

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

RELATÓRIO DETALHADO QUADRIMESTRAL - RDQ  
MAIO - AGOSTO 2017

Celso Luiz Dellagiustina  
Secretário Municipal de Saúde

Jairo Santos  
Diretor do Fundo Municipal de Saúde  
ITAJAÍ/SC

Em atendimento a Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012, os gestores municipais do SUS devem apresentar até o final dos meses de fevereiro, maio e setembro em audiência pública na câmara de vereadores dos municípios, os Relatórios Detalhados Quadrimestrais.

O Relatório Quadrimestral deve conter:

- 1.Montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- 2.Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- 3.Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação; e

Deve seguir o modelo padronizado e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012, publicada no DOU nº 246, de 21/12/2012 e Portaria 575 de 29 de Março de 2012 (Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

## INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO

UF: Santa Catarina

MUNICÍPIO: Itajaí

QUADRIMESTRE QUE SE REFERE O RELATÓRIO: Detalhado do período –maio/agosto2017

### SECRETARIA DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RAZÃO SOCIAL: Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde de Itajaí

CNPJ: 08.259.606/0001-58

ENDEREÇO: Rua Adolfo Konder, SN, São Vicente

CEP:

TELEFONE: (47) 3249-5500/3249-5547

E-MAIL: [gabinete.sms@itajai.sc.gov.br](mailto:gabinete.sms@itajai.sc.gov.br)

### GESTOR MUNICIPAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

NOME: CELSO LUIZ DELLAGIUSTINA

DATA DA NOMEAÇÃO: 02.01.2017

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE TEVE MAIS DE UM GESTOR NO PERÍODO A QUE SE REFERE O 2º  
RELATÓRIO QUADRIMESTRAL 2017 = sim

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE TEM PLANO DE SAÚDE: SIM

PERÍODO A QUE SE REFERE O PLANO DE SAÚDE: de 2014 a 2017

RECEITA DA PREFEITURA - 2º QUADRIMESTRE 2017

| RECEITA                                      | PREVISÃO       | 1º QUADRIM     | 2º QUADRIM     | 3º QUADRIM | ACUMULADO      | %     |
|--|----------------|----------------|----------------|------------|----------------|-------|
| IPTU   | 49.960.000,00  | 30.717.506,48  | 7.162.434,41   | 0,00       | 37.879.940,89  | 75,82 |
| ISQN = ISS                                   | 118.500.000,00 | 33.129.170,20  | 34.040.667,89  | 0,00       | 67.169.838,09  | 56,68 |
| ITBI - IMPOSTO S/TRANSMISSÃO DE BENS IMÓVEIS | 26.950.000,00  | 7.744.665,74   | 9.783.676,24   | 0,00       | 17.528.341,98  | 65,04 |
| FPM  | 60.000.000,00  | 19.746.347,81  | 18.403.248,05  | 0,00       | 38.149.595,86  | 63,58 |
| ITR  | 100.000,00     | 48.218,85      | 6.970,58       | 0,00       | 55.189,43      | 55,19 |
| IRRF   | 35.990.000,00  | 12.416.374,24  | 16.352.130,05  | 0,00       | 28.768.504,29  | 79,93 |
| IPI - EXP                                    | 5.000.000,00   | 1.544.396,28   | 1.581.673,15   | 0,00       | 3.126.069,43   | 62,52 |
| L.C. 87/96                                   | 1.500.000,00   | 417.591,28     | 417.591,28     | 0,00       | 835.182,56     | 55,68 |
| ICMS   | 360.000.000,00 | 116.065.960,80 | 113.177.726,73 | 0,00       | 229.243.687,53 | 63,68 |
| IPVA   | 30.000.000,00  | 7.703.653,90   | 9.960.801,77   | 0,00       | 17.664.455,67  | 58,88 |
| MULTAS E JUROS - IMPOSTOS                    | 500.000,00     | 156.765,40     | 228.203,98     | 0,00       | 384.969,38     | 76,99 |
| DIV. ATIVA - IMPOSTOS                        | 11.800.000,00  | 2.896.757,93   | 1.725.498,92   | 0,00       | 4.622.256,85   | 39,17 |
| MULTAS E JUROS - DÍVIDAS ATIVAS              | 5.800.000,00   | 1.990.434,06   | 2.385.278,63   | 0,00       | 4.375.712,69   | 75,44 |

TOTAL 706.100.000,00 234.577.842,97 215.225.901,68 0,00 449.803.744,65 63,70

|                             |        |               |
|-----------------------------|--------|---------------|
| VALOR MÍNIMO A SER APLICADO | 15,00% | 67.470.561,70 |
|-----------------------------|--------|---------------|

|                |        |               |
|----------------|--------|---------------|
| VALOR APLICADO | 21,35% | 96.052.970,39 |
|----------------|--------|---------------|

Arrecadação da  
Vigilância  
Sanitária

1.021.130,37

VALOR  
APLICADO  
MAIOR

28.582.408,69 =

PERCENTUAL APLICADO  
EM SAÚDE OFICIAL  
(CONFORME ANEXO XII  
- LEI 4.320)

20,57%

| UNIÃO                                   | Previsão       | 1º quadr      | 2º quadr      | 3º quadr | Total         | %       |
|---|----------------|---------------|---------------|----------|---------------|---------|
| Assistencia Farmacêutica Básica - União | 1.038.000,00   | 321.099,68    | 492.727,58    | 0,00     | 813.827,26    | 78,40%  |
|   |                |               |               | 0,00     |               |         |
| Atenção Básica - União                  | 17.470.000,00  | 5.382.852,48  | 7.475.974,38  | 0,00     | 12.858.826,86 | 73,61%  |
| PMAQ                                    |                | 1.158.200,00  | 1.161.600,00  | 0,00     | 2.319.800,00  |         |
|   |                |               |               |          |               |         |
| Atenção Média Alta Complexidade - União | 96.030.000,00  | 33.552.210,60 | 33.267.785,51 | 0,00     | 66.819.996,11 | 69,58%  |
| Gestão do Sus - União                   | 265.000,00     | 24.304,86     | 18.251,54     | 0,00     | 42.556,40     | 16,06%  |
| Vigilancia em Saúde - União             | 1.830.000,00   | 672.709,54    | 414.549,83    | 0,00     | 1.087.259,37  | 59,41%  |
| Serviços Ated. Movel - SAMU - União     | 270.000,00     | 87.676,00     | 87.676,00     | 0,00     | 175.352,00    | 64,95%  |
| Outros Recursos - União                 | 114.000,00     | 109.528,32    | 320.535,15    | 0,00     | 430.063,47    | 377,25% |
| Auditoria - União                       | 1.000,00       | 0,00          | 0,00          | 0,00     | 0,00          | 0,00%   |
| Transferencia de Convênios - União      | 105.000,00     | 0,00          | 0,00          | 0,00     | 0,00          | 0,00%   |
| SUB-TOTAL                               | 117.123.000,00 | 40.150.381,48 | 42.077.499,99 | 0,00     | 82.227.881,47 | 70,21%  |

| ESTADO                                   | Previsão     | 1º quadr     | 2º quadr     | 3º quadr | Total        | %       |
|--|--------------|--------------|--------------|----------|--------------|---------|
| Assistencia Farmacêutica Básica - Estado | 860.000,00   | 283.502,17   | 239.212,81   |          | 522.714,98   | 60,78%  |
| Atenção Básica - Estado                  | 1.600.000,00 | 405.274,20   | 203.157,87   |          | 608.432,07   | 38,03%  |
| Atenção Média Alta Complexidade - Estado | 4.106.000,00 | 1.506.355,41 | 894.527,05   |          | 2.400.882,46 | 58,47%  |
| Vigilancia em Saúde - Estado             | 51.000,00    | 381,67       | 198.723,22   |          | 199.104,89   | 390,40% |
| Outros Recursos - Estado                 | 10.000,00    | 0,00         | 0,00         |          | 0,00         | 0,00%   |
| Trasnferencia de Convênios - Estado      | 50.000,00    | 0,00         | 0,00         | 0,00     | 0,00         | 0,00%   |
| SUB-TOTAL                                | 6.677.000,00 | 2.195.513,45 | 1.535.620,95 | 0,00     | 3.731.134,40 | 55,88%  |

SUB-TOTAL - TRANSFERENCIA UNIÃO + ESTADO 123.800.000,00 42.345.894,93 43.613.120,94 0,00 85.959.015,87 69,43%

| Prefeitura / Ordinário       | Previsão       | 1º quadr      | 2º quadr      | 3º quadr | Total         | %      |
|------------------------------|----------------|---------------|---------------|----------|---------------|--------|
| Recursos Ordinários          | 215.000,00     | 48.127,29     | 18.871,48     | 0,00     | 66.998,77     | 31,16% |
| Transferencias da Prefeitura | 138.000.000,00 | 45.465.440,16 | 50.587.530,23 | 0,00     | 96.052.970,39 | 69,60% |
| SUB-TOTAL                    | 138.215.000,00 | 45.513.567,45 | 50.606.401,71 | 0,00     | 96.119.969,16 | 69,54% |

TOTAL

262.015.000,00

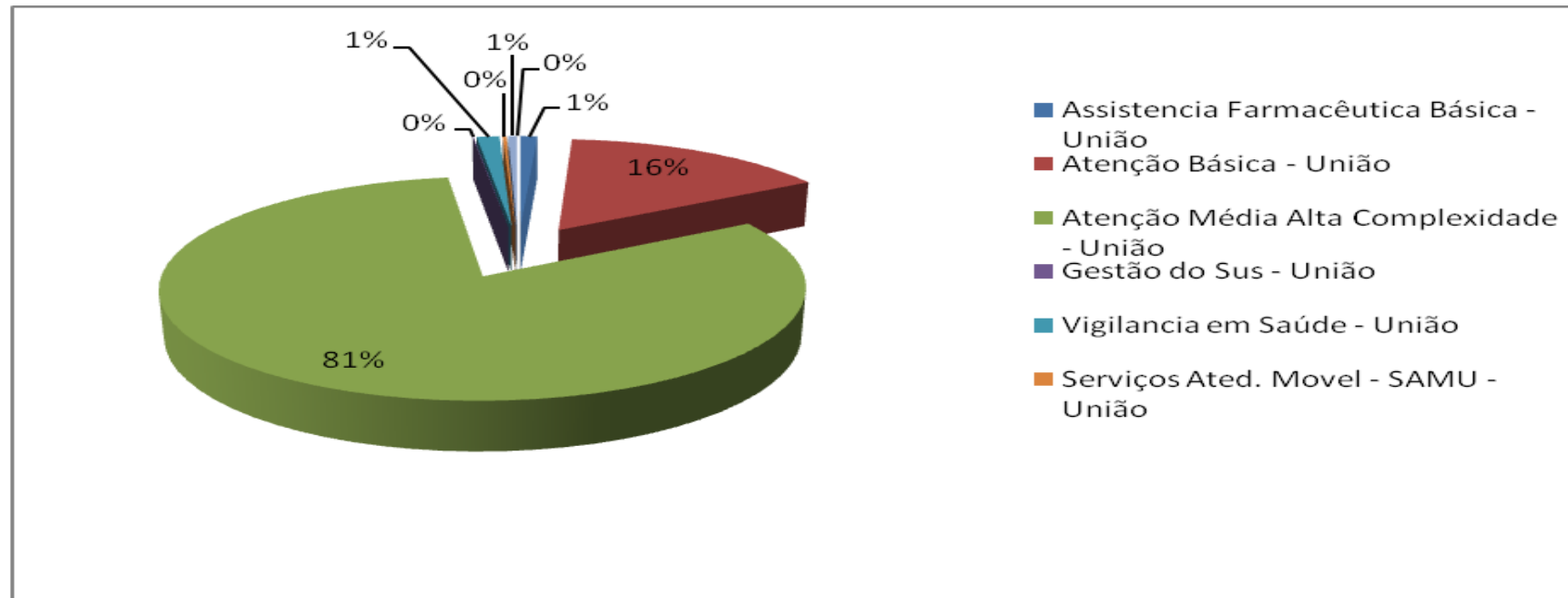
87.859.462,38

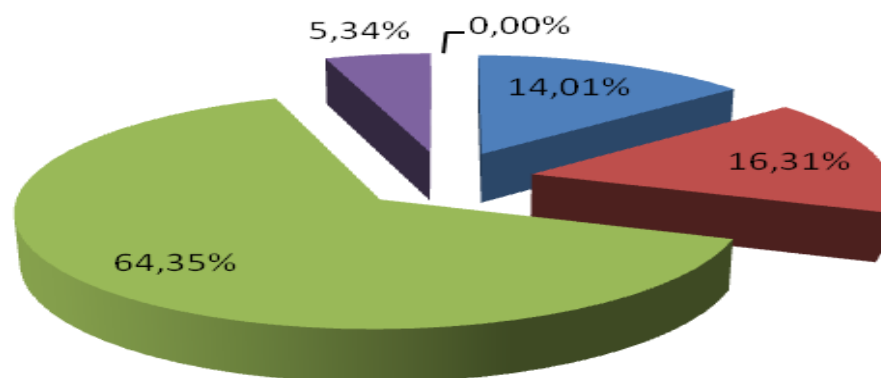
94.219.522,65

0,00

182.078.985,03

69,49%





- Assistencia Farmacêutica Básica - Estado
- Atenção Básica - Estado
- Atenção Média Alta Complexidade - Estado
- Vigilancia em Saúde - Estado
- Trasnferencia de Convênios - União



DESPESA TOTAL COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE  
SEGUNDO QUADRIMESTRE - 2017

DESPESAS - CATEGORIAS ECONÔMICAS

|                   | 1º quad       | 2º quad       | 3º quad   |                |         |
|-------------------|---------------|---------------|-----------|----------------|---------|
| Natureza          | Liquidada     | Liquidada     | Liquidada | Total          | %       |
| Pessoal Enc. Soc. | 38.680.615,21 | 42.271.303,50 | 0,00      | 80.951.918,71  | 46,33%  |
| Desp. Correntes   | 43.713.237,22 | 49.880.125,33 | 0,00      | 93.593.362,55  | 53,56%  |
| Investimentos     | 121.129,74    | 64.871,90     | 0,00      | 186.001,64     | 0,11%   |
| TOTAL             | 82.514.982,17 | 92.216.300,73 | 0,00      | 174.731.282,90 | 100,00% |

|                   | 1º quad             | 2º quad             | 3º quad             |                | VINC    |
|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|---------|
| Natureza          | Liquidada Vinculada | Liquidada Vinculada | Liquidada Vinculada | Total          | %       |
| Pessoal Enc. Soc. | 2.897.565,46        | 2.645.335,89        | 0,00                | 5.542.901,35   | 6,83%   |
| Desp. Correntes   | 36.894.697,79       | 38.678.099,65       | 0,00                | 75.572.797,44  | 93,06%  |
| Investimentos     | 90.417,50           | 2.935,49            | 0,00                | 93.352,99      | 0,11%   |
| Sub-Total         | 39.882.680,75       | 41.326.371,03       | 0,00                | 81.209.051,78  | 100,00% |
|                   | 1º quad             | 2º quad             | 3º quad             |                | PRÓP    |
|                   | Liquidada Próprio   | Liquidada Próprio   | Liquidada Próprio   | Total          |         |
| Pessoal Enc. Soc. | 35.783.049,75       | 39.625.967,61       | 0,00                | 75.409.017,36  | 80,63%  |
| Desp. Correntes   | 6.818.539,43        | 11.202.025,68       | 0,00                | 18.020.565,11  | 19,27%  |
| Investimentos     | 30.712,24           | 61.936,41           | 0,00                | 92.648,65      | 0,10%   |
| Sub-Total         | 42.632.301,42       | 50.889.929,70       | 0,00                | 93.522.231,12  | 100,00% |
| TOTAL             | 82.514.982,17       | 92.216.300,73       | 0,00                | 174.731.282,90 |         |

0,00

0,00

0,00

0,00

# DESPESAS MUNICIPAIS COM SAÚDE POR BLOCOS (SUB-FUNÇÕES / AÇÕES)

## DESPESAS - BLOCOS

| ESPECIFICAÇÃO     | 1º quad       | 2º quad       | 3º quad | Total          | %       |
|-------------------|---------------|---------------|---------|----------------|---------|
| Atenção Básica    | 36.156.017,85 | 37.704.441,16 | 0,00    | 73.860.459,01  | 42,27%  |
| At. Básica Odont. | 7.407,00      | 88.055,11     | 0,00    | 95.462,11      | 0,05%   |
| Assist. M.A.C.    | 40.549.941,80 | 44.817.327,15 | 0,00    | 85.367.268,95  | 48,86%  |
| Assist. Farmac.   | 982.963,81    | 2.356.410,36  | 0,00    | 3.339.374,17   | 1,91%   |
| Vig. em Saúde     | 1.528.984,44  | 3.633.833,21  | 0,00    | 5.162.817,65   | 2,95%   |
| Gestão do SUS     | 112.947,54    | 70.748,55     | 0,00    | 183.696,09     | 0,11%   |
| Investimentos     | 3.176.719,73  | 3.545.485,19  | 0,00    | 6.722.204,92   | 3,85%   |
| TOTAL             | 82.514.982,17 | 92.216.300,73 | 0,00    | 174.731.282,90 | 100,00% |

| ESPECIFICAÇÃO   | 1º quad             | 2º quad             | 3º quad             | Total         | VINC    |
|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------|---------|
|                 | Liquidada Vinculado | Liquidada Vinculado | Liquidada Vinculado |               | %       |
| Atenção Básica  | 6.264.065,05        | 4.979.558,94        | 0,00                | 11.243.623,99 | 13,84%  |
| At. Bás. Odont. | 7.407,00            | 88.055,11           | 0,00                | 95.462,11     | 0,12%   |
| Assist. M.A.C.  | 32.432.178,35       | 35.167.626,44       | 0,00                | 67.599.804,79 | 83,21%  |
| Assist. Farmac. | 779.984,36          | 472.562,96          | 0,00                | 1.252.547,32  | 1,54%   |
| Vig. em Saúde   | 371.125,17          | 626.968,02          | 0,00                | 998.093,19    | 1,23%   |
| Gestão do SUS   | 17.688,85           | 2.376,97            | 0,00                | 20.065,82     | 0,02%   |
| Investimentos   | 10.493,97           | 15.642,00           | 0,00                | 26.135,97     | 0,03%   |
| Sub-Total       | 39.882.942,75       | 41.352.790,44       | 0,00                | 81.235.733,19 | 100,00% |

| ESPECIFICAÇÃO   | 1º quad           | 2º quad           | 3º quad           | Total         | PRÓP   |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|--------|
|                 | Liquidada Próprio | Liquidada Próprio | Liquidada Próprio |               | %      |
| Atenção Básica  | 29.891.952,80     | 32.724.882,22     | 0,00              | 62.616.835,02 | 66,97% |
| At. Bás. Odont. | 0,00              | 0,00              | 0,00              | 0,00          | 0,00%  |

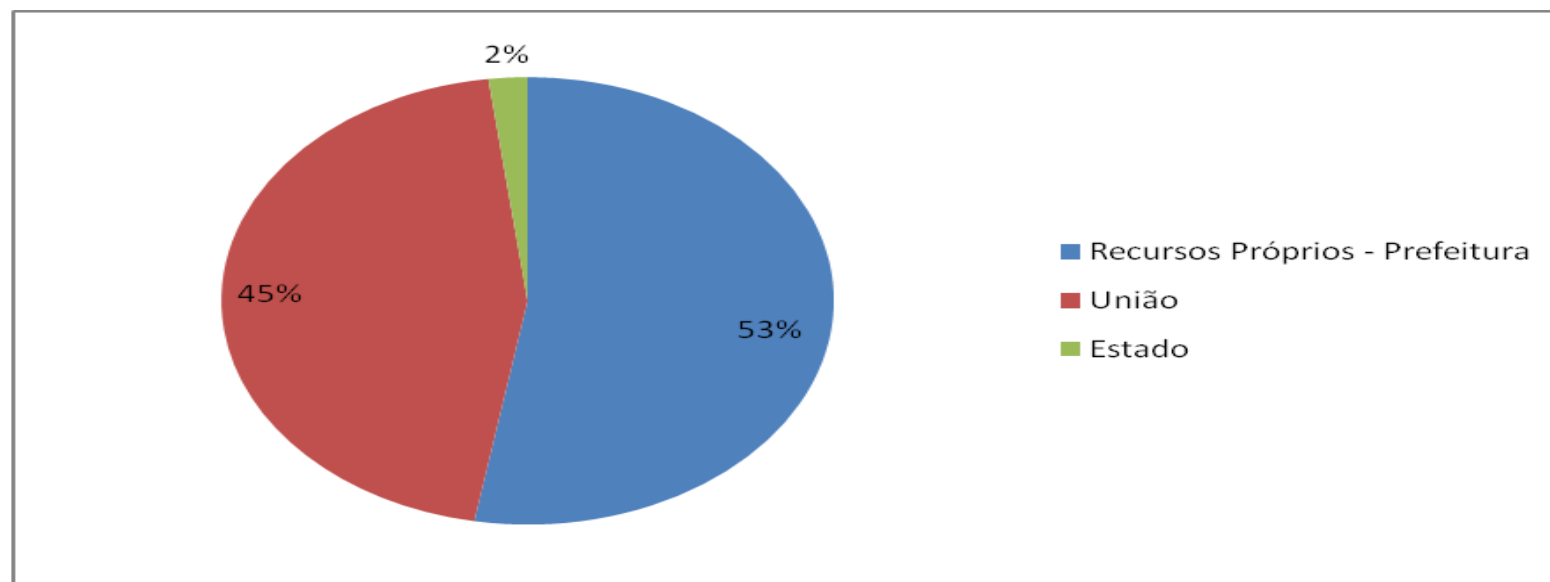
|                 |               |               |      |                |         |
|-----------------|---------------|---------------|------|----------------|---------|
| Assist. M.A.C.  | 8.117.763,45  | 9.649.700,71  | 0,00 | 17.767.464,16  | 19,00%  |
| Assist. Farmac. | 202.979,45    | 1.883.847,40  | 0,00 | 2.086.826,85   | 2,23%   |
| Vig. em Saúde   | 1.157.859,27  | 3.006.865,19  | 0,00 | 4.164.724,46   | 4,45%   |
| Gestão do SUS   | 95.258,69     | 68.371,58     | 0,00 | 163.630,27     | 0,18%   |
| Investimentos   | 3.166.225,76  | 3.529.843,19  | 0,00 | 6.696.068,95   | 7,16%   |
| Sub-Total       | 42.632.039,42 | 50.863.510,29 | 0,00 | 93.495.549,71  | 100,00% |
| TOTAL           | 82.514.982,17 | 92.216.300,73 | -    | 174.731.282,90 |         |

- - - -

Empenhos de Restos a pagar - PAGOS

|                   | 1º quad      | 2º quad   | 3º quad | Total        |      |
|-------------------|--------------|-----------|---------|--------------|------|
| Atenção Básica    | 711.784,40   | 500,00    | 0,00    | 712.284,40   |      |
| At. Básica Odont. | 14.218,00    | 0,00      | 0,00    | 14.218,00    |      |
| Assist. M.A.C.    | 3.422.326,48 | 19.708,94 | 0,00    | 3.442.035,42 |      |
| Assist. Farmac.   | 364.415,28   | 756,00    | 0,00    | 365.171,28   |      |
| Vig. em Saúde     | 29.637,05    | 0,00      | 0,00    | 29.637,05    |      |
| Gestão do SUS     | 34.737,33    | 33.219,33 | 0,00    | 67.956,66    |      |
| Investimentos     | 901.291,69   | 3.439,48  | 0,00    | 904.731,17   |      |
|                   | 5.478.410,23 | 57.623,75 | 0,00    | 5.536.033,98 | 0,00 |

|                                | Orçado         | Arrecadado     |         |
|--------------------------------|----------------|----------------|---------|
| Recursos Próprios - Prefeitura | 138.215.000,00 | 96.119.969,16  | 52,79%  |
| União                          | 117.123.000,00 | 82.227.881,47  | 45,16%  |
| Estado                         | 6.677.000,00   | 3.731.134,40   | 2,05%   |
| Sub-total                      | 262.015.000,00 | 182.078.985,03 | 100,00% |



| ANO  | PERCENTUAL | TRANSF PREF    | Aumento |
|------|------------|----------------|---------|
| 2007 | 18,79%     | 36.636.806,69  |         |
| 2008 | 18,48%     | 43.182.506,27  | 17,87%  |
| 2009 | 19,69%     | 47.522.498,95  | 10,05%  |
| 2010 | 16,65%     | 51.142.783,23  | 7,62%   |
| 2011 | 17,94%     | 64.806.211,19  | 26,72%  |
| 2012 | 18,28%     | 75.808.816,19  | 16,98%  |
| 2013 | 17,93%     | 89.088.802,78  | 17,52%  |
| 2014 | 19,67%     | 112.771.320,02 | 26,58%  |
| 2015 | 21,95%     | 127.969.264,93 | 13,48%  |
| 2016 | 23,08%     | 137.457.626,04 | 7,41%   |

|              |        |               |  |
|--------------|--------|---------------|--|
| 2º Quad 2017 | 20,57% | 96.052.970,39 |  |
|--------------|--------|---------------|--|

1º Quadrimestre 2017

% Acumulado

|      |        |               |  |
|------|--------|---------------|--|
| 2017 | 17,76% | 45.465.440,16 |  |
|------|--------|---------------|--|

2º Quadrimestre 2017

|      |  |               |  |
|------|--|---------------|--|
| 2017 |  | 50.587.530,23 |  |
|------|--|---------------|--|

3º Quadrimestre 2017

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| 2017 |  |  |  |
|------|--|--|--|

Total Acumulado dos Quadrimestres 2017

|      |        |               |  |
|------|--------|---------------|--|
| 2017 | 20,57% | 96.052.970,39 |  |
|------|--------|---------------|--|

INFORMAÇÕES SOBRE AUDITORIAS EM ANDAMENTO E CONCLUÍDAS E DEMAIS INFORMAÇÕES PERTINENTES

| Atividade       | Demandante                    | Finalidade  | Prestador   | Status  |                           |
|-----------------|-------------------------------|---|---|---|---------------------------|
| Auditoria nº 17 | Gerência de Auditoria - GEAUD | Apurar as conformidades e/ou não conformidades das cobranças de procedimentos previstos no serviço de cardiologia e seu respectivo instrumento de ajuste (Convênio nº009/2013). | Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen – HMMKB. | Encerrada, com recomendação ao Gestor Municipal de Saúde, de proposição de devolução no montante de R\$ 422.387,39. | ENCERRADA 1º QUADRIMESTRE |
| Auditoria nº 19 | Gerência de Auditoria - GEAUD | Verificar as conformidades e/ou não conformidades   | Laboratório Batschauer Ltda.                              | Encerrada, com recomendação ao Gestor Municipal de Saúde, de  | ENCERRADA 1º QUADRIMESTRE |

|                        |   |  |   |  |  |
|------------------------|---|--|---|--|--|
|                        |   | em requisições de exames do SUS faturadas pelo prestador (Contrato nº 004/2013/SMS/FMS/CC-SUS).                                  |   | proposição de devolução no montante de R\$ 427,28. |  |
| Audit<br>oria<br>nº 20 | Secreta<br>ria de<br>Estado<br>da<br>Saúde -<br>SES | Realizar auditoria nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) para as quais houve solicitação de pagamento administrativo. | Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen – HMMKB. | Em andamento.                                      | Encerrada com proposta de pagamento no valor de R\$ 321.953,52 |

|                        |   |  |   |  |   |
|------------------------|---|--|---|--|---|
| Audit<br>oria<br>nº 21 | Gerênci<br>a de<br>Auditori<br>a –<br>GEAUD         | Verificar<br>as<br>conformidades<br>e/ou não<br>conformidades<br>em requisições<br>de exames do<br>SUS faturadas<br>pelo prestador e<br>seu respectivo<br>instrumento<br>contratual<br>(Contrato nº<br>014/2013/SMS/<br>FMS/CC-SUS). | Laboratório<br>de Análises<br>Clínicas Santa<br>Flora Ltda.           | Encerrada,<br>com<br>recomendação ao<br>Gestor Municipal<br>de Saúde, de<br>proposição de<br>devolução no<br>montante de R\$<br>19.253,68. | Encerrada, com devolução no<br>montante de R\$ 19.253,68. |
| Audit<br>oria<br>nº 22 | Secreta<br>ria de<br>Estado<br>da<br>Saúde -<br>SES | Realizar<br>auditoria nas<br>Autorizações de<br>Internação<br>Hospitalar<br>(AIHs) para as<br>quais houve<br>solicitação de<br>pagamento   | Hospital e<br>Maternidade<br>Marieta Konder<br>Bornhausen –<br>HMMKB. | Em<br>andamento.   | Em andamento judicial.                                    |



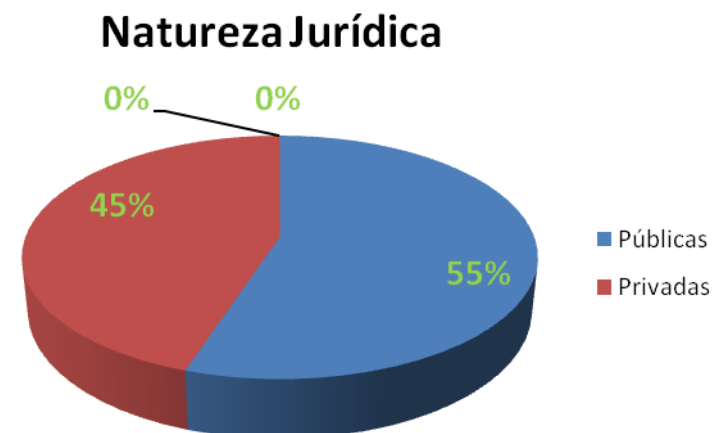
|                        |   |   |   |                        |               |
|------------------------|---|---|---|------------------------|---------------|
|                        |   | administrativo.   |   |                        |               |
| Audit<br>oria<br>nº 23 | Gerênci<br>a de<br>Auditori<br>a -<br>GEAUD | Verificar as<br>conformidades<br>e/ou não<br>conformidades<br>em requisições<br>de exames do<br>SUS faturadas<br>pelo prestador e<br>seu respectivo<br>instrumento<br>contratual<br>(Contrato nº<br>017/2013/SMS/<br>FMS/CC-SUS). | Laboratório<br>de Análises<br>Clínicas Flor Ltda. | Em<br>andamento.       | Em andamento. |
| Audit<br>oria          | Secreta<br>ria de                           | Realizar<br>auditoria nas   | Hospital e<br>Maternidade                         | Em andamento judicial. |               |

|                        |                                     |  |   |                        |
|------------------------|-------------------------------------|--|---|------------------------|
| nº 24                  | Estado da Saúde - SES               | Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) para as quais houve solicitação de pagamento administrativo.                        | Marieta Konder Bornhausen – HMMKB.                        |                        |
| Audit<br>oria<br>nº 25 | Secretaria de Estado da Saúde - SES | Realizar auditoria nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) para as quais houve solicitação de pagamento administrativo. | Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen – HMMKB. | Em andamento judicial. |

**REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA  
DE SERVIÇOS AO SUS**

| Tipo de estabelecimento                                    | Total | Tipo de gestão |          |       |
|--|-------|----------------|----------|-------|
|  |       | Municipal      | Estadual | Dupla |
| CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE                                 | 2     | 1              | 1        | 0     |
| CENTRAL DE REGULAÇÃO DE ACESSO                             | 1     | 1              | 0        | 0     |
| CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL                             | 3     | 3              | 0        | 0     |
| CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA                             | 29    | 29             | 0        | 0     |
| CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE                            | 27    | 27             | 0        | 0     |
| FARMACIA   | 1     | 1              | 0        | 0     |
| HOSPITAL ESPECIALIZADO                                     | 1     | 1              | 0        | 0     |
| HOSPITAL GERAL   | 1     | 1              | 0        | 0     |
| POLICLINICA  | 1     | 1              | 0        | 0     |
| POLO ACADEMIA DA SAUDE                                     | 1     | 1              | 0        | 0     |
| POLO DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE | 1     | 1              | 0        | 0     |
| PRONTO ATENDIMENTO   | 2     | 2              | 0        | 0     |

|   |    |    |   |   |
|---|----|----|---|---|
| UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA<br>(SADT ISOLADO)         | 17 | 17 | 0 | 0 |
| UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-<br>HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA | 2  | 1  | 1 | 0 |
| Total   | 89 | 87 | 2 | 0 |



No segundo quadrimestre do ano de 2017, houve algumas mudanças nos estabelecimentos de saúde do SUS em Itajaí.

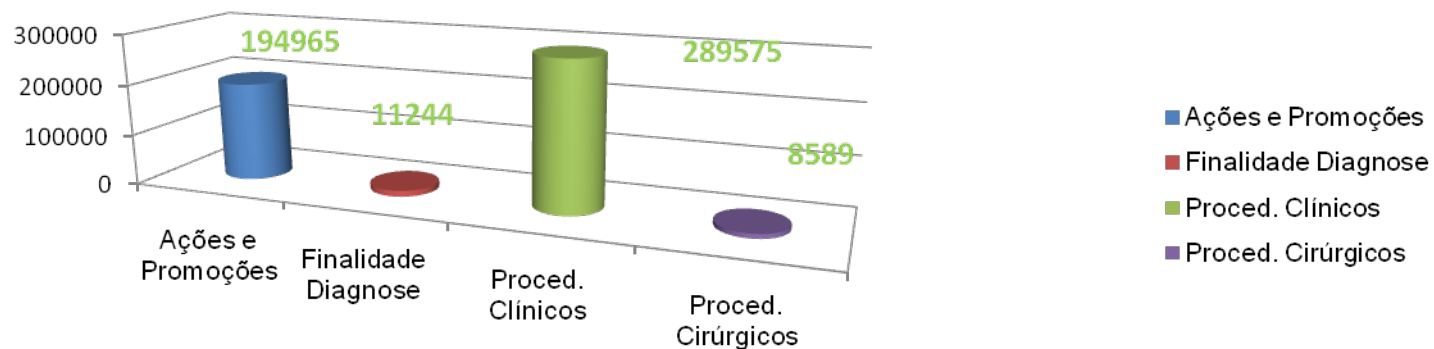
Foi reativada 01 UNIDADE BÁSICA da UNIVALI que antes estava desativada por problemas de falta de CNPJ.

Foi desativada a POLICLINICA CENTRAL.

Foram incluídos 03 CENTROS DE ESPECIALIDADE (Clinica Viver 10, Viva Imagem E CIS) e reativado CER II UNIVALI.

Os demais estabelecimentos permaneceram inalterados.

## Atenção Básica



Na atenção básica, no primeiro quadrimestre tivemos 239.218 procedimentos, sendo:

194.965 procedimentos de ação e prevenção de saúde, que incluem as atividades educativas, visitas domiciliares e outras atividades da estratégia saúde da família;

11.244 procedimentos de finalidade diagnóstica, que incluem os preventivos e outras coletas de material, além dos diagnósticos por teste rápido e glicemia capilar para pacientes diabéticos,

289.575 procedimentos clínicos, que incluem todas as consultas de médicos, dentistas, enfermeiros e outros profissionais na atenção básica, além de todos os procedimentos de enfermagem, como aferição de pressão arterial e administração de medicamentos.

8.589 procedimentos cirúrgicos, que incluem os curativos, drenagens de abscesso, exereses e excisões.

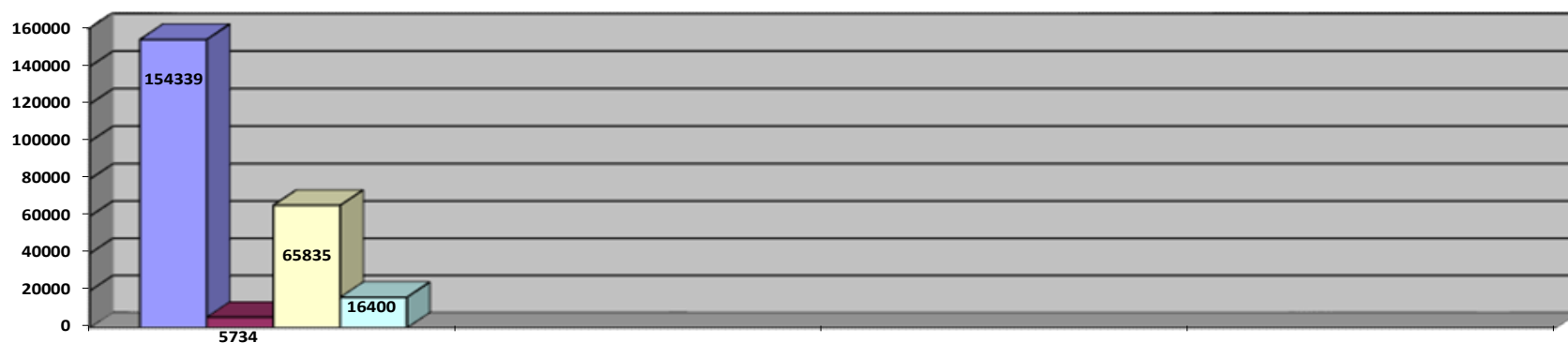
**Já no segundo quadrimestre, na data de hoje (19/09/2017), só temos informação disponível dos meses de maio a julho nos sistemas de informação ( SIA, SIH, SargSUS) e na atenção básica tivemos : 239.311 procedimentos realizados.**

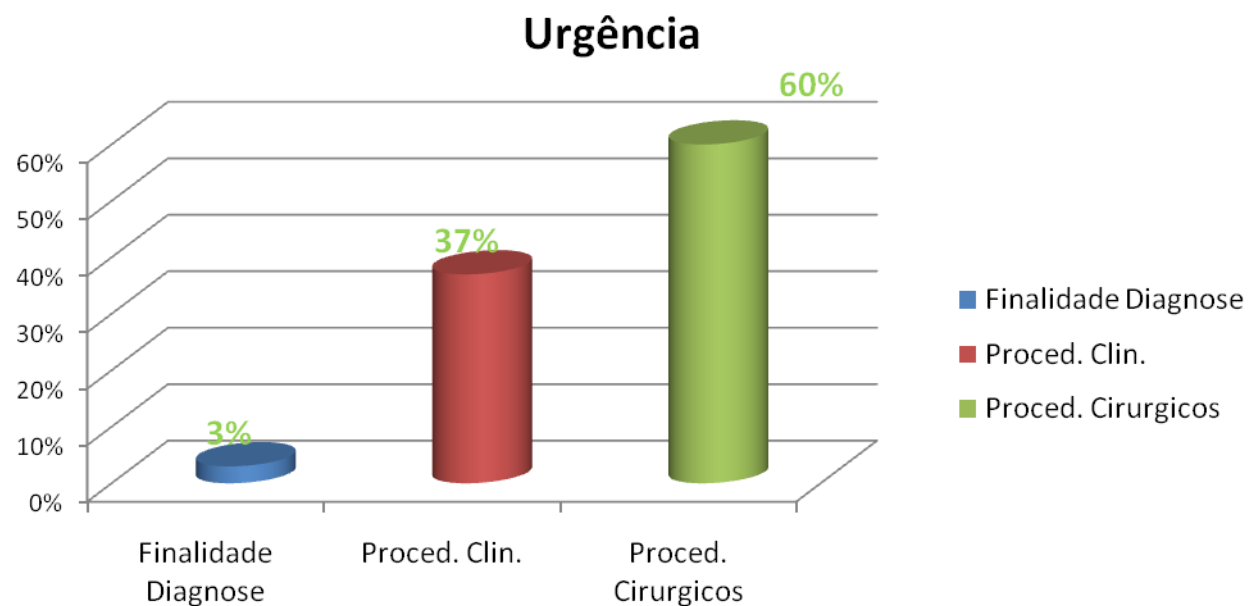
62.838 procedimentos de ação e prevenção de saúde, que incluem as atividades educativas, visitas domiciliares e outras atividades da estratégia saúde da família;

5.734 procedimentos de finalidade diagnóstica, que incluem os preventivos e outras coletas de material, além dos diagnósticos por teste rápido e glicemia capilar para pacientes diabéticos,

154.339 procedimentos clínicos, que incluem todas as consultas de médicos, dentistas, enfermeiros e outros profissionais na atenção básica, além de todos os procedimentos de enfermagem, como aferição de pressão arterial e administração de medicamentos.

16.400 procedimentos cirúrgicos, que incluem os curativos, drenagens de abscesso, exereses e excisões.





Na urgência, tivemos 60% de procedimentos cirúrgicos, 37% procedimentos clínicos e 3% procedimentos de finalidade diagnóstica, sendo:

- Procedimentos cirúrgicos, todos aqueles em que o paciente entrou pelo pronto socorro ou pronto atendimento e se fez necessário a intervenção em pequena cirurgia ou mesmo cirurgia de média e alta complexidade;
- Procedimentos clínicos, todos os atendimentos de pronto atendimento e pronto socorro, incluindo, procedimentos de enfermagem na urgência. No atendimento hospitalar, destacam-se os partos normais.
- Total de AIHs = 3.051 – 1.º quadrimestre

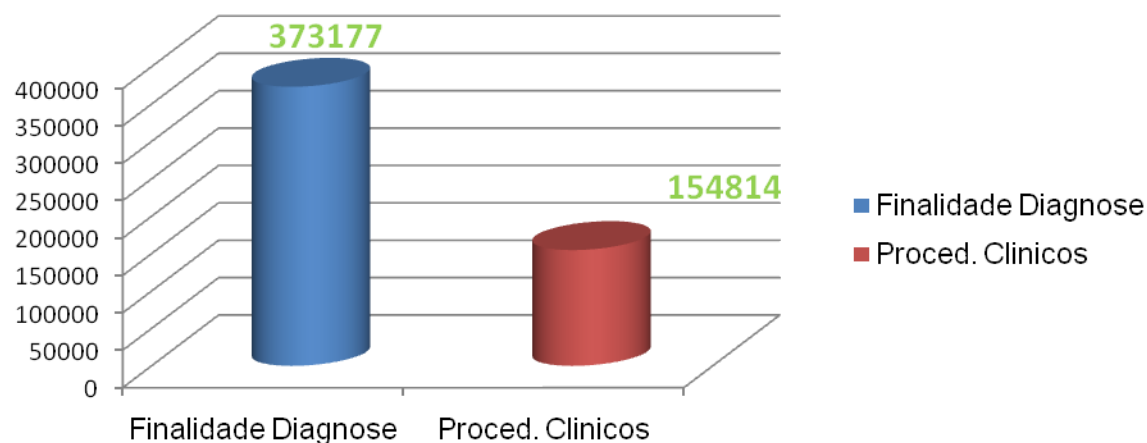


Já no segundo quadrimestre, na data de hoje (19/09/2017), só temos informação disponível dos meses de maio a julho nos sistemas de informação ( SIA, SIH, SargSUS) . De urgência tivemos 52.459 atendimentos, sendo 34.214 de atendimentos clínicos de urgência e 18.245 urgências para especialistas

- Total de AIHs = 4.970 – 2.º quadrimestre



## Atenção Especializada (Exames x Proc. Clínicos)



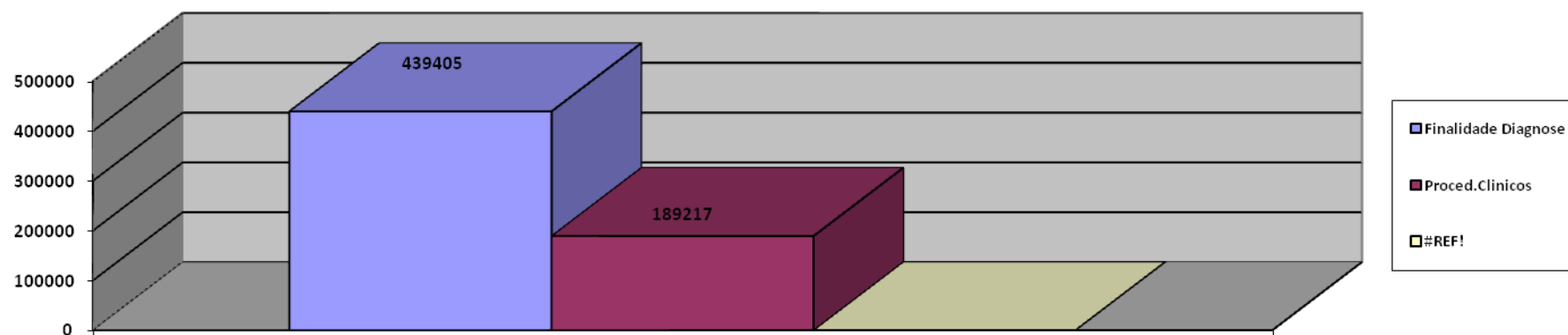
Na atenção especializada, tivemos 532.781 procedimentos, sendo:

- 373.177 procedimentos de finalidade diagnóstica, que incluem todas as biópsias, exames de laboratório clínico, anatomopatologia, radiologia, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias, cintilografias e outros exames da cardiologia.
- 154.814 procedimentos clínicos que envolvem todas as consultas de médicos especialistas, outros profissionais não médicos e dentistas, além de procedimentos de enfermagem realizados nos centros de referência como a Policlínica Central, Centro de Referência São Judas, Crescem e Hospital Marieta.

