

MUNICIPIO DE ITAJAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ
2018-2021

1

ITAJAÍ/SC
04 de Dezembro, 2017

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

PREFEITO

VOLNEI JOSE MORASTONI

VICE-PREFEITO

MARCELO SODRÉ

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

CELSO LUIZ DELLAGIUSTINA

2

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ

PLINIO AUGUSTO SILVEIRA

Plano Municipal de Saúde aprovado
Em.....reunião ordinária do Conselho
Municipal de Saúde no dia..... de
de 2017 através da Resolução
Nº

3

ELABORAÇÃO			
MIRELA CORREA			
GRUPO CONDUTOR			
EMERSON ROBERTO DUARTE			
RODRIGO DUARTE			
MARCELO IRINEU MILES			
ALESSANDRA KAESTNER ENRIQUEZ			
SANDRA REGINA BATISTA AVILA			
CHRISTIANE ANACLETO LAZZARIS			
JAIR SANTOS			
LUIS FERNANDO SANNI			
ELIANE DOS SANTOS CARVALHO			
ILSE BARBOZA			
MIRELA CORRÊA			
LORIANA GUARESÍ			
MARCIA EDLER GASPARY			
JACI SIMÃO BOING			
LEIDE DAYANA CAETANO			
ALEXANDRA GONÇALVES CAMBRUI			
PARTICIPANTES DA OFICINA:		AMELI DAIANA DE SOUZA	CARMEM SOARES
ÉZIO J. DO NASCIMENTO	GABRIEL	ROSANE CRISTINA GONÇALVES	MARLETE DA CONCEIÇÃO
MERCI S. DA SILVEIRA	ODISEEIA PERAO	ARIZOLETE SANTOS	DÉBORA DOS SANTOS
MICHELE CRISTINE MACHADO	JULIANA M. DOS SANTOS	FERNANDA FIGUEIREDO DA CUNHA	GISELE ELAINE FERREIRA
ROSELI T. BISKUP	EMERSON ROBERTO DUARTE	ELAINE APARECIDA DE OLIVEIRA	NARA E. FELIPPI
BENEDITA CARVALLHO	DIOMAR DE OLIVEIRA	CARLA RAMOS SILVA	FABIOLA GRAUPER
SHIRLEY M. LUS SANTOS	MARISA FAUST BRIDI	RAYHANY KELLY DE SOUZA	MIRIAN ZIMERMANN DOS SANTOS
LORIANA GUARESÍ	LUIS FERNANDO SANNI	REGIANE DO NASCIMENTO	AMA PAULA PARISE
DIEGO DE ASSIS DA SILVA	ANA MARIA SANTOS VIACELLI	ELAINE CRISTINA NUNES	SHARLINE T. BERGAMINI
FLAVIA MARIA DA S. NUNES	FERNANDA TELES	LEIDE DAIANA CAETANO	FRANCINE RAFAELA KUHNNEN
LINDINALVA DE SOUZA GALVAO	RENATA OLIVEIRA	JANAINA M. MACHADO	HILDA HIPPEL
ALEXANDRA	DANIRA	ANA REGINA EID CHIBATT	ALZIRA SCHOALER
DEISE WEIGMANN	REGINA SANTOS	GABRIELA B. SARTOZ	KÁTIA DOS SANTOS

	APRESENTAÇÃO	09
	INTRODUÇÃO	10
1.0	ANÁLISE SITUACIONAL.	14
1.1	TERRITÓRIO E AMBIENTE	15
1.2	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO	16
1.3	ÍNDICE FIRJAN DE DESENVOLVIMENTO ITAJAÍ	17
1.4	ÍNDICE FIRJAN SC – COMPARATIVO	18
1.5	IDHMS (ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL SUSTENTÁVEL), ITAJAÍ	19
1.6	COMPARATIVO FIRJAN E FECAM	20
2.0	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	20
2.1	EVOLUÇÃO POPULACIONAL	21
2.2	POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA	22
2.3	POPULAÇÃO POR BAIRRO	23
2.4	RELIGIÃO PREDOMINANTE	24
3.0	IDHM E SEUS COMPONENTES	25
3.1	TAXA DE ANALFABETISMO	25
3.2	INDICADORES SOCIAIS COMPARATIVOS	25
3.3	POPULAÇÃO EM EXTREMA POBREZA	26
3.4	EDUCAÇÃO	27
3.5	ACESSO E PERMANÊNCIA ESCOLAR	28
3.6	DESEMPENHO ESCOLAR	29
3.7	DESEMPENHO ESCOLAR	29
3.8	INFRAESTRUTURA ESCOLAR	30
3.9	DESEMPENHO ESCOLAR QUALIDADE DE ENSINO	31
3.10	CULTURA	33
3.11	HABITAÇÃO	33
4.0	ASPECTOS ECONÔMICOS	33
4.1	PIB	33
4.2	ASPECTOS ECONÔMICOS	34
4.3	EVOLUÇÃO DO PIB	34
4.4	EVOLUÇÃO DO PIB E PIB PER CAPITA	34
4.5	EVOLUÇÃO E COMPARATIVO DO PIB PER CAPTA	35
4.6	PIB RAFTING ESTADUAL E NUTRICIONAL DE ITAJAÍ	36
4.7	ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO MUNICIPAL RETORNO	36
4.8	TRABALHO E RENDA	38

SUMÁRIO

4.9	COEFICIENTES DE GINI	38
4.10	NÍVEIS DE RENDA	38
4.11	POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA	39
4.12	ECONOMIA INTERNACIONAL	39
4.12.1	EMPRESAS EXPORTADORAS	40
4.12.2	EMPRESAS IMPORTADORAS	41
4.12.3	IMPORTAÇÃO POR FATOR AGREGADO	42
4.12.4	PRINCIPAIS PAÍSES DESTINOS EXPORTAÇÃO	43
4.12.5	PRINCIPAIS BLOCOS ECONÔMICOS DE DESTINO EXPORTAÇÃO	44
4.12.6	PRINCIPAIS PAÍSES DE ORIGEM DAS IMPORTAÇÕES	45
4.12.7	PRINCIPAIS BLOCOS ECONÔMICOS DE ORIGEM DAS IMPORTAÇÕES	46
4.13	CADEIAS PRODUTIVAS DA PESCA (CPP)	46
4.13.1	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA CPP	46
4.13.2	PARTICIPAÇÃO DA CPPP NO VA DO MUNICÍPIO	47
4.14	COMPLEXO PORTUÁRIO DE ITAJAÍ	48
4.14.1	MOVIMENTAÇÃO DE CONTÊINERES DOS PORTOS BRASILEIROS	48
4.14.2	COMPLEXO PORTUÁRIO	49
4.14.3	ESCALA DE NAVIOS NO COMPLEXO PORTUÁRIO DE ITAJAÍ	50
4.14.4	PORTAL MOV. COMPLEXO PORTUÁRIO DE ITAJAÍ ANUAL (TON)	50
4.14.5	MOVIMENTAÇÃO PORTO DE ITAJAÍ E PORTO NAVE (TON)	51
4.15	TURISMO	52
4.15.1	TURISMO NA REGIÃO	52
4.15.2	PIB TURISMO NA REGIÃO	52
4.15.3	PESQUISA FECOMERCIO	53
5.0	INFRAESTRUTURA	63
5.1	MOBILIDADE HUMANA	63
5.2	POPULAÇÕES FLUTUANTES ITAJAÍ	64
5.3	POPULAÇÕES FLUTUANTES TURÍSTICAS REGIÃO ANFRI	65
5.4	CRESCIMENTO DA FROTA DE VEÍCULOS EM 2005 A 2015	65
5.5	TAXA DE MONITORIZAÇÃO 2015	66
5.6	GERAÇÃO DE VIAGENS	67
5.6.1	ATRAÇÃO DE VIAGENS	68
5.6.2	LIGAÇÃO ENTRE MUNICÍPIOS	69
5.6.3	EXTENSÃO DA FAIXA CICLO VIÁRIA	70
5.6.4	TRANSPORTE COLETIVO CARACTERÍSTICAS	70
5.6.5	PLANO DE TRANSPORTE COLETIVO MUNICIPAL	72

5.6.6	TAXA DE URBANIZAÇÃO	73
6.0	MEIO AMBIENTE	73
6.1	INDICADORES DE MEIO AMBIENTE DA REGIÃO DA AMFRI	73
6.2	SANEAMENTO BÁSICO	74
6.3	GESTÃO AMBIENTAL	74
6.4	PRESERVAÇÃO AMBIENTAL	74
7.0	ASPECTOS POLÍTICO INSTITUCIONAL	75
7.1	INDICADORES POLÍTICAS INSTITUCIONAIS DA REGIÃO DA AMFRI	75
7.2	FINANÇAS PUBLICAS	75
7.3	GESTAO PUBLICA	75
	ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS E INSTITUCIONAIS DA SAUDE	77
1.0	MORTALIDADE	77
1.1	MORTALIDADE INFANTIL	80
1.2	MORTALIDADE MATERNA	83
1.3	MORTALIDADE PROPORCIONAL	84
1.4	MORTALIDADE ESPECIFICA	87
1.5	NASCIDOS VIVOS	95
2.0	MORBIDADE	96
2.1	INTERNAÇÕES HOSPITALARES	96
3.0	ANALISE DA SAÚDE INTEGRAL DO MUNICÍPIO	100
3.1	PRODUTIVIDADE DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE ITAJAÍ	105
4.0	SISTEMAS	109
4.1	REGULAÇÃO	109
4.1.2	ABRANGÊNCIA DA REGULAÇÃO	110
5.0	FINANCIAMENTO	110
6.0	GESTÃO DE PESSOAS	113
7.0	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	115
7.1	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	117
7.2	DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	118
7.2.1	ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	123
7.2.2	AIDS	124
7.2.3	TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV	127
7.2.4	AIDS EM CRIANÇA	129
7.2.5	TRANSMISSÃO VERTICAL DE SÍFILIS	129
7.2.6	HEPATITES	130
7.2.7	TUBERCULOSE	131
7.2.8	HANSENIASE	133

7.2.9	DENGUE	135
7.2.10	DOENÇAS EXANTEMATICAS	138
7.2.11	ATENDIMENTO ANTIRRABICO HUMANO	139
7.2.12	MENINGITE	139
7.2.13	LEPTOSPIROSE	140
7.2.14	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA	141
8.0	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	143
9.0	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	155
10	SAÚDE DA CRIANÇA	158
11	SAÚDE DA MULHER	160
12	SAÚDE DO IDOSO	162
13	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	163
14	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	168
14.1	FISIOTERAPIA	
14.2	FONOAUDIÓLOGA	
14.3	PROGRAMA DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE	
14.4	SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
14.5	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
15	SAÚDE BUCAL	
16	CONTROLE SOCIAL	
17	GESTÃO EM SAÚDE	
18	EIXOS, OBJETIVOS, INDICADORES , METAS E CRONOGRAMA	172

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde constitui o instrumento de gestão mais importante do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo 'as intenções e os resultados que serão buscados pela gestão' no próximo quadriênio. Com base nesta premissa do Planejasus, na Lei complementar 141/2012, O Plano Municipal de Saúde é o principal instrumento de gestão do SUS e mostra as intenções da gestão para o período de 4 anos.

a equipe de profissionais da secretaria de saúde juntamente a enfermeira do Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí deu início ao processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, em agosto de 2017 delineando uma proposta que foi acolhida pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).

A versão preliminar de Plano 2018-2021 que apresentamos a seguir, foi elaborada durante o ano de 2017, a partir das diretrizes definidas pela conferência de saúde municipal realizada em julho de 2017. Para compor as propostas elaboradas pela conferência de saúde foi realizado uma oficina de oito horas com os servidores da rede de saúde para discutir propostas para o plano de saúde, tendo como norteador os indicadores do SISPACTO. Após esses dois momentos, um Grupo de Trabalho foi nomeado pelo Secretário de Saúde e, sob a coordenação da enfermeira de Planejamento, fez todas as discussões das propostas. A elaboração desse documento se deu num processo participativo, com encontros de discussões em cada gerência e retorno ao grupo de trabalho, que definiu os objetivos e estratégias.

O entendimento era de que mais do que cumprir uma legislação, era preciso estar comprometido com sua elaboração e embasá-lo tecnicamente a partir dos problemas relacionados às condições de saúde, à organização institucional e às tecnologias disponíveis para enfrentá-los. Assim, o resultado aqui apresentado expressa os anseios e o grau de amadurecimento político dos profissionais de saúde, dos técnicos que atuam junto à gestão e da sociedade representada pelo Conselho Municipal de Saúde. Entretanto, é necessário reiterar que o Plano apenas demarca um caminho a ser seguido pela gestão e representa o início de uma nova etapa de esforços para concretizá-lo, tirá-lo da gaveta, buscando torná-lo real nos próximos quatro anos. Para que isso aconteça, a participação de todos os sujeitos interessados na consolidação de um SUS ético, igualitário, universal e de qualidade é fundamental! Convidamos todos para esse desafio!

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Estabelecida pela Constituição Brasileira de 1988 e por leis que a regulamentam, é um sistema novo e ainda em construção.

O SUS deve ser entendido em seus objetivos finais como um sistema que ofereça assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde – para que assim busquemos os meios - processos, estruturas e métodos - capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e, torná-lo efetivo em nosso país.

Estes meios, orientados pelos princípios organizacionais de descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que dêem consistência ao modelo de atenção à saúde desejada.

Princípios são as idéias fundamentais em torno das quais se estrutura a instituição. São valores e convicções a serem seguidos no âmbito do Sistema Municipal de Saúde, para que sejam traçadas suas diretrizes, objetivos e metas. O município de Itajaí adota a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção integral à saúde, incorporando e consolidando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo então os seguintes princípios da gestão da saúde do município de Itajaí:

UNIVERSALIDADE

É o princípio constitucional de que saúde é um direito de todos e dever do Estado, portanto, é a garantia de acesso de toda população aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, viabilizada pelo planejamento e programação em saúde.

INTEGRALIDADE

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

EQUIDADE

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

DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO

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

HIERARQUIZAÇÃO

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

HUMANIZAÇÃO

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

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Princípio pelo qual se garante a participação da comunidade nas decisões que definem as prioridades e diretrizes da gestão dos serviços de saúde através das instâncias constituídas, socializando o conhecimento do processo saúde-doença e do sistema de saúde.

ACESSIBILIDADE

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

RESOLUTIVIDADE

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

CIDADANIA

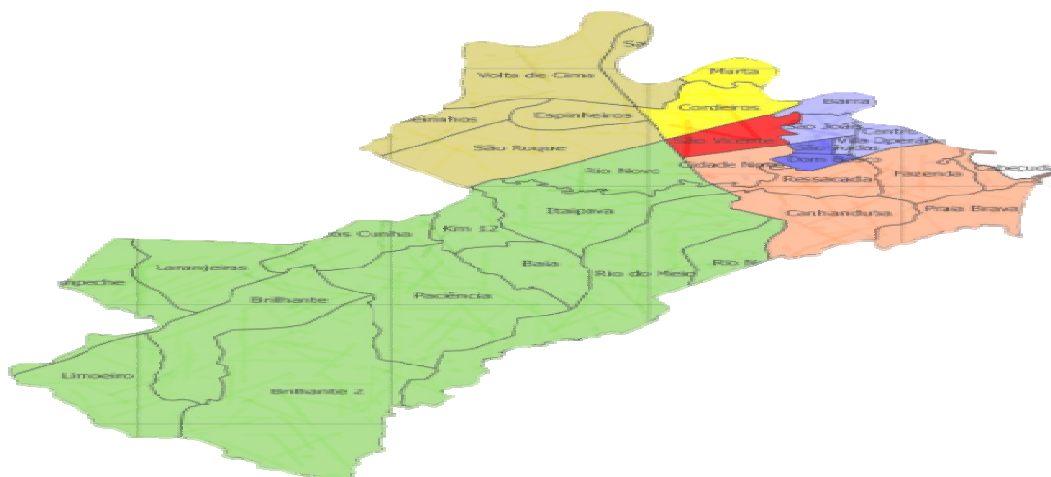
Conjunto de direitos e deveres que permite a pessoa participar ativamente da vida política, econômica e social do governo de seu povo.

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

Este Plano Municipal de Saúde, aprovado, é resultante do exercício democrático na formulação das políticas públicas e deverá constituir-se em instrumento de trabalho de referência para a gestão da saúde no município de Itajaí, no período de 2018-2021. Permitirá a adoção de estratégias intersetoriais capazes de modificar a realidade sanitário-epidemiológica, com o envolvimento dos diferentes atores sociais interessados na busca da qualidade de vida e do desenvolvimento social da população.

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

1 ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO



ÁREA	288,286 km ²
ÁREA URBANA	100 km ²
ÁREA RURAL	189 km ²
POPULAÇÃO ESTIMADA	208.958 hab.
DENSIDADE DEMOGRÁFICA	636,11 hab/km ²
DATA DE INSTALAÇÃO	15-06-1860
MICROREGIÃO	ITAJAÍ
MESOREGIÃO	VALE DO ITAJAÍ
PREFEITO ATUAL	VOLNEI JOSÉ MORASTONI
GENTILICO	ITAJAIENSE
CÓD DO MUNICIPIO	4208203
COLONIZAÇÃO	AÇORIANA, ALEMÃ e ITALIANA
CLIMA	MESOTÉRMICO ÚMIDO*
TEMPERATURA MÉDIA	21° C
TELEFONIA	CÓDIGO NACIONAL (55), CÓDIGO REGIONAL (47)
TENSÃO	220V

IFDM	0,853 <i>(entre 0,8 e 1 - Alto desenvolvimento)</i>
IDHM	0,795
PIB A PREÇOS CORRENTES	17.128.932,00

1.1 TERRITÓRIO E AMBIENTE

		Posição Estadual
	288,286 km ²	
Área da unidade territorial [2015]		116
Esgotamento sanitário adequado [2010]	88,6 %	27
Arborização de vias públicas [2010]	33,2 %	172
Urbanização de vias públicas [2010]	79,6 %	3

Fonte: IBGE

14

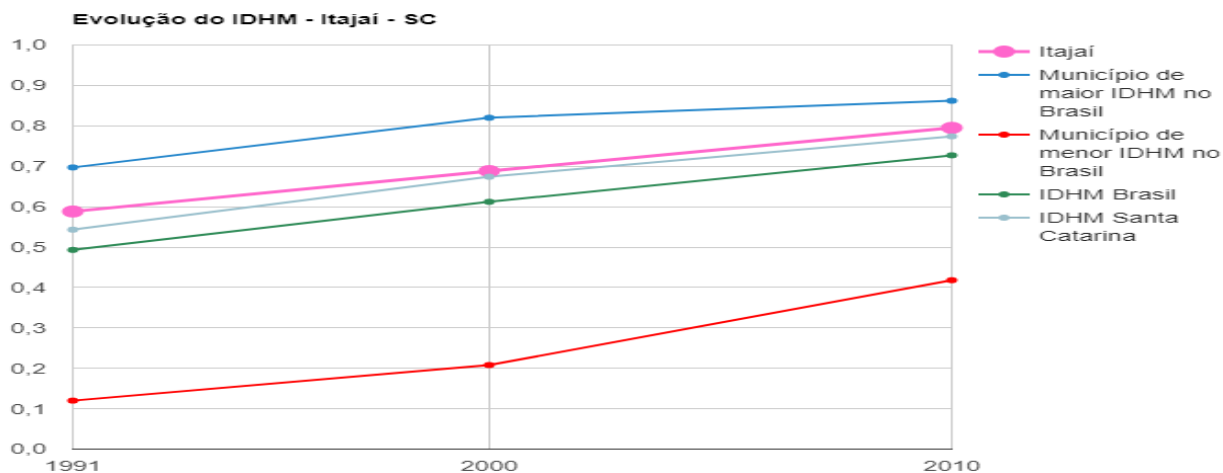
Apresenta 88.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 33.2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 79.6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 27 de 295, 172 de 295 e 3 de 295, respectivamente. Já quando comparado a outros municípios do Brasil, sua posição é 514 de 5570, 4763 de 5570 e 25 de 5570, respectivamente.

1.2 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Municípios	IDH-M 2000				IDH-M 2010			
	R	S	EDU	DH	R	S	EDU	IDH
Balneário Camboriú	0,848	0,829	0,668	0,782	0,854	0,894	0,789	0,846
Balneário Piçarras	0,698	0,798	0,519	0,672	0,753	0,864	0,519	0,712
Bombinhas	0,656	0,783	0,404	0,614	0,736	0,866	0,600	0,734
Camboriú	0,733	0,787	0,565	0,688	0,778	0,884	0,730	0,795
Itajaí	0,771	0,819	0,555	0,715	0,788	0,881	0,727	0,799
Itapema	0,656	0,783	0,434	0,606	0,731	0,873	0,624	0,736
Navegantes	0,671	0,817	0,459	0,649	0,739	0,867	0,640	0,749
Penha	0,702	0,802	0,470	0,658	0,745	0,869	0,668	0,761
Porto Belo	0,734	0,816	0,859	0,803	0,750	0,886	0,660	0,760
AMFRI	-	-	-	-	-	-	-	-
MÉDIA	0,719	0,804	0,548	0,687	0,764	0,876	0,662	0,766

Fonte: Firjan – Federação das Indústrias do Rio de Janeiro

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Itajaí é 0,795, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,881, seguida de Renda, com índice de 0,788, e de Educação, com índice de 0,727.



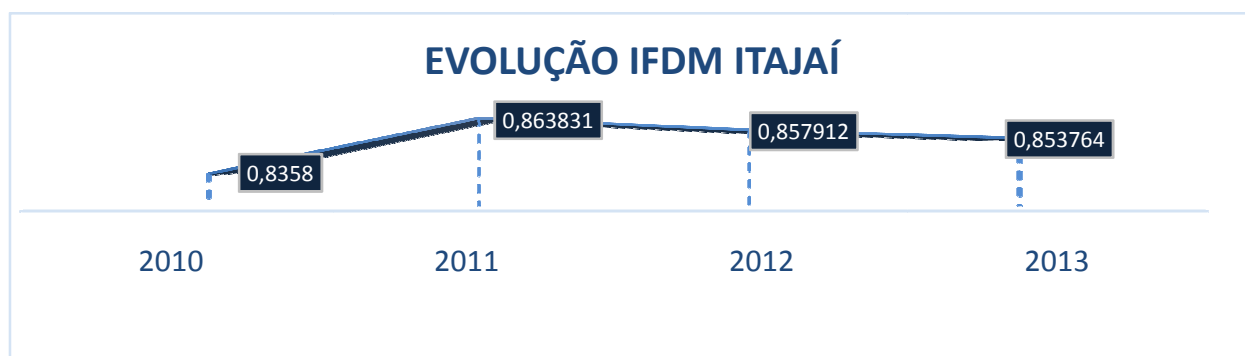
Fonte: Firjan – Federação da Indústrias do Rio de Janeiro

Itajaí ocupa a 56ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

1.3 ÍNDICE ¹ FIRJAN DE DESENVOLVIMENTO - ITAJAÍ

16

		2010	2011	2012	2013
		0,8004		0,8359	0,85
EDUCAÇÃO	7		0,831621	33	2492
		0,7863		0,8150	0,79
EMPREGO & RENDA	62		0,833545	77	5440
		0,9205		0,9227	0,91
SAÚDE	85		0,926326	26	3361
		0,8358		0,8579	0,85
IFDM GERAL	0		0,863831	12	3764



Fonte: Firjan – Federação da Indústrias do Rio de Janeiro

- Municípios com IFDM entre 0,0 e 0,4 ► **BAIXO** desenvolvimento;
Municípios com IFDM entre 0,4 e 0,6 ► desenvolvimento **REGULAR**;
Municípios com IFDM entre 0,6 e 0,8 ► desenvolvimento **MODERADO**;
Municípios com IFDM entre 0,8 e 1,0 ► **ALTO** desenvolvimento.

¹ *Firjan - O Sistema FIRJAN é uma organização privada, sem fins lucrativos, com mais de 7.500 mil empresas associadas. Formada por cinco organizações – SESI, SENAI, FIRJAN, CIRJ e IEL –, o Sistema FIRJAN está presente em todo o estado do Rio, com mais de 60 unidades do SESI e SENAI, e de representações empresariais.*

17

*Acompanha três principais áreas de desenvolvimento: **Educação, Saúde, Emprego&Renda***

1.4 INDICE FIRJAN SC- COMPARATIVO

ÍNDICE FIRJAN COMPARATIVO SC 20 MELHORES MUNICÍPIOS - ANO BASE 2013						
Ranking Nacional	IFDM Geral Estadual	Município	IFDM	Emprego & Renda	Educação Saúde	
6º	1º	Concórdia	0,8933	0,8325	0,9189	0,9286
34º	2º	São Bento do Sul	0,848	0,7887	0,8824	0,9233
52º	3º	Chapecó	0,8602	0,7935	0,8740	0,9132
54º	4º	Balneário Camboriú	0,8594	0,8060	0,8541	0,9181
63º	5º	Navegantes	0,8579	0,8927	0,8175	0,8635
76º	6º	Itajaí	0,8538	0,7954	0,8525	0,9134
87º	7º	Blumenau	0,8514	0,7664	0,8899	0,8979
103º	8º	Jaraguá do Sul	0,8476	0,7580	0,8866	0,8981
117º	9º	Brusque	0,8444	0,7829	0,8580	0,8921
130º	10º	Joinville	0,8430	0,7677	0,8464	0,9150

155º	11º	Timbó	0,8387	0,7405	0,9137	0,8620
163º	12º	Rio do Sul	0,8367	0,7547	0,8545	0,9009
170º	13º	Florianópolis	0,8339	0,7410	0,8445	0,9162
176º	14º	Itapiranga	0,8334	0,6010	0,9660	0,9331
184º	15º	Indaial	0,8316	0,7690	0,8786	0,8471
216º	16º	Pomerode	0,8272	0,7316	0,8855	0,8646
223º	17º	São Miguel do Oeste	0,8262	0,7151	0,8584	0,9050
224º	18º	Tubarão	0,8261	0,7703	0,8357	0,8724
227º	19º	Videira	0,8251	0,7442	0,8637	0,8674
228º	20º	Içara	0,8248	0,7857	0,8422	0,8466

Fonte: Firjan – Federação da Indústrias do Rio de Janeiro

1.5 IDHMS (Índice Desenvolvimento Municipal Sustentável) – Itajaí

DIMENSÃO/ANO	2012	2014	2016
IDHMS	0,757	0,725	0,766
SOCIOCULTURAL	0,734	0,780	0,783
ECONÔMICA	0,804	0,811	0,793
AMBIENTAL	0,758	0,591	0,674
POLÍTICO INSTITUCIONAL	0,734	0,718	0,812

Legenda>		
Baixo	0,000	0,499
Médio Baixo	0,500	0,624
Médio	0,625	0,749
Médio Alto	0,750	0,874
Alto	0,875	1,000

18

Segundo o FECAM em 2014, a cidade de Itajaí ocupava a 10ª posição do Ranking, liderada por Joaçaba 0,781 e Blumenau 0,767.

A queda do índice de 2014 em relação a 2012 deu-se principalmente pela questão ambiental. Já a melhora em 2016 deu-se principalmente dimensão político institucional.

No decorrer do caderno Itajaí em Números daremos ênfase às dimensões.

O IDMS é uma ferramenta para a aplicação do conceito de desenvolvimento municipal sustentável construído a partir de uma série de indicadores considerados fundamentais para diagnosticar o grau de desenvolvimento de um território. Esse índice, ao avaliar o desenvolvimento, configura-se como uma ferramenta de apoio à gestão capaz de evidenciar as prioridades municipais e regionais e situar as municipalidades em relação a um cenário futuro desejável. A sustentabilidade é entendida como o desenvolvimento equilibrado das dimensões Social, Cultural, Ambiental, Econômica e Político-institucional. (FECAM, 2017).

Fonte: FECAM - Federação Catarinense dos Municípios

1.6 Comparativo FIRJAN E FECAM

Comparativo IDMS - FIRJAN E FECAM

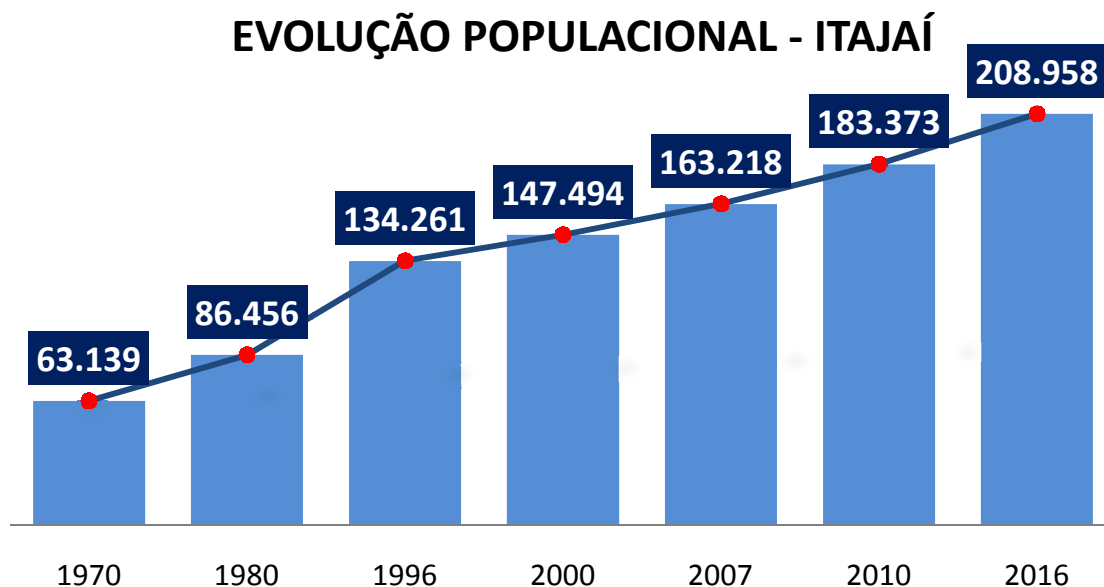
Fonte	Índice	Ano
FECAM	0,76	2013
FIRJAM	0,85	2013

19

O Índice FIRJAM de Desenvolvimento Sustentável é de abrangência Nacional e se aproxima do IDH-Municipal com 3 dimensões. Já o FECAM, trabalha com 5 dimensões diferentes e é de Santa Catarina, elaborado pela Federação Catarinense dos Municípios.

2 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

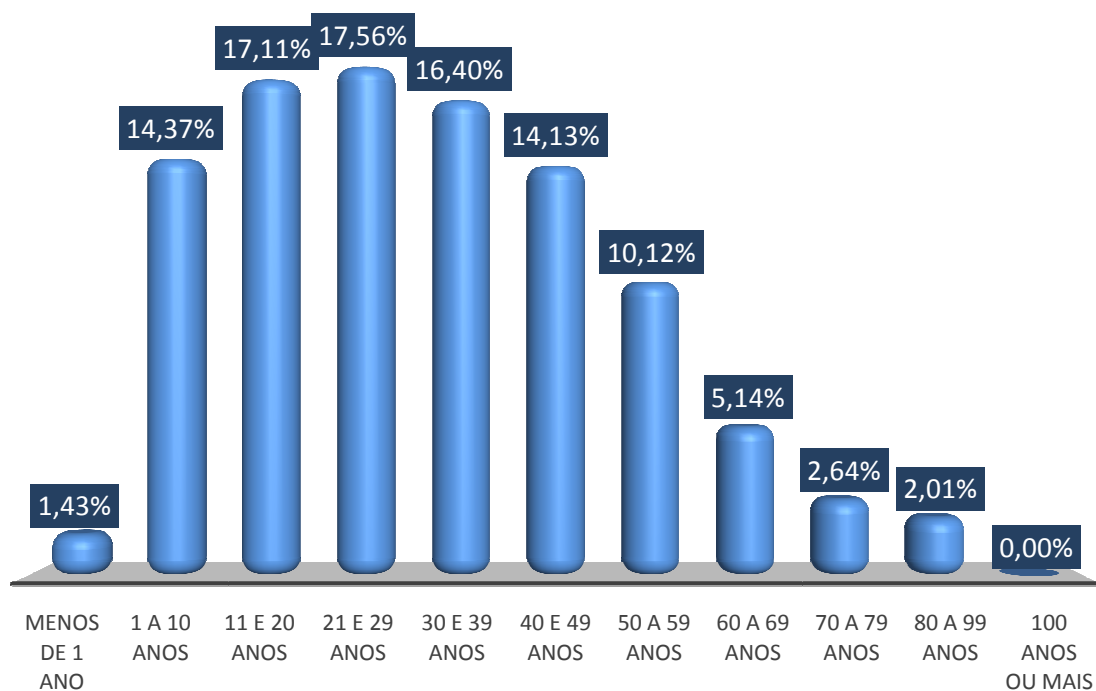
2.1 EVOLUÇÃO POPULACIONAL



SENDO POPULACIONAL	2000	2010	T
		x	
POPULAÇÃO TOTAL	1474	1833	2
	94	73	4%
Urbana	1419	1734	2
	50	52	2%
Rural	5544	9921	7
		9%	
Homens	7235	9011	2
	3	5%	
Mulheres	7514	9326	2
	1	2	4%

Fonte: IBGE

2.2 POPULAÇÕES POR FAIXA ETÁRIA



21

Município	1991	1996	2000	2007	2010	POS
Joinville	347.151	397.951	429.604	487.003	515.288	1º
Florianópolis	255.390	271.281	342.315	396.723	421.240	2º
Blumenau	212.025	231.401	261.808	292.972	309.011	3º
São José	139.493	151.024	173.559	196.887	209.804	4º

Criciúma	146.320	159.101	170.420	185.506	192.308	5º
Chapecó	123.050	131.014	146.967	164.803	183.530	6º
Itajaí	119.631	134.942	147.494	163.218	183.373	7º
Lages	151.235	148.860	157.682	161.583	156.727	8º
Jaraguá do Sul	76.968	93.076	108.489	129.973	143.123	9º
Palhoça	68.430	81.176	102.742	122.471	137.334	10º

Fonte: IBGE , senso 2010.

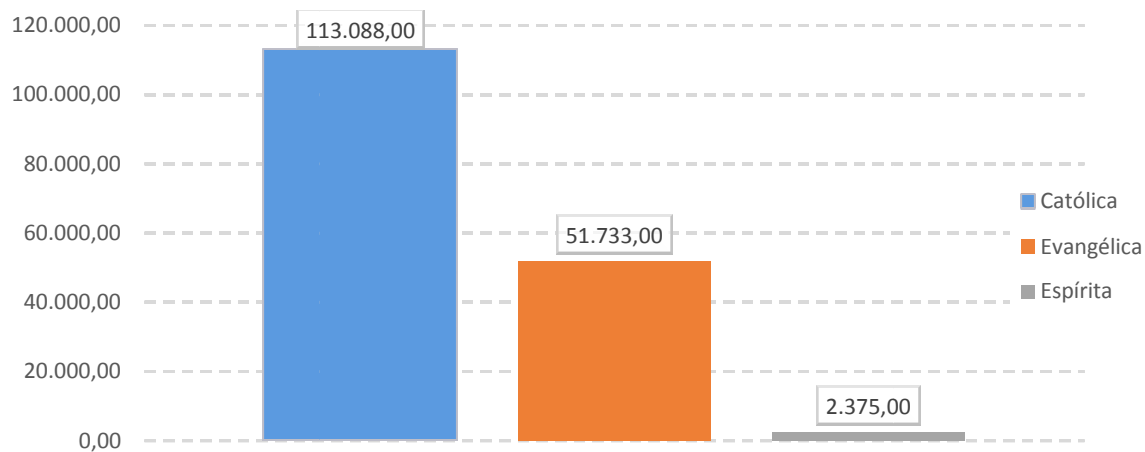
2.3 POPULAÇÃO POR BAIRRO

Cordeiros	37.355
São Vicente	31.287
Cidade Nova	20.024
Fazenda	15.471
São João	12.207
Centro	10.971
Demais Bairros	9.921
Dom Bosco	6.863
Barra do Rio	6.177
São Judas	5.467
Espinheiros	5.416
itaipava	5.027
Ressacada	5.011
Praia Brava	4.294
Salseiros	3.070
Vila Operária	2.963
Cabeçudas	1.129
Canhanduba	720

Total: **183.373**

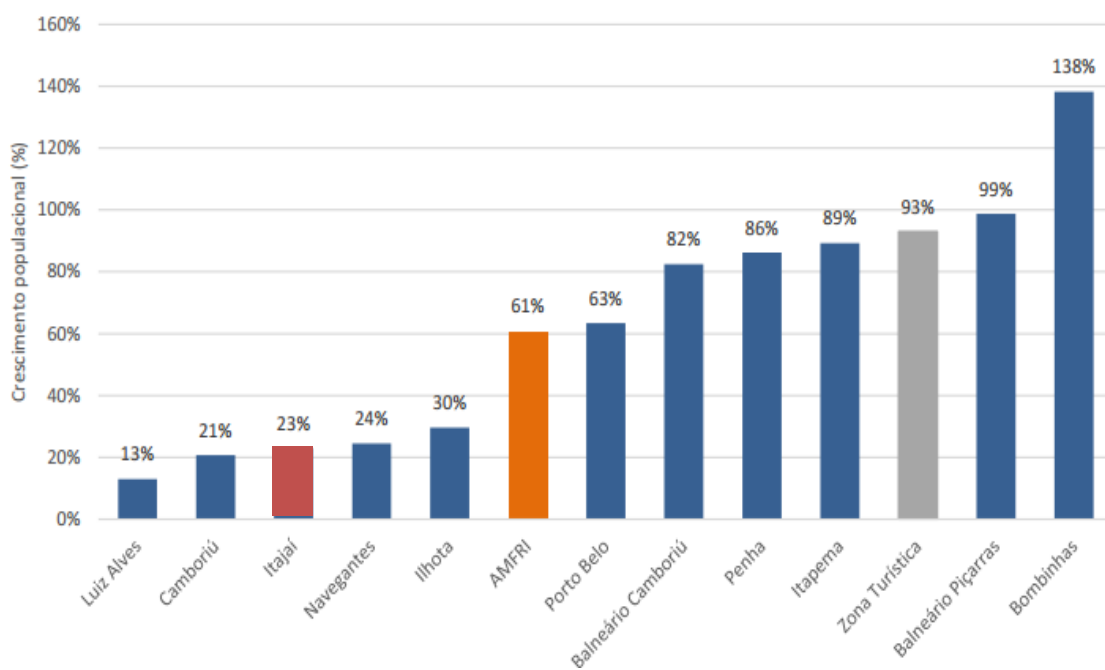
Fonte: IBGE SENSO 2010 - <http://populacao.net.br/populacao-das-cidades-brasileiras.php>

2.4 RELIGIÕES PREDOMINANTES



Fonte: IBGE SENSO 2010

Crescimento Populacional - Janeiro 2015



3- IDHM E SEUS COMPONENTES

	1991	2000	2010
IDHM	0,588	0,688	0,799
IDHM Educação	0,407	0,565	0,73
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	39,75	47,48	64,61
% de 5 a 6 anos na escola	45,74	72,09	91,09
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	62,24	77,38	91,36
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	37,43	60,39	73,82
% de 18 a 20 anos com médio completo	18,9	36,66	54,18
IDHM Longevidade	0,736	0,787	0,884
Esperança de vida ao nascer	69,18	72,2	78,02
IDHM Renda	0,679	0,733	0,778
Renda per capita	548,39	764,9	1014

3.1 TAXA DE ANALFABETISMO

24

Taxa de Analfabetismo Itajaí		
Ano	%	Ranking SC
1991	7	173
2000	4,97	257
2010	4,97	186

Fonte: O indicador refere-se a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade segundo o Censo Demográfico de 2000 e 2010 do IBGE. O dado referente ao ano de 1991 tem como fonte DATASUS

3.2 INDICADORES SOCIAIS COMPARATIVOS

	Blumenau	Chapecó	Criciúma	Florianópolis	Itajaí	Joinville	Lages	São José
População total	309011	183530	192308	421240	183373	515288	156727	209804

Taxa de atividade - anos ou mais	1876,44	77,96	73,12	72	74,81	74,21	66,89	75,43
Rendimento médio dos ocupados - 18 anos ou mais	1641,07	1447,31	1558,79	2351,08	1561,21	1674,23	1370,95	1605,09
% Domicílios com água encanada	97,89	92,46	97,84	96,35	97,93	98,16	98,84	97,85
% Domicílios com banheiro e água encanada	96,83	97,86	98,2	99,29	98,81	98,13	97,9	98,9
% Domicílios com coleta de lixo	99,88	99,65	99,56	99,84	99,86	99,92	99,14	99,81
% Domicílios com energia elétrica	99,97	99,75	99,98	99,96	99,92	99,93	99,58	99,97
Esperança de vida ao nascer	78,64	77,25	75,76	77,35	78,02	78,34	77,04	77,81
Mortalidade infantil	8,55	10,6	12,29	10,81	10,2	9,32	10,71	10
IDHM	0,806	0,79	0,788	0,847	0,799	0,809	0,77	0,809 ²⁵
Taxa de envelhecimento	6,3	5,37	5,9	7,5	5,77	5,65	7,71	5,9
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais	1,77	4,45	3	2,07	2,97	2,26	5,02	2,62
Expectativa de anos de estudo	9,97	10,75	10,49	10,79	10,3	10,02	10,18	10,52
Renda per capita	1253,17	1017,34	1062,53	1798,12	1014	1126,74	878,34	1157,43
% de extremamente pobres	0,12	0,65	0,51	0,27	0,43	0,29	1,57	0,19

Fonte: IBGE 2010 / Atlas

3.3 TABELA DE PAGAMENTO BOLSA FAMÍLIA JUNHO/2017

Tabela Pagamento Bolsa Família - junho/2017

MUNICÍPIO	as	Família	Total (R\$)	Benefício médio
BLUMENAU		3229 R\$	648.285,00	200,7695881
CRICIUMA		2842 R\$	510.836,00	179,7452498
FLORIANOPOLIS		4760 R\$	666.202,00	139,9584034
ITAJAI		2351 R\$	392.568,00	166,9791578
JOINVILLE		6587 R\$	1.189.749,00	180,6207682
SAO JOSE		2551 R\$	463.182,00	181,5687966

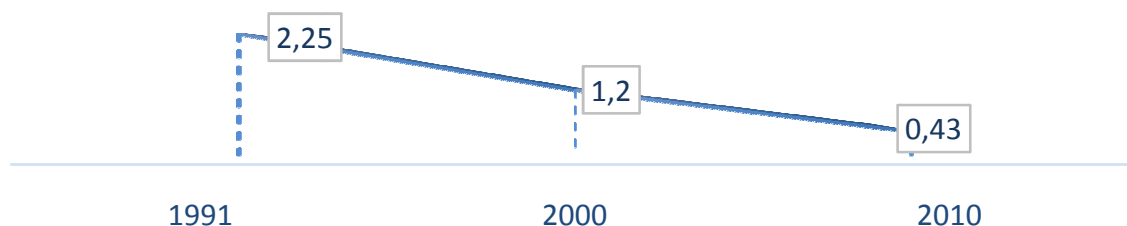
Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social

3.4 POPULAÇÕES EM EXTREMA POBREZA

26

Idade	Quantidade
0 a 3	164
4 a 5	121
6 a 14	300
15 a 17	26
18 a 39	422
40 a 59	159
65 ou mais	201
Total	1393

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social



Ano	Índice
1991	2,25
2000	1,2
2010	0,43

Fonte: IBGE 2010 / Atlas

3.5 EDUCAÇÃO

27

Esta seção do relatório apresenta um diagnóstico preliminar do Ensino Público de Itajaí (SC) apresenta-se a posição de Itajaí em relação ao Acesso e Permanência Escolar, Desempenho Escolar, Infraestrutura Escolar e Qualidade no Ensino.

EVOLUÇÃO DA EDUCAÇÃO - 2012 A 2016				
SUBDIMENSÃO/ANO	2012	2014	2016	Posição Atual
EDUCAÇÃO	0,742	0,755	0,754	Médio Alto
Acesso e Permanência Escolar	0,740	0,726	0,730	Médio
Desempenho Escolar	0,652	0,739	0,844	Médio
Infraestrutura Escolar	0,836	0,783	0,749	Médio Alto
Qualidade no Ensino	0,738	0,751	0,692	Médio

Fonte: FECAM 2017

Observa-se no Quadro acima verifica-se que houve uma piora no acesso e permanência, na infraestrutura e principalmente na Qualidade no Ensino, este último

muito mais em função de que os outros municípios melhoraram muito o que elevou o índice de comparação e desempenho constante dos índices relacionados à Educação.

3.6 ACESSO E PERMANÊNCIA ESCOLAR

Segundo o IBGE, em 2010, o município atendia 81,85% no Ensino Infantil, que compreende crianças de 4 a 5 anos. 97,68% no Ensino Fundamental, crianças de 6 a 14 anos e 81,25% do Ensino Médio de 15 a 17 anos.

De acordo com o INEP-MEC, em 2015, o abandono escolar nos anos iniciais do 1º a 5º ano era de 0%. Não houve abandono escolar. Ainda nos anos iniciais do 6º ao 9º ano o abandono foi de 0,40%, praticamente nulo. Já o abandono escolar no ensino Médio foi considerado elevado para os padrões de Santa Catarina, 10,30% quando a média máxima é de 7,71%.

Em relação a distorção de Idade-Série, ainda segundo o INEP-MEC, no Ensino Fundamental foi de 9,50%, considerado bom, uma vez que no Estado a distorção chega até 34,25% e um mínimo de 3,78%. Já na Idade-Série no Ensino Médio foi de 15,57%.

3.7 DESEMPENHO ESCOLAR

Segundo o IDEB Rede Pública nos anos iniciais (1º ao 5º ano), a nota foi de 6,30. Acima da média que foi de 6,27. Já do 6º ao 9º a nota foi de 5,10, abaixo da média Máxima de 5,76.

Desempenho Escolar – Séries Iniciais 1º ao 5º ano



Fonte: FECAM (2017).

Desempenho Escolar – Séries Iniciais 6º ao 9º ano



Fonte: FECAM (2017).

3.8 INFRAESTRUTURA ESCOLAR

Segundo INEP-MEC, em 2015, a média de alunos por turma nos anos iniciais era de 25,8 alunos por turma, considerada média, uma vez que no Estado a média é de 23,5 a 27,3. Ainda nos anos iniciais do 6º ao 9º ano, a média está em 28,20 alunos por turma, enquanto no Estado vai de 29,2 a 35,7 portanto considerado padrão Alto. Já no Ensino Médio é de 31 alunos por sala, considerado médio. No Estado o Máximo é de 38,5 e o mínimo 28,8 alunos por turma.

29

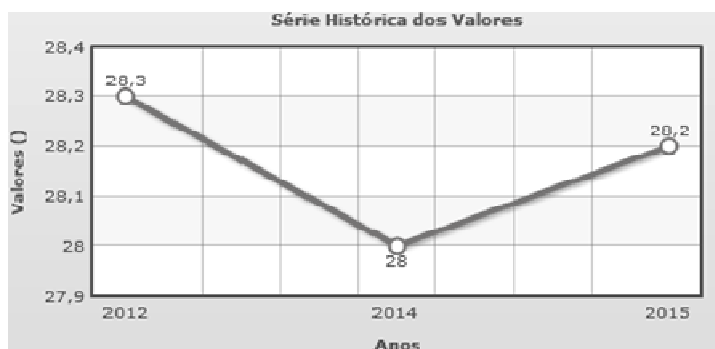
Em relação a Estruturas mínimas necessárias a atividade o município atende 82% das necessidades.

Média de alunos por turma – Anos Iniciais



Fonte: INEP-MEC (2017).

Média de alunos por turma – Anos Finais



Fonte: INEP-MEC (2017).

