí investe com responsabilidade e de forma efetiva na manutenção e ampliação de seus serviços de

saúde, dentre outras ações, sendo assim, possibilitando a inserção de políticas públicas nos mais variados setores da saúde, definindo uma política estratégica visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em nível local e região da AMFRI.

A elaboração da peça orçamentária deve observar a estreita articulação com todos os serviços e áreas da SMS, bem como atender às novas normas de financiamento do SUS, além dos compromissos firmados no Pacto pela Saúde. Tais medidas permitem maior precisão na dotação orçamentária, a fim de que se ampliem ainda mais os recursos destinados à saúde.

Para o exercício 2014, a estimativa de investimentos em saúde será de R\$ 198.953.000,00 (cento e noventa e oito milhões, novecentos e cinquenta e três mil reais), conforme previsto na Lei Orçamentária Anual nº 6.453 de 18 de dezembro de 2013.

É fundamental reconhecer que os recursos financeiros, destinados às ações de saúde, sejam otimizados com um planejamento voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população. É necessário o aperfeiçoamento da gestão orçamentário-financeira do SUS que integre as funções planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, para tanto, existem instrumentos orçamentários como a Lei de Orçamento Anual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Plano Plurianual.

Tabela 58. Gastos do Fundo Municipal de Saúde Itajaí, 2012-2013.

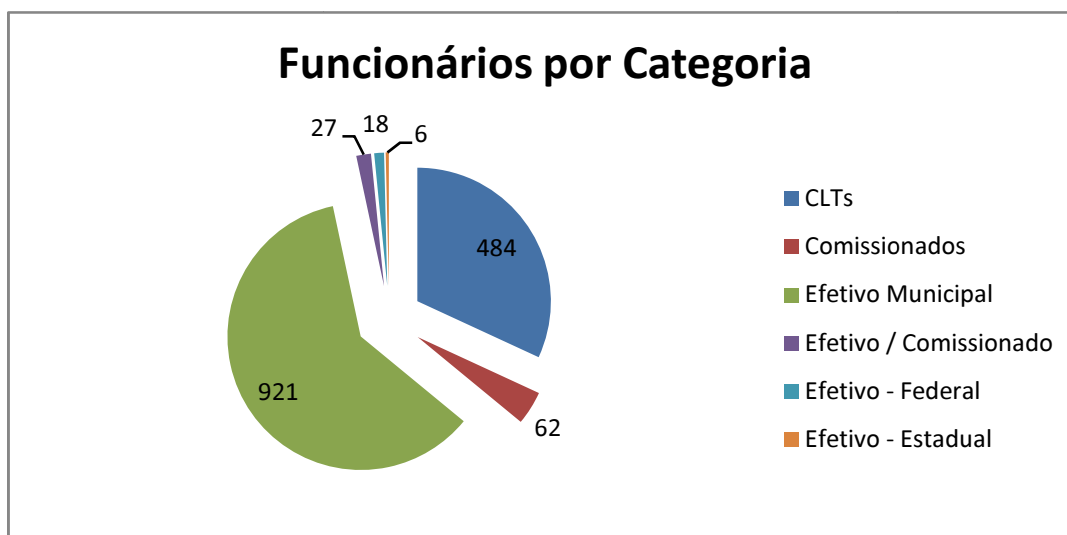
Detalhamento	Orçado Atualizado		Liquidado Acumulado	
	2012	2013	2012	2013
Aplicações Diretas	R\$ 73.736.174,82	R\$ 83.698.842,89	R\$ 71.459.408,47	R\$ 83.362.916,21
Folha/IPI				
Aplicações Diretas-	R\$ 79.850.373,66	R\$ 97.466.887,51	R\$ 76.661.508,71	R\$ 87.117.123,79
(Materiais e Serviços)				
Aplicações Diretas-	R\$ 7.601.993,61	R\$ 10.030.019,74	R\$ 2.949.967,27	R\$ 2.753.864,61
(Investimentos)				
Total	R\$ 161.188.542,09	R\$ 191.195.750,14	R\$ 151.070.884,45	R\$ 173.233.904,61

Fonte: Sistema Contabilidade COP - FMS

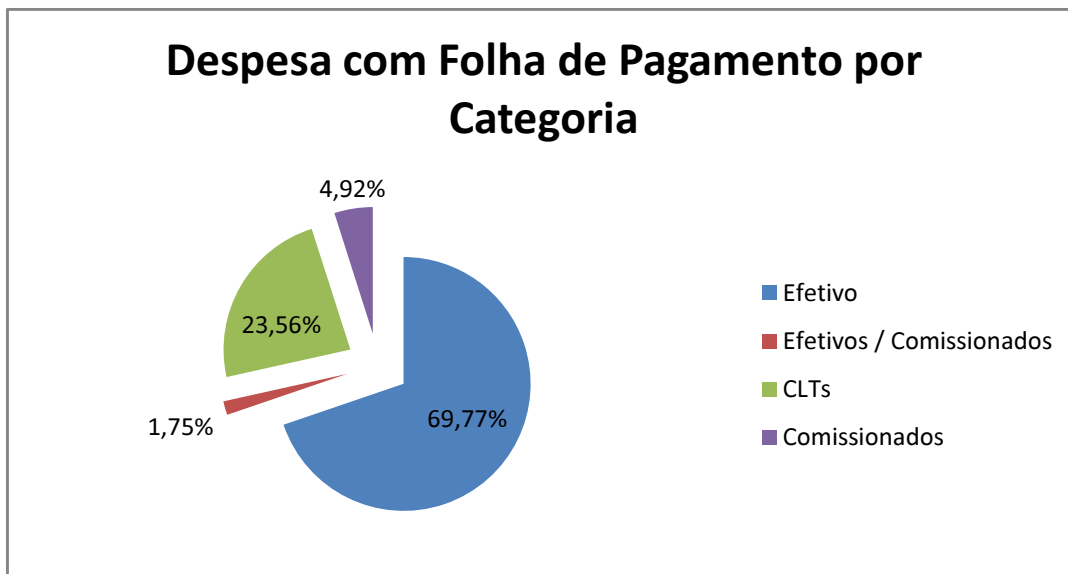
1.4.15.4 GESTÃO DE PESSOAS E DO TRABALHO

A Rede Municipal de Saúde do município de Itajaí é composta por 16 unidades básicas de saúde, 02 ambulatorios, 12 centros de referencias, 07 policlinicas, 01 laboratório, 02 unidades de ponto atendimento 24h e 01 unidade móvel de urgência e emergência (SAMU).

A Secretaria Municipal de Saúde apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos (municipais, estaduais e federais), cargos em comissão, e empregados públicos (celetistas) que trabalham na Estratégia Saúde da Família, totalizando 1.518 servidores.



Fonte: Senior Gestão de Pessoas / Folha de Pagamento



Fonte: Senior Gestão de Pessoas / Folha de Pagamento

Na estrutura orgânica da SMS, a unidade administrativa responsável pela Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde é a Diretoria de gestão de trabalho e educação em saúde, estruturada pela Lei complementar 150 de 12 de março de 2009 e compostas por duas Gerencias:

161

À Gerência de Gestão de Pessoas compete:

- I - aplicar e fazer aplicar as leis e regulamentos referentes ao pessoal da Secretaria, orientando e fiscalizando sua execução, bem como estabelecer rotinas destinadas a uniformizar a aplicação da legislação;
- II - gerenciar as atividades de seleção, capacitação e cadastro de pessoal da Secretaria;
- III - organizar e controlar a lotação, provimento e vacância de cargos, empregos e funções públicas da Secretaria;
- IV - gerir o processo e processamento, bem como normatizar e controlar os afastamentos e frequência dos servidores da Secretaria;
- V - gerenciar as rotinas relativas ao desenvolvimento funcional, benefícios e vantagens pecuniárias atribuídos aos servidores da Secretaria;
- VI - estabelecer rotinas e procedimentos referentes ao ingresso de pessoas na Secretaria;

VII - gerenciar os diversos institutos de movimentação de pessoas da Secretaria; e

VIII - desempenhar outras atribuições correlatas, determinadas pelos superiores hierárquicos.