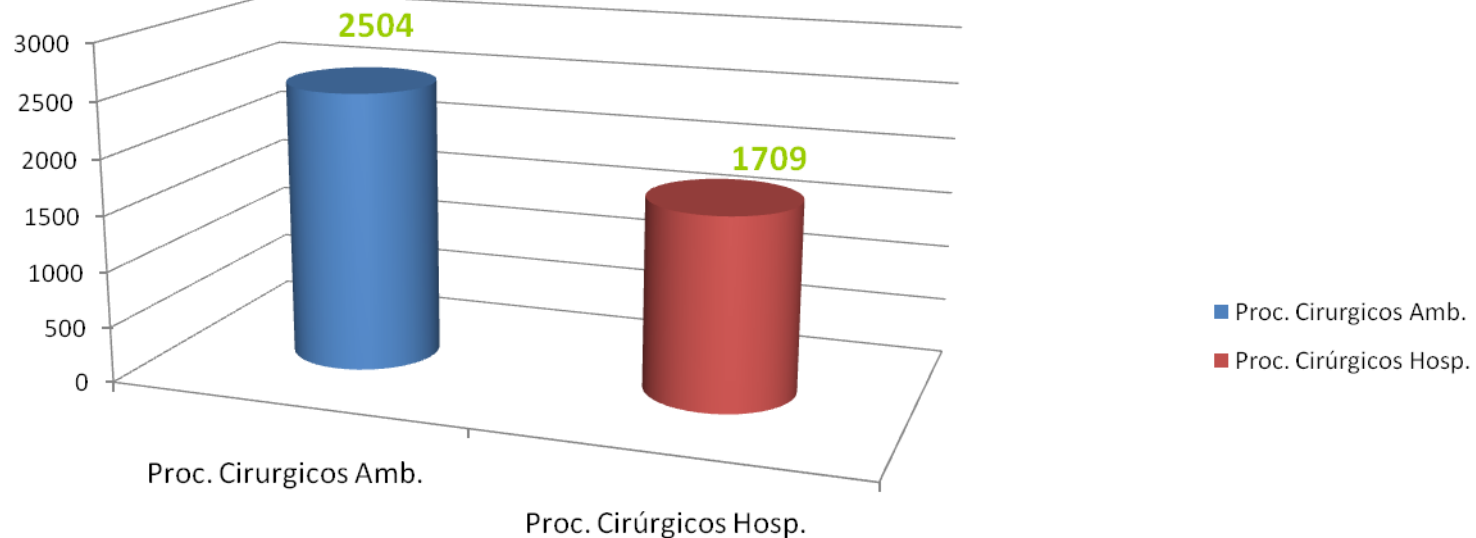
**Já no segundo quadrimestre, na data de hoje (19/09/2017), só temos informação disponível dos meses de maio a julho nos sistemas de informação (SIA, SIH, SargSUS) e na atenção especializada tivemos : 628.622 procedimentos realizados.**

- 439.405 procedimentos de finalidade diagnóstica, que incluem todas as biópsias, exames de laboratório clínico, anatomopatologia, radiologia, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias, cintilografias e outros exames da cardiologia.

- 189.217 procedimentos clínicos que envolvem todas as consultas de médicos especialistas, outros profissionais não médicos e dentistas, além de procedimentos de enfermagem realizados nos centros de referência como o CIS, Centro de Referência São Judas, Crescem e Hospital Marieta.



### Atenção Especializada (Cirurgias Ambulatoriais x Cirurgias Hospitalares)



No Primeiro Quadrimestre tivemos:

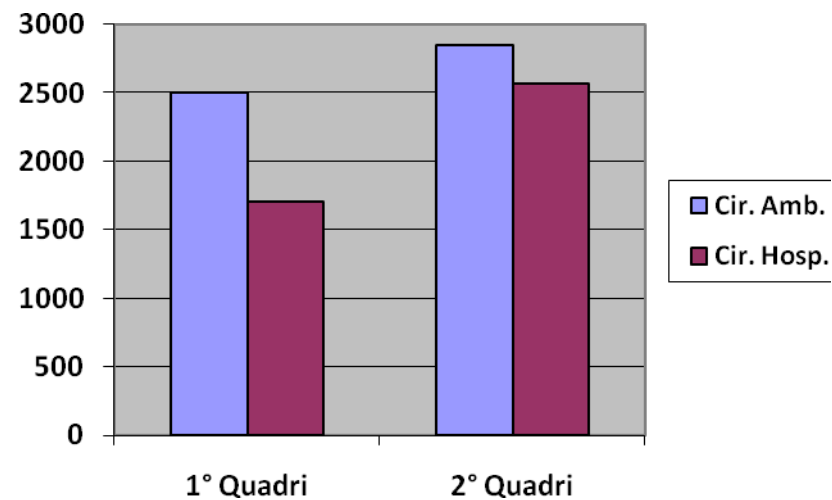
- 4.213 procedimentos cirúrgicos, sendo:
- 2.504 procedimentos ambulatoriais, que incluem pequenas cirurgias e procedimentos odontológicos realizados nos centros de referências,
- 1.709 procedimentos hospitalares que incluem todas as cirurgias eletivas programadas nos hospitais, Marieta e Pequeno Anjo, nas mais diversas especialidades, atendendo a média e alta complexidade de oncologia, ortopedia, neurologia e cardiologia.

**Enquanto no Segundo Quadrimestre, tivemos**

**- 5.420 procedimentos cirúrgicos (não está computado agosto), sendo:**

- 2.851 procedimentos ambulatoriais, que incluem pequenas cirurgias e procedimentos odontológicos realizados nos centros de referências,

- 2.569 procedimentos hospitalares que incluem todas as cirurgias eletivas programadas nos hospitais, Marieta e Pequeno Anjo, nas mais diversas especialidades, atendendo a média e alta complexidade de oncologia, ortopedia, neurologia e cardiologia.



## Capacidade técnica – Serviços Especializados

| 1° QUADRIMESTRE  | 2° QUADRIMESTRE  | 3° QUADRIMESTRE |
|--|--|-----------------|
| Laboratório Clínico – 387.702 procedimentos                                | Laboratório Clínico – 413.099 procedimentos                                |                 |
| Anatomo/Cito/Histo – 5.374 procedimentos                                   | Anatomo/Cito/Histo – 10.403 procedimentos                                  |                 |
| Radiologia – 51.342 procedimentos  | Radiologia – 55.241 procedimentos  |                 |
| Ultrassonografia – 7.758 procedimentos                                     | Ultrassonografia – 15.406 procedimentos                                    |                 |
| Tomografia – 4.272 procedimentos   | Tomografia – 5.575 procedimentos   |                 |
| Ressonância Magnética – 600 procedimentos                                  | Ressonância Magnética – 2.151 procedimentos                                |                 |
| Cintilografias – 346 procedimentos   | Cintilografias – 285 procedimentos   |                 |
| Endoscopia e Colonoscopia – 194 procedimentos                              | Endoscopia e Colonoscopia – 749 procedimentos                              |                 |
| Atendimentos eletivos para usuários com deficiência – 13.842 procedimentos | Atendimentos eletivos para usuários com deficiência – 18.262 procedimentos |                 |
| Fisioterapia – 20.933 procedimentos  | 20.468 procedimentos   |                 |

## Mutirão de exames e consultas especializadas

Iniciou em 15 de maio de 2017:

|                                 | Resultado 2° quadrimestre   | Resultado 3° quadrimestre |
|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 700 ressonâncias magnéticas/mês | 537 ressonâncias magnéticas |                           |
| 500 tomografias/mês             | 1393 tomografias            |                           |
| 1.800 ultrassonografias/mês     | 3851 ultrassonografias      |                           |
| 250 colonoscopias/mês           | 51 colonoscopias            |                           |
| 500 endoscopias/mês             | 119 endoscopias             |                           |
| 50 ecocardiografias/mês         | 121 ecocardiografias        |                           |

| Indicadores 2017-2021                    |   | Esperado | Parâmetro Nacional<br>(para alguns indicadores) | Meta 2017 | 1º QUADRIMESTRE                    | 2º QUADRIMESTRE  |
|--|---|----------|---|-----------|------------------------------------|--|
|  |   |          |   | 2017      | 2017                               | 2017   |
| 1.U<br>MONITORAMENTO ANUAL (MA)          | Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. |          | SEM PARÂMETRO NACIONAL DEFINIDO (SPND)          | 336,00    | 196,61<br>(85 óbitos)              | 51,21<br>(n = 43 óbitos)<br><br>Indicador 1.1.4.7 na PAS.                    |
| f2.E<br>MONITORAMENTO QUADRIMESTRAL (MQ) | Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.   |          | ≥ 90%   | 100,00%   | 100%<br>No 1º trimestre, ocorreram | 100%<br>Neste ano houve 42 óbitos em mulheres em idade fértil registrados no |



|          |  |  |        |        |  |   |
|----------|--|--|--------|--------|--|---|
|          |  |  |        |        | <p>19 óbitos em mulheres em idade fértil registrados no SIM, sendo 12 investigados e 07 estão dentro do prazo preconizado pelo MS.</p> <p>SIM, sendo 34 investigados e 08 estão dentro do prazo preconizado pelo MS.</p> <p>O município de Itajaí é responsável pelas investigações de mortes ocorridas em Itajaí, no quesito hospitalar, e de qualquer outro município, perfazendo neste ano um total de 18 investigações.</p> <p>Indicador 6.1.6.7 na PAS.</p> |   |
| 3.U (MA) | Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. |  | ≥ 95%. | 98,00% | <p>100%</p> <p>No primeiro quadrimestre, ocorreram 246 óbitos registrados no SIM, sendo 98,78% com</p>   | <p>98,05%</p> <p>Neste ano ocorreram 666 óbitos registrados no SIM, em 13 destes óbitos, que ainda se encontram em investigação, perfazendo um total de 98,05% com causa básica definida.</p> <p>Indicador 6.1.6.2 na</p> |

|                           |   |  |          |         |                        |                                   |
|---------------------------|---|--|----------|---------|------------------------|-----------------------------------|
|                           |   |  |          |         | causa básica definida. | PAS.                              |
| 4.U (MA)                  | Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada. |  | 75,00%   | 95,00%  | 25%                    | 47,72%                            |
| 5.U (MONITORAMENTO ANUAL) | Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação   |  | ≥ 80,00% | 100,00% | 100%                   | 100%<br>Indicador 6.1.6.3 na PAS. |
| 6.U (MA)                  | Proporção de cura de casos novos de hanseníase  |  | > 90%.   | 90,00%  | 100%                   | 100%                              |

|           |   |  |        |         |  |   |
|-----------|---|--|--------|---------|--|---|
|           | diagnosticados nos anos das coortes   |  |        |         |  |   |
| 8.U (MA)  | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade  |  | (SPND) | 12      | 9 casos  | 08 casos<br>Indicador 6.1.5.10 da PAS   |
| 9.U (MA)  | Número de casos novos de aids em menores de 5 anos  |  | (SPND) | 02      | 01   | 00<br>Indicador 6.1.5.12 na PAS.  |
| 10.U (MA) | Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez |  | (SPND) | 100,00% | 100%<br>N= 172<br>(incluindo cólera)<br>A Vigilância Sanitária de Itajaí realiza análises de 40 amostras mensais como é determinado pela | 100%<br>N= 172<br>(incluindo cólera)<br>A Vigilância Sanitária de Itajaí realiza análises de 40 amostras mensais como é determinado pela Vigilância Sanitária do Estado e Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), totalizando as 160 amostras no quadrimestre |

|           |  |  |        |      |  |  |
|-----------|--|--|--------|------|--|--|
|           |  |  |        |      | Vigilância Sanitária do Estado e Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), totalizando as 160 amostras no quadrimestre . | Indicador 6.1.9.3 na PAS.  |
| 11.U (MA) | Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária. |  | (SPND) | 0,75 | 0,09 (Razão Siscan)  | 0,20 com aumento de 0,11 em relação ao quadrimestre anterior (Fonte SISCAN e CENSO IBGE 2010). Indicador 1.1.3.1 na PAS. |
| 12.U (MA) | Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres   |  | (SPND) | 0,56 | 0,14 (Razão Siscan)  | 0,18, com aumento de 0,04 em relação ao quadrimestre anterior (Fonte SISCAN e CENSO IBGE 2010).                          |

|           |  |  |      |        |   |                           |
|-----------|--|--|------|--------|---|---------------------------|
|           | de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.                         |  |      |        |   | Indicador 1.1.3.2 na PAS. |
| 13.U (MA) | Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar |  | 0,70 | 50,00% | 51,35%  | 56,34%                    |
| 14.U (MA) | Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos |  |      | 13,00% | 16,40%<br>(237)<br>Indicador novo)<br>As ações voltadas para esta faixa etária estão centradas principalmente na promoção do acesso dos | 13%                       |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  | adolescentes<br>as UBS e<br>aos métodos<br>anticoncepci<br>onais, de<br>acordo com<br>o princípio<br>de equidade<br>do SUS e<br>seguindo o<br>ECA. O<br>Município<br>procura<br>manter os<br>processos<br>de educação<br>em saúde,<br>sexualidade<br>e métodos<br>anticoncepci<br>onais em<br>parceria com<br>a Secretaria<br>de |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

|           |                              |  |     |       |   |                                     |
|-----------|------------------------------|--|-----|-------|---|-------------------------------------|
|           |                              |  |     |       | Educação, através das ESF e profissionais de atenção básica, além disso as gestantes desta faixa etária são encaminhadas sempre que necessário para o ambulatório de alto risco no CRESCEM. |                                     |
| 15.U (MA) | Taxa de mortalidade infantil |  | ≤10 | 9,52% | 9,92  | 8,51%<br>Indicador 1.1.3.38 da PAS. |
| 16.U (MA) | Número de óbitos             |  | 1.5 | 01    | No 1º   | No 1º quadrimestre, não             |

|              |   |  |        |        |   |   |
|--------------|---|--|--------|--------|---|---|
|              | maternos em determinado período e local de residência           |  |        |        | quadrimestre , não houveram óbitos maternos registrados no SIM.   | houveram óbitos maternos registrados no SIM.<br>Indicador 6.1.6.6 da PAS.   |
| 17.U<br>(MA) | Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica |  | (SPND) | 80,00% | A cobertura da ESF neste primeiro quadrimestre se mantém em 71,78% com base na população de 208.958 pessoas - IBGE/2016. A meta para o ano de 2017 é de 79,76%. | A cobertura da ESF no 2º quadrimestre se mantém em 71,78% com base na população de 208.958 pessoas - IBGE/2016. A meta para o ano de 2017 é de 79,76%.<br>No entanto ressaltamos que este indicador se refere a cobertura populacional pelas equipes de Atenção Básica. Sendo assim, conforme o passo 3 do instrutivo do Ministério da Saúde para o cálculo deste indicador (nº ESF equivalentes) - a cada 60h de carga horária |



|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  | <p>ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe. Atualmente quadro de servidores atuantes na Atenção Básica (Fonte SCNES) é de 79 técnicos de Enfermagem (30 horas), 15 Auxiliares de Enfermagem (30 horas), 7 Enfermeiros (30 horas), 25 Médicos pediatras (15 horas), 11 Médicos Ginecologistas (15 horas) e 28 Médicos Clínicos Gerais (15 horas). Considerando o método de cálculo temos 16 equipes de ESF equivalentes. Sendo assim, seguindo a base de cálculo abaixo, a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica, no 2º quadrimestre é de 105,52%.</p> <p>Método de cálculo:</p> <p>Municipal/estadual/regional: <math>(N^{\circ} \text{ de Esf} \times 3.450 + (N^{\circ} \text{ eAB} + N^{\circ}</math></p> |
|--|--|--|--|--|--|--|

|  |   |  |        |        |  |   |
|--|---|--|--------|--------|--|---|
|  |   |  |        |        |  | eSF equivalente ) em determinado local e período x 3.000)<br><hr/> _____ X 100 Estimativa da populacional do ano anterior<br><br>Indicador 1.1.1.5 da PAs |
| 18.U<br>MONITORAM<br>ENTO<br>SEMESTRAL<br>(MS) | Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. |  | >= 75% | 80,00% | O relatório será gerado através do site do Ministério da Saúde no final de julho de 2017 quando finda o período de acompanhamento das famílias beneficiárias na saúde. Ressalta-se que o | 56%<br>Indicador 2.1.5.5 da PAS   |

|           |   |  |        |         |   |   |
|-----------|---|--|--------|---------|---|---|
|           |   |  |        |         | acompanha<br>mento das<br>condicionalid<br>ades da<br>saúde é<br>SEMESTRA<br>L. |   |
| 19.U (MA) | Cobertura populacional<br>estimada pelas equipes<br>básicas de Saúde<br>Bucal   |  | (SPND) | 14,00%  | 35,82%  | 35,82%<br>Aguardando processo<br>seletivo para selecionar<br>cirurgiões dentistas para<br>novas ESB.<br>Indicador<br>Indicador 4.1.1.11 na PAS. |
| 20.U (MA) | Percentual de<br>municípios que<br>realizam no mínimo<br>seis grupos de ações<br>de Vigilância Sanitária<br>consideradas<br>necessárias a todos os<br>municípios no ano |  | 6      | 100,00% | 100%  | Realizado no primeiro<br>quadrimestre.<br>100%  |

|           |  |         |                             |        |   |  |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
|-----------|--|---------|-----------------------------|--------|---|--|----|----|---|---|---|---|----|---|---|--|--|---|--|--|---|--------|---------|---------|----|----|----|
| 21.E (MA) | Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica                             |         | MEDIA MÍNIMA ESPERADO DE 12 | 50,00% | <table><tr><td>A</td><td>AP</td><td>AP</td></tr><tr><td>P</td><td>S</td><td>S</td></tr><tr><td>S</td><td>II</td><td>i</td></tr><tr><td>A</td><td></td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td></td></tr></table> | A  | AP | AP | P | S | S | S | II | i | A |  |  | D |  |  | <table><tr><td>CAPS i</td><td>CAPS ad</td><td>CAPS II</td></tr><tr><td>21</td><td>17</td><td>12</td></tr></table> | CAPS i | CAPS ad | CAPS II | 21 | 17 | 12 |
|           |  |         |                             |        | A   | AP   | AP |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
| P         | S  | S       |                             |        |   |  |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
| S         | II   | i       |                             |        |   |  |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
| A         |  |         |                             |        |   |  |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
| D         |  |         |                             |        |   |  |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
| CAPS i    | CAPS ad  | CAPS II |                             |        |   |  |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
| 21        | 17   | 12      |                             |        |   |  |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
|           | Indicador de avaliação anual   |         |                             |        | 40 Ações  | Total = 50 ações<br>100%                                       |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
|           |  |         |                             |        | Indicador novo  | Indicador 3.1.1.5  |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
|           |  |         |                             |        | $02/03 \times 100 = 66,6\%$   |  |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
| 22.U (MA) | Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. |         | 4 CICLO                     | 80 %   | 73,49%  | 69,62%   |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |
|           |  |         |                             |        | Como atividades complementares foram  | Como atividades complementares foram realizadas 587 visitas de |    |    |   |   |   |   |    |   |   |  |  |   |  |  |   |        |         |         |    |    |    |

|           |   |  |  |        |   |  |
|-----------|---|--|--|--------|---|--|
|           |   |  |  |        | realizadas<br>2422 visitas<br>de bloqueio<br>de<br>transmissão,<br>1723 visitas<br>de revisão<br>de área,<br>1141 visitas<br>de<br>delimitação<br>de foco, 681<br>de<br>levantament<br>o de índice e<br>14<br>aplicações<br>de inseticida<br>em pontos<br>estratégicos. | bloqueio de transmissão,<br>106 visitas de revisão de<br>área, 373 visitas de<br>delimitação de foco, 1288<br>de levantamento de índice e<br>03 aplicações de inseticida<br>em pontos estratégicos |
| 23.U (MA) | Proporção de<br>preenchimento do<br>campo “ocupação” nas<br>notificações de agravos |  |  | 70,00% | 01 caso<br>Ocupaç<br>ão<br>Comerc   | 100%   |

|  |                           |  |  |  |  |  |
|--|---------------------------|--|--|--|--|--|
|  | relacionados ao trabalho. |  |  |  | iante<br>Varejist<br>a<br>100%<br>(dado<br>do<br>Sistem<br>a de<br>Informa<br>ção<br>sobre<br>Mortalid<br>ade) |  |
|--|---------------------------|--|--|--|--|--|

ACOMPANHAMENTO DOS INDICADORES SISPACTO  
 NOS ANOS DE 2017-2021  
 CONFORME RESOLUÇÃO 08 DE 11/16 CIT

No dia 08 de agosto foram apresentados e aprovado os indicadores do SISPACTO 2017-2021 e a partir do 2º quadrimestre será seguido conforme a aprovação do mesmo, bem como em julho foi aprovada a Pactuação Anual de Saúde 2017 ( PMS 2014-2017).

## EIXO 1: ATENÇÃO PRIMÁRIA

| RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PARA O EIXO | ORIGEM DOS RECURSOS  |
|------------------------------------|--|
| R\$ 108.461,000,00                 | 21 - Receita de Impostos e Transferência de Impostos – Saúde;<br>36 -Atenção Básica – Saúde;<br>45 - Outros Recursos do Fundo Nacional de Saúde – Estado;<br>47 – Atenção Básica – Estado.<br>115 – Recursos de Outras fontes; |

## DIRETRIZ 1.1: FORTALECER A ATENÇÃO BÁSICA E AUMENTAR A RESOLUTIVIDADE

### Objetivo Específico 1.1.1: Fortalecer a Atenção Básica

| AÇÕES              | INDICADOR DE MONITORAMENTO | META | 1º QUADRIMESTRE                  | 2º QUADRIMESTRE                          |
|--------------------|----------------------------|------|----------------------------------|--|
| 1.1.1.1. Adequar a | Percenta                   | 50%  | Atualmente o município possui 50 | Atualmente o município possui 50 equipes |

|  |        |   |  |  |
|--|--------|---|--|--|
| população para gem de 3000 pessoas por equipes com população adscrita máxima de 3000 pessoas |        |   | equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), destas, conforme (Gmus), 26 equipes permanecem com população adscrita acima de 3.000 pessoas. Algumas equipes encontram-se em processo de cadastramento no sistema e-SUS (Gmus).<br><br>Com o objetivo de adequar a cobertura da ESF será enviado para o Ministério da Saúde documento para o credenciamento de 24 equipes de ESF.<br><br>Aguardamos o Processo Seletivo Público para contratação das seguintes categorias profissionais da ESF: técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista, Auxiliar Saúde Bucal e cadastro reserva de Agentes Comunitários de Saúde para possíveis reposições e ampliações de equipes. A gestão está avaliando a elaboração do edital para posterior publicação do processo seletivo público. | de Estratégia Saúde da Família (ESF), destas, conforme (Gmus), 26 permanecem com população adscrita acima de 3.000 pessoas. Algumas equipes encontram-se em processo de cadastramento no sistema e-SUS (Gmus).<br><br>Com o objetivo de adequar a cobertura da ESF foi enviado ao Ministério da Saúde documento para o credenciamento de 24 equipes de ESF.<br><br>A gestão está avaliando a elaboração do edital para posterior publicação do processo seletivo público para contratação das categorias profissionais da ESF. |
| 1.1.1.2. Implantar   | Número | 3 | Neste quadrimestre não implantamos   | Neste quadrimestre não implantamos   |



|   |                                |   |   |
|---|--------------------------------|---|---|
| <p>no mínimo três equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família respeitando as condições locais para definição e equipe</p> | <p>de Equipes Implanta das</p> | <p>novas equipes, permanecendo com NASF Jardim Esperança (Cordeiros, Jardim Esperança e Votorantim), e NASF Cidade Nova Cidade Nova I, Cidade Nova II e Promorar).</p> <p>Os dois NASFs do Município são compostos por servidores e residentes da Residência Multiprofissional, sendo que neste quadrimestre recebemos novos residentes e finalizamos com residentes que cumpriram os dois anos do programa.</p> <p>Ocorreu a substituição de dois servidores: Educador Físico (cedido pela FMEL), Terapeuta Ocupacional (troca com CAPS II).</p> <p>Em processo a análise para implantação do 3º NASF.</p> | <p>novas equipes, permanecendo com NASF Jardim Esperança (Cordeiros, Jardim Esperança e Votorantim), e NASF Cidade Nova Cidade Nova I, Cidade Nova II e Promorar).</p> <p>No entanto, ampliamos o matriciamento da mini equipe NASF Cordeiros para a ESF da UBS Costa Cavalcante, iniciando processo em agosto. Totalizando 17 equipes ESF matriciadas pelos NASF:</p> $50 \text{ ESF} = 100\%$ $17 \text{ ESF} = x$ $34\%$ <p>Em análise processo de trabalho do NASF, bem como a ampliação.</p> |
|---|--------------------------------|---|---|

|   |                                    |    |   |  |
|---|------------------------------------|----|---|--|
|   |                                    |    |   |  |
| 1.1.1.3.<br>Transformar<br>Unidades mistas<br>em Estratégia<br>Saúde da Família | Número<br>de<br>Unidades<br>Mistas | 21 | <p>Diante da necessidade populacional em utilizar os serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre às 7h-8h, no horário do meio dia e entre as 17-19h, decidiu-se ampliar os horários das UBS de acordo com os recursos humanos disponíveis em cada unidade.</p> <p>Segue quadro de horário de funcionamento:</p> <p>Brilhante e Limoeiro: 7 às 16 horas</p> <p>Salseiros, Praia Brava, Espinheiros, Santa Regina e Nossa Senhora das Graças: 7 às 17 horas</p> <p>Imaruí e Murta: 7 às 18 horas</p> <p>As demais das Unidades Básicas</p> | <p>Diante da necessidade populacional em utilizar os serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre às 7h-8h, no horário do meio dia e entre as 17-19h, decidiu-se ampliar os horários das UBS de acordo com os recursos humanos disponíveis em cada unidade.</p> <p>Segue quadro de horário de funcionamento:</p> <p>Brilhante, Canhanduba, Limoeiro, Salseiros, Praia Brava, Espinheiros, Santa Regina e Nossa Senhora das Graças: 7 às 17 horas</p> <p>Imaruí e Murta: 7 às 18 horas</p> <p>As demais das Unidades Básicas de Saúde funcionam das 7 às 19 horas</p> <p>Vale salientar que os funcionários das ESF cumprem carga horária de 40 horas</p> |

|  |  |      |   |  |
|--|--|------|---|--|
|  |  |      | <p>de Saúde funcionam das 7 às 19 horas</p> <p>Vale salientar que os funcionários das ESF cumprem carga horária de 40 horas semanais. Algumas unidades de saúde têm suporte de funcionários com carga horária de 30 horas que atuam no horário das 7 às 13 horas e das 13 às 19 horas, permitindo que as unidades permaneçam em funcionamento nos horários descritos.</p>   | <p>semanais. Algumas unidades de saúde têm suporte de funcionários com carga horária de 30 horas que atuam no horário das 7 às 13 horas e das 13 às 19 horas, permitindo que as unidades permaneçam em funcionamento nos horários descritos.</p>   |
| 1.1.1.4. Manter 100% das equipes completas | Percentual de equipes de ESF completas | 100% | <p>Atualmente quatro (04) equipes da ESF (8% das equipes) estão incompletas, com a ausência de dois (02) Agentes Comunitários de Saúde, um (01) médico da ESF e um (01) dentista da ESF.</p> <p>Para as reposições destes Agentes Comunitários de Saúde foi requerida a nomeação dos profissionais do Concurso Emprego Público, os quais estão em fase de preparação de documentação e apresentação para início das atividades.</p> | <p>Atualmente cinco (05) equipes da ESF (10%) estão incompletas, com a ausência de cinco (05) Agentes Comunitários de Saúde, um (01) técnico de enfermagem da ESF e um (01) odontólogo da ESF.</p> <p>Salientamos que não dispomos de Processo Seletivo Público para contratação das seguintes categorias profissionais da ESF: A gestão está avaliando a elaboração do edital para posterior publicação do processo seletivo público.</p> |

|  |                                 |     |   |   |
|--|---------------------------------|-----|---|---|
|  |                                 |     | <p>Quanto à reposição do médico, este é provindo do Programa Mais Médico, no entanto, estamos aguardando liberação pelo Ministério da Saúde de um novo profissional.</p> <p>Salientamos que não dispomos de Processo Seletivo Público para contratação das seguintes categorias profissionais da ESF: técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e cadastro reserva de ACS para possíveis reposições e ampliações de equipes.</p> <p>A gestão está avaliando a elaboração do edital para posterior publicação do processo seletivo público.</p> |   |
| 1.1.1.5. Expandir a cobertura da Estratégia Saúde da Família até 80% em 2017 com incremento mínimo | Percentagem de Cobertura de ESF | 80% | <p>O Município conta com 50 equipes de Estratégia Saúde da Família, 09 equipes com Saúde Bucal e 02 equipes de NASF.</p> <p>A cobertura da ESF neste primeiro quadrimestre se mantém em</p>   | <p>O Município conta com 50 equipes de Estratégia Saúde da Família A cobertura da ESF neste segundo quadrimestre se mantém em 71,78% com base na população de 208.958 pessoas - IBGE/2016. A meta para o ano de 2017 é de 79,76%.</p> |

| de 2,5% ao ano, com base de 69,76% em 2013   |                                 |                      | <p>71,78% com base na população de 208.958 pessoas - IBGE/2016. A meta para o ano de 2017 é de 79,76%.</p> <table border="1" data-bbox="779 325 1294 606"> <tr> <th>013</th><th>014</th><th>015</th><th>016</th><th>017</th></tr> <tr> <td>9,76 %</td><td>2,26 %</td><td>4,76 %</td><td>7,26 %</td><td>9,76 %</td></tr> </table> <p>Com o objetivo de expandir a cobertura da ESF será enviado para o Ministério da Saúde neste 1º quadrimestre pelo Grupo Gestor da Atenção Básica documento para o credenciamento de 24 equipes de ESF.</p> | 013  | 014 | 015 | 016 | 017 | 9,76 % | 2,26 % | 4,76 % | 7,26 % | 9,76 % | <table border="1" data-bbox="1364 213 2063 370"> <tr> <th>2013</th><th>2014</th><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th></tr> <tr> <td>69,76%</td><td>72,26%</td><td>74,76%</td><td>77,26%</td><td>79,76%</td></tr> </table> <p>Com o objetivo de expandir a cobertura da ESF foi enviado para o Ministério da Saúde no 1º quadrimestre documento para o credenciamento de 24 equipes de ESF.</p> | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 69,76% | 72,26% | 74,76% | 77,26% | 79,76% |
|--|---------------------------------|----------------------|---|--|-----|-----|-----|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--|------|------|------|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 013  | 014                             | 015                  | 016   | 017  |     |     |     |     |        |        |        |        |        |  |      |      |      |      |      |        |        |        |        |        |
| 9,76 %   | 2,26 %                          | 4,76 %               | 7,26 %  | 9,76 %   |     |     |     |     |        |        |        |        |        |  |      |      |      |      |      |        |        |        |        |        |
| 2013   | 2014                            | 2015                 | 2016  | 2017   |     |     |     |     |        |        |        |        |        |  |      |      |      |      |      |        |        |        |        |        |
| 69,76%   | 72,26%                          | 74,76%               | 77,26%  | 79,76%   |     |     |     |     |        |        |        |        |        |  |      |      |      |      |      |        |        |        |        |        |
| 1.1.1.6. Implantar e manter uma política de humanização com acolhimento e classificação de risco | Indicador Qualitativo/Descrição | Protocolo implantado | Mantida a Política de Acolhimento a Demanda Espontânea, conforme Caderno de Atenção Básica nº 28 que auxilia na construção partilhada e cotidiana de modos de cuidar e gerir, descrevendo ações que incluem aspectos organizativos da   | <p>Mantida a política de humanização com enfoque no Acolhimento a Demanda Espontânea, conforme Caderno de Atenção Básica nº 28.</p> <p>Diante deste contexto, no 2º quadrimestre, o Grupo Gestor da Atenção Básica continuou cumprindo o cronograma de visitas</p> |     |     |     |     |        |        |        |        |        |  |      |      |      |      |      |        |        |        |        |        |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidados e de condutas.</p> <p>Diante deste contexto o Grupo Gestor da Atenção Básica organizou de forma programada um cronograma de visitas semanais onde irá contemplar todas as Unidades Básicas de Saúde, findando no dia 06 de julho, para discutir processo de trabalho com ênfase no Acolhimento a Demanda Espontânea e promover autonomia das equipes.</p> <p>Estamos programando para o próximo semestre a realização de uma Oficina sobre Acolhimento.</p> <p>Realizado o primeiro “Acolhe Itajaí” no mês de fevereiro/2017, com o objetivo de promover a diminuição da distância Gestão/Ponta no processo de trabalho através de estratégias de valorização do trabalhador.</p> | <p>técnicas semanais, para discussão de processo de trabalho com ênfase no Acolhimento a Demanda Espontânea visando também promover a autonomia das equipes.</p> <p>Nos dias 18 e 25 de agosto foram realizadas Oficinas em parceria com a Gerência Estadual de Saúde, onde abordou-se o tema Acolhimento a Demanda Espontânea com os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos das 50 equipes de ESF.</p> |
|--|--|---|---|

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <p>1.1.1.7. Iniciar estudos para a implantação de um novo programa para internações domiciliares de acordo com as portarias do Ministério da Saúde.</p> <p>Meta 2014</p> | <p>Indicador Qualitativo/Descritivo</p> | <p>Apresentação de um relatório dos estudos</p> | <p>Pretende-se para o próximo quadrimestre elaborar o documento para o envio junto ao Ministério da Saúde contendo o credenciamento do Programa de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa. Tal programa destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde.</p> <p>A Atenção Domiciliar, segundo o Ministério da Saúde, deverá oferecer apoio às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família).</p> | <p>Pretende-se para o próximo quadrimestre elaborar o documento para o envio junto ao Ministério da Saúde contendo o credenciamento do Programa de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa. Tal programa destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde.</p> <p>A Atenção Domiciliar, segundo o Ministério da Saúde, deverá oferecer apoio às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família).</p> |
|--|---|---|--|--|

|  |  |                                 |   |  |
|--|--|---------------------------------|---|--|
| 1.1.1.9. Criação de um método de avaliação de satisfação do usuário sobre os trabalhos da Atenção Básica                     | Pesquisa de Aprovação dos Trabalhos da ESF | Apresenta relatório de pesquisa | <p>Utilizam-se como método de avaliação da satisfação do usuário sobre o trabalho da Atenção Básica os serviços de ouvidoria municipal, estadual e federal.</p> <p>Cabe considerar que o Ministério da Saúde aplica o instrumento de Entrevista com usuários (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB – Avaliação Externa).</p> | <p>No 2º quadrimestre, implantado em 23 Unidades Básicas de Saúde o método “Caixa de Sugestões” oportunizando aos usuários a avaliação do serviço, bem como sugestões para melhoria.</p> <p>Outro método de avaliação é o instrumento de Entrevista com usuários do SUS, aplicado pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB – Avaliação Externa), bianualmente.</p> <p>Também utiliza-se como método de avaliação da satisfação do usuário os serviços de ouvidoria municipal, estadual e federal.</p> |
| 1.1.1.10. Promover propaganda institucional dos trabalhos de Estratégia Saúde da Família e SUS – TV, rádio e outros meios de | Matérias Vinculadas na Imprensa            | 10 matérias vinculadas          | <p>As equipes de ESF repassam, via e-mail, as atividades desenvolvidas com a população, as quais são encaminhadas para a Assessoria de Imprensa na Secretaria Municipal de Saúde e publicadas no site do Município.</p> <p>Também dispomos de folders</p>   | <p>As equipes de ESF divulgam as atividades desenvolvidas com a população através do Setor de Assessoria de Imprensa da Secretaria Municipal de Saúde, as quais são publicadas no site da Prefeitura Municipal, redes sociais, mídia televisiva e rádios.</p> <p>Além disso, no 2º quadrimestre foi produzido um vídeo institucional que orienta e</p>   |



|  |                                  |                            |  |   |
|--|----------------------------------|----------------------------|--|---|
| comunicação                                  |                                  |                            | descritivos da ESF, os quais foram distribuídos para as UBS direcionarem aos usuários.                                     | divulga o trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família no Município de Itajaí, difundido nas redes sociais e reproduzido nas televisões das Unidades Básicas de Saúde. |
| 1.1.1.11. Aprimorar o prontuários da família | Indicador Qualitativo/Descritivo | Relatório de aprimoramento | O Município já faz uso de Sistema próprio G-MUS em 23 UBS/ESF, as quais utilizam o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão). | O Município já faz uso de Sistema próprio G-MUS em 23 UBS/ESF, as quais utilizam o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão).  |

Objetivo Específico 1.1.2: Fortalecer as Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada.

| AÇÕES          | INDICADOR DE MONITORAMENTO | META | 1º QUADRIMESTRE            | 2º QUADRIMESTRE |
|----------------|----------------------------|------|----------------------------|-----------------|
| 1.1.2.1. Fazer | Percent                    | 80%  | - Houve troca dos relógios | 50% -           |

|  |   |                     |  |   |
|--|---|---------------------|--|---|
| cumprir a Lei no tocante ao cumprimento da carga horária de todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde especial a categoria médica em todos os anos de vigência deste plano | agem de Médico s que cumpre m carga horária de conform e registra do no ponto digital |                     | <p>biométricos homologados pelo Ministério do Trabalho, que atendam a Portaria 1510/2009 do MTE.</p> <p>- 100% das repartições possuem Relógio biométrico.</p> <p>- 40% mantém a porcentagem. (O software foi adquirido, a capacitação acontecerá em maio/2017) Em fase implantação do programa para gerenciamento dos dados do relógio ponto.</p> | Uma capacitação já realizada, software instalado, programadas mais duas capacitações e visitas técnicas para sanar problemas e adequar escalas de jornadas diferenciadas. |
| 1.1.2.2. Promover a autonomia de território para as  | Indicador Qualitativo/Desc  | Relatório de gestão | O Grupo Gestor da Atenção Básica organizou de forma programática um cronograma de visitas semanais onde irá contemplar todas as Unidades Básicas de  | O Grupo Gestor da Atenção Básica organizou de forma programática um cronograma de visitas semanais onde contemplou todas as Unidades Básicas de                           |

|                             |        |  |  |
|-----------------------------|--------|--|--|
| equipes com apoio na gestão | ritivo | <p>Saúde, para discutir processo de trabalho promovendo a autonomia de trabalho das equipes, enfatizando a Humanização no Acolhimento à demanda espontânea.</p> <p>Nesse sentido as equipes são incentivadas a prática da escuta qualificada, orientadas e supervisionadas quanto à importância de manter os cadastros domiciliares e individuais completos e atualizados no sistema G-MUS/e-SUS para rediscussão dos territórios, avaliando a necessidade de implantação de novas micro áreas e/ou equipes. Estas informações são fundamentais para planejamento das ações no processo de trabalho das equipes e da gestão.</p> <p>Também a fim de promover a autonomia do território estão sendo descentralizados serviços, tais como: matriciamento em saúde mental, serviço de nutrição, NASF, ativação de Conselhos Locais de Saúde, realização de teste rápido de gravidez, sífilis, HIV, realização de DOTS (tratamento Supervisionado para</p> | <p>Saúde, para discutir processo de trabalho promovendo a autonomia de trabalho das equipes, enfatizando a Humanização no Acolhimento à demanda espontânea. No próximo quadrimestre será mantida a ação.</p> <p>Nesse sentido as equipes são incentivadas a prática da escuta qualificada, orientadas e supervisionadas quanto à importância de manter os cadastros domiciliares e individuais completos e atualizados no sistema G-MUS/e-SUS.</p> <p>Também a fim de promover a autonomia do território estão sendo descentralizados serviços, tais como: matriciamento em saúde mental, serviço de nutrição, psicologia, NASF, ativação de Conselhos Locais de Saúde, realização de teste rápido de gravidez, sífilis, HIV, realização de DOTS (tratamento Supervisionado para Tuberculose) com seguimento dos contatos nas Unidades de Saúde.</p> |
|-----------------------------|--------|--|--|

|  |           |  |  |   |
|--|-----------|--|--|---|
|  |           |  | Tuberculose) com seguimento dos contatos nas Unidades de Saúde.  |   |
| 1.1.2.3.<br>Capacitar os de<br>Agentes de Comuni<br>Comunitários de tários<br>Saúde para a capacit<br>identificação de ados<br>pacientes com<br>Doenças Não<br>Crônicas Transmissíveis | Número 80 |  | Está em andamento o 3º Curso de Formação Inicial dos ACS, realizado pela Escola Técnica do SUS de Blumenau, onde são abordados diversos assuntos pertinentes as funções de orientações dos ACS, dentre eles destaca-se o de DCNT, nesse momento estão em formação 79 ACS e os demais já foram capacitados. | Conclusão do 3º Curso de Formação Inicial dos ACS, realizado pela Escola Técnica do SUS de Blumenau, onde são abordados diversos assuntos pertinentes as funções de orientações dos ACS, dentre eles destaca-se o de DCNT. Foram formados 79 ACS. |