Média de alunos por turma – Ensino Médio



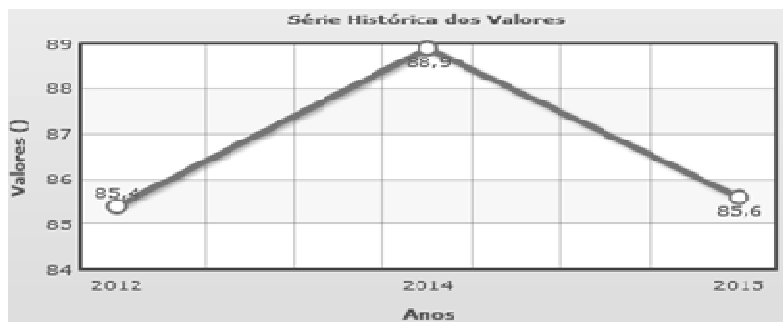
Fonte: INEP-MEC (2017).

3.9 QUALIDADE NO ENSINO

Segundo O INEP-MEC, em 2015, o número de docentes com curso superior , nos anos iniciais é de 85,6% e nos anos Finais do ensino fundamental é de 86,4%. Já no Ensino Médio é de 80,50%.

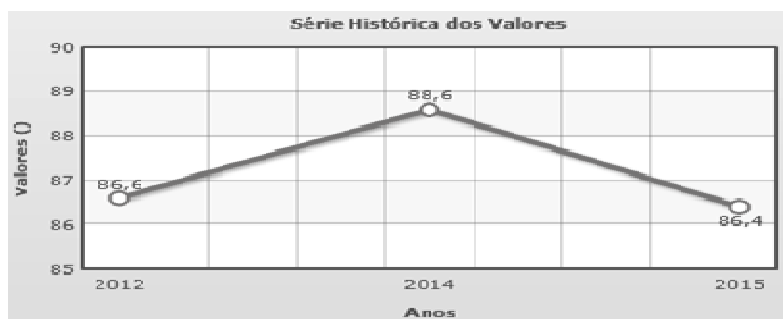
Segundo O INEP-MEC, em 2015, o número de Docentes com curso superior, nos anos iniciais é de 85,6% e nos anos Finais do ensino fundamental é de 86,4%. Já no Ensino Médio é de 80,50%.

Docentes com Curso Superior – Anos Iniciais



Fonte: INEP-MEC (2017)

Docentes com Curso Superior – Anos Finais



Fonte: INEP-MEC (2017)

31

Docentes com Curso Superior – Ensino Médio



Fonte: INEP-MEC (2017)

3.10 CULTURA

Em relação a Estrutura de Gestão para Promoção da Cultura o município apresenta as seguintes informações:

- Adesão ao Sistema Nacional de Cultura;
- Possui o Conselho de Política Cultural;
- Possui o Fundo Municipal de Cultura Exclusivo;
- Têm Legislação de Proteção ao Patrimônio Cultural, Material e Imaterial;;

Estes itens possuem um indicador máximo para o Índice FECAM 2016, Entretanto o município não possui um Plano Municipal de Cultura Definido, em função disto o município tem um índice na Cultura de 0,824, considerado Médio Alto.

3.11 HABITAÇÃO

Em relação à estrutura de Gestão para Políticas Habitacionais o município possui:

- Conselho municipal de Habitação;
- Fundo Municipal de Habitação;
- Plano Nacional de Habitação.

Quando se trata de Qualidade Habitacional o município tem uma densidade excessiva de moradores por domicílios médio, totalizando 12,35%, enquanto no Estado, há municípios com uma densidade maior (33,4%). Mas 98,98% possuem banheiros de uso exclusivo e 95,63% possuem energia elétrica de Companhia distribuidora.

32

4- ASPECTOS ECONÔMICOS

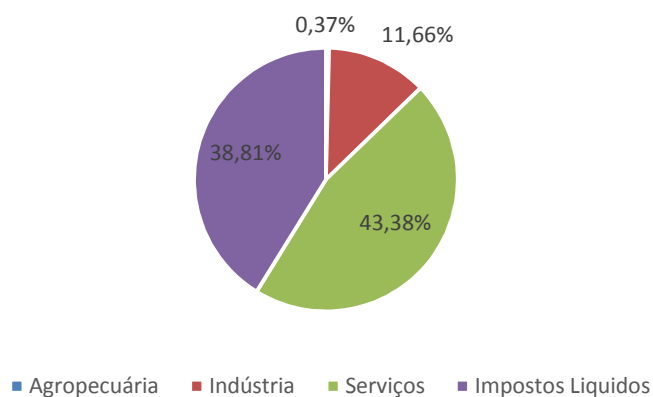
4.1 PIB

O produto interno bruto (PIB) representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região e é um dos indicadores mais utilizados para quantificar a atividade econômica. O PIB de Itajaí (SC) em 2014 foi de R\$ 17.128.932 com a seguinte divisão:

ATIVIDADE ECONÔMICA	VALORES ABSOLUTOS	%
Agropecuária	63.748,00	0,37%
Indústria	1.997.460,00	11,66%
Serviços	7.431.090,00	43,38%
Impostos Liquidos	6.647.293,00	38,81%
PIB a Preços correntes	17.128.932,00	100,00%

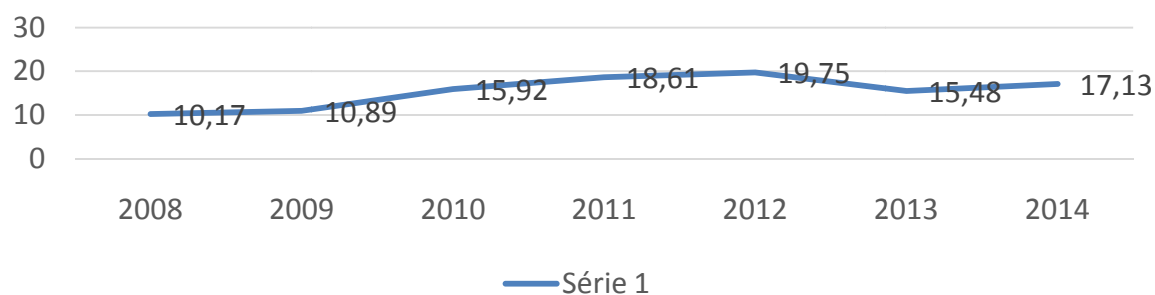
Fonte: IBGE (2017)

4.2 PIB POR ATIVIDADE ECONÔMICA



33

4.3 EVOLUÇÃO DO PIB



4.4 EVOLUÇÃO DO PIB E PIB PER CAPITA

Municípios	População			PIB			PIB PERCAPTA		
	2000	2010	2014	2000	2012	2014	2000	2012	2014
B. Camboriú	73455	108089	124557	R\$ 478.450,00	R\$ 2.530.216,00	R\$ 2.233.433,00	R\$ 6.513,51	R\$ 23.408,64	R\$ 17.931,01
B. Piçarras	10911	17078	19976	R\$ 52.995,00	R\$ 386.640,00	R\$ 397.538,00	R\$ 4.857,03	R\$ 22.639,65	R\$ 19.900,78
Bombinhas	8716	14293	16311	R\$ 48.555,00	R\$ 255.189,00	R\$ 904.252,00	R\$ 5.570,79	R\$ 17.854,12	R\$ 55.438,17
Camboriú	41445	62361	72261	R\$ 115.538,43	R\$ 730.796,00	R\$ 724.861,00	R\$ 2.787,75	R\$ 11.718,80	R\$ 10.031,15
Itajaí	147494	183373	201557	R\$ 1.712.088,00	R\$ 13.577.096,00	R\$ 17.128.932,00	R\$ 11.607,85	R\$ 74.040,87	R\$ 84.983,07
Itapema	25869	45797	55016	R\$ 148.218,00	R\$ 802.290,00	R\$ 1.121.062,00	R\$ 5.729,56	R\$ 17.518,40	R\$ 20.377,02
Navegantes	39317	60556	70565	R\$ 201.890,00	R\$ 1.488.419,00	R\$ 3.401.920,00	R\$ 5.134,93	R\$ 24.579,22	R\$ 48.209,74
Penha	17678	25141	28718	R\$ 327.992,00	R\$ 388.364,00	R\$ 217.409,00	R\$ 18.553,68	R\$ 15.447,44	R\$ 7.570,48
Porto Belo	10704	16083	18630	R\$ 54.574,00	R\$ 284.822,00	R\$ 1.042.386,00	R\$ 5.098,47	R\$ 17.709,51	R\$ 55.952,01
TOTAL REGIONAL	377589	534781	609605	R\$ 3.142.300,43	R\$ 20.445.844,00	R\$ 27.173.807,00	R\$ 8.322,01	R\$ 38.232,18	R\$ 44.576,09

Fonte: IBGE (2017).

4.5 EVOLUÇÃO E COMPARATIVO DO PIB PER CAPITA

ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PIB PER CAPITA ITAJAÍ	59,85	63,28	86,83	99,91	104,64	77,73	84,98
PIB PER CAPITA NACIONAL	15,99	16,92	19,76	21,54	22,64	26,44	26,82

Fonte: IBGE (2017).

4.6 PIB - Ranking Estadual e Nacional de Itajaí

ITAJAÍ NO ESTADO DE SANTA CATARINA

1º	Joinville	24.570.851
2º	Florianópolis	17.328.527
3º	Itajaí	17.128.932
4º	Blumenau	16.767.107
5º	São José	7.984.979

NO BRASIL

1º	São Paulo	628.064.882
2º	Rio de Janeiro	299.849.795
3º	Brasília	197.432.059
4º	Belo Horizonte	87.656.760
5º	Curitiba	78.892.229
...		
45º	Florianópolis	17.328.527
46º	Cabo Frio	17.268.253
47º	Itajaí	17.128.932
48º	Blumenau	16.767.107
49º	São Caetano do Sul	16.153.419

Fonte: IBGE (2017).

4.7 ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO MUNICIPAL - RETORNO

MAIORES ÍNDICES DE RETORNO IPM				
Município	IPM 2017 em %	IPM 2016 em %	Queda de IPM	Repercussão em R\$
JOINVILLE	9,0799544	9,4386053	-3,80%	-14.788.814,88
ITAJAÍ	7,155585	7,0311848	1,80%	5.129.588,49
BLUMENAU	4,8900824	5,17835	-5,60%	11.886.589,92
JARAGUÁ DO SUL	3,0782865	3,4416508	-10,60%	14.983.169,90
FLORIANÓPOLIS	2,9363823	2,9879301	-1,70%	2.125.551,26
SÃO JOSÉ	2,4421401	2,5108097	-2,70%	2.831.561,28
CHAPECÓ	2,4328246	2,3658637	2,80%	2.761.103,78
LAGES	1,9439758	1,8827797	3,30%	2.523.394,74
CRICIÚMA	1,9122423	1,8845777	1,50%	1.140.737,83
BRUSQUE	1,7311516	1,818857	-4,80%	3.616.494,27

ICMS per Capita



Fonte: FECAM (2017).

O ICMS per capita em Itajaí está acima da média dos 25% maiores de Santa Catarina, cujo valor médio é de R\$ 1312,26.

Evolução dos Empregos Formais



Fonte: FECAM (2017).

Evolução dos Estabelecimentos



Fonte: FECAM (2017)

4.8 TRABALHO E RENDA

Segundo o IBGE 2015, o salário médio mensal era de 3.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 47.1%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 8 de 295 e 14 de 295, respectivamente. No quadro nacional municipal, Itajaí ficava na posição 176 de 5570 e 91 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 26.2% da população nessas condições, o que o colocava na posição 178 de 295 dentre as cidades do estado e na posição 5225 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

4.9 COEFICIENTES DE GINI

A variável considera o Índice de GINI como medida da concentração de renda no município. O índice é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos e Itajaí tem um Índice Médio Baixo. 0,54, quanto menor melhor a distribuição de renda

37

4.10 NÍVEIS DE RENDA

Quanto ao número de domicílios em situação de pobreza, Itajaí tem 3,51% de sua população total de domicílios particulares permanentes em que a renda média mensal per capita é igual ou menor a R\$ 140,00 mensais, o que é considerado Médio Alto (Índice 0,848). No Estado este percentual chega a ter um mínimo de 23,14%

Em relação a remuneração médio dos trabalhadores formais, em 2015, o valor médio em Itajaí era de R\$ 2.445,80, abaixo dos R\$ 3.636,85 nos 25% maiores do Estado, mas acima dos R\$ 788,00 dos 25% menores.

Evolução do Salário Médio dos Trabalhadores Formais em Itajaí



Fonte: FECAM (2017).

4.11 POPULAÇÕES ECONOMICAMENTE ATIVA

Municípios	Área (km²)	População			PEA		Crescimento da PEA
		2000	2010	2016*	2000	2010	
Balneário Camboriú	46,4	73455	108107	131727	52,00%	59,40%	14,23%
Balneário Piçarras	99,4	11834	17078	21253	45,60%	69,90%	53,29%
Bombinhas	40	8716	14293	18052	46,80%	54,50%	16,45%
Camboriú	212,3	41445	62361	76592	47,40%	57,31%	20,91%
Itajaí	288,3	147494	183373	208958	68,23%	74,81%	9,64%
Itapema	58,9	25869	45814	59147	46,90%	53,70%	14,50%
Navegantes	111,2	39317	60556	74964	65,07%	69,02%	6,07%
Penha	58,7	17678	25141	30262	52,14%	66,19%	26,95%
Porto Belo	92,4	10704	16083	19744	45,29%	53,22%	17,51%
AMFRI	1007,5	378512	534816	640699	52,16%	62,01%	18,88%

38

4.12 ECONOMIA INTERNACIONAL

Balança Comercial de Itajaí

Ano	Exportação US\$ FOB (A)	Var%	Importação US\$ FOB (B)	Var%	Saldo US\$ FOB (A) - (B)
2013	4.353.231.695	11,61	6.202.585.768	0,19	-1.849.354.073
2014	3.914.216.156	-10,08	6.610.751.021	6,58	-2.696.534.865

2015	2.865.901.526	-26,78	5.046.291.241	-23,67	-2.180.389.715
2016	3.335.332.316	16,38	4.175.029.336	-17,27	-839.697.020
2017	1.532.137.256	25,88	2.049.802.478	33,80	-517.665.222

Fonte: MDIC (2017).

O Comércio Exterior no município de Itajaí sempre foi expressivo, pois além do Complexo Portuário atraiu para a região um número expressivo de empresas voltadas aos processos de importação e exportação.

Verifica-se no Quadro acima Um saldo negativo nos Últimos anos, muito mais por conta de importação de bens de capital, insumos básicos para indústrias da região e do sul do País.

Na sequência, apresenta-se as principais empresas exportadoras e importadoras, os produtos e destinos e origens deste comércio.

4.12.1 EMPRESAS EXPORTADORAS

Acima de US\$ 100 milhões

5º	BRF S.A.
44º	COOPERATIVA CENTRAL AURORA ALIMENTOS
70º	SEARA ALIMENTOS LTDA

Entre US\$ 10 milhões e US\$ 50 milhões

Ranking Nacional	EMPRESA
1066º	SOUTH SERVICE TRADING SA
1560º	TRAFIGURA DO BRASIL IMPORTACAO, EXPORTACAO E COMERCIO L
1653º	PETROLEO BRASILEIRO S A PETROBRAS
1949º	BERTOLUCCI & CIA LTDA - ME

Entre US\$ 5 milhões e US\$ 10 milhões

Ranking Nacional	EMPRESA
1960º	GDC ALIMENTOS S.A
2236º	AZIMUT DO BRASIL FABRICACAO DE IATES LTDA

Entre US\$ 1 milhões e US\$ 5 milhões

Ranking Nacional	EMPRESA
3312º	COLUMBIA TRADING S/A
3609º	FRIGORIFICO RAINHA DA PAZ LTDA.

4650º	F MARINE INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS NAUTICOS LTDA
5116º	BRASCOPA COMERCIAL E LOGISTICA LTDA
5243º	A.M.C. TEXTIL LTDA.
5265º	SOCINTER SUL COMERCIO INTERNACIONAL LTDA
5387º	TRUST - IMPORTACAO E EXPORTACAO EIRELI
5437º	CARGILL ALIMENTOS LTDA
5525º	DAUNE IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA
5722º	AGRO MGS IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA
5884º	PRIME TIMBER INDUSTRIA E COMERCIO DE MADEIRAS S.A.
5887º	COMERCIO E INDUSTRIA DE PESCADOS KOWALSKY
6056º	METALCORP IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA
6109º	MAXXIMA DISTRIBUIDORA, IMPORTADORA E EXPORTADORA EIRELI

Fonte: Secretaria de Comércio Exterior (SECEX)

4.12.2 EMPRESAS IMPORTADORAS

Acima de US\$ 100 milhões

Ranking Nacional EMPRESA

46º	CAPITAL TRADE IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA
57º	COLUMBIA TRADING S/A
69º	SAINTE MARIE IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA
80º	COMEXPORT TRADING COMERCIO EXTERIOR LTDA
113º	SERTRADING (BR) LTDA.
156º	ROCHE DIAGNOSTICA BRASIL LTDA.
201º	SEARA ALIMENTOS LTDA

Entre US\$ 50 milhões e US\$ 100 milhões

Ranking Nacional EMPRESA

249º	TRUST - IMPORTACAO E EXPORTACAO EIRELI
308º	LEVEL IMPORTACAO, EXPORTACAO E COMERCIO LTDA
348º	COTIA VITORIA SERVICOS E COMERCIO S/A
361º	GDC ALIMENTOS S.A
391º	DETROIT BRASIL LTDA
407º	SAVIXX COMERCIO INTERNACIONAL S/A
419º	SOCIEDADE CATARINENSE COMERCIO, IMPORTACAO E

EXPORTACAO
424º SOUTH SERVICE TRADING SA
443º VENDEMMIA COMERCIO INTERNACIONAL LTDA
Exportação por Fator Agregado

Ano	Básicos US\$ FOB	Semimanufaturados US\$ FOB (A)	Manufaturados US\$ FOB (B)	Industrializados US\$ FOB (A) + (B)
2017	1.286.678.304,00	18.697.654,00	226.755.812,00	245.453.466,00
2016	2.838.670.840,00	22.120.384,00	474.484.168,00	496.604.552,00
2015	2.470.329.432,00	8.964.511,00	386.517.713,00	395.482.224,00
2014	3.382.716.850,00	2.738.717,00	528.286.788,00	531.025.505,00
2013	3.780.513.264,00	4.593.527,00	567.776.309,00	572.369.836,00
2012	3.460.692.813,00	4.971.534,00	433.448.394,00	438.419.928,00
2011	2.877.162.989,00	3.421.250,00	584.133.879,00	587.555.129,00
2010	2.403.492.779,00	5.382.221,00	555.454.352,00	560.836.573,00

Fonte: Secretaria de Comércio Exterior (SECEX)

4.12.3 IMPORTAÇÃO POR FATOR AGREGADO

41

Anos	Básicos US\$ FOB	Semimanufaturados US\$ FOB (A)	Manufaturados US\$ FOB (B)	Industrializados US\$ FOB (A) + (B)
2010	115.370.211	1305035393,00	3.839.880.218	5144915611,00
2011	231.773.431	1771019575,00	4.796.159.164	6567178739,00
2012	261.766.031	1433316235,00	4.495.882.211	5929198446,00
2013	232.819.981	1201175920,00	4.768.589.867	5969765787,00
2014	188.654.581	1055903000,00	5.366.193.440	6422096440,00
2015	136.880.990	609883164,00	4.299.527.087	4909410251,00
2016	234.433.006	562565008,00	3.378.031.322	3940596330,00
2017	129.122.103	327320662,00	2.071.397.781	2398718443,00

Fonte: Secretaria de Comércio Exterior (SECEX)

4.12.4 PRINCIPAIS PAÍSES DESTINO EXPORTAÇÃO

Descrição		2017 (JAN - JUN)		2016 (JAN - JUN)		Var% (JAN - JUN)
		US\$ FOB	Part %	US\$ FOB	Part %	2017/2016
TOTAL DA ÁREA		1.853.907.619	100,00	1.461.993.569	100,00	26,81
TOTAL PRINCIPAIS DESTINOS	DOS PAÍSES	1.686.123.094	90,95	1.335.390.176	91,34	26,26
1	RUSSIA	210.495.337	11,35	154.456.629	10,56	36,28
2	ARABIA SAUDITA	207.034.909	11,17	153.445.740	10,50	34,92
3	JAPAO	182.349.369	9,84	167.471.524	11,46	8,88
4	PAISES BAIXOS (HOLANDA)	144.034.831	7,77	124.473.778	8,51	15,71
5	CHINA	128.712.229	6,94	102.180.423	6,99	25,97
6	HONG KONG	104.527.342	5,64	104.771.053	7,17	-0,23
7	EMIRADOS ARABES UNIDOS	97.282.270	5,25	66.552.815	4,55	46,17
8	REINO UNIDO	77.107.586	4,16	75.281.918	5,15	2,43
9	CINGAPURA	64.908.105	3,50	55.975.012	3,83	15,96
10	COREIA DO SUL	51.009.351	2,75	44.986.437	3,08	13,39
11	ANGOLA	47.143.121	2,54	37.866.697	2,59	24,50
12	COVEITE (KUWEIT)	45.171.304	2,44	24.782.261	1,70	82,27
13	ALEMANHA	42.079.154	2,27	42.497.715	2,91	-0,98
14	ESTADOS UNIDOS	32.290.501	1,74	16.956.958	1,16	90,43
15	AFRICA DO SUL	24.283.325	1,31	19.638.617	1,34	23,65
16	CHILE	24.267.168	1,31	13.709.202	0,94	77,01

17	ARGENTINA	23.171.194	1,25	16.494.428	1,13	40,48
18	MEXICO	23.098.284	1,25	5.062.454	0,35	356,27
19	OMA	22.934.411	1,24	11.820.560	0,81	94,02
20	CATAR	18.830.725	1,02	9.431.897	0,65	99,65
21	IRAQUE	15.328.023	0,83	5.209.928	0,36	194,21
22	ESPANHA	15.029.983	0,81	10.862.930	0,74	38,36
23	EGITO	13.301.047	0,72	22.012.969	1,51	-39,58
24	IEMEN	13.165.467	0,71	8.341.923	0,57	57,82
25	CANADA	10.556.700	0,57	6.916.166	0,47	52,64
26	INDIA	10.546.287	0,57	141.677	--	--
27	LIBIA	9.848.930	0,53	8.283.074	0,57	18,90
28	ITALIA	9.614.115	0,52	7.355.456	0,50	30,71
29	PERU	9.135.477	0,49	8.207.878	0,56	11,30
30	SUICA	8.866.549	0,48	10.202.057	0,70	-13,09
DEMAIS PAÍSES		167.784.525	9,05	126.603.393	8,66	32,53

Fonte: Secretaria de Comércio Exterior (SECEX)

43

4.12.5 PRINCIPAIS BLOCOS ECONÔMICOS DE DESTINO EXPORTAÇÃO

Descrição		2017 (JAN - JUN)	2016 (JAN - JUN)	Var% (JAN JUN)		
		US\$ FOB	Part %	US\$ FOB	Part %	2017/2016
PRINCIPAIS BLOCOS ECONÔMICOS						
1	ASIA (EXCLUSIVE ORIENTE MEDIO)	578.058.851	31,18	496.218.566	33,94	16,49

2	ORIENTE MEDIO	441.289.929 23,80	299.732.049 20,50	47,23
3	UNIAO EUROPEIA - UE	299.861.332 16,17	269.791.909 18,45	11,15
4	EUROPA ORIENTAL	215.343.657 11,62	159.593.138 10,92	34,93
5	AFRICA	126.214.478 6,81	114.755.051 7,85	9,99
	DEMAIS BLOCOS	193.139.372 10,42	121.902.856 8,34	58,44

OBS: -- Quando VAR% maior
que 999,99

Fonte: Secretaria de Comércio Exterior (SECEX)

4.12.6 PRINCIPAIS PAÍSES DE ORIGEM DAS IMPORTAÇÕES

44

Descrição	2017 (JAN - JUN)		2016 (JAN - JUN)		Var% (JAN - JUN)
	US\$ FOB	Part %	US\$ FOB	Part %	2017/2016
TOTAL DA ÁREA	2.527.840.546	100,00	1.843.842.155	100,00	37,10
TOTAL DOS PRINCIPAIS PAÍSES DESTINOS	2.356.158.765	93,21	1.703.211.967	92,37	38,34
1 CHINA	751.052.055	29,71	555.777.665	30,14	35,14
2 CHILE	286.196.947	11,32	179.304.508	9,72	59,62
3 ARGENTINA	239.776.827	9,49	143.706.741	7,79	66,85
4 ESTADOS UNIDOS	158.336.531	6,26	119.596.736	6,49	32,39
5 ALEMANHA	120.881.385	4,78	104.652.274	5,68	15,51
6 INDIA	90.006.397	3,56	56.173.752	3,05	60,23
7 ITALIA	52.929.995	2,09	48.859.230	2,65	8,33
8 PORTUGAL		1,98		0,84	220,95

		49.989.265		15.575.550		
9	MEXICO	44.048.506	1,74	26.748.019	1,45	64,68
10	JAPAO	40.661.263	1,61	27.986.090	1,52	45,29
11	MALASIA	40.445.782	1,60	40.116.853	2,18	0,82
12	TAIWAN (FORMOSA)	39.580.653	1,57	41.685.371	2,26	-5,05
13	INDONESIA	37.318.023	1,48	31.637.715	1,72	17,95
14	VIETNA	36.956.032	1,46	19.136.457	1,04	93,12
15	COREIA DO SUL	36.900.132	1,46	29.584.736	1,60	24,73
16	ESPANHA	34.018.775	1,35	22.323.183	1,21	52,39
17	PAISES BAIXOS (HOLANDA)	31.323.974	1,24	20.347.471	1,10	53,95
18	NORUEGA	28.219.536	1,12	27.631.776	1,50	2,13
19	AUSTRIA	26.422.027	1,05	21.016.288	1,14	25,72
20	PERU	26.289.142	1,04	27.473.003	1,49	-4,31

Fonte: Secretaria de Comércio Exterior (SECEX)

45

4.12.7 PRINCIPAIS BLOCOS ECONÔMICOS DE ORIGEM DAS IMPORTAÇÕES

PRINCIPAIS BLOCOS ECONÔMICOS		US\$ FOB	Part %	US\$ FOB	Part %	2017/2016
1	ASIA (EXCLUSIVE ORIENTE MEDIO)	1.120.691.654	44,33	847.389.310	45,96	32,25
2	ASSOCIACAO LATINO AMERICANA DE INTEGRACAO - ALADI	654.570.126	25,89	425.328.130	23,07	53,90
3	UNIAO EUROPEIA - UE	421.000.836	16,65	328.000.008	17,79	28,35
4	SEM AGRUPAMENTO ESPECIFICO	188.296.804	7,45	133.534.417	7,24	41,01
5	ORIENTE MEDIO	59.589.334	2,36	34.719.467	1,88	71,63
	DEMAIS BLOCOS	83.691.792	3,31	74.870.823	4,06	11,78

OBS: -- Quando VAR% maior que 999,99

4.13 CADEIAS PRODUTIVAS DA PESCA

4.13.1 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA CPP

- Maior porto pesqueiro de SC e do Brasil
- Mês com maior volume de desembarques: junho. (Período avaliado: 2000 - 2010)
- Mês com menor volume de desembarques: janeiro. (Período avaliado: 2000 - 2010)
- Contribui com 10 a 13% dos desembarques de pescados realizados no Brasil
- Estimativa de 4.100 empregos diretos.
- A frota pesqueira está com idade média de 33,77 anos
- Em torno de 700 embarcações usufruem do APL Pescado de Itajaí
- Relatório da FAO aponta que a produção da pesca e aquicultura no Brasil deve crescer mais de 100% até 2025

A posição de liderança do Estado é decorrente da importante atividade de pesca industrial sediada nos municípios de Itajaí e Navegantes. Só a região de Itajaí é responsável por cerca de 20% da produção nacional de pescado, concentrando as operações de descarga de mais de 600 embarcações de porte industrial, sendo assim considerado o principal polo pesqueiro do Brasil.

No contexto estadual, essa região contribui com 90,95% dos empregos no setor pesqueiro, representando 3.016 trabalhadores, sediando um significativo número de empresas que estão, de forma direta ou indireta, ligadas à atividade da pesca. É também responsável por inúmeros empregos indiretos, como por exemplo, os fornecedores de produtos usados nos processos da pesca, como redes, combustíveis, gelo, insumos, além da indústria alimentícia, a partir do processamento do pescado.

4.13.2 PARTICIPAÇÃO DA CPP NO VA DO MUNICÍPIO

Ano	VA Itajaí (valores absolutos)	VA CPP (valores absolutos)	Participação da CPP no VA
2007	4.539.064.053,52	173.169.828,02	3,82%

2008	5.517.094.458,34	127.186.849,21	2,31%
2009	6.294.359.388,14	255.591.801,10	4,06%
2010	8.072.243.900,33	134.526.470,28	1,67%
2011	9.878.843.171,24	343.158.985,55	3,47%
2012	11.337.560.071,99	367.386.852,17	3,24%

Fonte: Pesquisa APL / Univali / Prefeitura municipal

4.13.3 PARTICIPAÇÃO DA CPP NO ISS DO MUNICÍPIO

Ano	ISS Itajaí	ISS CPP	Participação CPP no ISS
2007	8.412.779,19	21.801,39	0,26%
2008	13.317.631,02	17.996,57	0,13%
2009	14.490.269,41	37.532,59	0,26%
2010	30.198.278,14	3.468,20	0,01%
2011	45.772.506,48	25.762,16	0,05%
2012	40.884.757,03	36.990,16	0,09%

47

4.14 COMPLEXO PORTUÁRIO DE ITAJAÍ

4.14.1 MOVIMENTAÇÃO DE CONTÊINERES DOS PORTOS BRASILEIROS

PORTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Santos	1.654.713	1.743.412	1.469.151	1.762.205	1.915.292	2.013.922	2.177.307	2.374.426	2.453.881	2.358.220
Itajaí	390.344	398.387	328.479	385.017	394.389	313.580	300.968	357.404	322.619	338.051
Paranaguá	348.000	356.577	367.796	399.590	313.245	452.753	452.872	462.405	471.573	436.781
Rio Grande	586.520	572.811	594.005	408.635	395.218	368.904	400.577	417.617	443.607	431.589
São Francisco do Sul	201.500	175.286	152.478	118.802	177.112	261.832	333.150	375.535	338.352	322.608
Manaus	174.570	189.330	190.000	238.646	393.055	297.059	325.662	383.125	317.336	246.804
Suaçê	163.500	201.562	167.870	226.538	284.124	265.415	269.405	274.409	256.506	254.483
Rio de Janeiro	290.575	289.059	244.536	299.623	321.160	352.626	349.201	297.865	240.172	210.789
Salvador	165.715	150.497	144.263	156.283	167.286	174.487	186.415	185.533	187.446	197.395
Vitória	207.234	197.773	165.420	184.737	204.393	193.478	208.254	184.502	178.781	149.129
Itaguaí	174.865	213.272	154.289	196.267	216.420	216.460	257.045	172.736	151.822	140.024
Pecem	77.669	60.575	68.301	111.334	120.788	103.448	93.485	119.395	109.058	105.488
Fortaleza	80.669	41.201	33.000	46.855	46.514	50.242	54.802	66.037	55.271	51.588
Vila do Conde	17.690	14.438	17.605	21.527	20.756	22.494	24.155	38.117	44.916	63.830
Outros	131.670	116.632	37.983	27.815	46.360	45.433	52.541	84.846	65.788	47.638
Brasil	4.467.124	4.518.834	3.973.176	4.794.074	5.216.219	5.473.133	5.833.939	6.094.152	5.892.121	5.652.587

Obs¹: A movimentação de Navegantes está incluída no porto de Itajaí.

Obs²: A movimentação de Itapoa está incluída no porto de São Francisco do Sul.

Fonte: Porto de Itajaí (2017).APL

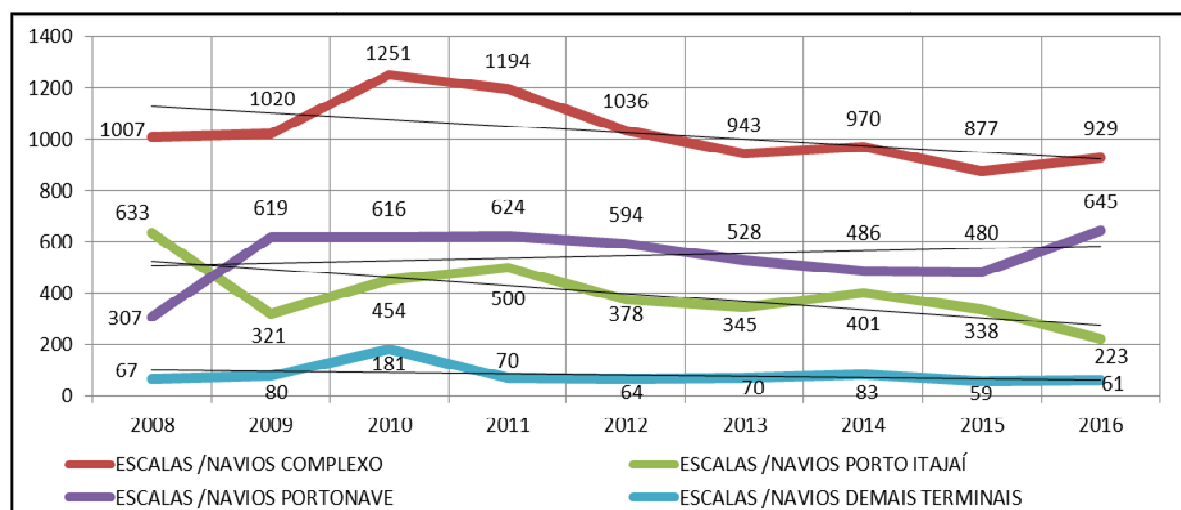
4.14.2 COMPLEXO PORTUÁRIO

- Porto Público
- APM Terminals Itajaí
- Portonave S/A
- Terminal Portuário Braskarne
- Trocadero Portos e Logística
- Poly Terminais
- Terminal Barra do Rio (projeto)
- Teporti Itazém

4.14.3 ESCALA DE NAVIOS NO COMPLEXO PORTUÁRIO DE ITAJAÍ

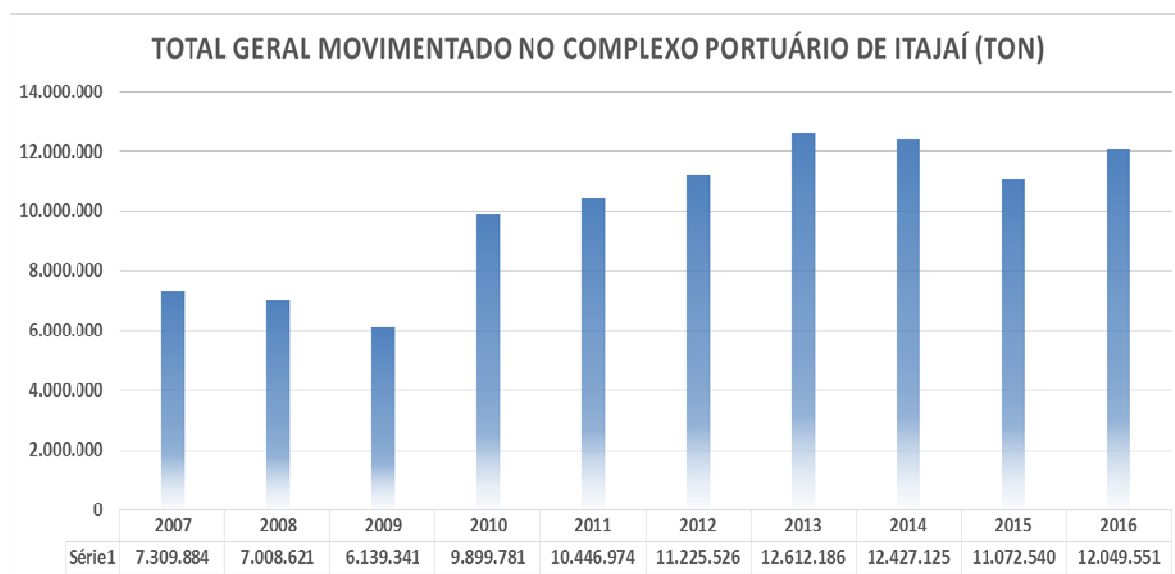
ANO	ESCALAS /NAVIOS			
	COMPLEXO	PORTO ITAJAÍ	PORTONAVE	DEMAIS TERMINAIS
2008	1007	633 (63%)	307 (30%)	67 (7%)
2009	1020	321 (32%)	619 (61%)	80 (7%)
2010	1251	454 (36%)	616 (49%)	181 (15%)
2011	1194	500 (42%)	624 (52%)	70 (6%)
2012	1036	378 (36%)	594 (57%)	64 (7%)
2013	943	345 (37%)	528 (56%)	70 (7%)
2014	970	401 (41%)	486 (50%)	83 (9%)
2015	877	338 (39%)	480 (55%)	59 (6%)
2016	929	223 (24%)	645 (69%)	61 (7%)

Fonte: Porto de Itajaí (2017).APL



Fonte: Porto de Itajaí (2017).APL

4.14.4 TOTAL MOV. COMPLEXO PORTUÁRIO DE ITAJAÍ ANUAL (TON)



4.14.5 MOVIMENTAÇÃO PORTO DE ITAJAÍ E PORTONAVE (TON)

	PORTO DE ITAJAÍ		PORTONAVE	
	EXP	IMP	EXP	IMP
2008	2.820.855	1.910.662	1.420.936	631.957
2009	1.042.631	717.342	2.449.344	1.676.645
2010	1.915.940	1.716.273	3.249.650	2.737.547
2011	2.357.066	2.049.609	3.025.591	2.792.397
2012	2.088.327	2.028.700	3.743.508	2.966.080
2013	2.097.426	2.098.679	4.386.928	3.548.491
2014	2.138.644	1.880.432	4.135.983	3.745.864
2015	1.834.152	1.316.575	4.320.931	3.401.901
2016	1.440.736	613.731	5.902.894	3.886.972

Fonte: Porto de Itajaí (2017).APL

4.15 TURISMO

4.15.1 TURISMO NA REGIÃO

Localizada na região centro-norte de Santa Catarina, a Costa Verde & Mar se consolida como região turística detentora de inúmeras opções de lazer e entretenimento para todos os públicos, belezas naturais, exuberantes, gastronomia típica e temática, manifestações culturais variadas, compras e muito mais.

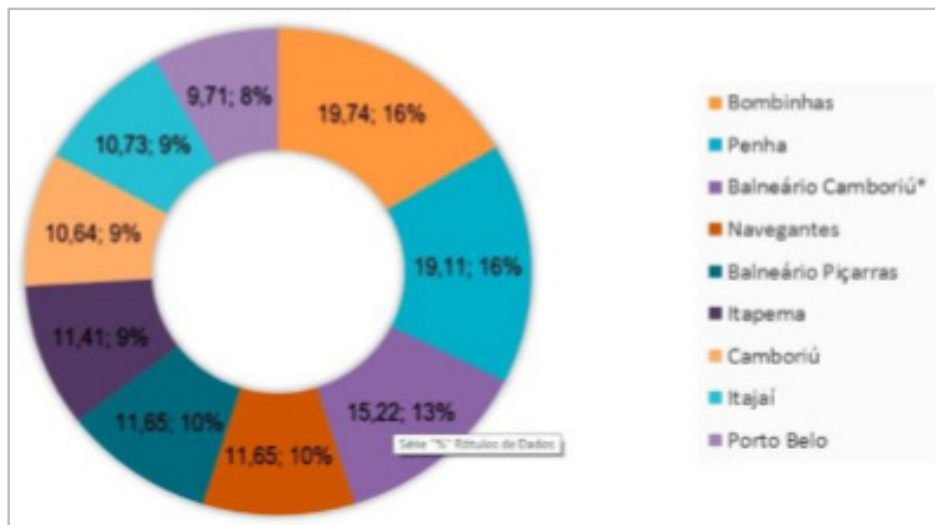
Considerada o maior centro pesqueiro e principal exportadora de produtos congelados do Brasil, a cidade de Itajaí mistura o forte ritmo das atividades portuária, comercial e universitária ao turismo, com suas praias mundialmente conhecidas, povo hospitaleiro e rica cultura, atrativos que encantam os visitantes. Localizada em um cenário litorâneo com belas paisagens e com a natureza exuberante da Mata Atlântica.

4.15.2 PIB TURÍSTICO NA REGIÃO

A oferta turística na região demonstra uma empregabilidade alta nas atividades características do Turismo, com destaque para meios de hospedagem, atrativos culturais, alimentação e serviços e equipamentos de lazer.

O inventário do setor apresenta 4463 empresas que compõem a Cadeia Produtiva do Turismo na região Costa Verde & Mar, representando cerca de 32 mil profissionais ligados à atividade turística atuando nos municípios que fazem parte da região, conforme o estudo Costa Verde & Mar em Números.

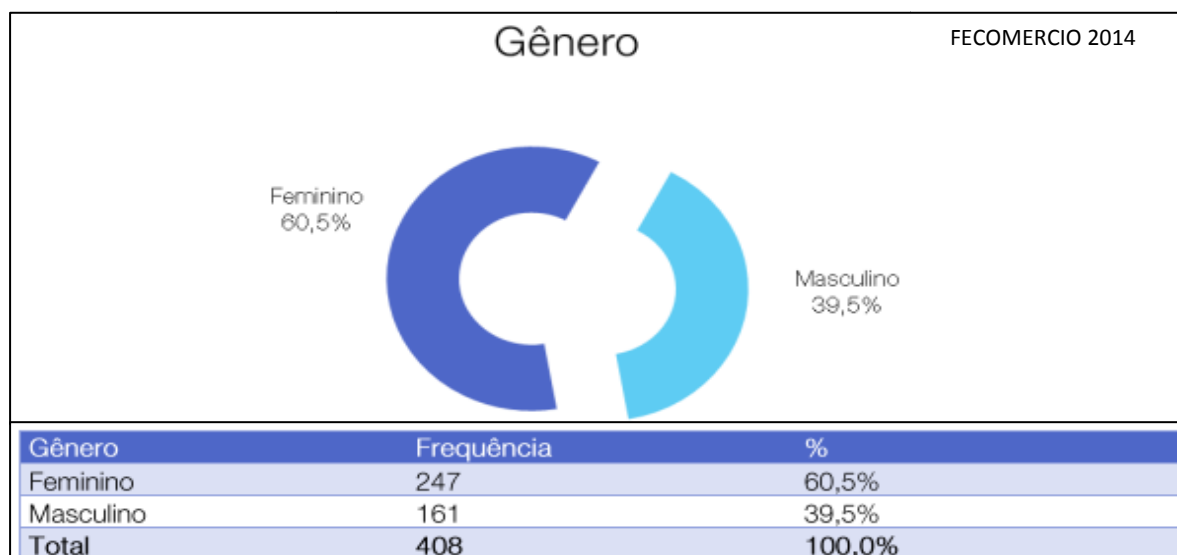
Segundo estudo realizado pela Univali e Instituto Sinergia, em 2015, Itajaí tinha uma participação de 10,73% (Univali) e 9% (Instituto Sinergia) de participação no PIB da Região



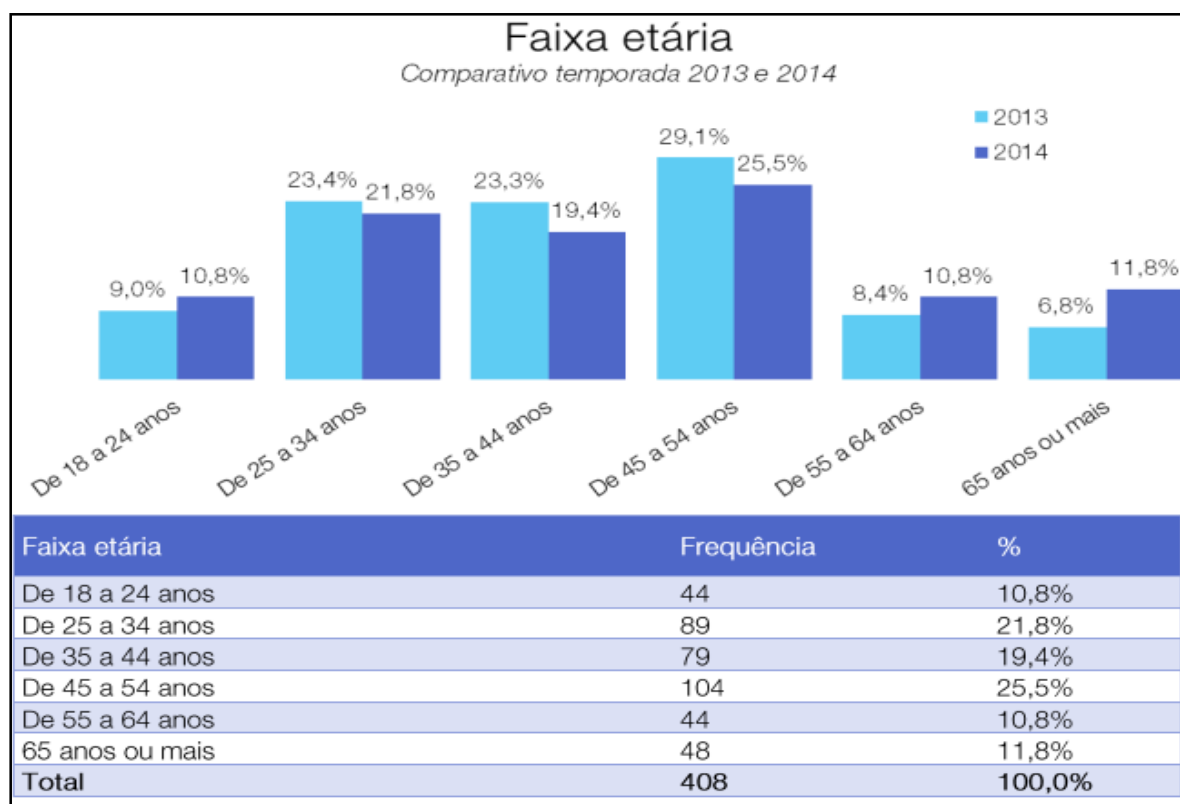
4.15.3 PESQUISA FECOMERCIO

Para melhor ilustração, na sequência apresenta-se por meio de quadros, tabelas e gráficos um resumo da pesquisa realizada pela FECOMERCIO em 2014 sobre o desempenho do turismo