À Gerência de Educação em Saúde compete:

I - planejar, coordenar, organizar, controlar, gerenciar, dirigir e normatizar as atividades inerentes à educação em saúde do Município; e

II - desempenhar outras atribuições correlatas, determinadas pelos superiores hierárquicos.

1.4.16 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

O controle social, produto de conquistas democráticas, é um importante instrumento para o exercício da cidadania, uma vez que confere à população o papel de sujeito do direito à saúde e da exigência do cumprimento do dever por parte do Estado. Confere também o papel de controlador do funcionamento dos serviços e aos profissionais de saúde, espaço livre para manifestação de idéias e tendências técnico-científicas. Esta participação social nas decisões em saúde é um dos princípios fundamentais do SUS, devendo ser fortemente favorecida para se garantir um controle construtivo e responsável. A Secretaria Municipal da Saúde tem incentivado a participação da população através de suas entidades representativas, que são o conselho local e municipal de saúde e a conferência municipal. Esta parceria é necessária para assegurar que as ações em saúde, por ser um bem público, não sejam decididas unilateralmente, preservando assim os direitos e o poder da população.

162

1.4.16.1 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde (COMUSA) é a fundamentação do Controle Social. Tem as funções de acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas pelo Gestor de Saúde em sua área de abrangência. A composição,



Secretaria Municipal de Saúde
Sistema Municipal de Planejamento e Auditoria do SUS - SIPAS
Gerência de Auditoria – GEAUD
Gerência de Contratos e Credenciamentos – GECC
Assessoria de Planejamento, Informação e Avaliação - APA

organização e competência dos Conselhos Municipais de Saúde, estão fixadas na Lei nº LEI Nº 6359, DE 05 DE AGOSTO DE 2013 e prevê a seguinte composição: 50% (cinquenta por cento) às entidades e movimentos representativos de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) às entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde, e 25% (vinte e cinco por cento) à representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos:

a) Representação dos Prestadores Públicos e Privados:

I - 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde;

II - 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Educação;

III - 01 (um) representante da Secretaria Municipal Urbanismo;

IV - 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Assistência Social;

V - 03 (três) representantes de prestadores de serviços privados, conveniados ao SUS;

163

b) Representação dos Trabalhadores de Saúde:

VI - 07 (sete) representantes de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;

c) Representação dos Usuários:

VII - 02 (dois) representantes de associações de pessoas com patologias;

VIII - 01 (um) representante de associações de pessoas com necessidades especiais;

IX - 02 (dois) representantes de associações de movimentos sociais e populares, organizados;

X - 01 (um) representante de associações de entidades de aposentados e pensionistas;

XI - 03 (três) representantes de entidades sindicais;

XII - 04 (quatro) representantes de associações de organizações de moradores;

XIII - 01 (um) representante dos conselhos locais de saúde.

A ação do executivo orientada pelas prioridades definida pelo Conselho é muito mais efetiva, racional e democrática. O grande desafio é aprender a controlar através de resultados: todo o aparato da sociedade e do estado tem que ter como resultado final a conquista do estado de bem-estar dos cidadãos.

A sociedade pode olhar para o público através dos indicadores de resultados: indicadores de morbimortalidade; indicadores de saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso; indicadores de conhecimento de saúde pela população; indicadores de conhecimento de acesso físico e adequado aos serviços de saúde; indicadores de grau de satisfação dos usuários; indicadores do processo de integração intersetorial. Sob esta dinâmica, o COMUSA se reúne mensalmente, às primeiras segundas feiras do mês para a realização das Assembléias Ordinárias, e quinzenalmente após, realiza as Assembléias Extraordinárias, com pauta única para a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde.

O caminho para que o controle público, através do controle social, tenha resultados palpáveis, seria o da parceria, tanto junto ao executivo municipal, assim como com o próprio legislativo, apresentando as providências a serem tomadas. A idéia central não é punir, mas modificar o errado e ratificar o correto. A negociação e a pactuação devem ser o caminho.

Melhorando o conhecimento e a prática das pessoas envolvidas neste processo de conquista da saúde, a qualidade final de vida e saúde das pessoas será melhor.

Neste refrão entra a educação dos governantes e dirigentes públicos e privados de saúde, dos prestadores de serviços de saúde, dos profissionais de saúde, dos cidadãos usuários dos serviços de saúde, do Ministério Público, do Judiciário, da mídia, etc. Há que se investir muito em formação sobre três aspectos: o saber fazer técnico, o saber do bem conviver humano e o saber e viver o compromisso individual humano com a sociedade onde se está.

1.4.16.2 CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

As Conferências de Saúde representam o fórum oficial de debates e decisões das entidades representativas da sociedade sobre a saúde do município. A última Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 2011, convocada pelo DECRETO Nº 9409, DE 08 DE JUNHO DE 2011, com o tema: "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro".

OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

EIXO 1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA				
DIRETRIZ - 1.1. FORTALECER A ATENÇÃO BÁSICA E AUMENTAR A RESOLUTIVIDADE				
Objetivo específico 1.1.1. Fortalecer a Atenção Básica	2014	2015	2016	2017
1.1.1.1. Adequar a população para 3000 pessoas por equipe.	X	X	X	X
1.1.1.2. Implantar no mínimo três equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família respeitando as condições locais para definição da equipe.		X	X	X
1.1.1.3. Transformar Unidades mistas em Estratégia Saúde da Família.		X	X	X
1.1.1.4. Manter 100% das equipes completas.	X	X	X	X
1.1.1.5. Expandir a cobertura da Estratégia Saúde da Família até 80% em 2017 com incremento mínimo de 2,5% ao ano, com base de 69,76% em 2013.	X	X	X	X
1.1.1.6. Implantar e manter uma política de humanização com acolhimento e classificação de risco.	X	X	X	X
1.1.1.7. Iniciar estudos para a implantação de um programa para internações domiciliares de acordo com as portarias do Ministério da Saúde.	X			
1.1.1.8. Implantar a função gratificada de supervisão regional para otimizar a gestão das	X	X	X	X

equipes da Estratégia Saúde da Família.				
1.1.1.9. Criação de um método de avaliação da satisfação do usuário sobre os trabalhos da Atenção Básica.	X	X	X	X
1.1.1.10. Promover propaganda institucional dos trabalhos da Estratégia Saúde da Família e SUS – TV, rádio e outros meios de comunicação.	X	X	X	X
1.1.1.11. Aprimorar e o prontuário família.	X	X	X	X
Objetivo específico 1.1.2. Fortalecer as Unidades básicas de Saúde como porta de entrada	2014	2015	2016	2017
1.1.2.1. Fazer cumprir a lei no tocante ao cumprimento da carga horária de todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde em especial a categoria médica em todos os anos da vigência deste plano.	X	X	X	X
1.1.2.2. Promover autonomia de território para as equipes com apoio da gestão.	X	X	X	X
1.1.2.3. Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para a identificação de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.	X	X	X	X
Objetivo específico 1.1.3 Promoção da atenção integral à saúde da mulher e criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade				