Objetivo Específico 1.1.3: Promover a Atenção Integral à Saúde da Mulher e Criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

| AÇÕES    | INDI<br>CADOR DE<br>MONITORA<br>MENTO | M<br>ETA | 1º QUADRIMESTRE                     | 2º QUADRIMESTRE                                |
|----------|---------------------------------------|----------|-------------------------------------|--|
| 1.1.3.1. | Razão de                              | 0,75     | Realizado 0,09 da meta pelo sistema | Atingido razão de 0,20 da meta, com aumento de |

|   |  |             |  |   |
|---|--|-------------|--|---|
| <p>Aumentar a oferta de exames citopatológicos do colo de Útero em mulheres de 25 a 64 anos atingido a razão de 0,55 em 2014 com incremento de 15% ao ano, com 0,55 em 2014, 0,65 em 2015, 0,75 em 2016 e 0,85 em 2017.</p> | <p>exames realizados na faixa etária entre 25 a 64 anos</p>          |             | <p>de informação SISCAM</p> <p>Algumas equipes de saúde têm realizado coletas aos sábados com intuito de oferecer maiores possibilidades de horário para as mulheres que trabalham.</p>  | <p>0,11 em relação ao quadrimestre anterior (Fonte SISCAN e CENSO IBGE 2010).</p> <p>As equipes incentivam e realizam busca ativa das pacientes com atraso na coleta do C.O, algumas equipes possui agenda integrada ampliando o numero de coletas por semana além de realizar coleta aos sábados eventualmente com intuito de oferecer maiores possibilidades de horário para as mulheres que trabalham.</p> |
| <p>1.1.3.2.<br/>Aumentar a oferta de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos na razão de 0,50 e</p>  | <p>Razão de exames realizados na faixa etária entre 50 a 69 anos</p> | <p>0,56</p> | <p>Atingido 14% da meta pelo sistema de informação SISCAM</p> <p>Para incremento desta meta planejamos incluir a solicitação de mamografias nas consultas clínicas, desta faixa etária, como procedimentos de rotina.</p> <p>Quanto a aumentar a oferta de todos</p> | <p>Atingido razão de 0,18% da meta, com aumento de 0,04 em relação ao quadrimestre anterior (Fonte SISCAN e CENSO IBGE 2010).</p> <p>As solicitações de mamografia de rastreamento são solicitadas pelo médico na consulta de rotina das pacientes nessa faixa etária e a captação destas pacientes na coleta do C.O. Seguimos sensibilizando os profissionais e</p>  |

|  |  |     |  |  |
|--|--|-----|--|--|
| com incremento de 5% ao ano.   |  |     | os exames solicitados são realizados conforme agendamento SISREG.  | a população para realização de exames através de atividades educativas e oferta nas consultas.   |
| 1.1.3.3. Realizar o seguimento de 90% das mulheres com resultados de citopatológico/histopatológico de colo de útero alterado. | Percentage m de mulheres com resultados de citopatológico/histopatológico de colo de útero alterado acompanhadas | 90% | <div> <div>Resultado 1º quadrimestre de 2017</div> <div>10%</div> </div> <p>Obs: Parte do seguimento dos casos pode estar relacionado ao número elevado de profissionais em férias no início do ano, também com a falta de médico Ginecologista e Ginecologista Cirurgião. A fim de minimizar estes danos, já foi encaminhada solicitação ao Departamento de RH para abertura de Processo Seletivo de Emergência para suprir a falta de profissional. Além disso, este indicador está sendo avaliado e discutido com os profissionais da Atenção Básica, com</p> | <p>44% dos resultados alterados encontram-se em seguimento. 56% dos resultados encontram-se “sem informação” devido as equipes de AB não terem acesso aos SISCAN onde monitora-se o seguimento.</p> <p>Descentralização acesso ao SISCAN em andamento, previsto para final de setembro de 2017 a capacitação para 100% das equipes de AB, com o objetivo de atingirmos a meta. Foi reorganizado o fluxo do transporte das lâminas de C.O para o laboratório municipal, impactando na agilidade da entrega da lâmina ao laboratório municipal e maior agilidade na liberação do laudo. Atualmente, outra dificuldade que o serviço encontra para realização do seguimento é o déficit de profissional para realização de procedimentos de média complexidade, estamos em processo de negociação e buscando alternativas de solucionar este processo e</p> |

|  |  |     |   |                                   |     |  |
|--|--|-----|---|-----------------------------------|-----|--|
|  |  |     | <p>intuito de produzir de maneira coletiva, alternativas no processo de trabalho para ampliar a coleta destes dados nos serviços de Média Complexidade e buscar as pacientes que por um motivo ou outro estejam fora do sistema. Estamos negociando com os laboratórios para a liberação dos laudos “on line” e reorganizando o fluxo de transporte das lâminas de exame citológico, afim de agilizar o retorno dos resultados e otimizar o processo de trabalho.</p> | reorganizar o fluxo.              |     |  |
| 1.1.3.4. Realizar seguimento de 90% das mulheres com resultado de mamografia, citopatológico e histopatológico de mama alterado. | Percentage m de mulheres com resultados de citopatológico/histopatológico de mama alterado | 90% | <table border="1"> <tr> <td>Resultado 1º quadrimestre de 2017</td> </tr> <tr> <td>20%</td> </tr> </table> <p>Observação: Parte do não seguimento se deve a mamografia de Birads 3, que deverá ser repetida em 6 meses conforme data da última mamografia.</p>   | Resultado 1º quadrimestre de 2017 | 20% | <p>24% dos resultados alterados encontram-se em seguimento. 76% dos resultados encontram-se “sem informação” devido as equipes de AB não terem acesso aos SISCAN onde monitora-se o seguimento.</p> <p>Descentralização da digitação do SISCAN em andamento, previsto para final de setembro de 2017 a capacitação de 100% das equipes de AB para que possamos atingir a meta da realização dos seguimentos.</p> |
| Resultado 1º quadrimestre de 2017  |  |     |   |                                   |     |  |
| 20%  |  |     |   |                                   |     |  |

|   |  |      |  |  |
|---|--|------|--|--|
|   | acompanha<br>das                                       |      |  |  |
| 1.1.3.5.<br>Aumentar a m de<br>captação gestantes<br>precoce de atendidas<br>gestante até a até a 12ª<br>12ª semana de semana de<br>gestação em gestação<br>10% ao ano. em relação<br>ao universo | Percentage<br>88%                                      |      | <div>Resultado<br/>1º quadrimestre<br/>de 2017</div> <div>74,43%<br/>(sisprenat<br/>al)</div>  | 77% das gestantes cadastradas no município tiveram seu primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação. Neste quadrimestre foi concluído o curso de Agentes Comunitários de Saúde, estimulando o cadastro na visita domiciliar e a referência da paciente com atraso menstrual ou que refere o desejo de engravidar para UBS, bem como realização de busca ativa das pacientes que procuram a UBS para realização de BHCG. Neste quadrimestre também foi disponibilizado às equipes, os teste rápido de gravidez no intuito de captação e início precoce do pré natal. |
| 1.1.3.6. Garantir<br>a oferta de<br>exames<br>laboratoriais da  | Percentual<br>de exames<br>realizados a<br>no primeiro | 100% | De acordo com o Despacho Normativo nº 001/2014/SMS/SIPAS/GECC Convênios e Contratos do SUS fica definido que os laboratórios contratualizados com o SUS no | De acordo com o Despacho Normativo nº 001/2014/SMS/SIPAS/GECC Convênios e Contratos do SUS fica definido que os laboratórios contratualizados com o SUS no   |



|   |  |             |  |   |
|---|--|-------------|--|---|
| <p>rotina, para trimestre de 100% das gestação gestantes de em relação risco habitual ao universo. captadas, tais como: hemoglobina, Hematócrito, glicemia, urocultura, VDRL (triagem de sífilis), Anti HIV, Toxoplasmose. HbsAg (pesquisa hepatite B) no primeiro trimestre de gestação.</p> |  |             | <p>município de Itajaí, deverão realizar os atendimentos/procedimentos de forma imediata (sem agendamentos posteriores) para gestantes, sendo assim a oferta de exames laboratoriais no primeiro trimestre da gestação de rotina é garantida para 100%, ou seja, para todas as gestantes que realizam seu pré-natal na atenção básica.</p> <p>Salientamos que o município de Itajaí conta com 06 laboratórios terceirizados que prestam serviços para o SUS e 01 laboratório municipal que realiza coleta de sorologias, ambos priorizam as gestantes provindas da Atenção Básica em seus atendimentos.</p> <p>As equipes de Estratégia Saúde da Família também corroboram com esse dado através da busca ativa e da realização de sorologias nas unidades de saúde através do teste rápido.</p> | <p>município de Itajaí, deverão realizar os atendimentos/procedimentos de forma imediata (sem agendamentos posteriores) para gestantes, sendo assim a oferta de exames laboratoriais no primeiro trimestre da gestação de rotina é garantida para 100%, ou seja, para todas as gestantes que realizam seu pré-natal na atenção básica.</p> <p>Salientamos que o município de Itajaí conta com 07 laboratórios terceirizados que prestam serviços para o SUS e 01 laboratório municipal que realiza coleta de sorologias, ambos priorizam as gestantes provindas da Atenção Básica em seus atendimentos. Também temos disponíveis nas unidades de saúde os testes rápido para sorologias de HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C.</p> |
| <p>1.1.3.7. Garantir a oferta de exames laboratoriais da</p>  | <p>Percentual de exames realizados a partir da 30ª</p> | <p>100%</p> | <p>De acordo com o Despacho Normativo nº 001/2014/SMS/SIPAS/GECC Convênio e Contrato do SUS fica definido que os laboratórios contratualizados com o SUS no</p>  | <p>De acordo com o Despacho Normativo nº 001/2014/SMS/SIPAS/GECC Convênios e Contratos do SUS fica definido que os laboratórios contratualizados com o SUS no</p>   |

|  |                                      |            |  |  |
|--|--------------------------------------|------------|--|--|
| <p>rotina, para semana de 100% das gestação de em relação ao universo. gestantes de em relação ao universo. risco habitual tais como: hemoglobina, Hematócrito, glicemia, urocultura, VDRL (triagem de sífilis), Anti HIV, Toxoplasmose. HbsAg (pesquisa hepatite B) a partir da 30ª semana de gestação.</p> |                                      |            | <p>município de Itajaí, deverão realizar os atendimentos/procedimentos de forma imediata (sem agendamentos posteriores) para gestantes, sendo assim a oferta de exames laboratoriais a partir da 30ª semana de gestação é garantida para 100%, ou seja, para todas as gestantes que realizam seu pré-natal na atenção básica.</p> <p>Salientamos que o município de Itajaí conta com 06 laboratórios terceirizados que prestam serviços para o SUS e 01 laboratório municipal que realiza coleta de sorologias, ambos priorizam as gestantes providas da Atenção Básica em seus atendimentos.</p> <p>As equipes de Estratégia Saúde da Família também corroboram com esse dado através da busca ativa e da realização de sorologias nas unidades de saúde através do teste rápido.</p> | <p>município de Itajaí, deverão realizar os atendimentos/procedimentos de forma imediata (sem agendamentos posteriores) para gestantes, sendo assim a oferta de exames laboratoriais no primeiro trimestre da gestação de rotina é garantida para 100%, ou seja, para todas as gestantes que realizam seu pré-natal na atenção básica.</p> <p>Salientamos que o município de Itajaí conta com 07 laboratórios terceirizados que prestam serviços para o SUS e 01 laboratório municipal que realiza coleta de sorologias, ambos priorizam as gestantes providas da Atenção Básica em seus atendimentos. Também temos disponíveis nas unidades de saúde os testes rápido para sorologias de HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C.</p> |
| <p>1.1.3.8. Garantir uma consulta odontológica durante a</p>   | <p>Percentage m de gestantes que</p> | <p>90%</p> | <p>A consulta odontológica no período gestacional é garantida para 100%, ou seja, para todas as gestantes que realizam seu pré-natal na atenção básica.</p>  | <p>A consulta odontológica no período gestacional é garantida para 100%, ou seja, para todas as gestantes que realizam seu pré-natal na atenção básica.</p>  |

|   |  |      |  |   |
|---|--|------|--|---|
| gestação para realizaram<br>90% das consultas<br>gestantes odontológicas<br>usuárias do SUS as<br>realizadas<br>em<br>gestantes<br>em relação<br>ao universo            |  |      | <p>O município de Itajaí conta com 09 (nove) equipes de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal, atualmente 08 (oito) equipes possuem o profissional dentista. Essas equipes disponibilizam vagas de acesso facilitado para as gestantes, assim como realizam busca ativa na tentativa de captar as gestantes faltantes.</p> <p>Salientamos que no quadro de funcionários o município conta com 57 dentistas que perfazem 30 horas os quais também disponibilizam vagas prioritárias para o atendimento odontológico durante a gestação.</p> | <p>O município de Itajaí conta com 09 (nove) equipes de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal, atualmente 08 (oito) equipes possuem o profissional dentista. Essas equipes disponibilizam vagas de acesso facilitado para as gestantes, assim como realizam busca ativa na tentativa de captar as gestantes faltantes.</p> <p>Salientamos que no quadro de funcionários o município conta com 57 dentistas que perfazem 30 horas os quais disponibilizam vagas prioritárias para o atendimento odontológico durante a gestação.</p> |
| 1.1.3.9.<br>Promover a m de<br>vinculação da nascimento<br>gestante às pelo SUS<br>Maternidade do em Itajaí<br>Município em<br>100% das<br>gestantes<br>usuárias do SUS | Percentage<br>am de<br>nascimento<br>s pelo SUS<br>em Itajaí | 100% | <p>Todas as gestantes atendidas nas unidades de saúde de Itajaí são vinculadas automaticamente na Maternidade Marieta Konder Bornhausen, conforme preconiza a Rede Cegonha. Essa vinculação da gestante até o momento ocorre como informação quanto ao local onde irá acontecer o parto e com contato prévio dos profissionais da rede básica com o Centro Obstétrico em ocasião</p>   | <p>86,5% dos partos realizados no HMMKB foram pelo SUS. Logo na primeira consulta de pré natal na rede, a gestante é vinculada e referenciada em casos de urgências obstétricas ao HMMKB. Estamos planejando para o próximo quadrimestre, realização de cronograma de visitas à maternidade do HMMKB com as gestantes dos grupos realizados na atenção básica/alto risco para fortalecer o vínculo.</p>   |

|  |   |      |  |   |
|--|---|------|--|---|
|  |   |      | de encaminhamento.   | Algumas equipes de saúde já realizam esse trabalho nos grupos de gestante.  |
| 1.1.3.11. Campanha de sensibilização e capacitação dos profissionais de Saúde para o uso do protocolo de gestação de risco habitual.                                   | Número de profissionais capacitados   | 50   | Apresentado o protocolo (caderno) de gestação de risco habitual do município de Itajaí em 17/08/2016 e 18/08/2016 para profissionais que atuam na atenção básica: Enfermeiros (51); Médicos (43); Odontólogos da ESF (08); Coordenações (06); Médicos Obstetra (02); Residentes da odontologia, medicina e enfermagem (17). Total de participantes foi de 127. | Protocolo mantido. Apresentado o protocolo (caderno) de gestação de risco habitual do município de Itajaí em 17/08/2016 e 18/08/2016 para profissionais que atuam na atenção básica: Enfermeiros (51); Médicos (43); Odontólogos da ESF (08); Coordenações (06); Médicos Obstetra (02); Residentes da odontologia, medicina e enfermagem (17). Total de participantes foi de 127. |
| 1.1.3.13. Manter atualizado o Sistema de Informação SIS pré-natal no nível central, assim como promover a descentralização da digitação nas Unidades Básicas de Saúde. | Percentual de Unidades de saúde com digitação descentralizadas, e SIS pré-natal alimentado regularmente | 100% | Atualizado e descentralizado.  | 100% Descentralizado. Atualização mantida.  |

|  |  |    |  |   |
|--|--|----|--|---|
| 1.1.3.14.<br>Disponibilizar os relatórios do SIS pré-natal trimestrais para profissionais da atenção básica, a fim de reavaliar a qualidade das informações registradas. | Número de 3 relatórios trimestrais apresentados os |    | Relatórios disponibilizados em audiência pública e iniciada análise dos indicadores em reuniões mensais com representantes das Unidades de Atenção Básica. | 2º relatório apresentado. Relatórios disponibilizados em audiência pública e mantida a análise dos indicadores em reuniões mensais com representantes das Unidades de Atenção Básica. |
| 1.1.3.15.<br>Garantia permanente de todos os insumos e equipamentos necessários para a realização de Pré-natal em todas as Unidades Básicas de                           | 50 gestogramas adquiridos                          | 50 | Insumos garantidos.  | Insumos garantidos.   |

|   |  |                      |   |  |
|---|--|----------------------|---|--|
| Saúde e Serviços de referência do Município.  |  |                      |   |  |
| 1.1.3.16. Disponibilizar teste rápido de gravidez nas Unidades Básicas de Saúde   | Percentual de unidades realizando testes rápidos de gravidez | 100%                 | Licitação realizada, em processo de compra e com previsão de disponibilização para as UBS no mês de julho/2017.   | Compra dos testes efetivado em 08/2017, já disponibilizados para 100% das UBS. |
| 1.1.3.17. Elaborar o protocolo de controle de cânceres de colo e de mama conforme normas do caderno de Atenção Básica específico, do Ministério da Saúde. | Indicador qualitativo/ Descritivo                            | Protocolo finalizado | Os indicadores referentes ao CA de colo e mama estão sendo analisados pelos trabalhadores de atenção básica e pelos técnicos, também com objetivo de identificar as necessidades do processo de trabalho e dos próprios profissionais para elaboração do protocolo. | Protocolo em processo de planejamento baseado no Caderno de Atenção Básica/MS. |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| 2014/2015  |  |   |  |   |
| 1.1.3.18.<br>Capacitar profissionais da atenção básica para o controle do câncer de colo e mama. | Número de profissionais capacitados, e número de profissionais capacitados por categoria | 50  | A capacitação será realizada em consonância com a elaboração do protocolo. | A capacitação será realizada em consonância com a elaboração do protocolo.            |
| 1.1.3.20.<br>Monitorar o Sistema de Informação SISCAN.   | Ausência de demanda reprimida na digitação   | 0<br>relatório<br>s<br>reprimidos com mais de 30 dias | Dados sendo monitorados conforme disponibilidade do sistema.               | 0 relatórios reprimidos. Dados sendo monitorados conforme disponibilidade do sistema. |
| 1.1.3.21. Analisar o Sistema de informação do Câncer   | Relatório anual de análise do SISCAN   | Relatório de análise                                  | Análise em andamento.  | Mantida análise   |

|   |   |      |  |   |
|---|---|------|--|---|
| anualmente  |   |      |  |   |
| 1.1.3.22.<br>Implantar o teste rápido de sífilis e anti-HIV para as gestantes nas equipes da estratégia da saúde da família em 15 equipes por ano | Percentage m de UBS realizando testes rápidos de sífilis e de anti-HIV em gestantes | 100% | Implantado o teste rápido de HIV e triagem de sífilis para todas as gestantes em todas as Unidades de saúde de Itajaí. | 100%. Disponibilizado os testes rápido de HIV e triagem de sífilis para todas as gestantes em todas as Unidades de saúde de Itajaí.   |
| 1.1.3.23.<br>Intensificar a vacinação na rede pública contra tétano durante o período gestacional   | Percentual de gestantes vacinadas contra o tétano durante o período gestacional     | 95%  | Vacinação é prioridade no pré-natal. No município, foram vacinas neste quadrimestre 243 gestantes para Tétano.         | Já na primeira consulta são realizadas as orientações quando situação vacinal e encaminhada à sala de vacinas se necessário. Foram vacinadas 127 gestantes. Deve-se considerar as gestantes com o esquema vacinal em dia. |
| 1.1.3.24.<br>Intensificar a vacinação na rede pública   | Percentual de gestantes   | 95%  | Vacinação é prioridade no pré-natal. No município, foram vacinadas 494 gestantes para Hepatite B.                      | Na primeira consulta são realizadas as orientações quando situação vacinal e encaminhada à sala de vacinas se necessário.   |



|                   |                     |     |  |   |  |
|-------------------|---------------------|-----|--|---|--|
| rede pública      | vacinadas           |     |  |   | Foram vacinadas 244 gestantes. Deve-se considerar as gestantes com o esquema vacinal em dia.   |
| contra Hepatite B | contra              |     |  |   |  |
| durante o         | Hepatite B          |     |  |   |  |
| período           | durante o           |     |  |   |  |
| gestacional       | período gestacional |     |  |   |  |
| 1.1.3.26.         | Percentual          | 85% |  | Resultado 1º trimestre de 2017  | 78,8% das gestantes tiveram 7 ou mais consultas - O cálculo foi realizado de acordo com os dados do SINASC. 891 partos/702 gestantes com 7 ou mais consultas. No intuito de aumentarmos este indicador, estamos disponibilizando testes rápido de gravidez com o objeto de captar as gestantes precocemente além de sensibilizar os profissionais da rede a manter a busca ativa das gestantes faltosas e a manutenção do vínculo. |
| Aumentar o        | de                  |     |  |   |  |
| percentual de     | gestantes           |     |  |   |  |
| gestantes         | com 7 ou            |     |  |   |  |
| cadastradas a     | mais                |     |  |   |  |
| proporção de      | consultas           |     |  |   |  |
| nascidos vivos    | de pré-natal        |     |  |   |  |
| de mãe com 7 ou   |                     |     |  |   |  |
| + consultas de    |                     |     |  |   |  |
| pré-natal para    |                     |     |  |   |  |
| 78% com           |                     |     |  |   |  |
| incremento de     |                     |     |  |   |  |
| 2% ao ano.        |                     |     |  |   |  |
|                   |                     |     |  | 81,37%<br>( Sinasc)   |  |
|                   |                     |     |  | Ressalva: no primeiro trimestre de 2017 o cálculo foi realizado com base no sispre-natal o que não é recomendado, assim o percentual correto é de 79,14% (1.237 nascidos/ 979 – 7 ou mais consultas de pré-natal), o indicado é a análise ser com base nas informações do Sinasc. |  |

|  |  |     |   |   |
|--|--|-----|---|---|
| 1.1.3.27. Adequar a política Pública Municipal no que concerne a prática de cesariana ao que preconiza o Ministério da Saúde | Proporção de partos normais no SUS em relação ao total de partos no SUS                              | 48% | <div> <div>Resultado</div> <div>1º trimestre de 2017</div> <div>51,35%</div> </div> <p>Observação: Os dados se referem aos meses de janeiro a abril de 2017 de partos realizados pelo SUS a pacientes residentes em Itajaí, dados do SINAN.</p>   | 60% dos nascimentos no SUS foram partos normais. (Hospital Marieta).  |
| 1.1.3.28. Garantir consulta de puerpério até o 42º dia após o parto das gestantes acompanhadas no SUS                        | Percentual de consultas médicas até o 42º dia de puerpério para as mulheres que realizaram pré-natal | 95% | As consultas de puerpério são prioritárias em todas as unidades de saúde, porém o sistema sispre natal ainda não disponibiliza relatório consolidado quanto às consultas de puerpério, considerando o programa Nascer Itajaiense que é responsável pela captação dos nascimentos no HMMKB, bem como o agendamento das consultas do recém nascido e do puerpério antes mesmo da alta hospitalar. | 24% de consultas puerperais. Na data de hoje 19/09/2017 obtivemos apenas os dados das competência 05, 06 e 07/2017, a competência de 08/2017 ainda não foi atualizada. As consultas de puerpério são prioritárias em todas as unidades de saúde, existem vagas disponíveis nas agendas para que a consulta puerperal aconteça no máximo até o 42º dia após o parto. A consulta puerperal de enfermagem também é realizada no domicílio preferencialmente até o 7º dia após o parto, |

|   |  |                      |  |   |
|---|--|----------------------|--|---|
|   | no SUS   |                      |  | juntamente com a visita ao RN. O sistema sis prenatal ainda não disponibiliza relatório consolidado quanto às consultas de puerpério. Relatório gerado do Tabnet. |
| 1.1.3.29. Criar o Protocolo de Planejamento Familiar.<br>Meta 2014/2015                       | Indicador qualitativo/descritivo                       | Protocolo finalizado | Protocolo em processo de planejamento para o próximo semestre de 2017.   | Protocolo em processo de avaliação e planejamento. Reorganizado fluxo do processo.  |
| 1.1.3.30. Disponibilizar na rede de saúde os métodos contraceptivos definidos pelo protocolo. | Indicador qualitativo/descritivo                       | Relatório descritivo | Todos os métodos disponibilizados, entretanto a pactuação para as laqueaduras está em fase de negociação pela Diretoria de Controle e Avaliação. | Todos os métodos disponibilizados.  |
| 1.1.3.32. Capacitar médicos da Estratégia Saúde da Família para a colocação de                | Número de capacitações para médicos da ESF capacitados | 01                   | Em estudo para o próximo semestre.   | A gestão está reavaliando e organizando o processo de trabalho.   |

|   |   |      |   |   |
|---|---|------|---|---|
| Dispositivo Intrauterino - DIU                | e, Número de DIU implantados                    |      |   |   |
| 1.1.3.33. Manter o Programa Nascer Itajaiense | Número de atendimentos realizados pelo programa | 1500 | <p>O Programa foi reativado no mês de abril com a atuação efetiva de uma nova Enfermeira de 30 horas, atuando no alojamento conjunto do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen. O Programa tem como objetivo comunicar previamente as equipes de saúde da família os nascimentos, bem como identificar os riscos e informar as equipes ainda no alojamento conjunto. A enfermeira trabalha ativamente junto às mães e presta as orientações necessárias para o acompanhamento adequado da puérpera e recém-nascido na rede de saúde básica e programa as consultas do recém nascido e puerperal, bem como reforça o acompanhamento domiciliar até o 7º dia de vida do RN.</p> | <p>O programa manteve-se com o objetivo de comunicar as equipes de saúde da família os nascimentos e antecipações de risco investigados pela enfermeira já no ambiente hospitalar. A enfermeira trabalha ativamente junto às mães e presta as orientações necessárias para o acompanhamento adequado da puérpera e recém-nascido na rede de saúde básica. Sua função permanente aparece nos últimos 3 anos como uma das ações de redução da mortalidade infantil, nos últimos 3 anos bem abaixo do ocorrido em 2013. Nesse quadrimestre atendemos 650 usuários.</p> |
| 1.1.3.34. Realizar oficina                    | Número de oficinas de                           | 6    | Estão mantidas as atividades da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nas   | As Atividades da 25ª Semana Mundial de Amamentação ocorreu de 1º a 6 de agosto e  |

|  |                        |   |   |
|--|------------------------|---|---|
| para as equipes da saúde sobre promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável | capacitação realizadas | Unidades implantadas. Foram contemplados com certificação as Unidades Cidade Nova I, Santa Regina, Espinheiros e Nossa Senhora das Graças. Para esse ano Costa Cavalcante e Canhanduba serão certificados pelo Ministério da Saúde. Ainda com proposta de expansão para mais uma grande unidade do município nesse ano. | <p>teve como tema “Trabalhar juntos para o bem comum”.</p> <p>Nas unidades de saúde houve reforço nas orientações e ações educativas sobre a importância da amamentação com a comunidade. A Secretaria de Saúde também promoveu uma campanha para arrecadação de frascos de vidro com tampa plástica para doação ao Banco de Leite do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen.</p> <p>No sábado o município prestou orientações à população através de uma equipe multiprofissional da Secretaria de Saúde no contêiner da Rua Hercílio Luz. A ação é uma parceria com Associação Empresarial de Itajaí (ACII), Instituto Crescer e Grupo de mães Maternar.</p> <p>No domingo o Grupo de mães Maternar promoveu mamaço, slingdance e teatro sobre mitos da amamentação na Avenida Beira-rio.</p> <p>Também contribuíram com ações, durante a Semana Mundial da Amamentação, as equipes da Secretaria de Educação através do Programa</p> |
|--|------------------------|---|---|

|   |            |     |  |   |
|---|------------|-----|--|---|
|   |            |     |  | Saúde na Escola e as equipes da Secretaria de Desenvolvimento Social.   |
| 1.1.3.35. Realizar a m de primeira visita domiciliar para recém-nascidos e recém-nascido e puérperas puérpera até o 7º dia de vida a 80% dos recém-nascidos residentes no município | Percentage | 80% | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ao final do último quadrimestre alcançamos 51,06 % das visitas domiciliares até o 7º dia de nascimento. Mantido o trabalho conjunto da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Saúde da Criança com atenção especial aos casos de risco identificados no nascimento através da DNV, assim garantindo a continuidade do cuidado a criança e família através das equipes de Saúde. O trabalho de classificação, orientação e verificação das informações dos pacientes nascidos, residentes em Itajaí, trabalho realizado no Alojamento Conjunto do Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen, com a marcação de visitas domiciliares para avaliação da mãe e bebê até o sétimo dia, pela Enfermeira do Programa Nascer Itajaiense.</li> <li>NO PRIMEIRO QUADRIMESTRE ATINGIMOS : 51,06%</li> </ul> | Neste quadrimestre alcançamos 60,40% das visitas domiciliares até o 7º dia de nascimento. Mantido o trabalho conjunto da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Saúde da Criança com atenção especial aos casos de risco identificados no nascimento através da DNV, assim garantindo a continuidade do cuidado a criança e família através das equipes de Saúde. O trabalho de classificação, orientação e verificação das informações dos pacientes nascidos, residentes em Itajaí, trabalho realizado no Alojamento Conjunto do Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen, com a marcação de visitas domiciliares para avaliação da mãe e bebê até o sétimo dia, pela Enfermeira do Programa Nascer Itajaiense. |
| 1.1.3.36. Garantir  | Percentage | 75% | Contamos com 50 (cinquenta)  | Mantido as 50 (cinquenta) Equipes de  |

|   |                                     |                  |   |  |
|---|-------------------------------------|------------------|---|--|
| <p>acesso à m de recém-nascidos no município que acessam a puericultura</p> |                                     |                  | <p>Equipes de Estratégia Saúde da Família (Médicos e Enfermeiros), 02 (duas) equipes de NASF e 36 (trinta e seis) pediatras atuando nas consultas nas Unidades Básicas de Saúde. Ainda o Pronto Atendimento do São Vicente e Hospital Universitário Pequeno Anjo na urgência e emergência. Visitas as Unidades Básicas de saúde para discussão do processo de trabalho vem sendo realizado pelo Grupo Gestor da Atenção Básica como forma de aproximação e apoio as equipes de saúde.</p> | <p>Estratégia Saúde da Família (Médicos e Enfermeiros), 02 (duas) equipes de NASF e 36 (trinta e seis) pediatras atuando nas consultas nas Unidades Básicas de Saúde. Ainda o Pronto Atendimento do São Vicente e Hospital Universitário Pequeno Anjo na urgência e emergência. As visitas as Unidades Básicas de saúde para discussão do processo de trabalho foram mantidas pelo Grupo Gestor da Atenção Básica como forma de aproximação e apoio as equipes de saúde.</p>                           |
| <p>1.1.3.38. Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil em 5% ao ano</p>        | <p>Taxa de Mortalidade infantil</p> | <p>9,52/1000</p> | <p>A taxa de mortalidade infantil nesse quadrimestre foi de 9,92/1000 nascidos vivos.</p> <p>O trabalho conjunto da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Saúde da Criança com atenção especial ao trabalho já reconhecido do Nascer Itajaiense e o acompanhamento dos casos de risco identificados no nascimento através da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) vêm garantindo a continuidade do cuidado a</p>   | <p>A taxa de mortalidade infantil nesse quadrimestre foi de 8,51/1000 nascidos vivos. O trabalho conjunto da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Saúde da Criança com atenção especial ao trabalho já reconhecido do Nascer Itajaiense e o acompanhamento dos casos de risco identificados no nascimento através da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) vêm garantindo a continuidade do cuidado a criança e família através das equipes de Saúde e atendimento pediátrico. Ainda o Sistema de</p> |

|   |   |                      |  |   |
|---|---|----------------------|--|---|
|   |   |                      | <p>criança e família através das equipes de Saúde e atendimento pediátrico. Ainda o Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN) e as altas do Hospital Universitário Pequeno Anjo se mantêm como estratégia para redução da mortalidade infantil. Capacitamos em quatro momentos sessenta e nove profissionais da atenção básica de saúde (coordenadores e Enfermeiros), no momento trabalhamos as taxas de mortalidade infantil, pré natal, altas do Hospital Pequeno Anjo, visitas até o 7º dia do recém nascido.</p> | <p>Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN) e as altas do Hospital Universitário Pequeno Anjo se mantêm como estratégia para redução da mortalidade infantil. Todas as ações dos indicadores materno infantil são voltados para a redução da mortalidade infantil.</p> |
| 1.1.3.39. Reduzir o percentual de mortalidade neonatal por causas evitáveis em 5% | Taxa de mortalidade neonatal por causas evitáveis | 7,4                  | Em avaliação no Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Infantil.   | Em avaliação no Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Infantil.  |
| 1.1.3.40. Revisar o Protocolo de atendimento à criança e                          | Indicador Qualitativo/ Descritivo                 | Relatório de revisão | Caderno de atenção básica 33 - Saúde da Criança deve nortear o nosso atendimento às crianças do município. Em avaliação o lançamento de consulta pública   | Programado para o mês de outubro o lançamento de consulta pública do caderno 33 – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Ministério da Saúde.   |



|   |                                    |                      |  |  |
|---|------------------------------------|----------------------|--|--|
| neonatal de baixo risco periodicamente, adequando-o às necessidades observadas  |                                    |                      | do caderno para esse ano. Primeiro seminário de discussão do fluxograma para o seguimento da toxoplasmose gestacional congênita no Município de Itajaí.  |  |
| 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. | Indicador Qualitativo/ Descritivo  | Relatório descritivo | Mantidas as ações voltadas para a prevenção/promoção de escolares e afins (palestras, escovações supervisionadas, aplicação de flúor, orientações aos pais). Manutenção da vigilância epidemiológica no monitoramento das diarreias e outros surtos. Visitas técnicas em Unidades Escolares onde apresentaram casos de diarreia, doenças de pele. Sensibilização de profissionais da educação sobre higiene, doenças virais. | Atividades mantidas conforme programação e o acompanhamento efetivo dos casos de surtos e agravos nas Unidades Escolares juntamente com a Vigilância Epidemiológica. |
| 1.1.3.42. Realizar 90% de visitas às crianças usuárias  | Avaliação do instrumento para alta | 90%                  | No quadrimestre alcançamos 60% de cobertura nesse indicador. Trabalhamos o indicador em reunião de médicos, enfermeiros e dentistas da atenção Básica e  | O indicador apresentou um declínio na sua cobertura comparado ao primeiro quadrimestre, totalizando um valor de 51% de retorno dos relatórios. Já discutido com os   |

|   |   |      |  |  |
|---|---|------|--|--|
| do SUS hospitalar residentes em das Itajaí cobrando a emissão de usuárias do sumário de alta SUS hospitalar. internadas no HUPA |   |      | ainda na capacitação materno infantil.   | profissionais da Atenção Básica a importância do acompanhamento das crianças e como medir o indicador.   |
| 1.1.3.43.<br>Garantir equipamentos de antropometria para puericultura para cada equipe de atenção primária.                     | Percentual de equipes equipadas             | 100% | Inclusão no processo licitatório de novos equipamentos e manutenção dos mesmos.  | Aguardando resultado final do processo licitatório.  |
| 1.1.3.44.<br>Incrementar e desenvolver ações de saúde do escolar.   | Metas estabelecidas com o Programa da Saúde | 100% | * Retorno das reuniões mensais do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) do Programa Saúde na Escola (PSE) com apresentação do novo gestor da Educação. | Reuniões mensais do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) do Programa Saúde na Escola (PSE).<br>Acompanhamento efetivo dos casos de surtos e agravos nas Unidades Escolares. |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  | <p>Escolar cumpridas;</p> <p>Perc entual dos CEI com vigilância dos surtos implantados</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Nova Portaria interministerial MEC/MS N.1055, de 25 de abril de 2017, onde redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola. Mantido adesão pelos gestores municipais.</li> <li>* Acompanhamento efetivo dos casos de surtos e agravos nas Unidades Escolares.</li> <li>* Orientadores educacionais de escolas municipais se reuniram para um encontro de orientação para prevenção aos jogos de desafios com participação de representantes da saúde, segurança pública e educação.</li> <li>* Aproximação das equipes de saúde com as Unidades escolares.</li> <li>* Mediação de conflitos.</li> <li>* Planejamento das ações para e avaliação de indicadores pelo Grupo de Trabalho Intersetorial – PSE.</li> <li>* Semana Saúde na Escola 2017: Comunidade Escolar Mobilizada Contra o Aedes Aegypti! De 3 a 7 de abril as equipes de saúde trabalharam em conjunto com a educação para cumprir essa meta.</li> </ul> | <p>Planejamento das ações e avaliação de indicadores pelo Grupo de Trabalho Intersetorial – PSE.</p> <p>Mediação de conflitos.</p> <p>Programação de visitas técnicas as Unidades Escolares no mês de setembro para monitoramento das atividades que estão sendo desenvolvidas.</p> |
|--|--|---|---|

|  |                                     |   |  |  |
|--|-------------------------------------|---|--|--|
| 1.1.3.46.<br>Revisar instrumento para visita domiciliar do recém-nascido.  | Indicador qualitativo/descritivo    | Finalização do novo instrumento de visita | Reavaliado periodicamente a aplicabilidade do instrumento e sua efetividade através do Departamento de Vigilância Epidemiológica. Solicitamos que o instrumento esteja acessível no GEMUS.   | Mantido instrumento sem alterações.  |
| 1.1.3.47.<br>Revisar o instrumento para alta hospitalar das crianças usuárias do SUS internadas no Hospital Universitário Pequeno Anjo – HUPA. | Indicador qualitativo/descritivo    | Finalização do novo instrumento de alta   | Reavaliado periodicamente a aplicabilidade do instrumento e sua efetividade. Fornecido devolutiva da avaliação dos resultados às equipes, avaliado sem necessidade de alterações. Solicitamos que o instrumento seja disponibilizado no GEMUS. | Mantido instrumento sem alterações.  |
| 1.1.3.48.<br>Capacitar e sensibilizar os profissionais da atenção básica   | Número de profissionais capacitados | 50  | Capacitamos os coordenadores e Enfermeiros da atenção básica de saúde para a apresentação das taxas de mortalidade infantil e debate sobre seus componentes maternos infantil.   | Em andamento a capacitação Aplicando Saberes 2017, sobre identificação de riscos na primeira infância, Projeto realizado pela equipe do CIEP Vovó Biquinha e com apoio da Secretaria de Saúde. Com carga horária de 30 |

|   |                                 |                            |   |   |
|---|---------------------------------|----------------------------|---|---|
| para identificação dos riscos e vulnerabilidades do recém-nascido.  |                                 |                            |   | horas e 20 participantes das equipes da Atenção Básica.               |
| 1.1.3.50. Encaminhar aos profissionais das Unidades Básicas relatório quadrimestral da saúde das crianças do município. | Envio de três relatórios ao ano | 3                          | Encaminhado todos os quadrimestres para as Unidades Básicas de Saúde. | Encaminhado todos os quadrimestres para as Unidades Básicas de Saúde. |
| 1.1.3.51. Manter o monitoramento com as equipes da atenção básica da cobertura vacinal das crianças do município.       | Análise do SIAB                 | Relatório de monitoramento | Encaminhado todos os quadrimestres para as Unidades Básicas de Saúde. | Encaminhado todos os quadrimestres para as Unidades Básicas de Saúde. |

|   |   |                                     |                                     |   |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 1.1.3.52.<br>Implantar<br>matriciamento na<br>saúde da criança<br>para atenção<br>básica. | Indicador<br>qualitativo/d<br>escritivo | Relatóri<br>o de<br>implant<br>ação | Planejamento para segundo semestre. | No município 17 Equipes de Estratégia Saúde da Família recebem apoio do núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), assim ocorre o matriciamento para as crianças dessas equipes e conforme houver ampliação do NASF teremos aumento de cobertura. |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|