52



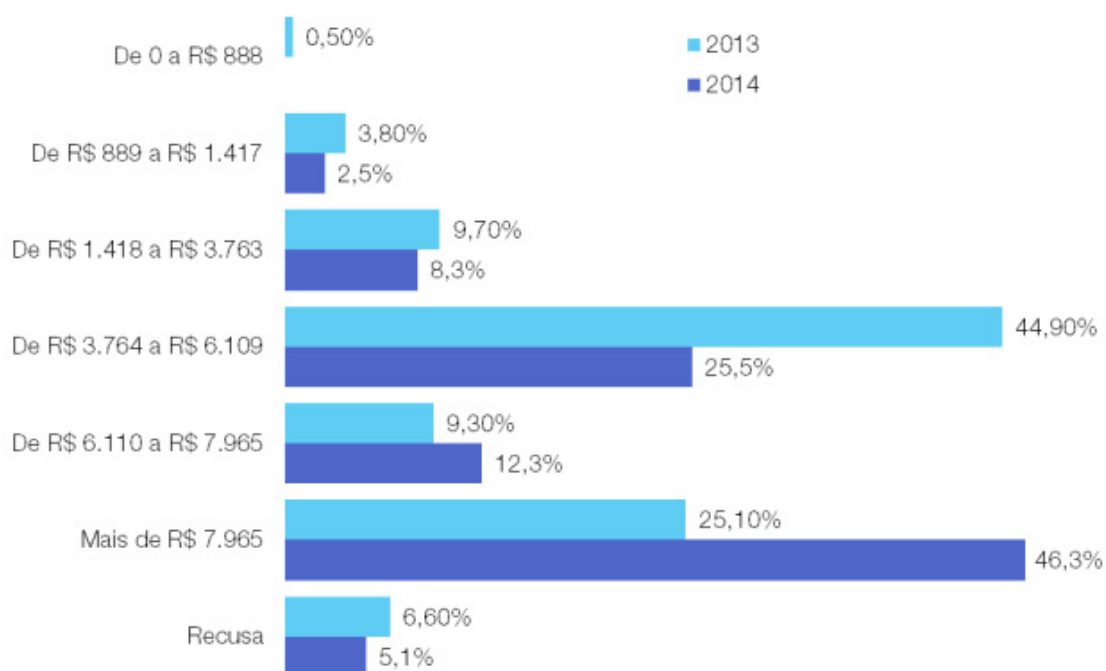
FECOMERCIO 2014



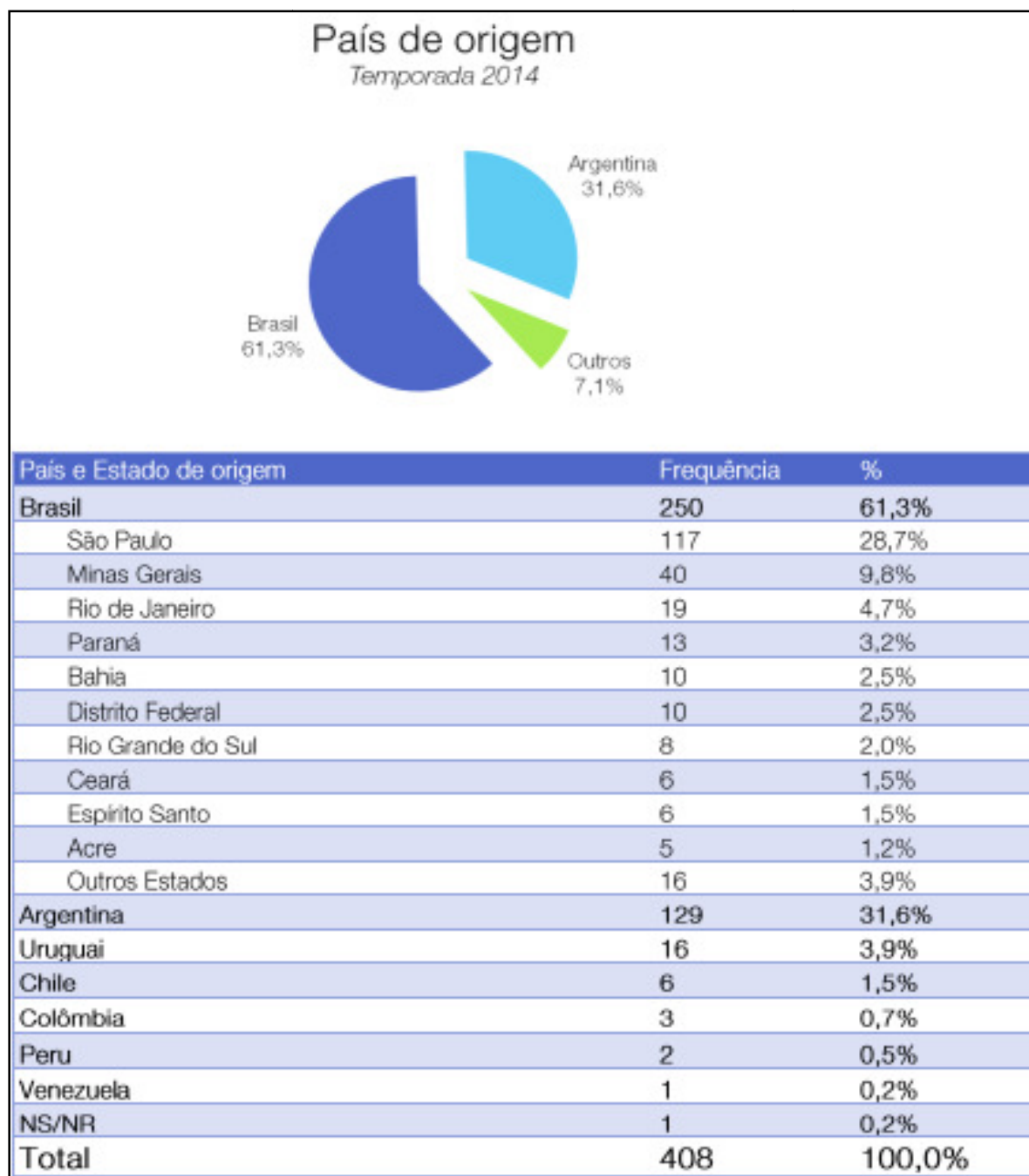
Fonte: Núcleo de Pesquisas Fecomercio 2014

Renda média mensal familiar

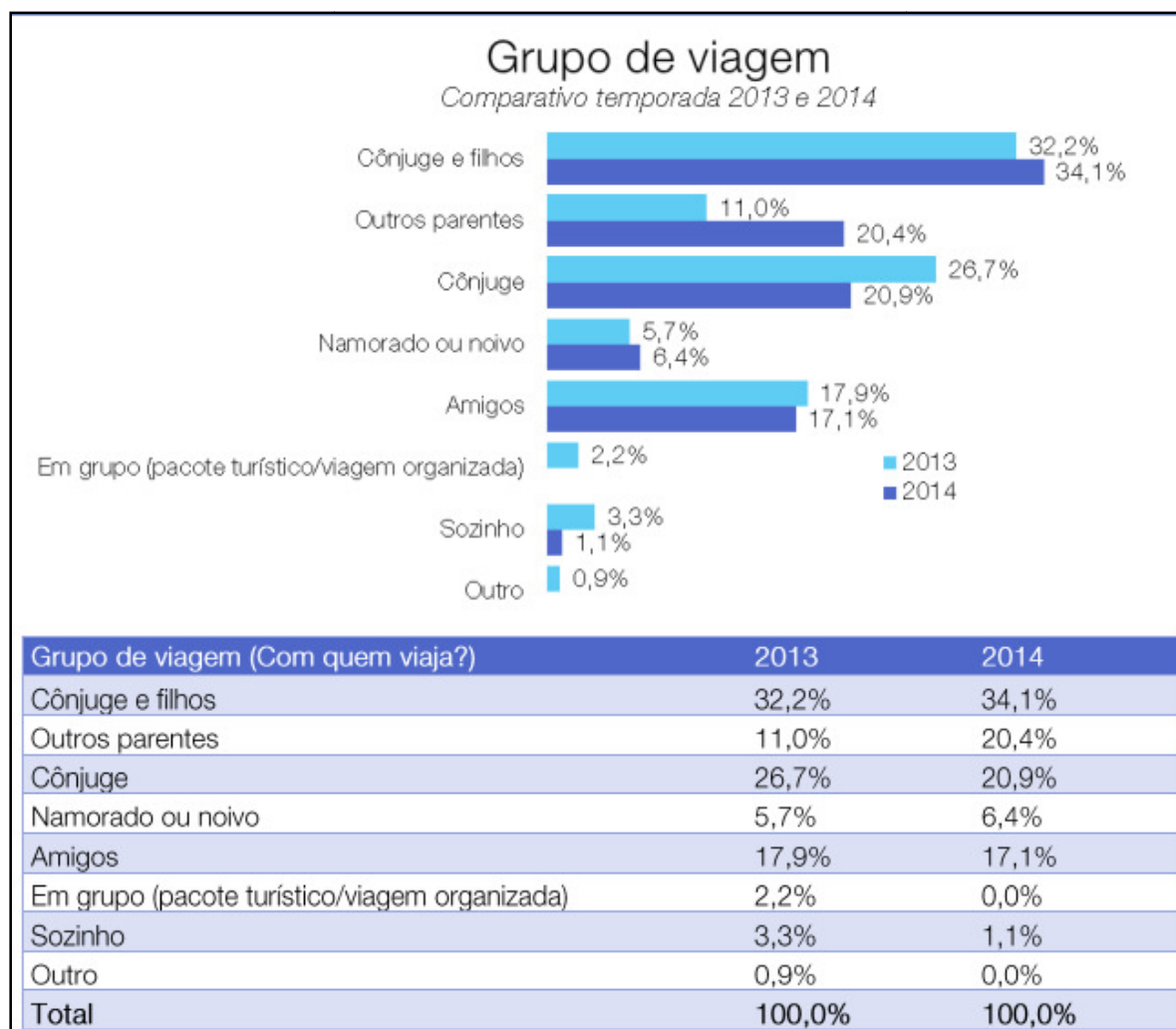
Comparativo temporada 2013 e 2014



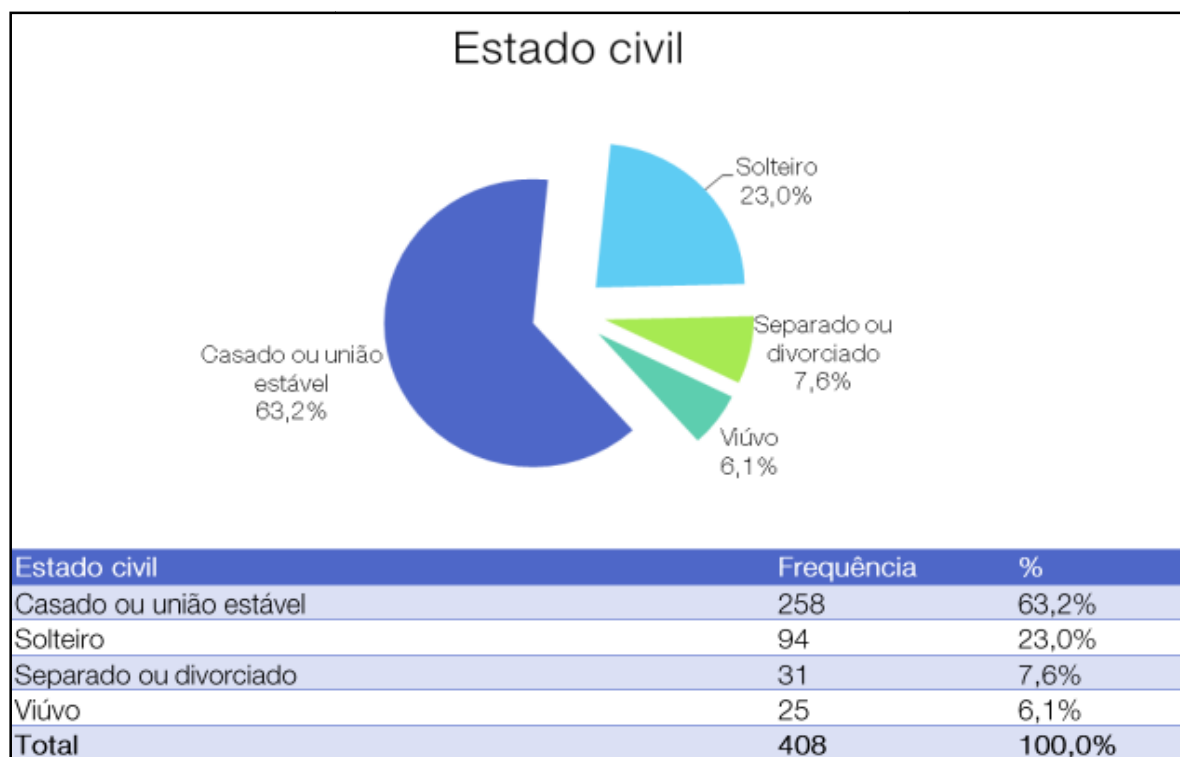
Renda média mensal familiar	2013	2014
De 0 a R\$ 888	0,50%	0,0%
De R\$ 889 a R\$ 1.417	3,80%	2,5%
De R\$ 1.418 a R\$ 3.763	9,70%	8,3%
De R\$ 3.764 a R\$ 6.109	44,90%	25,5%
De R\$ 6.110 a R\$ 7.965	9,30%	12,3%
Mais de R\$ 7.965	25,10%	46,3%
Recusa	6,60%	5,1%
Total	100,0%	100,0%



Fonte: Núcleo de Pesquisas Fecomercio 2014



Fonte: Núcleo de Pesquisas Fecomercio 2014



Fonte: Núcleo de Pesquisas Fecomercio 2014

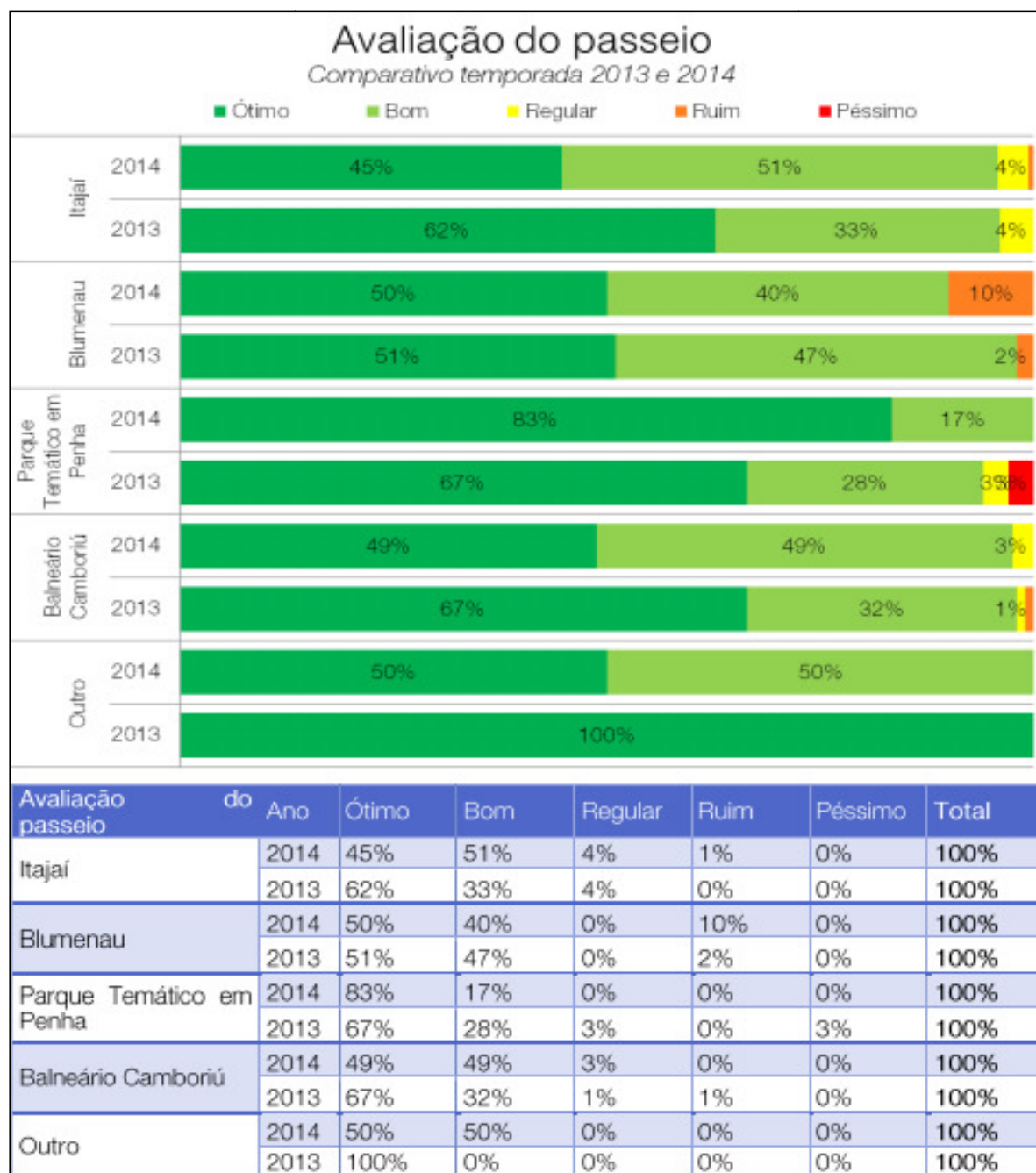
57

Qual o roteiro no desembarque em terra nesta parada?	2013	2014
Itajaí	50,4%	74,5%
Balneário Camboriú	32,0%	19,6%
Parque Temático em Penha	6,6%	2,9%
Blumenau	10,5%	2,5%
Outro	0,5%	0,5%
Total	100,0%	100,0%

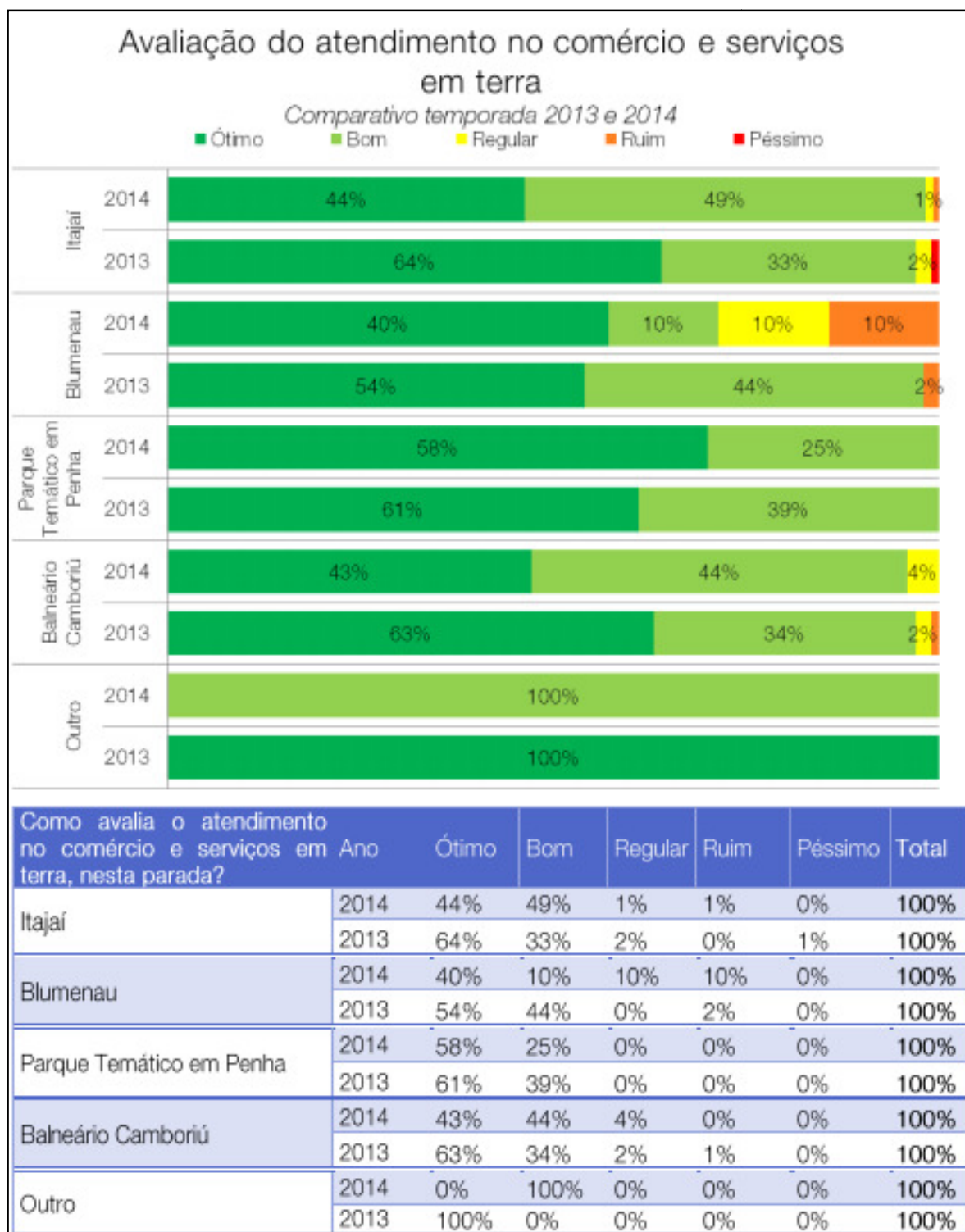
Fonte: Núcleo de Pesquisas Fecomercio 2014

Qual o roteiro em Itajaí? O que visitou, onde foi?	2013	2014
Centro, comércio e shopping	69,11%	65,9%
Centro	36,70%	45,1%
Comércio	25,08%	19,2%
Shopping	4,28%	1,6%
Farmácia	1,22%	
Calçadão	0,92%	
Feirinha	0,92%	
Monumentos históricos, Mercado Público, igrejas e praças.	15,90%	2,9%
Igrejas	8,87%	1,9%
Mercado Público	3,67%	1,0%
Praça	1,83%	
Museus	1,53%	
Praias e parques	11,62%	31,2%
Praias	5,20%	25,3%
Praia Brava	2,75%	3,2%
Praia de Cabeçudas	2,14%	1,9%
Praia de Atalaia	0,92%	0,6%
Morro da Cruz	0,61%	
Outros	3,36%	
Cidade	2,75%	
Bares e restaurantes	0,31%	
Visitar amigos	0,31%	

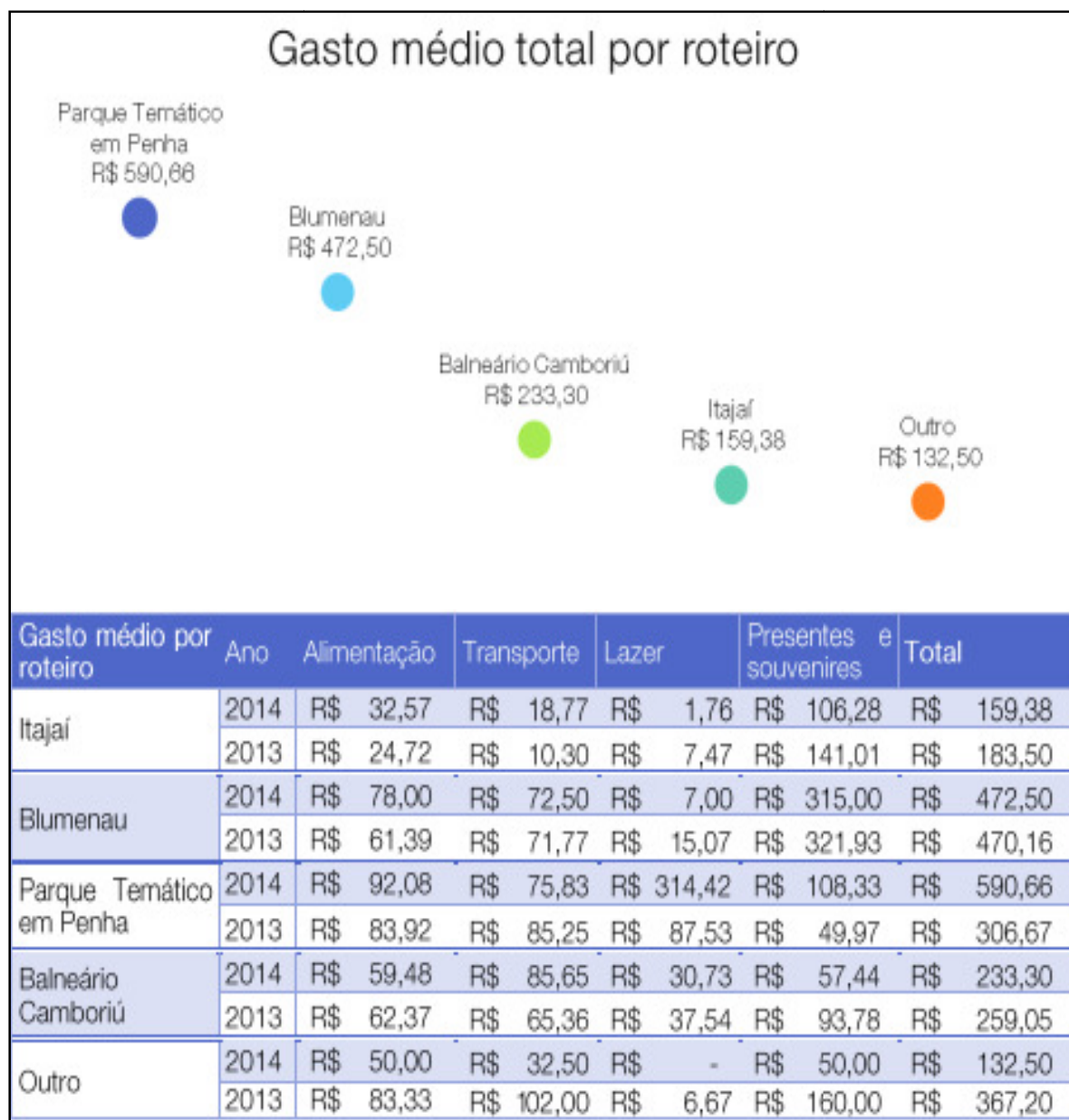
Fonte: Núcleo de Pesquisas Fecomercio 2014



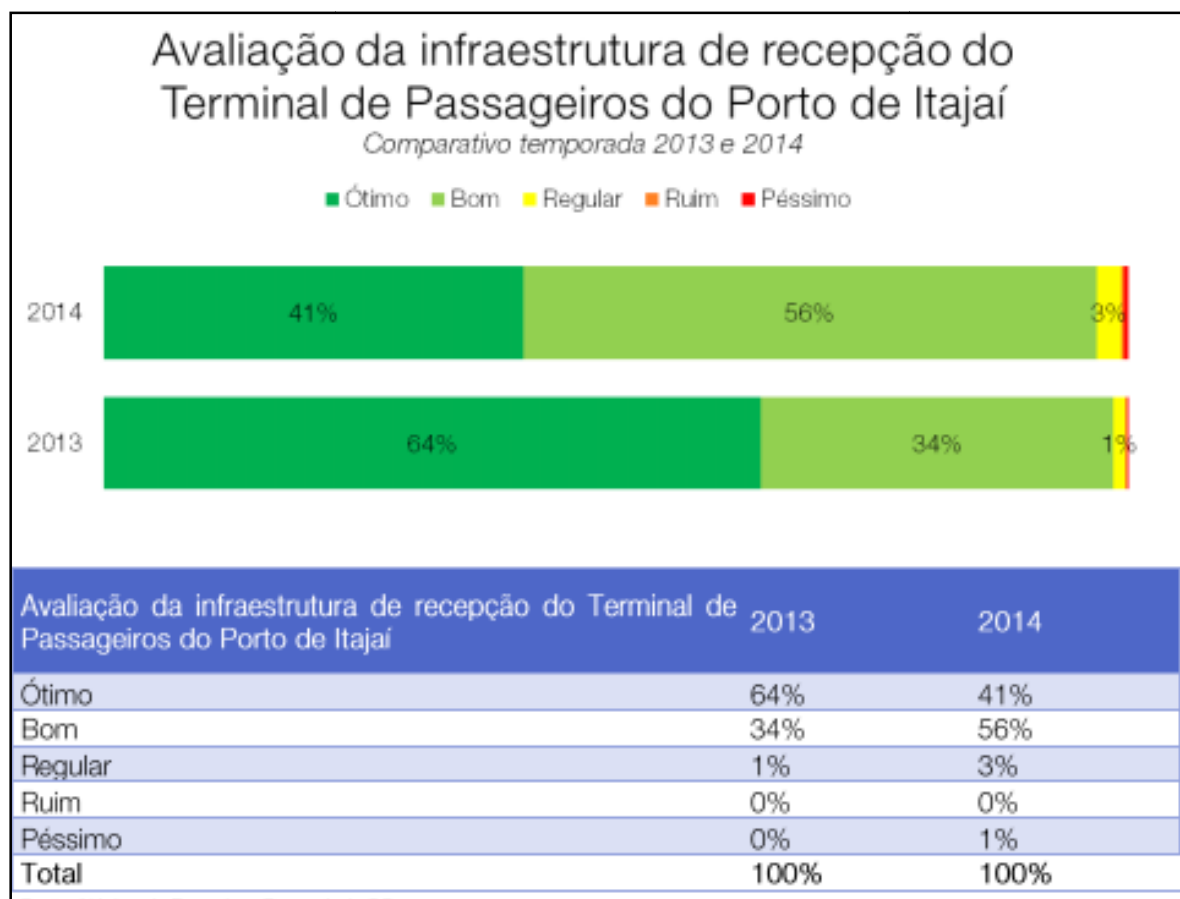
Fonte: Núcleo de Pesquisas Fecomercio 2014



Fonte: Núcleo de Pesquisas Fecomercio 2014



Fonte: Núcleo de Pesquisas Fecomercio 2014

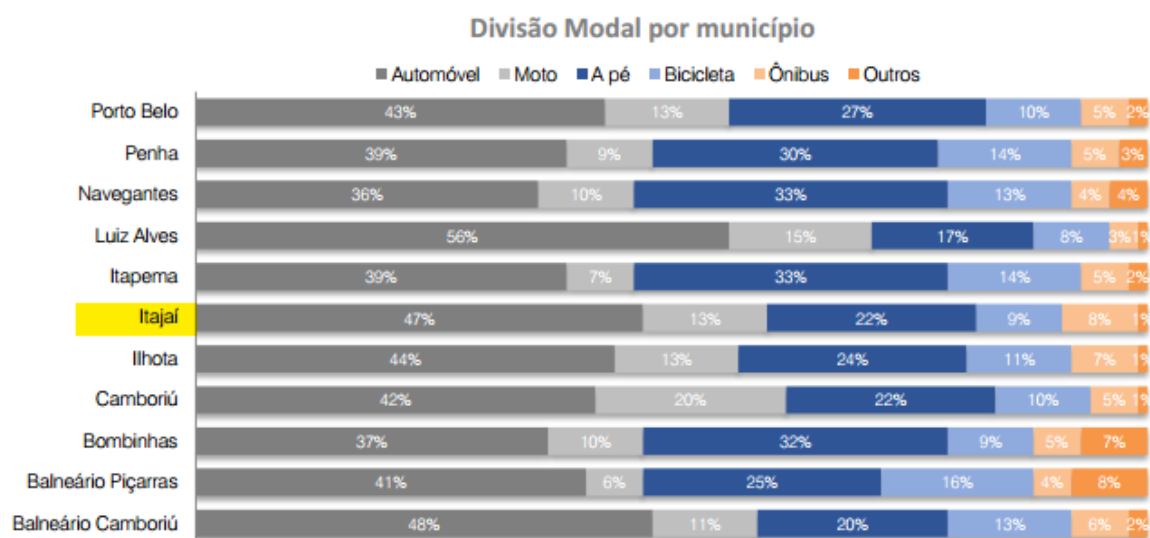


Fonte: Núcleo de Pesquisas Fecomercio 2014

5- INFRAESTRUTURA

5.1 MOBILIDADE URBANA

MODAL POR MUNICÍPIO

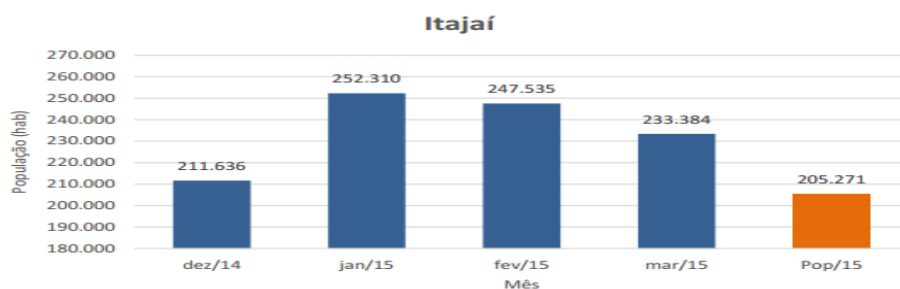


Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).

5.2 POPULAÇÃO FLUTUANTE ITAJAÍ

Itajaí	Dez/14	Jan/15	Fev/15	Mar/15	População 2015
Crescimento Populacional	3%	23%	21%	14%	205.271
População Total	211.636	252.310	247.535	233.384	
População Flutuante	6.365	47.039	42.264	28.113	

Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).



Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).

5.3 POPULAÇÕES FLUTUANTES TURÍSTICAS REGIÃO DA AMFRI

Zona Turística	Dez/14	Jan/15	Fev/15	Mar/15	População 2015
Crescimento Populacional	10%	93%	68%	21%	272.020
População Total	300.249	525.138	455.832	329.487	
População Flutuante	28.229	253.118	183.812	57.467	

64

Após análise dos dados do gráfico referente ao crescimento populacional do mês de janeiro de 2015, percebe-se a influência da população flutuante na alta temporada na região da AMFRI. Os municípios de Porto Belo, Balneário Camboriú, Penha, Itapema, Balneário Piçarras e Bombinhas, por conta das praias, apresentam crescimento populacional acentuado. Isto se explica pelo número de veranistas que visitam estes municípios. O mesmo não ocorre para municípios afastados do litoral, e também para Itajaí e Navegantes, municípios que não possuem um apelo turístico forte para esta época do ano. (INOVAMFRI)

5.4 CRESCIMENTO DA FROTA DE VEÍCULOS ENTRE 2005 - 2015

Frota de automóveis							
Município	2005	2007	2009	2011	2013	2015	Crescimento
Balneário Camboriú	2.375	2.964	3.643	4.603	5.584	6.637	179,5%
Balneário Piçarras	2.008	2.483	3.126	3.859	4.554	5.673	182,5%
Bombinhas	7.508	9.515	12.387	15.808	19.342	22.753	203,1%
Camboriú	2.096	2.567	3.052	3.471	3.941	4.451	112,4%
Ilhota	40.183	46.344	53.948	63.630	74.957	78.638	95,7%
Itajaí	6.832	8.593	11.160	13.906	16.892	19.694	188,3%
Itapema	2.152	2.403	2.828	3.295	3.772	4.251	97,5%
Luiz Alves	6.812	8.488	10.398	13.166	16.227	18.853	176,8%
Navegantes	3.195	3.854	4.743	5.964	7.184	8.282	159,2%
Penha	2.122	2.530	3.157	4.036	5.034	6.116	188,2%
Porto Belo	24.673	29.517	34.467	39.194	44.089	47.609	93,0%
AID - AMFRI	99.956	119.258	142.909	170.932	201.576	222.957	123,1%
Santa Catarina	1.360.042	1.566.190	1.832.656	2.127.607	2.428.891	2.655.083	95,2%

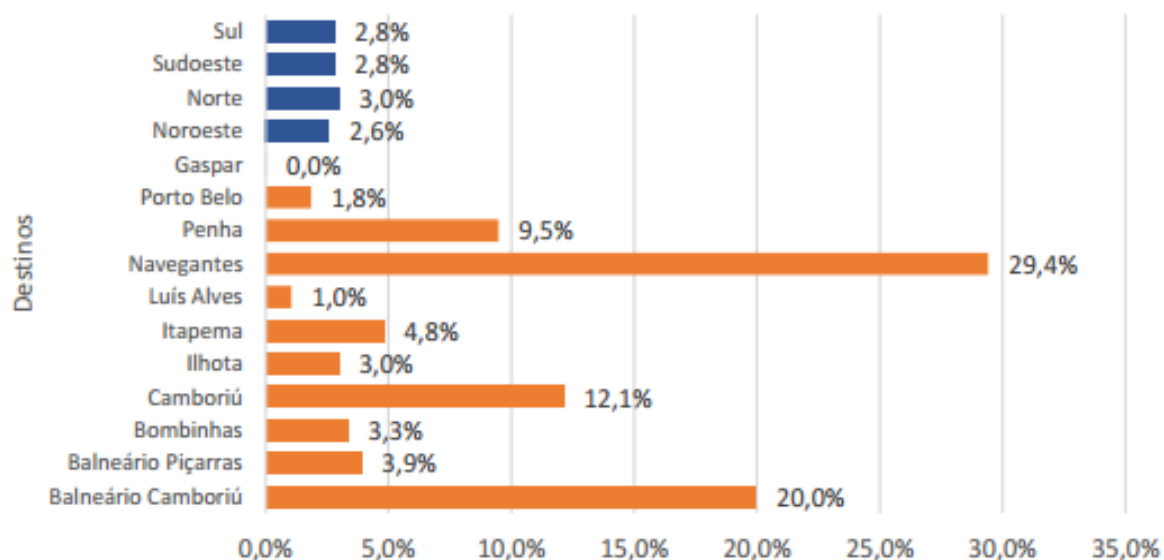
Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).

5.5 TAXA DE MOTORIZAÇÃO 2015

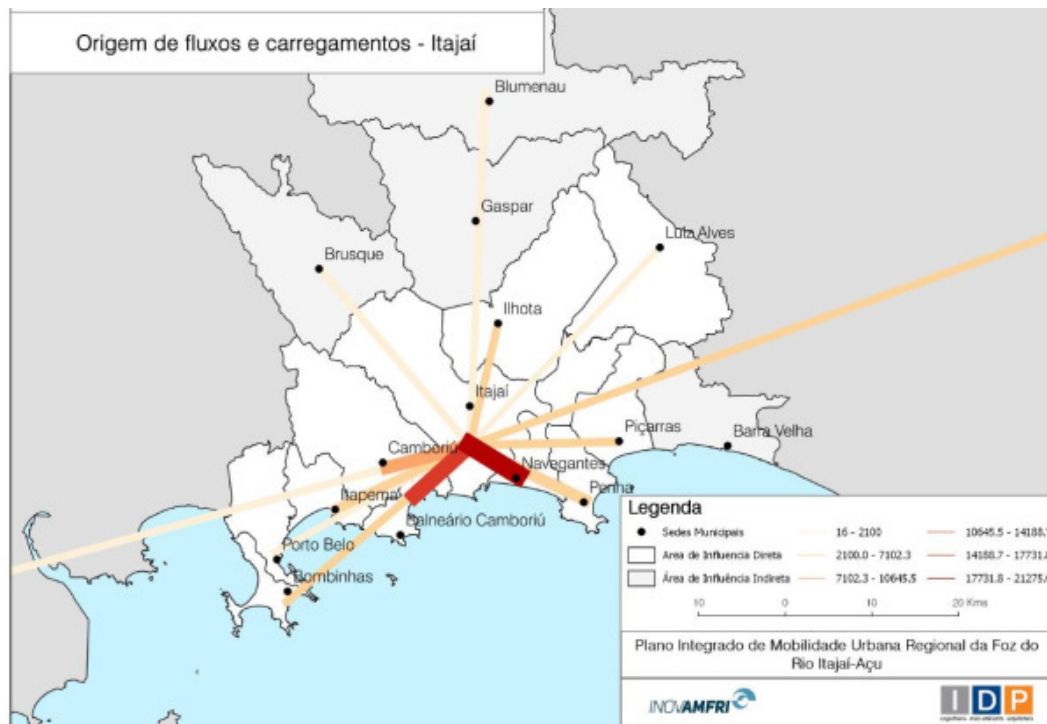
Município	Taxa de motorização (veículos/habitantes)
Balneário Camboriú	0,37
Balneário Piçarras	0,32
Bombinhas	0,32
Camboriú	0,31
Ilhota	0,33
Itajaí	0,38
Itapema	0,34
Luiz Alves	0,36
Navegantes	0,26
Penha	0,28
Porto Belo	0,32
AID - AMFRI	0,34
Santa Catarina	0,39

Fonte: AMFRI

5.6 GERAÇÃO DE VIAGENS



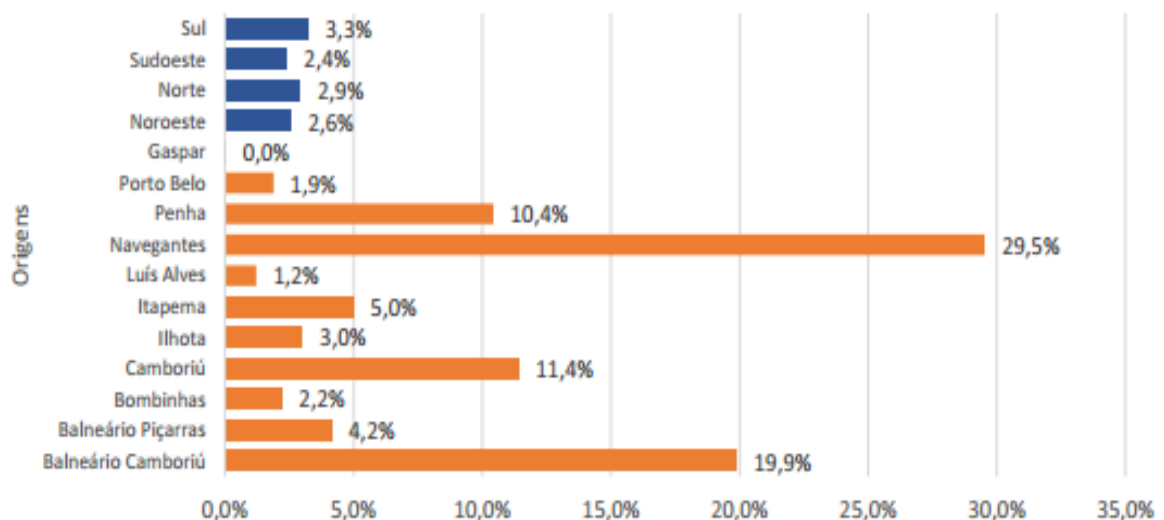
Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).



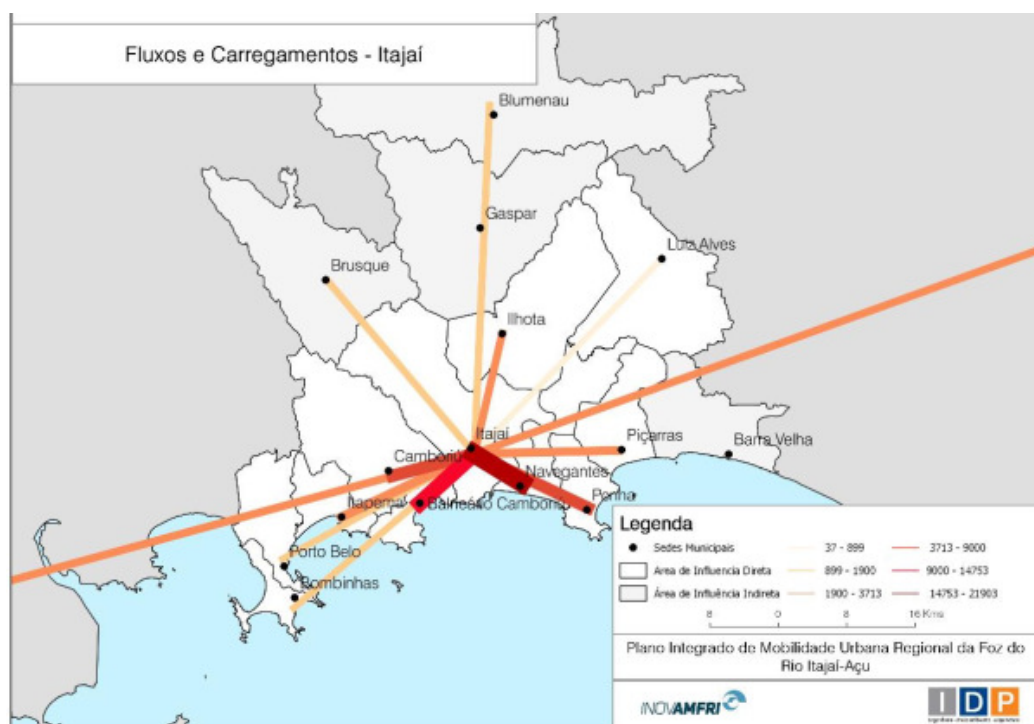
Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).

67

5.6.1 ATRAÇÃO DE VIAGENS



Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).



Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).

68

5.6.2 LIGAÇÃO ENTRE MUNICÍPIOS

Município	Bel. Camboriú	Bel. Piçarras	Bombinhas	Camboriú	Ilhota	Itajaí	Itapema	Luz Alves	Navegantes	Penha	Porto Belo
Balneário Camboriú				Forte		Forte	Forte	Fraco			Forte
Balneário Piçarras						Fraco			Forte	Forte	
Bombinhas											Médio
Camboriú	Forte					Forte					
Ilhota											
Itajaí	Forte	Fraco		Forte			Forte	Fraco	Fraco	Fraco	Forte
Itapema	Forte					Forte					Forte
Luz Alves	Fraco					Fraco					
Navegantes		Forte				Fraco				Forte	
Penha		Forte				Fraco			Forte		
Porto Belo	Forte		Médio			Forte	Forte				

Fonte: AMFRI / Elaborado por IDP BRASIL

5.6.3 EXTENSÃO DA FAIXA CICLO VIÁRIA

Extensão da malha cicloviária					
Município	Ciclofaixa	Ciclovia	Passelo compartilhado	Costa Verde e Mar	Total
Balneário Camboriú	10,03	5,69		23,01	21,21
Balneário Piçarras	1,81	3,37		24,06	9,49
Bomblinhas	1,94		1,78	21,26	17,32
Camboriú	6,65	2,36	0,75	17,70	32,16
Ilhota				32,62	0,03
Itajaí	13,14	15,55	3,07	28,02	53,43
Itapema	3,34		3,85	27,17	24,26
Luiz Alves				45,22	45,22
Navegantes	10,20	0,80		10,67	12,01
Penha	12,05	0,08		19,27	20,76
Porto Belo	10,20	1,07		24,06	24,64
AID - AMFRI	69,35	28,93	9,45	273,06	380,79

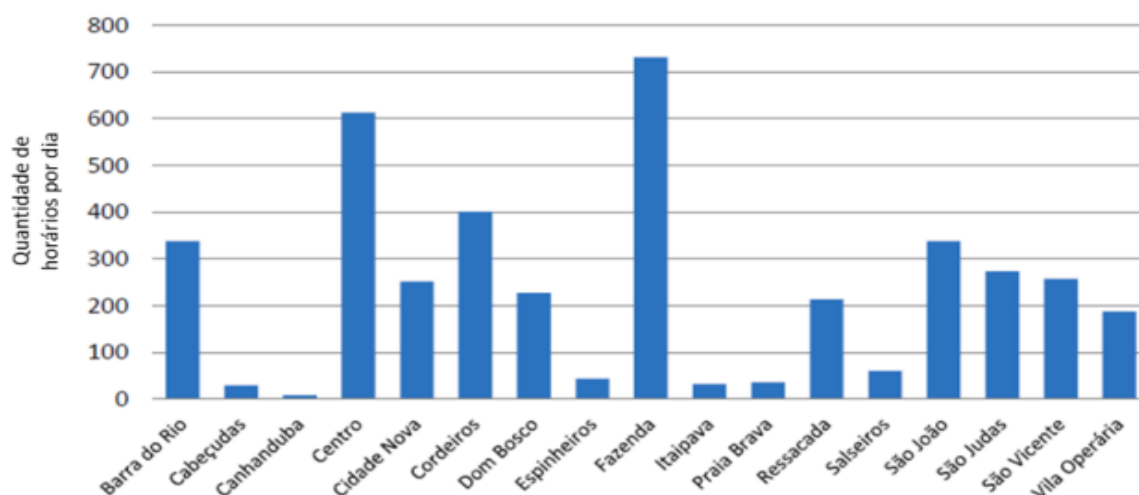
5.6.4 TRANSPORTE COLETIVO - CARACTERÍSTICAS

A empresa responsável pelo transporte coletivo de ônibus no município é a Coletivo Itajaí. Segundo consta no Plano de Mobilidade municipal, a empresa conta com 53 veículos na frota operacional e mais 6 como frota reserva que contemplam 45 linhas regulares e 111 itinerários diferentes. O sistema atende os 17 bairros de Itajaí e é conectado por quatro terminais, estes: Fazenda, Cordeiros, Ressacada e TERRI.

Segundo o mesmo plano, os pontos de ônibus no município estão bem distribuídos. O tempo do deslocamento para chegar a um ponto de ônibus ou do ponto de ônibus ao destino final é menor que 10 minutos para mais de 70% da população. Também é

disponibilizado a frequência de ônibus nos bairros por dia, conforme o Gráfico abaixo. (INOVAMFRI).