1.1.3.1. Aumentar oferta de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos atingindo a razão de 0,55 em 2014 com incrementos de 15% ao ano, com 0,55 em 2014, 0,65 em 2015, 0,75 em 2016 e 0,85 em 2017.	X	X	X	X
1.1.3.2. Aumentar oferta de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos na razão de 0,50 e com incremento de 5% ao ano.	X	X	X	X
1.1.3.3. Realizar o seguimento de 90% das mulheres com resultado de citopatológico/histopatológico de colo de útero alterado.	X	X	X	X
1.1.3.4. Realizar o seguimento de 90% das mulheres com resultado de mamografia, citopatológico e histopatológico de mama alterado.	X	X	X	X
1.1.3.5. Aumentar a captação precoce da gestante até a 12ª semana de gestação em 10% ao ano.	X	X	X	X
1.1.3.6. Garantir a oferta de exames laboratoriais de rotina, para 100% das gestantes de risco habitual captadas, tais como: Hemoglobina, Hematócrito, glicemia, urocultura, VDRL (triagem de sífilis), Anti HIV, Toxoplasmose, HbsAg (pesquisa hepatite B) no primeiro trimestre de gestação.	X	X	X	X
1.1.3.7. Garantir a oferta de exames laboratoriais de rotina, para 100% das gestantes de risco habitual captadas, tais como: Hemoglobina, Hematócrito, glicemia, urocultura, VDRL (triagem de sífilis), Anti HIV, Toxoplasmose, HbsAg (pesquisa hepatite B) a partir da 30ª semana de	X	X	X	X

gestação.				
1.1.3.8. Garantir uma consulta odontológica durante a gestação para 90% das gestantes usuárias do SUS.	X	X	X	X
1.1.3.9. Promover a vinculação da gestante à Maternidade do município em 100% das gestantes usuárias do SUS.	X	X	X	X
1.1.3.10. Atualizar e implementar protocolo de gestação de risco habitual do município para profissionais que atuam na atenção básica.	X	X		
1.1.3.11. Campanha de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para uso do protocolo de gestação de risco habitual.	X	X	X	X
1.1.3.12. Criar e implantar protocolo de pré-natal na adolescência.	X			
1.1.3.13. Manter atualizado o sistema de informação do SIS pré-natal no nível central, assim como promover a descentralização da digitação nas unidades básicas de saúde.	X	X	X	X
1.1.3.14. Disponibilizar relatórios do SIS pré-natal quadrimestrais para profissionais da atenção básica, afim de reavaliar a qualidade das informações registradas.	X	X	X	X
1.1.3.15. Garantia permanente de todos os insumos e equipamentos necessários para a realização de pré-natal em todas as Unidades Básicas de Saúde e Serviços de Referência do	X	X	X	X

município.				
1.1.3.16. Disponibilizar o teste rápido de gravidez nas unidades básicas de saúde.	X	X	X	X
1.1.3.17. Elaborar o protocolo de controle dos cânceres de colo e de mama conforme normas do Caderno de Atenção Básica específico do Ministério da Saúde.	X	X		
1.1.3.18. Capacitar profissionais da atenção básica para controle do câncer de colo e mama.	X	X	X	X
1.1.3.19. Implantação do Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.	X			
1.1.3.20. Monitorar o Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.	X	X	X	X
1.1.3.21. Analisar o Sistema de Informação do Câncer anualmente.	X	X	X	X
1.1.3.22. Implantar o teste rápido de sífilis e anti- HIV para as gestantes nas equipes da estratégia saúde da família em 15 equipes ao ano.	X	X	X	X
1.1.3.23. Intensificar a vacinação na rede pública contra tétano durante o período gestacional.	X	X	X	X
1.1.3.24. Intensificar a vacinação na rede pública contra hepatite B durante o período gestacional.	X	X	X	X
1.1.3.25. Capacitar profissionais da atenção básica sobre as recomendações para tratamento e monitoramento em gestantes com Infecção do Trato Urinário.	X			
1.1.3.26. Aumentar o percentual de gestantes cadastradas a proporção de nascidos vivos de	X	X	X	X

mães com 7 ou + consultas de pré-natal para 78% com incremento de 2% ao ano.				
1.1.3.27. Adequar a política pública municipal no que concerne a prática de cesariana ao que preconiza o Ministério da Saúde.	X	X	X	X
1.1.3.28. Garantir consulta de puerpério até o 42º dia após o parto das gestantes acompanhadas no SUS.	X	X	X	X
1.1.3.29. Criar o protocolo de Planejamento Familiar.	X	X		
1.1.3.30. Disponibilizar na rede de saúde os métodos contraceptivos definidos no Protocolo.	X	X	X	X
1.1.3.31. Elaborar cartilha educativa sobre o protocolo de uso dos métodos contraceptivos.	X	X		
1.1.3.32. Capacitar médicos da Estratégia Saúde da Família para colocação de Dispositivo Intrauterino – DIU.	X	X	X	X
1.1.3.33. Manter o Programa nascer Itajaiense.	X	X	X	X
1.1.3.34. Realizar oficina para as equipes de saúde sobre promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.	X	X	X	X
1.1.3.35. Realizar primeira visita domiciliar para recém-nascido e puérpera até o 7º dia de vida a 80% dos recém-nascidos residentes no município.	X	X	X	X
1.1.3.36. Garantir acesso à Puericultura aos recém-nascidos residentes no município.	X	X	X	X

1.1.3.37. Reduzir a taxa de mortalidade infantil em 30%.	X			
1.1.3.38. Reduzir a taxa de mortalidade infantil em 5% ao ano.		X	X	X
1.1.3.39. Reduzir o percentual de mortalidade neonatal por causas evitáveis em 5%.	X	X	X	X
1.1.3.40. Revisar protocolo de atendimento à criança e neonatal de baixo risco periodicamente, adequando-o às necessidades observadas.	X	X	X	X
1.1.3.41. Manter as ações de prevenção e controle dos agravos na infância nas creches e escolas do município, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação.	X	X	X	X
1.1.3.42. Realizar 90% de visitas às crianças usuárias do SUS residentes em Itajaí cobrando a emissão de sumário de alta hospitalar.	X	X	X	X
1.1.3.43. Garantir equipamentos de antropometria para puericultura para cada equipe de atenção primária.	X	X	X	X
1.1.3.44. Incrementar e desenvolver ações de saúde do escolar.	X	X	X	X
1.1.3.45. Redução do número nascidos vivos pré-termo e baixo peso relacionados à infecção urinária materna.	X	X	X	X
1.1.3.46. Revisar instrumento para visita domiciliar do recém-nascido.	X	X	X	X
1.1.3.47. Revisar o instrumento para alta hospitalar das crianças usuárias do SUS internadas no Hospital Universitário Pequeno Anjo – HUPA.	X	X	X	X

1.1.3.48. Capacitar e sensibilizar os profissionais da atenção básica para identificação dos riscos e vulnerabilidades do recém-nascido.	X	X	X	X
1.1.3.49. Criar um banco de dados para análise dos instrumentos de visita domiciliar, e altas do Hospital Universitário Pequeno Anjo - HUPA vindos das Unidades Básicas de Saúde.	X	X		
1.1.3.50. Encaminhar aos profissionais das Unidades Básicas relatório quadrimestral da saúde das crianças do município.	X	X	X	X
1.1.3.51. Manter o monitoramento com as equipes da atenção básica da cobertura vacinal das crianças do município.	X	X	X	X
1.1.3.52. Implantar matriciamento na saúde da criança para atenção básica.			X	X
Objetivo específico 1.1.4. Melhoria das condições de saúde do idoso e dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis mediante qualificação da gestão e das redes de atenção	2014	2015	2016	2017
1.1.4.1. Capacitar de forma permanente os profissionais da atenção básica em Saúde do Idoso com a formação de multiplicadores.	X	X	X	X
1.1.4.2. Criar e implantar o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso.	X	X		
1.1.4.3. Priorizar o atendimento integral aos idosos na atenção básica.	X	X	X	X
1.1.4.4. Estimular a prática de atividades físicas nas unidades de saúde através dos grupos de educação em saúde.	X	X	X	X