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

| AÇÕES  | INDICAD<br>OR DE<br>MONITOR<br>AMENTO                     | META | 1° QUADRIMESTRE  | 2° QUADRIMESTRE                |
|--|---|------|--|--------------------------------|
| 1.1.4.1.<br>Capacitar de<br>forma<br>permanente<br>os<br>profissionais<br>da atenção | Número<br>de<br>Capacitaç<br>ões<br>Realizada<br>s;<br>Nú | 50   | Neste contexto tivemos a participação de dois profissionais da Atenção Básica na Oficina Macrorregional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa - MACROVIF que realizou-se no município de Blumenau nos dias 25 e 26 de abril de 2017, com o objetivo de instrumentalizar | Não realizado no quadrimestre. |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| básica em mero de<br>Saúde do profissio<br>Idoso com a is<br>formação de capacitado<br>multiplicadore s, por<br>s. categoria. |   | os profissionais da Atenção Básica para a<br>organização da atenção e cuidado da<br>Pessoa Idosa na sua integralidade no<br>âmbito do SUS e no governo estadual e<br>municipal. Em âmbito municipal não<br>realizamos capacitação de forma<br>permanente dos profissionais da atenção<br>básica nesse quadrimestre, mas estamos<br>avaliando estratégias para capacitar os<br>profissionais em Saúde do Idoso com a<br>formação de multiplicadores. |   |
| 1.1.4.2. Criar<br>e implantar o<br>Protocolo de<br>Atenção à<br>Saúde do<br>Idoso.<br><br>2014/2015                           | Indicador<br>Qualitativo<br>/descritivo | Relatório de<br>implantação<br>do<br>protocolo  | Não criamos e implantamos o<br>Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso,<br>mas pretendemos realizar essa ação no<br>próximo semestre. |
| 1.1.4.3.  | Indicador                               | Relatório de  | Priorizamos o atendimento integral  |
|   |   |   | Priorizamos que a rede de saúde   |

|  |                                   |                                    |   |  |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|
| Priorizar o atendimento integral aos idosos na atenção básica.                                 | Qualitativo /descritivo           | implantação do protocolo           | aos idosos da atenção básica através das ESFs, dos NASFs, equipes multiprofissionais, ações intersetoriais e estimulando os profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde onde não tem cobertura da ESF. Na lógica do atendimento integral foi realizada a reformulação do fluxo de fraldas. A compilação dos dados está centralizada na Secretaria Municipal de Saúde/DAS/Grupo Gestor da Atenção Básica e a distribuição das fraldas estão descentralizadas nas Unidades Básicas de Saúde a fim de facilitar o acesso aos pacientes. | Realizasse atendimento prioritário e integral aos idosos na atenção básica através das ESFs, dos NASFs, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais. As agendas são organizadas com base na priorização do acesso ao idoso nos serviços de saúde.  |
| 1.1.4.4. Estimular a prática de atividades físicas nas unidades de saúde através dos grupos de | Indicador Qualitativo /descritivo | Relatório de atividades realizadas | As práticas de Atividades Físicas nas unidades de saúde são estimuladas através das consultas de enfermagem, médicas e da equipe multiprofissional do NASF e também através das Visitas Domiciliares realizadas por todos os integrantes das Equipes de ESF e do NASF. As atividades físicas a esse grupo   | As práticas de Atividades Físicas nas unidades de saúde são estimuladas através das consultas de enfermagem, médicas e da equipe multiprofissional do NASF e também através das Visitas Domiciliares realizadas por todos os integrantes das Equipes de ESF e do NASF. As atividades físicas a esse grupo populacional são realizadas nos Polos do Itajaí Ativo, próximos as |



|  |                                   |                                       |  |   |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| educação em saúde.   |                                   |                                       | populacional são realizadas nos Polos do Itajaí Ativo, próximos as Unidades Básicas de Saúde; realizadas nas UBS pelas equipes de ESF e NASF através dos grupos de educação em saúde e também realizadas nos Centros de Convivência; a fim de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dessa população.   | Unidades Básicas de Saúde; realizadas nas UBS pelas equipes de ESF e NASF através dos grupos de educação em saúde e também realizadas nos Centros de Convivência; a fim de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dessa população.   |
| 1.1.4.5.<br>Implantar o uso da caderneta de saúde do idoso atendidos na atenção básica a partir de 2015. | Indicador Qualitativo /descritivo | Relatório de implantação do protocolo | Estamos no aguardo do envio das Cadernetas pelo Ministério da Saúde. Conforme informações do Ministério da Saúde – Coordenação Saúde da Pessoa Idosa o envio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme planilha de adesão e distribuição o município de Itajaí será contemplado com 12.300 exemplares que serão impressos por meio de processo licitatório que está em andamento (Informação disponibilizada em 10/05/2017 via e-mail) | Estamos no aguardo do envio das Cadernetas pelo Ministério da Saúde. Conforme informações do Ministério da Saúde – Coordenação Saúde da Pessoa Idosa o envio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme planilha de adesão e distribuição o município de Itajaí será contemplado com 12.300 exemplares que serão impressos. Último contato mês de agosto, informando que em setembro/2017 receberemos as cadernetas. |
| 1.1.4.6.<br>Atingir a cobertura  | Índice de Cobertura vacinal em    | 80%                                   | A campanha da Influenza está em andamento. Teve início em 17 de maio e terá término em 26 de maio. Tendo como  | Campanha Influenza Itajaí 2017<br><br>Idosos - 95.83% cobertura   |

| vacinal da<br>influenza em<br>80% dos<br>idosos.   | Idosos   |         | dia D, 13 de maio.  |  |           |           |   |  |  |   |
|--|--|---------|---|--|-----------|-----------|---|--|--|---|
| 1.1.4.7.<br>Reduzir a taxa<br>de mortalidade<br>prematura<br>(<br>70 anos)<br>pelo conjunto<br>das 4<br>principais<br>Doenças<br>Crônicas Não<br>Transmissíveis em 2% ao<br>ano. | Taxa de<br>mortalidade<br>e<br>prematura<br>pelo<br>conjunto<br>das quatro<br>DNCT | 336,28% | <p><b>OBS. No cálculo do primeiro quadrimestre ocorreu um erro, sendo o resultado correto 101,23.</b></p> <p>196,61%</p> <p>Tivemos 85 óbitos pelas DCNT neste período</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 39 óbitos por neoplasia:</li><li>• 04 de estômago</li><li>• 06 de mama</li><li>• 09 brônquios ou pulmões</li><li>• 03 cólon</li><li>• 17 óbitos seguidos das demais neoplasias;</li></ul> <p>33 óbitos doenças do aparelho circulatório:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 08 Infarto agudo</li><li>• 01 AVC</li></ul> | <table><tr><th>1º Quadri</th><th>2º Quadri</th></tr><tr><td>85 óbitos / 83.937<br/>população IBGE (Censo 2010) x 100.000 =<br/>101,23</td><td>43 óbitos /<br/>83.967<br/>população IBGE<br/>(Censo 2010) x<br/>100.000 = 51,21</td></tr><tr><td>85 óbitos / 97.934<br/>população Datasus<br/>(2015) x 100.000 =<br/>86,79</td><td>43 óbitos /<br/>97.934<br/>população<br/>Datasus (2015) x<br/>100.000 = 43,90</td></tr></table> <p>Tivemos 43 óbitos pelas DCNT neste período</p> <p>28 óbitos por neoplasia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 02 de pâncreas</li></ul> | 1º Quadri | 2º Quadri | 85 óbitos / 83.937<br>população IBGE (Censo 2010) x 100.000 =<br>101,23 | 43 óbitos /<br>83.967<br>população IBGE<br>(Censo 2010) x<br>100.000 = 51,21 | 85 óbitos / 97.934<br>população Datasus<br>(2015) x 100.000 =<br>86,79 | 43 óbitos /<br>97.934<br>população<br>Datasus (2015) x<br>100.000 = 43,90 |
| 1º Quadri  | 2º Quadri  |         |   |  |           |           |   |  |  |   |
| 85 óbitos / 83.937<br>população IBGE (Censo 2010) x 100.000 =<br>101,23  | 43 óbitos /<br>83.967<br>população IBGE<br>(Censo 2010) x<br>100.000 = 51,21       |         |   |  |           |           |   |  |  |   |
| 85 óbitos / 97.934<br>população Datasus<br>(2015) x 100.000 =<br>86,79   | 43 óbitos /<br>97.934<br>população<br>Datasus (2015) x<br>100.000 = 43,90          |         |   |  |           |           |   |  |  |   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 Insuficiência cardíaca congestiva</li> <li>• 05 Hipertensão Essencial</li> <li>• 18 óbitos seguidos das demais doenças do aparelho circulatório;</li> <li>• 07 óbitos por complicações do Diabetes;</li> <li>• 06 óbitos por doenças do aparelho respiratório: 04 DPOC</li> <li>• 02 óbitos seguidos das demais doenças do aparelho respiratório;</li> </ul> <p>Análise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As doenças não transmissíveis (DCNT) são as principais fontes da carga de doença no município no estado e no Brasil. Ações e políticas importantes para sua prevenção e controle têm sido implementadas tais como: Reformulação de espaços urbanos saudáveis com Academias ao ar livre; Fortalecimento no Programa Saúde na Escola; Fortalecimento da Atenção Básica, Ampliação das ações de prevenção e de</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 05 de mama</li> <li>• 02 brônquios ou pulmões</li> <li>• 01 colo do útero</li> <li>• 18 óbitos seguidos das demais neoplasias;</li> </ul> <p>06 óbitos doenças do aparelho circulatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 infarto agudo</li> <li>• 01 hipertensão essencial</li> <li>• 04 óbitos seguidos das demais doenças do aparelho circulatório;</li> </ul> <p>04 óbitos por complicações do Diabetes;</p> <p>05 óbitos por doenças do aparelho respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 02 DPOC</li> <li>• 03 óbitos seguidos das demais doenças do aparelho respiratório;</li> </ul> <p>Análise:</p> <p>As doenças não transmissíveis (DCNT)</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>cessação do tabagismo através do Programa de Tabagismo; Expansão da Estratégia Saúde da Família; Capacitação dos profissionais da Atenção Básica, Promoção do Envelhecimento Saudável e avaliação do credenciamento e a implantação do Programa Melhor em Casa; Verificamos que o indicador do município de Itajaí comparado ao do estado de Santa Catarina encontra-se 80,18% abaixo da meta pactuada pelo estado de Santa Catarina no 1º trimestre de 2017. Têm-se avaliado estratégias para fortalecer os vínculos entre o governo, às instituições acadêmicas e a sociedade civil com o intuito de facilitar a resposta da sociedade ao desafio das DCNT, objetivando declínio da meta para os próximos quadrimestres.</p> | <p>são as principais fontes da carga de doença no município no estado e no Brasil. Ações e políticas importantes para sua prevenção e controle têm sido implementadas, tais como: Reformulação de espaços urbanos saudáveis com Academias ao ar livre; Fortalecimento no Programa Saúde na Escola; Fortalecimento da Atenção Básica, Ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo através do Programa de Tabagismo; Expansão da Estratégia Saúde da Família; Capacitação dos profissionais da Atenção Básica, Promoção do Envelhecimento Saudável e avaliação do credenciamento e a implantação do Programa Melhor em Casa.</p> <p>Verificamos que o indicador do 2º quadrimestre do município de Itajaí comparado ao do estado (276,79%), encontra-se 225,58% abaixo da meta pactuada pelo estado de Santa Catarina no ano de 2017.</p> <p>Método de Cálculo: número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID 10: I00-I99, C00-C97, J30-J98, E10-E14, em determinado ano e local.</p> |
|--|--|---|---|

|   |  |                                       |   |  |
|---|--|---------------------------------------|---|--|
|   |  |                                       |   | <p>- denominador: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local .</p> <p>- Fator de multiplicação: 100.000</p> <p>Unidade de Medida: Óbito</p> |
| 1.1.4.8.<br>Implantar grupos de ajuda mútua entre cuidadores pela Estratégia Saúde da Família e equipe multiprofissional. | Percentual de ESF com Grupos implantados | 100%                                  | Não foi possível contemplar esta ação neste quadrimestre, em planejamento a implantação de equipe do Programa Melhor em Casa, que prevê ações com cuidadores.   | Não foi possível contemplar esta ação neste quadrimestre, em planejamento a implantação de equipe do Programa Melhor em Casa, que prevê ações com cuidadores.      |
| 1.1.4.9.<br>Desenvolver ações de vigilância e prevenção de quedas do  | Indicador Qualitativo /descritivo        | Relatório de implantação do protocolo | Realizado 02 oficinas de Vigilância e Prevenção de Quedas do Idoso para todos os Agentes Comunitários de Saúde no ano de 2016, sendo que alguns profissionais médicos e enfermeiros de todas as unidades de saúde em anos | Realizadas ações em grupos de educação em saúde e orientações durante consultas e visitas domiciliares.  |

|   |                                   |                                       |   |   |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| idoso.  |                                   |                                       | anteriores também foram capacitados em relação a esse tema. Dessa forma incentivamos os profissionais capacitados que têm conhecimento amplo do tema para desenvolver ações em grupos de educação em saúde e realizar orientações durante consultas e visitas domiciliares. |   |
| 1.1.4.10.<br>Realizar suporte matricial em Geriatria para as equipes de Estratégia Saúde da Família com a implantação do NASF | Indicador Qualitativo /descritivo | Relatório de implantação do protocolo | A 1ª e 2ª equipe do NASF não foi contemplada com o profissional geriatra. Estamos analisando a proposta da inserção das próximas equipes.   | A 1ª e 2ª equipe do NASF não foi contemplada com o profissional geriatra. Estamos analisando a proposta da inserção das próximas equipes. Contudo, contamos com profissional médico Geriatra com agenda disponível para as UBS através do SISREG. |
| 1.1.4.11.<br>Intensificar as ações intersetoriais com as  | Indicador Qualitativo /descritivo | Relatório de implantação do protocolo | Parceria e realização de ações intersetoriais são intensificadas com a Secretaria de Desenvolvimento Social; Representação no Conselho do Idoso; Parceria com Programa Itajaí Ativo e com   | Parceria e realização de ações intersetoriais são intensificadas com a Secretaria de Desenvolvimento Social; Representação no Conselho do Idoso; Parceria com Programa Itajaí Ativo e com os Centros de Convivência dos                           |

|   |                                   |                                       |  |  |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Secretarias de Desenvolvimento Social, Secretaria de Educação, Fundação Municipal de Esportes, Conselho Municipal do Idoso e afins. |                                   |                                       | os Centros de Convivência dos Idosos e Fundação Municipal de Esportes. | Idosos e Fundação Municipal de Esportes.           |
| 1.1.4.12. Elaborar material educativo para os idosos.   | Indicador Qualitativo /descritivo | Relatório de implantação do protocolo | Estamos avaliando a necessidade e o impacto de desenvolver essa ação.  | Em estudo e planejamento, considerando o CAB nº19. |

Objetivo específico 1.1.5. Melhoria das condições de saúde do homem mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

| AÇÕES | INDICADOR | DE | META | 1° QUADRIMESTRE | 2° QUADRIMESTRE |
|-------|-----------|----|------|-----------------|-----------------|
|-------|-----------|----|------|-----------------|-----------------|

|  |                                  |                                       |  |  |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|--|--|
|  | MONITORAMENTO                    |                                       |  |  |
| 1.1.5.1. Implantar o programa de saúde do homem.<br>Meta 2014/2015 | Indicador descritivo/qualitativo | Relatório de implantação do protocolo | Não realizado. Para planejamento no segundo semestre 2017. | Não realizado. Para planejamento no segundo semestre 2017. |

Objetivo específico 1.1.6. Promover a igualdade etnicorracial, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS

| AÇÕES  | INDICADOR DE INDICADOR           | META                            | 1° QUADRIMESTRE  | 2° QUADRIMESTRE  |
|--|----------------------------------|---------------------------------|--|--|
| 1.1.6.1. Incluir análise de dados com recorte etnicorracial. | Indicador descritivo/qualitativo | Inserção dos dados em relatório | Não realizado, em processo de planejamento para do sistema ESUS. | Não realizado, em processo de planejamento para do sistema ESUS. |



|  |                                  |                            |   |   |
|--|----------------------------------|----------------------------|---|---|
| 1.1.6.2. Incluir o recorte etnicorracial nas campanhas publicitárias, bem como materiais disponibilizados nos programas de saúde.                                    | Indicador descritivo/qualitativo | Relatório de implementação | Não realizado, em processo de estudos com a Assessoria de Comunicação da SMS.   | Não realizado, em processo de estudos com a Assessoria de Comunicação da SMS.   |
| 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. | Indicador descritivo/qualitativo | Entrega de relatórios      | Não realizado, em planejamento para efetivação desta ação em parceria com Laboratório Municipal e Secretaria de Educação. | Não realizado, em planejamento para efetivação desta ação em parceria com Laboratório Municipal e Secretaria de Educação. |

Objetivo específico 1.1.7. Fortalecer o controle do tabagismo

| AÇÕES    | INDICADOR DE MONITORAMENTO | META | 1º QUADRIMESTRE | 2º QUADRIMESTRE |
|----------|----------------------------|------|-----------------|-----------------|
| 1.1.7.1. | Número de                  | 9    | - PAM           | - CIS           |

|  |                                  |  |  |  |
|--|----------------------------------|--|--|--|
| Manter os 7 grupos de tabagismo e criar no mínimo 2 novos grupos ao ano. | Grupos Ativos                    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Saúde de Itaipava</li> <li>- Unidade de Saúde Nossa Senhora das Graças</li> <li>- Unidade de Saúde de Espinheiros</li> <li>- Unidade de Saúde da Murta</li> <li>- Unidade de Saúde Rio Bonito</li> <li>- Unidade de Saúde Portal II</li> <li>- Unidade de Saúde do Votorantim</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Saúde de Itaipava</li> <li>- Unidade de Saúde Nossa Senhora das Graças</li> <li>- Unidade de Saúde de Espinheiros</li> <li>- Unidade de Saúde Rio Bonito</li> <li>- Unidade de Saúde Portal II</li> <li>- Unidade de Saúde do Votorantim</li> <li>- Unidade de Saúde do Jardim Esperança</li> </ul> <p>Obs.: Não está mais existindo grupo na Unidade de Saúde da Murta pois o médico foi transferido para Unidade de Saúde da Fazenda no mês de Junho. O médica que iniciou na Unidade de Saúde da Murta fará a capacitação para dar continuidade nos grupos.</p> |
| 1.1.7.2. Promover ações educativas para eliminação do uso do fumo        | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório do programa de tabagismo | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizado convite e orientação aos coordenadores e enfermeiros a realizarem parceria com o médico e juntos estarem realizando a capacitação para implantarem o grupo de tabagismo nas Unidades de Saúde : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cidade Nova I;</li> <li>* Canhanduba;</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizado convite e orientação aos coordenadores e enfermeiros a realizarem parceria com o médico e juntos estarem realizando a capacitação para implantarem o grupo de tabagismo nas Unidades de Saúde :</li> </ul>  |

|   |  |          |   |  |
|---|--|----------|---|--|
| <p>por servidores nas Unidades Assistenciais de Saúde do Município.</p> |  | <p>o</p> | <p>* Jardim Esperança;<br/>* Praia Brava</p> <p>OBS.: A Unidade de Saúde do Cidade Nova I e da Canhanduba participará do próximo grupo pois o médico da Unidade estava de férias.</p> <p>OBS 2.: A enfermeira Silvana da Unidade de Saúde Nossa Senhora das Graças está de licença maternidade, portanto a Enfermeira Ana Tereza participou do grupo que iniciou dia 14 de março para dar continuidade nos grupos na Unidade de saúde Nossa Senhora das Graças.</p> <p>- Participaram da capacitação para implantarem o grupo de tabagismo os profissionais das Unidades de Saúde Nossa Senhora das Graças e da Unidade de Saúde do Jardim Esperança: Enf. Ana Tereza; Dr Enzo Montresol Faversani, Enf Alexander dos Santos, Enf. res. Suzany de Fatima Henschoste Olibone, Med. res. Ana Paula Gasparotto e Med. res. Bruna Ribas Ronchi.</p> | <p>* Cidade Nova I;<br/>* Canhanduba;<br/>* Murta;<br/>* Limoeiro.</p> <p>OBS: - Participaram da capacitação para implantarem o grupo de tabagismo os profissionais das Unidades de Canhanduba e da Unidade de Saúde do Cidade Nova I: Dr<sup>a</sup> Maria de Los Angeles Escudero participou apenas do primeiro encontro pois não havia outro profissional para juntos realizarem o programa na Unidade de Saúde; dentista Dr Guilherme Moreira da Silva; Dr Tiago Pandolfo; aux. Saúde bucal Elenice Schauer; enf. Karina Correia Reiser Aguiar; Res. Enf. Maria Eduarda Silveira e res. Enf. Susely Ribeiro.</p> <p>- Palestra na Unidade de Saúde do Jardim Esperança para os agentes de saúde e técnicos de enfermagem sobre o tabagismo. Orientado como os agentes de</p> |
|---|--|----------|---|--|

|  |                                  |  |   |  |
|--|----------------------------------|--|---|--|
|  |                                  |  |   | <p>saúde devem acolher e orientar o fumante.</p> <p>- Realizada palestra de orientação para funcionários e para o grupo de terceira idade na Unidade Básica do Imaruí.</p>   |
| 1.1.7.3.<br>Promover ações educativas para eliminação do uso do fumo por servidores das Unidades Escolares do Município. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório do programa de tabagismo | Solicitado junto às Unidades de Saúde que possuem grupos de tabagismo que realizem ações educativas nas Unidades Escolares das localidades atendidas.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitado junto às Unidades de Saúde que possuem grupos de tabagismo que realizem ações educativas nas Unidades Escolares das localidades atendidas;</li> <li>Realizado pela Unidade de Saúde palestra sobre tabagismo para crianças, adolescentes, professores e funcionários da Escola aberta no bairro Jardim Esperança.</li> </ul> |
| 1.1.7.4.<br>Promover ações educativas para eliminação do uso do fumo   | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório do programa de tabagismo | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade de Saúde de Espinheiros, Nossa Senhora das Graças, Rio Bonito, Murta, Jardim Esperança, Portal II, Votorantim, Itaipava e PAM realizaram abordagem explanatória para o público diversificado na unidade;</li> <li>Realizado pelos grupos de tabagismo 18 sessões para ajudar os fumantes a parar de</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade de Saúde de Espinheiros, Nossa Senhora das Graças, Rio Bonito, Murta, Jardim Esperança, Portal II, Votorantim, Itaipava e PAM realizaram abordagem explanatória para o público</li> </ul>   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p>por servidores nas empresas instaladas no Município.</p> |  | <p>o</p> <p>fumar e a permanecer sem cigarros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizado palestras pela ESF Nossa Senhora das Graças, no Centro Conviver – Acolhimento para mulheres – na Ressacada.</li> </ul> <p>No dia 7 de abril ocorreu o #secuidaSCItajaí. O evento foi realizado pelo município com apoio do Governo Estadual para promoção da saúde da população. As atividades ocorreram no Jardim Esperança, no Bairro Cordeiros. Neste dia, a comunidade participou de diversas atividades, inclusive informações e esclarecimentos sobre o programa de cessação do tabagismo.</p> | <p>diversificado na unidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizado pelos grupos de tabagismo 30 sessões para ajudar os fumantes a parar de fumar e a permanecer sem cigarros.</li> <li>Realizado pela ESF Nossa Senhora das Graças semana do combate ao tabagismo.</li> <li>Realizado palestra preventiva e informativa na empresa Muffatão Atacado;</li> <li>Fornecido material e orientações para campanha de tabagismo na empresa Rescaroli comercio e transporte de gás.</li> <li>Fornecido material e orientações para semana da sipat para Angel confecções.</li> <li>Parceria das Unidades de Saúde do Município no dia Mundial sem tabaco em Maio com abordagem explanatória para o público diversificado nas unidade.</li> </ul> |
|---|--|--|--|

|  |   |     |  |   |
|--|---|-----|--|---|
|  |   |     |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parceria das Unidades de Saúde do Município no dia Nacional de Combate ao Fumo com abordagem explanatória para o público diversificado nas unidade.</li> <li>• Participação do Dr Júlio Corrazza no Programa Viva Voz, da Rádio Univali FM para abordar o tema Dia Nacional de Combate ao Fumo.</li> <li>Entrevista do Dr Jorge Zimmermann para TVBE no Dia Nacional de Combate ao Tabagismo.</li> </ul> |
| 1.1.7.5.<br>Alcançar 50% de cessação do tabagismo entre os participantes dos grupos. | Percentual de cessação de tabagismo alcançado entre os participantes do grupo | 50% | No primeiro quadrimestre a cessação alcançou 74,47%, ou seja, de 59 pessoas participaram da entrevista, destas 47 pessoas participaram da primeira sessão, 41 pessoas participaram da quarta sessão mas destas 35 estavam sem fumar, sendo que 46 pessoas utilizaram medicação. Portanto, cessação 74,47%, abandono 12,77% e 97,87% utilizaram a medicação | No segundo quadrimestre a cessação alcançou 74,63%, ou seja, de 78 pessoas participaram da entrevista, destas 67 pessoas participaram da primeira sessão, 52 pessoas participaram da quarta sessão mas destas 50 estavam sem fumar, sendo que 62 pessoas utilizaram medicação. Portanto, cessação 74,63%, abandono 22,39% e 92,54% utilizaram a medicação. (3 meses).   |

Objetivo específico 1.1.8. Garantir o acesso as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado do SUS

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO       | META                      | 1º QUADRIMESTRE | 2º QUADRIMESTRE  |
|---|----------------------------------|---------------------------|-----------------|--|
| 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 | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório | NÃO REALIZADO   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilitadas duas equipes de saúde prisional Tipo III no Complexo Penitenciário da Canhanduba.</li> <li>- Processo de remodelamento do ambulatório do Presídio Nossa senhora das Graças.</li> <li>- Reestruturação de fluxos no âmbito do atendimento no ambulatório do Presídio Nossa senhora das Graças.</li> <li>- Informatização do Ambulatório do Presídio Nossa Senhora das Graças.</li> </ul> |

|          |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|
| governo. |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|

## EIXO 2 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

| RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PARA O EIXO | ORIGEM DOS RECUROS  |
|------------------------------------|---|
| R\$ 125.791.000,00                 | 21 - Receita de Impostos e Transferência de Impostos – Saúde;<br>25 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;<br>37 – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial em Hospitalar – União;<br>44 - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial em Hospitalar – Estado. |

## 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.

| AÇÕES | INDICADOR DE MONITORAMENTO | META | 1º QUADRIMESTRE | 2º QUADRIMESTRE |
|-------|----------------------------|------|-----------------|-----------------|
|       |                            |      |                 |                 |



|  |                                  |  |  |  |
|--|----------------------------------|--|--|--|
| 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. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de implantação | Mantida equipe de trabalho no presídio, composta por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um médico e um odontólogo para atendimento das internas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Início da implantação dos fluxos de atendimento de Atenção Básica no Ambulatório do Presídio Nossa Senhora das Graças.</li> <li>- Realizado sistema de referência e contra referência aos serviços especializados segundo sistema SISREG de agendamento on line, de acordo com fluxo de atendimento estabelecido.</li> <li>- Garantido o atendimento das mulheres em situação de privação de liberdade do Presídio nossa senhora das Graças aos serviços de especialidade e urgência sempre que necessário, segundo fluxos da SMS.</li> </ul> |
|--|----------------------------------|--|--|--|

Objetivo específico 2.1.2. Fortalecer o serviço de fisioterapia

| AÇÕES | INDICADOR DE MONITORAMENTO | META | 1º QUADRIMESTRE | 2º QUADRIMESTRE |
|-------|----------------------------|------|-----------------|-----------------|
|       |                            |      |                 |                 |

|   |                                   |                                     |  |  |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
|   | RAMENT<br>O                       |                                     |  |  |
| 2.1.2.1.<br>Ampliar o serviço público de fisioterapia, reduzindo a demanda reprimida.   | Indicador descritivo /qualitativo | Relatório de implantação            | Melhoria na comunicação com coordenadores, enfermeiros, médicos e residentes, reforçando as orientações quanto aos encaminhamentos ao SEFID, CER II e clínicas conveniadas.  | Serviço de fisioterapia mantido através de clínicas credenciadas.  |
| 2.1.2.2.<br>Fortalecer e aprimorar as ações dos serviços já existentes.                 | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Realizado reuniões entre os profissionais para discussões de casos, bem como discussões de alternativas para melhora dos atendimentos.   | Realizado reuniões com o serviço de fisioterapia domiciliar, com o intuito de traçar propostas de melhoria para o serviço. No último encontro, os profissionais comprometeram-se a desenvolver relatório com sugestões e levantamento de necessidades. |
| 2.1.2.3.<br>Incentivar uma maior participação dos cuidadores dos pacientes atendidos no | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Cobrado uma maior participação dos cuidadores durante as sessões, para que sejam orientados quanto à continuidade dos exercícios durante a semana. Realizado entrega de materiais informativos aos cuidadores, com orientações pertinentes aos cuidados para com os pacientes e a eles | As ações de incentivo a participação de cuidadores e familiares é de rotina no serviço de fisioterapia domiciliar. Ação mantida.   |

|  |                                   |                                     |   |   |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| Serviço de Fisioterapia Domiciliar.  |                                   |                                     | próprios.   |   |
| 2.1.2.4. Capacitar os profissionais envolvidos no setor da fisioterapia.                     | Número de Capacitações realizadas | 8                                   | Não foi fornecido nenhum curso de capacitação neste período.  | Não foi fornecido nenhum curso de capacitação neste período.  |
| 2.1.2.5. Adquirir materiais para os atendimentos.  | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Não foi adquirido nenhum novo material específico para a fisioterapia neste período.  | Profissionais estão realizando estudo de necessidades de insumos e materiais, por solicitação do DAS, para que sejam incluídos em processo licitatório.                         |
| 2.1.2.6. Fortalecer o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar com as Unidades de Saúde. | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Realizado contra referência dos pacientes avaliados no Serviço de Fisioterapia Domiciliar. Realizado evoluções mensais dos pacientes inclusos neste programa. | Mantido comprometimento com contra referência dos pacientes avaliados no Serviço de Fisioterapia Domiciliar. Realizado evoluções mensais dos pacientes inclusos neste programa. |

|   |  |                                     |   |   |
|---|--|-------------------------------------|---|---|
| 2.1.2.7.<br>Ampliar o Programa de Fisioterapia laboral nas Unidades de Saúde.   | Indicador<br>o descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Incentivado a participação dos usuários crônicos das UBS, através de uma maior divulgação dos grupos de alongamentos existentes.  | Incentivado a participação dos usuários crônicos das UBS, através de uma maior divulgação dos grupos de alongamentos existentes. Serviço mantido.   |
| 2.1.2.8.<br>Divulgar o atendimento especializado da fisioterapia em pacientes com câncer de mama e recém-nascido de alto risco especialmente junto aos profissionais responsáveis pelos encaminhament | Indicador<br>o descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Realizado uma maior divulgação dos atendimentos as pacientes pós mastectomizadas em grupos de apoio Amor Próprio e Rede Feminina. Os atendimentos das gestantes de alto risco são realizados em conjunto com a equipe multidisciplinar presente no Crescem. | Os atendimentos das gestantes de alto risco são realizados em conjunto com a equipe multidisciplinar presente no Crescem. Destaca-se que está mantido a fisioterapeuta exclusiva a esse público-alvo. |

|  |                                   |                                     |  |   |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| os.  |                                   |                                     |  |   |
| 2.1.2.9.<br>Aprimorar o atendimento às pacientes mastectomizadas.  | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Mantido atendimento da equipe multidisciplinar: enfermeira, psicóloga e assistente social, realizadas no Crescem.  | Mantido atendimento da equipe multidisciplinar: enfermeira, psicóloga e assistente social, realizadas no Crescem. |
| 2.1.2.10.<br>Incrementar o atendimento às gestantes de alto risco. | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Os atendimentos das gestantes de alto risco são realizados em conjunto, com a equipe multidisciplinar presente no Crescem, o que garante um completo acolhimento desta gestante. Além disso, uma nova enfermeira obstetra ingressou no serviço para melhoria e fortalecimento das ações desenvolvidas. | Melhoria realizada no quadrimestral anterior com a chegada da nova enfermeira especialista.                       |

Objetivo específico 2.1.3. Otimizar o uso dos procedimentos/exames de médio e alto custo.

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO           | META                      | 1° QUADRIMESTRE                    | 2° QUADRIMESTRE   |
|---|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---|
| 2.1.3.1. Fiscalizar e avaliar todos os serviços custeados pelo SUS.                 | Porcentagem de serviços fiscalizados | 80%                       | Não foi respondido no 1° trimestre | As fiscalizações realizadas pelo município são descritas nas auditorias realizadas, o setor está em reformulação de processo de trabalho e não conta com equipe suficiente para fiscalizar e avaliar todos os serviços, porém há empenho da diretoria em desenvolver essa ação. |
| 2.1.3.2. Elaboração de protocolo para solicitar exames de alto custo e médio custo. | Número de protocolos laborados       | Apresentação do protocolo | Indicador com Meta 2014/2015       | Protocolos Implantados  |
| 2.1.3.3. Realizar   | Número                               | 10                        | Não foi respondido no 1            |   |

|  |                              |   |   |   |
|--|------------------------------|---|---|---|
| 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. | ações de divulgação em mídia |   | quadrimestre  | Previsto para terceiro quadrimestre em conjunto com DAS.  |
| 2.1.3.4 reativar o serviço de fonoaudióloga domiciliar<br>Meta 2015  |                              |   | O Serviço de Fonoaudióloga Domiciliar não foi reativado. Para a ativação deste serviço há necessidade de ampliar a equipe, com no mínimo, um fonoaudiólogo para cada turno, matutino e vespertino. Como a equipe não foi ampliada, não houve a possibilidade de reativação. | O serviço não foi reativado.  |
| 2.1.3.5. Garantir um veículo para o atendimento domiciliar fonoaudiológico.  | Número de veículos           | 1 | Como o Serviço de Fonoaudióloga Domiciliar não foi reativado, o veículo não foi adquirido e/ou disponibilizado.   | Como o Serviço de Fonoaudióloga Domiciliar não foi reativado, o veículo não foi adquirido e/ou disponibilizado. |

|  |                                      |          |  |  |
|--|--------------------------------------|----------|--|--|
| <p>2.1.3.6. Ampliar o quadro de fonoaudiólogos na rede municipal de saúde.</p> <p>Meta 2015/2016</p> | <p>Número de novos profissionais</p> | <p>1</p> | <p>O quadro de fonoaudiólogos não foi ampliado. Vale destacar que, em 03 de março de 2017, pela portaria n 051/17, foi concedida a aposentadoria por tempo de contribuição à fonoaudióloga Lúcia Regina Cardoso da Costa Muller.</p> <p>Em 24 de março de 2017 foi publicada, no Jornal do Município, a portaria n 1613/17 nomeando a fonoaudióloga Luana Caroline Russi Duwe Tolentino de Souza para substituir a fonoaudióloga Lúcia, em razão do processo de aposentadoria.</p> <p>Em 28 de março de 2017, foram publicadas, também no Jornal do Município, as seguintes portarias n 1769/17 nomeando do concurso a fonoaudióloga Isabella Mendes Guerreiro e n 1770/17 nomeando fonoaudióloga Bruna Vieira de Maria. Passado o período de 30 dias, as referidas fonoaudiólogas não se apresentaram na secretaria de saúde do município para assumir o cargo. Ressalta-se que o concurso no qual as</p> | <p>O último concurso no qual as últimas profissionais entraram no serviço, estava vigente até a data de 01 de abril de 2017, portanto não houve nomeação de mais fonoaudiólogos.</p> |
|--|--------------------------------------|----------|--|--|



|  |                                  |                                     |  |  |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
|  |                                  |                                     | profissionais foram aprovadas estava vigente até a data de 01 de abril de 2017, portanto não houve tempo hábil para a nomeação de mais fonoaudiólogos.   |  |
| 2.1.3.7 Reativar o serviço de audiologia do Município.<br>Meta 2014/2015                                       |                                  |                                     | <p>O serviço de audiologia do Município não foi reativado.</p> <p>A cabina acústica cedida pelo curso de Fonoaudiologia da Universidade do Vale do Itajaí à Secretaria de Saúde de Itajaí foi devolvida em novembro de 2016, e imediatamente integrada a um dos serviços prestados pela universidade. Sendo assim, neste quadrimestre, já não havia cabina acústica para realização de exames audiológicos, bem como sala tratada acusticamente em condições para tal.</p> | O serviço de audiologia do Município não foi reativado.  |
| 2.1.3.8. Adequar as salas e materiais de terapia visando o atendimento de todas as faixas etárias e patologias | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | <p>Os profissionais continuam realizando atendimento na mesma estrutura física.</p> <p>Destaca-se que as salas não foram adequadas em decorrência da possibilidade de mudança para o CIS.</p>  | <p>Foram realizadas adequações de fluxo para garantir que os serviços de fonoaudiologia sejam realizadas na nova estrutura da Unidade de Assistência Médica Especializada.</p> <p>Dessa forma, o serviço foi contemplado com salas e mobiliários novos, proporcionando</p> |

|   |                                   |                                     |   |  |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| de acordo com a recomendação do CFFa nº 13, de 19 de abril de 2010.                                     |                                   |                                     | Entretanto, no CIS não há salas disponíveis a todos os fonoaudiólogos e no momento, aguarda-se definição sobre novo local para atendimento fonoaudiológico a partir do próximo mês (junho de 2017). Sendo assim, novo estudo está sendo realizado para centralizar os atendimentos de fonoaudiologia no Centro de Referência São Judas. | mais qualidade aos profissionais e usuários.   |
| Meta 2014/2015  |                                   |                                     |   |  |
| 2.1.3.9 Inserir Fonoaudiólogo no NASF<br>Meta 2015  |                                   |                                     | A inserção do fonoaudiólogo foi realizada em 2015, não havendo novas inserções desde então.   | A inserção do fonoaudiólogo foi realizada em 2015, não havendo novas inserções desde então.        |
| 2.1.3.11. Implantar Caderno de Atenção Primária, caderno 29 referente a rastreamento.<br>Meta 2014/2015 | Indicador descritivo/ qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Em planejamento para o segundo semestre de 2017 a proposta para trabalhar este caderno.   |  |
| 2.1.3.12. Informatizar  | Porcentagem de                    | 90 %                                | A utilização de sistemas de informação que incluam o prontuário   | A utilização de sistemas de informação que incluam o prontuário eletrônico no âmbito do sistema de |

|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| prontuário médico como instrumento de otimização do processo de trabalho e redução de custo com exames repetitivos. | unidades utilizando prontuário informatizado |  | <p>eletrônico no âmbito do sistema de saúde brasileiro a fim de identificar os usuários, facilitar a gestão de serviços, a comunicação e o compartilhamento das informações é de suma importância</p> <p>Nesse sentido, nesse quadrimestre foram instalados fibra óptica nas unidades da Praia Brava, Fazenda, Jardim Esperança, São Judas, Ceredi, Vigilância Sanitária, Farmácia Central e do complexo do novo Centro Integrado em Saúde – CIS.</p> | <p>saúde brasileiro a fim de identificar os usuários, facilitar a gestão de serviços, a comunicação e o compartilhamento das informações, a fim de aumentar a qualidade da assistência e reduzir custos é de suma importância.</p> <p>Neste quadrimestre com a abertura do novo Centro Integrado de Saúde, foi implementado sistema de prontuário médico eletrônico no UPA III.</p> <p>Nas próximas semanas será implantado o prontuário eletrônico na Unidade de Atendimento Médico Especializado, também localizado no Centro Integrado de Saúde. E na sequência o Centro de Especialidades Odontológicas também será contemplado com o prontuário eletrônico, agilizando e melhorando os atendimentos à população.</p> |
|---|--|--|---|---|

Objetivo específico 2.1.4. Fortalecer o serviço de atenção materno-infantil de alto risco

| AÇÕES | INDICADOR DE MONITORAMENT | META | 1º QUADRIMESTRE | 2º QUADRIMESTRE |
|-------|---------------------------|------|-----------------|-----------------|
|-------|---------------------------|------|-----------------|-----------------|

|   |   |      |   |  |
|---|---|------|---|--|
|   | O   |      |   |  |
| 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. | Índice de gestantes realizando pré-natal no serviço de alto risco | 100% | As gestantes de alto risco do Município de Itajaí são acompanhadas no CRESCEM (Centro de Referencia de Saúde da Criança e da Mulher) mediante encaminhamento realizado pelas UBS e ESF de acordo com critérios preconizados em fluxos estabelecidos, garantindo assim acesso as gestantes que necessitam deste serviço especializado. Importante mencionar que o serviço conta com mais uma enfermeira desde março de 2017, com intuito de implementar e iniciar o processo de informatização do serviço. | Neste quadrimestre foram acompanhadas no alto risco 19% das gestantes (299 encaminhamentos). |

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| 2.1.4.2. Garantir exames especiais, para gestante alto risco como: teste de tolerância a glicose, ultrassom obstétrico, contagem de plaquetas, dosagem de ureia, creatinina, ácido úrico, dosagem de proteinúria 24 horas, cardiotocografia anteparto. | Índice de demanda reprimida para os exames relacionados | 0 Demandas reprimidas com período superior a 30 dias | Não avaliado no quadrimestre. Estamos realizando estudo para implantação de cardiotocografia e para sistematização da coleta de dados através do sistema GMUS, em complemento ao Sisprénatal. | Não possui demanda reprimida. Exames garantidos. |
|--|---|--|---|--|

Objetivo específico 2.1.5. Fortalecer ações de vigilância alimentar e nutricional

| AÇÕES  | INDICADOR DE MONITORAMENTO           | META | 1º QUADRIMESTRE  | 2º QUADRIMESTRE  |
|--|--------------------------------------|------|--|--|
| 2.1.5.1. Realizar acompanhamento, através da nutricionista | Índice de acompanhamento, através da | 100% | Todos os casos são acompanhados pela nutricionista de referência que trabalha no CRESCEM e pelas equipes de saúde. | Todos os casos são acompanhados pela nutricionista de referência que trabalha no CRESCEM e pelas equipes de saúde. |

|   |  |      |   |  |
|---|--|------|---|--|
| referência e demais profissionais da saúde, de todas as crianças de 28 dias a 5 anos notificadas por desnutrição grave. | nutricionista de referência e demais profissionais de saúde, das crianças de 28 dias a 5 anos notificadas com desnutrição grave. |      |   |  |
| 2.1.5.2. Investigar e acompanhar 100% dos casos de crianças de 28 dias a 5 anos notificadas por desnutrição grave.      | Taxa de acompanhamento dos casos notificados   | 100% | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 07 casos notificados/investigados residentes de Itajaí, conforme nota municipal nº01/2016 (ampliação da faixa etária: 28 dias a 09 anos), sendo 2 casos com diagnóstico confirmado (ambos com 08 anos de idade).</li> <li>• 09 casos monitorados conforme Nota Técnica Estadual nº05/2013 e Nota Municipal nº01/2016, sendo 01 caso monitorado, mas sem acompanhamento da equipe e nutricionista, devido à situação de negligência. No final do quadrimestre,</li> </ul> | <p>Todos os casos notificados são investigados e monitorados por uma profissional nutricionista da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DVE).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 08 casos notificados/investigados residentes de Itajaí, conforme nota municipal nº01/2016 (ampliação da faixa etária: 28 dias a 09 anos), sendo 3 casos com diagnóstico confirmado e 2 em investigação.</li> </ul> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>criança apresentou mudança de município.</p> <p>Todos os casos notificados são investigados sob coordenação da nutricionista da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, as visitas domiciliares para investigação são planejadas com os profissionais de saúde que acompanham o caso ou com a equipe da Estratégia da Saúde da Família responsável pela área de residência da família.</p> <p>A desnutrição grave foi excluída da relação de doenças e agravos de notificação compulsória de interesse para o Estado de Santa Catarina, através da Portaria nº242 de 10/04/15. No dia 20 de abril de 2016, recebemos ofício informando que o agravo desnutrição grave infantil deixou de constar na lista de doenças e agravos de notificação compulsória de interesse estadual, bem como, foi extinto o Termo de Cooperação Técnica nº015/2009 entre o Ministério Público de Santa Catarina e a Secretaria de Estado da Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>• 08 casos monitorados conforme Nota Técnica Estadual nº05/2013 e Nota Municipal nº01/2016. Destes, 01 caso com desnutrição grave primária com alta por recuperação nutricional, 01 caso com desnutrição grave mista com prevalência primária encerrado por transferência para outro município e 01 caso de desnutrição grave primária encerrado por prazo.</li><li>• 08 crianças monitoradas fora dos critérios da Nota Técnica Estadual:</li></ul> |
|--|--|--|--|

| Situação                   | Etiologia da DG                 | Evolução                      |
|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Casos encerrados por prazo | Primária: 1 caso<br>Secundária: | 6 casos sem atingir critérios |

|  |  |  |   |                     |   |
|--|--|--|---|---------------------|---|
|  |  | <p>tornou de notificação compulsória todos os casos suspeitos ou confirmados de desnutrição grave, através da Resolução nº064/SMS/DVE, de 17 de julho de 2015. Em 26/12/16, foi publicada a Nota Técnica Conjunta DVE/DAS Nº01/2016, o que ampliou a faixa etária notificada, aumentou a sensibilidade para detecção de casos e inseriu critérios específicos para confirmação de diagnóstico.</p> <p>Antes eram monitorados casos que não se enquadravam na Nota Técnica Estadual nº05/2013, casos secundários para confirmar a exclusão de causa mista: está sendo realizado encerramento devido ao tempo de notificação ser superior a 12 meses, e solicitado avaliação ao médico para verificar necessidade de nova notificação: 4 casos de DG secundária com notificação superior (analisado 2 casos). Foi monitorado 3 casos de DG secundária (tempo de notificação menor que 12 meses), sendo encerrado 1 por óbito. Houve também 1 DG primária sem monitoramento (prazo superior</p> | superior a 12 meses da notificação o                  | 5 casos             | de alta por recuperação, solicitado nova avaliação aos profissionais. |
|  |  |  | Casos monitorados com notificação inferior a 12 meses | Secundária: 2 casos | 1 caso – alta por recuperação nutricional                             |



|  |                                  |                        |   |   |
|--|----------------------------------|------------------------|---|---|
|  |                                  |                        | <p>a 12 meses de notificação), criança com desnutrição importante no dois primeiros anos de vida, dificuldade de atingir critérios de alta conforme preconizados pela Nota Técnica Estadual, também será encerrado e solicitada nova avaliação. Este quadrimestre foi priorizado os casos determinados nas notas técnicas devido à redução de recursos humanos.</p> <p>Todos os casos confirmados/encerrados são comunicados ao Serviço de Nutrição, Saúde da Criança e Estratégia da Saúde da Família.</p> |   |
| 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. | Indicador descritivo/qualitativo | Apreensão do protocolo | Implantado nas Unidades de Saúde do Imaruí e na Unidade de Saúde do Cidade Nova II, que possuem nutricionistas, em parceria com acadêmicos do Curso de Nutrição da Univali.   | Implantado nas Unidades de Saúde do Imaruí e na Unidade de Saúde do Cidade Nova II, que possuem nutricionistas, em parceria com acadêmicos do Curso de Nutrição da Univali. |

|  |   |      |  |  |
|--|---|------|--|--|
| 2.1.5.4.<br>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. | Taxa de Cobertura de acompanhamento no SINAN de gestantes e crianças até 7 anos atendidas nas UBS | 100% | A manutenção é realizada pelas equipes de saúde, através do registro de acompanhamento na ficha de cadastro do SISVAN e as equipes que já receberam o treinamento realizam o registro dos dados no sistema on-line do SISVAN. As equipes que ainda não receberam treinamento enviam as fichas para a Secretaria de Saúde (DAS) para serem digitadas. | A manutenção é realizada pelas equipes de saúde através do registro de acompanhamento no sistema on-line do SISVAN.  |
| 2.1.5.5. Atingir 80% da cobertura das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família aumentando gradativamente a cobertura a cada ano.                                   | Taxa de cobertura das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família                        | 80%  | Será possível analisar este dado somente no início de agosto quando será gerado o relatório no site do Ministério da Saúde, visto que o acompanhamento é SEMESTRAL.  | 56% (De um total de 1.949 famílias, 1.099 famílias foram totalmente acompanhadas).<br><br>Total de famílias com perfil saúde = 1.949 famílias sendo que destas:<br>- 1.099 famílias foram totalmente acompanhadas (56%),<br>- 34 famílias foram parcialmente acompanhadas (2%),<br>- 240 foram localizadas e não acompanhadas (12%), |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
|   |  |  |   | - 576 não foram localizadas para acompanhamento (30%).   |
| 2.1.5.6. Capacitar as equipes de saúde em relação ao Programa Bolsa Família.<br>Meta 2015   | Número de oficinas de 7 capacitação realizadas |  | Neste quadrimestre, não foi realizado.  | Será realizado no próximo quadrimestre.  |
| 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. | Indicador descritivo/qualitativo               | A<br>present<br>ação de<br>relatório<br>de<br>gestão | Dando continuidade aos treinamentos que vem sendo realizados foi realizado pela nutricionista Alessandra treinamento para as seguintes profissionais: Enfermeira Vanessa da UBS Votorantim, Agente Comunitária de Saúde Joice da UBS Imaruí, Enfermeira Hilda CRESCER, Enfermeira Taciana da UBS Rio Bonito, Enfermeira Mônica da UBS Jardim Esperança, Enfermeira Karina da UBS Cidade Nova I, Residente de Enfermagem Maria Eduarda da UBS Cidade Nova I, Enfermeira Viviane da UBS Portal. | Todos os enfermeiros da ESF já possuem a senha de acesso ao sistema do SISVAN.<br><br>Para o próximo quadrimestre estes receberão treinamento sobre o sistema do Programa Bolsa Família. |

Objetivo específico 2.1.6. Fortalecer o serviço de urgência e emergência.