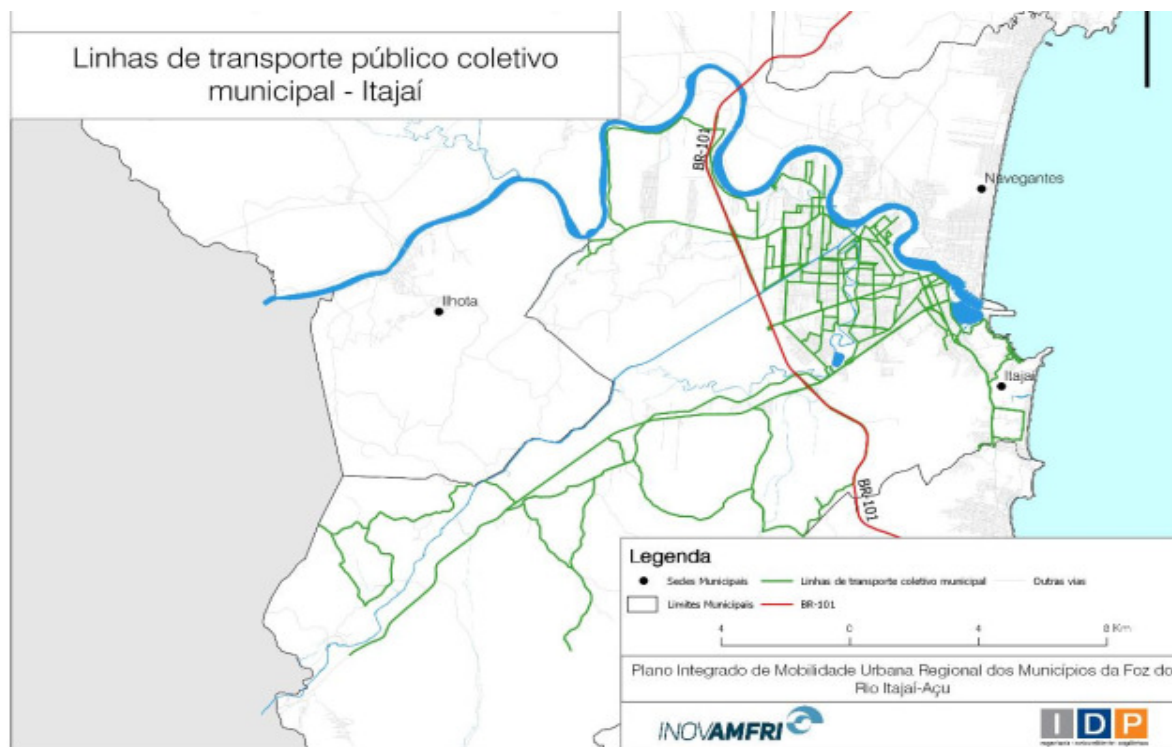
Frequência por Bairros



Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).

Apesar dos números mencionados acima, o transporte coletivo municipal possui pouca participação na divisão modal do município. De acordo com o Plano de Mobilidade municipal, apenas 6,53% dos deslocamentos em Itajaí são realizados por ônibus municipais. A Figura 11 mostra a rede de transporte coletivo atual. (INOVAMFRI)

5.6.5 PLANO DE TRANSPORTE COLETIVO MUNICIPAL



71

Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).

Paradas de ônibus nos principais corredores do transporte coletivo				
Município	Cobertura	Bancos	Informações de linhas	Recuo de Parada
Balneário Camboriú	-	-	-	-
Balneário Piçarras	Bom	Bom	Ruim	Ruim
Bombinhas	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim
Camboriú	Bom	Bom	Ruim	Ruim
Ilhota	Bom	Bom	Ruim	Ruim
Itajaí	Bom	Bom	Ruim	Ruim
Itapema	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim
Luiz Alves	Bom	Bom	Ruim	Ruim
Navegantes	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim
Penha	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim
Porto Belo	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim

5.6.6 TAXA DE URBANIZAÇÃO

Municípios	Área (km²)	População			População Urbana 2000	População Urbana 2010	População Rural 2000	População Rural 2010	Taxa Urbanização de		Taxa Crescimento Urbano 2000 A 2010
		2000	2010	2016*					2000	2010	
Balneário Camboriú	46,4	73.455	108.107	131.727	73.455	108.107	0	0	100,00%	100,00%	3,94%
Balneário Piçarras	99,4	11.834	17.078	212.53	9.538	15.500	2296	1578	80,60%	90,76%	3,74%
Bombinhas	40	8.716	14.293	18.052	8.176	14.293	0	0	93,80%	100,00%	5,07%
Camboriú	212,3	41.455	62.361	76.592	39.427	59.231	2018	3130	95,11%	94,98%	4,17%
Itajaí	288,3	147.974	183.373	208.958	141.950	173.452	5544	9921	95,93%	94,59%	2,17%
Itapema	58,9	25.869	45.814	59.147	24.781	44.676	1088	1138	95,79%	97,52%	5,88%
Navegantes	111,2	39.317	60.556	74.964	36.650	57.402	2667	3154	93,22%	94,79%	4,41%
Penha	58,7	17.678	25.141	30.262	23.058	23.064	2082	2077	130,43%	91,74%	3,58%
Porto Belo	92,4	10.704	16.083	19.744	9.973	15167	731	916	93,17%	94,30%	4,16%

Fonte: Projeto Inovamfri – ANFRI (2017).

72

6 MEIO AMBIENTE

6.1 INDICADORES DE MEIO AMBIENTE – REGIÃO DA AMFRI

MEIO AMBIENTE									
Municípios	Saneamento Básico			Gestão Ambiental			Preservação Ambiental		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
Balneário Camboriú	0,469	0,469	0,469	0,187	0,166	0,172	0,801	0,801	0,685
Balneário Piçarras	0,843	0,843	0,843	0,000	0,000	0,500	0,456	0,456	0,456
Bombinhas	0,837	0,837	0,837	0,750	0,750	0,750	0,000	0,000	0,000
Camboriú	0,876	0,876	0,878	0,750	0,750	0,750	1,000	1,000	1,000
Itajaí	0,469	0,909	0,909	0,187	0,500	0,750	0,367	0,364	0,364
Itapema	0,885	0,885	0,885	0,500	0,500	0,500	1,000	1,000	1,000

Navegantes	0,469	0,469	0,469	0,187	0,166	0,172	0,801	0,801	0,801
Penha	0,841	0,841	0,841	0,000	0,000	0,000	1,000	1,000	1,000
Porto Belo	0,770	0,770	0,770	0,250	0,500	0,750	1,000	1,000	1,000

Fonte: FECAM (2017).

Pelo Índice do FECAM, Itajaí esta numa posição considerada média em relação aos demais municípios da AMFRI. Na seqüência analisa-se cada indicador separadamente.

6.2 SANEAMENTO BÁSICO

Itajaí apresenta um índice alto, o que corresponde que 99,81% dos domicílios são atendidos direta ou indiretamente por Coleta de Lixo; 95% são atendidos por Rede Pública de Água e 89,06% possuem acesso à Rede Geral de Esgoto ou possuem Fossa séptica. (IBGE, 2010).

73

6.3 GESTÃO AMBIENTAL

Itajaí apresenta um Índice médio alto, que corresponde a participação média na Agenda 21 Local, ainda pouco definida e possui gestão para Licenciamento de Impacto Local.

6.4 PRESERVAÇÃO AMBIENTAL

No tocante a preservação de Matas e Florestas Naturais Preservadas nas propriedades Agropecuárias Itajaí preserva apenas 8,18% da área.

7 ASPECTOS POLÍTICO INSTITUCIONAL

7.1 INDICADORES POLÍTICOS INSTITUCIONAIS DA REGIÃO DA AMFRI

Municípios	POLITICO INSTITUCIONAL								
	Finanças Públicas			Gestão Pública			Participação Social		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
Balneário Camboriu	0,685	0,704	0,703	0,692	0,766	0,764	0,367	0,581	0,529
Balneário Piçarras	0,882	0,000	0,748	0,876	0,874	0,771	0,286	0,396	0,381
Bombinhas	0,873	1,000	1,000	0,770	0,823	0,820	0,380	0,437	0,489
Camboriú	0,686	0,686	0,642	0,846	0,846	0,737	0,362	0,362	0,434
Itajaí	0,685	0,820	0,987	0,692	0,888	0,943	0,367	0,413	0,449
Itapema	0,879	0,754	0,673	0,797	0,944	0,830	0,454	0,445	0,442
Navegantes	0,685	0,704	0,703	0,692	0,766	0,764	0,367	0,581	0,529
Penha	0,642	0,668	0,602	0,859	0,923	0,829	0,317	0,398	0,396
Porto Belo	0,699	0,744	0,823	0,836	0,818	0,875	0,468	0,449	0,430

Fonte: FECAM (2017).

Na dimensão político institucional, Itajaí apresenta-se com um índice de 0,812, considerado Médio Alto entre os municípios Catarinenses.

74

7.2 FINANÇAS PÚBLICAS

No tocante ao Endividamento Público Municipal, Receita Comprometida com Folha, Suficiência de Caixa, Capacidade de Receita , Receita Corrente Líquida per Capita, Receita própria sobre Receita Corrente Líquida

7.3 GESTÃO PÚBLICA

Nesta subdimensão Itajaí apresenta um Índice Alto, 0,943 e neste item são pontuados a Articulação com o exterior; Capacidade de Planejamento, Gestão Financeira, Governo Eletrônico e Qualidade do Quadro Funcional.

Em relação a Articulação com o Exterior Itajaí participa em vários Consórcios Públicos Municipais. Na Capacidade de Planejamento existe Planos De Desenvolvimento Setoriais.

Em relação a Gestão Financeira, o município possui Cadastro Imobiliário, Cadastro de ISS e Planta Genérica de Valores totalmente informatizados.

No item Governo Eletrônico, os serviços disponibilizados no Portal do Município ainda não está 100% disponibilizados, ocupando um nível médio entre os municípios catarinenses.

Em relação a Qualidade do Quadro Funcional, Itajaí está com um índice alto, 0,965, o que significa que 54,04% do quadro funcional tem Curso Superior.

Qualidade do Quadro Funcional

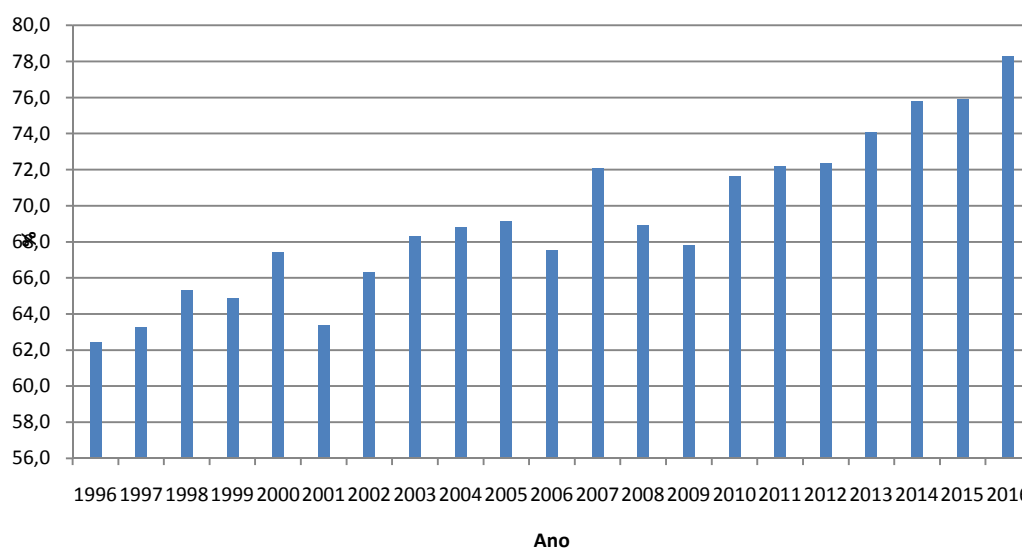


Fonte: FECAM (2017)

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E INSTITUCIONAIS DA SAÚDE

1 - MORTALIDADE

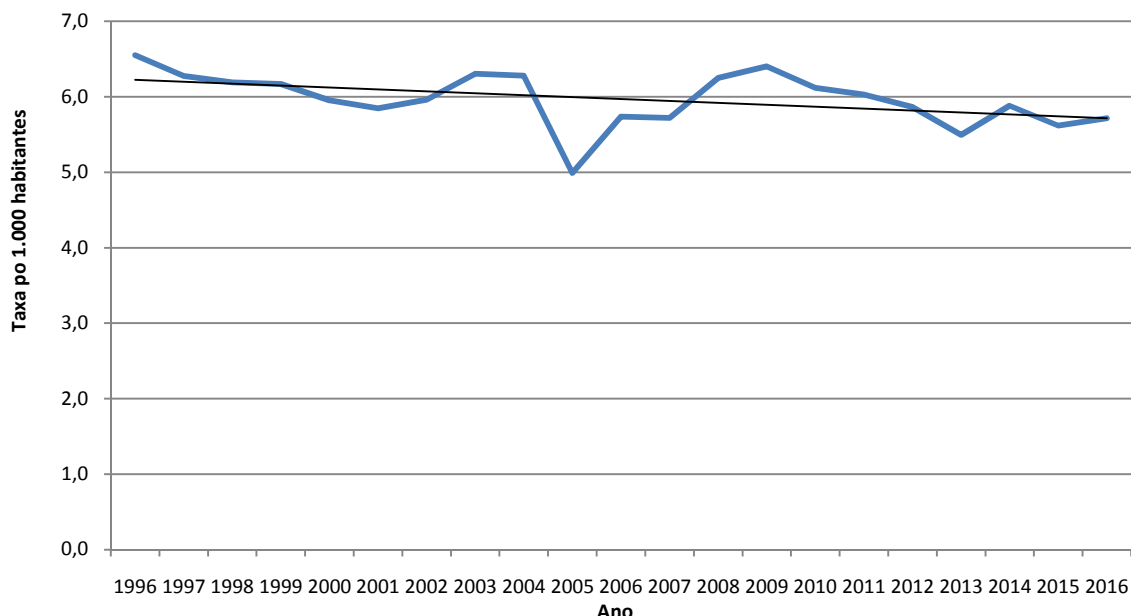
Gráfico 1 : Evolução do índice de Swaroop-Uemera, 1996-2016. Itajaí/SC.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

A análise da distribuição da mortalidade por faixa etária no município, através da evolução do Índice de Swaroop-Uemura mostra um crescente deslocamento da mortalidade para as faixas etárias de 50 anos e mais (Gráfico 01). Em que expressam as variações anuais nem sempre ascendentes, a linha de tendência para o período é nitidamente ascendente, o que fala em favor de um envelhecimento da população, uma expectativa de vida maior. Este processo evidencia uma readequação das políticas de saúde por conseqüente tendência de aumento na incidência e prevalência de doenças crônicas degenerativas.

Gráfico 2 : Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade, 1996-2016. Itajaí/SC



Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

A taxa bruta de mortalidade apresentou oscilações no período estudado. (Gráfico 02). Considerando que é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo, tais taxas, quando elevadas, podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total. Dado que há um visível envelhecimento da população e que, como se pode observar na tabela abaixo, tem evidenciado um considerável aumento da expectativa de vida ao nascer para a população do estado de Santa Catarina. Podemos considerar que os dados para a cidade de Itajaí, não possuem variações diferentes neste sentido uma vez que na maioria dos indicadores demográficos a cidade de Itajaí, possui o mesmo comportamento dos indicadores estaduais.

Tabela 1: Esperança de Vida ao Nascer/ Santa Catarina, 2007-2021

Ano			
	Masculino	Feminino	Total
2007	72,09	78,61	75,27
2008	72,33	78,85	75,51
2009	72,57	79,09	75,75
2010	72,80	79,32	75,98
2011	73,03	79,54	76,21
2012	73,26	79,76	76,43
2013	73,48	79,98	76,65
2014	73,70	80,19	76,87
2015	73,91	80,53	77,08
2016	74,12	80,73	77,29
2017	74,33	80,80	77,49

Fonte: IBGE/Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. Gerência de Estudo e Análises da Dinâmica Demográfica – GEADD. Sistematização das medidas e indicadores sócio-demográficos oriundos da projeção da população por sexo e idade, por método demográfico, das Grandes Regiões e Unidades da Federação para o período 1991-2030.

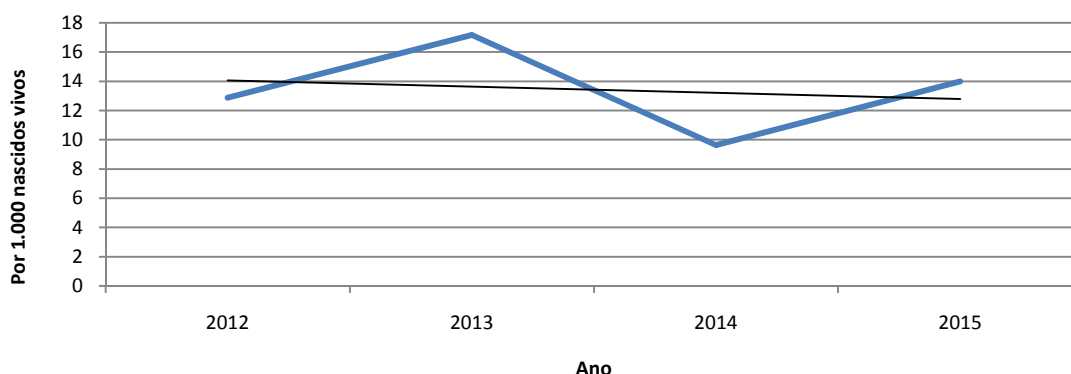
No que concerne à expectativa de vida ao nascer, que expressa o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, houve, no período de 2007-2017, houve um ganho. Para a população total (ambos os sexos) esse ganho foi de 2,22 anos, com vantagem para a população masculina que ganhou no período 2,24 anos contra 2,19 anos para a população feminina. No entanto em 2017 a expectativa de vida para a população feminina é 6,47 anos maior do que para a masculina.

1.1 MORTALIDADE INFANTIL

79

A taxa de mortalidade infantil em Itajaí vem oscilando ao longo dos anos com tendência decrescente na série 2012-2016.

Gráfico 3: Mortalidade Infantil



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 14/07/2016. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Atualizado em 18/04/2017.

Tabela 2: Taxa de Mortalidade Infantil segundo seus componentes, 2000-2015.
Itajaí/SC.

ANO	NEONATAL PRECOCE < 7 DIAS	NEONATAL TARDIA 7 - 27 DIAS	PÓS-NEONATAL 28 DIAS-< 1 ANO
2000	7,2	0,7	5,8
2001	7,9	2,4	6,3
2002	6,3	0,8	7,1
2003	6,7	2,1	6,7
2004	3,7	4,5	2,0
2005	5,2	0,8	4,8
2006	7,2	2,8	5,2
2007	4,3	1,9	3,1
2008	4,1	2,6	5,2
2009	6,4	1,5	5,7
2010	6,6	1,1	3,3
2011	6,6	4,5	4,2
2012	7,3	2,3	3,3
2013	7,3	3,3	6,6
2014	5,1	0,9	3,6
2015	7,3	3,1	3,6

80

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 14/07/2016. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Atualizado em 18/04/2017.

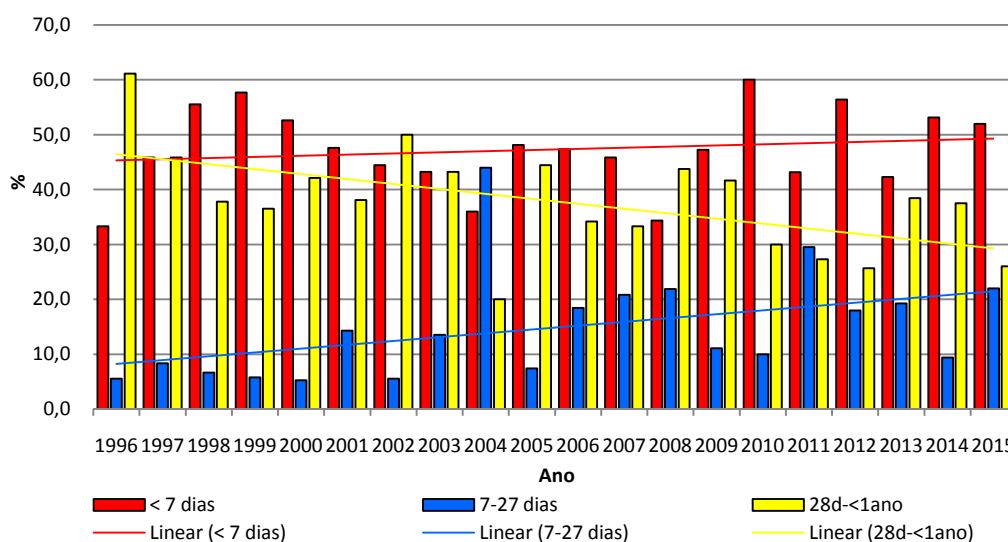
Ao analisar a mortalidade em seus componentes, neonatal precoce (< 7 dias), tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (>28d-<1a) observa-se uma linha de tendência crescente do componente neonatal precoce e tardio, decrescendo o pós- neonatal após 2013.

Ao analisar a mortalidade em seus componentes, neonatal precoce (< 7 dias), tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (>28d-<1a) observa-se uma linha de tendência crescente do componente neonatal precoce e tardio, decrescendo o pós- neonatal após 2013.

Este componente é mais sensível às condições ambientais, e está francamente relacionado com um conjunto de medidas que incluem como, por exemplo, saneamento básico, controle de parasitoses, ampliação das equipes de ESF e EACS, implementação de programas considerados exitosos, tais como o de imunizações e o de doenças sexualmente transmissíveis e acesso das crianças aos serviços de saúde. A mortalidade neonatal é mais sensível às condições do pré-natal e do momento do parto, indicando que ações devem ser dirigidas neste sentido. A tendência de crescimento da taxa de mortalidade infantil de Itajaí nos últimos três(3)anos deverá exigir esforços de TODO o sistema de saúde no sentido de buscar suas causas corrigindo-as com o objetivo de adequar a taxa de mortalidade infantil aos bons indicadores de desenvolvimento econômico do município.

Gráfico 4: Proporcionalidade dos componentes da mortalidade infantil, e suas tendências lineares, 1996-2015. Itajaí/SC.

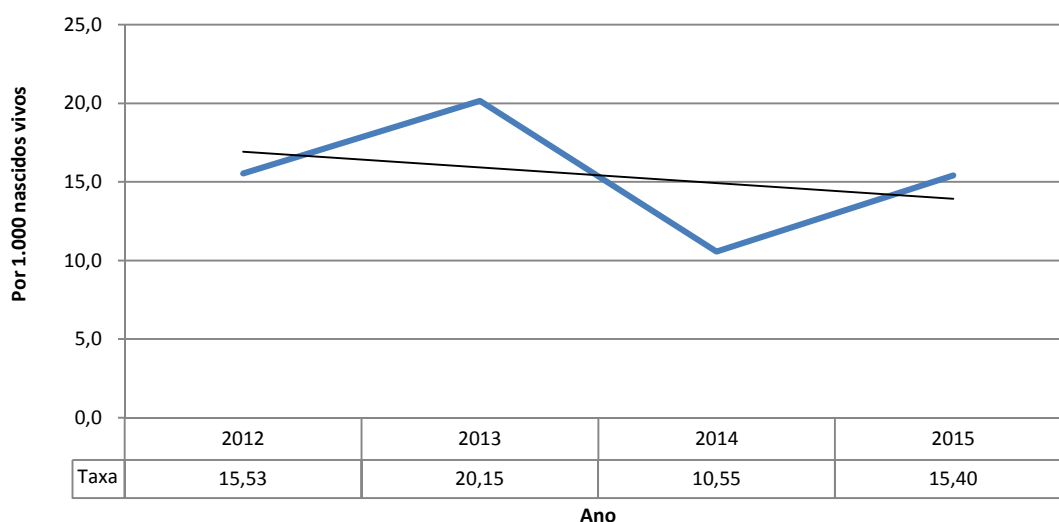
81



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 14/07/2016.

As taxas de mortalidade de menores de cinco anos têm mostrado tendência de queda na série histórica 2012-2015. Analisando a evolução do indicador pode-se notar que houve em 2013, aumento da mortalidade, estabilizando-se em patamares menores que 18 óbitos por mil nascidos vivos. Representa uma estimativa do risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida. Sua evolução favorável pode expressar o desenvolvimento socioeconômico e a melhoria da infraestrutura ambiental, assim como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil.

Gráfico 5: Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos, 2012-2015. Itajaí/SC.



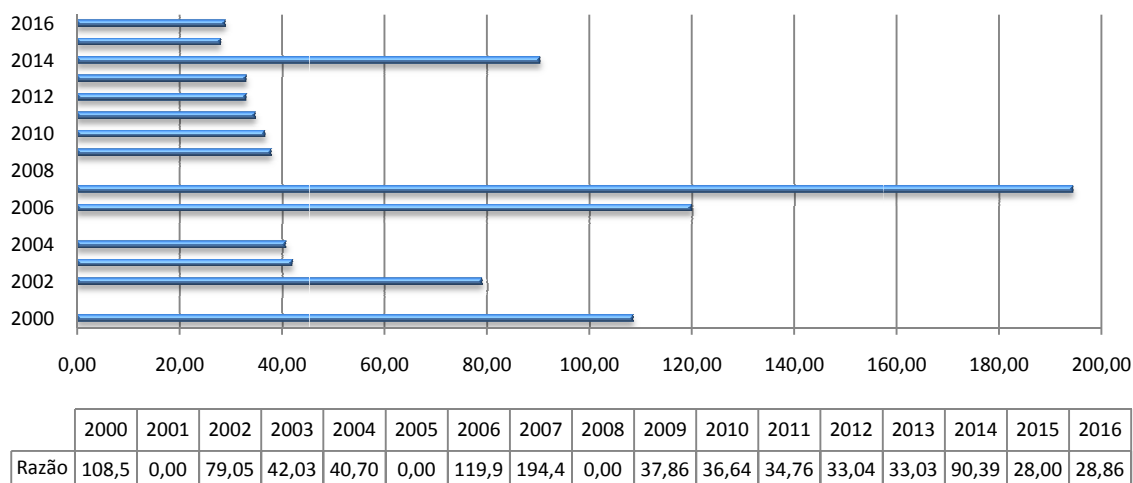
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Atualizado em 18/04/2017.

1.2 MORTALIDADE MATERNA

Obtêm-se a razão de morte materna a partir da divisão dos óbitos maternos pelo número de nascimentos, multiplicados por 100 mil. Considera-se morte materna, óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério.

É considerada baixa pela Organização mundial da Saúde quando inferior a 20. A razão de morte materna em 2016 foi de 28,8/100.000 nascidos vivos, correspondendo a um(1)óbito, sendo classificada como “média” segundo Organização Mundial da Saúde.

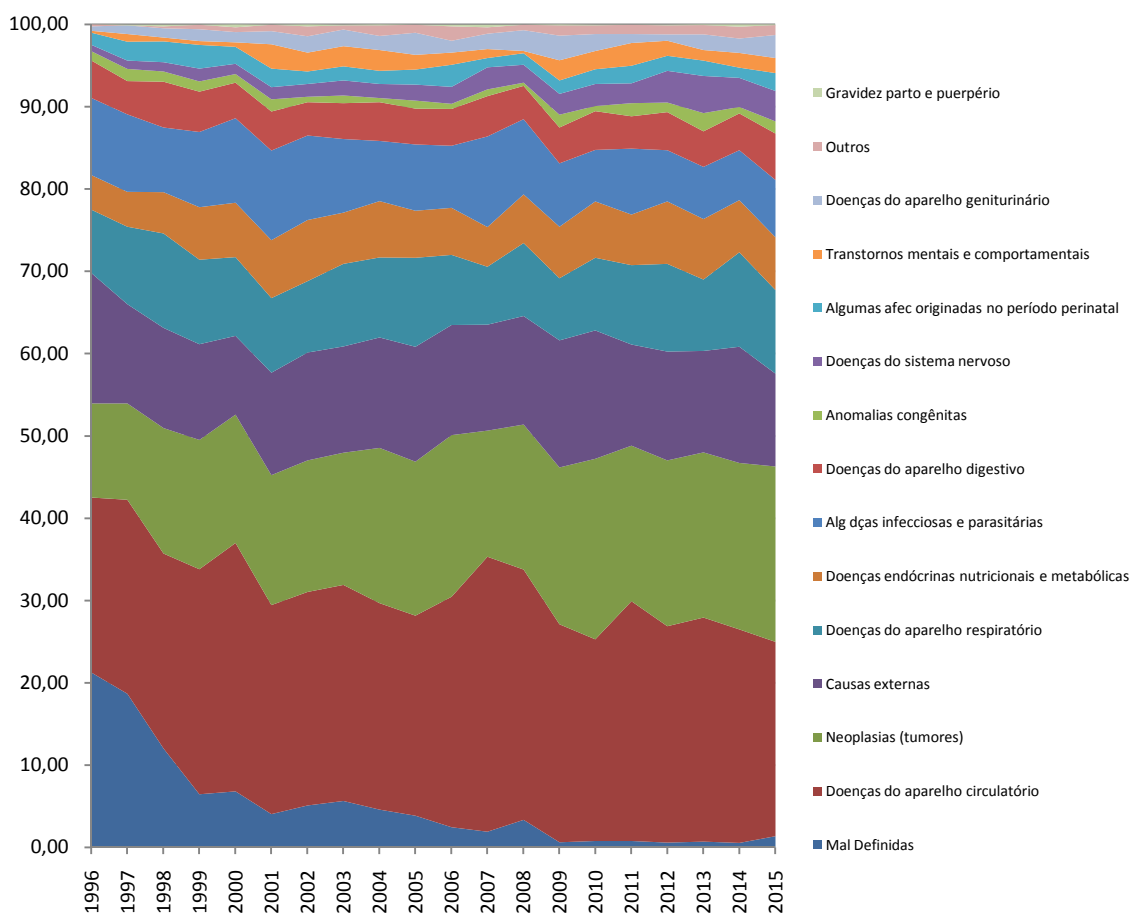
Gráfico 6: Razão de Mortalidade Materna, 2000-2016. Itajaí/SC.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Atualizado em 18/04/2017.

1.3 MORTALIDADE PROPORCIONAL

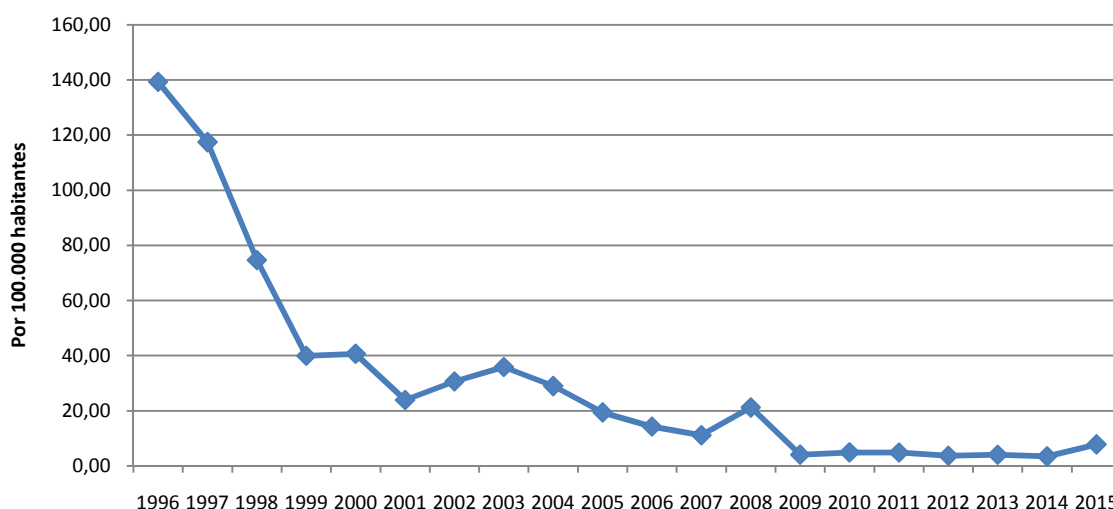
Gráfico 7: Mortalidade proporcional por grupo de causas, 1996-2015. Itajaí/SC.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

O gráfico mostra que nos últimos 10 anos a mortalidade foi mantida pelos mesmos grupos de causas e na mesma colocação, onde 1ª maior causa foi de morte por doenças do aparelho circulatório, a 2ª por neoplasias e a 3ª por causas externas.

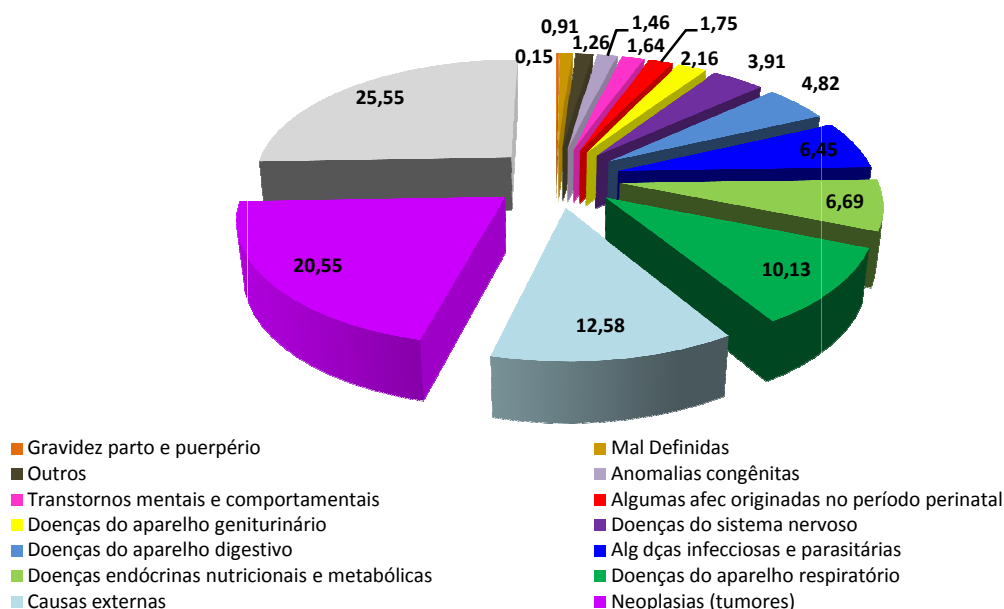
Gráfico 8 : Taxa de Mortalidade Por Causas Mal Definidas, Itajaí, 1996-2015.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Atualizado em 18/04/2017.

A mortalidade proporcional por causas mal definidas reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito. Sinaliza a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito. O município conquistou um considerável avanço reduzindo o já pequeno percentual de 3,7% entre 2003 e 2007 para 1,2%. No entanto a análise desta taxa, nos três últimos anos representados no gráfico²⁵, demonstra que é necessário retornar aos treinamentos com profissionais médicos em relação ao preenchimento das declarações de óbito, uma vez que houve um aumento ainda que discreto desta taxa.

Gráfico 9: Mortalidade proporcional por grupo de causas, 2013-2015. Itajaí/SC.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

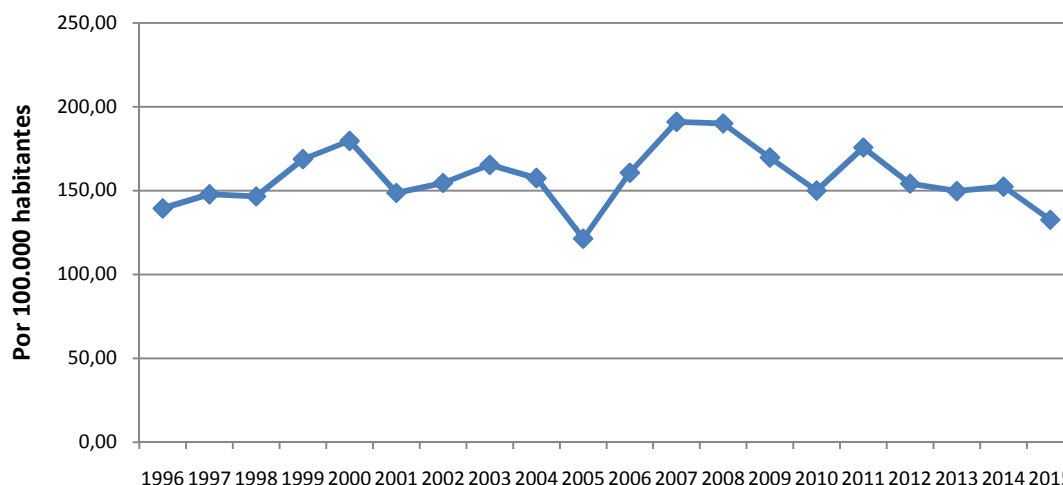
A análise do gráfico 09 nos permite concluir que não houve alterações significativas na mortalidade proporcional por grupos de causas, quando comparados os períodos 2012-2015, com as seguintes colocações: 1ª Doenças do Aparelho Circulatório; 2ª Neoplasias; 3ª Causas externas. Houve mudanças na quarta colocação, uma vez que as doenças do aparelho respiratório neste período passaram a frente das Doenças endócrinas e metabólicas. Merece destaque o fato de causas externas ocuparem 3ª colocação, sinalizando a necessidade de intensificar o trabalho intersetorial.

1.4 MORTALIDADE ESPECÍFICA

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

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

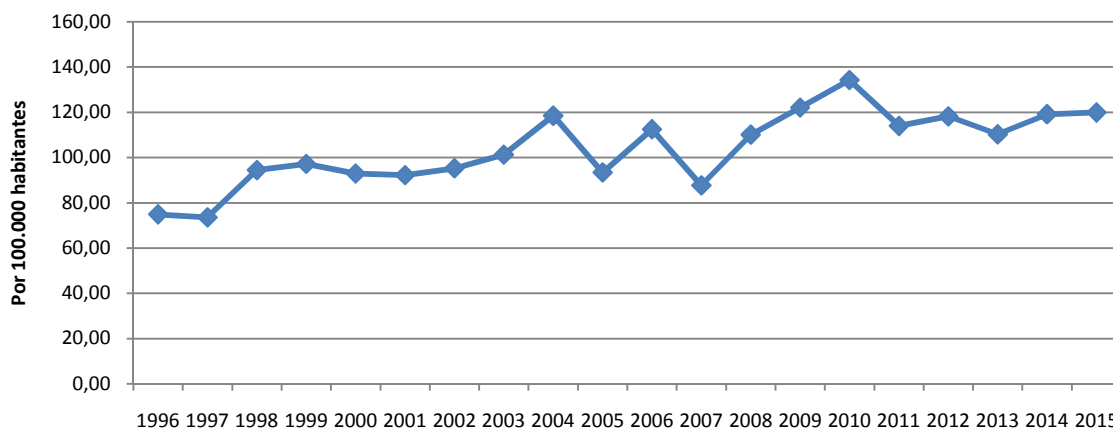
Gráfico 10: Mortalidade específica por Doenças do aparelho circulatório, 1996-2015. Itajaí/SC.



Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

A mortalidade por causas externas, no município de Itajaí se encontra em queda, no período 1996-2015, observamos porem que em alguns anos, como o de 2014, incremento neste tipo de mortalidade.

Gráfico 11: Mortalidade específica por Causas Externas, 1996-2015. Itajaí/SC.



Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

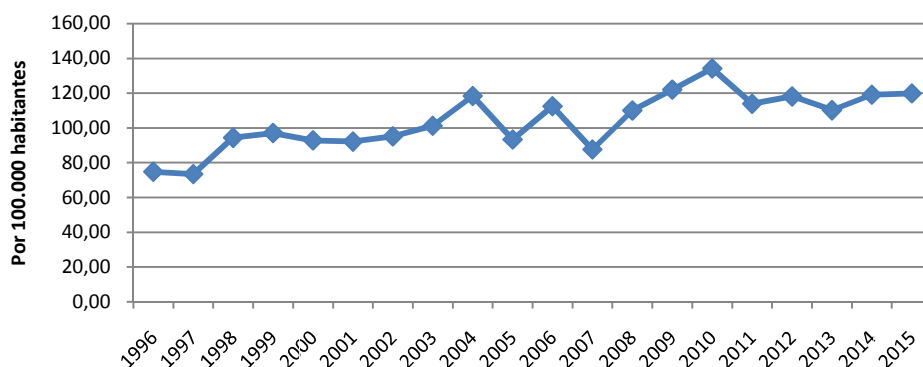
O gráfico demonstra que a mortalidade específica por neoplasias no período 1996-2015, se encontra em ascensão, como no restante do Brasil, segundo Alves e Moraes Neto, 2014.

88

Estes mesmos autores destacam que Santa Catarina apresenta um cenário desfavorável no enfrentamento da carga de mortalidade para neoplasia.

Esta é uma taxa que merece TODA atenção do sistema de saúde, para que se trace um plano de enfrentamento da mesma.

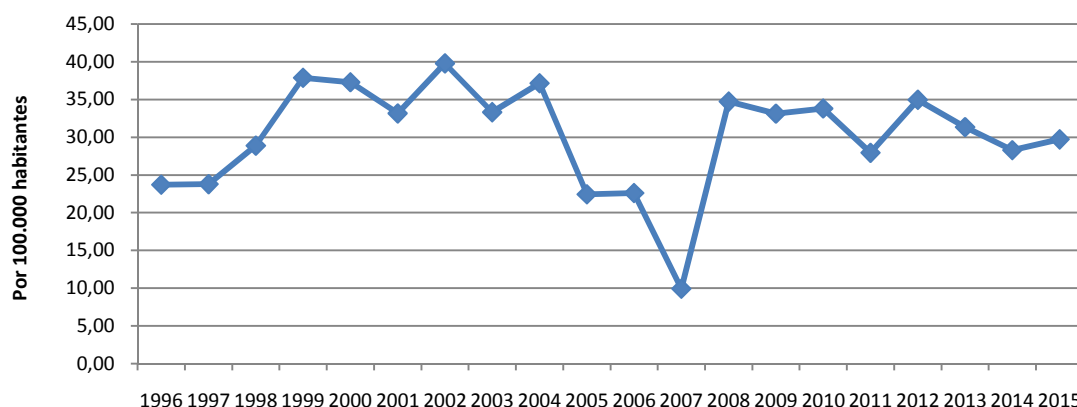
Gráfico 12: Mortalidade Específica por Neoplasias, 1996-2015. Itajaí/SC.



Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

O gráfico demonstra uma variação muito grande na mortalidade específica por diabetes Mellitus, porem a partir de 2011 podemos observar um incremento desta taxa de mortalidade específica. Alves e Moraes Neto chamam atenção em seu estudo de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, de 2014, que Santa Catarina, enfrenta um cenário desfavorável no enfrentamento das mortes com causa básica diabetes Mellitus.

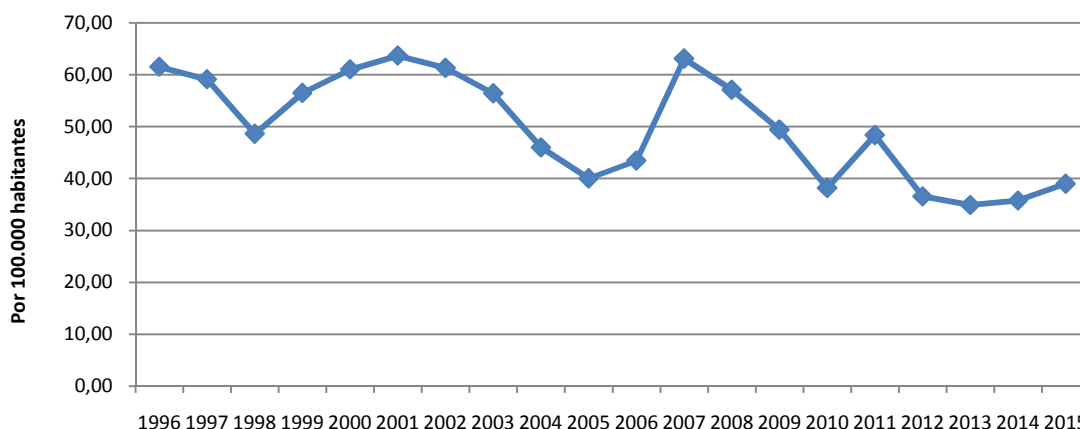
Gráfico 13: Mortalidade específica por Diabetes Mellitus, 1996-2015. Itajaí/SC.



Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

O gráfico, aponta como tendência de queda pela mortalidade específica por doenças infecciosas e parasitárias, assim como no restante do Brasil, porem os três últimos anos apontam um leve crescimento neste tipo de óbito.

Gráfico 14 Mortalidade específica por Doenças Infecciosas e Parasitárias, 1996-2015. Itajaí/SC.

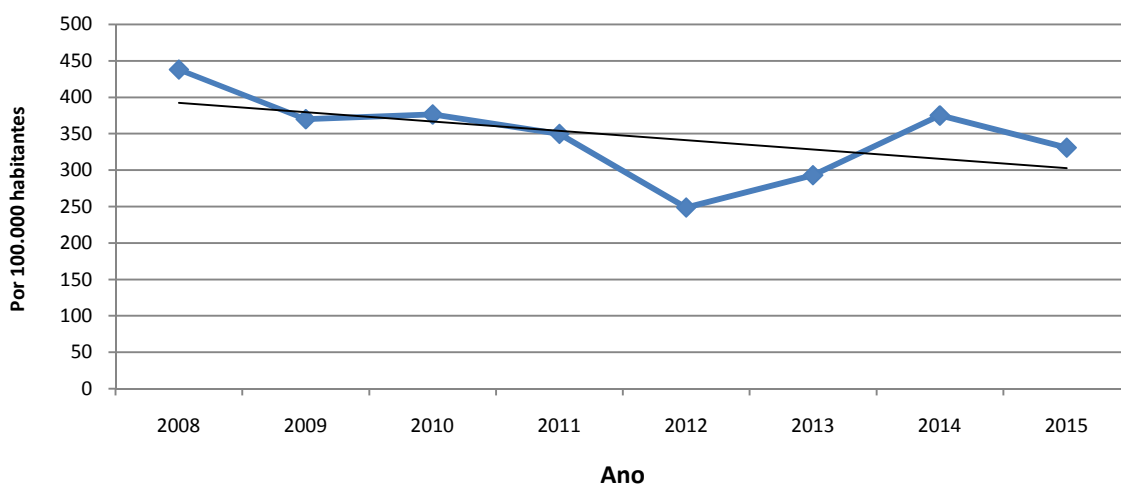


- Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem problema de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral.

Alves e Moraes Neto, 2014, destacam que o aumento crescente das DCNT afeta principalmente a população de menor renda e escolaridade, quer seja pela exposição a fatores de risco ou por acesso a informação e serviços de saúde, o que acaba por acentuar mais ainda as desigualdades sociais.

Gráfico 15: Mortalidade prematura (de 30-69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas), 2008-2015. Itajaí/SC.

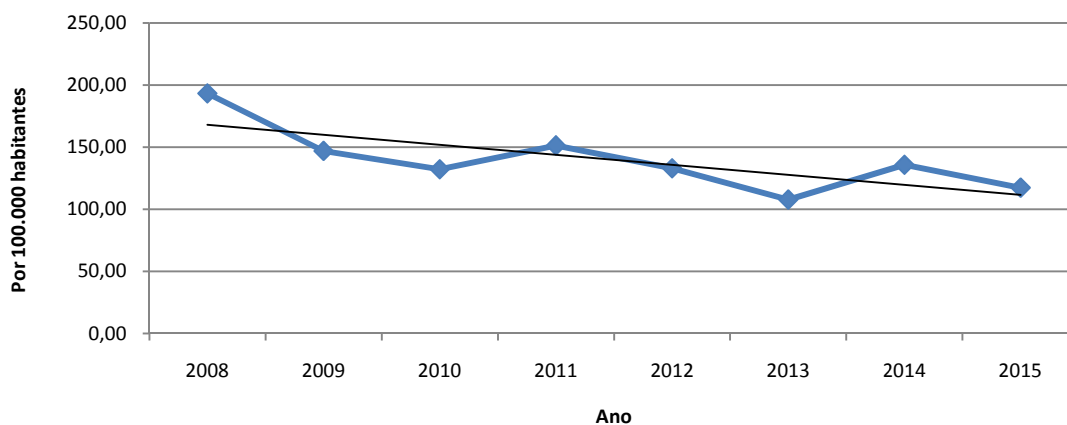


Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

O gráfico acima demonstra queda das mortes prematuras por DCNT em Itajaí, no período 2008-2015, porém cabe ressaltar que esta queda não se dá de maneira acentuada.