1.1.4.5. Implantar o uso da caderneta de saúde do idoso atendidos na atenção básica a partir de 2015.		X	X	X
1.1.4.6. Atingir a cobertura vacinal da influenza em 80% dos idosos.	X	X	X	X
1.1.4.7. Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis em 2% ao ano.	X	X	X	X
1.1.4.8. Implantar grupos de ajuda mútua entre cuidadores pela Estratégia Saúde da Família e equipe multiprofissional.		X	X	X
1.1.4.9. Desenvolver ações de vigilância e prevenção de quedas do idoso.	X	X	X	X
1.1.4.10. Realizar suporte matricial em Geriatria para as equipes de Estratégia Saúde da Família com a implantação do NASF		X	X	X
1.1.4.11. Intensificar as ações intersetoriais com as Secretarias de Desenvolvimento Social, Secretaria de Educação, Fundação Municipal de Esportes, Conselho Municipal do Idoso e afins.	X	X	X	X
1.1.4.12. Elaborar material educativo para os idosos.	X	X	X	X
Objetivo específico 1.1.5. Melhoria das condições de saúde do homem mediante qualificação da gestão e das redes de atenção	2014	2015	2016	2017
1.1.5.1. Implantar o programa de saúde do homem.	X	X		

Objetivo específico 1.1.6. Promover a igualdade etnicorracial, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS	2014	2015	2016	2017
1.1.6.1. Incluir análise de dados com recorte etnicorracial.	X	X	X	X
1.1.6.2. Incluir o recorte etnicorracial nas campanhas publicitárias, bem como materiais disponibilizados nos programas de saúde.	X	X	X	X
1.1.6.3. Encaminhar a lista das crianças portadoras de anemia falciforme para o conhecimento da Secretaria Municipal de Educação e repasse para o setor de nutrição.	X	X	X	X
Objetivo específico 1.1.7. Fortalecer o controle do tabagismo	2014	2015	2016	2017
1.1.7.1. Manter os 7 grupos de tabagismo e criar no mínimo 2 novos grupos ao ano.	X	X	X	X
1.1.7.2. Promover ações educativas para eliminação do uso do fumo por servidores nas Unidades Assistenciais de Saúde do Município.	X	X	X	X
1.1.7.3. Promover ações educativas para eliminação do uso do fumo por servidores das Unidades Escolares do Município.	X	X	X	X
1.1.7.4. Promover ações educativas para eliminação do uso do fumo por servidores nas empresas instaladas no Município.	X	X	X	X
1.1.7.5. Alcançar 50% de cessação do tabagismo entre os participantes dos grupos.	X	X	X	X
Objetivo específico 1.1.8. Garantir o acesso as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado do SUS	2014	2015	2016	2017

1.1.8.1. Executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade conforme orientações da Portaria Interministerial nº1, de 2 de janeiro de 2014, financiamento e pactuação entre os três níveis de governo.	X	X	X	X
EIXO 2 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE				
DIRETRIZ - 2.1. ORGANIZAR REDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE				
Objetivo específico 2.1.1. Garantir o acesso as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado do SUS	2014	2015	2016	2017
2.1.1.1. A oferta de saúde especializada à população privada de liberdade se dará conforme orientações da Portaria Interministerial nº1, de 2 de janeiro de 2014, financiamento e pactuação entre os três níveis de governo.	X	X	X	X
Objetivo específico 2.1.2. Fortalecer o serviço de fisioterapia	2014	2015	2016	2017
2.1.2.1. Ampliar o serviço público de fisioterapia, reduzindo a demanda reprimida.	X	X	X	X
2.1.2.2. Fortalecer e aprimorar as ações dos serviços já existentes.	X	X	X	X
2.1.2.3. Incentivar uma maior participação dos cuidadores dos pacientes atendidos no Serviço de Fisioterapia Domiciliar.	X	X	X	X
2.1.2.4. Capacitar os profissionais envolvidos no setor da fisioterapia.	X	X	X	X

2.1.2.5. Adquirir materiais para os atendimentos.	X	X	X	X
2.1.2.6. Fortalecer o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar com as Unidades de Saúde.	X	X	X	X
2.1.2.7. Ampliar o Programa de Fisioterapia laboral nas Unidades de Saúde.	X	X	X	X
2.1.2.8. Divulgar o atendimento especializado da fisioterapia em pacientes com câncer de mama e recém-nascido de alto risco especialmente junto aos profissionais responsáveis pelos encaminhamentos.	X	X	X	X
2.1.2.9. Aprimorar o atendimento às pacientes mastectomizadas.	X	X	X	X
2.1.2.10. Incrementar o atendimento às gestantes de alto risco.	X	X	X	X
Objetivo específico 2.1.3. Otimizar o uso dos procedimentos/exames de médio e alto custo	2014	2015	2016	2017
2.1.3.1. Fiscalizar e avaliar todos os serviços custeados pelo SUS.	X	X	X	X
2.1.3.2. Elaboração de protocolo para solicitar exames de alto custo e médio custo.	X	X		
2.1.3.3. Realizar Campanhas na mídia de informação/sensibilização relativa aos serviços do SUS e massificar entre a população a cartilha dos direitos e deveres dos usuários do SUS.	X	X	X	X
2.1.3.4. Reativar o serviço de fonoaudiologia domiciliar.		X		
2.1.3.5. Garantir um veículo para o atendimento domiciliar fonoaudiológico.		X	X	X
2.1.3.6. Ampliar o quadro de fonoaudiólogos na rede municipal de saúde.		X	X	

2.1.3.7. Reativar o serviço de audiologia do Município.	X	X		
2.1.3.8. Adequar as salas e materiais de terapia visando o atendimento de todas as faixas etárias e patologias de acordo com a recomendação do CFFa nº 13, de 19 de abril de 2010.	X	X		
2.1.3.9. Inserir o Fonoaudiólogo no NASF.		X		
2.1.3.10. Implementar e atualizar o fluxograma e protocolo de serviço de fonoaudiologia no município.	X			
2.1.3.11. Implantar Caderno de Atenção Primária, caderno 29 referente a rastreamento.	X	X		
2.1.3.12. Informatizar prontuário médico como instrumento de otimização do processo de trabalho e redução de custo com exames repetitivos.	X	X	X	X
2.1.3.13. Elaborar protocolo para encaminhamento a todas as especialidades.	X	X	X	
Objetivo específico 2.1.4. Fortalecer o serviço de atenção materno-infantil de alto risco	2014	2015	2016	2017
2.1.4.1. Garantir acesso oportuno ao pré-natal de alto risco com referencia e contra-referencia para 100% das gestantes consideradas de alto risco que é igual a 15% do total das gestantes do SUS.	X	X	X	X
2.1.4.2. Garantir exames especiais, para gestante alto risco como: teste de tolerância a glicose, ultrassom obstétrico, contagem de plaquetas, dosagem de uréia, creatinina, ácido úrico, dosagem de proteinúria 24 horas, cardiotocografia ante-parto.	X	X	X	X