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO                              | META | 1º QUADRIMESTRE   | 2º QUADRIMESTRE   |
|---|---|------|---|---|
| 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. | Percentual de óbitos por acidente com acesso hospitalar | 52%  | <p>Resultado:<br/>41,66%<br/>(10 óbitos com acesso)</p> <p>Observação 1: esse indicador foi removido do COAP neste ano.</p> <p>Observação 2: Dados obtidos através do SIM-Sistema de Informação de Mortalidade, DVE-Departamento de Vigilância Epidemiológica e setor de óbitos do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen em 16/05/2017 sujeitos a apresentarem alterações devido a novas informações ou retroalimentações.</p> <p>Total de óbitos por acidente de trânsito com acesso hospitalar até a data pesquisada: 5 pacientes;</p> <p>Total de óbitos de Janeiro a Abril que</p> | <p>Resultado:<br/>57,89%<br/>( 11 óbitos com acesso)</p> <p>Observação 1: esse indicador foi removido do COAP neste ano.</p> <p>Observação 2: Dados obtidos através do SIM-Sistema de Informação de Mortalidade, DVE-Departamento de Vigilância Epidemiológica e setor de óbitos do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen em 13/09/2017 sujeitos a apresentarem alterações devido a novas informações ou retroalimentações.</p> <p>Total de óbitos por acidente de trânsito com acesso hospitalar até a data pesquisada: 11 pacientes;</p> |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>não deram entrada no hospital: 07 pacientes (óbitos em determinado local e período).</p> <p>Cálculo:</p> <p>Número de óbitos hospitalares por acidente X100</p> <hr/> <p>Número total de óbitos por acidente em determinado local e período</p> <p>Municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil habitantes) que já possuem SAMU 192 poderão constituir, por si só, uma região, para fins de implantação de Central de regulação das urgências, desde que todos os municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra central de regulação, sendo que esta central tem como sob sua responsabilidade 09 municípios sendo (Navegantes, Bombinhas, Penha, Balneário de Piçarras, Itapema, Porto Belo, Itajaí e Camboriú), totalizando uma população de 624.497 mil habitantes segundo estimativa do IBGE-2015.</p> <p>Considerações:</p> | <p>Total de óbitos de Maio a Agosto: 19 pacientes (óbitos em determinado local e período).</p> <p>Cálculo:</p> <p>Número de óbitos hospitalares por acidente X100</p> <hr/> <p>Número total de óbitos por acidente em determinado local e período</p> <p>Municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil habitantes) que já possuem SAMU 192 poderão constituir, por si só, uma região, para fins de implantação de Central de regulação das urgências, desde que todos os municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra central de regulação, sendo que esta central tem como sob sua responsabilidade 09 municípios sendo (Navegantes, Bombinhas, Penha, Balneário de Piçarras, Itapema, Porto Belo, Itajaí e Camboriú), totalizando uma população de 624.497 mil habitantes segundo</p> |
|--|--|---|---|

|   |                                    |     |  |   |
|---|------------------------------------|-----|--|---|
|   |                                    |     | <p>-Considerando a disposição de 02 Unidades Avançadas (USA) para 09 municípios e 01 Unidade Básica (UBS) para Itajaí. A regulação é feita pela central localizada em Balneário Camboriú.</p> <p>-Além da capacidade instalada do SAMU contamos com o serviço de apoio do Corpo de Bombeiros e ambulâncias da SMS do município de Itajaí.</p> <p>-Codetran realizou no mês de março de palestra sobre conscientização no trânsito e direção defensiva. A ação faz parte das atividades da Diretoria de Educação para o Trânsito (Edutran) da Coordenadoria de Trânsito de Itajaí (Codetran). Aproximadamente 150 pessoas participaram do treinamento, conforme noticiado na página do município em 20/03/2017.</p> | <p>estimativa do IBGE-2015.</p> <p>Considerações:</p> <p>-Considerando a disposição de 02 Unidades Avançadas (USA) para 09 municípios e 01 Unidade Básica (UBS) para Itajaí. A regulação é feita pela central localizada em Balneário Camboriú.</p> <p>-Além da capacidade instalada do SAMU contamos com o serviço de apoio do Corpo de Bombeiros e ambulâncias da SMS do município de Itajaí.</p> |
| 2.1.6.2. Promover capacitações em urgência no serviço de urgência (ATLS, PALS, ou | Numero de capacitações realizadas; | 150 | <p>O calendário de educação continuada à rede de urgência e emergência terá início no próximo quadrimestre.</p> <p>Entretanto, foram capacitados os enfermeiros do Pronto Atendimento São Vicente e UPA Cordeiros para melhor uso do</p>   | <p>Não foram realizadas capacitações de ATLS, ACLS e PASL no período, em decorrência de contingenciamento e da necessidade de realização de licitação desses serviços.</p> <p>Entretanto os servidores da</p>   |

|  |   |                                     |   |   |
|--|---|-------------------------------------|---|---|
| correlatos).   | Numero de profissionais capacitados, por categoria. |                                     | Sistema Latin – Telemedicina.   | <p>Unidade de Pronto Atendimento São Vicente, receberam capacitação prévia a transferência para a UPA do Complexo do Centro Integrado de Saúde, com carga horária de duas horas.</p> <p>Os enfermeiros da Urgência e emergência receberam capacitações de Departamento de Vigilância Epidemiológica em Manejo com Suspeita de Meningite, Dengue e Leptospirose.</p> |
| 2.1.6.3. Promover a articulação entre os serviços de urgência/emergência com os demais pontos da rede de saúde mental. | Indicador descritivo /qualitativo                   | Apresentação de relatório de gestão | Articulação realizada através das rodas de conversa da RAPS que acontecem nos territórios a cada dois meses.                      | Mantido relação de entre as RAPS e os serviços de Urgência e Emergência.  |
| 2.1.6.4. Capacitar 100% dos serviços em atendimento de urgência/emergência (UPA/PA/SAMU)                               | Numero de capacitações realizadas; numero           | 1 capacitação                       | Capacitação não realizada no período, ainda com previsão através do recurso do Projeto Percurso Formativo na RAPS e PET/GRADUASUS | Capacitação não realizada no período, ainda com previsão através do recurso do Projeto Percurso Formativo na RAPS e PET/GRADUASUS.  |

|   |  |                                  |  |   |
|---|--|----------------------------------|--|---|
| em saúde mental do município.   | de profissionais capacitados, por categoria. |                                  |  |   |
| 2.1.6.5. Reavaliar o número de profissionais nas equipes, garantindo o pleno funcionamento dos serviços de urgência/emergência do município.<br>Meta 2014 | Indicador descritivo / qualitativo           | Apreensão de relatório de gestão | <p>Realizado chamamento de concurso público para aumento de quadro de funcionários na Urgência e Emergência.</p> <p>Foi fixado o segundo enfermeiro no período noturno no Pronto Atendimento São Vicente em todos os três plantões noturnos e um técnico no período do dia também no PASV, inicialmente, para compor o sétimo elemento da equipe de técnicos em enfermagem. Com abertura da nova UPA III no Complexo CIS o quadro funcional aumentará consideravelmente.</p> | <p>Foram ampliadas as equipes da unidade de Pronto Atendimento 24h de Cordeiros em mais um técnico em enfermagem por plantão, totalizado mais seis profissionais no serviço. Além da disponibilização de um enfermeiro para cobertura das férias agendadas até o final deste ano.</p> <p>Já a unidade de Pronto Atendimento São Vicente, em virtude da mudança de estrutura física para a nova UPA 24h do Complexo CIS, tiveram as escalas de plantões assistenciais de técnicos de enfermagem ampliadas de sete para 13 profissionais, bem como os enfermeiros que passaram de dois por plantão para quatro profissionais. Foram lotados quatro técnicos em enfermagem</p> |



|   |                                   |   |  |   |
|---|-----------------------------------|---|--|---|
|   |                                   |   |  | <p>em cada plantão para suprir demanda do serviço da farmácia de dispensação interna e externa.</p> <p>Esse significativo dos recursos humanos foram realizados com o intuito de promover um salto da qualidade da assistência de enfermagem.</p> |
| 2.1.6.6. Realizar estudo para verificar a possibilidade de ofertar serviço de urgência nas áreas rurais.<br>Meta 2014 | Indicador descritivo /qualitativo | Apreensão de relatório de estudo de viabilidade | Não realizado estudo para essa verificação. Entretanto, com a eminência da ampliação do horário de funcionamento das unidades básicas de saúde essa população terá seu acesso aumentado aos serviços de saúde, além de poder contar com o serviço de urgência e emergência SAMU 192. | A implantação de unidades de UPA 24h requerem um quantitativo mínimo para credenciamento e custeio, sendo assim, a implantação em áreas rurais é inviável.  |
| <b>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1.7 ESTIMULAR O USO DE PRATICAS COMPLEMENTARES EM SAÚDE</b>                                  |                                   |   |  |   |
| 2.1.7.1. Manter o centro de praticas integrativas e complementares em saúde -   | Indicador descritivo /qualitativo | Apreensão de relatório de                       | Serviço mantido.   | Serviço mantido   |

|   |  |   |  |                                 |
|---|--|---|--|---------------------------------|
| CEPICS  |  | estudo<br>de<br>viabilid<br>ade   |  |                                 |
| 2.1.7.2. Capacitar à atenção básica como multiplicadores da massagem shantalla em bebes . |  | Aprese<br>ntação<br>de<br>relatóri<br>o de<br>estudo<br>de<br>viabilid<br>ade | A servidora que realizava a massagem Shantalla se aposentou e ainda não foi substituída. | Serviço ainda sem substituição. |

### EIXO 3 - ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

| RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PARA O EIXO     | ORIGEM DOS RECURSOS   |
|--|---|
| Compõe os Recursos Inseridos no Eixo 2 | 21 - Receita de Impostos e Transferência de Impostos – Saúde;<br>25 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;<br>37 – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial em Hospitalar – União;<br>44 - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial em Hospitalar – Estado. |

### DIRETRIZ - 3.1. IMPLANTAR A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Objetivo específico 3.1.1. Estruturar a Rede de Atenção Psicossocial no Município

| AÇÕES                | INDICADOR DE MONITORAMENTO | META      | 1º QUADRIMESTRE         | 2º QUADRIMESTRE                 |
|----------------------|----------------------------|-----------|-------------------------|---------------------------------|
| 3.1.1.1. Desenvolver | Indicad                    | Apresenta | Realização de grupos de | Realização de grupos de Terapia |

|   |                                  |                                     |  |  |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| estratégias para or populações específicas na atenção básica (usuários de drogas e pessoas em situação de rua), conforme portaria nº 3088/2011. | or descritivo/qualitativo        | ção de relatório de gestão          | Terapia Comunitária- Roda de conversa da RAPS (trabalhadores) - Colegiado SM (trabalhadores)   | Comunitária- Roda de conversa da RAPS (trabalhadores) - Colegiado SM (trabalhadores)   |
| 3.1.1.2. Implantar novos dispositivos da rede de atenção psicossocial (CAPS III-AD).  | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Não realizado  | Não realizado  |
| 3.1.1.3. Ampliar ações de reabilitação psicossocial conforme componente previsto na Rede de Atenção Psicossocial – portaria 3088/2011.          | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | <p>Grupos desenvolvidos nas Unidades de Saúde que contemplem ações de reabilitação psicossocial e realizadas nos CAPS.</p> <p>CAPS AD – Oficina de Jornal</p> <p>Oficina de cidadania</p> <p>CAPS II – Grupo de Técnico de referência</p> <p>CAPS i – não há específico.</p> | <p>Grupos desenvolvidos nas Unidades de Saúde que contemplem ações de reabilitação psicossocial e realizadas nos CAPS.</p> <p>CAPS AD – Oficina de Jornal</p> <p>Oficina de cidadania</p> <p>CAPS II – Grupo de Técnico de referência</p> <p>CAPS i – não há específico.</p> |
| 3.1.1.4. Articular e  | Indicador                        | Apresenta                           | Aguardo posicionamento do  |  |

|   |  |                                   |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|
| <p>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.</p> <p>Meta 2014/2015</p> | <p>or descritivo/qualitativo</p>             | <p>ção de relatório de gestão</p> | <p>Estado na pactuação com gestores dos hospitais da Foz do Rio Itajaí.</p>  | <p>Aguardo posicionamento do Estado na pactuação com gestores dos hospitais da Foz do Rio Itajaí.</p> <p>Participação do Grupo Condutor da RAPS da Foz do Rio Itajaí, que tem pauta permanente a negociação com a Rede hospitalar da região da Foz do Rio Itajaí, através da 17ª Regional de saúde o credenciamento de leitos de saúde mental em hospital geral.</p> |
| <p>3.1.1.5. Desenvolver apoio matricial pelos CAPS em 50% das equipes Estratégia Saúde da Família.</p>  | <p>Percentual de ESF com apoio matricial</p> | <p>50%</p>                        | <p>05 ESF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- U.B.S Rio Bonito recusou o matriciamento em dezembro de 2016</li> <li>- Readequação do modelo para qualificação das ações de matriciamento nos CAPS e atender novo indicador do SISPACTO</li> </ul> | <p>05 ESF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Readequação do modelo para qualificação das ações de matriciamento nos CAPS e atender novo indicador do SISPACTO</li> </ul>   |
| <p>3.1.1.6. Desenvolver o apoio matricial pelo NASF em 50% das</p>  | <p>Percentual de ESF</p>                     | <p>50%</p>                        | <p>16 ESF</p>  | <p>17 ESF - Inclusão de apoio NASF para ESF Costa Cavalcante.</p> <p>50 ESF = 100%</p>   |

|   |                                  |                                       |   |  |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| equipes Estratégia Saúde da Família.  | com apoio matricial              |                                       |   | 17 ESF = x<br>34%  |
| 3.1.1.7. Implantação de protocolo integrado da rede de atenção psicossocial.<br>Meta 2014                                       | Número de protocolos implantados | Relatório de implantação do protocolo | Não realizado<br>Até o momento foi realizado da psicologia e Fluxo de Saúde Mental  | Não realizado<br>Até o momento foi realizado da psicologia e Fluxo de Saúde Mental   |
| 3.1.1.8. Aprimorar o atendimento para o usuário em situação de crise junto aos pontos de atenção da RAPS.                       | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão   | Não realizado ação específica neste período   | Não realizado ação específica neste período.   |
| 3.1.1.9. Criar ações de prevenção em saúde mental, infância e adolescência na atenção básica junto ao Programa Saúde na Escola. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão   | Aguardando criação de grupo intersetorial de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar em articulação com o GTI municipal, conforme orientações gerais sobre as ações de Saúde Mental no PSE | Aguardando criação de grupo intersetorial de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar em articulação com o GTI municipal, conforme orientações gerais sobre as ações de Saúde Mental no PSE. |

|   |  |                            |   |  |
|---|--|----------------------------|---|--|
| 3.1.1.10. Capacitar as equipes de Estratégia Saúde da Família sobre políticas relacionadas ao álcool e outras drogas. | Numero de capacit ações realizadas; n umbero de profissi onais capacit ados, por categori a. | 2 capacitações 260 pessoas | Rodas de conversa da RAPS (trabalhadores)<br>- Colegiado SM (trabalhadores)<br>- Ofertado pelo teleSaude. | Rodas de conversa da RAPS (trabalhadores)<br>- Colegiado SM (trabalhadores)<br>- Ofertado pelo teleSaude.<br>- Ofertado curso de atualização em álcool e outras drogas – UNA/SUS |
|---|--|----------------------------|---|--|

#### EIXO 4 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

|                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PARA O EIXO | ORIGEM DOS RECUROS |
|------------------------------------|--------------------|

|  |  |
|--|--|
| R\$ 505.000,00<br>* Odonto CEO está inserido no<br>MAC | 21 - Receita de Impostos e Transferência de Impostos – Saúde;<br>36 – Atenção Básica - União;<br>47 – Atenção Básica - Estado; |
|--|--|

#### DIRETRIZ - 4.1. FORTALECER AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

##### Objetivo específico 4.1.1. Fortalecer as ações de Saúde Bucal

| AÇÕES  | INDICAD<br>ORES<br>DE<br>MONITO<br>RAMENT<br>O | META   | 1 QUADRIMESTRE   | 2 QUADRIMESTRE  |
|--|--|--|--|---|
| 4.1.1.1.<br>Disponibilizar<br>tratamento<br>odontológico a<br>nível hospitalar<br>para pacientes<br>especiais acima<br>de 14 anos de | Indicador<br>Descritiv<br>o/qualitati<br>vo    | Formalização<br>de Termo de<br>Acesso com<br>HMMKB | Continua a negociação com o<br>hospital, auditoria, controle e<br>avaliação. O serviço não foi<br>disponibilizado. | Realizado reuniões com a o HMMKB, e<br>orientado através de CIB a necessidade do<br>financiamento compartilhado com os municípios da<br>Região. |



|   |  |     |  |  |
|---|--|-----|--|--|
| idade no HMMKB.   |  |     |  |  |
| 4.1.1.2. Disponibilizar tratamento a nível hospitalar para 75% dos pacientes que necessitam procedimentos odontológicos não emergenciais sob anestesia geral. | Percentual de atendimentos hospitalares oferecidos para os pacientes que necessitam do atendimento sob anestesia geral | 75% | Os atendimentos a nível hospitalar não estão sendo realizados. Serviço não disponibilizado pelo Município. Os atendimentos necessários são encaminhados (TFD) para cidades vizinhas. | Os atendimentos ainda não são disponibilizados no município e é realizado encaminhamento (TFD) para cidades vizinhas.  |
| 4.1.1.3. Manter RX odontológico sem demanda reprimida através de aquisição de   | Número de novos equipamentos de RX   | 5   | Serviço de RX oferecido na UNIVALI, CEO e em nove Unidades de Saúde. Iniciado processo licitatório para aquisição de 10 novos aparelhos de RX para utilização nas unidades.          | Serviço de RX oferecido na UNIVALI, CEO e em nove Unidades de Saúde. Iniciado processo licitatório para aquisição de 10 novos aparelhos de RX para utilização nas unidades. Disponibilizado novo aparelho de RX para as UBS Rio Bonito e |

|  |                                   |                                     |  |  |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| novos equipamentos para US que não dispõem deste serviço.  | odontológico                      |                                     |  | UBS Itaipava.  |
| 4.1.1.4. Adequar à área física e equipamentos conforme critérios dos órgãos competentes para atendimento odontológico. | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | A adequação está sendo realizada de acordo com as possibilidades operacionais da Secretaria de Saúde.                  | A adequação continua sendo realizada de acordo com as possibilidades operacionais da Secretaria de Saúde.                  |
| 4.1.1.5. Implementar medidas de prevenção/redução de riscos ocupacionais aos profissionais das Unidades Básicas de     | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Estão sendo planejadas ações para serem realizadas em 2017, junto as reuniões com o cirurgiões dentistas do município. | Solicitada o Auxílio da UNIVALI para elaboração de programa de prevenção de riscos ocupacionais aos profissionais das UBS. |

|  |  |                                     |   |  |
|--|--|-------------------------------------|---|--|
| Saúde.   |  |                                     |   |  |
| 4.1.1.6. Manutenção das ações já existentes e ampliação do programa de saúde bucal do escolar na rede pública. | Número de atendimentos de saúde bucal do escolar | 800                                 | O programa continua com ações mais consistentes e mais bem monitoradas, nas áreas de prevenção e educação em saúde.   | O programa continua com ações mais consistentes e mais bem monitoradas, nas áreas de prevenção e educação em saúde.  |
| 4.1.1.7. Manutenção do programa Bebê Sorridente.   | Número de atendimentos realizados                | 100                                 | O programa foi descontinuado em 2016. Iniciado processo licitatório para aquisição de kits para reativação do programa.                                       | O programa foi descontinuado em 2016. Processo licitatório em andamento para aquisição de kits para reativação do programa.                                  |
| 4.1.1.8. Ofertar ações voltadas para a saúde bucal do idoso.   | Indicador descritivo /qualitativo                | Apresentação de relatório de gestão | Ofertados serviços de prótese total odontológica no CEO. Dentistas participam do Grupo de Tabagismo. São realizados exames e acompanhamento de lesões bucais. | Mantido o serviço de prótese total odontológica no CEO. Dentistas participam do Grupo de Tabagismo. São realizados exames e acompanhamento de lesões bucais. |

|   |  |     |   |  |
|---|--|-----|---|--|
| 4.1.1.9. Manter o serviço de prótese odontológica no município.   | Número de pacientes atendidos no serviço;<br>Número de próteses oferecidas | 150 | O serviço de prótese odontológica está sendo mantido, e aguarda liberação do Ministério da Saúde para aumento da faixa de produção. | O serviço de prótese odontológica está sendo mantido, e aguarda liberação do Ministério da Saúde para aumento da faixa de produção.                              |
| 4.1.1.11. Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal em 8% ao ano. | Índice de cobertura de equipes de saúde bucal                              | 14% | Aguardando processo seletivo para selecionar cirurgiões dentistas para novas ESB.   | Aguardando processo seletivo para selecionar cirurgiões dentistas para novas ESB.  |
| 4.1.1.12. Atingir a média de 5% em ação coletiva de escovação   | Percentual em ação coletiva  | 5%  | Meta não atingida no quadrimestre, pois com o cancelamento da compra por licitação de escovas dentais em 2016, não foi              | Processo licitatório finalizando e fornecimento de escovas e cremes dentais foi iniciado em toda a rede escolar municipal. Programa reativado porém não há dados |

|  |   |       |   |                              |
|--|---|-------|---|------------------------------|
| dental supervisionada.<br><br>Meta 2014  | de escovação o dental supervisionada.                             |       | possível o fornecimento aos estudantes para esta ação coletiva de prevenção. A gestão de 2017 através da Secretaria de Educação e Saúde reiniciou o processo licitatório, para aquisição e fornecimento de material para o trabalho de escovação supervisionada pelos Cirurgiões Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal e Professores da rede pública. No próximo quadrimestre a situação estará normalizada. | suficientes no quadrimestre. |
| 4.1.1.13.<br>Aumentar a média ação coletiva de escovação dental supervisionada em 2% ao ano. | Percentual em ação coletiva de escovação o dental supervisionada. | 15000 | Meta anual a ser alcançada.   | Meta anual a ser alcançada.  |
| 4.1.1.14. Atingir proporção  | Percentual de   | 1,6%  | 2,9%  | 0,32%                        |

|   |   |                                     |  |   |
|---|---|-------------------------------------|--|---|
| máxima de 1,6% de exodontia em relação aos procedimentos.                             | exodontia em relação aos procedimentos. |                                     |  |   |
| 4.1.1.15. Avaliar o índice CPO-D aos 12 anos dando-lhe ampla divulgação.<br>Meta 2015 | Indicador descritivo /qualitativo       | Apresentação de relatório de gestão | Em processo de elaboração junto a UNIVALI e através da Faculdade de Odontologia para aplicação no ano de 2017. | Em processo de elaboração junto a UNIVALI e através da Faculdade de Odontologia para aplicação no ano de 2017. Início no mês de dezembro. |

## EIXO 5 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

| RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PARA O EIXO | ORIGEM DOS RECUROS   |
|------------------------------------|--|
| R\$ 4.989.000,00                   | 21 - Receita de Impostos e Transferência de Impostos – Saúde;<br>39 – Vigilância em Saúde – União;<br>46 – Assistência Farmacêutica Básica - Estado; |

### DIRETRIZ - 5.1. REORGANIZAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

#### Objetivo específico 5.1.1. Reestruturação da Assistência Farmacêutica

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO       | META   | 1 QUADRIMESTRE  | 2 QUADRIMESTRE   |
|---|----------------------------------|--|---|--|
| 5.1.1.1. Registrar responsável técnico da FAISI junto ao Conselho Regional de Farmácia, conforme exigência da legislação sanitária, | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação do registro de responsabilidade técnica | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>No momento em que houver o referido registro se contemplará os 100% estabelecidos como meta.</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>O objetivo principal deste</p> | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>No momento em que houver o referido registro se contemplará os 100% estabelecidos como meta.</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>O objetivo principal deste indicador é regularizar a situação da Farmácia das Ações</p> |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <p>mediante aprovação da Lei que garante gratificação ao responsável técnico.</p> |  | <p>indicador é regularizar a situação da Farmácia das Ações Integradas de Saúde de Itajaí (FAISI) junto ao Conselho Regional de Farmácia com relação à responsabilidade técnica. Ressaltamos que a FAISI é a principal Unidade Farmacêutica do município, atendendo atualmente todas as dispensações de medicamentos sujeitos à controle especial, os programas de Medicamento Não Padronizado e Ações Judiciais e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>Farmacêuticos com registro realizado junto ao Conselho Regional de Farmácia, estando a farmácia regularizada frente a esse órgão. <u>Objetivo com 100% da meta alcançada.</u></p> | <p>Integradas de Saúde de Itajaí (FAISI) junto ao Conselho Regional de Farmácia com relação à responsabilidade técnica. Ressaltamos que a FAISI é a principal Unidade Farmacêutica do município, atendendo atualmente todas as dispensações de medicamentos sujeitos à controle especial, os programas de Medicamento Não Padronizado e Ações Judiciais e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>Farmacêuticos com registro realizado junto ao Conselho Regional de Farmácia, estando a farmácia regularizada frente a esse órgão. <u>Objetivo com 100% da meta alcançada.</u></p> |
|---|--|---|--|



|  |  |          |  |  |
|--|--|----------|--|--|
| <p>5.1.1.3. Realizar treinamentos /capacitação periódicos na Farmácia de Ações Integradas de Saúde de Itajaí – FAISI – com intuito de capacitar os funcionários e bolsistas e mantê-los atualizados a cerca dos assuntos pertinentes à Assistência Farmacêutica.</p> | <p>Numero de capacitações realizadas; num ero de profissionai s capacitados por categoria.</p> | <p>6</p> | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>Em se realizando qualquer treinamento serão atingidos os 100% como meta estabelecida.</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>Os profissionais que hoje fazem parte do quadro de funcionários da FAISI são de diversos campos de atuação e com diversos níveis de escolaridade. Tem se por objetivo nivelar o conhecimento destes profissionais acerca dos temas mais recorrentes em relação à dispensação de medicamentos e da Assistência Farmacêutica de forma geral.</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>Mesmo ocorrendo a mudança da FAISI para local adequado para suas instalações, ainda existe a carência de um local adequado na farmácia para reuniões e capacitações. Não foi</p> | <p>Mesmo ocorrendo a mudança da FAISI para local adequado para suas instalações, ainda existe a carência de um local adequado na farmácia para reuniões e capacitações. Não foi possível realizar treinamento/capacitações até o presente relatório. Está sendo feita articulação com a UNIVALI para que a farmácia presente no bloco da USFC se torne local de referência para educação continuada dos profissionais que atuam nas farmácias municipais.</p> <p><u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p> |
|--|--|----------|--|--|

|   |  |          |   |  |
|---|--|----------|---|--|
|   |  |          | <p>possível realizar treinamento/capacitações até o presente relatório. Está sendo feita articulação com a UNIVALI para que a farmácia presente no bloco da USFC se torne local de referência para educação continuada dos profissionais que atuam nas farmácias municipais.</p> <p><u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p>                       |  |
| <p>5.1.1.4. Implantação de 05 farmácias regionais, com a presença de farmacêuticos em cada uma, em tempo integral de funcionamento, de acordo com a diretriz de estruturação mínima das farmácias do SUS.</p> | <p>Número de farmácias regionais implantadas</p> | <p>5</p> | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>A cada regional implantada nas condições estabelecidas corresponderá a 20% da meta estabelecida.</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>A criação das farmácias regionais acarretará uma melhoria considerável no atendimento da população. Com essas implantações serão ofertados serviços farmacêuticos de</p> | <p>A meta não foi possível de ser alcançada devido à falta de recursos financeiros existentes para a implantação das mesmas, devendo se ressaltar o decreto de contingenciamento vigente. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada</u></p> |

qualidade à população atualmente desassistida. Também será descentralizada a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial e outros medicamentos com uso restrito, que são atrelados à presença do farmacêutico, melhorando o acesso da população. Também se melhorará o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica, acarretando diminuição das perdas de medicamentos.

Planejamento sobre o objetivo

A meta não foi possível de ser alcançada devido à falta de recursos financeiros existentes para a implantação das mesmas, devendo se ressaltar o decreto de contingenciamento vigente.

Objetivo com 0% da meta alcançada.

|   |                                  |                                     |  |  |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| 5.1.1.5. Prover as farmácias regionais de um assistente para o farmacêutico para cada 80 atendimentos/dia com carga horária de 6 horas/dia. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>A meta será alcançada na totalidade à medida que for realizada a implantação das farmácias regionais, com a garantia da presença do assistente do farmacêutico</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>A presença de profissional para auxiliar o farmacêutico nas suas atribuições é de suma importância para garantir a qualidade no atendimento à população e para que não ocorra sobrecarga de trabalho para quem atende, diminuindo as chances de erros acontecerem.</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>O objetivo será executado no concomitantemente a implantação das farmácias regionais. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p> | <p>O objetivo será executado no concomitantemente a implantação das farmácias regionais. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p> |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|

|   |  |    |  |   |
|---|--|----|--|---|
| 5.1.1.6. Descentralizar a distribuição dos medicamentos sujeitos a controle especial a todas as unidades onde tenha presença em tempo integral do farmacêutico. | Numero de capacitações realizadas; numero de profissionais capacitados ,por categoria. | 50 | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>A meta será alcançada na totalidade à medida que for realizada a implantação das farmácias regionais, com a referida descentralização da dispensação.</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>A descentralização dos medicamentos que hoje são de dispensação exclusiva na FAISI proporcionará um maior conforto à população, melhorando o atendimento e o acesso a estes medicamentos.</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>O objetivo será executado no concomitantemente a implantação das farmácias regionais. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p> | O objetivo será executado no concomitantemente a implantação das farmácias regionais. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u> |
| 5.1.1.8. Rever  | Numero de  | 02 | <u>Método de Cálculo</u>   | A revisão da REMUME foi finalizada.   |

|   |  |                                    |   |  |
|---|--|------------------------------------|---|--|
| <p>anualmente a Relação Municipal de Medicamentos – REMUNE - e atualizá-lo quando necessário, publicando-se no Jornal do Municipal após apresentação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde – COMUSA.</p> | <p>capacitações realizadas; número de profissionais capacitados por categoria.</p> | <p>protocolos 100 treinamentos</p> | <p>A meta será alcançada na totalidade quando, anualmente, forem realizadas as revisões e acontecerem às publicações após aprovação pelo COMUSA</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>A adoção de uma Relação Municipal de Medicamentos é de suma importância para fomentar o uso racional de medicamentos bem como proporcionar um uso racional dos recursos existentes para este fim.</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>A revisão da REMUNE foi finalizada. <u>Objetivo com 100% da meta alcançada.</u></p> | <p><u>Objetivo com 100% da meta alcançada.</u></p>   |
| <p>5.1.1.9. Realizar ampla divulgação da REMUNE à rede de saúde, provendo cada consultório com um exemplar impresso,</p>  | <p>Indicador descritivo/qualitativo</p>  |                                    | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>A meta será alcançada na totalidade quando, após aprovação pelo COMUSA, a REMUNE seja distribuída a todas unidades de</p>  | <p>Estão sendo elaborados livretos de bolso com a REMUNE para todos os profissionais prescritores da Rede Municipal de Saúde, realizando sua ampla divulgação.</p> |

|   |                               |                                  |  |   |
|---|-------------------------------|----------------------------------|--|---|
| <p>incentivando a prescrição pelos profissionais daqueles medicamentos presentes nesta.</p> |                               |                                  | <p>saúde e consultórios.</p> <p>Avaliação do objetivo</p> <p>A adoção de uma Relação Municipal de Medicamentos é de suma importância para fomentar o uso racional de medicamentos bem como proporcionar um uso racional dos recursos existentes para este fim.</p> <p>Planejamento sobre o objetivo</p> <p>Estão sendo confeccionados livretos de bolso com a REMUME para todos os profissionais prescritores da Rede Municipal de Saúde, realizando sua ampla divulgação. A lista da REMUME está disponibilizada no site da prefeitura na sua página principal. Objetivo com 50% da meta alcançada.</p> | <p>A lista da REMUME está disponibilizada no site da prefeitura na sua página principal.</p> <p>Objetivo com 50% da meta alcançada.</p> |
| <p>5.1.1.10. Realizar campanhas institucionais para</p>                                     | <p>Indicador descritivo/q</p> | <p>Apresentação de relatório</p> | <p>Método de Cálculo</p> <p>A meta será alcançada na</p>   | <p>Foi realizado no dia 16 de maio evento em alusão ao Dia Nacional de Uso Racional</p>   |

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <p>ressaltar para a população a importância do uso racional dos medicamentos e os perigos da automedicação.</p> <p>racional dos medicamentos e os perigos da automedicação.</p> | <p>ualitativo</p>                                 | <p>de gestão</p>                            | <p>totalidade quando as referidas campanhas forem realizadas.</p> <p>Avaliação do objetivo</p> <p>A realização de tais campanhas é de suma importância para alertar e conscientizar a população da importância do uso racional de medicamentos e os perigos causados pela automedicação.</p> <p>Planejamento sobre o objetivo</p> <p>Este objetivo é alcançado no decorrer do segundo quadrimestre visto que o Dia Nacional de Uso Racional de Medicamentos é 05 de maio e nesta data são realizadas tais campanhas.</p> | <p>de Medicamentos. Este evento teve como parceiros a Univali, o Conselho Regional de Farmácia e a Câmara de Vereadores.</p> <p>Foi realizado seminário sobre Uso Racional de Medicamentos, Acesso a Medicamentos como Direito da População e Descarte Consciente.</p> <p>Objetivo com 100% da meta alcançada.</p> |
| <p>5.1.1.1. Registrar responsável técnico da FAISI junto ao Conselho Regional de Farmácia, conforme</p>   | <p>Método de Cálculo</p> <p>No momento em que</p> | <p>Apresentação de relatório de gestão.</p> | <p>Avaliação do objetivo</p> <p>O objetivo principal deste indicador é regularizar a situação da Farmácia das Ações Integradas de Saúde de Itajaí (FAISI) junto ao</p>   | <p>Devido ao fato do quadro de farmacêuticos estar completo não foi possível contemplar tal objetivo. Apesar de sua importância indiscutível na</p>  |



|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <p>exigência da legislação sanitária, mediante aprovação da Lei que garante gratificação ao responsável técnico.</p>                        | <p>houver o referido registro se contemplará os 100% estabelecidos como meta.</p> | <p>Conselho Regional de Farmácia com relação à responsabilidade técnica. Ressaltamos que a FAISI é a principal Unidade Farmacêutica do município, atendendo atualmente todas as dispensações de medicamentos sujeitos à controle especial, os programas de Medicamento Não Padronizado e Ações Judiciais e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>Farmacêuticos com registro realizado junto ao Conselho Regional de Farmácia, estando a farmácia regularizada frente a esse órgão.</p> <p><u>Objetivo com 100% da meta alcançada.</u></p> | <p>multidisciplinaridade do cuidado ao usuário do SUS, nosso quadro atual de farmacêuticos não permite dispor de profissional para tal ação. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p> |
| <p>5.1.1.12. Elaborar e instituir 05 protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas/ano como ferramentas para fomentar o uso racional de</p> |   | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>A meta será alcançada na totalidade à medida que a quantidade de protocolos/ano for sendo adotadas.</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>A adoção de protocolos ajuda a nortear as práticas clínicas dos prescritores</p>  | <p>Serão implantados Protocolos a serem definidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p>   |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| medicamentos bem como auxiliar o corpo técnico na tomada de decisão quando a solicitação de medicamentos não padronizados.  |  |  | <p>que atuam no SUS, além de criar critérios claros para a liberação de medicamentos que por ventura não estejam padronizados.</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>Serão implantados Protocolos a serem definidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p>  |  |
| 5.1.1.13. Capacitar todos os profissionais prescritores para incentivar os profissionais a indicarem os medicamentos da Relação Municipal de medicamentos – REMUME. |  |  | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>Porcentagem do número de profissionais capacitados frente ao número total de prescritores na rede.</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>A capacitação dos profissionais prescritores é de suma importância para conscientizar e instrumentalizar estes com ferramentas estimulando a prescrição dos medicamentos padronizados na rede bem como promover o uso racional de medicamentos.</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>Foram retomadas as tratativas para continuação das turmas do Curso de Uso Racional de Medicamentos com objetivo de</p> | <p>Foram retomadas as tratativas para continuação das turmas do Curso de Uso Racional de Medicamentos com objetivo de capacitar todos os profissionais da atenção básica, independente de sua formação. <u>Objetivo com 12% da meta alcançada.</u></p> |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | capacitar todos os profissionais da atenção básica, independente de sua formação. <u>Objetivo com 12% da meta alcançada.</u>   |   |
| 5.1.1.14. Aproximação da Assistência Farmacêutica ao Judiciário com realização de seminário anual. |  |  | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>A meta será alcançada quando da realização do evento.</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>A aproximação junto ao poder judiciário visa diminuir o problema gerado pela quantidade de ações judiciais que recaem sobre o município e que causa uma diminuição no investimento na assistência farmacêutica básica.</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>Não há previsão da realização de nova mesa redonda ou outro encontro com o poder judiciário. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p> | <p>Não há previsão da realização de nova mesa redonda ou outro encontro com o poder judiciário. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p> |
| 5.1.1.15. Incluir Assistência Farmacêutica no  |  |  | <p><u>Método de Cálculo</u></p> <p>A meta será alcançada na totalidade quando a assistência</p>  | <p>Devido ao fato do quadro de farmacêuticos estar completo não foi possível contemplar tal objetivo. Apesar de sua</p>                       |

|      |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|
| CAPS |  |  | <p>farmacêutica for incorporada aos processos de trabalho do CAPS.</p> <p><u>Avaliação do objetivo</u></p> <p>A incorporação da prática farmacêutica nos processos de trabalho dos CAPS trará benefícios no que tange o tratamento farmacológico, podendo estar o farmacêutico incluído na equipe multidisciplinar que pratica os cuidado aos pacientes portadores de transtornos e problemas relacionados a saúde mental.</p> <p><u>Planejamento sobre o objetivo</u></p> <p>Devido ao fato do quadro de farmacêuticos estar completo não foi possível contemplar tal objetivo. Apesar de sua importância indiscutível na multidisciplinaridade do cuidado ao usuário do SUS, nosso quadro atual de farmacêuticos não permite dispor de profissional para tal ação. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p> | <p>importância indiscutível na multidisciplinaridade do cuidado ao usuário do SUS, nosso quadro atual de farmacêuticos não permite dispor de profissional para tal ação. <u>Objetivo com 0% da meta alcançada.</u></p> |
|------|--|--|--|--|

## EIXO 6 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

| RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS<br>PARA O EIXO | ORIGEM DOS RECUROS  |
|---------------------------------------|---|
| R\$ 8.582.000,00                      | 21 - Receita de Impostos e Transferência de Impostos – Saúde;<br>38 – Vigilância em Saúde;<br>99 – Vigilância em Saúde – Estado;<br>115 – Recursos Outros Fontes; |

DIRETRIZ – REORGANIZAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO ESPECÍFICO 6.1.1. FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

| AÇÕES   | INDICADOR<br>DE<br>MONITORAMENTO | META                                | 1 QUADRIMESTRE              | 2 QUADRIMESTRE  |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---|
| 6.1.1.1. Garantir o sobreaviso da Diretoria de Vigilância Epidemiológica. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Previsto no 2º Quadrimestre | Previsto no 3º Quadrimestre<br><br>Objetivando prestar assistência em casos que requeiram ações de caráter urgente e/ou emergencial com necessidade de interveniência imediata, necessária e obrigatória, determinadas em legislação, normas e portarias que regem o SUS, evitando complicações graves tanto no indivíduo como na comunidade. Este item será discutido no próximo quadrimestre. |

OBJETIVO ESPECÍFICO 6.1.2. AMPLIAR A PREVENÇÃO DE DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS.