91

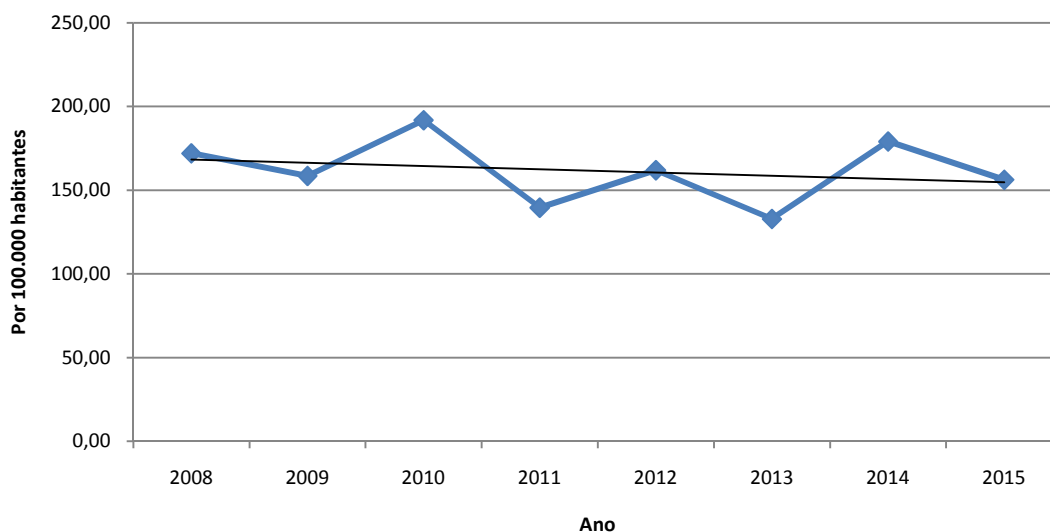
Gráfico 16: Mortalidade prematura (de 30-69 anos) por Doenças do aparelho circulatório, 2008-2015. Itajaí/SC.



Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

Gráfico 17: Mortalidade prematura (de 30-69 anos) por Neoplasias, 2008-2015.

Itajaí/SC.

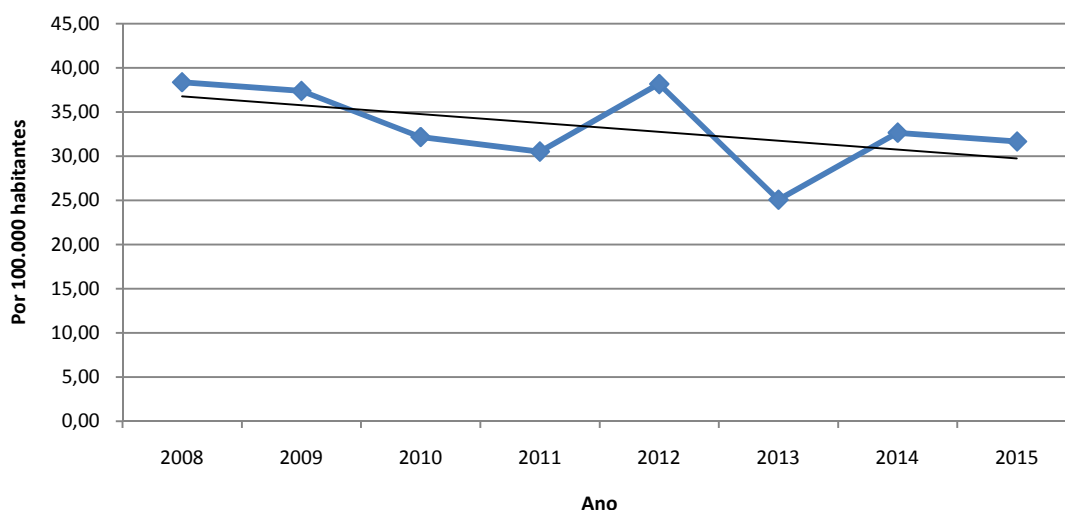


Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

92

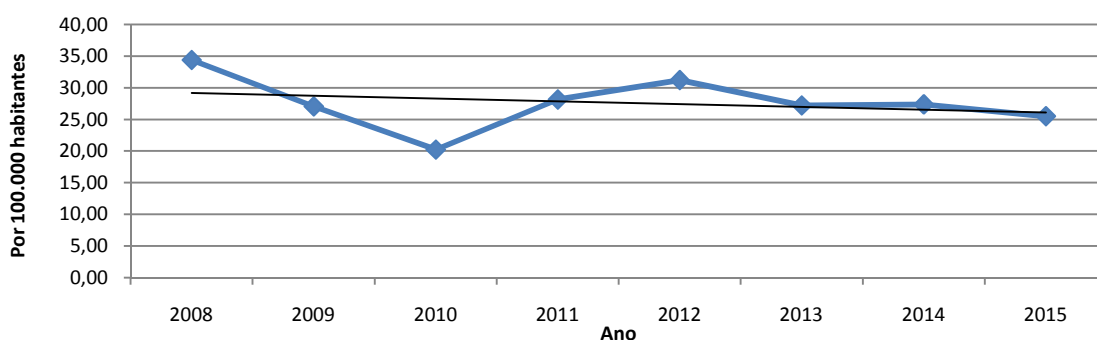
Gráfico 18: Mortalidade prematura (de 30-69 anos) por Diabetes, 2008-2015.

Itajaí/SC.



Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

Gráfico 19: Mortalidade prematura (de 30-69 anos) por Doenças Respiratórias Crônicas, 2008-2015. Itajaí/SC.



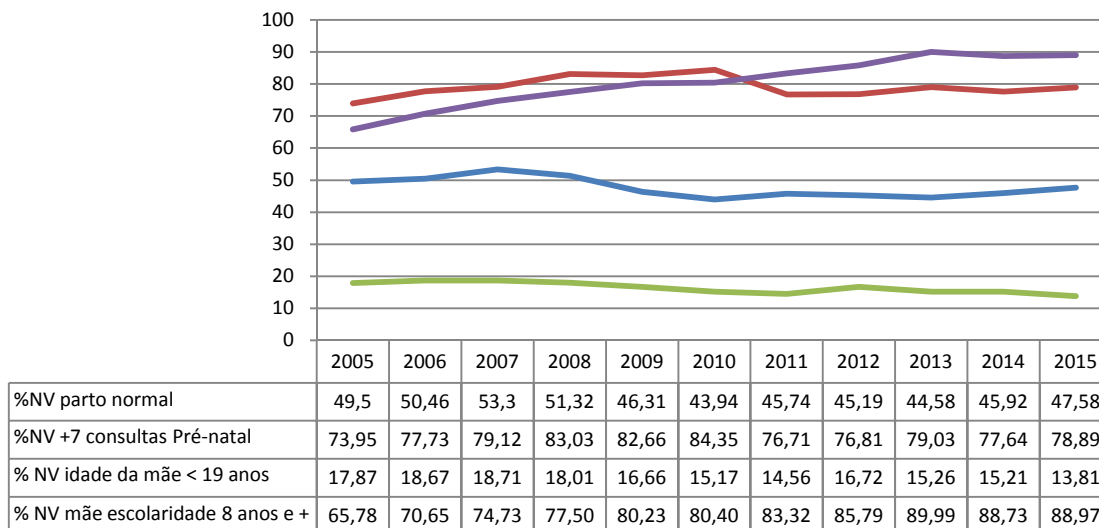
Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional, projeções e estimativas demográficas. Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 16/05/2017.

93

Ao analisarmos de forma individual os quatro componentes, do indicador Mortalidade Prematura por DCNT, observamos que o único que se encontra em queda acentuada em Itajaí, é a mortalidade prematura por doenças do sistema circulatório.

1.5 NASCIDOS VIVOS

Gráfico 20: Perfil dos nascidos vivos, 2005-2015. Itajaí/SC



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atualizado em 18/04/2017.

Fonte: SINASC/SES

A gestação na adolescência (10 a 19 anos) vem apresentando redução gradual com pequenas variações. Ainda que a escolaridade materna tenha aumentado 24% nos últimos 10 anos, percentual de partos normais vem subindo de maneira lenta.

Após atingir seu maior percentual em 2010 (84,35%), o percentual de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal não mais atingiu este patamar, ficando a partir deste ano sempre abaixo de 80%. Este cenário aponta para necessidade de rever as estratégias de atenção materno-infantil no serviço.

2- MORBIDADE

2.1 Internações Hospitalares

Tabela 3: Taxa der internações por Capítulo CID-10, por 10.000, Itajaí, 2013 – Ago/2017

Capítulo CID-10	2013	2014	2015	2016	2017
IX. Doenças do aparelho circulatório	67,63	70,46	62,55	58,04	46,42
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	63,97	66,32	75,39	79,63	60,77
XI. Doenças do aparelho digestivo	49,67	50,80	55,22	47,13	32,12
X. Doenças do aparelho respiratório	43,22	36,83	39,74	39,79	33,72
II. Neoplasias (tumores)	27,84	34,80	35,37	33,39	22,58
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	26,71	24,50	23,47	23,23	19,28
I. Doenças infecciosas e parasitárias	22,11	19,57	24,36	24,36	18,44

XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	19,52	15,94	10,86	14,72	10,07
VII. Doenças do olho e anexos	17,40	3,29	3,20	3,62	0,99
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	10,82	9,64	11,76	10,68	10,39
VI. Doenças do sistema nervoso	7,10	7,01	7,53	5,74	3,76
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5,93	5,08	5,36	6,35	7,57
XXI. Contatos com serviços de saúde	5,88	4,42	5,22	6,96	3,53
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5,27	5,83	3,86	3,90	2,45
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4,23	5,79	6,91	11,85	10,63
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,53	4,56	6,73	5,31	4,04
V. Transtornos mentais e comportamentais	3,25	3,43	2,35	3,39	1,60
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2,40	2,63	2,45	2,63	2,07
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,61	1,36	1,65	1,46	0,94
XX. Causas externas de morbidade e	-		0,14		

mortalidade					
-------------	--	--	--	--	--

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

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

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

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

MORBIDADE HOSPITALAR POR FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS. ITAJAÍ, 2007-2017 (SETEMBRO 2017).

2013	2014	2015	2016	2017	Total
3	36	39	39	33	150

MORTALIDADE HOSPITALAR POR FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS - ITAJAÍ, 2014-2017 (SETEMBRO 2017).

2014	2015	2016	2017	Total
16,67	2,56	7,69	6,06	8,00

3- ANÁLISE DA SAÚDE INTEGRAL DO MUNICÍPIO

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

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

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

98

Tipo de Estabelecimento	Público	Privado	Total
ACADEMIA DA SAÚDE	1	0	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	3	0	3
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	29	3	32
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	7	135	142

CONSULTORIO	0	462	462
FARMACIA	1	9	10
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0	1	1
HOSPITAL GERAL	0	1	1
POLICLINICA	1	3	4
PRONTO ATENDIMENTO	2	0	2
CENTRAL DE GESTÃO EM SAUDE	2	0	2
UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	1	42	43
UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR NA AREA DA URGÊNCIA	2	0	2
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILAR ISOLADO (HOME CARE)	0	1	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ACESSO	1	0	1
POLO DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	0	5	5
Total	50	662	712

Em relação à produtividade, diversos procedimentos são realizados na rede de saúde do município. As Tabelas abaixo apresentam os procedimentos realizados no ano de 2015 e 2016.

Tabela 5: Produção Ambulatorial (número) por Grupo de Procedimento. Itajaí, 2015-2016

Grupo procedimento	2015	2016
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	125.633	211.968
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.510.286	1.485.889
03 Procedimentos clínicos	1.316.520	1.129.591
04 Procedimentos cirúrgicos	39.981	34.104
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	135	142
07 Órteses, próteses e materiais especiais	4.185	4.020
08 Ações complementares da atenção à saúde	2.119	1.942
Total	2.998.859	2.867.656

100

3.1 PRODUTIVIDADE DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE ITAJAÍ, 2016

SUBGRUPO PROCED.	FÍSICO	FINANCEIRO
---------------------	--------	------------

AÇÕES E PREVENÇÕES EM SAÚDE	211.993	5.403,22
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	200.817	5.403,22
0102 Vigilância em saúde	11.176	0,00
PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE	1.550.110	14.141.009,90
0201 Coleta de material	6.697	38.125,09
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	1.130.295	5.496.793,06
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e cito...	28.590	430.519,43
0204 Diagnóstico por radiologia	147.852	1.510.162,80
0205 Diagnóstico por ultra-sonografia	44.095	805.495,04
0206 Diagnóstico por tomografia	9.860	1.213.800,49
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	1.708	459.025,00
0208 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	855	231.448,73
0209 Diagnóstico por endoscopia	624	37.161,99
0210 Diagnóstico por radiologia intervencionista	147	69.937,14
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	164.262	3.825.449,05
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemo...	1.352	23.038,08
0214 Diagnóstico por teste rápido	13.773	54,00

PROCEDIMENTOS CLINICOS	1.178.245	12.761.680,51
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	1.039.625	3.985.395,73
0302 Fisioterapia	57.796	315.188,13
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	2.700	58.930,85
0304 Tratamento em oncologia	9.182	4.571.933,66
0305 Tratamento em nefrologia	19.714	3.705.721,74
0306 Hemoterapia	1.094	8.411,86
0307 Tratamentos odontológicos	41.415	11.356,24
0309 Terapias especializadas	6.719	104.742,30
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	34.239	1.249.196,98
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido...	19.413	54.848,32
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face...	269	12.073,87
0405 Cirurgia do aparelho da visão	7.251	1.064.998,26
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	12	334,65
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos...	129	2.262,22
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	491	14.094,92
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	2	46,22
0412 Cirurgia torácica	2	109,94

0413 Cirurgia reparadora	71	2.220,88
0414 Bucomaxilofacial	6.108	46.126,69
0415 Outras cirurgias	195	5.822,70
0417 Anestesiologia	139	3.045,69
0418 Cirurgia em nefrologia	157	43.212,62
TRANSPLANTE	142	16.330,00
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré...	142	16.330,00
OPME	4.020	1.419.936,89
0701 Órteses, próteses e materiais especiais...	3.580	1.180.122,50
0702 Órteses, próteses e materiais especiais...	440	239.814,39
AÇÕES COMPLEMENTARES EM SAÚDE	1.942	0,00
0801 Ações relacionadas ao estabelecimento	1.942	0,00
Total	2.980.691	29.593.557,50

Fonte: SIA-SUS

Tabela 6: Produção Ambulatorial (número) por Complexidade. Itajaí, 2013-2016.

Comple xidade	2013	2014	2015	2016
Atenção Básica	2.653.650,00	1.198.952,00	934.175,00	850.920,00

Média	1.932.0	1.991.8	1.985.4	1.945.1
complexidade	12,00	00,00	34,00	99,00
Alta	61.388,	49.204,	59.070,	56.341,
complexidade	00	00	00	00
Não se	21.200,	19.631,	20.180,	15.196,
aplica	00	00	00	00
Total	4.668.2	3.259.5	2.998.8	2.867.6
	50,00	87,00	59,00	56,00

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

Tabela 7: Leitos Hospitalares por especialidade e natureza. Itajaí, 2016

ESPECIALIDADE			
	Existentes	SUS	N ao SUS
CIRURGICOS	139	122	17
CLÍNICOS	120	105	15
COMPLEMENTARES	67	58	09
OBSTETRICOS	51	45	06
PEDIATRICO	80	59	21
OUTRAS ESPECIALIDADES	25	09	16

Fonte: CNES

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

Tabela 8. Estabelecimentos por Tipo de Atendimento prestado. Itajaí, 2017.

Tipo de Atendimento prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde Público	Plano de Saúde Privado
Ambulatório	75	592	17	223
Internação	2	2	1	2
Regulação	5	0	0	0
SADT	29	69	6	32
Urgência	7	7	2	5
Vigilância em Saúde	3	0	0	0
Outros	5	14	0	0

Fonte: CNES

Tabela 9: Total de Equipamentos por grupo de utilização. Itajaí, 2017.

Grupo de Equipamentos	Total	Existentes SUS
-----------------------	-------	----------------

	Exist.	Em Uso	Exist.	Em Uso
Equipamentos de Audiologia	5	5	3	3
Equipamentos de Diagnostico por Imagem	324	311	100	92
Equipamentos de Infra-Estrutura	183	177	70	68
Equipamentos de Odontologia	132	126	44	44
Equipamentos para Manutenção da Vida	1162	1135	1068	1046
Equipamentos por Métodos Gráficos	81	79	41	39
Equipamentos por Métodos Opticos	61	60	28	28
Outros Equipamentos	240	237	158	157

4 - SISTEMAS

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

acompanhamento do perfil epidemiológico do município de modo global, incluindo a totalidade da população do município e não apenas os usuários do SUS.

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

4.1 REGULAÇÃO

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

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

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

No ano de 2017, com a necessidade de ampliação do quadro de médicos, hoje contamos com 6 médicos reguladores e 10 profissionais administrativos.

4.1.2 ABRANGÊNCIA DA REGULAÇÃO

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

Média Complexidade: Ultrassonografia, Audiologia, Ultrassonografia com Doppler, Teste Ergométrico, Ecocardiografia, Holter 24 horas, Endoscopia Digestiva Alta,

Eletroencefalografia, Eletroencefalografia, Videonasofaringoscopia, todas as consultas De especialidade.

Atenção Terciária em Saúde: em Itajaí, existem dois hospitais conveniados: Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen e Hospital Universitário Pequeno Anjo. Nos Hospitais são realizados atendimentos, como internações e cirurgias e atendimentos de urgência/emergência, em pronto-socorro.

5- FINANCIAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

Os recursos do Governo Federal são repasses exclusivos para financiamento de projetos específicos e representam fontes potenciais de aporte financeiro para diversos projetos de desenvolvimento futuros, a serem implantados no município. A Emenda Constitucional nº. 029/2000 preconiza a aplicação mínima na saúde de 15% dos recursos oriundos da transferência de impostos municipais, estaduais e da União. Em 2016, fonte Sistema Contábil E-PÚBLICA, o Município de Itajaí através de seu Fundo Municipal de Saúde aplicou 23,08% do seu orçamento em saúde, visando atender todas as ações, serviços, projetos e programas da Secretaria Municipal de Saúde.

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

políticas públicas nos mais variados setores da saúde, definindo uma política estratégica visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em nível local e região da AMFRI.

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

Para o ano de 2018, a estimativa de investimentos em saúde será de R\$ 282.103.230,59 (duzentos e oitenta e dois milhões, cento e três mil e duzentos e trinta reais e cinquenta e nove centavos).

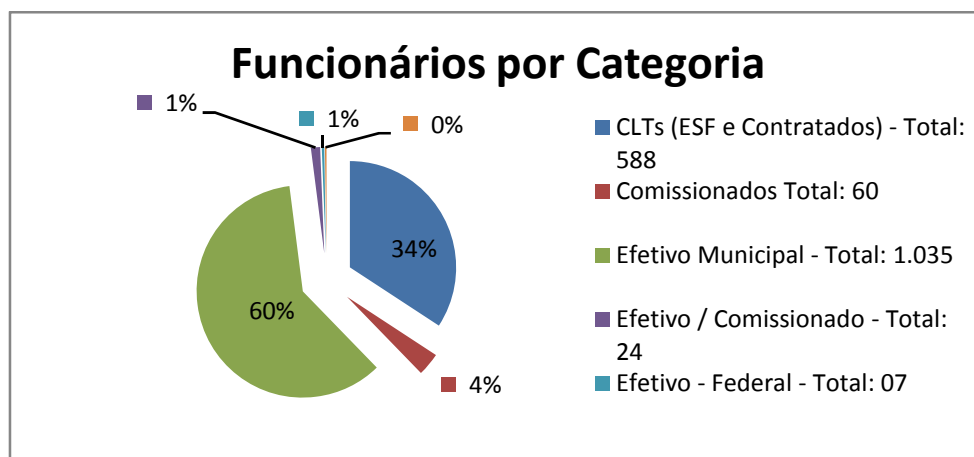
É fundamental reconhecer que os recursos financeiros, destinados às ações de saúde, sejam otimizados com um planejamento voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população. É necessário o aperfeiçoamento da gestão orçamentário-financeira do SUS que integre as funções planejar, orçar, executar,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

Detalhamento	Orçado Atualizado		Liquidado Acumulado	
	2015	2016	2015	2016
Aplicações Diretas	R\$ 109.611.000,00	R\$ 116.952.966,00	R\$ 106.596.839,07	R\$ 115.967.809,40
Folha				
Aplicações Diretas-	R\$ 152.575.466,74	R\$ 145.977.314,73	R\$ 139.030.610,36	R\$ 134.612.587,55
(Materiais e Serviços)				
Aplicações Diretas-	R\$ 10.843.201,07	R\$ 15.279.516,64	R\$ 3.337.932,63	R\$ 9.928.343,06
(Investimentos)				

Total	R\$	R\$	R\$	R\$
	262.186.466,74	262.930.280,73	245.627.449,43	250.580.396,95

- Fonte: Sistema Contabilidade E-PÚBLICA - FMS

6 - GESTÃO DE PESSOAS



A Diretoria de administração de Pessoal foi estruturada através da Lei complementar 290 de 29 de janeiro de 2016 sendo compostas pela Gerencia de gestão de pessoal da sms e Gerencia de capacitação da sms, cujas atribuições são:

DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

Planejar, coordenar, supervisionar a aplicação das leis e regulamentos referentes ao pessoal da Secretaria, orientando sua execução, bem como estabelecendo rotinas destinadas a uniformizar a aplicação da legislação.

Coordenar as atividades de seleção, capacitação e cadastro de pessoal da Secretaria.

Planejar e coordenar a organização e controle da lotação, provimento e vacância de cargos, empregos e funções públicas da Secretaria.

Planejar e coordenar o processo e processamento, bem como planejar a normatização e o controle dos afastamentos e frequência dos servidores da Secretaria.

Planejar e coordenar as rotinas relativas ao desenvolvimento funcional, benefícios e vantagens pecuniárias atribuídos aos servidores da Secretaria.

Planejar e coordenar as rotinas e procedimentos referentes ao ingresso de pessoas na Secretaria.

Supervisionar os diversos institutos de movimentação de pessoas da Secretaria.

Planejar e coordenar o desenvolvimento e o acompanhamento do processo de educação continuada em saúde à população, objetivando a democratização ampla ao acesso às informações sobre saúde, de modo a caracterizar a participação popular na definição das políticas de saúde, no acompanhamento de sua execução e sua avaliação.

Desempenhar outras atribuições de cunho governamental, relacionadas às suas atribuições.

GERENTE DE GESTÃO DE PESSOAL DA SMS

Supervisionar a aplicação das leis e regulamentos referentes ao pessoal da Secretaria, orientando sua execução, bem como planejando rotinas destinadas a uniformizar a aplicação da legislação.

Planejar e supervisionar a lotação, provimento e vacância de cargos, empregos e funções públicas da Secretaria.

Supervisionar o processo e processamento, bem como normatizar e controlar os afastamentos e frequência dos servidores da Secretaria.

Supervisionar as rotinas relativas ao desenvolvimento funcional, benefícios e vantagens pecuniárias atribuídos aos servidores da Secretaria.

Planejar rotinas e procedimentos referentes ao ingresso de pessoas na Secretaria.

Supervisionar os diversos institutos de movimentação de pessoas da Secretaria.

Desempenhar outras atribuições de cunho governamental, relacionadas às suas atribuições.

GERENTE DE CAPACITAÇÃO DA SMS

Planejar, coordenar, supervisionar e orientar as atividades inerentes à educação em saúde do Município.

Planejar as atividades de capacitação a serem realizadas em cada área de atuação da saúde do Município.

Supervisionar as atividades de seleção, capacitação e cadastro de pessoal da Secretaria.

Desempenhar outras atribuições de cunho governamental, relacionadas às suas atribuições.

7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A complexidade do cenário epidemiológico atual, caracterizado pela tripla carga de doenças na população, permanência de doenças agudas, aumento do peso relativo as condições crônicas e as causas externa é decorrente , dessa forma de gestão das práticas sanitárias, a qual necessita de maior organicidade para desencadear ações oportunas que auxiliem na redução ou eliminação e ampliem a capacidade de resposta do sistema. Neste sentido surgiu a proposta no campo da Vigilância – conceito central para a teoria da prática da saúde pública. Nesta perspectiva, o modelo baseado na Vigilância em Saúde, cuja tônica é a busca de respostas mais efetivas para as demandas e os problemas de saúde, propõem-se a trabalhar a lógica de um conjunto articulado e integrado de ações que assumem configurações específicas de acordo com a situação de saúde da população em cada território transcendendo os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde, buscando com essa noção uma interlocução maior entre controle de danos por meio da redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades e das relações técnicas e sociais (Arreaza; Moraes,2010;Texeira2002).

A construção dessa proposta vai trazer para o cenário a ênfase sobre a organização das diferentes especialidades de VS existentes no Brasil, em consonância com um sistema único e coordenado capaz de enfrentar a complexidade do quadro sanitário brasileiro de forma mais resolutiva (Mendes,1994). Esse enfoque pressupõe uma abordagem mais articulada entre as Vigilâncias epidemiológica, ambiental e Sanitária e pode ser considerada uma tentativa de desvincular a atuação por agravos e por programas, de modo a enfrentar a superposição de ações direcionadas para o controle do

hospedeiro, do agente etiológico, do meio ambiente ou da produção e comercialização de fármacos e alimentos.

Sob a premissa de que esse modelo pode atuar como suporte político-institucional para o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e de práticas de saúde, a Secretária de Vigilância em saúde (SVS), foi instituída no ano de 2003, pelo Ministério da Saúde (MS). Essa proposta representou o esforço de ampliação da capacidade de operação da VS em todo o País, principalmente no âmbito dos sistemas estaduais e municipais, voltada a pensar inovador a respeito da organização do SUS e de novo olhar sobre a saúde pública .

No entanto, a trajetória de implementação dessa proposta ao longo dos últimos anos revela que, mesmo considerando o avanço das ações de VS, no sentido de promover uma profunda reorganização no âmbito normativo- organizacional, em Itajaí ainda encontram-se subdivididas em áreas ou setores distintos e formais, apontando para cada vez mais a necessidade de uma base que permita o diálogo entre os componentes da VS, fortalecendo a capacidade de gestão do sistema de maneira mais equânime e integradora.

7.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

Programas realizados:

Vigilância da qualidade de água para consumo humano – VIGIAGUA:

Realizar coleta de amostras de água segundo um plano de amostragem.

Realizar a interpretação dos resultados.

Conferir todos os registros de análises dos responsáveis pela distribuição.

Vigilância da qualidade de produtos e diversos setores:

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

Vigilância em saúde do trabalhador:

Notificar todos os acidentes relacionados à saúde do trabalhador

Vigilância sanitária do manejo de resíduos líquidos e sólidos:

Fiscalizar manejo de resíduos domésticos.

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

Ações de visa

Fármaco e toxico vigilância, hemo e tecnovigilância:

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

115

Atividades educativas em vigilância sanitária:

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

Pharos – Sistema Estadual de Informações de VISA:

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

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

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

Mapeamento de estabelecimentos não cadastrados:

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

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

7.2 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O percurso da vigilância epidemiológica no Brasil e em vários outros países esteve bastante associado às doenças transmissíveis. Até a década de 1940, o termo vigilância era empregado principalmente com a finalidade de observação sistemática de contatos de doenças, porém assumiu um significado mais amplo nos anos de 1950, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde, com o propósito de aprimorar as medidas de controle, configurando a noção de vigilância epidemiológica. A partir deste momento a VE tornou-se tema central de importantes debates no campo da saúde pública, passando a ser reconhecida como função essencial e estratégica. Em 1968, foi implantado no Brasil o Centro de investigações Epidemiológicas (CIE), estabelecendo o primeiro Sistema Nacional de Notificação Semanal de Doenças. Contudo, a concepção de VE, enquanto informação para ação só veio a ser introduzida oficialmente no País na década de 1970, com a criação do Sistema nacional de Vigilância epidemiológica (SNVE), sendo de fundamental importância para a VE.

Avanços significativos na capacidade de resposta aos problemas de saúde foram percebidos, como, por exemplo, a melhoria no desempenho do Programa ampliado de imunização, hoje chamado de Programa Nacional de Imunização. Também foi um marco de dissociação da vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), foi implantado nos anos de 1990, vinculado a Fundação nacional de Saúde (Funasa), contribuindo para o controle de doenças e agravos inusitados à saúde, sendo redefinidas nas três esferas de governo,

com a prerrogativa de reforçar mudanças , tendo sido concebida sua definição na lei Orgânica 8.080/90 como:

“Um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde–doença, em nível individual ou coletivo, com o objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos”.

Essa definição promoveu a expansão do conceito vigilância, inicialmente restrito às doenças transmissíveis, as doenças não transmissíveis, doenças crônicas degenerativas e outros agravos, como acidentes e violências.

Ainda neste período, o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância epidemiológica ganharia destaque com a instituição da Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde (NOB- SUS 96), porém foi só em 1999, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.399, que ocorreu a regulamentação quanto às competências da união, estados e dos Municípios na área de epidemiologia e controle de doenças , induzindo-se a efetiva descentralização de suas ações para estados e dos Municípios , processo que avançou rapidamente no País. A partir desse período, a descentralização das atividades de controle de doenças para os municípios representou enorme expansão das ações.

117

Subjacentes á reorganização do sistema de saúde brasileiro, a VE logrou importantes avanços, principalmente com a incorporação de outros objetos de vigilância, além das antigas doenças de notificação compulsória, tais como as questões nutricionais, os fatores ambientais, a saúde mental, as relações entre saúde e trabalho, a violência e a vigilância de fatores de risco, incentivando principalmente pela OMS e Opas.

Contudo, considerando a importância das atividades tradicionais da VE, de sua competência, seu escopo de atuação precisa ganhar nova amplitude, ultrapassando as limitações no que concerne á perpetuação de um sistema direcionado a um grupo de doenças específicas. É inegável, a importância da permanência da especificidade do objeto e métodos de intervenção, porém o conjunto das atividades da VE precisa resultar em um trabalho coletivo e integrado, que auxilie a superação de uma dissociação já cristalizada entre as demais vigilâncias.

Nessa direção a Diretoria de Vigilância epidemiológica, contribuindo, assim para impulsionar a mudança do modelo de atenção à saúde, levando em conta a complexidade dos agravos e seus determinantes no âmbito territorial, para que a abordagem não fragmente o campo prático das ações de saúde, mas promova a interlocução com outras áreas, viabilizando a capacidade de respostas mais efetivas é responsável pelas seguintes gerências:

Gerência de IST/ HIV/ HV e Doenças Crônicas Transmissíveis: Visa formular políticas públicas, a fim de reduzir a incidência destes agravos, ampliar o acesso à prevenção, melhorar o diagnóstico, tratamento e rede de cuidados na assistência, de forma ética, participativa, fundamentados nos Direitos humanos e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Tendo como área de atuação o Centro de Testagem e Aconselhamento, o Programa Bem Me Quer, Programa saúde do escolar, Rede de atendimento a vítima de Violência Sexual, Exposição Ocupacional, Centro de Referência as Doenças infecto Infecciosas e o Laboratório Municipal. Esta gerencia também fomenta as ações são dos seguintes agravos: Tuberculose, Hanseníase, AIDS e Hepatites Virais, Síndrome do Corrimento Uretral, Síndrome do Corrimento Cervical, Síndrome da Úlcera Genital, Herpes Genital, Condiloma Acuminado (Verrugas Anogenitais), Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita, Gestante HIV e Criança Exposta ao HIV.

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

Gerência de Estatísticas Vitais: e Agravos não transmissíveis: Responsável pelas informações relacionadas à natalidade (SINASC) e mortalidade (SIM), permitindo analisar os eventos relativos ao nascimento e morte, vigilância e análise epidemiológica, além de construção de indicadores para uso de estatísticas demográficas e de saúde. Através das DANTs, realiza o monitoramento das Violências e o câncer.

Gerente de Vigilância Nutricional e Alimentar: Responsável pelo monitoramento e vigilância dos Agravos Transmitidos por Alimentos, pela detecção de surto através da

Monitorização de Doenças Diarréicas Agudas (MDDA), investigação de agravos transmitidos por alimentos de notificação individual e de surtos.

Gerente de Doenças de Notificação Compulsória: Nesta gerencia esta inserida o Núcleo de Controle de Zoonoses: O Núcleo de Controle de Zoonoses, vinculado a Diretoria de Vigilância Epidemiológica, foi implantado no Município em 2005, devido um caso de Raiva canina em área urbana. Desencadeando assim, várias ações, inclusive a contratação imediata de agentes de endemias e vacinação canina casa a casa. Também foi a partir dessa situação epidemiológica que o então canil Municipal, hoje chamado de Unidade de abrigamento Provisório de Animais(UAPA),passou a ser incorporado e coordenado pelo departamento de vigilância epidemiológica/ Núcleo de Controle de Zoonoses. Sendo que atualmente, compartilha as responsabilidades junto a FAMAE, onde atende animais agressores para observação, animais portadores de qualquer tipo de agravo transmissível ao homem, e animais vítimas de maus tratos quando avaliado pela Diretoria de Defesa Animal da FAMAI

Atualmente contamos em torno de aproximadamente de 172 animais abrigados, tendo uma equipe de profissionais especializados para tais cuidados como: médicos veterinários, agentes de endemias, técnico de enfermagem, equipe de limpeza. O Núcleo de Controle de Zoonoses é responsável, pelas ações de controle e prevenção de zoonoses que são doenças transmitidas ao homem pelos animais, atua estrategicamente na orientação dos profissionais de saúde e da população no controle de surtos e epidemias de agravos transmitidos por animais. São as atribuições do NCZ, as investigações dos agravos humanos relacionados a zoonoses (atendimento anti- rrábico humano, acidentes por animais peçonhentos. Dengue, leptospirose, malária, febre amarela, e outros. Ficando também vinculado a esta gerencia o Programa de controle da dengue, o programa de controle de roedores, as notificações e observações de animais em caso de agressão a humanos, o recolhimento de animais suspeitos, a coleta e envio de material para exames laboratoriais.

O Laboratório Municipal de Itajaí iniciou suas atividades realizando exames de rotina de baixa complexidade. A partir de 1996, com o objetivo de melhorar o atendimento da Rede Pública Municipal, em parceria com o LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública do Estado), e com o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST/

AIDS, redirecionou as suas atividades, passando a realizar exames especializados de média e alta complexidade, não executados por outros laboratórios de nosso município e Estado, voltados para o apoio diagnóstico das doenças transmissíveis e não transmissíveis prevalentes em nossa região, incluindo os ensaios de diagnóstico e monitoramento do HIV (Imunofluorescência indireta, Citometria para linfócitos T CD4-CD8 e quantificação de Carga Viral), marcadores virais de Hepatite, Toxoplasmose, Citomegalovírus, Rubéola, Sífilis, entre outros, em atendimento as necessidades dos nossos programas municipais de saúde, abrangendo os municípios da AMFRI.

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

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

Hepatites Virais: Diagnóstico e Controle;

Tuberculose: Diagnóstico e Controle;

Hanseníase: Coleta, Diagnóstico e Controle;

Diagnóstico de doenças Infecto-contagiosas;

Saúde da Mulher: Doenças Congênitas;

Preventivo de Câncer Ginecológico Útero e Mamas;

Coleta de Teste do Pezinho;

Monitoramento da Dengue;

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

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

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

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

7.2.1 ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

Os acidentes por animais peçonhentos são considerados um problema de saúde pública no Brasil, em virtude do elevado número de pessoas envolvidas anualmente, e também pela gravidade e complicações que podem apresentar. A incidência desses acidentes é frequente no município, contudo entre os anos de 2013 a 2016 a maioria dos acidentes foi considerada leve, sem registros de complicações e óbitos. Do total de casos notificados 63% correspondem por acidentes com aranhas, 11% por serpentes, 8% causados por abelhas, 10% não foram possíveis à identificação do causador, 3% por lagartas.

Os primeiros acidentes por escorpião foram registrados neste período, correspondendo a 4% do total de notificação deste agravo. Os primeiros registros autóctones deste animal já ocorriam em anos anteriores, todos do gênero *Tityus*, da espécie *serrulatus e bahiensis*, as principais causadoras de acidentes graves. Exigindo da vigilância epidemiológica a implementação de um programa de controle efetivo e programado, devido ao risco que representam a saúde humana, pois possuem alta capacidade de infestação e sendo espécies extremamente adaptadas aos ambientes alterados pelo homem.

Acidentes peçonhentos e evolução, Itajaí, 2013-2016.

Evolução caso	2013	2014	2015	2016	Total
Ign/Branco	2	2	0	2	6
Cura	79	77	81	52	289

Óbito por outra causa	1	0	0	0	1
Total	82	79	81	54	296

Fonte: SINAN/MS.

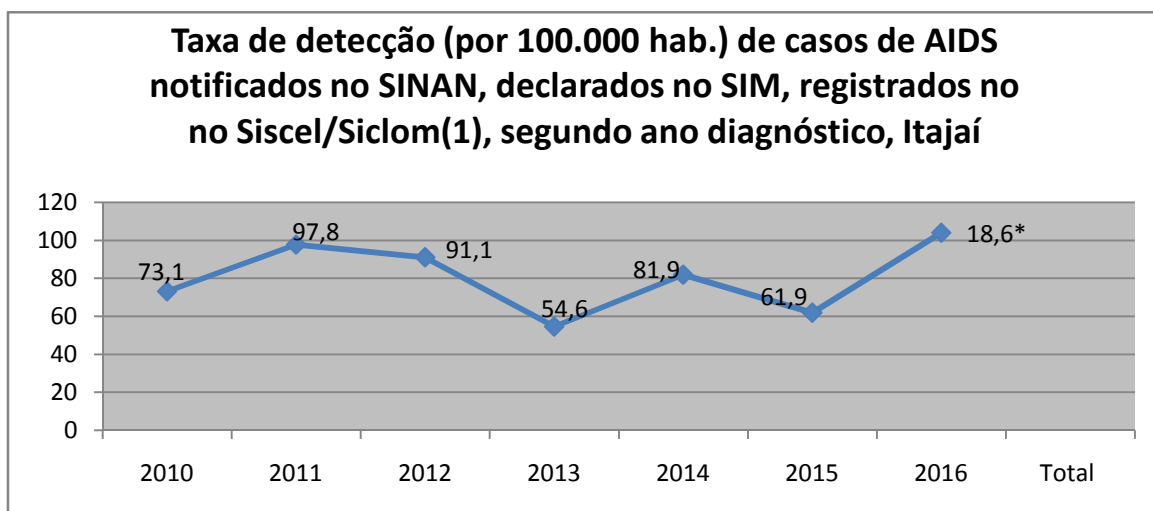
7.2.2 AIDS

O Brasil foi um dos primeiros países, dentre os de baixa e média renda a fornecer tratamento gratuito para pessoas que viviam com AIDS – em 1996 pelo Serviço Único de Saúde (SUS). Enquanto isso, a maioria desses países aguardava financiamento internacional para suas respostas.

O Brasil adotou em 2013 novas estratégias para frear a epidemia de AIDS, oferecendo tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de seu estado imunológico (contagem de CD4). Além disso, o país vem simplificando e descentralizando o tratamento antirretroviral; aumentando a cobertura de testagem para HIV em populações-chave, entre outras iniciativas.

122

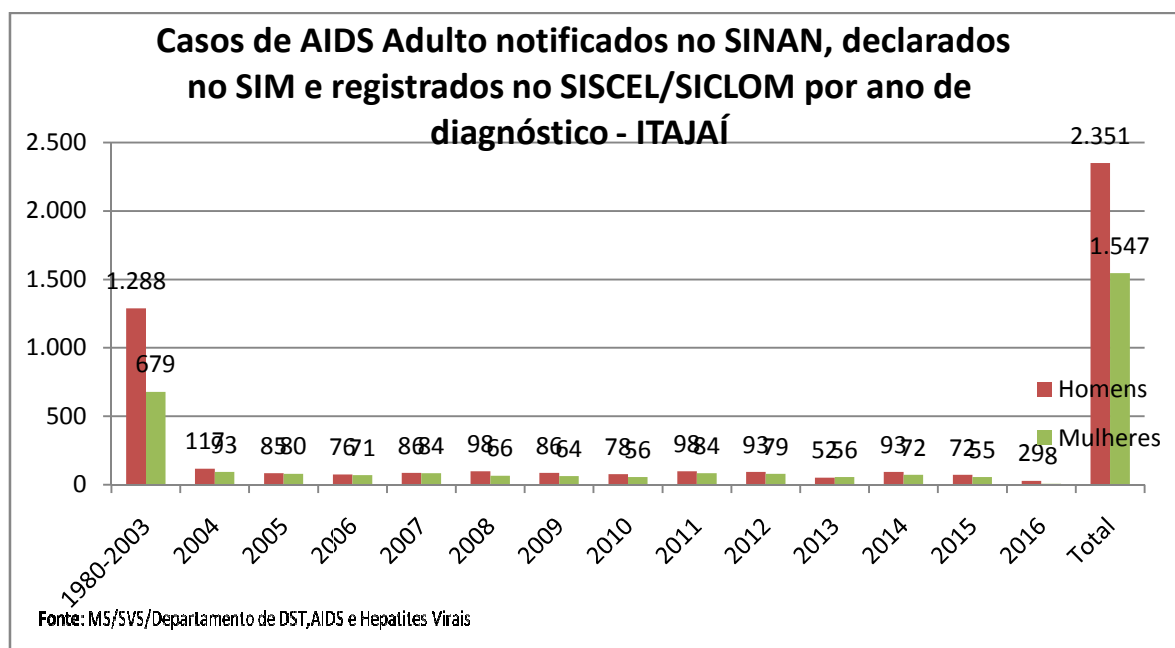
No ano de 2015 em relação à detecção de casos de AIDS em Itajaí, observa-se uma taxa de 61,9 casos/100.000 habitantes, 03 vezes maior que a taxa nacional (19,1/100.000 hab.), 03 vezes maior que a taxa de Santa Catarina (31,9/100.000 hab.). Alcançando assim, o 4º lugar no ranking nacional e o primeiro lugar em Santa Catarina, em relação aos 100 municípios com mais de 100.000 habitantes.



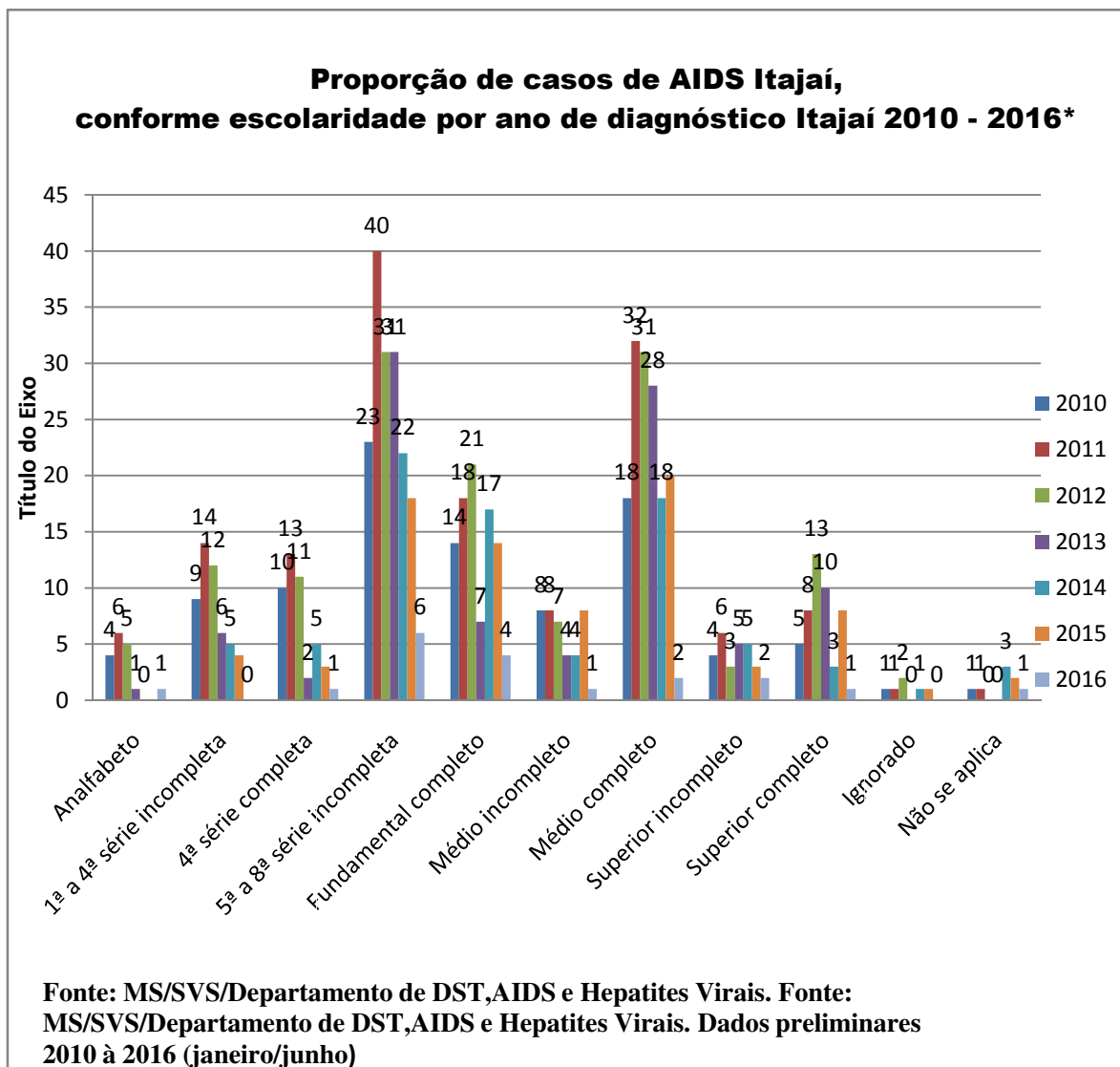
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2015, SISCEL de 2000 a junho/2015 e SIM de 2000 a 2014; Dados preliminares ano de 2016 de janeiro a junho.

Evidencia-se no gráfico, uma elevação importante da taxa de detecção no ano de 2014 em Itajaí, podendo refletir aumento da sensibilidade da Vigilância Epidemiológica, no entanto deve se observar a inserção de dados oficiais do Ministério da Saúde para o ano de 2016, para verificar o aumento ou estabilização da taxa de detecção de casos, no município.



Observa-se no gráfico a predominância de casos notificados em indivíduos que possuem escolaridade entre 5ª e 8ª série e com ensino médio completo, porém ao decorrer dos anos, os casos entre indivíduos com ensino superior vem aumentando.



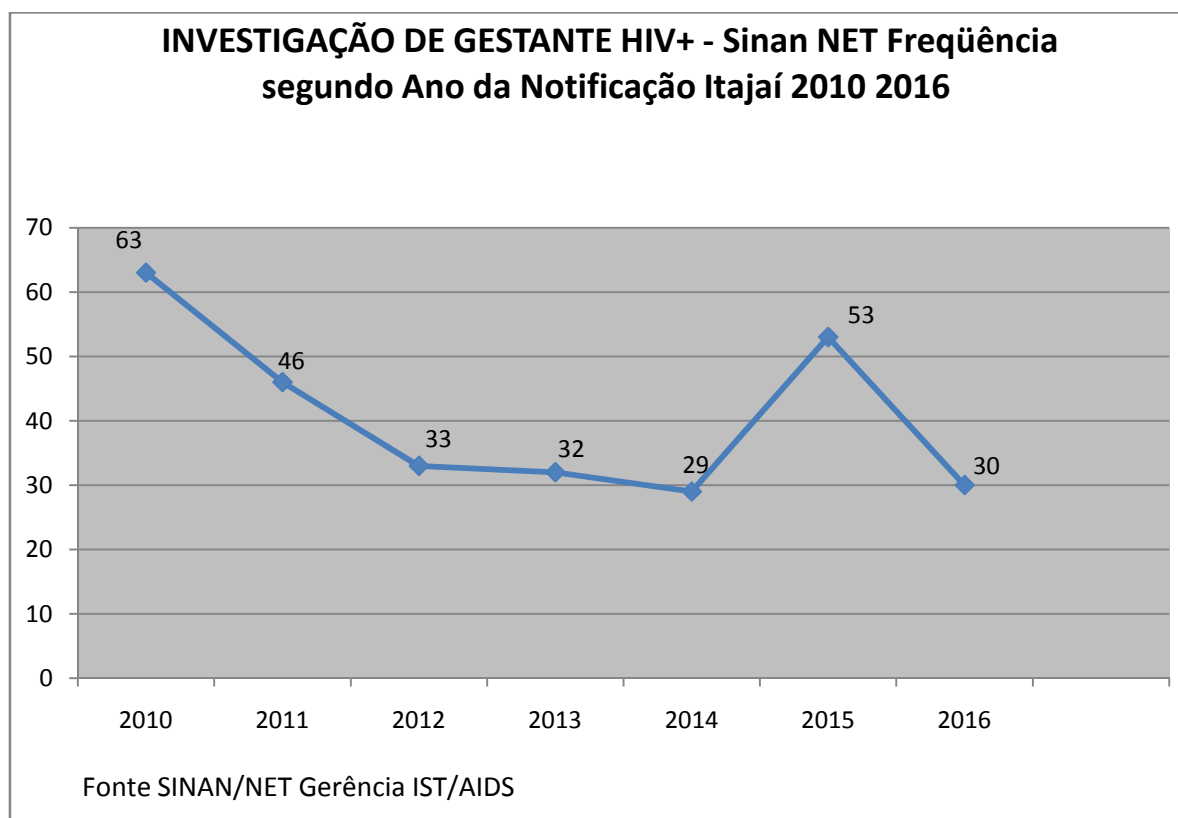
7.2.3 TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Desde 2000, a notificação de casos de gestante HIV+ e crianças expostas e deve ser realizada por médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como por responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde, em conformidade com a lei e recomendações do Ministério da se transmissão vertical do HIV a situação em que a criança é infectada pelo vírus HIV durante a gestação, o parto ou por meio da amamentação. No entanto, a criança, filha de mãe infectada pelo HIV, tem a oportunidade de não se infectar pelo HIV.