Objetivo específico 2.1.5. Fortalecer ações de vigilância alimentar e nutricional	2014	2015	2016	2017
2.1.5.1. Realizar acompanhamento, através da nutricionista de referência e demais profissionais da saúde, de todas as crianças de 28 dias a 5 anos notificadas por desnutrição grave.	X	X	X	X
2.1.5.2. Investigar e acompanhar 100% dos casos de crianças de 28 dias a 5 anos notificadas por desnutrição grave.	X	X	X	X
2.1.5.3. Implantar o programa peso saudável do Ministério da Saúde voltado para a saúde do trabalhador através das nutricionistas que trabalham nas Unidades de Saúde.	X	X	X	X
2.1.5.4. Manter a cobertura de acompanhamento no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN de gestantes e crianças até 7 anos atendidas nas Unidades de Saúde.	X	X	X	X
2.1.5.5. Atingir 80% da cobertura das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família aumentando gradativamente a cobertura a cada ano.	X	X	X	X
2.1.5.6. Capacitar as equipes de saúde em relação ao Programa Bolsa Família.		X		
2.1.5.7. Promover a descentralização da digitação das informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e do Programa Bolsa Família para Unidades de Saúde.		X	X	X
Objetivo específico 2.1.6. Fortalecer o serviço de urgência e emergência	2014	2015	2016	2017
2.1.6.1. Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas atingindo a proporção de 48% de óbitos por acidente com acesso hospitalar, aumentando gradualmente.	X	X	X	X

2.1.6.2. Promover capacitações em urgência no serviço de urgência (ATLS, PALS, ou correlatos).	X	X	X	X
2.1.6.3. Promover a articulação entre os serviços de urgência/emergência com os demais pontos da rede de saúde mental.	X	X	X	X
2.1.6.4. Capacitar 100% dos serviços em atendimento de urgência/emergência (UPA/PA/SAMU) em saúde mental do município.	X	X	X	X
2.1.6.5. Reavaliar o número de profissionais nas equipes, garantindo o pleno funcionamento dos serviços de urgência/emergência do município.	X			
2.1.6.6. Realizar estudo para verificar a possibilidade de ofertar serviço de urgência nas áreas rurais.	X			
Objetivo específico 2.1.7. Estimular o uso de práticas complementares em saúde	2014	2015	2016	2017
2.1.7.1. Manter o Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – CEPICS	X	X	X	X
2.1.7.2. Capacitar a Atenção Básica como multiplicadores da massagem Shantalla em bebês.	X	X	X	X
EIXO 3 - ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL				
DIRETRIZ - 3.1. IMPLANTAR A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL				
Objetivo específico 3.1.1. Estruturar a Rede de Atenção Psicossocial no Município	2014	2015	2016	2017

3.1.1.1. Desenvolver estratégias para populações específicas na atenção básica (usuários de drogas e pessoas em situação de rua), conforme portaria nº 3088/2011.		X	X	X
3.1.1.2. Implantar novos dispositivos da rede de atenção psicossocial (CAPS III-AD).		X	X	X
3.1.1.3. Ampliar ações de reabilitação psicossocial conforme componente previsto na Rede de Atenção Psicossocial – portaria 3088/2011.	X	X	X	X
3.1.1.4. Articular e cobrar do Estado de Santa Catarina, através das instâncias colegiadas regionais, a cobertura de leitos de saúde mental em hospital geral. E articular com o Ministério Público Estadual a utilização de dispositivos legais para viabilizar esta garantia.	X	X		
3.1.1.5. Desenvolver apoio matricial pelos CAPS em 50% das equipes Estratégia Saúde da Família.	X	X	X	X
3.1.1.6. Desenvolver o apoio matricial pelo NASF em 50% das equipes Estratégia Saúde da Família.		X	X	X
3.1.1.7. Implantação de protocolo integrado da rede de atenção psicossocial.	X			
3.1.1.8. Aprimorar o atendimento para o usuário em situação de crise junto aos pontos de atenção da RAPS.	X	X	X	X
3.1.1.9. Criar ações de prevenção em saúde mental, infância e adolescência na atenção básica junto ao Programa Saúde na Escola.	X	X	X	X
3.1.1.10. Capacitar as equipes de Estratégia Saúde da Família sobre políticas relacionadas ao	X	X	X	X

álcool e outras drogas.				
EIXO 4 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA				
DIRETRIZ - 4.1. FORTALECER AÇÕES DE SAÚDE BUCAL				
Objetivo específico 4.1.1. Fortalecer as ações de Saúde Bucal	2014	2015	2016	2017
4.1.1.1. Disponibilizar tratamento odontológico a nível hospitalar para pacientes especiais acima de 14 anos de idade no HMMKB.	X	X	X	X
4.1.1.2. Disponibilizar tratamento a nível hospitalar para 75% dos pacientes que necessitam procedimentos odontológicos não emergenciais sob anestesia geral.	X	X	X	X
4.1.1.3. Manter RX odontológico sem demanda reprimida através de aquisição de novos equipamentos para US que não dispõem deste serviço.	X	X	X	X
4.1.1.4. Adequar a área física e equipamentos conforme critérios dos órgãos competentes para atendimento odontológico.	X	X	X	X
4.1.1.5. Implementar medidas de prevenção/redução de riscos ocupacionais aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde.	X	X	X	X
4.1.1.6. Manutenção das ações já existentes e ampliação do programa de saúde bucal do escolar na rede pública.	X	X	X	X

4.1.1.7. Manutenção do programa Bebê Sorridente.	X	X	X	X
4.1.1.8. Ofertar ações voltadas para a saúde bucal do idoso.	X	X	X	X
4.1.1.9. Manter o serviço de prótese odontológica no município.	X	X	X	X
4.1.1.10. Atingir 16% de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	X			
4.1.1.11. Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal em 8% ao ano.		X	X	X
4.1.1.12. Atingir a média de 5% em ação coletiva de escovação dental supervisionada.	X			
4.1.1.13. Aumentar a média ação coletiva de escovação dental supervisionada em 2% ao ano.		X	X	X
4.1.1.14. Atingir proporção máxima de 1,6% de exodontia em relação aos procedimentos.	X	X	X	X
4.1.1.15. Avaliar o índice CPO-D aos 12 anos dando-lhe ampla divulgação.		X		
EIXO 5 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				
DIRETRIZ - 5.1. REORGANIZAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				
Objetivo específico 5.1.1. Reestruturação da Assistência Farmacêutica	2014	2015	2016	2017
5.1.1.1. Registrar responsável técnico da FAISI junto ao Conselho Regional de Farmácia, conforme exigência da legislação sanitária.	X	X	X	X

5.1.1.2. Reestruturar e modernizar o serviço da Farmácia de Ações Integradas de Saúde de Itajaí – FAISI.	X	X		
5.1.1.3. Realizar treinamentos periódicos na Farmácia de Ações Integradas de Saúde de Itajaí – FAISI.	X	X	X	X
5.1.1.4. Implantação de 5 farmácias Regionais com gerência de farmacêuticos em cada uma de acordo com a Diretriz de Estruturação mínima das farmácias do SUS, com a gerência realizada por farmacêuticos.		X	X	X
5.1.1.5. Regionalizar a distribuição dos medicamentos dos psicofármacos.		X		
5.1.1.6. Capacitar a Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família para incentivar os profissionais a indicarem os medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME.	X	X	X	X
5.1.1.7. Implantar protocolos de farmacoterapia.	X	X	X	X
5.1.1.8. Manter a capacitação de médicos especialistas e clínicos para o preenchimento da documentação para o Programa de Medicamentos Excepcionais.	X	X	X	X
5.1.1.9. Reduzir em 1% ao ano o consumo de medicamentos não padronizados em relação aos que são padronizados.	X	X	X	X
5.1.1.10. Manter gestão mínima (estrutura física e de RH) para o estoque de medicamentos das US.		X	X	X