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO            | META | 1 QUADRIMESTRE  | 2 QUADRIMESTRE   |
|---|---------------------------------------|------|---|--|
| <p>6.1.2.1. Reestruturar e adequar a rede de frio com monitoramento 24h conforme legislação vigente (Portaria 012/2012).</p> <p>Meta 2014</p> | Instalação de gerador na rede de frio | 01   | <p>A Rede de frio possui gerador em funcionamento na Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Neste quadrimestre, foi autorizada a licitação para aquisição de câmaras de refrigeração para 12 Unidades de Saúde e 06 para a Vigilância Epidemiológica neste ano. A compra de Câmara Fria, especial para vacina, deverá incluir o item de chamamento telefônico em caso de mudança de temperatura. A rede municipal deverá ser contemplada com câmaras adequadas e treinamento aos profissionais de saúde, para a leitura e cuidado destas câmaras. O planejamento para adequação de</p> | <p>100%</p> <p>Neste ano a Rede de frio esta estruturada conforme portaria 556/2016. Possuindo gerador em funcionamento 24h por dia. Neste quadrimestre, foi comprado 06 câmaras de refrigeração para atender 5 Unidades de Saúde e 01 para a Vigilância Epidemiológica, com objetivo de incorporar novos conceitos e práticas. As mesmas ainda não foram instaladas, devido ser necessário mudança de fiação e tomadas específicas para atender as especificidades do produto. Posteriormente será realizado o treinamento aos profissionais de saúde, para a leitura e cuidado destas câmaras. Para o 3º Quadrimestre, planejamos a compra de mais 6 equipamentos sofisticados para evitar</p> |

|  |  |             |   |   |
|--|--|-------------|---|---|
|  |  |             | <p>estrutura da Rede de Frio será realizado no 2º quadrimestre, devido à possibilidade de mudança de prédio. (A Portaria 012/2012 foi alterada para a Portaria 556/2016).</p> | <p>perdas de imunobiológicos.</p>   |
| <p>6.1.2.3. Manter a cobertura vacinal da BCG-ID (&lt;1ano) em 100% do subgrupo populacional.</p>              | <p>Cobertura Vacinal BCF em menores de um ano</p>        | <p>100%</p> | <p>25,91%</p>   | <p>53,72%</p> <p>A cobertura vacinal é proporcional ao quadrimestre, lembrando que é um dado acumulativo. A vacinação na Maternidade é um dos fatores que influencia na cobertura vacinal deste Imunobiológico. A nossa população esperada para o ano de 2017, são de 3319 crianças e já imunizamos 1783 crianças de Janeiro à Julho, pois o site do MS ainda não calculou o mês de Agosto.</p> |
| <p>6.1.2.4. Manter a cobertura vacinal da Hepatite B (&lt;1ano) no mínimo em 95% do subgrupo populacional.</p> | <p>Cobertura Vacinal Hepatite B em menores de um ano</p> | <p>95%</p>  | <p>25,79%</p>   | <p>43,54%</p> <p>A cobertura vacinal é proporcional ao quadrimestre, lembrando que é um dado acumulativo. Assim como a BCG, a vacinação na Maternidade é um dos fatores que influencia na cobertura vacinal deste Imunobiológico. A nossa população esperada</p>  |



|  |                                |     |        |  |
|--|--------------------------------|-----|--------|--|
|  |                                |     |        | para o ano de 2017, são de 3319 crianças e já imunizamos 1445 crianças de Janeiro à Julho, pois o site do MS ainda não calculou o mês de agosto  |
| 6.1.2.5. Manter a cobertura vacinal para Poliomielite (calendário básico) em 95% do subgrupo populacional. | Cobertura Vacinal Poliomielite | 95% | 26,09% | 46,94%<br><br>A cobertura vacinal é proporcional ao quadrimestre, lembrando que é um dado acumulativo. A cobertura vacinal deste Imunobiológico é calculada com base em crianças menores de 01 ano. A nossa população esperada para o ano de 2017, são de 3319 crianças e já imunizamos 1558 crianças de Janeiro à Julho, pois o site do MS ainda não calculou o mês de Agosto |
| 6.1.2.6. Manter a cobertura vacinal da Pentavalente (<1ano) no mínimo em 95% do subgrupo populacional.     | Cobertura Vacinal Pentavalente | 95% | 25,73% | 43,54%<br><br>A cobertura vacinal é proporcional ao quadrimestre, lembrando que é um dado acumulativo. A cobertura vacinal deste Imunobiológico é calculada com base em crianças menores de 01 ano. A nossa população esperada para o ano de 2017, são de 3319 crianças e já imunizamos 1445   |

|  |  |      |        |  |
|--|--|------|--------|--|
|  |  |      |        | crianças de Janeiro à Julho, pois o site do MS ainda não calculou o mês de Agosto.   |
| 6.1.2.7. Manter a cobertura vacinal adequada da Tríplice Viral em 100% do subgrupo populacional (1 ano). | Cobertura Vacinal Tríplice Viral em menores de um ano                                      | 100% | 25,36% | 50,89%<br><br>A cobertura vacinal é proporcional ao quadrimestre, lembrando que é um dado acumulativo. A cobertura vacinal deste Imunobiológico é calculada com base em crianças de 01 ano. A nossa população esperada para o ano de 2017, são de 3319 crianças e já imunizamos 1689 crianças de Janeiro à Julho, pois o site do MS ainda não calculou o mês de Agosto |
| 6.1.2.8. Investigar 100% dos casos registrados de eventos adversos graves pós-vacinação.                 | Número de eventos adversos notificados; Perce ntual de investigação dos casos notificados. | 100% | 66,66% | 85,71%<br><br>A investigação dos eventos adversos pós-vacinação (EAPV) é realizada através do site do MS. Neste primeiro quadrimestre, tivemos 28 casos registrados em Itajaí, porém, o MS avaliou apenas 24 casos. Estamos com 04 casos pendentes, aguardando retorno do MS para finalizar a investigação para continuidade ou encerramento dos mesmos.               |

|  |                                  |                    |   |  |
|--|----------------------------------|--------------------|---|--|
| 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. | Indicador descritivo/qualitativo | Manutenção da sala | 71%<br>Base do cálculo: suprimos 05 dias dos 07 dias que foram pactuados<br>O município de Itajaí, através da DIVE dispõe de 01 profissional de 30 horas semanais no HMMKB, no período matutino para vacinação dos recém-nascidos em Itajaí. Estamos em processo de firmar parceria com o Hospital para o mesmo assumir a sala de vacina nos finais de semana e feriados para uma cobertura de 100% dos nascidos vivos. | 71%<br>Base do cálculo: suprimos 05 dias dos 07 dias que foram pactuados.<br>O município de Itajaí, através da DIVE dispõe de 01 profissional de 30 horas semanais no HMMKB, no período matutino para vacinar os recém-nascidos em Itajaí. O Departamento Vigilância Epidemiológica vem buscando junto à gestão autorização para continuidade de profissional técnico com experiência para atuar nos fins de semana. |
|--|----------------------------------|--------------------|---|--|

Objetivo específico 6.1.3. Ampliar a prevenção e controle de doenças transmissíveis agudas.

| AÇÕES | INDICADOR DE MONITORAMENTO | META | 1 QUADRIMESTRE | 2 QUADRIMESTRE |
|-------|----------------------------|------|----------------|----------------|
|       |                            |      |                |                |

|   |  |      |  |   |
|---|--|------|--|---|
| 6.1.3.1.<br>Elevar p/ 90% os casos notificados, encerrados oportunamente (exceto dengue). | Percentual de casos notificados encerrados oportunamente (exceto dengue) | 90%  | Não foi possível gerar este relatório, o intervalo mínimo é de 180 dias para avaliação. A Vigilância Epidemiológica considera importante o encerramento oportuno de todas as fichas de doenças de notificação compulsória, pois através desse trabalho se efetiva as ações necessárias para o controle de agravos. | Não se aplica<br>Não foi possível gerar este relatório, o intervalo mínimo é de 180 dias para avaliação. A Vigilância Epidemiológica considera importante o encerramento oportuno de todas as fichas de doenças de notificação compulsória, pois através desse trabalho se efetiva as ações necessárias para o controle de agravos. |
| 6.1.3.2.<br>Elevar p/ 95% as doenças exantemáticas investigadas adequadamente.            | Percentual das doenças exantemáticas investigadas adequadamente.         | 95%  | 100%<br><br>Tivemos 02 casos notificados, investigados e encerrados em tempo oportuno.   | 100%<br><br>Tivemos 05 casos notificados, investigados e encerrados em tempo oportuno.  |
| 6.1.3.3.<br>Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para 100% dos                | Percentual de coleta oportuna de amostras de fezes para PFA              | 100% | Não tivemos nesse primeiro quadrimestre notificação de PFA. Nos próximo quadrimestre, vamos intensificar a busca ativa de casos, através de prontuários hospitalares.  | Não se aplica<br>No segundo quadrimestre não tivemos notificação de PFA. Nos próximo quadrimestre, vamos intensificar a busca ativa de casos, através de prontuários hospitalares.  |

|   |  |      |   |   |
|---|--|------|---|---|
| casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA.   |  |      |   |   |
| 6.1.3.4.<br>Encerrar a investigação em 80% dos casos de meningite bacteriana por critério laboratorial – cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex. | Percentual de casos de meningite bacteriana com encerramento por critério laboratorial | 80%  | 100%<br><br>Ocorreram 06 casos de meningite bacteriana, todas foram confirmadas pelos referidos exames laboratoriais.             | 100%<br><br>Todos os casos notificados foram confirmados pelos referidos exames laboratoriais.                                    |
| 6.1.3.5.<br>Realizar diagnóstico laboratorial de 100% dos casos   | Percentual de casos de doenças exantemáticas com diagnóstico                           | 100% | 100%<br><br>Em Itajaí, tivemos 02 casos de doenças exantemáticas notificados, investigados e realizados diagnóstico laboratorial. | 100%<br><br>Em Itajaí, tivemos 05 casos de doenças exantemáticas notificados, investigados e realizados diagnóstico laboratorial. |

|   |  |      |  |  |
|---|--|------|--|--|
| notificados de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola).   | laboratorial                                 |      |  |  |
| 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. | Percentual de unidades privadas notificantes | 90 % | 100%<br>Nesse ano tivemos até o momento, 02 semanas positivas para doenças exantemáticas no município. O envio foi realizado das 17 semanas epidemiológicas do quadrimestre. | 100%<br>Nesse ano tivemos até o momento, 05 semanas positivas para doenças exantemáticas no município. O envio foi realizado das 35 semanas epidemiológicas do quadrimestre. |
|   |  |      |  | 100%<br>Hoje contamos com 09 unidades sentinelas   |

|   |                                  |   |  |
|---|----------------------------------|---|--|
| 6.1.3.7.<br>Manter a monitorização das Doenças Diarreicas Agudas nas Unidades de Saúde. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresenta 100%<br>Hoje contamos com 09 unidades sentinelas com 100% de alimentação no SIVEP-DDA das 17 primeiras semanas epidemiológicas. Até o momento, foram registrados 2.307 casos de doenças diarreicas agudas e detectado um surto de Doença de Transmissão Hídrica e Alimentar. Em 2009, a Vigilância Epidemiológica municipal implantou o Monitoramento de Agravos nos Centros de Educação Infantil realizado através das Unidades Básicas de Saúde. Este quadrimestre foi observado uma detecção tardia de surtos nos CEI, sendo ressaltada a importância do monitoramento às equipes de Estratégia da Saúde da Família. Foi realizada uma capacitação aos fiscalizadores da | com 100% de alimentação no SIVEP-DDA das 35 primeiras semanas epidemiológicas até o momento, foram registrados 3117 casos de doenças diarreicas agudas e detectado um surto de Doença de Transmissão Hídrica e Alimentar. Em 2009, a Vigilância Epidemiológica municipal implantou o Monitoramento de Agravos nos Centros de Educação Infantil realizado através das Unidades Básicas de Saúde. Este quadrimestre foi observado uma detecção tardia de surtos nos CEI, sendo ressaltada a importância do monitoramento às equipes de Estratégia da Saúde da Família. Foi realizada uma capacitação aos fiscalizadores da limpeza dos CEI, em parceria com a Secretaria da Educação e Diretoria de Vigilância Sanitária. Foram notificados e investigados 23 surtos de DDA, sendo identificado Norovírus como o agente etiológico principal. Todos os surtos foram repassados à Vigilância Sanitária para propor as medidas de controle, à Regional de Saúde e ao Estado. |
|---|----------------------------------|---|--|

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>limpeza dos CEI, em pareceria com a Secretaria da Educação e Diretoria de Vigilância Sanitária. Foram notificados e investigados 23 surtos de DDA, sendo identificado Norovírus como o agente etiológico principal. Todos os surtos foram repassados à Vigilância Sanitária para propor as medidas de controle, à Regional de Saúde e ao Estado.</p> |  |
|--|--|---|--|

OBJETIVO ESPECÍFICO 6.1.4. CONSOLIDAR A VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO       | META                                | 1 Quadrimestre   | 2 Quadrimestre  |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 6.1.4.1. Implementar e manter o Serviço de Vigilância das Doenças e Agravos | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | <p>100%</p> <p>Esse serviço iniciou em julho de 2010 com a Vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis (somente</p> | <p>Duas das doenças e agravos não transmissíveis de notificação compulsória são notificadas e investigadas conforme protocolo</p> |



|                            |  |   |  |
|----------------------------|--|---|--|
| <p>Não Transmissíveis.</p> |  | <p>as doenças e agravos de notificação compulsória) e em 2011 iniciou a Vigilância da Violência. Porém, ainda não é realizada a Vigilância das DANT que não são de notificação compulsória. O serviço não foi oficializado no organograma da Secretaria da Saúde/Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Neste quadrimestre, não foi realizada a Vigilância do Câncer devido à necessidade de redução de recursos humanos.</p> <p>As doenças e agravos não transmissíveis - DANT (doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças musculoesqueléticas, entre outras) são doenças multifatoriais e têm em comum, fatores comportamentais de risco modificáveis e não modificáveis.</p> <p>Dentre os fatores comportamentais de risco modificáveis</p> | <p>específico: a Violência doméstica e/ou outras violências, Violência sexual, tentativa de suicídio por constar na Lista Nacional de Notificação Compulsória (Portaria nº1. 271, de 06 de junho de 2014), e a Desnutrição Grave por ser de interesse municipal a partir de 17/07/2015 (Resolução nº64/SMS/DVE). A Vigilância do Câncer esta começando a ser realizado. Este agravo foi revogado através da Portaria nº242 de 10/04/2015, porém, o Estado refere que permanece de notificação devido ao Decreto 2.026/2008 ainda estar vigente. Sabemos da importância do monitoramento do câncer, porém, em 2013, tivemos 414 notificações, 2014, 602 notificações, 2015, 536 notificações, 262 notificações em 2016 e neste ano até o momento já temos 112 notificações. Portanto, temos preocupação com o declínio das notificações e estamos retomando o monitoramento deste agravo.</p> |
|----------------------------|--|---|--|

destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DANTs já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença, constituindo um sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda.

O Brasil seguindo essa tendência mundial tem passado pelos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional desde a década de 60. Destacamos a queda da mortalidade e da fecundidade aumento do número de idosos,

particularmente, o grupo com mais de 80 anos. De 1980 a 2000, a população de idosos cresceu 107%, enquanto a população até 14 anos cresceu apenas 14%. Nos próximos 20 anos, projeções apontam para a duplicação da população idosa no Brasil, de 8% para 15%. O envelhecimento está associado ao aumento da incidência e prevalência de DANT.

As doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças musculoesqueléticas, entre outras respondem pela maior parcela dos óbitos no país e de despesas com assistência hospitalar no SUS, totalizando cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde. Estas mudanças configuram novos desafios para a saúde pública de encontrar mecanismos para o enfrentamento das DANT marcadas pela complexa relação entre a saúde e seus

determinantes, considerando que essas doenças têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causa morte prematura e geram grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

Portanto, a prevenção e controle das DANT e seus fatores de riscos, são fundamentais para evitar o crescimento epidêmico dessas doenças e suas conseqüências nefastas para a qualidade de vida e o sistema de saúde no país. Diante do exposto, percebemos a necessidade da vigilância epidemiológica na avaliação e indicação para a atenção básica nas principais DANTS presentes no território, para intervenções pontuais bem como trazer a atenção básica os números obtidos, sensibilizando a ordenadora do cuidado na prevenção das DANTS e promoção a saúde.

|   |  |      |  |  |
|---|--|------|--|--|
| 6.1.4.2. Realizar vigilância (notificação e Investigação) das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. | Número de notificações de DANT; Percentual de DANT notificadas, investigadas | 1100 | <p>20%</p> <p>76 crianças recebidas;</p> <p>39 crianças foram monitoradas 1 vez no quadrimestre;</p> <p>10 não se enquadraram no critério de monitoramento de risco.</p> <p>A Vigilância das DCNT é realizada apenas da Desnutrição Grave, agravo de interesse municipal. Neste quadrimestre, manteve-se a captação de casos para monitoramento de crianças em risco de desnutrição grave conforme triagem realizada pela Gerência das Estatísticas Vitais baseada na Ficha de Investigação de Nascidos Vivos. Houve alteração nos critérios/frequência de monitoramento devido à mudança dos critérios de notificação de desnutrição grave e à redução de recursos humanos (redução de uma técnica de enfermagem que auxiliava essa ação 12 horas por semana e foi excluído o</p> | <p>50%</p> <p>Duas das doenças e agravos não transmissíveis de notificação compulsória são notificadas e investigadas conforme protocolo específico: a Violência doméstica e/ou outras violências, Violência sexual, tentativa de suicídio por constar na Lista Nacional de Notificação Compulsória (Portaria nº1. 271, de 06 de junho de 2014), e a Desnutrição Grave por ser de interesse municipal a partir de 17/07/2015 (Resolução nº64/SMS/DVE). A Vigilância do Câncer esta começando a ser realizado. Este agravo foi revogado através da Portaria nº242 de 10/04/2015, porém, o Estado refere que permanece de notificação devido ao Decreto 2.026/2008 ainda estar vigente. Sabemos da importância do monitoramento do câncer, porém, em 2013, tivemos 414 notificações, 2014, 602 notificações, 2015, 536</p> |
|---|--|------|--|--|

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>profissional da Residência Multiprofissional na Gestão que desempenhava suas atividades 8 horas por semana nesta área). Assim, houve redução de crianças que permaneceram em monitoramento de risco e 19 crianças listadas para monitoramento, não foram monitoradas no quadrimestre.</p> <p>Houve redução da Vigilância do Câncer e não houve início da Vigilância das DCNT que não são de notificação compulsória.</p> <p>IMPORTANTE ANALISAR SE ESSA META AINDA EXISTE PARA 2017.</p> <p>Infelizmente hoje não conseguimos trabalhar e analisar os dados das DANTS, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. Atualmente, o município conta com uma equipe pequena, porém, acreditamos que se unirmos força com os demais departamentos de saúde, podemos ao longo do ano melhorar o</p> | <p>notificações, 262 notificações em 2016 e neste ano até o momento já temos 112 notificações. Portanto, temos preocupação com o declínio das notificações e estamos retomando o monitoramento deste agravo.</p> |
|--|--|---|--|

|  |   |      |   |   |
|--|---|------|---|---|
|  |   |      | serviço gradativamente. Portanto, as DANTS existem em nosso município, porém, não é realizado conforme o preconizado.   |   |
| 6.1.4.3.Realizar vigilância (notificação e Investigação) das Violências. | Número de notificações de violências;<br><br>Percentual de violências notificadas, investigadas | 1100 | 76%<br><br>Duas das doenças e agravos não transmissíveis de notificação compulsória são notificados e investigados conforme protocolo específico: a Violência doméstica e/ou outras violências e Violência sexual e tentativa de suicídio por constar na Lista Nacional de Notificação Compulsória (Portaria nº1. 271, de 06 de junho de 2014), a Desnutrição Grave por ser de interesse municipal a partir de 17/07/2015 (Resolução nº64/SMS/DVE). A Vigilância do Câncer não está sendo realizado devido à redução de pessoal, este | 100%<br><br>Nesse quadrimestre, foram registradas 437 notificações de pacientes residentes de Itajaí, sendo todas realizadas investigação e digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Foram encaminhadas 174 notificações ao Conselho Tutelar, uma vez que necessitam de monitoramento para que não ocorra novamente a negligencia familiar. Todos os casos de violência Autoprovocada e violência sexual foram encaminhados às Unidades de Saúde para serem acompanhadas. Com o objetivo de promover a Cultura da Paz, |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>agravo foi revogado através da Portaria nº242 de 10/04/2015, porém, Estado refere que permanece de notificação devido ao Decreto 2.026/2008 ainda estar vigente.</p> | <p>iniciou-se o Projeto Prevenção nas Escolas: Violência Domestica Contra Crianças e Adolescentes, são encontros semanais de saúde X educação em duas unidades escolares: Centro Educacional Pedro Rizzi e Escola Básica Melvim Jones em parceria Unidade Básica Cidade Nova II E Unidade Básica Jardim Esperança no enfrentamento da violência domestica e familiar, buscando equilíbrio nas relações de gênero e etnias, fortalecendo a democracia e os direitos humanos, disseminando a Cultura da Paz, totalizando 152 crianças/adolescentes na faixa etária 8 a 12 anos, 06 profissionais da educação e 03 profissionais da saúde. Neste quadrimestre a responsável pelo agravo vinculada a Diretora da Vigilância Epidemiológica participou 03 reuniões na Rede de Violência e do Seminário Regional de Combate a Violência e Exploração Sexual de Crianças e</p> |
|--|--|---|---|



|   |   |     |  |   |
|---|---|-----|--|---|
|   |   |     |  | Adolescentes em Balneário Piçarras.   |
| 6.1.4.4 Reduzir a proporção de internações por complicações de Diabetes Mellitus. | Proporção de internações por complicações de DM | 38  | <p>Setembro - Dezembro 2016 = 16 casos</p> <p>Janeiro – Fevereiro e Março 2017 = 12 (TABnet – 11.05.2017)</p> <p>Garantido acesso através de agenda prioritária e programática para acompanhamento aos portadores de Diabetes, bem como estímulo de ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, pelas ESF/NASF.</p> | <p>Janeiro – Fevereiro e Março 2017 = 12 (TABnet – 11.05.2017)</p> <p>Abril, Maio, Junho e Julho= 23 (TABnet 19/09/2017)</p> <p>Garantido acesso através do Acolhimento aos usuários, dispondo de agenda prioritária e programática para acompanhamento aos portadores de Diabetes, bem como estímulo de ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, pelas ESF/NASF.</p> |
| 6.1.4.5. Reduzir a taxa de internações por acidente vascular cerebral.            | Taxa de internação por AVC                      | 203 | <p>Setembro - Dezembro 2016 = 59 casos</p> <p>Janeiro – Fevereiro e Março 2017 = 57 (TABnet – 11.05.2017)</p> <p>Garantido acesso aos usuários para diagnóstico precoce, agenda prioritária e programática para acompanhamento, bem como estímulo</p>  | <p>Setembro - Dezembro 2016 = 59 casos</p> <p>Janeiro – Fevereiro e Março 2017 = 57 (TABnet – 11.05.2017)</p> <p>Abril, Maio, Junho e Julho de 2017= (TABnet 19/09/2017)= 129 (TABnet 19/09/2017)</p> <p>Obs: Salientamos que a pesquisa</p>  |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  |  | de ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, pelas ESF/NASF. | na data acima referida os meses de janeiro, fevereiro e março de 2017 somaram 105 casos.<br><br>Garantido acesso através do acolhimento aos usuários dispondo de agenda prioritária e programática para acompanhamento, bem como estímulo de ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, pelas ESF/NASF. |
|--|--|--|---|---|

Objetivo específico 6.1.5. Ampliar a prevenção e controle das doenças transmissíveis crônicas

| AÇÕES                                 | INDICADOR DE MONITORAMENTO        | M<br>ETA | 1 QUADRIMESTRE  | 2 QUADRIMESTRE  |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|---|---|
| 6.1.5.1.<br>Elevar a taxa de cura dos | Percentual de cura de Tuberculose | 75%      | 58,7%<br><br>Este indicador anual tem como ano base de avaliação (2015/2016). Portanto em 2015, houve | 58,7%<br><br>Este indicador anual tem como ano base de avaliação (2015/2016). Portanto em 2015, |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p>casos de tuberculose pulmonar bacilífera a 75%, aumentando-a na razão de 2% ao ano.</p> |  | <p>uma queda no percentual de cura dos casos pulmonares bacilíferos 58,7%, em relação ao ano de 2014 (61,1%), novamente não atingindo a meta, que para este ano seria de 83% de taxa de cura considerando o aumento de 2% ao ano desde 2013. No ano de 2015 foram diagnosticados 124 pacientes com Tuberculose no Município, ressalta-se que houve 03 casos de Tuberculose Droga Resistente – TBDR (6,5%) e 08 casos de abandono (4,3%). Verifica-se a necessidade do aumento do acompanhamento da medicação assistida, pela Atenção Básica, a fim de diminuir os casos de abandono e aumentar a taxa de cura por Tuberculose.</p> | <p>houve uma queda no percentual de cura dos casos pulmonares bacilíferos 58,7%, em relação ao ano de 2014 (61,1%), novamente não atingindo a meta, que para este ano seria de 83% de taxa de cura considerando o aumento de 2% ao ano desde 2013. No ano de 2015 foram diagnosticados 124 pacientes com Tuberculose no Município, ressalta-se que houve 03 casos de TBDR (6,5%), 08 casos de abandono (4,3%). Percebe-se um índice de cura muito abaixo do recomendado relação ao acompanhamento dos pacientes que realizam tratamento de Tuberculose pela atenção básica. Deve-se de imediato priorizar o acompanhamento da medicação assistida, busca ativa de faltoso, preenchimento de boletins de controle, pela Atenção Básica, responsabilizando-se pelo paciente afim de diminuir os casos de abandono e aumentar a taxa de cura por Tuberculose. Diminuindo casos de reinfecção e multirresistência. Todas estas dificuldades foram discutidas entre médicos e enfermeiros da AB, onde foi dado a possibilidade de construir em conjunto alternativas para captar e acompanhar</p> |
|--|--|--|--|

|  |                                  |                                    |  |  |
|--|----------------------------------|------------------------------------|--|--|
|  |                                  |                                    |  | onde se comprometeram em aumentar os índices para o próximo ano. |
| 6.1.5.2.<br>Desenvolver uma campanha anual de mobilização na comunidade para busca de sintomáticos para tuberculose. | Indicador descritivo/qualitativo | Apreensão do relatório da campanha | <p>Campanha Realizada</p> <p>Com a intenção de sensibilizar as equipes de atenção básica para busca ativa de sintomáticos respiratórios – SR e diagnóstico precoce da Tuberculose, esta diretoria programou para a semana do dia Mundial de Combate a Tuberculose, (24 de março), ações diferenciadas, levando a equipe do Programa de Tuberculose, (médico e enfermeiros), para realizar capacitações nas unidades de maiores fluxos e casos de tuberculose, estas capacitações envolveram a equipe de AB e a própria comunidade, informando as formas de transmissão, controle, acesso precoce ao serviço de saúde, obtivemos uma grande participação da comunidade com muitas perguntas e até mesmo participação de pacientes do programa de tuberculose dando o seu relato de acompanhamento ambulatorial e de tomada de medicação. Juntamente com o trabalho da Vigilância Epidemiológica, ocorreu uma parceria com acadêmicos da UNIVALI, do 8º período de</p> | Campanha Realizada   |

|  |   |      |  |  |
|--|---|------|--|--|
|  |   |      | <p>Enfermagem, que estão realizando capacitações e rodas de conversa com Agentes Comunitárias de Saúde, reforçando o acompanhamento do paciente, DOTS, e busca ativa de sintomáticos respiratórios. Estas ações visam preparar melhor a equipe de AB e informar a população que a tuberculose tem tratamento e cura. Foi elaborado um folder informativo para distribuir para as equipes de AB e comunidade.</p>   |  |
| <p>6.1.5.3. Investigar para Tuberculose, através de baciloscopia de escarro, o mínimo equivalente a 1% da população do município ao ano.</p> | <p>Número de baciloscopia de escarro realizadas</p> | 100% | <p>100%</p> <p>Foram realizados 698 baciloscopias, totalizando 3,34% da população investigada considerando a população de Itajaí com base nos dados do IBGE 2016 que é de 208.958 habitantes. Atingindo assim nesse quadrimestre a meta de 1% da população a ser investigada. Vale informar que no início de fevereiro o Laboratório Municipal começou a realizar o TRM (Teste Rápido Molecular) para diagnóstico e controle da TB de modo que foram realizados 116 TRM acrescentando assim 0,55% da população investigada para diagnósticos de TB. O Programa</p> | <p>48%</p> <p>Considerando a nova estimativa do IBGE de 2017 para a população de Itajaí 212.615, neste quadrimestre foram realizados 647 baciloscopias e 394 Testes Rápidos para diagnósticos da Tuberculose, que tem capacidade de detectar a presença do bacilo causador da doença em apenas duas horas. Totalizando neste quadrimestre 1041 investigações realizadas. Acima da quantidade dos dois quadrimestres do ano passado que juntos totalizaram 1038 investigações. Apontando neste quadrimestre 48% de da população</p> |

|  |                                  |   |  |  |
|--|----------------------------------|---|--|--|
|  |                                  |   | <p>de Tuberculose está passando por reestruturação de equipe e processo de trabalho para melhor atender e supervisionar as equipes da atenção básica e pacientes que estão sendo acompanhados no Programa. Também informamos que continuamos a realizar capacitações das equipes de Agente de Endemias para melhor adesão de pacientes no tratamento evitando casos de abandono.</p>   | <p>preconizada a ser investigada. Esse resultado mostra a qualidade da sensibilização das unidades as reuniões, orientações e capacitações de ACS realizadas por esta Gerência em conjunto com o CEREDI.</p> |
| 6.1.5.4. Garantir veículo próprio para o Programa de Tuberculose visando a supervisão do DOTS. | Indicador descritivo/qualitativo | 1 | <p>100%</p> <p>Com objetivo de garantir e aumentar a taxa de cura dos doentes por tuberculose, evitar casos de abandono e surgimento de bacilos resistentes aos medicamentos, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica, já no início de janeiro, disponibilizou um carro exclusivo para o Centro de Referência em Doenças Infecciosas – CEREDI, realizar as visitas domiciliares, para garantir o DOTS dos pacientes assistidos pelo Programa. Estas visitas também têm como finalidade de supervisionar o acompanhamento efetuado ao paciente pela AB afim de, realizar adequadamente o Tratamento Diretamente Observado, diagnóstico</p> | Meta concluída no primeiro quadrimestre  |

|   |   |     |   |   |
|---|---|-----|---|---|
|   |   |     | precoce, busca de contatos de casos índices e intensificação de busca de sintomáticos respiratórios (SR), distribuindo-se a programação das ações de controle da tuberculose (metas de investigação de SR e de diagnóstico de pulmonares positivos por equipe de saúde da família.  |   |
| 6.1.5.5.<br>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. | Percentual de casos de contatos de pacientes com Tuberculose examinados | 70% | 28,3%<br><br>Para contemplar com dados precisos, o item 6.1.5.5. é avaliado retroativamente dois anos, devido ao tempo estimado de conclusão de tratamento, considerando desta forma o ano de 2015/2016. Verifica-se que não houve mudança no resultado da avaliação em razão de que no ano de 2014 a taxa foi de 28,2% de contatos avaliados. Muito abaixo da meta almejada. Verifica-se que através de monitoramento de boletins de acompanhamento do Programa de Tuberculose, que dados como os de acompanhamento de contatos, pelas equipes de estratégia de saúde da família, estão em branco. Desde março esta diretoria vem promovendo encontros e capacitações de equipes de ESF, e | 28,3%<br><br>Para contemplar com dados precisos, o item 6.1.5.5. é avaliado retroativamente dois anos, devido ao tempo estimado de conclusão de tratamento, considerando desta forma o ano de 2015/2016. Verifica-se que não houve mudança no resultado da avaliação em razão de que no ano de 2014 a taxa foi de 28,2% de contatos avaliados. Muito abaixo da meta almejada. Verifica-se que através de monitoramento de boletins de acompanhamento do Programa de Tuberculose, que dados como os de acompanhamento de contatos, pelas equipes de estratégia de saúde da família, estão em branco. Percebe-se que o acompanhamento dos contatos confirmados está muito abaixo da meta, |

|  |   |      |  |   |
|--|---|------|--|---|
|  |   |      | com parceria de estagiários da UNIVALI com supervisão do Programa de Tuberculose, onde trabalha orientando diretamente as Agentes Comunitárias de Saúde, abordando o Tratamento Diretamente Observado, busca ativa de sintomáticos respiratórios, busca ativa de contatos. Também foi elaborado um folder explicativo para uma melhor abordagem da população nas visitas domiciliares e demais atividades educativas.  | situação crítica esta, pois entre os contatos temos crianças, idosos e imunocomprometidos que podem ser comprometidos gravemente pelo agravo. Este quadrimestre foi realizado reuniões de médicos e enfermeiros do DAS colocando estes dados para discussão e chamando a atenção das equipes para a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento do tratamento de seus pacientes e contatos. |
| 6.1.5.6.<br>Implantar programação anual de Prova Tuberculínica para portadores de HIV/AIDS no Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS | Percentual de investigação em casos de TB | 100% | Aguardando Secretaria Estadual de Saúde – SES<br><br>Segundo a Nota Técnica Nº 09/2014/DIVE/SUV/SES/2014, que dispõe sobre o desabastecimento, por tempo indeterminado e sem previsão de normalização na rede do Derivado Protéico Purificado – PPD pelo Ministério da Saúde, preconizada o PPD apenas para contatos menores de cinco anos, pessoas com HIV/AIDS e portadores de condições consideradas de alto risco. Sendo assim, a equipe do Programa de Tuberculose, já planejou a capacitação dos | Aguardando Secretaria Estadual de Saúde – SES   |



|  |                                  |                                    |   |  |
|--|----------------------------------|------------------------------------|---|--|
| do município (CEREDI), a fim de diagnosticar e tratar os casos de infecção latente da tuberculose nesta população. |                                  |                                    | demais servidores do CEREDI, que atuam no Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS, para realização da Prova Tuberculínica para portadores de HIV/AIDS para próximo quadrimestre, visto que a equipe do Programa de Tuberculose está passando por reestruturação e foi dada prioridade para o serviço interno e adequação de rotinas do Programa. Desta forma, assim que o Ministério da Saúde restabelecer o abastecimento do PPD, este serviço será disponibilizado a essa população. |  |
| 6.1.5.7. Desenvolver uma campanha anual de mobilização na comunidade para busca de sintomáticos para tuberculose.  | Indicador descritivo/qualitativo | Apreensão de relatório da campanha | Não foi respondido no 1º quadrimestre   | Campanha realizada no primeiro quadrimestre. |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| 6.1.5.8.<br>Aprimorar<br>Implementar o<br>DOTS no<br>município.                         | Indicador<br>descritivo/qu<br>alitativo              | Aprese<br>ntação<br>de<br>relatório<br>de<br>gestão | 100%<br><br>O DOTS já está 100% implantado, porém o Programa de Tuberculose está passando por uma reestruturação afim qualificar as equipes de Atenção Básica para sensibilizá-los da importância do tratamento supervisionado adequado.  | 100%<br><br>O DOTS já está 100% implantado, Existe uma deficiência no quadro funcional da equipe do Programa de Tuberculose, que dificulta a efetiva supervisão de todas as equipes que realizam os dots no Município, porém foram realizadas reuniões com médicos e enfermeiros colocando os casos de tuberculose acompanhados por cada UBS em discussão para retirada de dúvidas e colocado a equipe do Programa de Tuberculose a disposição para suporte às UBS. A intenção é que a UBS se comprometa em realizar o acompanhamento dos pacientes portadores de Tuberculose, de sua área de abrangência. |
| 6.1.5.9.<br>Realizar<br>Notificação de<br>100% dos<br>casos de sífilis<br>em gestantes. | Percentual<br>de casos de<br>sífilis em<br>gestantes | 100%  | 100%<br><br>Uma das prioridades, desta diretoria desde o início de janeiro, é a detecção precoce da sífilis em gestantes. Para isto, realiza monitoramento periódico dos resultados de VDRL em todas as entradas de gestantes, encaminhadas ao Laboratório Municipal. Em casos resultados reagentes realiza a sinalização imediata às | 100%<br><br>As gestantes requerem maior atenção no diagnóstico e tratamento da sífilis. É sabido que vivemos uma epidemia da doença, com o aumento expressivo e continuado no número de casos notificados em adultos, consequentemente gestantes, a Vigilância Epidemiológica tem trabalhado de forma contundente em relação ao  |

unidades de saúde, faz visitas as unidades para entrega de tratamento, orientações e monitoramento do tratamento e resultados. Porém é importante frisar que a captação precoce da gestante na Rede Cegonha realizando o Teste Rápido já na primeira consulta, segundo preconiza a Nota Técnica Conjunta Nº 391/2012/SAS/SVS/MS. Foram registrados neste Quadrimestre 39 casos de sífilis em gestante, mostrando um aumento expressivo em relação ao 1º Quadrimestre de 2016 que foram 27 casos notificados.

monitoramento dos exames de VDRL positivos realizados nas gestantes do município, onde o resultado reagente é imediatamente sinalizado pelo Laboratório Municipal e reforçado pela Vigilância Epidemiológica, diretamente ao responsável pelo pré-natal da gestante, além de realizar visita técnica à unidade para fornecer orientações, entrega de tratamento e acompanhamento de todo o processo de tratamento e resultados. No entanto, é importante destacar que a captação precoce da gestante, na Rede Cegonha na realização do teste rápido já na abertura de prontuário conforme nota técnica Conjunta Nº 391/2012/SAS/SVS/MS. Neste quadrimestre foram levantados 39 casos de sífilis em gestantes, não havendo alteração em relação ao Quadrimestre passado, (39 casos), Porém 07 casos foram notificados no momento do parto salientando que 03 foram gestantes provenientes de outros municípios que fixaram residência em Itajaí nas ultimas semanas de gestação, 01 gestantes com acompanhamento de pré natal adequado, com sorologias negativas com

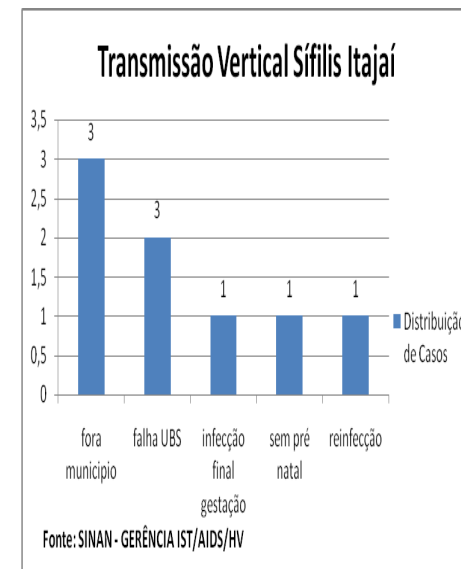
infecção no fim da gestação detectada na hora do parto 01 gestante adequadamente tratada com reinfecção no final da gestação, 01 gestante com pré natal incompleto e 01 gestante usuária de drogas não detectada pela UBS sem nenhum pré natal realizado. Esses dados demonstram gravidade da epidemia de sífilis e a qualidade do pré natal realizado, sendo que a sífilis congênita é 100% prevenível Enfatizamos a necessidade de realizar os testes rápidos o mais precocemente possível para diagnóstico oportuno, consulta pré natal com o parceiro, orientação criteriosa sobre os riscos da sífilis congênita busca ativa imediata de gestantes faltosas e realização de tratamento oportuno na data correta.



|   |  |    |   |   |
|---|--|----|---|---|
| 6.1.5.10.   | Número de                                      | 12 | <p>Avaliação em Janeiro de 2018</p> <p>No primeiro Quadrimestre a Diretoria de Vigilância Epidemiológica organizou com participação do DAS, um Seminário sobre Manejo de Sífilis e Toxoplasmose Gestacional e Congênita, afim de, capacitar e sensibilizar médicos e enfermeiros do HMMKB, Rede Municipal de Saúde e particular para o tratamento adequado da gestante com sífilis e seu parceiro. Neste primeiro quadrimestre foram registrados 09 casos de Sífilis Congênita, apresentando uma taxa de transmissão de 8,58/1000 nascidos vivos. Porém esta meta só poderá ser avaliada em janeiro de 2018, após a inclusão de todos os casos de Sífilis congênita de 2017. Este dado, expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação.</p> <p>Ao levantar os registros dos casos observamos as seguintes fragilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré - Natal tardio e não realizado;</li> <li>• Realização de exames abaixo do</li> </ul> | <p>Avaliação em janeiro de 2018</p> <p>Neste quadrimestre, foram realizadas reuniões com médicos e enfermeiros da rede de atenção básica, expondo os casos registrados no município, e discutindo condutas e formas de abordagem das gestantes, preenchimento adequado de prontuário eletrônico, carteira de acompanhamento de gestante, tratamento oportuno e adequado, participação do parceiro nas consultas. Neste quadrimestre foram registrados 08 casos de sífilis congênita e 01 caso de natimorto, apresentando uma taxa de transmissão vertical de 8/1000, entretanto, essa taxa só poderá ser avaliada em janeiro de 2018, após a inclusão de todos os casos de Sífilis Congênita de 2017.</p> |
| Reduzir a taxa de transmissão vertical de sífilis em 3% ao ano. | casos novos de transmissão vertical de sífilis |    |   |   |

preconizado pelo Ministério da Saúde;

- Baixa adesão na realização de testes rápidos na Atenção Básica;
  - Dificuldade na abordagem de gestantes usuárias de drogas;
  - Gestante com múltiplos parceiros;
  - Baixa adesão do parceiro na participação do pré-natal:
  - Recusa do parceiro em realizar o tratamento;
  - Sífilis adquirida nas ultimas semanas de gestação, com diagnóstico no momento do parto;
  - Gestantes que migram para o município de Itajaí, sem pré-natal adequado;
- Tratamento inadequado ou não realizado no pré-natal particular.