A taxa de transmissão vertical sem qualquer intervenção profilática situa torno de 26%, entretanto, podem sofrer redução para níveis entre 0 a 2% com a aplicação de

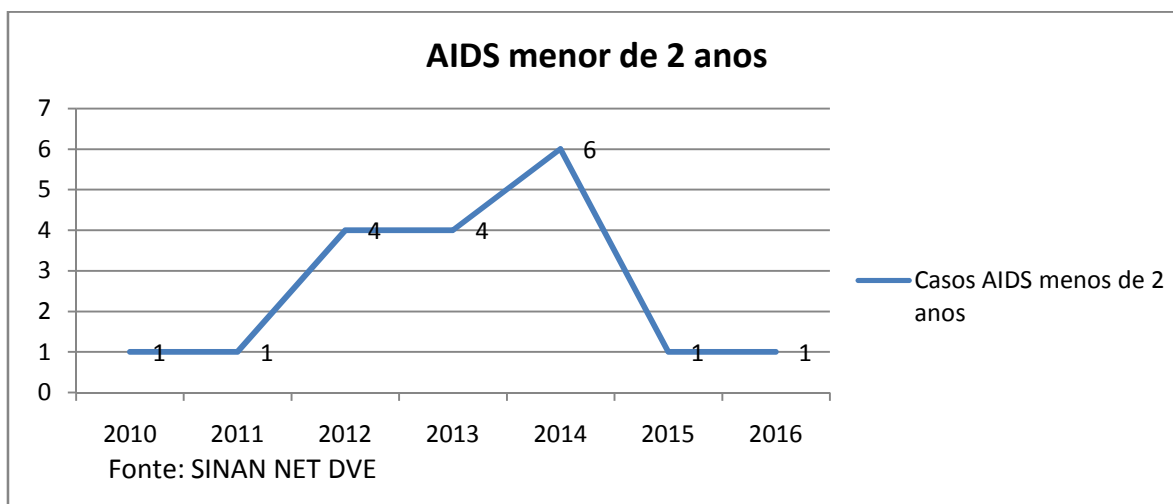
todas as intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS, que são: o retrovirais combinados a partir da 14ª semana de gestação (promovendo a queda da carga viral materna para menos que 1.000 cópias/ml ao final da gestação), utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto e parto; parto por cirurgia cesariana recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de A prevenção da transmissão vertical do HIV é considerada uma prioridade para o vem intensificando a vigilância epidemiológica dos casos de gestantes HIV+, com o objetivo final de evitar a transmissão vertical.

Em relação à detecção de casos de gestante HIV em Itajaí, observa-se uma queda no ano de 2016 o que talvez reflita a queda da prevalência de HIV na população de mulheres em idade fértil, já que a população de gestantes representa, de maneira inequívoca, a população feminina sexualmente ativa. No entanto, também pode refletir baixa cobertura diagnóstica no pré-natal e no momento do parto.



7.2.4 AIDS EM CRIANÇAS

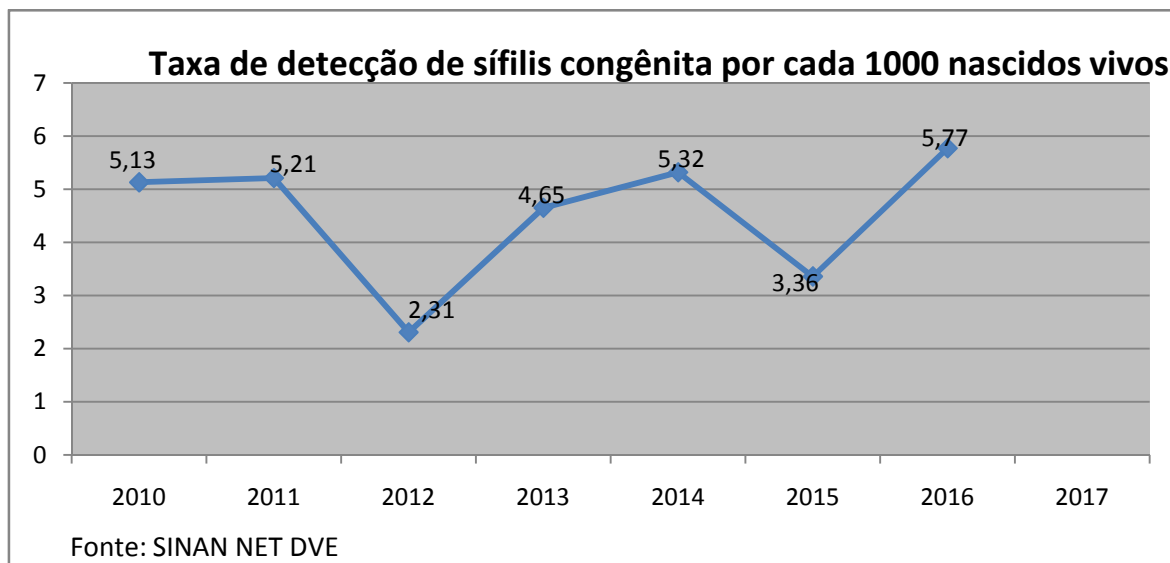
Observa-se que em Santa Catarina desde 19 até 2016 foram notificados 1027 casos de AIDS em crianças menores de 5 anos, em Itajaí em Itajaí, houve um aumento expressivo de casos de AIDS em menores de 2 anos em 2012 A 2014, apresentando uma redução significativa em 2015 e 2016.



7.2.5 TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

126

A Prevenção da Sífilis Congênita ocorre através do diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da gestante e seu parceiro com Penicilina Benzatina, pois esta é a única droga que além de tratar a gestante, atravessa a barreira placentária, erradicando o *Treponema pallidum* do organismo fetal, nos casos em que a transmissão placentária já tenha ocorrido. No entanto, mesmo com instrumentos diagnósticos e terapêuticos confiáveis, baratos e de execução simples, a Sífilis Congênita permanece como um problema de saúde pública observa-se em Itajaí 5,77 casos por 1000 nascidos vivos.

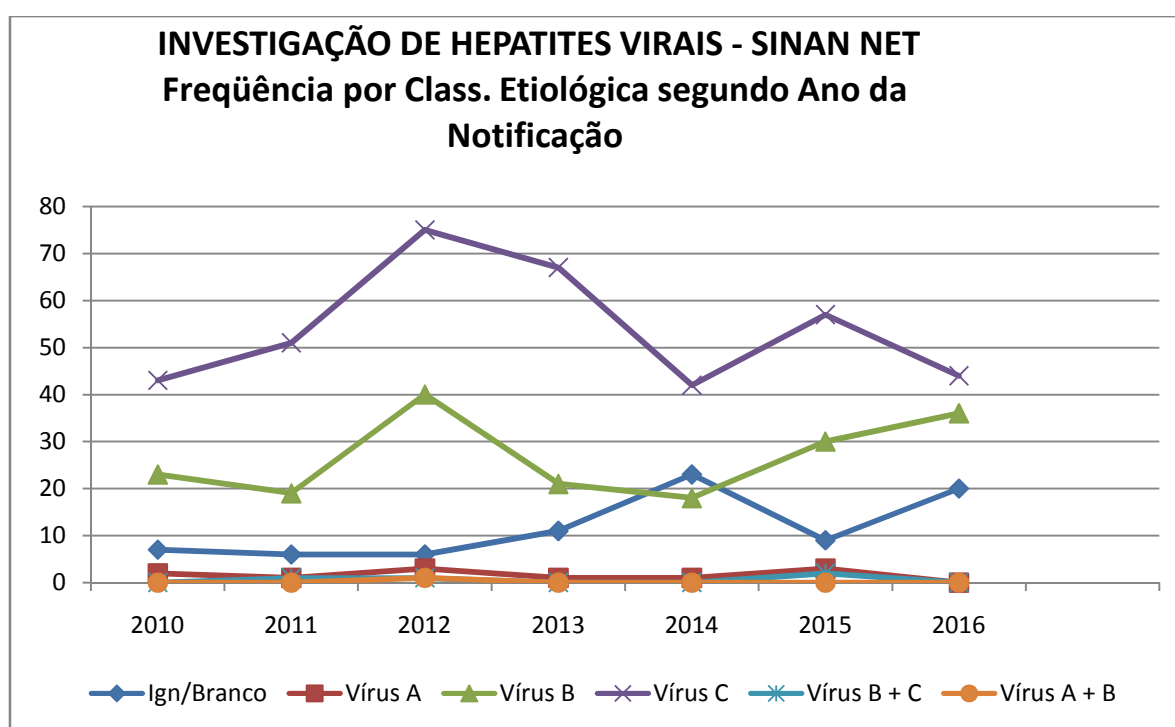


Cabe salientar que ao longo dos anos os problemas relacionados ao manejo dos casos de sífilis em gestante em Itajaí vêm se modificando, sendo caracterizados por prescrições de tratamento inadequadas, tornando problemas relacionados a tratamento inferior a 30 dias do parto/aborto, não realização de pré-natal, diagnóstico no momento do parto/aborto, falha de tratamento, e não tratamento do parceiro, por recusa do mesmo ou falta de monitoramento da equipe de saúde. Diante dos dados epidemiológicos levantados e da análise dos casos de transmissão ocorridos no ano de 2016, observa-se a falta de busca ativa de gestantes e parceiros, dificuldades em acessar/sensibilizar/responsabilizar parceiro para tratamento concomitante à gestante e deficiências relacionadas ao monitoramento de aplicação doses prescritas, falta de realização de testes rápidos para detecção oportuna de casos de sífilis e realização de tratamento em tempo hábil.

7.2.6 HEPATITES

As Hepatites Virais são um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Os agentes etiológicos das hepatites virais são os chamados vírus hepatotrópicos, sendo os mais importantes designados por letras do alfabeto (vírus A, vírus B, vírus C, vírus D e vírus E). Quanto às formas de transmissão, as hepatites virais podem ser classificadas em dois grupos: o de transmissão fecal que tem seu mecanismo de transmissão ligado às condições de saneamento básico e higiene pessoal, da água e

dos alimentos. O segundo grupo (vírus B, vírus C e vírus D) que possui via de transmissão parenteral, sexual, vertical, compartilhamento de material contaminado (seringas, agulhas e canudos), seja para higiene pessoal (alicate de unha, barbeador, escova de dente), seja para colocação de piercings, tatuagens, entre outras. Em relação à taxa de detecção de hepatites virais no município de Itajaí, observam-se tendência de queda importante em 2016 de casos do vírus C, aumento de casos do tipo B e aumento de casos ignorado e branco sugerindo subdiagnóstico de casos na Atenção Básica, dificuldades ligadas ao fluxo de encaminhamento para o Programa de Hepatites Virais, além de subnotificação de casos.



7.2.7 TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecto conhecido como bacilo de Koch. É transmitida de pessoa a pessoa através da tosse, fala e espirro, podendo se manifestar nas formas pulmonares (não contagiosa). A tuberculose pulmonar é a forma mais comum, atingindo 90% dos casos. As formas extrapulmonares mais comuns são: pleural, ganglionar, linfática, óssea, urinária, miliar, meningoencefálica, cutânea, ocular e outras menos tuberculose é relativamente simples, sendo feito basicamente com medicamentos via oral,

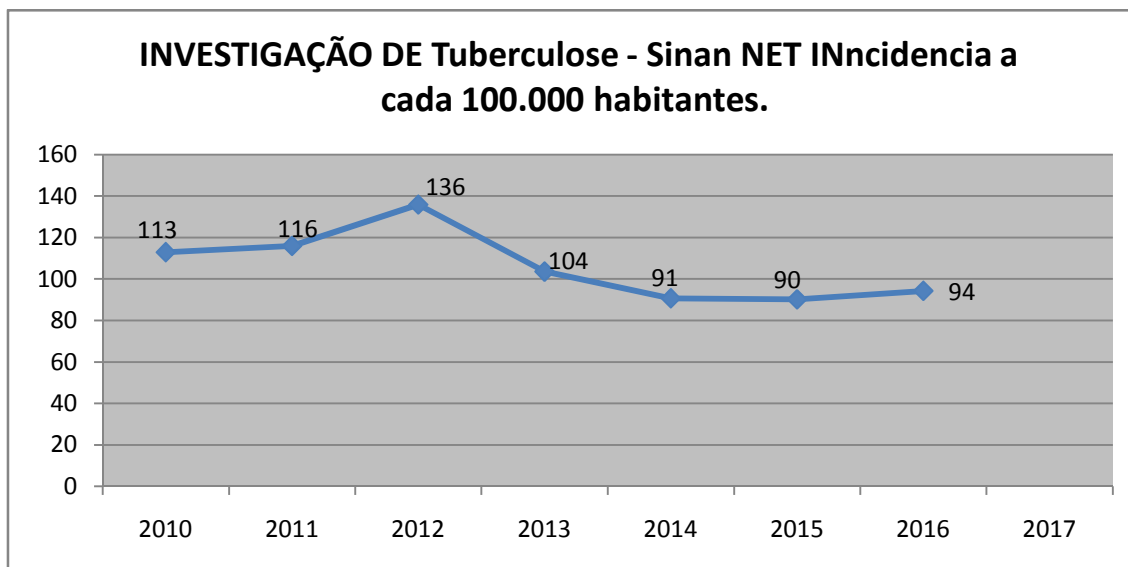
é transmitida de pessoa a pessoa através da tosse, fala pulmonar (forma contagiosa) e extra. A tuberculose pulmonar é a forma mais comum, atingindo 90% dos casos.

As formas extrapulmonares mais comuns são: pleural, ganglionar, linfática, óssea, urinária, frequentes. O tratamento da tuberculose é relativamente simples, sendo feito basicamente com medicamentos via oral. O remédio é fornecido gratuitamente e após uma semana de tratamento correto o paciente não transmite mais a doença. O tratamento não pode ser interrompido e caso isto ocorra ele volta a transmitir a doença, podendo desenvolver a forma mais grave de tuberculose: a tuberculose razão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o acompanhamento através do tratamento supervisionado (DOTS), com objetivo de aumentar a adesão e não deixar que o paciente abandone o tratamento.

Este trabalho foi iniciado em Itajaí no ano de 2005. O tratamento não pode ser interrompido e caso isto ocorra ele volta a transmitir a doença, podendo desenvolver a forma mais grave de tuberculose: a tuberculose multirresistente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o acompanhamento através do tratamento supervisionado (DOTS), com objetivo de aumentar a adesão e não deixar que o paciente abandone o tratamento.

129

Este trabalho foi iniciado em Itajaí no ano de 2005. A prevenção da Tuberculose se dá através da vacinação com a BCG que é obrigatória no Brasil para todos os recém-nascidos e está disponível na maternidade do HMMKB; e através de quimioprevenção, feita com um medicamento (isoniazida) por seis meses para os contatos de doentes bacilíferos (forma pulmonar) e com grande risco de adoecer, principalmente os menores de 15 anos e os portadores do HIV. A incidência de tuberculose no município de Itajaí é muito superior à incidência nacional (35,6 casos/100.000 hab) e de Santa Catarina (27 casos/100.000 hab), ainda assim, a investigação de SR através de coleta de material para baciloscopia era insuficiente e as metas, de 85% de cura e menos de 5% de abandono e 5% de óbito, não são alcançadas. A incidência de Tuberculose, (todas as formas), vem demonstrando uma queda ao longo dos anos, e um sutil aumento no ano de 2016.



7.2.8 HANSENÍASE

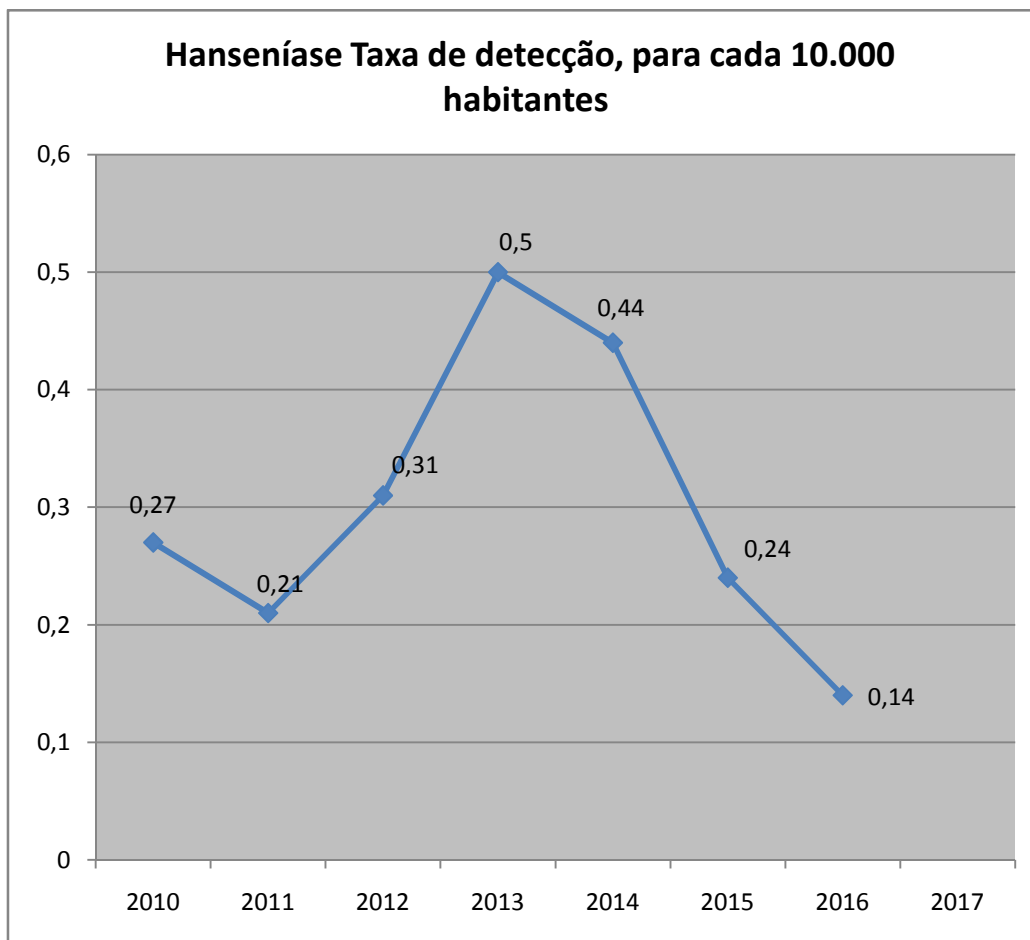
A Hanseníase é uma doença infecto contagiosa, causada pelo bacilo de Hansen ou *Mycobacterium Leprae*, o qual atinge a pele e terminações nervosas dos braços, mãos, pernas, pés, rosto, orelhas, olhos e nariz, possuindo grande potencial para provocar incapacidades físicas e deformidades.

Os sinais da hanseníase mais comuns são: Manchas avermelhadas ou acastanhadas, em qualquer parte do corpo, que podem ser lisas ou elevadas; caroços avermelhados ou acastanhados; áreas da pele, mesmo sem manchas, que não coçam, mas formigam ou pinicam e vão ficando dormentes, com diminuição ou ausência de dor, de sensibilidade ao calor, ao frio e ao toque. Estes sinais podem se localizar em qualquer parte do corpo, mas ocorrem, com maior frequência em face, orelhas, costas, braços, nádegas e pernas. Outros sinais encontrados são: engrossamento de certos nervos dos braços, pernas e pescoço, acompanhado ou não de dor; aparecimento de caroços ou inchaços, no rosto, orelhas e nas mãos; perda dos pelos nas manchas; perda dos cílios e sobrancelhas (às vezes). A principal via de eliminação dos bacilos é através do trato respiratório (tosse e espirro), sendo interrompida logo no início do tratamento. A hanseníase apresenta longo período de incubação; em média, de dois a sete anos, havendo referência a períodos mais curtos, de sete meses, como também de mais de dez anos.

O tratamento é ambulatorial, podendo durar de 6 a 12 meses, se seguido corretamente. Os medicamentos devem ser tomados diariamente em casa e uma vez por mês no serviço de referência. A regularidade do paciente e interrupção da cadeia de transmissão da doença, sendo assim, logo no início do tratamento a transmissão da doença são interrompidas e, se realizado de forma completa e correta, garante a cura total da doença. A prevenção de incapacidades é atividade primordial durante o tratamento. É imprescindível que os contatos domiciliares dos pacientes com hanseníase também sejam examinados e orientados pelo serviço de referência, de forma que saibam reconhecer os O município de Itajaí apresenta taxas de eliminação da hanseníase há mais de 10 anos, pois desde então, apresenta incidência inferior a 1 caso para 10.000 habitantes, com 100% de cura de todos os casos novos desde 2008.

Acredita-se que este incremento seja consequência da campanha realizada pela Atenção Básica na Campanha de 2012, com a promoção de educação em saúde, busca ativa de sintomáticos, além da busca e investigação de casos e contatos dos últimos 10 anos. Ressalta-se também a Capacitação em Hanseníase para a Atenção Básica ministrada pela Diretoria de Vigilância do Estado de Santa Catarina em parceria com o município de Itajaí, a qual deu subsídios para a suspeição diagnóstica de 5 dos 6 casos confirmados pelo Programa de Hanseníase. O município de Itajaí, nos últimos 5 anos aprese entre os registrados de 85%.

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



7.2.9 DENGUE

A dengue é uma doença infecciosa febril, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, e podem manifestar-se como formas pouco sintomática até formas graves, com manifestações hemorrágicas.

A modificação do ambiente provocada pelas ações humanas, o crescimento urbano desordenado, o processo de globalização do intercâmbio internacional e as mudanças climáticas são alguns fatores que vêm facilitando a emergência e disseminação de doenças infecciosas humanas transmitidas por vetores.

Hoje a mais importante arbovirose que acomete os seres humanos na área urbana, continua sendo a Dengue. No entanto, recentemente houve a introdução de outras arboviroses no Brasil, Chikungunya e Zika, sendo um grande desafio para a Saúde Pública do país, e para o município uma vez que todos os indivíduos são susceptíveis.

Esses agravos possuem padrão sazonal, com maior incidência nos 5 primeiros meses do ano que correspondem ao período mais quente e úmido, no entanto as atividades de controle e combate ao vetor devem ser durante todo o ano.

Em Itajaí, o Programa de Controle a Dengue é desenvolvido desde 1998 com controle e combate dos vetores, focos de infestação e dispersão do mosquito.

O município possui 98.832 (noventa e oito mil oitocentos e trinta e três) imóveis urbanos (fonte: RG – Reconhecimento Geográfico). Diante do contexto epidemiológico atual, o município possui 283 (duzentos e oitenta cinco) armadilhas instaladas e 189 (cento e oitenta nove) pontos estratégicos distribuídos pelo município.

Com o monitoramento constante dos agentes de combate às endemias do programa, a situação apresentada nos últimos anos é a seguinte:

Número de focos do *Aedes aegypti*, Itajaí, 2013-2016.

Ano	Total Focos	Total Imóveis Com Foco
2013	03	03
2014	259	204
2015	897	790
2016	448	400

Fonte: VIGILANTOS –DIVE/SC

As medidas de controle do vetor tem como pressuposto evitar a ocorrência de casos autóctones que evidencia a contaminação da população de mosquitos pelo vírus e sua permanência durante a sobrevivência dos indivíduos.

Na circulação do vírus as ações de saúde estão direcionadas ao controle de focos, de armadilhas em pontos estratégicos e áreas de risco, desenvolvimento de ações educativas para eliminação dos focos pelos agentes operacionais e agentes comunitários de saúde e bloqueio de transmissão.

As ações educativas são de fundamental importância para o sucesso dos trabalhos de rotina e também para montar a implantação de métodos alternativos de prevenção e controle, estimulando a participação comunitária.

O Município de Itajaí registrou seu primeiro caso de Dengue autóctone em agosto de 2014, ou seja, contraída por foco de transmissão dentro do próprio município. Em 2015 o município vivenciou uma situação de epidemia da doença, com a confirmação de 3.185 casos, sendo que 2007 casos foram confirmados por critério laboratorial e 1178 casos por critério clínico epidemiológico.

Já no ano de 2016 foram registrados 84 casos confirmados, destes 69 casos autóctones e 15 casos importados.

Classificação dos casos de Dengue residentes em Itajaí, 2013-2016.

Casos	2013	2014	2015	2016
Descartados	53	54	3427	1324
Confirmados	25	05	3146	88
Autóctones	00	04	3123	63

Fonte: SINAN/MS

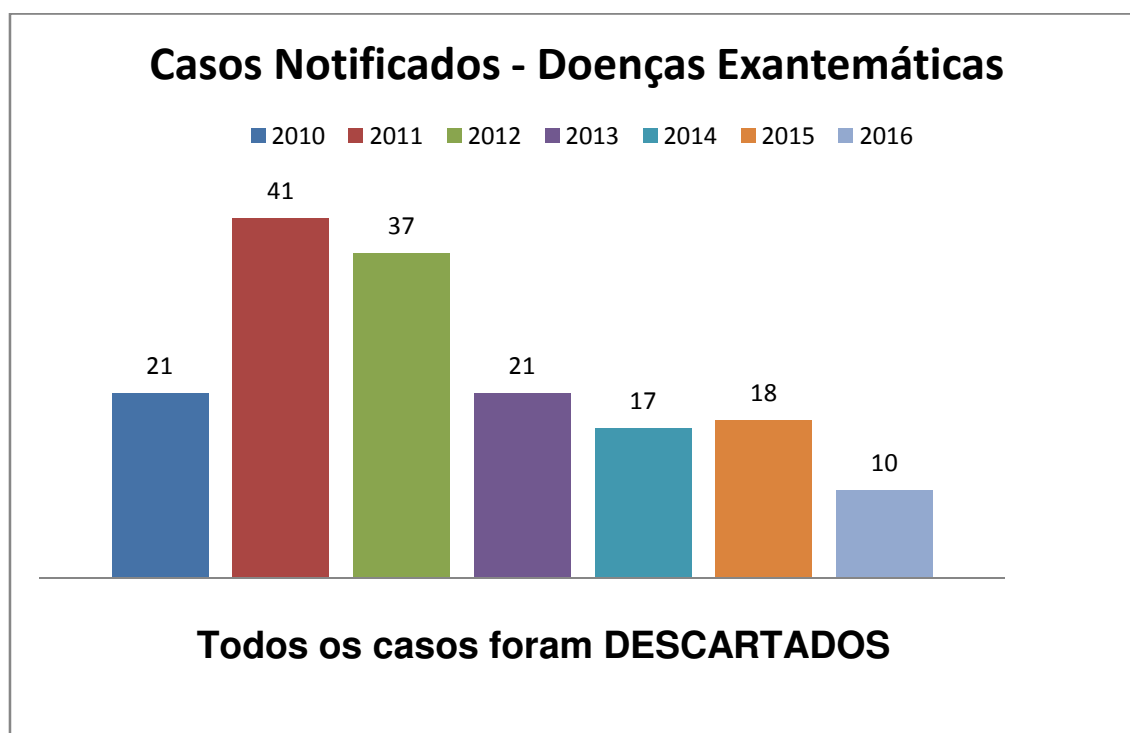
A situação entomo-epidemiológica, (especialmente a condição de infestação pelo *Aedes aegypti*) e o risco de ocorrência de novos casos de dengue, e a introdução de outras arboviroses, o município seguiu as orientações da Diretoria de Vigilância Estadual, e propôs a manter atualizado seu Plano Municipal de Contingência da Dengue, que tem como objetivo principal definir um conjunto de ações integradas para a prevenção e controle da Dengue, para permitir a identificação e controle do vetor *Aedes aegypti*, dos casos suspeitos e confirmados de dengue, assim como evitar óbitos pela doença.

Compreendendo que as ações de controle e combate ao *Aedes aegypti* extrapolam a capacidade de atuação da saúde e exigem envolvimento intersetorial. Foi instituída a Sala de Situação de combate do mosquito *Aedes Aegypti* em Itajaí, composta por equipes de diferentes áreas e secretarias municipais, que interligada às Salas de Situação Estadual e Nacional e ao Gabinete do Prefeito. Viabilizando o planejamento em conjunto

de metas e estratégias de prevenção, bem como buscar soluções para os desafios e dificuldades que irão surgir no combate ao mosquito.

7.2.10 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

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



Fonte: SINAN/MS

7.2.11 ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

O atendimento antirrábico humano, gerado pela ocorrência de ferimento provocado por ataque de animais (geralmente cães e gatos) a seres humanos, é o agravo

de notificação mais frequente, sendo o cão o animal agressor mais envolvido nas agressões a humanos.

Na vigilância da raiva, os dados epidemiológicos são essenciais para detectar precocemente a circulação do vírus em animais, visando impedir a ocorrência de casos de casos humanos, propor e avaliar as medidas de prevenção adotada, determinar áreas de risco para raiva humana e as áreas de risco, para intervenção.

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

**Notificações de atendimento antirrábico humano segundo animal agressor.
Itajaí, 2013-2016.**

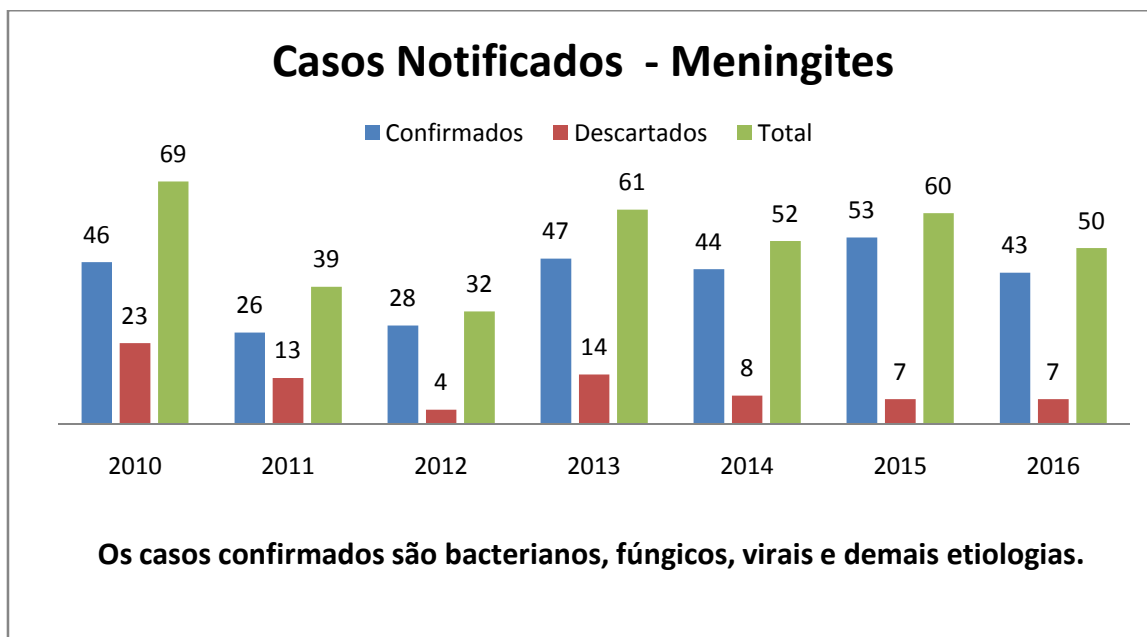
Agressor	Cão	Gato	Morcego	Macaco	Outros	Total
2013	901	60	3	1	1	966
2014	876	54	2	0	7	939
2015	781	69	2	0	0	852
2016	813	74	3	3	6	899

Fonte: SINAN/MS

7.2.12 MENINGITE

A meningite é um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Pode ser causado por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus, parasitas e fungos, ou, ainda, por processos não infecciosos. Trata-se de uma doença grave, de evolução rápida, cujo prognóstico depende do diagnóstico precoce e do início imediato de tratamento adequado.

No estado de Santa Catarina, historicamente, a incidência dos casos confirmados das meningites em geral tem mantido comportamento endêmico com pequenas oscilações. Nos últimos 03 anos a taxa de incidência variou de 11.9 por 100.000 habitantes em 2015 (803 casos) a 10.0 (694 casos) por 100.000 habitantes em 2016.



Fonte: SINAN/MS

137

7.2.13 LEPTOSPIROSE

A Leptospirose é uma doença febril de início abrupto, cujo espectro clínico pode variar desde um processo inaparente até formas graves.

Tem como agente etiológico uma bactéria helicoidal aeróbica obrigatória do gênero *Leptospira*.

O município de Itajaí de 2007 a 2016 já notificou 1399 casos de Leptospirose, com 232 casos confirmados. A maior concentração dos casos de Leptospirose ocorreu na enchente de 2008, com 130 confirmados.

Ano	Notificados	Confirmados	Internação	% de Internação	Óbito por Leptospirose	% de óbito
2007	46	11	9	82	2	18
2008	613	130	24	18	1	1
2009	146	26	7	27	1	4
2010	56	9	9	100	0	0
2011	252	26	7	27	1	4
2012	46	6	0	0	0	0
2013	89	5	1	20	0	0
2014	47	5	4	80	1	20
2015	65	8	4	50	0	0
2016	39	6	4	67	1	17
Total	1399	232	69	471	7	64

Fonte: SINAN/MS

A sensibilização de profissionais de saúde para o diagnóstico e o tratamento precoce aos pacientes com suspeitas de Leptospirose, atividades educativas voltadas à população, com vista à prevenção da Leptospirose; adoções de medidas de prevenção e controle direcionadas aos reservatórios e proliferação de roedores, de formas programadas e permanentes, como também a articulação com outros setores e secretarias municipais, para promover melhorias às condições higiênico sanitárias da população e medidas corretivas sobre o meio ambiente, diminuindo sua capacidade de suporte para a instalação e proliferação de roedores, são necessárias para modificar o cenário da leptospirose no município, reduzindo a letalidade da doença. (BRASIL, 2017)

138

7.2.14 TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento *fetal*. Entre os agravos anatômicos e funcionais de correntes da toxoplasmose congênita, podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental (BRASIL, 2011).

Através da portaria nº 204/ 2016 os casos de toxoplasmose gestacional e congênita passaram a ser de notificação compulsória em todo território nacional. Requerendo da vigilância epidemiológica ações conjuntas com a diretoria de atenção a

saúde, visando à prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento no pré-natal e acompanhamento ao recém-nascido.

Vigilância Ambiental:

A incorporação da vigilância ambiental no âmbito das políticas públicas de saúde é relativamente recente no Brasil e suas ações estão inseridas no campo da atuação do SUS, portanto são pautadas pelos mesmos princípios e diretrizes.

Na década de 1990, a intenção de intervir nos fatores de risco ambiental já aparecia na lei nº 8.080, estimulando o debate sobre as ações de vigilância ambiental, porém a implementação de uma área de VA no âmbito do MS começou a ser pensada e discutida com a elaboração da Política nacional de Saúde Ambiental, em 1998, principal iniciativa em relação à temática saúde e ambiente. Até esse período, as ações de controle sobre o meio ambiente relacionadas à saúde, como, por exemplo, a vigilância da água para consumo humano, estiveram, subordinadas à vigilância sanitária. Somente em 2000, o Sistema Nacional de vigilância Ambiental em saúde foi estruturado pelo MS e definiram-se competências no âmbito federal, estadual e municipal. A vigilância ambiental em saúde teve a sua importância reconhecida em virtude da relação entre ambiente e saúde, razão pela qual a combinação de seus componentes seria conduzida de modo a gerar a prevenção ou a redução da exposição humana a fatores ambientais prejudiciais à saúde.

A prioridades de intervenção dessa vigilância estão focadas em fatores biológicos, representados por vetores, por hospedeiros, por reservatórios e por animais peçonhentos, bem como em fatores não biológicos, tais como a água, o ar, o solo, os contaminantes ambientais, os desastres naturais e os acidentes com produtos perigosos, apoiadas no reconhecimento da relação entre os possíveis riscos existentes nesses fatores e seus efeitos adversos sobre a saúde. Destaca-se que a vigilância ambiental em saúde possui necessariamente um caráter integrador inter e intrassetorial, o que cria exigência de vínculos e de articulações com todas as outras formas de vigilância já definidas institucionalmente e presente no sistema de saúde.

- Mesmo com a divisão operacional entre fatores de risco biológicos e não biológicos, estabelecida na secretaria de vigilância ambiental, torna-se imprescindível um compartilhamento teórico- metodológico. Por meio de um desenho organizacional, pelo qual se permita que as ações ocorram articuladas e integradas com os demais instrumentos das vigilâncias. Essa configuração poderá permitir uma abordagem mais

ampliada dos problemas ambientais, que possuem na sua origem múltiplos fatores que interagem e são interdependentes, para dar conta da integralidade na proteção contra riscos.

8 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A atenção básica está organizada na Estratégia de Saúde da Família, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e com isso, melhorar a qualidade de vida da população. O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família nas unidades de ESF e nos domicílios. As equipes e a população acompanhada formam vínculos e co-responsabilidade, o que facilita a identificação, atendimento e acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias da comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde, Portaria 2488/2011, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas.

Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da

participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

O município contempla 50 equipes de Estratégia de Saúde da Família com abrangência e geoprocessamento definidos. Cada área possui uma equipe de saúde que é responsável pela vigilância e acompanhamento da situação de saúde da comunidade de abrangência.

A tabela 10 apresenta a divisão territorial do município por bairros e área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Saúde Bucal (SB) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A tabela 28 apresenta o número de pessoas e famílias cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (ESF) por área de abrangência.

Tabela 10: Distribuição das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Saúde Bucal (SB) e Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) por área de abrangência:

Área geográfica de atuação	Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e NASF vinculadas.
Bairro Barra do Rio	Unidade de Saúde Imaruí: 1 ESF + 1 ESF com SB II
Bairro Canhanduba	Unidade de Saúde Canhanduba: 1 ESF
Bairro Cidade Nova	<p>⌚ Unidade de Saúde Cidade Nova: 1 ESF + 1 ESF com SB I□</p> <p>⌚ Unidade de Saúde Promorar II: 1 ESF + 1 ESF com SB I□</p> <p>⌚ Unidade de Saúde Cidade Nova II: 3 ESF□</p> <p>⌚ NASF I□</p>

<p>Bairro Cordeiros</p>	<p>⌚ Unidade de Saúde Cordeiros: 2 ESF □</p> <p>⌚ Unidade de Saúde Murta: 2 ESF □</p> <p>⌚ Unidade de Saúde Costa Cavalcante: 1 ESF □</p> <p>⌚ Unidade de Saúde Jardim Esperança: 3 ESF + 1 ESF com SB I (Estava 2 ESF + 1 ESF com SB I)</p> <p>⌚ Unidade de Saúde Votorantim: 2 ESF + 1 ESF com SB I (Estava ESF + 1 ESF com SB)</p> <p>⌚ NASF II : Atende as Unidades de Saúde do Jardim Esperança , Cordeiros, Votorantim e Costa Cavalcante. □</p>
<p>Bairro Dom Bosco</p>	<p>Unidade de Saúde Nossa Senhora das Graças: 4 ESF</p>

Bairro Espinheiros	<p>Unidade de Saúde Espinheiros: 1 ESF + 1 ESF com SB I</p> <p>Unidade de Saúde Santa Regina: 1 ESF + 1 ESF com SBI (Estava 1 ESF + 1 SBI)</p> <p>- Unidade de Saúde Portal II: 1 ESF com SBI (Estava 1 ESF)</p>
Bairro Fazenda	Unidade de Saúde Fazenda: 3 ESF

Bairro Itaipava

Unidade de Saúde Itaipava: 3 ESF

Bairro Praia Brava

Unidade de Saúde Praia Brava: 1
ESF

Bairro Salseiros

Unidade de Saúde Salseiros: 1 ESF

Bairro São Vicente

⌚ Unidade de Saúde São Vicente: 3 ESF

⌚ Unidade de Saúde Rio Bonito: 4 ESF + 1 ESF com SB II

⌚ Unidade de Saúde Bambuzal: 1 ESF

145

Bairro Limoeiro	Unidade de Saúde Limoeiro: 1 ESF
Bairro Brilhante	Unidade de Saúde Brilhante: 1 ESF

Fonte: G-MUS. Outubro de 2017

Tabela 11: Número de pessoas e famílias cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (ESF) por área de abrangência:

Equipes de Saúde da Família	Nº de pessoas cadastradas	Nº de famílias cadastradas
Unidade de Saúde Imaruí	6147	2021
Unidade de Saúde Canhanduba	963	287
Unidade de Saúde Cidade Nova	6347	2060
Unidade de Saúde Cidade Nova II	9804	2922
Unidade de Saúde Promorar II	7652	2377
Unidade de Saúde Cordeiros	8274	2669
Unidade de Saúde Murta	7289	2247
Unidade de Saúde Costa Cavalcante	3966	1321
Unidade de Saúde Jardim Esperança	13987	4443
Unidade de Saúde Votorantim	8132	2670
Unidade Nossa Senhora das Graças	9026	3296

Unidade de Saúde Espinheiros	6929	2258
Unidade de Saúde Santa Regina	6863	2254
Unidade de Saúde Portal II	2933	920
Unidade de Saúde Espinheiros	6929	2258
Unidade de Saúde Fazenda	10872	3758
Unidade de Saúde Itaipava	9249	3013
Unidade de Saúde Praia Brava	3435	1119
Unidade de Saúde Salseiros	1741	602
Unidade de Saúde São Vicente	7984	2710
Unidade de Saúde Rio Bonito	19017	5751
Unidade de Saúde Bambuzal	5337	1647
Unidade de Saúde Limoeiro	2489	855

Unidade de Saúde Brilhante	2614	893
TOTAL	167.979	54.951

Fonte: G-MUS. Outubro de 2017

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

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

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

No ano de 2012, houve a conversão de duas equipes de EACS em quatro equipes de ESF (03 equipes na Unidade de Saúde São Vicente e 01 equipe na Unidade de Saúde do Costa Cavalcante). A equipe da Murta foi ampliada gerando assim mais 01 equipe da ESF, ampliando assim 05 equipes da ESF em 2012. Também foram criadas duas equipes de Saúde Bucal (Equipe ESF 014, em Espinheiros, Modalidade I – composta por 01cirurgião dentista e 01 auxiliar de consultório dentário e Equipe ESF 007, no Rio Bonito, Modalidade II - composta por 01cirurgião dentista, 01 auxiliar de consultório dentário e 01

técnico de higiene dental). Assim, alcançou-se cobertura da ESF de 71,6% da população municipal, considerando um total populacional de 183.373 (dados do SISPACTO/2011).

Em 2013 foi inaugurada a Unidade de Saúde do Santa Regina e foram implantadas mais 2 ESF. Em 2014 foi inaugurada a Unidade de Saúde Cidade Nova II e implantadas mais 3 ESF. Em 2015 foi inaugurada a Unidade de Saúde do Portal II e implantada mais 1 ESF.

Entre 2010 e 2017 todas EACS passaram a ser ESF e mais 19 ESF e 6 ESB foram implantadas.

A cobertura da ESF em 2017 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%.

Histórico de cobertura da ESF no município:

2013	2014	2015	2016	2017
69,76%	72,26%	74,76%	77,26%	79,76%

150

Com o objetivo de expandir a cobertura da ESF foi enviado para o Ministério da Saúde no 1º quadrimestre de 2017 documento para o credenciamento de 24 equipes de ESF.

Em 2015 foi implantado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) I nas Unidades de Saúde do Jardim Esperança, Cordeiros e Votorantim e em 2016 foi implantado NASF II, nas Unidades de Saúde Cidade Nova I, Cidade Nova II e Promorar II.

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

As Equipes de ESF e estão distribuídas nas seguintes localidades: Brilhante (01 ESF), Cidade Nova II (03 ESF), Cidade Nova I (02 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Cordeiros (02 ESF), Costa Cavalcante (01 ESF), Nossa Senhora das Graças (04 ESF), Espinheiros (02 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Fazenda (03 ESF), Imaruí (02 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Itaipava (03 ESF), Jardim Esperança (04 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Limoeiro (01 ESF), Murta (02 ESF), Praia Brava (01 ESF), Promorar II (02 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Rio Bonito (04 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Salseiros (01 ESF), São Vicente (03 ESF), Votorantim (02 ESF, sendo 01 Saúde Bucal), Canhanduba (01 ESF) e Bambuzal (01 ESF), Santa Regina (2 ESF, sendo 1 Saúde bucal) e Portal II (1 ESF)

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

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

151

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

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

Em setembro de 2017 recebemos 06 avaliadores do MS que avaliaram 50 ESF+ 8 EAB e o NASF I, aderiram ao PMAQ-AB, sendo que a avaliação do ministério ocorreu recentemente no mês de setembro e o município aguarda o resultado final, ressaltando que avaliação dos indicadores será entre os meses de setembro, outubro e novembro deste ano.

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

9 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A principal missão do serviço de nutrição da Secretaria de Saúde é implantar ações de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

O objetivo é buscar a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações.

Destaca-se que o serviço de nutrição está vinculado a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) e é formado por 1 (uma) nutricionista que é responsável pelo Serviço de Nutrição no nível central e por mais 5 (cinco) nutricionistas que atendem na atenção básica.

Atualmente há 3 (três) profissionais nutricionistas para atendimento ambulatorial em Unidade de Saúde, sendo o atendimento realizado da seguinte forma: 1 (uma) nutricionista que atende na Unidade de Saúde do Dom Bosco (referência para a região da zona rural, centro, fazenda e praia brava), 1 (uma) nutricionista atende na Unidade de Saúde do Cidade Nova II (referência para a região do cidade nova, promorar e são vicente) e 1 (uma) nutricionista que atende na Unidade de Saúde do Imaruí (referência para a região do cordeiros e imaruí).

Além destas, há 1 (uma) nutricionista que atende no CRESCEM (Centro de Referência da Saúde da Criança e da Mulher) a todos os casos de crianças encaminhadas pelas equipes de saúde com diagnóstico de desnutrição grave (Notificadas) ou casos de crianças com processo alérgico.

Os critérios para encaminhamento destes casos para o CRESCEM, estão descritos no Programa para Fornecimento de Fórmula Infantil Especializada (FIE) publicado no diário oficial em 10 de outubro de 2014. Esta profissional também atende gestantes de alto risco quando encaminhados pela médica especialista (gineco-obstetra) do CRESCEM.

As nutricionistas da atenção básica e do CRESCEM realizam os atendimentos conforme fluxograma do serviço de nutrição, que é de conhecimento de todas as equipes de saúde e coordenadores das Unidades de Saúde.

Ainda temos, 1 (uma) nutricionista compondo a equipe do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), realizando serviço de apoio matricial para as equipes do Jardim Esperança.