5.1.1.11. Aproximação da Assistência Farmacêutica ao Judiciário.	X	X	X	X
Objetivo específico 5.1.2. Implementar o Programa Remédio em Casa	2014	2015	2016	2017
5.1.2.1. Reestruturar o programa remédio em casa levando-se em conta as diretrizes da política nacional de assistência farmacêutica e estar integrado com a ESF.	X	X		
5.1.2.2. Ampliar o quadro de farmacêuticos atendendo a política municipal de assistência farmacêutica.		X		
5.1.2.3. Avaliar o impacto clínico e financeiro do Programa.			X	
EIXO 6 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE				
DIRETRIZ – REORGANIZAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE				
Objetivo específico 6.1.1. Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica	2014	2015	2016	2017
6.1.1.1. Garantir o sobreaviso da Diretoria de Vigilância Epidemiológica.	X	X	X	X
Objetivo específico 6.1.2. Ampliar a prevenção de doenças imunopreveníveis	2014	2015	2016	2017
6.1.2.1. Reestruturar e adequar a rede de frio com monitoramento 24h conforme legislação vigente (Portaria 012/2012).	X			
6.1.2.2. Implantar Centro de Referência de Imunobiológico Especial.		X		
6.1.2.3. Manter a cobertura vacinal da BCG-ID (<1ano) em 100% do subgrupo populacional.	X	X	X	X

6.1.2.4. Manter a cobertura vacinal da Hepatite B (<1ano) no mínimo em 95% do subgrupo populacional.	X	X	X	X
6.1.2.5. Manter a cobertura vacinal para Poliomielite (calendário básico) em 95% do subgrupo populacional.	X	X	X	X
6.1.2.6. Manter a cobertura vacinal da Pentavalente (<1ano) no mínimo em 95% do subgrupo populacional.	X	X	X	X
6.1.2.7. Manter a cobertura vacinal adequada da Tríplice Viral em 100% do subgrupo populacional (1 ano).	X	X	X	X
6.1.2.8. Investigar 100% dos casos registrados de eventos adversos graves pós-vacinação.	X	X	X	X
6.1.2.9. Manter a sala de vacina do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen – HMMKB operante todos os dias da semana incluindo finais de semana e feriados.	X	X	X	X
Objetivo específico 6.1.3. Ampliar a prevenção e controle de doenças transmissíveis agudas	2014	2015	2016	2017
6.1.3.1. Elevar p/ 90% os casos notificados, encerrados oportunamente (exceto dengue).	X	X	X	X
6.1.3.2. Elevar p/ 95% as doenças exantemáticas investigadas adequadamente.	X	X	X	X
6.1.3.3. Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para 100% dos casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA.	X	X	X	X

6.1.3.4. Encerrar a investigação em 80% dos casos de meningite bacteriana por critério laboratorial –cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.	X	X	X	X
6.1.3.5. Realizar diagnóstico laboratorial de 100% dos casos notificados de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola).	X	X	X	X
6.1.3.6. Realizar notificação de 90% dos casos registrados de doenças exantemáticas com envio semanal de notificações positivas ou negativas por unidade notificante.	X	X	X	X
6.1.3.7. Manter a monitorização das Doenças Diarréicas Agudas nas Unidades de Saúde.	X	X	X	X
Objetivo específico 6.1.4. Consolidar a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis	2014	2015	2016	2017
6.1.4.1. Implementar e manter o Serviço de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis.	X	X	X	X
6.1.4.2. Realizar vigilância (notificação e Investigação) das Doenças e Agravos Não Transmissíveis.	X	X	X	X
6.1.4.3. Realizar vigilância (notificação e Investigação) das Violências.	X	X	X	X
6.1.4.4. Reduzir a proporção de internações por complicações de Diabetes Mellitus.	X	X	X	X
6.1.4.5. Reduzir a taxa de internações por acidente vascular cerebral.	X	X	X	X
Objetivo específico 6.1.5. Ampliar a prevenção e controle das doenças transmissíveis	2014	2015	2016	2017

crônicas				
6.1.5.1. Elevar a taxa de cura dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera a 75%, aumentando-a na razão de 2% ao ano.	X	X	X	X
6.1.5.2. Desenvolver uma campanha anual de mobilização na comunidade para busca de sintomáticos para tuberculose.	X	X	X	X
6.1.5.3. Investigar para Tuberculose, através de baciloscopia de escarro, o mínimo equivalente a 1% da população do município ao ano.	X	X	X	X
6.1.5.4. Garantir veículo próprio para o Programa de Tuberculose visando a supervisão do DOTS.	X	X	X	X
6.1.5.5. Examinar 70% dos contatos de casos confirmados de tuberculose, tendo como objetivo o diagnóstico e tratamento de casos ativos e de infecção latente da tuberculose.	X	X	X	X
6.1.5.6. Implantar programação anual de Prova Tuberculínica para portadores de HIV/AIDS no Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS do município (CEREDI), a fim de diagnosticar e tratar os casos de infecção latente da tuberculose nesta população.	X	X	X	X
6.1.5.7. Desenvolver uma campanha anual de mobilização na comunidade para busca de sintomáticos para tuberculose.	X	X	X	X
6.1.5.8. Aprimorar Implementar o DOTS no município.	X	X	X	X
6.1.5.9. Realizar Notificação de 100% dos casos de sífilis em gestantes.	X	X	X	X

6.1.5.10. Reduzir a taxa de transmissão vertical de sífilis em 3% ao ano.	X	X	X	X
6.1.5.11. Acompanhar o pré-natal de modo a não ultrapassar 12 casos novos de sífilis congênita em menores de um ano.	X			
6.1.5.12. Acompanhar crianças HIV positivas menores de 5 anos de modo a não ultrapassar 2 casos de AIDS ao ano nesta faixa etária	X	X	X	X
6.1.5.13. Atender todas as crianças expostas ao HIV.	X	X	X	X
6.1.5.14. Realizar campanhas informativas sobre as formas de prevenção do HIV/AIDS e outras DST, para população em geral do Município de Itajaí por meio de mídia impressa e eletrônica.	X	X	X	X
6.1.5.15. Aprimorar as atividades relativas as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.	X	X	X	X
6.1.5.16. Aumentar para 100% a proporção de óbitos infantis e fetais investigados.		X	X	X
6.1.5.17. Realizar testagem para sífilis (VDRL) em 100% das mulheres no momento do parto ou aborto.	X	X	X	X
6.1.5.18. Garantir acompanhamento das crianças expostas às Hepatites virais.	X	X	X	X
Objetivo específico 6.1.6. Qualificar a análise e divulgação das estatísticas vitais e informações epidemiológicas	2014	2015	2016	2017
6.1.6.1. Manter a remessa regular do banco de dados do Sistema Nacional de Informações de	X	X	X	X

Nascidos Vivos – SINASC.				
6.1.6.2. Atingir a proporção de 98% de registro de óbitos com causa básica definida.	X	X	X	X
6.1.6.3. Atingira a proporção de 90% de casos de doenças de notificação compulsória imediata, encerradas em até 60 dias após a notificação.	X	X	X	X
6.1.6.4. Manter a notificação dos recém-nascidos de risco para atenção básica.	X	X	X	X
6.1.6.5. Manter a remessa regular do banco de dados do SIM.	X	X	X	X
6.1.6.6. Investigar 100% dos óbitos maternos.	X	X	X	X
6.1.6.7. Investigar 95% dos óbitos em mulheres em idade fértil.	X	X	X	X
6.1.6.8. Elaborar Informes Epidemiológicos.	X	X	X	X
6.1.6.9. Tornar de notificação compulsória os nascidos vivos de baixo peso ou prematuros com relação de causa provável a Infecção do Trato Urinário materna.	X			
6.1.6.10. Contratar serviço terceirizado de Verificação de Óbitos, iniciando com 10 necropsias/mês subindo a razão de 1% ao ano.	X	X	X	X
6.1.6.11. Realizar atividades de educação permanente sobre o SIM para os médicos.	X	X	X	X
Objetivo específico 6.1.7. Priorizar as ações de vigilância sanitária	2014	2015	2016	2017
6.1.7.1. Emitir 100% dos alvarás sanitários às empresas que atenderem os requisitos legais.	X	X	X	X
6.1.7.2. Elevar para 90% o cadastramento de estabelecimentos não licenciados.	X			