Neste quadrimestre constatou -se as seguintes dificuldades:

- Gestantes que migram para o município de Itajaí, sem pré-natal;
- Baixa adesão na realização de testes rápidos na Atenção Básica, fator determinante para conduta precoce;
- Dificuldade no acompanhamento de gestantes usuárias de drogas;
- Baixa adesão do parceiro na participação do pré-natal:
- Recusa do parceiro em realizar o tratamento;

• Sífilis adquirida nas ultimas semanas de gestação, com diagnóstico no momento do parto.

|   |  |    |  |                          |                            |           |                                |                                  |  |
|---|--|----|--|--------------------------|----------------------------|-----------|--------------------------------|----------------------------------|--|
| 6.1.5.11.   | Número de casos novos de transmissão vertical de sífilis | 12 | Foram registrados 09 casos de Sífilis Congênita neste primeiro Quadrimestre. Porém em comparação com 1º Quadrimestre de 2016 onde foram notificados 27 gestantes com sífilis e 08 casos de transmissão vertical (29,6%), neste 1º Quadrimestre de 2017 foram notificados 39 gestantes com sífilis e 09 casos de sífilis congênita (23,1%), observa-se uma redução de 6,5% de transmissão vertical, sendo que destes 09 casos tivemos 01 gestante com transmissão vertical gemelar. | 08 casos<br>01 natimorto |                            |           |                                |                                  |  |
| Acompanhar o pré-natal de modo a não ultrapassar 12 casos novos de sífilis congênita em menores de um ano.<br>META 2014 | Meta : 2014<br>Porem indicador Sispacto                  |    |  | idade da Mãe             | Realizado pré-natal/ local | Município | diagnóstico de sífilis materna | Teste não treponêmico o no parto | teste confirmatório treponêmico no parto |
|   |  |    |  | 26 anos                  | Realiza Rio Bonito         | Itajai    | o Parto                        | Reagente- 1:8                    | reagente                                 |
|   |  |    |  | 31 anos                  | Realizado Promorar II      | Itajai    | o parto                        | Reagente - 1:8                   | Reagente                                 |
|   |  |    |  | 28 anos                  | não                        | CAMBORI U | o parto                        | Reagente - 1:16                  | reagente                                 |
|   |  |    |  | 29 anos                  | não                        | ALAGOAS   | o parto                        | Reagente - 1: 8                  | reagente                                 |
|   |  |    |  | 28 anos                  | Realiza / N.S.G            | Itajai    | o pré natal                    | Reagente - 1:64                  | reagente                                 |
|   |  |    |  | 37 anos                  | Realizado /CRESCE M        | Itajai    | o pré natal                    | Reagente- 1:8                    | reagente                                 |
|   |  |    |  | 25 anos                  | não                        | Itajai    | o parto                        | Reagente - 1:1                   | reagente                                 |

| Idade da Mãe            | Realizado pré-natal/<br>local  | Município             | Diagnostico de<br>sífilis materna | Teste não<br>treponêmico no<br>parto | Teste<br>confirmatório<br>treponêmico no<br>parto | Esquema<br>de tto | Parceiro tratado<br>junto com a<br>gestante |
|-------------------------|--|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------|---|
| 1ª-36 anos              | Realizado<br>Particular  | Itajaí                | No parto                          | Reagente-1:1                         | Reagente  | Não<br>realizado  | Não   |
| 2ª-19 anos              | Realizado-Início em<br>Navegantes veio<br>para Itajaí com IG-<br>32s<br>Costa Cavalcanti | Navegantes/<br>Itajaí | No parto                          | Reagente-1:2                         | Reagente  | Não<br>realizado  | Não   |
| 3ª-22 anos -<br>gemelar | Realizado<br>Cordeiros   | Itajaí                | No pré-natal                      | Reagente- 1:16                       | Reagente  | Adequado          | Sim   |
| 4ª-22 anos-<br>gemelar  | Realizado<br>Cordeiros   | Itajaí                | No pré-natal                      | Reagente-1:16                        | Reagente  | Adequado          | Sim   |
| 5ª-35 anos              | Realizado<br>Rio Bonito  | Itajaí                | No pré-natal                      | Reagente- 1:16                       | Reagente  | Inadequado        | Não   |
| 6ª-21 anos              | Não aborto<br>Jardim Esperança   | Itajaí                | No momento<br>do aborto           | Reagente-<br>1:2048                  | Reagente  | Não<br>realizado  | Não   |
| 7ª-21 anos              | Realizado<br>Pro Morar II  | Itajaí                | No pré-natal                      | Reagente-<br>1:2                     | Reagente  | Inadequado        | Sim   |
| 8ª-25 anos              | Realizado<br>Brilhante   | Itajaí                | No pré-natal                      | Reagente- 1:64                       | Reagente  | Adequado          | Sim   |
| 9ª-28 anos              | Realizado<br>São João/<br>CRESCER  | Itajaí                | No pré-natal                      | Reagente- 1:4                        | Reagente  | Inadequado        | Sim   |

|         |                    |         |         |                   |          |              |
|---------|--------------------|---------|---------|-------------------|----------|--------------|
|         |                    |         |         |                   |          | realiz       |
| 29 anos | Sim /Rio<br>Bonito | Itajaí  | o parto | Reagente -<br>1:1 | reagente | ão<br>realiz |
| 8 anos  | SIM                | ITAPEMA | o parto | Reagente<br>1:4   | reagente | ão<br>realiz |

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| 6.1.5.12.<br>Acompanhar<br>crianças HIV<br>positivas<br>menores de 5<br>anos de modo<br>a não<br>ultrapassar 2 | Número de<br>crianças<br>menores de<br>5 anos,<br>soropositivas<br>para HIV,<br>acompanhad<br>as | 2 | Neste Quadrimestre foi registrado 01 caso de AIDS em menor de 05 anos. Criança proveniente de encaminhamento da rede privada, com primeira consulta no serviço de referência em 05/01/2017 com resultado de exames comprovando diagnóstico de AIDS em 06/01/2017, mãe com histórico de pré natal em rede privada, Elisa antiHIV não reagente em 18/09/15, parto | Não se aplica<br><br>Neste Quadrimestre não houve registro de AIDS nesta faixa etária, Todas as crianças fazem acompanhamento periódico com especialista no CEREDI, avaliações clínicas e laboratoriais, busca ativa de faltosos para realização de consultas e exames. |
|--|--|---|---|---|



|  |  |                                      |  |   |
|--|--|--------------------------------------|--|---|
| casos de AIDS ao ano nesta faixa etária                                      |  |                                      | realizado na Maternidade Santa Luiza. Criança amamentada até os sete meses de idade.   |   |
| 6.1.5.13.<br>Atender todas as crianças expostas ao HIV.                      | Percentual de acompanhamento de crianças expostas ao HIV | 100%                                 | <p>100%</p> <p>Todas as crianças expostas ao HIV são encaminhadas e atendidas no serviço de referência CEREDI, tanto as residentes em Itajaí, como as residentes em outros municípios. No processo de alta hospitalar, já é agendada consulta no CEREDI para todas as crianças. Neste quadrimestre foram notificados 12 casos novos de criança exposta ao HIV e acompanhadas 536 crianças já acompanhadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Janeiro: 36</li> <li>• Fevereiro: 148</li> <li>• Março: 208</li> </ul> | <p>100%</p> <p>Todas as crianças expostas ao HIV, são encaminhadas e atendidas no serviço de referência CEREDI, tanto as residentes em Itajaí, como as residentes em outros municípios. No processo de alta hospitalar, já é agendada consulta no CEREDI para todas as crianças.</p> <p>Atendimentos a crianças expostas: 268</p> <p>Casos novos: 12</p> <p><u>Transmissão vertical: 0.</u></p> |
| 6.1.5.14.<br>Realizar campanhas informativas sobre as formas de prevenção do | Indicador descritivo/qualitativo                         | Apreensão do relatório das campanhas | <p>100%</p> <p>Durante o primeiro quadrimestre de 2017 foram realizados 06 encontros com alunos do 5º ao 9º ano sendo abordados os temas Corpo, Valorização do Corpo e Auto Estima, nas escolas Municipais: Escola Básica Avelino Werner, Centro educacional de Cordeiros, Escola Básica Martinho</p>  | <p>100%</p> <p>A compreensão da importância da Prevenção e da Promoção representa um pilar constitutivo das ações e resultados no âmbito das IST/AIDS e Hepatites virais, na medida que é consolidado através de novas práticas, novos olhares em um processo de construção e</p>   |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <p>HIV/AIDS e outras DST, para população em geral do Município de Itajaí por meio de mídia impressa e eletrônica.</p> |  |  | <p>Gervasi, atingindo assim o quantitativo 250 alunos. Em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, está sendo realizada uma Capacitação para 25 profissionais de saúde, sendo estes Enfermeiros, Médicos e Agentes Comunitários de Saúde das UBS Fazenda, Murta, Praia Brava, Itaipava, Nossa Senhora das Graças, Cidade Nova II, São Vicente, Bambuzal, Espinheiro e Rio Bonito, abordando todos os temas do Projeto Sexualidade. O projeto foi apresentado também em uma reunião com os Diretores de 16 unidades escolares com o objetivo de informá-los que os profissionais de saúde que estão sendo capacitados procurariam as unidades escolares para desenvolver as atividades. Também ministramos uma palestra para todos os diretores do Ensino Fundamental com a temática Prevenção a Violência Infantil. Neste primeiro quadrimestre participamos da primeira reunião com o Grupo Técnico – GT do Programa Saúde do Escolar (PSE) para apresentarmos as atividades que serão desenvolvidas durante o ano de 2017.</p> <p>Ações realizadas em parceria com as</p> | <p>enfrentamento coletivo visando a redução dos índices dessas e de outras patologias e suas diversas consequências biopsicossociais.</p> <p>Partindo desse pressuposto, a Gerência de IST/AIDS/HV durante esse segundo quadrimestre do ano de 2017 tem realizado inúmeras ações de prevenção e promoção à saúde, sendo estas palestras em escolas, empresas, universidades, bem como as ações de testagem rápida para a população em datas alusivas a algum evento do calendário.</p> <p>Para facilitar o processo de orientação adequada e eficaz junto à comunidade sobre a prevenção e o uso de preservativos nas Unidades Básicas de Saúde o Projeto Empresa Saudável, realizou um total de 30 palestras em Sipas de empresas parceiras, Universidade IFES e Educação de Jovens e Adultos com os temas ISTs e HIV/AIDS, atingindo assim um quantitativo de 700 pessoas que foram orientadas sobre prevenção dessas infecções, formas de contaminação, oficinas de sexo seguro e entrega de insumos de prevenção (gel lubrificante, preservativos masculinos e</p> |
|---|--|--|---|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>Agentes de Endemias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No mês de janeiro foram distribuídos 2448 preservativos de 52mm, 2448 preservativos de 55mm, 64 gel bisnaga, 80 preservativos feminino e 150 gel sache nas 25 casas atendidas pelo programa. Nos pontos com dispenser e ações nas empresas foram distribuídos 36144 preservativos de 52mm;</li> <li>No mês de fevereiro foram 7056 preservativos de 52 mm, 6624 preservativos de 55 mm, 136 gel bisnaga, 280 preservativos feminino e 590 gel sache nas casas; em empresas e ações do município como, por exemplo, o carnaval foram 6336 preservativos de 52mm e 144 preservativos de 55mm;</li> <li>Mês de março foram distribuídos nas casas 5760 preservativos de 52 mm, 5904 preservativos de 55 mm, 47 gel bisnaga, 280 preservativos femininos e 590 gel sache. Nas empresas e em outras ações foram 8784 preservativos de 52 mm;</li> <li>Em abril aumentamos de 25 para 30 as casas acompanhadas pelo programa,</li> </ul> | <p>femininos).</p> <p>Foram realizados 35 encontros com alunos do 5º ao 9º ano, sendo abordados os temas: Corpo, Valorização do Corpo e Auto Estima, nas escolas Municipais: Escola Básica Avelino Werner, Centro educacional de Cordeiros, Escola Básica Martinho Gervasi, E. B. Pedro Baron, Cedin Angela Dalçóquio de Souza, atingindo assim o quantitativo 1050 alunos.</p> <p>Realizaram-se os últimos encontros da Capacitação de Sexualidade para os 25 profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) com encerramento e coffee break dia 18 de agosto.</p> <p>Neste período, trabalhou-se também: Palestra sobre autoestima no Dia das Mães e uma palestra com o tema Sexualidade para os pais da Escola Básica Avelino Werner; na Escola Básica Carlos de Paula Seara realizou-se uma roda de conversa com os professores com o tema autoestima; Empresa Vitalmar palestra sobre sexualidade para adolescentes do Projeto Crescer; Secretaria Municipal de Educação</p> |
|--|--|--|--|

|  |                                   |                                     |   |  |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
|  |                                   |                                     | <p>distribuímos 2880 preservativos de 52mm, 3456 preservativos de 55mm, 89 gel bisnaga, 106 preservativos feminino e 100 gel sache. Aumentamos o número de pontos com dispenser de preservativos de 12 para 16, incluindo o Instituto Fayal de Ensino, distribuímos 14256 preservativos de 52mm e 864 preservativos de 55mm. Neste mês foi realizado uma roda de conversa em casa de prostituição;</p> <p>Ressaltando, que durante os meses de janeiro, fevereiro e março as agentes trabalhavam apenas 6 horas por semana no programa. Atualmente, estão em tempo integral, visitando as casas e os pontos com dispenser de 15 em 15 dias.</p> | <p>palestra para professores da Educação Infantil com o tema valorização do Eu e autoestima.</p> <p>Com o objetivo de ampliação do acesso ao diagnóstico precoce através dos testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B e C, realizou-se a Campanha do Dia dos Namorados; Dia Mundial de Combate as Hepatites Virais e ações pontuais de testagem rápida nos meses de maio, junho, julho e agosto nos seguintes locais: Casas Noturnas, Univali, IFES, atingindo um público de 1017 pessoas testadas e um quantitativo de 4068 testes rápidos realizados para HIV, SÍFILIS, Hepatites B e C.</p> <p>Foram confeccionados 15.000 folders e flyers e 2000 camisetas alusivas a Campanha do Dia Mundial de Combate as Hepatites Virais</p> |
| 6.1.5.15. Aprimorar as atividades relativas as Doenças Crônicas Não Transmissíveis | Indicador descritivo/quantitativo | Apresentação do relatório de gestão | Similar ao indicador 6142   | Similar ao indicador 6142  |

|   |  |      |  |  |
|---|--|------|--|--|
| s.  |  |      |  |  |
| 6.1.5.16.<br>Aumentar para 100% a proporção de óbitos infantis e fetais investigados. | Percentual de óbitos infantil e fetal investigados | 100% | <p>100%</p> <p>No 1º quadrimestre, o município apresentou 07 óbitos infantis e 12 óbitos fetais, destes óbitos, 07 foram investigados e 12 estão dentro dos prazos preconizados pelo Ministério da Saúde.</p> <p>O processo de investigação de óbito infantil e fetal está dividido em investigação ambulatorial, domiciliar e hospitalar e deve ser encerrado em 120 dias após a data da morte.</p> <p>Convém lembrar que o município de Itajai, também é responsável pelas investigações de mortes ocorridas em Itajai, no quesito hospitalar, de qualquer outro município.</p> <p>No quesito ambulatorial e domiciliar, as investigações são realizadas em parceria com a Estratégia Saúde da Família, quando o endereço da criança pertence à área de abrangência, senão este processo é realizado inteiramente pela DVE.</p> <p>A equipe responsável atualmente por este trabalho na Diretoria de Vigilância Epidemiológica é composta por uma enfermeira e</p> | <p>92,69%</p> <p>O processo de investigação de óbito infantil e fetal está dividido em investigação ambulatorial, domiciliar e hospitalar e deve ser encerrado em 120 dias após a data da morte.</p> <p>Neste ano, o município apresentou 20 óbitos infantis e 21 óbitos fetais, destes óbitos, 34 foram investigados, 04 estão dentro dos prazos preconizados pelo Ministério da Saúde e 03 se encontram com investigação em atraso.</p> <p>O município de Itajai é responsável pelas investigações de mortes ocorridas em Itajai, no quesito hospitalar, de qualquer outro município, perfazendo neste ano um total de 23 investigações.</p> <p>A equipe responsável atualmente por este trabalho na Diretoria de Vigilância Epidemiológica é composta por uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem.</p> |

|   |   |      |  |   |
|---|---|------|--|---|
|   |   |      | dois técnicos de enfermagem.   |   |
| 6.1.5.17.<br>Realizar<br>testagem para<br>sífilis (VDRL)<br>em 100% das<br>mulheres no<br>momento do<br>parto ou<br>aborto. | Perce<br>ntual de<br>testes<br>realizados no<br>momento do<br>Parto ou<br>Aborto      | 100% | 100%<br><br>Todas as mulheres atendidas no HMMKB<br>são testadas no momento do parto ou aborto, para<br>realizar tratamento adequado. Neste Quadrimestre<br>foram testadas 1310 parturientes.  | Todas as mulheres atendidas no HMMKB<br>são testadas no momento do parto ou aborto, em<br>vistas de realizar tratamento adequado.<br><br>Neste Quadrimestre foram testadas 1184<br>gestantes  |
| 6.1.5.18.<br>Garantir<br>acompanhame<br>nto das<br>crianças<br>expostas às<br>Hepatites<br>virais.                          | Percentual<br>de<br>acompanha<br>mento das<br>crianças<br>expostas às<br>hepatites B. | 95%  | Todas as crianças expostas ao vírus da<br>Hepatite são encaminhadas e atendidas no<br>serviço de referencia CEREDI. Lembrando que,<br>após o nascimento ainda no hospital, é realizada a<br>1ª dose de vacina da Hepatite B e a<br>Imunoglobulina. Neste semestre não houve casos<br>de transmissão vertical do vírus da Hepatite B. | Neste semestre não houve casos de<br>transmissão vertical do vírus da Hepatite B.<br>Todas as crianças expostas ao vírus da Hepatite<br>são encaminhadas e atendidas no serviço de<br>referencia CEREDI. Lembrando que, após o<br>nascimento ainda no hospital, é realizada a 1ª<br>dose de vacina da Hepatite B e a<br>Imunoglobulina. |

Objetivo específico 6.1.6. Qualificar a análise e divulgação das estatísticas vitais e informações epidemiológicas

| AÇÕES  | INDICADOR DE MONITORAMENTO                     | META | 1º QUADRIMESTRE   | 2º QUADRIMESTRE  |
|--|--|------|---|--|
| 6.1.6.1. Manter a remessa regular do banco de dados do Sistema Nacional de Informações de Nascidos Vivos – SINASC. | Número de remessas                             | 52   | 100%<br><br>Contamos com uma profissional administrativa 40 horas semanais para a digitação dos dados do SINASC e envio dos lotes semanais. | 100%<br><br>Contamos com uma profissional administrativa 40 horas semanais para a digitação dos dados do SINASC e envio dos lotes semanais.                              |
| 6.1.6.2. Atingir a proporção de 98% de registro de óbitos com causa básica definida.                               | Percentual de óbitos com causa básica definida | 98%  | 100%<br><br>No primeiro trimestre, ocorreram 246 óbitos registrados no SIM, sendo 98,78% com causa básica definida.                         | Neste ano ocorreram 666 óbitos registrados no SIM, em 13 destes óbitos, que ainda se encontram em investigação, perfazendo um total de 98,05% com causa básica definida. |

|          |   |   |     |  |   |
|----------|---|---|-----|--|---|
| 6.1.6.3. | Atingir a proporção de 90% de casos de doenças de notificação compulsória imediata, encerradas em até 60 dias após a notificação. | Percentual de casos de doenças de notificação compulsória imediata, encerradas em até 60 dias após a notificação. | 90% | 100%<br>Notificação Compulsória Imediata são todas as notificações realizadas em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência da doença. Em Itajaí, as notificações imediatas mais frequentes (Coqueluche, Doenças exantemáticas, SRAG, Meningites e Intoxicação Exógena), estão sendo encerradas em tempo oportuno. | 100%<br>Notificação Compulsória Imediata são todas as notificações realizadas em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência da doença. Em Itajaí, as notificações imediatas mais frequentes (Coqueluche, Doenças exantemáticas, SRAG, Meningites e Intoxicação Exógena), estão sendo encerradas em tempo oportuno.  |
| 6.1.6.4. | Manter a notificação dos recém-nascidos de risco para atenção básica.   | Percentual de notificação dos recém-nascidos de risco para atenção básica.  | 95% | 100%<br>O município conta com um programa materno infantil e uma das atribuições da vigilância é enviar todas as declarações de nascidos vivos as unidades de saúde para avaliação e visita do RN. Enviamos 100% das declarações dos nascidos no município e compiladas todas as informações enviadas da UBS                 | 100%<br>Neste quadrimestre o Departamento de Vigilância Epidemiológica, incorporou uma Enfermeira, período integral para atuar na vigilância do Programa Materno Infantil. Tendo como atribuições enviar todas as declarações de nascidos vivos as unidades de saúde para avaliação e visita do RN. Enviamos 100%, perfazendo um total de 2350 Declarações Nascidos Vivos |



|   |  |                                     |   |   |
|---|--|-------------------------------------|---|---|
|   |  |                                     | sobre o pós-visita desses bebês com foco nos bebês de risco.  | no município.<br>Também são compiladas todas as informações enviadas da UBS sobre o pós-visita desses bebês com foco nos bebês de risco.  |
| 6.1.6.5. Manter a remessa regular do banco de dados do SIM.     | Indicador descritivo/qualitativo                 | Apresentação do relatório de gestão | 100%<br><br>Contamos com uma profissional administrativa 40 horas semanais para a digitação dos dados do SINASC e envio dos lotes semanais. | 100%<br><br>Contamos com uma profissional administrativa 40 horas semanais para a digitação dos dados do SINASC e envio dos lotes semanais, e neste quadrimestre obedecendo orientação da DIVE/SC se encaminhou 01 lote |
| 6.1.6.6. Investigar 100% dos óbitos maternos.                   | Percentual de óbitos maternos investigados       | 100%                                | 100%<br><br>No 1º quadrimestre, não houve óbitos maternos registrados no SIM.   | 100%<br><br>No 1º quadrimestre, não houve óbitos maternos registrados no SIM.   |
| 6.1.6.7. Investigar 95% dos óbitos em mulheres em idade fértil. | Percentual de Óbitos de mulheres em idade fértil | 95%                                 | 100%<br><br>No 1º quadrimestre, houve 19 óbitos em mulheres em idade fértil registrados no SIM, sendo 12                                    | 100%<br><br>Neste ano houve 42 óbitos em mulheres em idade fértil registrados no SIM, sendo 34 investigados e 08 estão  |

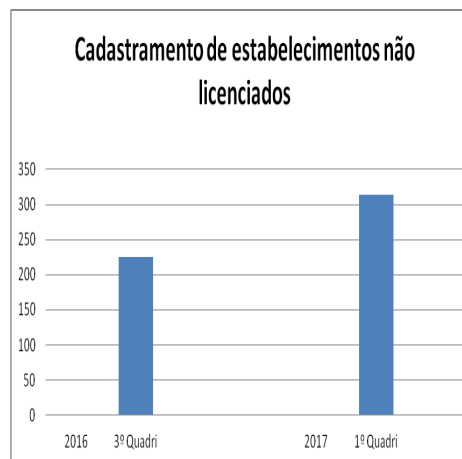
|  |                                  |                                     |  |   |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
|  |                                  |                                     | investigados e 07 estão dentro do prazo preconizado pelo MS.   | dentro do prazo preconizado pelo MS.<br><br>O município de Itajai é responsável pelas investigações de mortes ocorridas em Itajai, no quesito hospitalar, e de qualquer outro município, perfazendo neste ano um total de 18 investigações. |
| 6.1.6.8. Elaborar Informes Epidemiológicos.  | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | 100%<br><br>Foram elaboradas informes sobre a meningite, influenza, tuberculose, toxoplasmose, rotavírus, dengue e doença diarreica aguda para a população em geral.                     | 100%<br><br>Foram elaborados informes sobre a meningite, influenza, tuberculose, toxoplasmose, rotavírus, dengue e doença diarreica aguda para a população em geral.  |
| 6.1.6.10. Contratar serviço terceirizado de Verificação de Óbitos, iniciando com 10 necropsias/mês subindo a razão de 1% ao ano. | Indicador descritivo/qualitativo | 10                                  | Em 2014 o Departamento de Vigilância Epidemiológica, fez contato com o serviço terceirizado de verificação de óbitos, que atende Joinville e Criciúma. Após o contato com o serviço, foi | Em 2014 o Departamento de Vigilância Epidemiológica, fez contato com o serviço terceirizado de verificação de óbitos, que atende Joinville e Criciúma. Após o contato com o serviço, foi realizado licitações e contrato com esta           |

|  |  |    |   |   |
|--|--|----|---|---|
|  |  |    | <p>realizado licitações e contrato com empresa. Porém, a empresa teve esta empresa. Porém, a empresa teve problemas legais que ainda não foi resolvido judicialmente, portanto, não pode assumir a atividade com o município. Sugerimos ao COMUSA, a exclusão do item em questão.</p>                                   |   |
| 6.1.6.11.Realizar atividades de educação permanente sobre o SIM para os médicos. | <p>Numero de capacitações realizadas;</p> <p>Numero de profissionais capacitados, por categoria.</p> | 01 | <p>Previsto para o 2º quadrimestre</p> <p>Todos os anos a enfermeira responsável pelas estatísticas vitais em parceria com o HMMKB, realiza uma educação permanente para todos os residentes e fala sobre o correto preenchimento da declaração de óbito. Porém, este treinamento ocorre sempre no 2º quadrimestre.</p> | <p>100%</p> <p>Foram realizadas 02 atividades educativas em parceria com o Curso de Medicina da UNIVALI, para alunos do internato, totalizando 58 alunos.</p> |

Objetivo específico 6.1.7. Priorizar as ações de vigilância sanitária

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO            | META | 1º QUADRIMESTRE  | 2º QUADRIMESTRE   |
|---|---------------------------------------|------|--|---|
| 6.1.7.1. Emitir 100% dos alvarás sanitários às empresas que atenderem os requisitos legais. | Número de Alvarás Sanitários emitidos | 100% | 100%<br>N=919<br>A Vigilância Sanitária do Município concedeu o total de 919 alvarás sanitários no 1º trimestre de 2017. | 100%<br>N= 1808<br>A Vigilância Sanitária do Município concedeu o total de 1808 alvarás sanitários no 2º trimestre de 2017. |
| 6.1.7.2. Elevar para 90% o cadastramento  | Número de cadastramento de            | 90%  | 100%<br>N=320<br>A Vigilância Sanitária do Município   | 100%<br>N= 585<br>A Vigilância Sanitária do Município   |

|  |  |     |  |   |
|--|--|-----|--|---|
| de estabelecimentos não licenciados. META: 2014  |  |     | realizou 03 ações de Operações de Fiscalização Rodoviária de Produtos Perigosos em conjunto com a Defesa Civil, CODETRAN, Polícias Militar, Rodoviária e Ambiental, ANTT, Conselho Regional de Química, INMETRO/SC, CIDASC e Ministério Público além da concessão de 320 licenças sanitárias no 1º quadrimestre de 2017. | realizou 04 ações de Operações de Fiscalização Rodoviária de Produtos Perigosos em conjunto com a Defesa Civil, CODETRAN, Polícias Militar, Rodoviária e Ambiental, ANTT, Conselho Regional de Química, INMETRO/SC, CIDASC e Ministério Público, além da concessão de 585 novos alvarás e licenças sanitárias no 2º quadrimestre de 2017. |
| 6.1.7.3. Inspeção em 90% de estabelecimentos sujeitos a Fiscalização referente ao Controle do Tabagismo. | Percentual de Inspeção de estabelecimentos sujeitos a Fiscalização referente ao Controle do Tabagismo. | 90% | 100%N= 314   | 100%<br>N= 1808   |



|  |  |     |            |   |
|--|--|-----|------------|---|
| 6.1.7.4.<br>Atender Elevar e manter em 100% o atendimento das denúncias recebidas. | Número de denúncias recebidas; Percentual de denúncias atendidas | 100 | 100% N=919 | 100%<br>N=444<br>No segundo quadrimestre de 2017 a Vigilância Sanitária de Itajaí recebeu o total de 444 e realizou 100% de atendimentos de todas as denúncias. |
|--|--|-----|------------|---|

|  |   |      |  |  |
|--|---|------|--|--|
| 6.1.7.5.<br>Realizar 100% de ações do piso estratégico.          | Percentual de ações do piso estratégico realizadas        | 100% | 100%<br>N=426<br>No primeiro quadrimestre de 2017 a Vigilância Sanitária de Itajaí recebeu o total de 426 e realizou 100% de atendimentos de todas as denúncias.               | 100%<br>Indicadores do pacto pela saúde do estado de Santa Catarina:<br>1 - Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária<br>2 - Inspeções dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária<br>3 - Atividades educativas para a população<br>4 - Atividades educativas para o setor regulado<br>5 - Recebimentos de denúncias / reclamações<br>6 - Atendimentos às denúncias / reclamações<br>7 - Instaurações de processo administrativo sanitário |
| 6.1.7.6.<br>Inspeccionar 100% das Unidades de Saúde do Município | Percentual de Unidades de saúde do município inspecionado | 100% | 100%<br>Indicadores do pacto pela saúde do estado de Santa Catarina:<br>1 - Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária<br>2 - Inspeções dos estabelecimentos | 47%<br>N=20<br><br>No 2º Quadrimestre foram realizadas inspeções em 20 Unidades de Saúde do Município.   |

|   |   |      |  |   |   |
|---|---|------|--|---|---|
| referente ao<br>Controle do<br>Tabagismo.           |   |      |  | sujeitos à vigilância sanitária<br>3 - Atividades educativas para a população<br>4 - Atividades educativas para o setor regulado<br>5 - Recebimentos de denúncias / reclamações<br>6 - Atendimentos às denúncias / reclamações<br>7 - Instaurações de processo administrativo sanitário |   |
| 6.1.7.7.<br>Inspeccionar<br>100% das<br>Unidades de | Percentual de<br>Unidades se<br>saúde do<br>município | 100% |  | Não respondido no 1º quadrimestre   | 47%<br>N=20<br><br>No 2º Quadrimestre foram |



|  |               |  |  |  |
|--|---------------|--|--|--|
| Saúde do Município referentes às condições sanitárias. | inspecionadas |  |  | realizadas inspeções em 20 Unidades de Saúde do Município. |
|--|---------------|--|--|--|

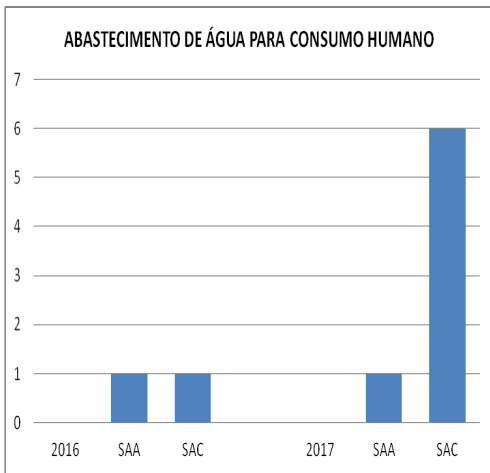
Objetivo específico 6.1.8. Fortalecer as ações da vigilância sanitária

| AÇÕES  | INDICADOR DE MONITORAMENTO       | META                                | 1º QUADRIMESTRE   | 2º QUADRIMESTRE   |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| 6.1.8.1. Adquirir equipamentos e móveis exclusivos para a Vigilância Sanitária – VISA. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Realizado em 2014 | Realizado em 2014 |
| 6.1.8.2. Elaborar material didático informativo.                                       | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Realizado em 2014 | Realizado em 2014 |

|   |  |                                     |   |   |
|---|--|-------------------------------------|---|---|
| 6.1.8.4.<br>Treinamentos e Capacitações para Fiscais Sanitaristas em Ações do Piso Estratégico. | Número de capacitações realizadas; número de profissionais capacitados, por categoria. | 05 capacitações<br>11 profissionais | 06 Servidores foram capacitados (sem ônus para município) | 06 Servidores foram capacitados (sem ônus para município) |
|---|--|-------------------------------------|---|---|

Objetivo específico 6.1.9. Consolidar as ações de vigilância da qualidade da água

| AÇÕES | INDICADOR DE MONITORAMENTO | META | 1º QUADRIMESTRE | 2º QUADRIMESTRE |
|-------|----------------------------|------|-----------------|-----------------|
|       |                            |      |                 |                 |

| 6.1.9.1. Cadastrar todos os sistemas de abastecimento de água para consumo humano, públicos e alternativo. | Número de sistemas de abastecimento cadastrados             | 7    |  <p>ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ano</th> <th>SAA</th> <th>SAC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>1</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p>01 público e 06 alternativos</p>                              | Ano  | SAA | SAC | 2016 | 1 | 1 | 2017 | 1 | 6 | 01 público e 06 alternativos |
|--|---|------|--|--|-----|-----|------|---|---|------|---|---|------------------------------|
| Ano  | SAA   | SAC  |  |  |     |     |      |   |   |      |   |   |                              |
| 2016   | 1   | 1    |  |  |     |     |      |   |   |      |   |   |                              |
| 2017   | 1   | 6    |  |  |     |     |      |   |   |      |   |   |                              |
| 6.1.9.2. Realizar monitoramento dos sistemas de abastecimento de água, conforme normativa.                 | Percentual de sistemas de abastecimento de água monitorados | 100% | <p>Como o objetivo de auxiliar o gerenciamento de riscos à saúde associados à qualidade da água destinada ao consumo humano, a Vigilância Sanitária de Itajaí realiza monitoramento de 01 público - Sistema de Abastecimento de Água (SAA) - SEMASA e de 06 alternativos - Soluções Alternativas Coletivas (SAC), nas localidades de Baía, Cabeçadas, Fazenda e Ressacada.</p> <p>01 público e 06 alternativos</p> | <p>Como o objetivo de auxiliar o gerenciamento de riscos à saúde associados à qualidade da água destinada ao consumo humano, a Vigilância Sanitária de Itajaí realiza monitoramento de 01 público - Sistema de Abastecimento de Água (SAA) - SEMASA e de 06 alternativos - Soluções Alternativas Coletivas (SAC), nas localidades de Baía, Cabeçadas, Fazenda e Ressacada.</p> <p>01 público e 06 alternativos</p> |     |     |      |   |   |      |   |   |                              |
| 6.1.9.3. Manter 100%   | Percentual  | 100% | A Vigilância Sanitária de Itajaí   |  |     |     |      |   |   |      |   |   |                              |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| na proporção de análises da água em laboratório credenciado realizadas quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. | de análise da água quanto aos parâmetros descritos |  | realiza análises de 40 amostras mensais como é determinado pela Vigilância Sanitária do Estado e Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), totalizando as 160 amostras no quadrimestre.<br><br>Todas as 160 amostras são analisadas pelo Lacen | A Vigilância Sanitária de Itajaí realiza análises de 40 amostras mensais como é determinado pela Vigilância Sanitária do Estado e Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), totalizando as 160 amostras no quadrimestre.<br><br>Todas as 160 amostras são analisadas pelo Lacen |
|--|--|--|--|---|

Objetivo específico 6.1.10. Fortalecer o programa de combate às endemias – DENGUE

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO  | META                               | 1° QUADRIMESTRE  | 2° QUADRIMESTRE   |
|---|---|------------------------------------|--|---|
| 6.1.10.1.<br>Implantar e inspecionar redes de armadilhas em todo o município. | Número de armadilhas instaladas;<br>Número de visitas por mês por armadilhas. | 285 armadilhas<br>1140 visitas/mês | O município de Itajaí possui uma rede de armadilhas instaladas para monitoramento e identificação da presença do <i>Aedes aegypti</i> . Está atividade é realizada com visitas semanais seguindo as normas da DIVE/SC. Atualmente, Itajaí possui 295 | 100%<br>O município de Itajaí possui uma rede de armadilhas instaladas para monitoramento e identificação da presença do <i>Aedes aegypti</i> . Está atividade é realizada com visitas semanais seguindo as normas da DIVE/SC. Atualmente, Itajaí |

|   |                                  |                                     |  |   |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
|   |                                  |                                     | armadilhas instaladas. Em Janeiro visitamos 1403 armadilhas, em fevereiro 1140 armadilhas, em março 1139 armadilhas e em abril 853 armadilhas (última semana de abril armadilhas desativas para realização do LIRAA - Levantamento índice rápido do <i>Aedes aegypti</i> ). 100% realizado   | possui 283 armadilhas instaladas. Em maio e junho visitamos 1140 residências, em julho 1419 e agosto 1133 vistorias.  |
| 6.1.10.2.<br>Adequar os recursos materiais às necessidades do Programa. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | A dengue é uma prioridade da secretaria de saúde, todas as solicitações de aquisição de materiais foram atendidas. Podemos citar neste quadrimestre a compra de equipamentos de proteção individual - EPI para agentes de endemias, protetores solares e macacão para uso na aplicação de inseticida. Para realizar a inspeção e coleta de amostras foram adquiridas lanternas e pesca-larvas. Com intuito de divulgar a prevenção os veículos oficiais tiveram a aplicação de perfurade nos vidros. Também foram adquiridos copos de água para os agentes de endemias | A dengue continua sendo uma prioridade da secretaria de saúde, todas as solicitações de aquisição de materiais foram atendidas. Neste Quadrimestre podemos destacar a autorização de empenho de uniforme completo, composto por sapato de proteção, calça, jaqueta, colete, camisetas e boné para todos os agentes de endemias. Também compra de repelente e protetor solar. Destacamos também a licitação de empresa para realização do curso NR5. |

|  |                                  |                                     |  |  |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
|  |                                  |                                     | para hidratação devido às altas temperaturas. Realizamos licitação para compra de uniformes aos servidores e também, exames ocupacionais, aos servidores que realizarão o curso de NR5. 100% realizado   |  |
| 6.1.10.3. Articular com os demais setores e Regionais de Saúde o cumprimento das medidas de combate e atividades educativas. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | <p>No dia 02 de janeiro de 2017 o prefeito municipal através do decreto nº10.873 institui a sala de situação municipal para coordenação, combate e enfrentamento da dengue com intuito de intensificar a mobilização e combate ao vetor <i>Aedes aegypti</i> com diversas secretarias e reuniões semanais foram discutidas e colocadas em pratica diversas ações dentre elas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantamento aéreo fotográfico (drone), para verificação de caixas d'águas e calhas;</li> <li>• Visitas as empresas de pesca para divulgação dos métodos de prevenção e proteção contra a dengue;</li> <li>• Adequação do local de</li> </ul> | <p>Neste Quadrimestre continua em plena atividade a sala de situação, instituída através do decreto nº 10.873, de 02 de janeiro de 2017, seguindo as ações de combate e enfrentamento da Dengue, com objetivo intensificar a mobilização e combate ao vetor; mantendo as reuniões, quinzenalmente sendo composta por diversas secretarias: Secretária de obras, educação desenvolvimento social, segurança, habitação, saúde, pesca, procuradoria, FAMAI, Semasa. Na sala, são discutidas várias ações e as deliberando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As Secretarias de Obras, Saúde e o Codetram aplicaram a lei federal que permite o ingresso forçado em imóveis</li> </ul> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>recebimento de pneus;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutirão Limpeza e fixação placas de orientação no cemitério;</li> <li>• Fiscalização Borracharias, Ferro-velhos para aplicação da legislação vigente;</li> <li>• Implantação Aplicativo Dengue (denúncias);</li> <li>• Uso da lei federal para ingresso forçado;</li> <li>• Mutirão Limpeza nos bairros (São Vicente, Cordeiros e Cidade Nova);</li> <li>• Trabalhos Educativos nas escolas e creches com alunos e professores;</li> <li>• Ingresso e limpeza de residências de acumuladores para eliminação de criadouros do mosquito;</li> <li>• Colocação e telas nos ralos e caixa d' águas irregulares em todos os bairros do município com presença de focos;</li> </ul> | <p>, esta lei foi usada em uma residência para esvaziar a piscina uma que estava contribuindo para a proliferação do mosquito;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Vigilância Sanitária, FAMAI, Secretaria de Urbanismo fizeram 48 visitas de fiscalização em borracharias, ferros velhos e empresas que estavam descumprindo as legislações do Município;</li> <li>• CODETRAN apoiou os Agentes de Endemias com levantamentos fotográficos através do Drone em locais de difícil acesso;</li> <li>• Foram realizadas ações em parcerias com diversas Secretarias em 6 residências de acumuladores;</li> <li>• A Secretaria de Pesca tem feito ações educativas com os pescadores e os donos de embarcações.</li> <li>• Na Secretaria de Educação dezoito mil setecentos e vinte e três alunos da Educação Infantil e Ensino Fundamental</li> </ul> |
|--|--|--|--|

|  |  |    |   |   |
|--|--|----|---|---|
|  |  |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Participação mutirão juntos pelo Rio e contra <i>Aedes aegypti</i>;</li> <li>Recolhimento de veículos abandonados.</li> <li>100% realizado.</li> </ul>   | receberam orientações e fizeram trabalhos em relação a Dengue.  |
| 6.1.10.4.<br>Realizar atividades de educação permanente. | Número de capacitações realizadas; número de profissionais capacitados, por categoria. | 04 | <ul style="list-style-type: none"> <li>01 Educação Permanente, com o tema Dengue, para enfermeiros e coordenadores – 33 participantes;</li> <li>03 Educações permanentes com o tema Febre Maculosa e Febre Amarela, para UBS Itaipava, UBS Limoeiro e UBS Brilhante – 34 participantes;</li> <li>02 Educações permanentes com o tema Dengue, para Agentes de Endemias – 143 participantes;</li> <li>03 Educações Permanentes com o tema Animais Peçonhentos – Escorpiões, para ACS das UBS Costa Cavalcante, UBS Rio Bonito e UBS Praia Brava – 43 participantes;</li> <li>01 Seminário de Toxoplasmose,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>01 Educação Permanente, com o tema Dengue, e animais peçonhentos para 51 agentes de endemias.</li> </ul> |



|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | Sífilis Gestante e Congênita, para profissionais de saúde – 129 participantes.<br>100% realizado. |  |
|--|--|--|---|--|