Além disso, a nutricionista responsável pelo Serviço de Nutrição é também responsável pela implantação e implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), juntamente com os outros 11 tutores que são profissionais de saúde da atenção básica que receberam formação em uma Oficina ofertada pela Secretaria de Saúde do Estado em 2015.

A EAAB é uma estratégia, do Ministério da Saúde que tem por objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2015, foi realizado Oficina de Trabalho em 6 (seis) Unidades de Saúde do Município sendo elas: Cidade Nova I (2 equipes de saúde), Espinheiros (2 equipes de saúde), Nossa Senhora das Graças (4 equipes de saúde), Santa Regina (2 equipes de saúde), Canhanduba (1 equipe de saúde) e Costa Cavalcante (1 equipe de saúde).

Em 2016, 4 unidades de saúde, sendo elas: Cidade Nova I (2 equipes de saúde), Espinheiros (2 equipes de saúde), Nossa Senhora das Graças (4 equipes de saúde) e Santa Regina (2 equipes de saúde), receberam a certificação da EAAB do Ministério da Saúde.

Ainda em 2016, foi realizado uma Oficina de Trabalho da EAAB na Unidade de Saúde da Itaipava (3 equipes de saúde) e para 2017 será realizado uma Oficina de Trabalho na Unidade de Saúde do Cidade Nova II (3 equipes de saúde).

Conforme informações da equipe da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde as equipes das Unidades do Costa Cavalcante e da Canhanduba receberão a certificação ainda este ano.

Além da EAAB, a responsável pelo Serviço de Nutrição também coordena o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Programa Bolsa Família na Saúde e a Residência Multiprofissional.

Ressalta-se que o serviço de nutrição fornece, desde 2009, alimentos específicos para crianças portadoras de fenilcetornúria residentes no município de Itajaí, enviados para as unidades de saúde através do almoxarifado. Estas crianças são acompanhadas pelo serviço multiprofissional de referência do Hospital Joana de Gusmão em Florianópolis e pelas suas respectivas equipes de referência.

Também fornece, quando solicitado via e-mail pelas equipes de saúde, conforme fluxograma do serviço de nutrição específico para acamados, fórmula enteral para pacientes com uso exclusivo de dieta via sonda e suplemento alimentar. Estes pacientes são acompanhados pelas equipes da ESF e do NASF no território.

É fornecido suplemento alimentar, para pacientes que deambulam e que são acompanhados, periodicamente, pelas nutricionistas em ambulatório na atenção básica.

Todas as ações descritas, visam a garantia de condições de saúde adequadas à população assistida, com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição.

10 SAÚDE DA CRIANÇA

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

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069 de 13/07/90) reforça o compromisso do Estado com a promoção do bem-estar desta parcela mais jovem da nação, com a intenção de assegurar atenção prioritária e integral a este grupo. Assim, os cuidados com a saúde infantil são considerados ações essenciais do Ministério da Saúde e os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento mais centrado no ser humano e de melhor qualidade para as crianças.

Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção. Cabe lembrar que a visita domiciliar não é apenas uma atribuição do agente comunitário, pois toda a equipe faz uso dessa prática, podendo a primeira consulta do Recém Nascido e da puérpera ocorrer em domicílio, conduzida pelo (a) médico (a) e/ou enfermeiro (a).

A rede de atenção à criança em Itajaí está estruturada com atendimento pediátrico e da Estratégia Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde e visando a atenção integral à mulher e à criança. O Programa Nascer Itajaiense se mantém 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.

No Ambulatório de Alto Risco em Neonatologia, no CRESCEM, são atendidas as crianças consideradas de alto risco, principalmente àquelas que apresentam ou apresentaram intercorrências ao nascer ou ainda mesmo na gestação. Às gestantes de alto risco é oferecido consulta pediátrica ainda na gestação.

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

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

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

O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) do Programa Saúde na Escola (PSE) mantém seus encontros mensais de natureza permanente e sua finalidade é desenvolver ações articuladas e integradas entre educação e saúde.

A taxa de mortalidade infantil atualmente é de 8,51/1000 nascidos vivos, isso se dá ao 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) isso vêm garantindo a continuidade do cuidado a 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.

11 SAÚDE DA MULHER

Cerca de 63,29% da população feminina de Itajaí encontra-se em idade fértil (65,195 mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos). TabNet (2015).

A abordagem deste grupo tem início ainda nos domicílios, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que durante a visita sensibilizam as mulheres para questões relativas à saúde e em especial à saúde sexual e reprodutiva.

Nas unidades de saúde do município de Itajaí, a mulher é orientada e atendida conforme a sua necessidade por profissionais da equipe da estratégia saúde da família que conta com uma cobertura superior a 70%, fazendo estas equipes o atendimento das mulheres de forma geral, quando necessário as mesmas são encaminhadas ao ginecologista e ao serviço específico.

Nas unidades básicas de saúde é realizado pré-natal de risco habitual por profissional de saúde médico e enfermeiro da estratégia saúde da família de forma intercalada de acordo com a norma do Ministério da Saúde. Para a gestante é garantido o mínimo de seis consultas de pré-natal, um ultrassom obstétrico, exames laboratoriais/sorologias, teste rápidos, vacinas, consulta odontológica, atividades de educação em saúde e vinculação com a maternidade de referência, além de oportunizar o pré natal do parceiro. Após o parto, são realizadas as visitas ao RN e puérpera no domicílio, preconizando a mesma até o 7º dia após o parto, essas visitas são programadas já na maternidade, devido o programa Nascer Itajaiense, que além do contato prévio às unidades de saúde, tem o objetivo de humanizar a assistência do pré-natal, realizando a entrega do kit bebê no hospital Marieta Konder Bornhausen por uma

profissional Enfermeira que também realiza orientações de cuidados com o RN, aleitamento materno, cuidados puerperais e demais. É assegurada a consulta de puerpério até 42º dia após o parto com o médico da atenção básica, onde são realizadas orientações e cuidados no puerpério bem como anticoncepção mais adequada.

Quando há detecção de alto risco gestacional, os profissionais da atenção básica realizam o encaminhamento ao serviço de alto risco do município para que realizem atendimento especializado e multiprofissional no CRESCEM (Centro de referência de Saúde da Criança e da Mulher), este serviço conta com profissional médico obstetra, e apoio de profissionais.

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

No CRESCEM, também funciona o ambulatório de mastologia que atende mulheres com necessidade de biópsias por punção além de ginecologista especialistas em doenças de colo uterino, com exame de colposcopia, cauterização química, cauterização crio cautério.

Em algumas unidades de saúde, oferecemos atendimento de médicos ginecologistas que atendem em pólos, oferecendo o serviço para todas as áreas de abrangência do município.

12 SAÚDE DO IDOSO

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

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

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

Entre 2005 e 2015, a proporção de idosos de 60 anos ou mais, na população do País, passou de 9,8% para 14,3%. Os dados são do estudo “Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2016”.

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

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

complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia do idoso. A saúde não tem sido mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional.

Para suprir a demanda de idosos nos serviços de saúde de Itajaí, buscamos pautar o planejamento e as ações decorrentes na Política Nacional Saúde da Pessoa Idosa, bem como nos princípios da Política de Atenção Básica.

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

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa – que é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/ familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico. Assim, as ações do Município voltadas para a saúde do idoso objetivam o desenvolvimento de medidas educativas focando o autocuidado e atitudes preventivas que visam à forma ativa de promoção de saúde e manutenção da autonomia, independência (funcionalidade) e qualidade de vida ao envelhecer.

A população idosa do município é assistida pelas 50 equipes de ESF, que trabalham com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e conta com o apoio de 02 geriatras que são referência para as Unidades Básicas de Saúde, onde 01 atende no Centro Médico de Referência São Judas e o outro na Policlínica São João.

13 Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos estão compreendidas e integradas à Política Nacional de Saúde e tem por finalidade a garantia

do acesso da população a medicamentos com qualidade, eficácia e segurança comprovadas, além da promoção do uso racional de medicamentos (COSTA, et al, 2017).

A Assistência Farmacêutica é, portanto, uma Política que norteia um conjunto de ações centradas no medicamento e executada no âmbito do Sistema Único de Saúde, devendo estar fundamentada nos mesmos princípios que fundamentam o SUS, como a universalidade, descentralização, equidade e hierarquização do atendimento. Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

As ações centradas nos medicamentos são sistematizadas por meio de um conjunto de Serviços Farmacêuticos que tem por objetivo primordial apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover seu uso racional. No quadro 01 estão apresentados os Serviços Farmacêuticos de acordo sua finalidade e conceito .

Seleção / Acesso aos medicamentos :

A seleção é um processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivo com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas.

161

Aquisição/ Acesso aos medicamentos :

A aquisição de medicamentos pode ser considerada como um processo administrativo que visa o suprimento de medicamentos para atender a demanda do serviço de saúde. O objetivo do processo de aquisição é garantir a disponibilidade de medicamentos e a qualidade dos produtos adquiridos.

Programação :

Programar é definir os quantitativos dos medicamentos, selecionados previamente, que devem ser adquiridos de modo a evitar a descontinuidade do abastecimento por um determinado período de tempo. Nesse sentido o objetivo principal da programação é manter o abastecimento de medicamentos das farmácias dos serviços de saúde, compatibilizando os recursos disponíveis com as necessidades.

Armazenamento:

Todo produto deve ser armazenado obedecendo às condições técnicas ideais de luminosidade, temperatura e umidade, com o objetivo de assegurar a manutenção das características e da qualidade necessária à correta utilização. Os produtos devem ser dispostos de forma a garantir as características físico-químicas, a observação do prazo de validade e, ainda, a manutenção da qualidade. Por outro lado, o sistema de distribuição deve permitir que os produtos cheguem ao destino com qualidade de maneira rápida, devendo obedecer a rotina preestabelecidas.

Distribuição:

A distribuição de medicamentos é uma atividade que consiste em suprir as unidades de saúde com medicamentos em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária.

Dispensação/ Acesso e Uso Racional aos medicamentos:

É um serviço de saúde que pode ser definido como ações ou desempenhos, essencialmente intangíveis, partindo do pressuposto de que é oferecido ao outro nem sempre resulta na propriedade de um bem/produto. Sendo então a dispensação um serviço de saúde, onde o resultado é atribuído as mudanças do estado de saúde da população, a partir do fornecimento do insumo, do empoderamento da população e da troca de conhecimento entre os envolvidos.

162

Revisão da Farmacoterapia/ Uso Racional aos medicamentos:

Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos.

Acompanhamento Farmacoterapêutico:

Serviço pelo qual o farmacêutico analisa as condições de saúde e tratamento do paciente, com o objetivo de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, e garantir que os resultados terapêuticos sejam alcançados, por meio da elaboração de um plano de cuidado e acompanhamento do paciente.

Conciliação de Medicamentos:

Serviço realizado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais. Para tanto, elabora-se uma lista precisa de todos os medicamentos

(nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via e horários de administração, duração do tratamento), utilizados pelo paciente, comparando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras fontes.

Educação em Saúde:

Serviço que compreende diferentes estratégias educativas que integram o saber popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos, com vistas à autonomia dos pacientes e ao comprometimento de todos (pacientes, profissionais, gestores, cuidadores) pela qualidade de vida. Envolve, ainda, ações de mobilização da comunidade com o compromisso pela cidadania.

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

O investimento na Assistência Farmacêutica é uma meta a ser aspirada e um benefício a ser conquistado pelo sistema. Sendo a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) planejada para atender 98% dos agravos da população, a disponibilização de toda essa lista pelo SUS é outro objetivo a ser alcançado, respeitando as diferenças regionais existentes num país de dimensões continentais como o nosso.

A revisão da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) deve ser realizada anualmente, devendo considerar os critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPAS) para seleção de medicamentos. Os critérios de revisão servirão como instrumento para capacitar os prescritores quanto às regras para uma prescrição de qualidade nos critérios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para desenvolver um modelo de Assistência Farmacêutica descentralizado na instância da Atenção Básica, articulada na rede de atenção à saúde com envolvimento crescente da instância local na prestação dos serviços farmacêuticos à população, é necessário desenvolver um plano que priorize as questões organizacionais e operacionais para que a Política de Assistência Farmacêutica seja sustentável.

A mudança do atual modelo da Assistência Farmacêutica visa disseminar e aplicar um novo paradigma. Para tanto, devemos levar em consideração as limitações financeiras, de recursos humanos, a conjuntura política no âmbito federal, estadual e municipal, assim como as Diretrizes da PNAB de 2017, os problemas que o atual modelo apresenta e o que espera a população atendida por este serviço.

Como proposta, o novo modelo seguirá a lógica da gestão descentralizada e compartilhada, com o apoio matricial de farmacêutico tanto no que tange a logística e controle de estoque como no que se refere a aspectos clínicos e assistenciais relacionados à Assistência Farmacêutica. Desta forma, a proposta é criar regiões de supervisão farmacêutica, onde cada farmacêutico será responsável uma quantidade fixa de unidades de saúde.

Como objetivos de melhoria dos serviços farmacêuticos oferecidos à população podemos citar a promoção do acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica na Atenção Básica do Município de Itajaí, a estruturação da dispensação e entrega qualificada de medicamentos nas Unidades de Saúde municipais e ampliação da descentralização do elenco de medicamentos do Componente da Atenção Básica.

Também prevemos melhorias no que tange a gestão da Assistência Farmacêutica e que, naturalmente, reflete numa melhor assistência à população. Podemos citar a realização de efetivo controle de estoque nas Unidades de Saúde, a adoção do modelo de gestão compartilhada com a coordenação UBS, a lotação de servidores nas farmácias das Unidades da Saúde com dedicação exclusiva a este setor, o desenvolvimento de programa de educação continuada para os funcionários que irão atuar nas farmácias das Unidades de Saúde antes do início das atividades e continuamente.

14 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

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

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

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

O município conta com serviço ambulatorial em várias especialidades, clínicas e cirúrgicas, reduzindo cada vez mais a necessidade de Tratamento Fora de Domicílio (TFD). As especialidades pediátricas são as que mais demandam encaminhamentos, principalmente para o Hospital Joana de Gusmão, em Florianópolis. Algumas

especialidades nesta área são supridas a partir de convênios com o Ambulatório da Univali.

Os atendimentos especializados se encontram em vários locais, destacando-se o CRECEM, Centro de Referência São Judas, os CAPS e a Unidade de Assistência Médica Especializada.

14.1 FISIOTERAPIA

FISIOTERAPIA DOMICILIAR

Pacientes acamados, restritos ao leito ou de difícil locomoção, dependentes na realização de suas atividades de vida diária. O programa é composto por 06 fisioterapeutas e funciona em período integral. Possui carro e motorista cedidos da Secretaria Municipal de Saúde, para o programa.

Para a avaliação da 1ª consulta: solicitação médica + cópia dos documento do paciente + comprovante de residência + Patologia + 2 telefones para contato, é obrigatório a presença de um cuidador ou responsável durante os atendimentos

As patologias mais comumente atendidas pelo serviço domiciliar são as patologias neurológicas e as ortopédicas agudas quando restritos ao leito. São atendidos em média 120 pacientes por mês, e totalizando aproximadamente 500 atendimentos mensais.

FISIOTERAPIA NO CRECEM

Pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia de mama; na área de ginecologia e obstetrícia; gestantes de alto risco; recém-nascidos de alto risco; 01 fisioterapeuta no período da manhã. Agendamento pelo CRECEM (gestação de alto risco e mastectomizadas).

CLÍNICA FISIOFORMA	CLÍNICA REINTEGRAR
- Fisioterapia ortopédica e traumatológica	- Fisioterapia ortopédica e traumatológica
- Fisioterapia neurológica	- Fisioterapia neurológica

- Fisioterapia reumatológica	- Fisioterapia respiratória
- Acupuntura	- Fisioterapia pediátrica
CER II	CLÍNICA ESCOLA DA UNIVALI
Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual.	Centro Especializado em Reabilitação Física.
- Patologias em estágio agudo;	
- Síndrome do Espectro Autista	

PROGRAMA FISIOTERAPIA NAS UNIDADES DE SAÚDE

O fisioterapeuta atende principalmente os servidores públicos, porém também abrange a comunidade. O objetivo é a orientação quanto à postura no dia a dia, tanto no trabalho quanto em casa e as patologias apresentadas pelos pacientes. São realizados grupos de alongamento e exercícios, bem como palestras educativas relacionadas ao assunto em questão. São atendidos em média grupos de 10 pacientes, podendo variar este número dependendo do espaço físico oferecido pela unidade de saúde.

CLÍNICAS CREDENCIADAS PELO SUS:

O município conta com o credenciamento de 02 clínicas de fisioterapia que atendem pelo SUS. O paciente deve procurar diretamente a clínica, com o encaminhamento médico, que indica a quantidade de sessões a serem realizadas. Este encaminhamento, deve estar autorizado pela unidade de saúde correspondente ao domicílio do paciente.

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

14.2 FONOAUDIOLOGIA

O departamento de Fonoaudiologia é composto pelo setor de Fonoaudiologia Terapêutica, situado na Unidade de Assistência Médica Especializada do complexo do Centro Integrado de Saúde - Itajaí, possuindo seis fonoaudiólogas. Pelo setor de Fonoaudiologia Terapêutica são atendidos pacientes, de todas as faixas etárias, com alteração de voz, linguagem oral e escrita, audição, motricidade orofacial e distúrbios da deglutição que não possuam diagnóstico de doenças cognitivas e neuropsiquiátricas.

O Setor de Fonoaudiologia Terapêutica atualmente atende 150 pacientes.

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

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

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

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

A previsão de alta depende de alguns fatores, tais como: patologia de base, faixa etária, colaboração do paciente e família a fim de dar continuidade em casa às orientações passadas.

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

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

estrangulamento da oferta de atendimento, em decorrência da carência de profissional e infraestrutura disponível, inviabiliza esta última modalidade de atendimento.

Além da demanda ambulatorial, é fato a existência de demanda para atendimento domiciliar, e conseqüentemente a necessidade de um profissional direcionado a esta nova modalidade de atendimento. Esta necessidade é também reconhecida pelos profissionais de nutrição e fisioterapia que já atuam em ambiente domiciliar. A implantação do serviço de fonoaudiologia domiciliar é emergente principalmente para os casos que apresentam distúrbios da deglutição (bebês recém-natos provenientes da maternidade do Hospital Marieta K. Bornhausen e do Hospital Pequeno Anjo), além de idosos com sequelas de AVC, casos de TCE entre outros bem como distúrbios de linguagem e fala (também decorrentes de sequelas de AVC ou doenças neurodegenerativas). Destaca-se novamente a necessidade de fortalecer os Programas Saúde da Criança e Saúde do Idoso por meio da intervenção fonoaudiológica.

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

14.3 PROGRAMA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023". A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e

implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o Sistema único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

O Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de Itajaí, está situado à Rua: Rubéns de Almeida, s/nº-Centro-Itajaí. O CEPICS, foi inaugurado em 2008, pelo então Prefeito Volnei José Morastoni, e, hoje temos só na homeopatia e acupuntura 5608 usuários cadastrados. Conta com uma equipe multidisciplinar, de 28 profissionais, que prestam atendimento em vários segmentos, tais como:

-Homeopatia, Acupuntura, Práticas Corporais, Ioga, Tai Chi, Lian Gong e Relaxamento e outras assistências em Neonatologia, Cardiopediatria, Psicologia, Fisioterapia, Fisioterapia Domiciliar, Nutrição e Gastropediatria.

Impressiona o número crescente de pessoas adoecidas, despertando atenção nas formas de tratamento, aumentando o consumo de medicações, internações hospitalares e solicitações aos exames de média e alta complexidade. Fomentar Políticas Públicas que libertem o indivíduo, desse ciclo e contexto patológico, mercantilista da doença, para intervenções resolutivas, alicerceia a construção à favor da saúde fundada na valorização coletiva e solidária do bem viver e do bem-estar. A nova Portaria Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017, inclui na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 84, de 4 de maio de 2006, Seção 1, Pág. 20, adentrou as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, as quais objetivamos futuramente contemplar.

As **PICS** ofertadas no município até o momento são estas:

Homeopatia

A homeopatia é uma especialidade, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Médica Brasileira, que auxilia a solucionar diversos problemas. Na rede pública municipal, temos homeopatas capacitados para atender todas as faixas etárias através de uma abordagem que visa recuperar a saúde do indivíduo avaliando-o integralmente"

A homeopatia é um sistema médico que atua por meio de estímulos energéticos desencadeados por medicamentos homeopáticos, com o intuito de

reequilibrar a energia vital dos pacientes. É considerada ainda um tratamento preventivo e curativo. O objetivo dos medicamentos homeopáticos é estimular o sistema imunológico para restaurar o equilíbrio energético. A homeopatia é indicada para problemas do trato gastrointestinal, ginecológicos, dermatológicos, respiratórios, emocionais, entre outros.

Acupuntura:

Originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a Acupuntura, é igualmente reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, compreende um conjunto de procedimentos permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. O efeito terapêutico da estimulação de zonas neuroreativas ou "pontos de acupuntura. Admite-se atualmente, que a estimulação de pontos de Acupuntura provoque a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária. Modalidade terapêutica milenar que utiliza agulhas para liberar substâncias químicas no organismo, com efeito analgésico e/ou anti-inflamatório para aliviar as dores e outros sintomas. É indicada para tratar mais de 40 doenças, como sinusite, rinite, resfriado, amigdalite, dor no peito e palpitações, asma crônica, ansiedade, entre outras. É uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos.

171

.1ª Consulta agendamento pessoalmente. Encaminhamento médico das UBS. Segue para lista de espera.

Práticas Corporais:

Do In:

São técnicas de automassagem de origem chinesa, que utiliza os pontos energéticos do corpo humano. É uma técnica curativa, preventiva e que pode ser praticada todos os dias.

O **Do-in** serve-se dos mesmos pontos utilizados na [acupuntura](#) para tratar e prevenir distúrbios e enfermidades no corpo, restaurando, segundo os conceitos da [medicina](#)

[chinesa tradicional](#), o fluxo da energia [Ki](#), onde esta tenha sofrido bloqueios ou desequilíbrios. É usada também como técnica de [primeiros socorros](#) para certos males, na qual o próprio paciente se autoaplica a massagem.

A massagem consiste, basicamente, no emprego de dois tipos de toque:

Sedação – pressão contínua sobre um determinado ponto durante cinco minutos.

Isso faz com que a energia acumulada se disperse.;

Estimulação – pressionar repetidamente determinado ponto em intervalos de um segundo, durante um a cinco minutos, permitindo que a energia volte a circular na região, reanimando o local.

Lian Gong:

O Lian Gong Shi Ba Fa foi criado em [1974](#) pelo médico ortopedista [chinês](#) Dr. [Zhuang Yuan Ming](#), por desenvolver esta técnica de exercícios para prevenir e tratar de [dores](#) no [corpo](#) e restaurar a sua movimentação natural, os pacientes melhoram, a resistência e a vitalidade do organismo. Consiste na prática de exercícios corporais. Sua finalidade é terapêutica, prevenindo e tratando as dores do corpo, inúmeros problemas osteos musculares, de articulações, na circulação do sangue, dissolve aderências, inflamações dos tendões, outros males, como ansiedade, estresse e má respiração, problemas de pressão, hoje tão frequente nas condições da vida moderna, além de atuar nas disfunções dos órgãos internos e problemas respiratórios.

172

Demais serviços ofertados:

Neonatologia:

Programa de Neonatologia Alto Risco

É um Programa centrado, que visa a atender esse público específico, com objetivo de organizar a assistência a população de risco nato ou adquirido, com faixa etária de 0 idade à pré escolar, visando reduzir a morbimortalidade no município de Itajaí.

A captação destas crianças acontecem através de encaminhamentos pós alta de UTI Neonatal, pelo nascer Itajaiense e pelas UBS's. Consta de encaminhamento médico + Alta Hospitalar +

Carteirinha de Vacina. Retorno a pedido do médico neonatologista e ou via telefone.

O acompanhamento ocorre até os 2 anos de idade ou em situações em que há necessidade de acompanhamento especializado, até os 5 anos.

Público alvo:

Prematuros, menores de 34 semanas de gestação; Baixo peso ao nascer; Comorbidades;

Com ou suspeita de infecção congênita, Desnutrição, História pregressa de UTI Neonatal,

Nascimento com Apgar < 7 no 5º minuto.

14.4 SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

Unidade de Pronto Atendimento do Complexo CIS – UPA CIS

Unidade de Pronto Atendimento de Cordeiros – UPA

Pronto Socorro do HMMKB

Pronto Socorro do HUPA

SAMU – Unidade Avançada – USA

SAMU - Unidade Básica- UBS

Unidade de Pronto Atendimento do Complexo CIS

A UPA 24h do Complexo CIS incorporou os serviços do extinto Pronto Atendimento São Vicente no mês de agosto de 2017 após sua inauguração. Passou a receber valor de custeio mensal do Ministério da Saúde, porém em sua maior parte é custeado pelo município.

A UPA 24h tem papel diferencial como unidade de pronto atendimento e retaguarda das unidades de atenção primária em saúde do município de Itajaí. Nossa proposta é acolher a população, prestar um atendimento de qualidade em urgência e emergência e redirecionar as queixas avaliadas como não urgentes, às respectivas unidades de atenção primária de acordo com suas áreas programáticas, garantindo a inserção do usuário no sistema único de saúde.

Como Unidade Pronto de atendimento porte III, a **UPA III CIS** em Itajaí, dispõe de 02 cabines para registro dos usuários, 02 salas de classificação de risco (01 adulta e 01 pediátrica), 06 consultórios médicos (04 consultórios de atendimento clínico adulto e 02 consultórios pediátricos), 01 consultório para urgências odontológicas, 01 sala de Sutura, 01 sala de Eletrocardiograma, 20 leitos de observação adulto (10 leitos femininos e 10 leitos masculinos), 11 leitos de observação infantil, 01 sala de estabilização com 03 leitos, 01 Central de Material de Esterilização - CME, 01 Sala de Radiografia, 01 Sala de Vacinas (imunos em geral de urgências, soros e outros), 01 Ambulância, 01 sala de medicação e 01 sala de inalação.

Unidade de Pronto Atendimento Cordeiros

É mantido com recursos próprio e Federal, com atendimento para adultos, são mil e quinhentos metros quadrados de área construída, divididos em consultórios médicos, sala de observação com 14 leitos, salas de exames, raios x, farmácia, sala de imobilização de fraturas, espaço para atendimento de urgência, sala de eletrocardiografia, uma ambulância permanece 24 horas no local para transferir pacientes que necessitem de atendimento hospitalar.

174

A média mensal de atendimento é acima de oito mil pacientes.

SAMU

O SAMU é um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, criado pelo Governo Federal com o objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível. O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas. O SAMU em Itajaí é composto por duas Viaturas, sendo uma Ambulância Avançada de responsabilidade do Estado e uma Ambulância Básica de responsabilidade do

Município. A ambulância avançada “ALFA 02” é composta por um médico, um enfermeiro e um motorista socorrista e a ambulância básica “BRAVO 02” é composta por um técnico de enfermagem e um motorista socorrista, ambas com sede no Município. A ambulância ALFA 02 está instalada em uma casa alugada pela SPDM no bairro Fazenda, e a ambulância BRAVO 02 está atualmente nas dependências do 7º Batalhão dos Bombeiros Militares no Bairro Fazenda.

O Município de Itajaí mantém a BRAVO 02, com equipamentos específicos, materiais e equipes treinadas e qualificadas, que atendem a população de Itajaí e Ilhota. As ambulâncias são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. A prioridade é possibilitar a cada vítima um atendimento no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade do caso. A BRAVO 02 é composta por seistécnicos/auxiliares de enfermagem e seis motoristassocorristas, divididos em seis equipes com escala de trabalho de 12x60.

O SAMU de Itajaí, BRAVO 02 faz em média de 300 atendimentos ao mês.

Pronto Socorro do HMMKB.

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

Pronto Socorro de HUPA.

É mantido com recursos Municipal, Estadual e Federal.

14.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Política de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Itajaí está baseada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e da Rede de Atenção Psicossocial, com os objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Constituída nos seguintes pontos de atenção:

1. Atenção Básica em Saúde - Tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

- Atendimento nas Unidades de Saúde do território de referencia das pessoas;
- Matriciamento da saúde mental;
- NASF;
- Pólos regionalizados para atendimento de psicologia adulto;
- Atendimento de psicologia infanto/juvenil.

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

176

CAPS AD

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

Horário de Atendimento: 2ª à 6ª das 08h às 19h

Endereço: Rua Alberto Werner, 655 – Vila Operária.

Fone: (47) 3908-5863

CAPS II

Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário.

Horário de Atendimento: 2ª à 6ª das 07h às 18h

Endereço: Rua Silva, nº 628, Centro

Fone: (47) 3908-5765

CAPS INFANTIL

Atende crianças e adolescentes (até 18 anos) com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário.

Horário de Atendimento: 2ª à 6ª das 07h às 18h

Endereço: Rua Alfredo Trompowisky, nº 405 Vila Operária.

Fone: (47) 3908-5861

Atenção de Urgência e Emergência - São responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

177

a)SAMU 192;

c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.

- Hospital Pequeno Anjo

- HMMKB

Atenção Hospitalar - Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

- Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – São José/SC

- Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria – Joinville/SC

15 SAÚDE BUCAL

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

Estamos em processo de realização do “CPO-D SB 2017 Itajaí”, em parceria com a UNIVALI para que tenhamos dados mais atualizados para o planejamento em Saúde Bucal.

Os índices de saúde bucal mais recente de Itajaí provêm do levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, o SB Brasil 2000. O CPO-D aos 12 anos foi 1,82, abaixo do índice preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Brasil que é 3,0; isto ocorre devido à fluoretação das águas de abastecimento público e aos programas de promoção de saúde bucal desenvolvidos pela Secretaria de Saúde em parceria com Secretaria de Educação. A idade de 12 anos é uma referência internacional para avaliação da condição de cárie dentária, sendo de grande importância epidemiológica, pois marca a transição da dentição mista para a dentição permanente.

Embora o resultado encontrado na faixa etária dos 12 anos seja excelente, as tabelas abaixo mostram que nas idades entre 35 e 74 anos, ainda prevalece um CPO-D relativamente alto. Isso se deve ao fato de que os programas de promoção de saúde só tiveram início no município a partir de 1999, Assim a falta de educação em saúde, introdução de bons hábitos de higiene bucal, ações efetivas para promoção/prevenção de saúde bucal refletem resultados negativos (altos índices de dentes obturados e perdidos) nos dias de hoje.

Idade (anos)	n	Hígido	Cariado	Obturado/cariado	Obturado	Perdido	CPO-D
05	208	211	02	00	00	00	0,009
12	224	5489	151	09	225	22	1,81
15 19 ^a	92	2067	175	40	289	30	5,80

35 a 44	40	314	76	30	267	482	21,37
65 a 74	13	31	07	00	03	349	27,61
Total	577	8112	411	79	784	883	56,60

Fonte: Ministério da Saúde. SB, 2003.

Tabela 10 : Média dos componentes do índice CPO-D segundo idade. Itajaí, 2003

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

Fonte: Ministério da Saúde. SB, 2003.

Tabela 11: Composição percentual do índice CPO-D segundo idade. Itajaí, 2003.

Idade (anos)	n	Hígido	Obturado/cariado	Obturado	Perdido	CPO-D
05	208	100,00	0,00	0,00	0,00	100
12	224	37,10	2,21	55,28	5,41	100
15 a 19	92	32,77	7,49	54,12	5,62	100
35 a 44	40	8,89	3,51	31,23	56,37	100

65 a 74	13	1,95	0,00	0,84	97,21	100
---------	----	------	------	------	-------	-----

A Gerência de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí tem como objetivo qualificação e ampliação das ações e serviços odontológicos através da identificação das necessidades da comunidade, da discussão do processo de trabalho e da estrutura organizacional, do planejamento e monitoramento das ações, da valorização profissional e da participação popular.

O Programa de Saúde Bucal vem sendo realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, desde o ano de 1999. Este Programa objetiva prevenir as doenças bucais mais prevalentes tais como a cárie dental, doenças periodontais, câncer bucal e má-oclusão; e instituir e orientar a adoção de hábitos saudáveis em relação à Saúde Bucal, como o incentivo à amamentação, escovação dentária, alimentação saudável, consultas periódicas ao dentista, controle do fumo e do álcool, dentre outros.

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

O Centro de Especialidades Odontológicas oferece atendimento especializado nas áreas de: Cirurgia Bucomaxilofacial (com atendimento ambulatorial), Pacientes com Necessidades Especiais, Periodontia, Endodontia, Odontopediatria, Radiologia e Prótese Total Odontológica. Além de vagas pactuadas no CEO regionalizado da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, nas especialidades de Cirurgia Bucomaxilofacial, Endodontia, Periodontia e Pacientes com Necessidades Especiais.

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

Contamos com 65 cirurgiões-dentistas, sendo 57 servidores estatutários (carga horária de 15 horas/semanais), 8 servidores celetistas (carga horária 40 horas/semanais) atuantes na Estratégia Saúde da Família. O quadro de profissionais da área odontológica é formado ainda por 20 Auxiliares em Saúde Bucal e 08 Técnicas em Saúde Bucal.

Temos o objetivo de aumentar a cobertura das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, para viabilizar a reorientação do modelo assistencial à saúde, expandindo e qualificando a atenção básica.

16 CONTROLE SOCIAL

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

181

16.1 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde (COMUSA) é a fundamentação do Controle Social. Tem as funções de acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas pelo Gestor de Saúde em sua área de abrangência. A composição, organização e competência dos Conselhos Municipais de Saúde, estão fixadas na Lei nº LEI Nº 6359, DE 05 DE AGOSTO DE 2013 e prevê a seguinte composição: 50%(cinquenta por cento) às entidades e movimentos representativos de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) às entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde, e 25% (vinte e cinco por cento) à representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos:

a) Representação dos Prestadores Públicos e Privados:

- I - 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Educação;
- III - 01 (um) representante da Secretaria Municipal Urbanismo;
- IV - 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Assistência Social;
- V - 03 (três) representantes de prestadores de serviços privados, conveniados ao SUS;

b) Representação dos Trabalhadores de Saúde:

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

c) Representação dos Usuários:

- VII - 02 (dois) representantes de associações de pessoas com patologias;
- VIII - 01 (um) representante de associações de pessoas com necessidades especiais;
- IX - 02 (dois) representantes de associações de movimentos sociais e populares, organizados;

- X - 01 (um) representante de associações de entidades de aposentados e pensionistas;
- XI - 03 (três) representantes de entidades sindicais;
- XII - 04 (quatro) representantes de associações de organizações de moradores;
- XIII - 01 (um) representante dos conselhos locais de saúde.

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

A sociedade pode olhar para o público através dos indicadores de resultados: indicadores de morbimortalidade; indicadores de saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso; indicadores de conhecimento de saúde pela população; indicadores de conhecimento de acesso físico e adequado aos serviços de saúde; indicadores de grau

de satisfação dos usuários; indicadores do processo de integração intersetorial. Sob esta dinâmica, o COMUSA se reúne mensalmente, às primeiras segundas feiras do mês para a realização das Assembléias Ordinárias, e quinzenalmente após, realiza as Assembléias Extraordinárias, com pauta única para a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde.

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

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

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

16.2 CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

As Conferências de Saúde representam o fórum oficial de debates e decisões das entidades representativas da sociedade sobre a saúde do município. A última Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 28 e 29 de julho de 2017, com o tema: A saúde que Itajaí tem e a saúde que Itajaí quer

17 GESTÃO DE SAÚDE

A gestão da saúde possui como diretriz a qualificação das ações de planejamento e programação em saúde, através de uma política de descentralização baseada nas necessidades da comunidade. Itajaí vem construindo uma política de saúde a partir das realidades regionais e conforme a nova lógica do Ministério da Saúde reafirma seu compromisso público com base nos princípios constitucionais do SUS. As ações de planejamento possuem especial importância neste processo de consolidação, nas quais as necessidades de saúde da população são a prioridade dessa gestão, sendo o Plano Municipal de Saúde o instrumento referencial básico por refletir as diferentes realidades locais e direcionar os investimentos para a área da saúde.

INDICADORES SISPACTO	Eixo pertencente	Indicador	Meta	2018	2019	2020	2021
1- 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 CIRCULATORIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS);	Atenção Básica	Indicador universal.	Não ultrapassar 336 obitos ao ano	x	x	x	x
2- PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS) INVESTIGADOS;	Vigilância em saúde	Indicador especial	100%	x	x	x	x
3- PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA;	Vigilância em saúde	Indicador universal	98%	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

4- 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 U DOSE) E TRÍPLICE VIRAL (1ª DOSE) - COM COBERTURA VACINAL PRECONIZADA;	Vigilância em saúde	Indicador universal	95%	x	x	x	x
5- PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADOS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO;	Vigilância em saúde	Indicador universal	100%		x	x	x
6- PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES;	Vigilância em saúde	Indicador universal	90%	x	x	x	x
	Vigilância	Indicador universal	12 casos com	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

8: NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE;	em saúde		decréscimo de 10% ao ano	x			
9: NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS;	Vigilância em saúde	Indicador universal	2 casos ao ano , nos primeiros dois anos e 01 caso ao ano nos últimos dois anos	x	x	x	x
10: PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ;	Vigilância em saúde	Indicador universal	100%	x	x	x	x
11: RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA;	Atenção Básica	Indicador universal	0,75 com acréscimo de 0,10 ano ano	x	x	x	x
12: RAZÃO DE EXAMES DE	Atenção	Indicador universal	0,56 com acréscimo de	x	x	x	x

MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA;	Básica		0,10 ao ano				
13: PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR;	Atenção Básica	Indicador universal	50% com acréscimo de 2,5 % ao ano	x	x	x	x
15: TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	Atenção Básica	Indicador universal	9,52 com decréscimo de 5 % ao ano	x	x	x	x
16: NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA;		Indicador universal	01 obito ao ano	x	x	x	x
17: COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA;	Atenção Básica	Indicador universal	100% de cobertura de atenção básica	x	x	x	x
18: COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE	Atenção Básica	Indicador universal	80% de acompanhamento	x	x	x	x

DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF);							
19: COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA;	Saúde Bucal	Indicador universal	14% de cobertura com acréscimo de 2% ao ano	x	x	x	x
20: PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS NO ANO;	Vigilância em saúde	Indicador universal	100%	x	x	x	x
21: AÇÕES DE MATRICIAMENTO REALIZADAS POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA;	Atenção Psicossocial	Indicador especial	12 ações por caps ao ano	x	x	x	x
22: NÚMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MÍNIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE;	Vigilância em saúde	Indicador Universal	80% (4 ciclos ao ano)	x	x	x	x
23: PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO	Vigilância em saúde	Indicador Universal	70%	x	x	x	x

"OCUPAÇÃO" NAS NOTIFICAÇÕES ES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO; •							
--	--	--	--	--	--	--	--

EIXO I CONTROLE SOCIAL						
DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ						
OBJETIVOS	INDICADOR	META	2018	2019	2020	2021
Incentivar a criação de conselhos locais de saúde em todas as unidades de saúde, com o olhar na política de humanização, podendo ser ele local e/ou regional.	Criação mínima de quatro conselhos em 2018, e dois conselhos nos próximos anos	Criação de 10 novos conselhos atuantes	x	x	x	x
Criação específica de agenda do Conselho Municipal com os Conselhos locais.	Número de oficinas realizadas ao ano	Realizar no mínimo uma oficina de cada tema por ano. Sendo essas elaboradas através de uma agenda de oficinas de conselheiros com formação no tema(participação social); com formação em avaliação financeira orçamentária e sobre a legislação do SUS.	x	x	x	x
Realizar atividades formativas histórico-	Seminários realizados	Realização de um	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

políticas com os espaços de convivência social (instituições religiosas, movimentos sociais, associações de pais e professores, conselhos escolares, etc) em parceria com os Conselhos Municipais de Saúde, visando estimular a participação da comunidade nos espaços de controle social.		seminário ao ano sobre controle social.				
Formação de multiplicadores para fomentar a participação popular e a criação de novos conselhos locais, através da comissão do Conselho Municipal de Saúde.	Realização do curso no município.	Curso de formação de conselheiros	x		x	
Estimular pesquisa sobre o controle social em saúde e condições de trabalho nas unidades de saúde do município.	Descritivo	Vincular centros de pesquisa e extensão, controle social e Departamento de saúde	x	x	x	x
Divulgação dos conselhos locais, reuniões e incentivar a participação da população nos conselhos.	Número de aplicativos criados	Implantar um aplicativo informativo sobre conselho local para aparelhos Android e ios; criação de um site institucional do COMUSA	x			x
Transformar as propostas das Conferências Municipais de Saúde em pautas na plenária do Conselho Municipal de Saúde.	Descritivo	O relatório final das conferencias devem ser discutidos após a conferencia em duas	x	x	x	x

		reuniões seguidas no comusa				
Realizar reuniões itinerantes do Conselho Municipal de Saúde nas comunidades em parceria com as organizações governamentais, não governamentais e sociedade civil organizada	Número de reuniões itinerantes realizadas .	Realizar no mínimo 4 reuniões itinerantes ao ano	x	x	x	x
Impulsionar as atividades de educação em saúde como uma dimensão básica do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, visando ao fomento da participação e controle social da comunidade no território ao qual a equipe está inserida.	Descritivo	Parceria com pse ,nasf e esf para trabalharem essa temática em seu cronograma anual com no mínimo duas ações ao ano relacionado ao tema.	x	x	x	x
Combater toda e qualquer iniciativa que permite a terceirização inclusive para carreiras relacionadas a atividades-fim, rompendo todos os direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros.	Descritivo	Promover a discussão através de oficinas sobre a precarização e malefícios da terceirização.	x	x	x	x
Reafirmar a saúde como direito universal e integral e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e assegurando financiamento estável com definição de novas fontes de	Descritivo	Discussão das políticas municipais relacionadas aos investimentos em saúde, saneamento básico, educação, mobilidade urbana, assistência social,	x	x	x	x

financiamento; e priorizando o investimento na atenção primária e nas ações de serviços públicos de saúde.		infraestrutura, sendo norteado pelo PEMI				
Respeitar na íntegra a Lei 8080/90, em seu aspecto contra a terceirização, sendo somente possível a utilização de serviços privados de forma complementar.	Descritivo	Fiscalização das contratualizações dos contratos de serviço	x	x	x	x
EIXO II ATENÇÃO BÁSICA DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ						
Objetivos	Indicador	Meta	2018	2019	2020	2021
Fiscalizar o cumprimento da carga horária de todos os profissionais da atenção básica.	Número de servidores designados a fiscalizarem o relógio ponto.	Aumentar quantitativo de funcionário do rh para atuar na fiscalização do cumprimento da carga horária.	x			
Flexibilizar ou/e estender o horário de atendimento da UBS, padronizando o horário das UBS.	Descritivo	Realizar estudo para criação de núcleos, após avaliação da implementação de horário estendido.	x			
Adequar a ESF de acordo com a necessidade do território e com cobertura adequada conforme PNAB e adequação das UBS.	Número de cobertura de ESF	Adequar 100% das ESF, chegando a 100% de cobertura no município.	x	x	x	x

		Meta vinculada a nova PNAB				
Adequar o número de profissionais administrativos/ atendente de saúde na UBS, contratados através de concursos públicos, para auxiliar/ realizar nas funções administrativas das unidades de saúde .	Descritivo	Desenvolver um estudo de impacto financeiro e relação de profissionais contemplados; Rever as atribuições dos atendentes de saúde adequando os mesmos as necessidades atuais.	x			
Fomentar e estimular o uso de teleconsultoria clínica para os funcionários da atenção básica.	Descritivo	Utilizar a ferramenta do telesaude/teleconsultoria como principal ferramenta matriciadora, utilizando os espaços de educação permanente já existentes.	x	x	x	x
Garantir a acessibilidade em todos os serviços de saúde.	Números de serviços adequados	Adequar os serviços de saúde conforme portarias ministeriais (sismob).	x	x	x	x
Estabelecer coleta de exames laboratoriais conveniados nos bairros Salseiros, Portal I e II, Espinheiros e Santa Regina	Número de criação de pontos de coleta.	Reavaliar contrato com laboratórios para coleta uma vez por semana na comunidade	x			
Priorizar a construção de unidades	Número de unidades construídas.	Construir unidades de	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

básicas de saúde já referidas no plano municipal de saúde vigente (Rio Bonito, Bambuzal e Km12).		saúde priorizadas no plano municipal de 2014-2017, sendo uma unidade ao ano.				
Ampliar a cobertura para 100% da ESF no município.	Número de equipes novas implantadas	Ampliação de equipes de saúde da família visando chegar em 100% de cobertura, sendo uma média de 5% ao ano.	x	x	x	x
Ampliar e reformular as cotas de acesso ao serviço de regulação de consultas, exames e procedimentos (SISREG), baseados em oferta de serviço e levantamento da demanda da realidade local.	Ampliação de vagas x realidade local	Realizar relatório de demanda por território e redistribuir as vagas conforme relatório	x	x		
Fortalecer as políticas de atenção a rede de deficiência.	Descritivo	Fortalecimento através educação continuada sobre as políticas da rede de deficiência.	x	x	x	x
Reafirmar a saúde como direito universal e integral e dever do Estado, assegurando financiamento estável com definição de novas fontes de financiamento; e priorizando o investimento na atenção básica.	Orçamento investido na atenção básica	Garantir que as redes de cuidados sejam respeitadas e ter a atenção básica como ordenadora do processo.	x	x	x	x
Garantir a transparência no SISREG sendo a AB a ordenadora das vagas de	Acesso a lista em portal da transparência	Garantir a transparência no SISREG sendo a AB	x	x	x	x

especialidades, respeitando a necessidade da população local (nº de vagas/população), sendo norteado pelo princípio da equidade.		a ordenadora das vagas de especialidades, respeitando a necessidade da população local (nº de vagas/população), sendo norteado pelo princípio da equidade.				
Reorganizar o organograma da Secretaria de Saúde de forma que o modelo da ESF seja ordenador da Rede de Atenção à Saúde.	Organograma revisado	Reorganização do organograma segundo decreto 7508.	x			
Implantar política de formação desde o ingresso dos profissionais públicos de saúde, quanto aos princípios do SUS e a Rede de Atenção à Saúde do município.	Política implantada	Realizar oficinas referentes aos princípios do sus e redes de atenção para todos os ingressos da sms.	x			
Fortalecer a prática de cogestão em saúde na Rede de Atenção à Saúde, fomentando a prática dos conselhos locais de saúde no município.	Descritivo	Fomentar a criação e manutenção de conselhos locais de saúde e nesses encontros trazer a pratica de cogestão.	x	x	x	x
Implantar os protocolos do Ministério da Saúde no nível municipal para a Rede de Atenção à Saúde, com prioridade ao Acolhimento e a Humanização baseados	Protocolo implantado	Implantação dos protocolos do Ministério da Saúde no nível municipal para a Rede	x	x	x	x

na realidade local.		de Atenção à Saúde, com prioridade ao Acolhimento e a Humanização baseados na realidade local.				
Direcionar o espaço nas mídias com intuito de divulgar o trabalho do SUS dando ênfase nas questões positivas do sistema.	Campanhas realizadas	Realizar mídias com intuito de divulgar o trabalho do SUS dando ênfase nas questões positivas do sistema.	x	x	x	x
Elaborar cartilha e vídeos institucionais que explique o funcionamento do SUS e da rede municipal de saúde com linguagem clara e objetiva, com direitos e deveres do usuário.	Cartilha elaborada	Elaboração de cartilha e vídeos institucionais que explique o funcionamento do SUS e da rede municipal de saúde com linguagem clara e objetiva, com direitos e deveres do usuário.	x	x	x	x
Estabelecer critérios e protocolos para solicitação de exames complementares de saúde (laboratório, imagem) e encaminhamentos para especialistas.	Protocolo revisado	Revisar e adequar protocolos para solicitação de exames complementares de saúde (laboratório, imagem) e encaminhamentos para especialistas.	x			
Fortalecer a programa nacional de	Cumprimento da lei	Cumprimento da	x			

melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) com a utilização das verbas públicas conforme a lei municipal para aplicabilidade exclusiva na ESF.		legislação vigente em relação à verba do pmaq				
Rever a lei municipal do PMAQ.	Lei revisada	Dar continuidade as reuniões com equipe do pmaq revendo a lei.	x			
Garantir o respeito à política nacional da população em situação de rua contemplando todas as suas ações intersetoriais, e no que tange a saúde, oportunizar acesso aos serviços de saúde, inclusive implantando equipe de consultório na rua na sua modalidade completa.	Descritivo	Manter ações com o consultório de rua e fomentar com as equipes de saúde a política pública de atendimento a psr.	x			
Garantir a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município de Itajaí.	Programa implantado	Implantar programa SAD	x	x		
Desenvolver o Programa de Educação Continuada em Planejamento e Orçamento (PECOP) para os servidores de saúde.	Programa desenvolvido	Desenvolvimento de Programa de Educação Continuada em Planejamento e Orçamento (PECOP) para os servidores de saúde.	x	x	x	x
Garantir a capacitação técnica e treinamento periódicos dos profissionais,	Número de oficinas realizadas	Garantia de capacitação técnica e treinamento	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

a partir do levantamento das necessidades e outras demandas.		periódico dos profissionais, a partir do levantamento das necessidades e outras demandas.				
Implantar um programa adequado de referência e contra referência da especialidade para atenção básica e vice versa.	Programa implantado	Implantação de um protocolo visando à garantia adequada de referência e contra referência da especialidade para atenção básica e vice versa.	x			
Dar apoio logístico e financeiro para as ESF Ativarem/implantarem grupos de promoção a saúde nas áreas abrangentes.	Número de grupos ativos	Apoiar e garantir insumos para as ESF realizarem grupos de promoção a saúde	x	x	x	x
Implantar a comissão de revisão de prontuário da rede municipal.	número de comissões implantadas	Implantação da comissão de revisão de prontuário da rede municipal.		x		
Garantir profissionais capacitados em sala de vacina durante todo o horário de atendimento da UBS;	Número de profissionais de enfermagem na rede x número de profissionais capacitados	Realizar capacitação de 100% dos servidores em sala de vacina	x	x	x	x
Criar instrumento padrão de monitoramento de crianças até dois anos para preenchimento pela ESF.	Instrumento criado	Criação de instrumento padrão de monitoramento de crianças até dois anos	x	x	x	x

		para preenchimento pela ESF.				
Capacitar à categoria medica no intuito de sensibilização quanto a importância da indicação das vacinas disponíveis na rede pública;	Número de capacitações realizadas	Capacitação de toda categoria medica no intuito de sensibilização quanto à importância da indicação das vacinas disponíveis na rede pública;	x	x	x	x
Priorizar a busca ativa da população de crianças até 02 anos.	Número de crianças cadastradas x número de crianças acompanhadas	Aplicar instrumento de monitorização de crianças até dois anos em todas as ESF	x	x	x	x
Busca ativa pela ESF aos diagnosticados no seu tratamento e acompanhamento.	Número de pacientes diagnosticados x número de pacientes acompanhados	Realizar 100% de acompanhamento de busca ativa de pacientes com diagnostico de hanseníase	x	x	x	x
Investigar todos os casos diagnosticados de sífilis pelo município pela ESF e os que não são cobertos pelo DVE.	Número de diagnóstico x número de acompanhamento	Investigação de todos os casos diagnosticados de sífilis pelo município pela ESF e os que não são cobertos pelo DVE	x	x	x	x
Garantir testagem (TR) em 100% das gestantes nas consultas de pré -natal.	Número de gestantes cadastradas x número de testagens rápidas	Garantia de testagem (TR) em 100% das gestantes nas consultas de pré- natal.	x	x	x	x