6.1.7.3. Inspeção em 90% de estabelecimentos sujeitos a Fiscalização referente ao Controle do Tabagismo.	X	X	X	X
6.1.7.4. Atender Elevar e manter em 100% o atendimento das denúncias recebidas.	X	X	X	X
6.1.7.5. Realizar 100% de ações do piso estratégico.	X	X	X	X
6.1.7.6. Inspeccionar 100% das Unidades de Saúde do Município referente ao Controle do Tabagismo.	X	X	X	X
6.1.7.7. Inspeccionar 100% das Unidades de Saúde do Município referentes às condições sanitárias.	X	X	X	X
Objetivo específico 6.1.8. Fortalecer as ações da vigilância sanitária	2014	2015	2016	2017
6.1.8.1. Adquirir equipamentos e móveis exclusivos para a Vigilância Sanitária – VISA.	X	X	X	X
6.1.8.2. Elaborar material didático informativo.	X	X	X	X
6.1.8.3. Adquirir espaço físico próprio e específico para Vigilância Sanitária – VISA.	X			
6.1.8.4. Treinamentos e Capacitações para Fiscais Sanitaristas em Ações do Piso Estratégico.	X	X	X	X
Objetivo específico 6.1.9. Consolidar as ações de vigilância da qualidade da água	2014	2015	2016	2017
6.1.9.1. Cadastrar todos os sistemas de abastecimento de água para consumo humano, públicos e alternativo.	X	X	X	X
6.1.9.2. Realizar monitoramento dos sistemas de abastecimento de água, conforme normativa.	X	X	X	X

6.1.9.3. Manter 100% na proporção de análises da água em laboratório credenciado realizadas quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	X	X	X	X
Objetivo específico 6.1.10. Fortalecer o programa de combate às endemias - DENGUE	2014	2015	2016	2017
6.1.10.1. Implantar e inspecionar redes de armadilhas em todo o município.	X	X	X	X
6.1.10.2. Adequar os recursos materiais às necessidades do Programa.	X	X	X	X
6.1.10.3. Articular com os demais setores e Regionais de Saúde o cumprimento das medidas de combate e atividades educativas.	X	X	X	X
6.1.10.4. Realizar atividades de educação permanente.	X	X	X	X
Objetivo específico 6.1.11. Fortalecer ações de saúde do trabalhador	2014	2015	2016	2017
6.1.11.1. Implantar (o Centro de Referência para Saúde do Trabalhador - CEREST com equipe multidisciplinar.	X	X		
6.1.11.2. Realizar investigação de 100% das Comunicações de Acidente de Trabalho – CAT.		X	X	X
6.1.11.3. Implementar a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes na Portaria GM/Ministério da Saúde nº 777/04.	X	X	X	X
6.1.11.4. Elaborar e implantar protocolo de investigação dos acidentes de trabalho.	X	X		
Objetivo específico 6.1.12. Fortalecer ações de controle de zoonoses	2014	2015	2016	2017

6.1.12.1. Desenvolver ações de controle de zoonoses a fim de melhor compreender a distribuição dos agravos no município e desenvolver ações de combate para esses agravos.	X	X	X	X
6.1.12.2. Promover ações de levantamento de áreas de risco, identificação e monitoramento de animais nocivos.	X	X	X	X
6.1.12.3. Desenvolver e disseminar material informativo com as atribuições do Núcleo de Controle de Zoonoses – NCZ e da Fundação de Meio Ambiente de Itajaí – FAMAI.	X	X	X	X
6.1.12.4. Diminuir os agravos e doenças causadas por animais sinantrópicos.	X	X	X	X
6.1.12.5. Realizar ações educativas relacionadas às zoonoses.	X	X	X	X
6.1.12.6. Implantar laboratório de identificação da fauna de interesse epidemiológico.	X	X		
6.1.12.7. Coletar amostra para o diagnóstico laboratorial de raiva, conforme preconizado na relação de 0,2% da população, tendo como média de 120 amostras por ano, em área de foco ou na captura de animais errantes.	X	X	X	X
6.1.12.8. Realizar investigação em 100% dos imóveis na ocorrência de foco de raiva, visando impedir a raiva humana.	X	X	X	X
6.1.12.9. Elaborar e disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de vacinação antirrábica.	X	X	X	X
6.1.12.10. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.	X	X	X	X

6.1.12.11. Detectar e tratar precocemente os casos suspeitos dos agravos relacionados a zoonoses, identificando os locais prováveis de infecção e recomendar medidas de controle e prevenção.	X	X	X	X
6.1.12.12. Garantir plantão veterinário para o Núcleo de Controle de Zoonoses.	X	X	X	X
EIXO 7 - POLÍTICA DE INVESTIMENTOS				
DIRETRIZ - 7.1. OTIMIZAR A POLÍTICA DE INVESTIMENTOS				
Objetivo específico 7.1.1. Readequar a estrutura física da rede de serviço de saúde	2014	2015	2016	2017
7.1.1.1. Ampliar e reformar Unidade Básica de Saúde da Murta.	X			
7.1.1.2. Ampliar e reformar Unidade Básica de Saúde da Votorantim.	X			
7.1.1.3. Ampliar e reformar Unidade Básica de Saúde do Imaruí.	X			
7.1.1.4. Ampliar e reformar Unidade Básica de Saúde da Itaipava.	X			
7.1.1.5. Ampliar e reformar Unidade Básica de Saúde de Espinheiros.	X			
7.1.1.6. Construção PRIORITARIA de nova unidade de saúde Rio Bonito.		X		
7.1.1.7. Construção PRIORITARIA de Unidade de Saúde: Nilo Bittencourt.		X		
7.1.1.8. Ampliar e reformar Unidade Básica de Saúde de Cordeiros.	X			
7.1.1.9. Construção PRIORITARIA da Unidade de Saúde: Km12.		X		

7.1.1.10. Construir Unidade de Saúde: Santa Regina.	X			
7.1.1.11. Construir Unidade de Saúde: Portal II.	X	X		
7.1.1.12. Reformar e ampliar a Unidade de Saúde: Fazenda.		X	X	
7.1.1.13. Construir Unidade de Saúde: Dom Bosco.		X	X	
7.1.1.14. Construção PRIORITARIA de Unidade de Saúde Bambuzal.		X	X	
7.1.1.15. Construir do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III AD (aguardando liberação de recurso federal).			X	X
7.1.1.16. Construir o Centro Integrado de Saúde de Itajaí.	X	X		
7.1.1.17. Construir a nova sede da Secretaria da Saúde.		X	X	
7.1.1.18. Construir nova Unidade de Acolhimento Provisório de Animais, conforme Termo de Ajustamento de Conduta assinado com o Ministério Público em 06/11/2013.		X	X	
7.1.1.19. Equipar a UBS Santa Regina.	X			
7.1.1.20. Implantar três academias da saúde em Unidades com cobertura de Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF: Jardim Esperança – UBS Jardim Esperança – Praça Gregório Cristino da Silva na Rua Sebastião Romeu Soares em 2015; Santa Regina – UBS Santa Regina – Fundos da UBS em 2017; Cordeiros – UBS Costa Cavalcanti, Votorantim e Cordeiros na rua Gustavo Bernedt, esquina com Osvaldo Cruz em 2017; Realizar estudo de viabilidade para uma academia na área rural na região da Itaipava, Km12, Parque do Agricultor.		X	X	X