Objetivo específico 6.1.11. Fortalecer ações de saúde do trabalhador

| AÇÕES  | INDICADOR DE MONITORAMENTO          | META | 1° QUADRIMESTRE  | 2° QUADRIMESTRE  |
|--|-------------------------------------|------|--|--|
| 6.1.11.2.<br>Realizar investigação de 100% das Comunicações de Acidente de Trabalho – CAT. | Percentual de CAT investigadas      | 100% | A implantação do CEREST depende da ampliação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, através do Ministério da Saúde e até o presente momento não há disponibilidade de implantação de novos CERESTs. | Em análise pela vigilância sanitária a implantação do CEREST.                                    |
| 6.1.11.3.<br>Implementar a notificação dos   | Número de Notificações de agravos a | 10   | A Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT foi criada pelo Ministério da Previdência e Ministério do Trabalho e não   | Realizado 5 notificações de acidentes graves de trabalho pela vigilância epidemiológica via SIM. |

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| agravos à saúde do<br>Saúde do trabalhador<br>Trabalhador<br>constantes na<br>Portaria<br>GM/Ministério<br>da Saúde nº<br>777/04. |   |  | é um instrumento pertinente a Secretaria<br>Municipal de Saúde, embora sirva como<br>parâmetro para dados estatísticos.   |   |
| 6.1.11.4.<br>Elaborar e<br>implantar<br>protocolo de<br>investigação<br>dos acidentes<br>de trabalho.<br><br>2014/2015            | Indicador<br>descritivo/qualit<br>ativo | Apresentaç<br>ão do<br>relatório de<br>implantação<br>do<br>programa | Foram realizadas 55 notificações de<br>acidente de material biológico e 01<br>notificação de acidente de trabalho grave<br>(fatal). Os outros agravos constantes na<br>referida portaria não há notificações, pois o<br>serviço ainda está em<br>implantação. Capacitados os profissionais<br>dos Hospitais, Clinica Renal e Univali e<br>disponibilizado teste rápido (Hepatite B,<br>Hepatite C, HIV RapidCheck, HIV DPP e<br>Sífilis) na portas de entrada para acidente<br>ocupacional.<br><br>100% Elaborado | Protocolo sendo discutido entre<br>vigilância epidemiológica e vigilância<br>sanitária. |

Objetivo específico 6.1.12. Fortalecer ações de controle de zoonoses

| AÇÕES  | INDICADOR DE MONITORAMENTO         | META                                | 1º QUADRIMESTRE  | 2º QUADRIMESTRE   |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 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. | Indicador descritivo / qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | <p>Realizamos diversas ações para o combate desses agravos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tivemos 314 notificações de Atendimento Antirrábico Humano, sendo 255 animais (cães e gatos) observados e 59 acompanhamentos e tratamentos de vítimas de mordedura de animais não passíveis de observação (soro-vacinação);</li> <li>Realizamos 33 busca ativa e monitoramento de escorpiões;</li> <li>Desempenhamos a busca ativa se sintomáticos dos casos notificados de Zika e Chikungunya;</li> <li>Monitoramento de 19 casos notificados de Leptospirose para orientação</li> </ul> | <p>100%</p> <p>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.</p> <p>No segundo quadrimestre de 2017, foram notificados 76 casos suspeitos de dengue, com 1 caso positivo; 6 casos suspeitos de Chikungunya, todos negativos; 2 casos suspeitos de zika, todos negativos; 24 casos suspeitos de leptospirose, com 4 casos positivos; 6 acidentes por animais peçonhentos (4 por aranha; 1</p> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <p>e controle dos roedores;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento de 14 acidentes por animais peçonhentos, monitorando o controle e a prevenção;</li> </ul> <p>Acompanhamos e monitoramos 326 notificações de Dengue, Zika e Chikungunya até o encerramento de caso.</p> <p>Realizado 100%</p> | <p>por escorpião e 1 por serpente); 242 notificação de atendimento antirrábico, sendo 205 por animal passível de observação (cão ou gato) e 37 por animal não passível de observação, com indicação de tratamento com vacina antirrábica e soro antirrábico.</p> <p>Diante do caso positivo de dengue, foram realizadas buscas ativas de sintomáticos no local provável de infecção e bloqueio vetorial.</p> <p>Diante dos casos positivos de leptospirose, foi realizada investigação ambiental em todos os locais prováveis de infecção e a primeira Reunião intersetorial com a participação da Diretoria de Vigilância Sanitária e Secretária Municipal de Obras, elencando estratégias prioritárias para o controle da Leptospirose.</p> <p>Todos os acidentes por animais peçonhentos receberam investigação ambiental e orientação para medidas de prevenção de novos acidentes. O</p> |
|--|--|--|---|

|   |                                   |                                     |  |  |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
|   |                                   |                                     |  | <p>acidente por escorpião ocorreu em área de monitoramento, como preconiza o Ministério da Saúde, foi realizada busca ativa no local, e não encontrado nenhum animal.</p> <p>Todos os 242 animais agressores passíveis de observação foram acompanhados pelo médico veterinário do NCZ.</p>  |
| 6.1.12.2. Promover ações de levantamento de áreas de risco, identificação e o monitoramento de animais nocivos. | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | <p>Trabalhamos na identificação de escorpiões em vários bairros do município. Na área urbana identificamos as seguintes áreas de risco: Praia Brava, São Vicente, Rio Bonito, Cidade Nova e Cordeiros. Na área rural: Brilhante II, São Roque e Itaipava. Realizamos atividades de monitoramento e orientação para a população de outros animais nocivos, como: serpentes, aranhas e lagartas.</p> <p>Realizado 100%</p> | <p>No município existem 8 áreas consideradas prioritárias para o monitoramento de escorpião, no segundo quadrimestre apenas 8 áreas foram acompanhadas, com 20 buscas ativas em residências, e nenhum escorpião encontrado. As atividades nesse período foram prejudicadas devido à falta de agentes de endemias exclusiva para essa atividade, no entanto, até novas contratações, foi solicitado autorização de pagamento de horas extras.</p> |

|  |                                   |                                     |  |   |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 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. | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | <p>Em andamento</p> <p>Com a Portaria 1138/ 2014 que define as ações de vigilância, prevenção de controle das zoonoses e animais peçonhentos, está em processo de criação a instrução normativa para formalizar as funções de cada setor.</p>  | <p>Em andamento</p> <p>Conforme a Portaria 1138/ 2014 que define as ações de vigilância, prevenção de controle das zoonoses e animais peçonhentos, está em processo de criação a instrução normativa para formalizar as funções de cada setor.</p> <p>Comprometemo-nos para o próximo quadrimestre finalizar as discussões relativas às atribuições do NCZ e FAMAI.</p> |
| 6.1.12.4. Diminuir os agravos e doenças causadas por animais cinantrópicos.  | Número de casos confirmados       | 70                                  | <p>Foram realizadas 03 (três) capacitações de educação permanente voltada para agentes comunitários na UBS, sobre Animais Peçonhentos, nos bairros Praia Brava, Rio Bonito e Costa Cavalcante.</p> <p>Foram atendidas 108 solicitações/denúncias sendo: 55 de animais peçonhentos e outros insetos; 15 de caracol africano; 10 de carrapatos; 09 de morcegos; 04 de pombos e 15 de roedores.</p> | <p>Em andamento</p> <p>Foram realizados 3 atividades de educação permanente voltada para agentes comunitários e Agentes de endemias, sobre Animais Peçonhentos e 2 sobre Manejo e Controle de Caracol Africano.</p> <p>Foram atendidas 92 solicitações/denúncias sendo: 29 de animais</p>   |

|   |                                   |                                     |  |  |                                       |                        |  |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|------------------------|--|
|   |                                   |                                     | Em andamento   | peçonhentos e outros insetos; 23 de caramujos africanos; 9 de carrapatos; 7 de morcegos; 3 de pombos; 1 de pulga e 21 de roedores. |                                       |                        |  |
| 6.1.12.5. Realizar ações educativas relacionadas às zoonoses. | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | <ul style="list-style-type: none"><li>02 Educações em Saúde na Escola Aberta (Escola Pedro Rizzi) – Temática Projeto Casa sem Dengue, dedicado à comunidade;</li><li>02 Educações em Saúde na Escola Aberta (Escola Arnaldo Brandão) – Temática Projeto Casa sem Dengue, dedicado à comunidade;</li><li>01 Educação em Saúde, com a temática, Juntos pelo Rio – Dengue dedicado a comunidade;</li><li>01 Palestra com o tema Dengue para a comunidade do CRAS – Promorar II;</li><li>04 Educações em Saúde para alunos e professores da Escola Pedro Rizzi, sobre a temática Dengue;</li><li>01 Educação em Saúde para</li></ul> | 100% Consolidado de Atividades de Educação em Saúde:   |                                       |                        |  |
|   |                                   |                                     |  | Tema   | Público Alvo                          | Total de Participantes |  |
|   |                                   |                                     |  | Dengue   | Alunos de Centro de Educação Infantil | 60                     |  |
|   |                                   |                                     |  | Dengue e Animais Peçonhentos   | Empresa                               | 12                     |  |
|   |                                   |                                     |  | Projeto Casa Sem   | Comunidade                            | 3 eventos              |  |

|   |                                   |                                     |  |  |        |  |  |  |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|--------|--|--|--|
|   |                                   |                                     | funcionários do Cais Atlântico, sobre a temática Dengue; <ul style="list-style-type: none"><li>01 Participação no Dia do Livro, para ações sobre Dengue na Biblioteca Pública;</li><li>02 Palestras para funcionários da Gomes da Costa, sobre a temática Dengue;</li></ul> 100% realizado                               | <table><tr><td>Dengue</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>   | Dengue |  |  |  |
| Dengue  |                                   |                                     |  |  |        |  |  |  |
| 6.1.12.6. Implantar laboratório de identificação da fauna de interesse epidemiológico.<br>META 2014/2015                  | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | Atualmente a demanda de animais para identificação no município de Itajaí, não justificaria a implantação de um laboratório, pois o CIT (Centro de Informações Toxicológicas) tem correspondido neste momento à demanda enviada. Solicitamos ao COMUSA, a exclusão deste item, por não haver necessidade de implantação. | Atualmente a demanda de animais para identificação no município de Itajaí, não justificaria a implantação de um laboratório, pois o CIT (Centro de Informações Toxicológicas) tem correspondido neste momento à demanda enviada. Solicitamos ao COMUSA, a exclusão deste item, por não haver necessidade de implantação. |        |  |  |  |
| 6.1.12.7. Coletar amostra para o diagnóstico laboratorial de raiva, conforme preconizado na relação de 0,2% da população, | Número de amostras coletadas      | 120                                 | A Vigilância Epidemiológica recomenda que seja enviada uma amostra de 0,2% da população de cães para monitoramento do vírus rábico. A população canina é estimada em 15% da população (208.958 habitantes / dados 2016), portanto  | 77,4%<br>A Vigilância Epidemiológica recomenda que seja enviada uma amostra de 0,2% da população de cães para monitoramento do vírus rábico. A população canina é estimada em 15%  |        |  |  |  |



|   |                                    |              |  |   |
|---|------------------------------------|--------------|--|---|
| tendo como média de 120 amostras por ano, em área de foco ou na captura de animais errantes.                        |                                    |              | o número recomendado é de 63 encéfalos ao ano. No primeiro quadrimestre foram coletados 25 encéfalos (01 quiróptero, 20 caninos e 04 felinos), totalizando 39,68% da meta anual.   | da população (205.271 habitantes/dados 2015), portanto o número recomendado é de 62 encéfalos ao ano. No segundo quadrimestre foram coletados 23 encéfalos (1 quiróptero, 14 caninos e 8 felinos), alcançando até o momento 77,4% da meta anual.  |
| 6.1.12.8. Realizar investigação em 100% dos imóveis na ocorrência de foco de raiva, visando impedir a raiva humana. | Percentual de imóveis investigados | 100%         | <p>No primeiro quadrimestre de 2017 foram 314 notificações de Atendimento Antirrábico Humano - AARH, sendo 255 animais agressores observados e para 59 pacientes foram indicados tratamento profilático para raiva, por serem agredidos por animais não passíveis de observação. Reforçamos que não houve casos de raiva animal em área urbana e raiva humana.</p> <p>Realizado 100%</p> | <p>100%</p> <p>Salientamos que Santa Catarina é considerada área controlada para Raiva, o último caso de raiva canina em Itajaí foi em 2005. No segundo quadrimestre de 2017 foram 242 notificações de atendimento antirrábico humano, sendo 205 animais passíveis de observação, como cães e gatos domiciliados, que foram acompanhados pelo médico veterinário do NCZ e para 37 pacientes foram indicados tratamento profilático para raiva, por serem agredidos por animais não passíveis de observação.</p> |
| 6.1.12.9. Elaborar e  | Indicador                          | Apresentação | Todas as unidades de saúde e   | 100%  |

|   |                                   |                                     |   |   |                         |                        |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---|---|-------------------------|------------------------|
| disponibilizar normativas técnico-científicas orientadoras para o desenvolvimento das ações de vacinação antirrábica. | descritivo /qualitativo           | do relatório de gestão              | <p>policlínicas recebem periodicamente normativas técnico – científicas, dentre elas: panfletos, cartazes, observações e formulários para observação e localização do animal, para nortear o acompanhamento por parte da vigilância. Além disso, as unidades têm disponível material com normativas para a realização da vacinação antirrábica.</p> <p>Realizado 100%</p> | <p>Todas as unidades de saúde e policlínicas recebem o KIT AARRH com a investigação, orientação para observação do animal e endereço para localizar o animal e realizar sua observação por parte da vigilância. Além disso, as unidades tem disponível material com normativas para a realização da vacinação antirrábica. Existe o acompanhamento dos esquemas vacinais por parte do Núcleo de Controle de Zoonoses, já que é o mesmo que disponibiliza as vacinas para as unidades.</p> |                         |                        |
| 6.1.12.10. Promover ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde.                                    | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | <ul style="list-style-type: none"> <li>09 Capacitações em Educação Permanente para profissionais de saúde sobre Dengue, Febre Maculosa, Febre Amarela, Toxoplasmose e Acidentes por Animal Peçonhento;</li> <li>02 capacitações sobre Dengue, 01 para Agentes de Endemias e 01 para enfermeiros e coordenadores de UBS/ Policlínicas e UPAS;</li> </ul>                   | Tema  | Público Alvo            | Total de participantes |
|   |                                   |                                     |   | Animais peçonhentos   | Profissionais de AB     | 81                     |
|   |                                   |                                     |   | Aspectos epidemiológicos da   | Médicos e enfermeiros e | 76                     |

|   |   |      |  |   |               |                  |  |                  |                               |    |  |                              |    |               |                     |    |
|---|---|------|--|---|---------------|------------------|--|------------------|-------------------------------|----|--|------------------------------|----|---------------|---------------------|----|
|   |   |      | <ul style="list-style-type: none"><li>03 capacitações sobre Febre Maculosa/ Febre Amarela para as UBS da área rural de Itajaí;</li><li>01 apresentação da situação epidemiológica da Dengue para agentes de endemias;</li><li>03 capacitações sobre Animais Peçonhentos, para Agentes Comunitário de Saúde.</li></ul> <p>01 capacitação sobre Toxoplasmose Gestacional/ Congênita, para médicos, enfermeiros e outros profissionais da Rede Municipal e Hospitais.</p> <p>Realizado 100%</p> | <table><tr><td>leptospiros e</td><td>odontolo-<br/>gos</td><td></td></tr><tr><td>Caracol africano</td><td>Profi<br/>ssionais de<br/>saude</td><td>17</td></tr><tr><td>Fluxogram<br/>a de<br/>manejo da<br/>dengue</td><td>Enfermei-<br/>ros da upa<br/>3</td><td>16</td></tr><tr><td>leptospiros e</td><td>Profissionais de AB</td><td>86</td></tr></table> | leptospiros e | odontolo-<br>gos |  | Caracol africano | Profi<br>ssionais de<br>saude | 17 | Fluxogram<br>a de<br>manejo da<br>dengue | Enfermei-<br>ros da upa<br>3 | 16 | leptospiros e | Profissionais de AB | 86 |
| leptospiros e   | odontolo-<br>gos  |      |  |   |               |                  |  |                  |                               |    |  |                              |    |               |                     |    |
| Caracol africano  | Profi<br>ssionais de<br>saude   | 17   |  |   |               |                  |  |                  |                               |    |  |                              |    |               |                     |    |
| Fluxogram<br>a de<br>manejo da<br>dengue  | Enfermei-<br>ros da upa<br>3  | 16   |  |   |               |                  |  |                  |                               |    |  |                              |    |               |                     |    |
| leptospiros e   | Profissionais de AB   | 86   |  |   |               |                  |  |                  |                               |    |  |                              |    |               |                     |    |
| 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. | Percenta<br>gem de<br>casos<br>notificado<br>s que<br>foram<br>acompan<br>hados | 100% | <p>Os agravos notificados relacionados às zoonoses são acompanhados e investigados desde a suspeita ao tratamento e a partir deles são realizados orientações, recomendações e adoção de medidas de biossegurança, a fim de diminuir o risco de transmissão de zoonoses.</p> <p>Realizado 100%</p>   | <p>100%</p> <p>Os agravos notificados relacionados às zoonoses são acompanhados e investigados desde a suspeita ao tratamento e a partir deles são realizados orientações, recomendações e adoção de medidas de biossegurança, a fim de diminuir o risco de transmissão de zoonoses.</p>  |               |                  |  |                  |                               |    |  |                              |    |               |                     |    |

No segundo quadrimestre tivemos a implementação da notificação de Toxoplasmose Gestacional e Congênita, sendo no total onze notificações acompanhadas e todos com medicamentos supridos pela Secretaria Municipal de Saúde. O teste de avidéz para o diagnóstico da Toxoplasmose Gestacional foi deixado de ser realizado pelo LACEN, e a Secretaria Municipal de Saúde assumiu o compromisso na realização deste exame.

|  |                                   |                                     |  |  |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| 6.1.12.12. Garantir plantão veterinário para o Núcleo de Controle de Zoonoses. | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | O sobreaviso acontece apenas para a UAPA (Unidade Acolhimento Provisório de Animais) iniciou em fevereiro de 2017 conforme acordo com o Poder Legislativo.<br><br>Realizado 100% | 100%<br><br>O sobreaviso acontece apenas para a UAPA (Unidade Acolhimento Provisório de Animais) iniciou em fevereiro de 2017 conforme acordo com o Poder Legislativo. |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|

## EIXO 7 - POLÍTICA DE INVESTIMENTOS

| RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PARA O EIXO | ORIGEM DOS RECUROS   |
|------------------------------------|--|
| R\$ 13.012.000,00                  | 11 – Transferência de convênios – União;<br>12 – Transferência de convênios – Estado;<br>21 - Receita de Impostos e Transferência de Impostos – Saúde;<br>36 – Atenção Básica – União;<br>43 – Outros Recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS;<br>47 - Atenção Básica – Estado;<br>115 – Recursos Outros Fontes; |

### DIRETRIZ - 7.1. OTIMIZAR A POLÍTICA DE INVESTIMENTOS

Objetivo específico 7.1.1. Readequar a estrutura física da rede de serviço de saúde

| AÇÕES              | INDICADOR DE MONITORAMENTO | META         | 1° QUADRIMESTRE | 2° QUADRIMESTRE       |
|--------------------|----------------------------|--------------|-----------------|-----------------------|
| 7.1.1.2. Ampliar e | Indicador                  | Apresentação | Meta 2014       | Não possuímos dotação |

|  |                                  |                                     |                |   |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------|---|
| reformatar Unidade Básica de Saúde da Votorantim.                      | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação do relatório de gestão |                | orçamentária para ampliação esse ano. As ampliações e reformas serão contempladas no próximo PMS.                       |
| 7.1.1.4. Ampliar e reformatar Unidade Básica de Saúde da Itaipava.     | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | Meta 2014      | Não possuímos dotação orçamentária para ampliação esse ano. As ampliações e reformas serão contempladas no próximo PMS. |
| 7.1.1.6. Construção PRIORITARIA de nova unidade de saúde Rio Bonito.   | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | Meta 2015      | Obra prevista para iniciar no 3 quadrimestre.   |
| 7.1.1.7. Construção PRIORITARIA de Unidade de Saúde: Nilo Bittencourt. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | Meta 2015      | Não possuímos dotação orçamentária para construção esse ano. As construções serão contempladas no próximo PMS.          |
| 7.1.1.9. Construção PRIORITARIA da Unidade de Saúde: Km12.             | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | Meta 2015      | Não possuímos dotação orçamentária para construção esse ano. As construções serão contempladas no próximo PMS.          |
| 7.1.1.13. Construir Unidade de Saúde: Dom Bosco.                       | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação do relatório de gestão | Meta 2015/2016 | Não possuímos dotação orçamentária para construção esse ano. As construções serão contempladas no                       |

|  |                                  |                                       |   |   |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|---|---|
|  |                                  |                                       |   | próximo PMS.  |
| 7.1.1.14. Construção PRIORITARIA de Unidade de Saúde Bambuzal.                             | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação o do relatório de gestão | Meta 2015/2016  | UBS Bambuzal será transferida para o prédio que era utilizado como Pronto Atendimento São Vicente a partir do 3 quadrimestre ( outubro/2017)                              |
| 7.1.1.15. Construir do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III AD                        | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação o do relatório de gestão | NÃO FOI RESPONDIDO NO 1º QUADRIMESTRE   | Aguardando liberação de recurso federal e verificação de terreno central para a construção.   |
| 7.1.1.16. Construir o Centro Integrado de Saúde de Itajaí.                                 | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação o do relatório de gestão | Meta : 2014/2015  | Término da obra concluído, com início das atividades no CIS dia 14/08/2017<br><br>Realizado adequações e adaptações necessárias no PAM, Laboratório Municipal e UPA – III |
| 7.1.1.17. Construir a nova sede da Secretaria da Saúde.                                    | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação o do relatório de gestão | Meta 2015/2016  | Término da obra concluído, com início das atividades no CIS dia 14/08/2017  |
| 7.1.1.20. Implantar três academias da saúde em Unidades com cobertura de Núcleo de Apoio a | Número de academias de saúde     | 3                                     | Não implantamos nova Academia da Saúde neste quadrimestre.<br><br>Recebemos retorno do MS | Em estruturação e planejamento das atividades para reiniciar Academia no Jardim Esperança. Processo de licitação em andamento para aquisição                              |

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <p>Saúde da Família – NASF:<br/>Jardim Esperança – UBS<br/>Jardim Esperança – Praça<br/>Gregório Cristino da Silva<br/>na Rua Sebastião Romeu<br/>Soares em 2015; Santa<br/>Regina – UBS Santa<br/>Regina – Fundos da UBS<br/>em 2017; Cordeiros –<br/>UBS Costa Cavalcanti,<br/>Votorantim e Cordeiros na<br/>rua Gustavo Bernedt,<br/>esquina com Osvaldo<br/>Cruz em 2017; Realizar<br/>estudo de viabilidade para<br/>uma academia na área<br/>rural na região da Itaipava,<br/>Km12, Parque do<br/>Agricultor.</p> |   |  | <p>quanto a liberação do recurso (R\$ 3.000,00 mensais), referente a Academia da Saúde Jardim Esperança, estamos no planejamento para reiniciar atividades (recursos humanos, materiais, cronograma das atividades).</p> | <p>de materiais. Aguardando retorno do MS quanto ao repasse mensal de recurso.</p>                 |
| <p>7.1.1.21. Estruturar programa de manutenção preventiva .</p>   | <p>Indicador descritivo/qualitativo</p> | <p>Apresentação do relatório de gestão</p> | <p>Implantado sistema de abertura de chamados para que a equipe de manutenção seja acionada pelo endereço: chamados.itajai.sc.gov.br.</p>  | <p>Realizado Licitação de manutenção preventiva com empresa SLS, para implementar o programa .</p> |



|   |                                     |                                     |   |   |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| 7.1.1.22. Garantir a estrutura física adequada para salas de vacinas conf. Port. 012/2012.  | Número de Câmaras de imunibiológico | 12                                  | O Município de Itajaí possui 27 salas de vacina nas UBS e uma na UPA, todas credenciadas pela SES e operantes dentro dos critérios básicos que permeiam a Portaria 012 de Maio de 2012. | As câmaras já foram enviadas para o setor de compras.   |
| 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..     | Indicador descritivo/qualitativo    | Apresentação do relatório de gestão | Nas áreas dos compartimentos foram obedecidas as determinações da RDC 50 e a Portaria 2.226 de 18 de Setembro de 2009, para unidades de porte II.                                       | Nas áreas dos compartimentos foram obedecidas as determinações da RDC 50 e a Portaria 2.226 de 18 de Setembro de 2009, para unidades de porte II. |
| 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 | Indicador descritivo/qualitativo    | Apresentação do relatório de gestão | O local de armazenamento de medicamentos da Secretaria de Saúde foi transferido para uma nova área de maior porte, em 2016.   | O local de armazenamento de medicamentos da Secretaria de Saúde foi transferido para uma nova área de maior porte, em 2016.                       |

## Objetivo específico 7.1.2. Melhorar e ampliar a rede de transporte

| AÇÕES  | INDICADOR DE MONITORAMENTO    | META | 1° QUADRIMESTRE   | 2° QUADRIMESTRE  |
|--|-------------------------------|------|---|--|
| 7.1.2.1. Renovação da frota em 8% ao ano.  | Percentual da frota renovada  | 8%   | Ampliação da frota em 7,7% com aquisição de 3 veículos. | Não foi adquirido carros nesse quadrimestre.   |
| 7.1.2.2. Aquisição de dois veículos para utilização dos serviços de saúde mental e ações de matriciamento. | Número de veículos adquiridos | 2    | Meta de 2015 e 2016                                     | A SMS não possui dotação orçamentária para aquisição de carros exclusivos para saúde mental, porem o setor de transporte esta suprindo essa demanda e será contemplado no próximo PMS. |
| 7.1.2.3. Adquirir veículos para que as ESF possam atender a demanda de atenção domiciliar.                 | Número de veículos adquiridos | 2    | A aquisição de 2 veículos.                              | A compra desses 2 veículos esta em processo de licitação.  |

Objetivo específico 7.1.3. Objetivo específico: Revisar e equipar os serviços de urgência/emergência

| AÇÕES  | INDICADOR DE MONITORAMENTO       | META                                | 1º QUADRIMESTRE  | 2º QUADRIMESTRE  |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| 7.1.3.1. Dotar os Serviços de Urgência e Emergência de todos os equipamentos conforme as Portarias Ministeriais. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | Foram adquiridos através processo licitatório novos equipamentos para abertura da nova UPA III do Centro Integrado de Saúde e da UPA do Cordeiros, alguns equipamentos ainda estão em processo de aquisição. | Adquiridos itens apontados no Relatório do Grupo Conductor da Rede de Urgência e Emergência, faltantes na USB de Itajaí.<br><br>As UPAs 24h foram contempladas com os novos equipamentos com o início de funcionamento do CIS. |

## EIXO 8 - DEMOCRATIZAÇÃO DO TRABALHO E QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

| RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PARA O EIXO | ORIGEM DOS RECUROS   |
|------------------------------------|--|
| R\$ 766.000,00                     | 21 - Receita de Impostos e Transferência de Impostos – Saúde;<br>42– Gestão do SUS;<br>91 – Auditoria; |

### DIRETRIZ - 8.1. QUALIFICAR A GESTÃO

Objetivo específico 8.1.1. Revisar a estrutura organizacional e administrativa da secretaria municipal da saúde

| AÇÕES  | INDICADOR DE MONITORAMENTO       | META                                | 1° QUADRIMESTRE   | 2° QUADRIMESTRE   |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| 8.1.1.1. Garantir equipe necessária para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, conforme | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | Há um esforço constante desta Diretoria em fazer a adequação do quadro de profissionais, através da realização de concursos públicos. Foram chamados três médicos psiquiatra do | Desde o início do ano foram chamados todos os últimos psiquiatras classificados no concurso, destes apenas 02 assumiram e já estão atrapalhando. Já está em fase de |

|   |                                   |                                     |  |   |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| portaria 336/2001.  |                                   |                                     | concurso publico em fevereiro de 2017. Destes apenas um médico assumiu e está trabalhando, chamamos mais dois médicos e estamos aguardando a publicação da portaria de nomeação. | dispensa de licitação a realização de novo concurso publico para suprir a demanda dos CAPS.                               |
| 8.1.1.2. Ampliar o número de novos profissionais de Nutricionistas, provenientes de concurso público, na rede de atenção básica com intuito de fortalecer as ações de vigilância alimentar e nutricional. | Número de novos Nutricionistas    | 01                                  | Foi nomeada por concurso publico uma nutricionista, Esta já assumiu o cargo e encontra-se no exercício da função.  | Meta alcançada;   |
| 8.1.1.3. Realizar concurso público para educador físico na Secretaria Municipal da Saúde com 4 vagas.   | Indicador descritivo/qu alitativo | Apresentação de relatório de Gestão | Realizado 0% este indicado depende do 100 % do indicador 8.1.1.6   | Realizado 0% este indicado depende do 100 % do indicador , o mesmo dependia do 8.1.1.6 que não estava pactuado para 2017. |

|   |                                  |                                     |              |   |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| 8.1.1.5. Criação de uma comissão permanente de servidores para avaliação e formulação de propostas de mudanças. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | Realizado 0% | Propostas de mudanças é de interesse de toda gestão, por isso todo processo de trabalho esta sendo revisto. |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|

Objetivo específico 8.1.2. Consolidar a gestão do trabalho.

| AÇÕES | INDICADOR DE MONITORAMENTO | META | 1° QUADRIMESTRE | 2° QUADRIMESTRE |
|-------|----------------------------|------|-----------------|-----------------|
|       |                            |      |                 |                 |

|  |  |                                     |   |   |
|--|--|-------------------------------------|---|---|
| 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 ESF.                                      | Indicador descritivo/qualitativo               | Apresentação de relatório de Gestão | Quanto ao pccs do ESF está em discussão, aos servidores efetivos segue o disposto na Lei complementar 133/2008.                     | Quanto ao pccs do ESF está em discussão, aos servidores efetivos segue o disposto na Lei complementar 133/2008.                     |
| 8.1.2.2. Manter o Ponto Biométrico Digital nas unidades de saúde.  | Percentual de unidades com registro biométrico | 100%                                | Todas as unidades estão com o novo relógio biométrico instalado.  | Todas as unidades estão com o novo relógio biométrico instalado.  |
| 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. | Indicador descritivo/qualitativo               | Apresentação de relatório de Gestão | Segue os dispostos na Lei nº 6.439 onde contempla o incentivo financeiro de desempenho aos servidores e empregados públicos da ESF. | Segue os dispostos na Lei nº 6.439 onde contempla o incentivo financeiro de desempenho aos servidores e empregados públicos da ESF. |

|   |                                  |                                     |  |  |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| 8.1.2.4. Garantir apoio logístico aos eventos internos promovidos pela SMS. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | <p>Todo evento realizado pela secretaria recebe o apoio logístico da Diretoria de Administração e Gestão Estratégica.</p> <p>1º Acolhe Itajaí, #SecuidaSC,</p> | <p>Todo evento realizado pela secretaria recebe o apoio logístico da Diretoria de Administração e Gestão Estratégica.</p> <p>1ª Conferência de saúde da mulher de Itajaí, reuniões ordinárias do COMUSA, Conferencia de saúde, Conferencia de Vigilância em Saúde, entre outros.</p> |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|

Objetivo específico 8.1.3. Ampliar o financiamento em saúde

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO       | META                                | 1º Quadrimestre   | 2º Quadrimestral                    |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| 8.1.3.1. Buscar e divulgar linhas de financiamento de projetos de desenvolvimento em saúde. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | Com objetivo de ampliação das linhas de financiamento de projetos estamos em contínua busca por projetos e financiamentos Federais e Estaduais. Neste quadrimestre foi cadastrado e | Mantido resposta do 1º quadrimestre |



|  |                                  |                                     |   |  |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
|  |                                  |                                     | <p>aprovado emendas parlamentares para o custeio da Atenção Básica (R\$ 200.000,00), emenda parlamentar para aquisição de equipamentos no valor de R\$ 900.000,00. Porém estas emendas ainda não foram empenhadas pelo Governo Federal.</p> |  |
| 8.1.3.2. Estimular a criação de projetos de políticas públicas para o fortalecimento da gestão em saúde no município.                                  | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | A Prefeitura Municipal de Itajaí criou o Planejamento Estratégico Município de Itajaí – PEMI 2040, em parceria com a UNIVALI (em andamento).  | A Prefeitura Municipal de Itajaí criou o Planejamento Estratégico Município de Itajaí – PEMI 2040, em parceria com a UNIVALI (em andamento). |
| 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 | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | Há um profissional específico atuando nesta área, com monitoramento freqüente dos projetos.   | Há um profissional específico atuando nesta área, com monitoramento freqüente dos projetos.  |

|   |                                  |                                     |  |   |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| de fortalecimento de todos os níveis de gestão da SMS.  |                                  |                                     |  |   |
| 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. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | Não foi apresentado no 1º quadrimestre | A prefeitura arrecada em conta própria os recursos gerados pelas ações da Vigilância sanitária e transfere para a CONTA DO FMS mensalmente. |

Objetivo específico 8.1.4. Qualificar o sistema de informação.

| AÇÕES  | INDICADOR DE MONITORAMENTO                             | META | 1º Quadrimestre   | 2º Quadrimestre   |
|--|--|------|---|---|
| 8.1.4.1. Informatizar 20% das Unidades de Saúde ao ano e implantar | Percentual de unidades básicas de Saúde informatizadas | 20%  | Não implantado prontuário eletrônico em nova Unidade, mas estamos acima do percentual preconizado, próximo a 80%.<br>Neste quadrimestre foram | Com a abertura do novo Centro Integrado de Saúde, foi implementado sistema de Prontuário Eletrônico no UPA, antigo Pronto Atendimento do São Vicente e nas próximas semanas será implantado o |

|  |                                  |                                     |   |   |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| paralelamente os prontuários eletrônicos.                        |                                  |                                     | <p>instalados fibra óptica nas unidades da Praia Brava, Fazenda, Jardim Esperança, São Judas, Ceredi, Vigilância Sanitária, Farmácia Central e do complexo do novo Centro Integrado em Saúde – CIS.</p> <p>Para o próximo quadrimestre pretensão de atingir 100% neste indicador.</p> | <p>prontuário eletrônico no antigo PAM (Pronto Atendimento Médico), hoje Unidade de Atendimento Médico Especializado (UAME) também localizado no CIS.</p> <p>Após o UAME, o Centro de Especialidades Odontológicas também será contemplado com o Prontuário eletrônico, agilizando e melhorando os atendimentos a população, chegando assim a cerca de 85% das unidades informatizadas.</p> |
| 8.1.4.2.<br>Promover a alimentação das Bases de Dados Nacionais. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | <p>- Todos os sistemas estão sendo alimentados regularmente (SAI, CNES, SIHD, SIAB, entre outros).</p> <p>- Sistemas alimentados pelo DVE regularmente (SIAU, SPNI, API Web, SINAN, SIM, SINASC, Vigilantes (Dengue), SINAN Influenza On line, SICLOM, SISCEL,</p>                    | Contínuo  |

|  |                                  |                                     |  |   |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
|  |                                  |                                     | SIMC).   |   |
| 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. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | O sistema é atualizado mensalmente conforme prevê portaria ministerial.  | O sistema é atualizado mensalmente conforme prevê portaria ministerial  |
| 8.1.4.4. Qualificar e dar total transparência ao SISREG.   | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | Todas as Coordenações das UBS e profissionais acessam SISREG e estão capacitados. O Acesso do Sistema é realizado por 2/3 profissionais em cada Unidade. | Todas as Coordenações das UBS e profissionais acessam SISREG e estão capacitados. O Acesso do Sistema é realizado por 2/3 profissionais em cada Unidade |
| 8.1.4.5. Implantação da Ouvidoria da Saúde com compartilhamento com o  | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | O Município conta com um serviço de Ouvidoria próprio, que atende todas as secretarias.  | O Município conta com um serviço de Ouvidoria próprio, que atende todas as secretarias.   |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| COMUSA de<br>todo o seu banco<br>de dados. |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

Objetivo específico 8.1.5. Implementar melhorias no serviço de administração de materiais –SAM.

| AÇÕES  | INDICADOR DE MONITORAMENTO       | META                                | 1° Quadrimestre  | 2° Quadrimestre   |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 8.1.5.1. Melhorar o programa de ressuprimento e controle de estoque. | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão | Aumento de RH no setor de almoxarifado e um melhor controle via sistema, bem como aquisição das demandas das UBS e Serviços de saúde | Meta alcançada no 1° quadrimestre.  |
| 8.1.5.3. Criar a central de abastecimento farmacêutico.              | Indicador descritivo/qualitativo | Apresentação de relatório de Gestão |  | Criado à primeira CAF no CIS, sendo esse projeto piloto, para posteriormente aplicar em toda a rede de atenção a saúde. |

Objetivo específico 8.1.6. Fortalecer educação em saúde.

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO         | META                                | 1° Quadrimestre   | 2° Quadrimestre   |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| 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. | Indicador descritivo/qualitativo   | Apresentação de relatório de Gestão | Não realizado.  | Não realizado.  |
| 8.1.6.2. Garantir a capacitação técnica e treinamento   | Número de capacitações realizadas; | 45                                  | Não realizado. Buscamos alocar recursos orçamentários e financeiros (governamentais e não governamentais) | Não realizado – Esta meta, no novo modelo do organograma atual da Secretaria de Saúde, estas atividades estão sendo |

|   |   |    |   |   |
|---|---|----|---|---|
| periódico dos profissionais, a partir do levantamento das necessidades e outras demandas.                               | número de profissionais capacitados, por categoria.                                       |    | para implementação de capacitações dos profissionais do sistema de saúde, mas não conseguimos recursos.                       | desenvolvidas pelas Diretorias de Atenção a Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.   |
| 8.1.6.3. Desenvolver o Programa de Educação Continuada em Planejamento e Orçamento (PECOP) para os servidores da Saúde. | Número de capacitações realizadas;<br>Número de profissionais capacitados, por categoria. | 45 | Não realizado. Projeto de capacitação necessita ser desenvolvido, bem como recursos orçamentários e financeiros para custeio. | Não realizado – Esta meta, no novo modelo do organograma atual da Secretaria de Saúde, estas atividades estão sendo desenvolvidas pelas Diretorias de Atenção a Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. |

Objetivo específico 8.1.7. Fortalecer o componente municipal de auditoria do município.

| AÇÕES   | INDICADORES DE MONITORAMENTO                          | META | 1º quadrimestre  | 2º quadrimestre  |
|---|---|------|--|--|
| 8.1.7.1. Promover auditorias de gestão com vistas à verificação da correta aplicação dos recursos da saúde e monitoramento. | Número de Auditorias de gestão realizadas             | 3    | Não foi apresentado no 1º quadrimestre                   | Com as auditorias de contas dos hospitais, devido a ação judicial toda a equipe esteve mobilizada nessa ação. Cronograma dessas auditorias será apresentado para o 3.º quadrimestre. |
| 8.1.7.6. Realizar visitas técnicas em 100% dos prestadores de serviços de saúde contratualizados.                           | Percentual dos prestadores contratualizados visitados | 100% | Não foi apresentado no 1º quadrimestre                   | Vistas sendo realizados continuamente pelo diretor da Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.  |
| 8.1.7.7. Realizar 25% de auditorias do total de prestadores contratualizados.   | Percentual de auditorias realizadas                   | 25%  | A primeira tabela de auditorias corresponde a essa meta; | A primeira tabela de auditorias corresponde a essa meta;   |



|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| 8.1.7.8. Realizar 100% de auditorias do total de hospitais contratualizados no município.   | Percentual de auditorias realizadas                  | 100%                                    | Não foi apresentado no 1º quadrimestre | 50%. As ações estiveram nas auditorias do Hospital Marieta para cumprimento de ação judicial contra o Estado. |
| 8.1.7.9. Capacitar 100% do total de prestadores contratualizados.   | Percentual de prestadores contratualizados treinados | 100%                                    | Não foi apresentado no 1º quadrimestre | Realizando visitas aos prestadores e nessas é realizado capacitações sobre os sistemas e o SUS.               |
| 8.1.7.12. Elaborar os instrumentos de gestão (Relatório Anual, Relatório Quadrimestral, Plano municipal de Saúde e Programação anual) cumprindo os prazos legais. | Indicador descritivo/qualitativo                     | Apresentação dos instrumentos de gestão | Não foi apresentado no 1º quadrimestre | Destinado um profissional exclusivo para elaboração dos instrumentos de gestão priorizando prazos.            |

Objetivo específico 8.1.8. Fortalecer o controle social

| AÇÕES   | INDICADOR DE MONITORAMENTO        | META                                | 1º Quadrimestre   | 2º Quadrimestre  |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| 8.1.8.1. Garantir a realização das Conferências Municipais de Saúde, contribuindo para a elaboração e implementação das políticas públicas. | Número de Conferências            | 1                                   | No quadrimestre não foi realizada Conferência Municipal de Saúde. | Realizado três conferências com total apoio da SMS tanto na organização e realização como financiamento.<br>Conferência da Mulher;<br>Conferência de Saúde;<br>Conferência de Vigilância em Saúde. |
| 8.1.8.2. Manter as condições materiais, técnica, administrativas e autonomia orçamentária-financeira necessárias                            | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Meta realizada.   | Meta realizada.  |

|   |                                   |                                     |  |  |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.              |                                   |                                     |  |  |
| 8.1.8.4. Estimular e fortalecer os Conselhos Locais de Saúde. | Indicador descritivo /qualitativo | Apresentação de relatório de gestão | Estimulado as demais UBS para a formação de novos conselhos locais de saúde, em reuniões de equipe e em parceria com o COMUSA. | Estimulado as demais UBS para a formação de novos conselhos locais de saúde, em reuniões de equipe e em parceria com o COMUSA. |