7.1.1.21. Estruturar programa de manutenção preventiva .	X	X	X	X
7.1.1.22. Garantir a estrutura física adequada para salas de vacinas conf. Port. 012/2012.	X	X	X	X
7.1.1.23. Todas as reformas, ampliações e novas construções deverão obedecer a RDC 50 e ouvidas as necessidades dos trabalhadores que atuam nestas unidades..	X	X	X	X
7.1.1.24. Todas as reformas, ampliações e novas construções que armazenem medicamentos deverão obedecer as Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS, MS 2009.	X	X	X	X
Objetivo específico 7.1.2. Melhorar e ampliar a rede de transporte	2014	2015	2016	2017
7.1.2.1. Renovação da frota em 8% ao ano.		X	X	X
7.1.2.2. Aquisição de dois veículos para utilização dos serviços de saúde mental e ações de matriciamento.		X	X	
7.1.2.3. Adquirir veículos para que as ESF possam atender a demanda de atenção domiciliar.		X	X	X
7.1.2.4. Aquisição de veículo exclusivo para serviço de fisioterapia domiciliar.	X	X	X	X
7.1.2.5. Aquisição de bicicletas elétricas para o atendimento de demandas específicas.		X	X	X
Objetivo específico 7.1.3. Objetivo específico: Revisar e equipar os serviços de urgência/emergência	2014	2015	2016	2017
7.1.3.1. Dotar os Serviços de Urgência e Emergência de todos os equipamentos conforme as Portarias Ministeriais.	X	X	X	X

EIXO 8 - DEMOCRATIZAÇÃO DO TRABALHO E QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO				
DIRETRIZ - 8.1. QUALIFICAR A GESTÃO				
Objetivo específico 8.1.1. Revisar a estrutura organizacional e administrativa da secretaria municipal da saúde	2014	2015	2016	2017
8.1.1.1. Garantir equipe necessária para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, conforme portaria 336/2001.	X	X	X	X
8.1.1.2. Ampliar o número de profissionais nutricionistas, provenientes de concurso público, na rede de atenção básica com intuito de fortalecer as ações de vigilância alimentar e nutricional.	X	X	X	X
8.1.1.3. Realizar concurso público para educador físico na Secretaria Municipal da Saúde com 4 vagas.		X	X	X
8.1.1.4. Ampliação do quadro de motoristas para a SMS.		X		
8.1.1.5. Criação de uma comissão permanente de servidores para avaliação e formulação de propostas de mudanças.		X	X	X
8.1.1.6. Criar o cargo de educador físico na Secretaria Municipal da Saúde.	X			
Objetivo específico 8.1.2. consolidar a gestão do trabalho	2014	2015	2016	2017
8.1.2.1. Revisar e dar um novo desenho no que diz respeito ao Plano de Carreiras, Cargos e Salários em vigor, considerando as diretrizes nacionais para o SUS e as especificidades das	X	X	X	X

ESF.				
8.1.2.2. Manter o Ponto Biométrico Digital nas unidades de saúde.	X	X	X	X
8.1.2.3. Manter uma política estratégica de qualificação na gestão de trabalho, promovendo a inserção da gestão de resultados, com incentivos financeiros ao servidor quando alcançar as metas definidas/pactuadas com o gestor.	X	X	X	X
8.1.2.4. Garantir apoio logístico aos eventos internos promovidos pela SMS.	X	X	X	X
Objetivo específico 8.1.3. Ampliar o financiamento em saúde	2014	2015	2016	2017
8.1.3.1. Buscar e divulgar linhas de financiamento de projetos de desenvolvimento em saúde.	X	X	X	X
8.1.3.2. Estimular a criação de projetos de políticas públicas para o fortalecimento da gestão em saúde no município.	X	X	X	X
8.1.3.3. Desenvolver de forma contínua os projetos de captação de recursos de acordo com as prioridades da SMS e com vistas a uma política estratégica de fortalecimento de todos os níveis de gestão da SMS.	X	X	X	X
8.1.3.4. Garantir o cumprimento da Lei no que diz respeito a transferência dos recursos gerados pelas ações da Vigilância Sanitária diretamente para o FMS.	X	X	X	X
Objetivo específico 8.1.4. Qualificar o sistema de informação	2014	2015	2016	2017

8.1.4.1. Informatizar 20% das Unidades de Saúde ao ano e implantar paralelamente os prontuários eletrônicos.	X	X	X	X
8.1.4.2. Promover a alimentação das Bases de Dados Nacionais.	X	X	X	X
8.1.4.3. Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde.	X	X	X	X
8.1.4.4. Qualificar e dar total transparência ao SISREG.	X	X	X	X
8.1.4.5. Implantação da Ouvidoria da Saúde com compartilhamento com o COMUSA de todo o seu banco de dados.	X	X	X	X
Objetivo específico 8.1.5. Implementar melhorias no serviço de administração de materiais -SAM	2014	2015	2016	2017
8.1.5.1. Melhorar o programa de ressurgimento e controle de estoque.	X	X	X	X
8.1.5.2. Ampliar o espaço físico para viabilizar formação de estoque estratégico.	X	X		
8.1.5.3. Criar a central de abastecimento farmacêutico.			X	X
Objetivo específico 8.1.6. Fortalecer educação em saúde	2014	2015	2016	2017
8.1.6.1. Estabelecer parcerias com outros órgãos governamentais e não governamentais para estimular, preservar e disseminar a produção de conhecimentos na área da saúde.	X	X	X	X
8.1.6.2. Garantir a capacitação técnica e treinamento periódico dos profissionais, a partir do levantamento das necessidades e outras demandas.	X	X	X	X

8.1.6.3. Desenvolver o Programa de Educação Continuada em Planejamento e Orçamento (PECOP) para os servidores da Saúde.	X	X	X	X
Objetivo específico 8.1.7. Fortalecer o componente municipal de auditoria do município	2014	2015	2016	2017
8.1.7.1. Promover auditorias de gestão com vistas à verificação da correta aplicação dos recursos da saúde e monitoramento.	X	X	X	X
8.1.7.2. Ampliar o quadro de auditores.		X		
8.1.7.3. Ampliar a estrutura física do setor de auditoria.		X		
8.1.7.4. Aumentar a estrutura operacional com aquisição de computadores.	X			
8.1.7.5. Criar novos instrumentos normativos no âmbito da auditoria.	X			
8.1.7.6. Realizar visitas técnicas em 100% dos prestadores de serviços de saúde contratualizados.	X	X	X	X
8.1.7.7. Realizar 25% de auditorias do total de prestadores contratualizados.	X	X	X	X
8.1.7.8. Realizar 100% de auditorias do total de hospitais contratualizados no município.	X	X	X	X
8.1.7.9. Capacitar 100% do total de prestadores contratualizados.	X	X	X	X
8.1.7.10. Capacitar 100% dos auditores.	X			
8.1.7.11. Criar e distribuir cartilha com orientações para usuários do SUS sobre auditoria do sistema.	X			

8.1.7.12. Elaborar os instrumentos de gestão (Relatório Anual, Relatório Quadrimestral, Plano municipal de Saúde e Programação anual) cumprindo os prazos legais.	X	X	X	X
8.1.7.13. Capacitar os membros do Conselho Municipal de Saúde em auditoria e contratualização de serviços do SUS.	X			
Objetivo específico 8.1.8. Fortalecer o controle social	2014	2015	2016	2017
8.1.8.1. Garantir a realização das Conferências Municipais de Saúde, contribuindo para a elaboração e implementação das políticas públicas.	X	X		
8.1.8.2. Manter as condições materiais, técnica, administrativas e autonomia orçamentária-financeira necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.	X	X	X	X
8.1.8.3. Garantir a ampliação do espaço físico do Conselho Municipal de Saúde.		X		
8.1.8.4. Estimular e fortalecer os Conselhos Locais de Saúde.	X	X	X	X