Garantir busca ativa do tratamento da gestante e parceiro com sífilis .	Número de gestantes tratadas x número de parceiros tratados	Garantir busca ativa do tratamento da gestante e parceiro com sífilis em 100% dos casos	x	x	x	x
Abordar nos grupos de gestantes do município de Itajaí o tema sífilis como tema fixo nas ações.	Número de grupos que trabalharem a temática	Estimular grupos de gestantes do município de Itajaí o tema sífilis como tema fixo nas ações.	x	x	x	x
Garantir o monitoramento do tratamento do parceiro.	Número de parceiros identificados x número de parceiros tratados	Garantir o monitoramento do tratamento do parceiro.	x	x	x	x
Oferecer TR a toda população como ação fixa em todas as UBSs pelo menos uma x ao mês.	Número de equipes realizando a ação mensalmente	Instituir dia D mensal para realização de teste rápido	x	x	x	x
Oferecer pré-natal ao parceiro (TR).	Número de gestantes x número de parceiros que realizam pré-natal.	Fomentar junto à equipes a realização do pré-natal do homem através de criação de protocolo voltado a saúde do homem	x	x	x	x
Garantir a busca ativa da gestante com HIV + que não adere ao tratamento e pré- natal.	Número de gestantes notificadas x número de gestantes acompanhadas	Garantir a busca ativa da gestante com HIV + que não adere ao tratamento e pré- natal.	x	x	x	x
Melhorar o acesso a mulher trabalhadora (atestado, horário flexível/ampliado nas unidades de saúde);	Número de mulheres atendidas	Melhorar o acesso a mulher trabalhadora garantindo atestado,	x	x	x	x

		horário flexível/ampliado nas unidades de saúde para realização de exames e receber orientações				
Relacionar as mulheres na faixa etária do rastreamento com o provisionamento dos exames pactuados;	Relatório construído	Criar relatório Relacionando as mulheres na faixa etária do rastreamento com o provisionamento dos exames pactuados;	x	x	x	x
Fortalecimento da busca ativa das mulheres com preventivos atrasados, alterados pelas ESF.	Número de mulheres com preventivos atrasados/alterados x mulheres cadastradas na faixa etária	Estimular a ESF no fortalecimento da busca ativa de mulheres com exames atrasados/alterados; Estimular as ESF a realizarem educação em saúde na temática, incentivar e ofertar os exames preventivos nas consultas.	x	x	x	x
Promover educação em saúde na temática câncer de mama e câncer de colo	Ações desenvolvidas	Estimular as ESF a realizarem educação em saúde na temática	x	x	x	x
Para as gestantes que realizam pré-natal da rede particular: usar mídia, campanhas publicitárias, visitas	Número de mídias, campanhas e visitas realizadas	Realização de mídia, campanhas publicitárias, visitas	x	x	x	x

domiciliares divulgando o trabalho da ESF, parto natural, etc.		domiciliares divulgando o trabalho da ESF, parto natural				
Implantar/fomentar a realização de Grupo de gestantes conforme necessidade da população, garantindo insumos para a realização do mesmo;	Número de grupos atuantes no município	Estimular a implantação de Grupo de gestantes conforme necessidade da população, garantindo insumos para a realização do mesmo;	x	x	x	x
Estabelecer cooperação entre gestão e a rede suplementar para a transmissão de informação relativa aos partos.	Descritivo	Ter acesso às informações de partos da rede suplementar	x	x	x	x
Divulgação rede cegonha e capacitação de profissionais (ACS e Técnicos de enfermagem)	Número de capacitações realizadas	Realizar Divulgação rede cegonha e capacitação de profissionais (ACS e Técnicos de enfermagem)	x	x	x	x
Educação permanente para ESF em educação em saúde que aborde tema em educação sexual para cada faixa etária juntamente com as escolas	Número de oficinas realizadas com a temática	Realizar oficina de Educação permanente para ESF em educação em saúde, que aborde tema em educação sexual para cada faixa etária juntamente com as escolas	x	x	x	x
Material informativo para ACS e UBS de	Número de materiais	Elaborar	x	x	x	x

métodos contraceptivos	desenvolvidos acerca da temática	Material informativo para ACS e UBS de métodos contraceptivos				
Capacitação para ACS sobre métodos contraceptivos	Número de oficinas realizadas	Capacitação para ACS sobre métodos contraceptivos	x	x	x	x
Realizar oficina para equipes de saúde sobre promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável (EAAB)	Número de oficinas realizadas	Realizar oficina para equipes de saúde sobre promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável	x	x	x	x
Realizar uma VD para RN e puérpera até o sete dia de vida a 80% dos RN residentes em Itajaí;	Número de nascidos vivos x número de visitas realizadas até o sétimo dia de vida.	Realizar uma VD para RN e puérpera até os sete dias de vida a 80% dos RN residentes em Itajaí;	x	x	x	x
Garantir acesso a puericultura aos RN residentes no município;	Número de consultas de puericultura ofertadas	Instituir protocolo de atendimento a criança na rede garantindo sete consultas ao ano de puericultura no primeiro ano de vida	x	x	x	x
Reduzir a taxa de mortalidade infantil em 5% ao ano;	Taxa de mortalidade infantil anual	Reduzir a taxa de mortalidade infantil em 5% ao ano;	x	x	x	x
Revisar protocolo de atendimento a criança e neonatal de baixo risco	Número de protocolo revisado	Revisão protocolo de atendimento a criança e	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

periodicamente, adequando-o as necessidades observadas.		neonatal de baixo risco periodicamente, adequando-o as necessidades observadas.				
Manter as ações de prevenção e controle dos agravos na infância e nas creches e escolas do município em parceria com SME.	Número de escolas com o protocolo implantado	Realizar as ações de prevenção e controle dos agravos na infância e nas creches e escolas do município em parceria com SME.	x	x	x	x
Realizar 90% de visitas as crianças usuárias do SUS residentes em Itajaí cobrando a emissão de sumário de alta hospitalar.	Número de internações x número de visitas	Realizar 90% de visitas as crianças usuárias do SUS residentes em Itajaí cobrando a emissão de sumário de alta hospitalar.	x	x	x	x
Capacitar e sensibilizar os profissionais da atenção básica para identificação dos riscos e vulnerabilidades dos RNs;	Número de Capacitações realizadas	Realizar oficinas para profissionais da atenção básica para identificação dos riscos e vulnerabilidades dos RNs;	x	x	x	x
Desenvolver/reactivar a política municipal de educação permanente garantindo assim capacitação continua na saúde da criança e mulher.	Política implantada	Estabelecer cronograma De educação permanente para a rede	x	x	x	x

Desenvolver/criar uma rede de apoio Inter setorial que fortaleça o aleitamento materno;	Rede implantada	Criação uma rede de apoio Inter setorial que fortaleça o aleitamento materno;	x	x	x	x
Garantir 90% de cobertura do SISVAN/ESUS as gestantes e crianças;	Número de crianças e gestantes cadastradas no gmus x esus	Garantir 90% de cobertura do SISVAN/ESUS as gestantes e crianças;				
Revisar/adequar protocolo de pré-natal e puericultura visando uma maior autonomia ao profissional enfermeiro, com adoção de prescrição de exames e medicações padronizados pelo MS.	Protocolo revisado	Revisão e adequação protocolo de pré-natal e puericultura visando uma maior autonomia ao profissional enfermeiro, com adoção de prescrição de exames e medicações padronizados pelo MS.	x	x	x	x
Garantir o Cumprimento do protocolo de pré-natal instituído no município.	Número de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal	Garantir pré-natal para toda gestante	x	x	x	x
Busca ativa de gestantes faltosas;	Número de gestantes cadastradas x gestantes com pré-natal completo	Criar instrumento de busca ativa de gestantes faltosas	x	x	x	x
Levantamento populacional por bairro, relacionado ao nº de equipes de ESF visando redefinir territórios.	Descritivo	Realizar levantamento territorial x população e x esf	x			
Redivisão destas equipes contemplando nº de 3.000 pessoas por equipe, 750	Número de equipes com 3000 pessoas	Equipes de esf com população máxima de	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

peessoas por ACS;		3000 pessoas				
Manter equipes de saúde completas na Atenção Básica;	Número de equipes cadastradas x número de equipes completas	Manter equipes completas	x	x	x	x
Monitoramento em rede com participação intersectorial: Educação/Saúde/Assistência Social.	Informações do Sistema de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF).	Realizar avaliação através de relatório gerado pelo sistema de informação do PBF.	x	x	x	x
Encontros sistemáticos para envolvimento da saúde, educação e assistência social no acompanhamento das famílias beneficiadas do PBF como também para planejamento de ações específicas e intersectoriais, visando ampliar a qualidade de vida das famílias e contribuir a inclusão social.	Números de encontros realizados	Realizar encontros sistemáticos para envolvimento da saúde, educação e assistência social no acompanhamento das famílias beneficiadas do PBF como também para planejamento de ações específicas e intersectoriais, visando ampliar a qualidade de vida das famílias e contribuir a inclusão social.	x	x	x	x
Capacitação dos servidores e atividades de educação em saúde a população,	Número de capacitações realizadas	Capacitar servidores para trabalhar com a comunidade	x	x	x	x
Criação, aprovação e realização de	Número de auxiliares de farmácia	Criar vagas para o	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

concurso para o cargo de atendente de farmácia	autorizados / contratados	cargo de auxiliar de farmácia				
Aumento do número de profissionais farmacêuticos	Número total de farmacêuticos do quadro	Aumentar para 20 o teto de farmacêuticos	x			
Realização de concurso para farmacêutico e chamamento dos aprovados	Número de profissionais chamados	Realizar concurso e chamar farmacêuticos	x			
Lotação de atendentes de farmácia nas unidades de saúde	Número de auxiliares de farmácia lotados nas unidades	Lotar 1 atendente de farmácia por unidade	x	x	x	x
Locação ou construção de locais para abrigar as farmácias regionais para descentralização de dispensação de medicamentos controlados	Número de pontos implantados	Implantar mais 3 pontos de dispensação de medicamentos controlados no município	x	x	x	x
Realizar curso de uso racional de medicamentos para capacitar profissionais prescritores e de nível superior	Número de profissionais capacitados	Capacitar 180 profissionais prescritores e de nível superior	x	x	x	x
Realizar curso de uso racional de medicamentos para capacitar profissionais de nível técnico	Número de profissionais capacitados	Capacitar 150 profissionais de nível técnico	x	x	x	x
Realizar curso de uso racional de medicamentos para capacitar agentes comunitários de saúde e atendentes de unidade de saúde	Número de profissionais capacitados	Capacitar 350 profissionais de nível técnico	x	x	x	x
Capacitar os atendentes de farmácia que	Número de profissionais	Capacitar 100	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

forem sendo chamados pelo concurso antes de assumir as funções	capacitados	profissionais de nível técnico				
Realizar campanhas institucionais para promoção do uso racional de medicamentos pela população	Realizada campanha no ano	Realizar uma campanha ao ano na data do dia nacional de uso racional de medicamentos	x	x	x	x
Implementar as ações voltadas para as pessoas idosas, a partir do planejamento conjunto com as equipes da atenção básica, serviços de urgência/emergência e serviços de referência e especialidades.	Número de reuniões para reflexão e planejamento Descrição das ações planejadas e aplicadas	Reuniões com as equipes de atenção básica, com a meta de acessar todas as ESF (50)	x	x	x	x
Planejar e aplicar ações em saúde para as Pessoas Idosas na AB, com base no CAB 19 e na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria GM 687 de 30 de Março de 2006 e Portaria 2.528 de Outubro de 2006.	Indicador Qualitativo/descritivo	Relatório de planejamento e implantação das ações	x	x	x	x
Estimular a prática de atividades físicas na AB	Indicador Qualitativo/descritivo	Relatório de atividades realizadas	x	x	x	x
Implantar o uso da caderneta de saúde do idoso	Indicador Qualitativo/descritivo	Relatório de implantação do protocolo	x	x	x	x
Atingir a cobertura vacinal da influenza	Índice de Cobertura vacinal em	80%	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

em 80% dos idosos.	Idosos					
Implantar grupos de apoio para cuidadores na AB	Percentual de ESF com Grupos implantados	100%	x	x	x	x
Intensificar as ações intersectoriais com as Secretarias de Desenvolvimento Social, Secretaria de Educação, Fundação Municipal de Esportes, Conselho Municipal do Idoso e afim.	Indicador Qualitativo/descritivo	Relatório de implantação do protocolo	x	x	x	x
Ampliação dos profissionais da psicologia nos polos de Atenção Básica;	Número de profissionais contratados	Ampliar número de psicólogos	x	x	x	x
Ampliar cobertura do NASF com profissionais efetivos, sendo compostas por profissionais específicos escolhidos conforme as necessidades, fragilidades e vulnerabilidades de cada área.	Número de equipes de NASF implantado no município	Implantar equipes de NASF na atenção básica	x	x	x	x
Garantir a continuidade do Programa de Fórmula Infantil Especializada.	Número de crianças atendidas pelo Programa.	Atender a todas as crianças do Programa.	x	x	x	x
Garantir a continuidade do fornecimento de suplemento via oral ou dieta via sonda para crianças e adultos acamados.	Número de crianças e adultos acamados que necessitam de suplemento via oral ou dieta via sonda.	Atender a todas as crianças e adultos acamados que necessitam de suplemento via oral ou dieta via sonda.	x	x	x	x
Garantir a reprodução de material educativo para as equipes de saúde utilizar em atividades educativas.	Número de equipes de saúde do município.	Atender a todas as equipes de saúde do município.	x	x	x	X
EIXO III ATENÇÃO ESPECIALIZADA						
DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ						

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Criar um sistema próprio de regulações de exames, consultas de especialidades, TFD ONLINE, que cor responsabilize o usuário, e que o informe via SMS e que permita o acesso à informação pelo usuário através de novas tecnologias.	Sistema implantado	Criação de um APLICATIVO, que cor responsabilize o usuário, e que o informe via SMS e que permita o acesso à informação pelo usuário através de novas tecnologias.			x	x
Qualificar o servidor e o prestador de serviços através de capacitações continuadas de protocolos clínicos através da criação de uma equipe de educação permanente dentro da secretaria municipal de saúde.	Equipe instituída	Criação de uma equipe de educação permanente dentro da secretaria municipal de saúde, visando Qualificar o servidor e o prestador de serviços através de capacitações continuadas de protocolos clínicos	x	x	x	x
Fiscalizar as ações dos prestadores de serviço efetivamente através da criação de documentação específica.	Instrumentos desenvolvidos	Elaborar instrumentos que avaliem as ações dos prestadores de serviço	x	x	x	x
Definir protocolos de acesso para exames e consultas de baixa, média e alta complexidade e TFD.	Protocolo instituído	Elaboração de protocolos de acesso para exames e consultas de baixa, média e alta complexidade e TFD.	x	x		

Criar grupo de trabalho para elaboração de protocolos clínicos.	Grupo de trabalho instituído	Instituir grupo de trabalho para elaboração de protocolos clínicos.	x			
Ampliar o número de especialistas da rede pública de saúde de Itajaí.	Número de profissionais contratados	Ampliação de profissionais especialistas	x	x	x	x
Melhorar o serviço de transporte público urbano e principalmente o rural para acesso dos usuários ao sistema de saúde.	Descritivo	Elaborar documento ao poder público solicitando melhorias ao acesso no transporte público.	x			
Reabertura do HEMOSC em Itajaí, sendo Itajaí a referência para os municípios da AMFRI.	Descritivo	Trabalhar junto ao poder legislativo a reabertura do HEMOSC ou de uma sala de coleta no município.	x	x		
Implantar Regionais de Saúde que contemplem serviços de referência e diagnósticos de baixo custo, assistência farmacêutica e esterilização de materiais.	Regionais implantadas	Implantação de regionais de Saúde que contemplem serviços de referência e diagnósticos de baixo custo, assistência farmacêutica e esterilização de materiais.		x	x	
Fornecer materiais de pequenas cirurgias para as UBS com intuito de	Número de UBS contempladas	Fornecimento de materiais de pequenas	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

melhorar resolutividade atendendo as necessidades individuais do território		cirurgias para as UBS com intuito de melhorar resolutividade atendendo as necessidades individuais do território				
Ampliar horário de funcionamento nas UBS por regionais a curto e médio prazo de forma progressiva com equipe complementar: médico, técnico de enfermagem e enfermeiro.	Número de unidades com ampliação de horário	Ampliar horário de atendimento em unidades básicas de saúde	x	x	x	x
Aumentar o número de profissionais fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, profissionais de educação física para atendimento em regionais.	Número de profissionais contratados	Ampliação do número de profissionais fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, profissionais de educação física para atendimento	x	x	x	x
Garantir a ampliação das PICS (As 14 novas especialidades) de forma progressiva.	Número de práticas novas instituídas no município	Fortalecimento e ampliação do serviço das PICS	x	x	x	x
Defender a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de	Descritivo	Realizar um estudo do assunto e fazer uma moção de defesa do sus	x	x	x	x

insumos, bem como o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar.		ao legislativo e executivo.				
Integração TOTAL dos sistemas de informações entre todos os serviços da rede para garantia da referência e contrarreferência de forma efetiva através da evolução em prontuário eletrônico.	Programas integrados	Realizar a integração dos programas de saúde no município;			x	
Fortalecer e ampliar a equipe de auditoria para executar ações de auditoria de produtividade do UNACON.	Número de profissionais no setor	Rever quadro de auditores no município e ampliação da equipe	x			
Divulgar e facilitar o acesso ao portal da transparência do município com a disponibilização de todos os contratos de serviços dos prestadores de média e alta complexidade.	Contratos realizados x contratos disponibilizados	Divulgação no portal da transparência do município com a disponibilização de todos os contratos de serviços dos prestadores de média e alta complexidade.	x	x	x	x
Ampliar o número de vagas no crescimento para seguimento ao tratamento oncológico.	Vagas oferecidas x pacientes em fila de espera	Garantir tratamento e seguimento para todas as mulheres com exames alterados (preventivo e mamografia) no serviço de referência	x	x		

Instituir o pré-natal de médio risco no município de Itajaí para acompanhamento de gestantes diagnosticadas com sífilis conjuntamente com a ESF.	Serviço instituído no município	Instituir equipe de atendimento de pré É natal de médio risco	x	x		
Reestruturar o serviço de saúde da mulher (crescem) ampliando a coleta de preventivo a população (estrutura física equipe de trabalho, equipe itinerante);	Descritivo	Reestruturação do serviço de saúde da mulher visando melhorias no crescer, ampliação da oferta de coleta de preventivo a população, melhorias na estrutura física, fortalecimento da equipe de trabalho e criação de equipe itinerante			x	x
Reestruturar média complexidade ginecológica (Seguimento aos cito patológicos alterados e locais para realização de cirurgias ginecológicas);	Descritivo	Garantir seguimento e tratamento recomendado de 100% das mulheres com exames alterados.	x	x	x	x
Descentralizar a coleta do teste do pezinho nas UBS;	Número de exames realizados em ubs	Descentralização a coleta do teste do pezinho nas UBS;			x	
EIXO IV ATENÇÃO PSICOSSOCIAL						
DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ						
Garantir atendimento humanizado nos	Implantação de protocolo	Instituir política da Rede		x		

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

serviços especializados conforme a política da Rede Humaniza – SUS.		Humaniza – SUS.				
Capacitar e ampliar o matriciamento dos trabalhadores da saúde no cuidado em saúde mental, prioritariamente os profissionais da atenção básica.	Número de equipes matriciadas	Realizar matriciamento dos profissionais da rede de saúde.	x	x	x	x
Garantir o fornecimento de medicação com continuidade e descentralizar o acesso de medicação controlada com fornecimento nas UBS.	Número de farmacêuticos contratados	Realizar concurso publico para farmacêuticos para descentralização da medicação nos caps, sendo um caps contemplado ao ano.	x	x	x	x
Informatizar os serviços de saúde contemplando a implantação na atenção especializada.	Número de serviços informatizados	Informatizar os serviços de saúde mental, sendo um serviço contemplado ao ano	x	x	x	
Criar protocolos facilitadores do processo de trabalho para potencializar a RAPS.	Protocolo Implantado	Implantar protocolo segundo as diretrizes da RAPS.	x	x		
Ofertar a comunicação e ampla divulgação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) disponíveis no Município.	Número de campanhas realizadas	Realizar através de mídia e comunicação divulgação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) disponíveis no Município.	x	x	x	x
Garantir veículo para cada Centro de	Número de carros adquiridos	Adquirir carro para os	x	x	x	

Atenção Psicossocial.		serviços de centros de atenção psicossocial, sendo um carro por serviço por ano.				
Garantir o direito ao acesso à saúde pública das pessoas em situação de rua efetivando a política existente.	Consultório implantado	Implantação do consultório de rua e educação permanente para profissionais da rede	x	x	x	x
Divulgar e orientar quanto à saúde mental para desestigmatizar a problemática e as pessoas a partir de campanhas publicitárias vinculadas na TV, rádio, jornais, internet e incluindo a rede de ensino pública e privada (com ênfase aos conceitos de Direitos Humanos para o trabalho intersetorial e integral).	Número de campanhas realizadas	Realizar campanhas voltadas à saúde mental para desestigmatizar a problemática e as pessoas a partir de campanhas publicitárias vinculadas na TV, rádio, jornais, internet e incluindo a rede de ensino pública e privada (com ênfase aos conceitos de Direitos Humanos para o trabalho intersetorial e integral).	x	x	x	x
Capacitar a regulação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) em saúde mental.	Capacitação realizada	Realizar capacitação para os profissionais sobre a regulação da RUE	x	x	x	x

Instituir ações de Saúde Mental no Programa Saúde na Escola.	Ações desenvolvidas	Aproximar os profissionais de saúde mental juntamente ao PSE para desenvolver ações de saúde mental nas instituições escolares	x	x	x	x
Criar e implantar um programa intersetorial (educação/saúde/assistência social) de promoção e prevenção de álcool e outras drogas para crianças e adolescentes pelo Município – com recursos da Assistência Social, da Saúde e do Fundo da Infância e Adolescência (FIA).	Descritivo	Realizar a construção de um projeto sobre o assunto, e ser levado ao conselho para implantação se liberação e aprovação dos recurso do FIA.	x	x	x	x
Garantir equipe técnica completa de apoio nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – segurança, copeira, cozinheira, agente de serviços gerais.	Número de equipes completas	Realização de concurso público para garantir equipe completa	x	x	x	x
Fomentar ações de economia solidária e geração de renda para grupos específicos.	Descritivo	Buscar parceria com a secretaria de geração de trabalho e renda para construção de um projeto de atuação que fomente a economia solidaria.	x	x	x	x

Criar e melhorar mecanismos de acesso à saúde aos usuários com vulnerabilidade social, implantando pontos de referência como Unidades de acolhimento conforme a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que permita vínculo, trabalho em rede e qualidade de atendimento.	Implantação de unidade de acolhimento.	Construir Unidades de acolhimento conforme a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que permita vínculo, trabalho em rede e qualidade de atendimento, sendo que o mesmo serra viabilizado conforme co-financiamento do ministério da saúde	x	x	x	x
Qualificar os CAPS existentes para CAPS tipo III e AD tipo III.	Caps qualificado	Qualificar os caps II e caps ad em caps III Sendo o caps II ente nos próximos dois anos e o caps ad nos últimos dois anos.			x	x
Implantar Consultório na Rua.	Implantação do consultório	Implantar Consultório na Rua.	x			
Ofertar leitos de saúde mental em hospitais gerais.	Descritivo	Comissão da raps, juntamente com comusa fomentar com hospitais locais a pactuação de leitos.	x	x	x	x
Promover articulação intersetorial com demais políticas (entre educação; saúde; assistência social; cultura) através da	Câmara técnica instituída	Instituir Grupo Condutor - Câmara Técnica de saúde mental.	x	x	x	x

criação de um Grupo Condutor - Câmara Técnica de saúde mental.						
Planejar ações de qualificação e educação permanente para os trabalhadores de saúde mental.	Número de oficinas realizadas	Realizar educação continuada para profissionais que atuam na saúde mental	x	x	x	x
Matriciamento psiquiátrico com médicos da ESF;	Número de médicos matriciados	Realizar matriciamento dos médicos da atenção básica pelo psiquiatra para atendimento de saúde mental	x	x	x	x
Ampliação matriciamento do CAPS para UBS;	Número de matriciamento realizados	Ampliar o matriciamento de saúde mental as equipes de ESF	x	x	x	x
Estruturar o fluxo de trabalho do CAPS e UBS;	Fluxo implantado	Implantar fluxo de trabalho CAPS e UBS	x			
Oficinas para capacitar a UBS no atendimento e acompanhamento das queixas mais frequentes e urgências na saúde mental.	Número de oficinas realizadas	Realizar uma oficina ao ano para a rede	x	x	x	x
Inclusão das práticas integrativas como proposta para cuidados na saúde mental;	Número de práticas integradas na saúde mental	Incluir pratica integrativas no cuidado de saúde mental	x	x	x	x
EIXO V SAUDE BUCAL						
DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DA SAUDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ						
Vincular a construção de novos consultórios odontológicos às reformas e na construção de novas UBS.	Número de consultórios reformados/ construídos	Ampliação de 03 consultórios sendo um por ano.	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Ampliar em 12 novas ESB, equivalente a 3 ESB ao ano, totalizando vinte (20) no ano 2021, priorizando os bairros Nossa Senhora das Graças, Portal II e Votorantim.	Número de equipes implantadas	Realizar concurso público para ampliação de equipes de ESB, sendo duas equipes ampliadas por ano.	x	x	x	x
Fortalecer o programa de saúde bucal nas instituições de ensino.	Ações desenvolvidas durante o ano	Realizar cronograma anual de ações de saúde bucal nas instituições de ensino.	x			
Garantir aparelho radiográfico odontológico para todas as UBS.	Número de unidades de saúde x número de raio-x odontológicos.	Garantia de aparelho radiográfico odontológico para todas as UBS.	x	x		
Implementar uma forma de agendamento de consultas odontológicas de acordo com o perfil do território, sendo pactuado com a comunidade e/ou conselho local de saúde.	Descritivo	Fomentar junto as equipes de ESF e atenção básica reuniões com a comunidade área estabelecer agendamento odontológico	x			
Promover a aplicação do protocolo de acolhimento das urgências odontológicas estabelecido para o Pronto Atendimento nas UBS.	Protocolo Instituído	Instituir protocolo de atendimento de urgências odontológicas nas unidades de saúde	x			
Vincular o atendimento odontológico à ampliação dos horários das UBS.	Número de unidades com atendimento ampliado	Garantir que as unidades de saúde com horário ampliado disponham do serviço	x	x	x	x

		de odontologia				
Equipar e garantir a manutenção periódica e reposição de equipamentos e instrumentais para o atendimento odontológico nas UBS.	Descritivo	Realizar um diagnóstico situacional da saúde bucal com levantamento das necessidades e através do recurso do PMAC garantir manutenção periódica e reposição de equipamentos e instrumentais para o atendimento odontológico nas UBS.	x	x	x	x
Garantir reuniões periódicas da equipe de saúde bucal, bem como, a atualização dos profissionais de saúde bucal com foco nas necessidades do serviço e da gestão. 15.	Número de reuniões realizadas	Instituir cronograma de reuniões anual para os profissionais da saúde bucal	x	x	x	x
Fortalecer e implementar as políticas públicas garantindo o acesso à saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, entre outros profissionais) aos usuários infratores em situação de reclusão (penitenciárias e CASEP).	Política implementada	Implementar política pública garantindo o acesso à saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, entre outros profissionais) aos usuários infratores em situação de reclusão (penitenciárias e	x	x	x	x

		CASEP).				
Garantir atendimento odontológico hospitalar para pacientes com necessidades especiais e pacientes de trauma encaminhados do CEO municipal no município de Itajaí.	Atendimento garantido	Garantir atendimento eletivo odontológico hospitalar para pacientes com necessidades especiais e pacientes de trauma encaminhados do CEO municipal no município de Itajaí.	x	x	x	x
Ampliar o número de equipes de saúde bucal proporcional ao número de equipes ESF.	Número de equipes implantadas	Implantar equipes de esb no município	x	x	x	x
Ampliar e adequar o número de profissionais odontólogos na ESB.	Número de profissionais odontólogos x número de esb	Implantar e manter equipes de esb completas	x	x	x	x
EIXO VI VIGILANCIA EM SAÚDE						
DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DA VIGILANCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ						
Fomentar, executar e monitorar, ações intersectoriais e multiprofissionais de saneabilidade nos rios, afluentes e córregos no município de Itajaí, com o intuito de reduzir danos ambientais e a saúde da população.	Descritivo	Participação na campanha anual de conscientização e limpeza do rio Itajaí Mirim Elaboração de informe anual sobre a temática.	x	x	x	x
Fomentar a autarquia responsável a ampliação dos investimentos em saneamento básico no município.	Descritivo	Realizar moções á autarquia sobre o assunto.	x			

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Organizar e viabilizar que o planejamento das ações em saúde seja realizado conforme a análise da situação de saúde local, com base nos determinantes e determinação social da população de Itajaí.	Percentual de planejamento realizado nos quatro anos.	Implementar planejamento anual por unidade de saúde.	x	x	x	x
Instituir a Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora à nível municipal e estadual, no âmbito do Sistema Único de Saúde, comprometendo todos os níveis de gestão.	Descritivo	Análise da situação de saúde do trabalhador. Vigilância de ambientes e processo de trabalho. Formação e educação permanente. Número de inspeções realizadas em ambiente de trabalho Número de trabalhadores atendidos Número de trabalhadores notificados e investigados.	x			
Desenvolver mecanismos de criação e estruturação do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - CEREST, no município de Itajaí, abrangendo os municípios da AMFRI.	Implantação o CEREST	Implantar o CEREST em ITAJAI		x		
Criar equipes multidisciplinares e intersetoriais para a construção, revisão	Criação de equipe/protocolos implantados	Equipe implantada e nomeada;	x			

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

e implantação de protocolos para a rede de atenção a saúde (Atenção Básica e Especializada).						
Garantir que a secretaria municipal de saúde implemente as ações da Política Nacional de vigilância em saúde (contemplando a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, promoção à saúde do povo brasileiro e análise da situação de dados da saúde do povo brasileiro), viabilizando recursos financeiros, recursos humanos e estrutura física.	Política Implementada	Fortalecer o serviço existente com a adequação de estrutura física, aumento de recurso financeiro e aumento de recursos humanos.	x			
Cumprir a lei 12.997/2014, no que tange a periculosidade dos agentes de endemias motociclistas.	Percentual de profissionais atuantes como agentes de endemias motociclistas	Todos os profissionais motociclistas receberem a periculosidade	x			
Fiscalizar e fomentar o cumprimento da legislação vigente em relação a insalubridade aos profissionais que atuam na vigilância em saúde.	Percentual de profissionais atuantes na vigilância em saúde.	Todos os profissionais da vigilância em saúde recebendo insalubridade de acordo com atividade exercida e exposição de risco	x	x	x	x
Realizar apoio às ações de bloqueios de surtos de agravos agudos transmissíveis nas Unidades Escolares da Rede	Número de Surtos Controlados / Número de Surtos Monitorados X 100.	100% - Trabalhar facilitando e incentivando parceria com a Secretaria	x	x	x	x

Pública, de modo a alcançar resultados adequados e homogêneos nos diversos territórios que compõem o município.		de Educação e Atenção Básica na prevenção, monitoramento e controle destes surtos.				
Garantir que os casos notificados no SINAN sejam encerrados oportunamente, cada um respeitando o prazo estabelecido (de 60 a 180 dias).	Percentual de casos notificados encerrados oportunamente (exceto dengue).	100% - Observar o prazo máximo de encerramento de cada ficha para assim, garantir o encerramento oportuno.	x	x	x	x
Garantir que os Agravos de Notificação Compulsória Imediata sejam encerrados oportunamente em até 60 dias após a notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	100% - Encerrar no prazo determinado as notificações compulsórias imediatas.	x	x	x	x
Realizar ação de sensibilização para a Rede de Saúde, quanto à notificação, confirmação diagnóstica laboratorial e tratamento, para os casos suspeitos de Coqueluche.	Elevar o nº de notificações e investigações deste agravo. (2015 – 48; 2016 – 27; 2017 – 27). Aumentar em 3% ao ano o número de notificação	Informar a Rede de Saúde, quanto aos critérios de notificação, confirmação diagnóstica laboratorial e tratamento de Coqueluche.	x	x	x	x
Realizar ação de sensibilização para a Rede de Saúde, quanto à notificação e investigação dos casos de Intoxicação Exógena, com a descrição do agente principal e evolução dos casos.	Proporção de casos notificados com a informação do agente principal e evolução dos casos.	Informar a Rede de Saúde, quanto à importância da informação do agente principal e evolução dos casos notificados.	x	x	x	x
Realizar ação de sensibilização a Rede de Saúde, quanto à notificação, confirmação diagnóstica laboratorial e	Elevar o nº de notificações e investigações deste agravo. (2015 – 19; 2016 – 10; 2017 –	Informar a Rede de Saúde, quanto aos critérios de notificação,	x	x	x	x

tratamento, para casos suspeitos de Doenças exantemáticas.	04). Aumentar em 3% ao ano o número de notificação	confirmação diagnóstica laboratorial e tratamento de Doenças exantemática.				
Garantir o Envio de Informação Semanal Positiva, Silenciosa ou Negativa, a Regional de Saúde, para acompanhamento dos casos de Meningite, Doenças Exantemática e Paralisia Flácida Aguda.	Número de Semanas Epidemiológicas Enviadas / Número de Semanas Epidemiológicas no Ano X 100.	100% - Enviar semanalmente planilha de Informação Semanal a Regional de Saúde, para acompanhamento dos casos.	x	x	x	x
Realizar busca ativa de Casos Possíveis de PFA (internações) e garantir confirmação diagnóstica laboratorial.	Percentual de Coleta Oportuna de amostras de fezes para PFA.	100% - Coletar oportunamente uma amostra de fezes dos casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA.	x	x	x	x
Promover a investigação de todos os casos de Meningite, através de confirmação diagnóstica laboratorial.	Percentual de coleta laboratorial dos casos suspeitos de Meningite. 100%	Realizar coleta laboratorial de todos os casos suspeitos de Meningite (liquor e/ou hemograma).	x	x	x	x
Garantir a quimioprofilaxia nos contatos dos casos de Meningite Bacteriana (bacilo gram negativo) em tempo oportuno (10 dias).	Percentual de quimioprofilaxia realizada em tempo oportuno. 100%	Realizar a quimioprofilaxia de todos os casos necessários em 10 dias.	x	x	x	x
Promover a investigação de todos os casos de SRAG, através de confirmação diagnóstica laboratorial em tempo oportuno.	Percentual de coleta laboratorial dos casos suspeitos de SRAG. 100%	Realizar coleta laboratorial de todos os casos suspeitos de SRAG.	x	x	x	x

Fornecer a medicação Oseltamivir (Tamiflu) em toda a Rede de Saúde, para garantir o tratamento oportuno da SRAG.	Percentual da Rede de Saúde com a medicação em Estoque. 100%	Garantir o tratamento de SRAG (Tamiflu), oportunamente com a medicação Oseltamivir em toda a rede de saúde.	x	x	x	x
Garantir no mínimo 02 Capacitações para a Rede de Saúde Pública sobre os Agravos Agudos, conforme necessidade. Discussão oficina: Realizar educação permanente para os profissionais.	Número absoluto de capacitações.	Avaliar os agravos de maior relevância municipal e promover a capacitação da rede pública de saúde.	x	x	x	x
Realizar curso de sala de vacina para todos os técnicos de enfermagem da rede municipal de saúde. Discussão oficina: Garantir profissionais capacitados durante todo o horário de atendimento da UBS.	Número de técnicos capacitados	Capacitar todos os técnicos que ainda não receberam treinamentos sobre sala de vacina e atuam na rede municipal	x	x	x	x
Realizar oficina de atualização para todos os enfermeiros da rede de saúde e técnicos que já realizaram curso de sala de vacina no município	Número de profissionais atualizados	Atualizar os profissionais sobre mudanças no calendário vacinal.	x	x	x	x
Adquirir câmara para imunobiológicos para todas as salas de vacina do município Discussão oficina: Garantir estrutura física adequada conforme RDC 50	Numero de câmara adquirida	Seguir orientação do estado que já solicita que toda sala de vacina substitua a geladeira doméstica por câmara de imunobiológico	x	x	x	x
Garantir recursos humanos de nível superior para o programa de imunização	Número de profissionais contratados para o programa	Garantir profissional de nível superior para o	x			

período integral		programa de imunização a nível central em horário integral				
Realizar ações de mídia e informação sobre a temática prevenção da violência e promoção da cultura da paz em parceria com outros setores da sociedade.	Número de campanhas realizadas	Realizar 02 campanhas, por ano, na mídia de informação/sensibilização relativa à violência doméstica contra crianças, adolescentes, idosos e mulheres para a população em geral do município de Itajaí por meio da mídia impressa e eletrônica	x	x	x	x
Capacitar a rede de ensino para atendimento conforme política do Ministério da Saúde em relação às vítimas de violência visando o enfrentamento desse agravo no município.	Número de encontros realizados.	Realizar 30 encontros de educação x saúde no enfrentamento da violência doméstica e familiar.	x	x	x	x
Ampliar a Composição da Equipe da Vigilância das Violências	02 profissionais para a equipe em período integral	Ampliação em 02 profissionais para a equipe até o ano de 2020.	x	x	x	x
Realizar supervisão das unidades notificadoras visando diminuir a subnotificação das Violências	Percentual de unidades notificadoras supervisionadas	Realizar supervisão em 25% das unidades notificadoras a cada ano.	x	x	x	x

Garantir a investigação dos casos notificados de violência	Percentual de notificações de violência investigadas	Realizar investigação de 100% dos casos notificados de violência	x	x	x	x
Publicar informes epidemiológicos para os profissionais de saúde da rede	Número de informes publicados	02 AO ANO	x	x	x	x
Realizar educação permanente para os profissionais lotados na vigilância epidemiológica.	Número de capacitações	06 AO ANO	x	x	x	x
Incentivar a apresentação/publicação de trabalhos em eventos dos profissionais do DVE.	Número de trabalhos apresentados/ inscritos	03 AO ANO	x	x	x	x
Incentivar a permanência dos profissionais na Diretoria de Vigilância Epidemiológica através da implantação da função gratificada .	Percentual de técnicos com função gratificada na Vigilância Epidemiológica	100% em 2021	x	x	x	x
Realizar a Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) com envio semanal pelas Unidades Sentinelas.	Média aritmética do Percentual de Unidades Sentinelas com envio por semana epidemiológica no período	> 95%	x	x	x	x
Garantir a detecção de surtos de Doenças Diarreicas Agudas e de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar identificados pela MDDA.	Percentual de surtos identificados a partir da análise dos dados de MDDA entre o total de surtos notificados à Vigilância Epidemiológica	> 40%	x	x	x	x
Implantar a Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis na estrutura organizacional.	Publicação de novo organograma com a Vigilância da DANT instituída	2019		x		
Estruturar e manter o Serviço de	Número de profissionais	4 – 2018		x	x	x

Vigilância das Doenças e Agravos Não transmissíveis.		5 – 2019 5 – 2020 6 – 2021				
Elaborar um Plano Municipal Intersectorial para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.	Publicação do Comitê Municipal para elaboração do plano Plano elaborado/ publicado	1 comitê em 2018 Plano elaborado 2020	x		x	
Sensibilizar e capacitar os profissionais da Rede Municipal de Saúde e Hospitais sobre a Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis	Número de capacitações	01 ao ano	x	x	x	x
Investigar os casos notificados por desnutrição grave conforme nota técnica vigente.	Percentual de casos investigados	100%	x	x	x	x
Monitorar os casos confirmados de desnutrição grave conforme nota técnica vigente.	Percentual de casos monitorados	100%	x	x	x	x
Realizar busca ativa dos casos de desnutrição grave infantil através dos Sistemas de Informação	Percentual de crianças triadas com critério antropométrico de notificação	90%	x	x	x	x
Implantar um sistema de informação para digitação e análise das fichas de notificação/ investigação de desnutrição grave.	Sistema de Informação implantado	Elaborar e testar SI em 2018. Capacitar rede de saúde em 2019. SI instituído em 2020.	x	x	x	
Implantar e manter Grupo Técnico, (GT), para investigar óbitos com causa básica de morte Câncer, a fim de garantir o respeito ao portador de câncer e	GT implantado.	Nomear GT em 2018.	x	x	x	x

Cumprimento da Lei 12.						
Garantir espaço permanente de discussão dos óbitos com causa básica câncer sejam discutidos neste GT.	Proporção de óbitos com causa básica câncer, discutidos no GT.	Discutir 10% das mortes prematuras com causa base câncer do ano no GT.	x	x	x	x
Promover e divulgar pesquisa em que diabetes esteja relacionada ao óbito.	Número de pesquisas realizadas Divulgação da pesquisa	01 Pesquisa realizada. Pesquisa divulgada		x	x	
Investigar óbitos Infantis e Fetais.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	Investigar 100% dos óbitos infantis e fetais, de crianças residentes em Itajaí.	x	x	x	x
Investigar óbitos infantis e fetais ocorridos em hospitais de Itajaí, de cidadãos residentes em outros municípios.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados..	Investigar 100% dos óbitos ocorridos nos hospitais de Itajaí, de crianças residentes em outros municípios.	x	x	x	x
Contratar 01 profissional de nível superior para reforçar e compor equipe responsável pela investigação de óbito infantil e fetal, a fim de garantir o cumprimento da meta de óbitos investigados.	Número de profissionais contratados	Contratação de profissional de nível superior para tempo integral para investigação de óbito		x		
Garantir a remessa regular de lotes para o banco de dados do Sistema Nacional de Informação de Nascidos Vivos, SINASC	Número de Semanas Epidemiológicas Enviadas / Número de Semanas Epidemiológicas no Ano X 100.	Enviar lote semanal.	x	x	x	x

Manter Serviço de Investigação e Monitoramento de Nascidos Vivos	Investigar e Monitorar 95% Nascidos Vivos.	Percentual de Nascidos Vivos investigados e monitorados	x	x	x	x
Garantir a remessa regular de lotes para o banco de dados do Sistema Nacional de Informação de Mortalidade, SIM.	Número de Semanas Epidemiológicas Enviadas / Número de Semanas Epidemiológicas no Ano X 100.	Enviar lote semanal.	x	x	x	x
Investigar as causas Garbages e Mal Definidas de óbito.	Proporção de registro de óbito com causa Básica.	Atingir 95% de óbitos com causas básicas..	x	x	x	x
Notificar a rede de Atenção Básica, os nascidos vivos.	Proporção de DNVs enviadas as UBS.	Enviar semanalmente as UBS, as DNV.	x	x	x	x
Investigar óbitos de mulheres em idade fértil, de 09 a 49 anos.	Proporção de óbitos investigados.	Investigar 95% dos óbitos de mulheres residentes em Itajaí..	x	x	x	x
Investigar óbitos maternos.	Proporção de óbitos investigadas.	Investigar 100% dos óbitos maternos.	x	x	x	x
Acompanhar o pré natal de modo a não ultrapassar 12 casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano	Numero de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 anos de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência	não ultrapassar 12 casos novos - avaliar a qualidade do pré natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada durante esse período	x	x	x	x
Reduzir a taxa de transmissão de transmissão vertical da sífilis em 3% ao ano	<u>Sífilis Congênita</u> X 1000 Nascidos Vivos	Reduzir em 3% ao ano a incidência de sífilis congênita	x	x	x	x

Promover o cumprimento do protocolo de testagem para a sífilis/HIV no pré natal (primeiro e terceiro trimestre)	Proporção de unidades realizando 100% de TR em nível de Rede Cegonha	Aumentar em 25% de unidades realizando TR ao ano conforme PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 Rede Cegonha	x	x	x	x
Taxa de detecção de casos de HIV/aids em pessoas de 15 a 24 anos no último ano	Número de casos novos de aids em residentes/ População total residente no período determinado x 100.000	Análise e divulgação anual de incidência de HIV/AIDS nesta população	x	x	x	x
Taxa de mortalidade por aids por ano.	Número de casos novos de aids em residentes/ População total residente no período determinado x 100.000	Análise e divulgação anual de taxa de mortalidade por aids	x	x	x	x
Proporção de gestantes HIV+ que realizaram pré-natal no último ano	Número de gestantes HIV acompanhadas durante o pré natal.	Mínimo 90% de gestantes HIV acompanhadas. Avaliar a qualidade do pré-natal, uma vez que o HIV pode ser diagnosticado através de TR durante o pré natal.	x	x	x	x
Número de pessoas com HIV/aids que não aceitaram iniciar o tratamento antirretroviral no último ano	Número total de pacientes que não aderem ao tratamento	10% de pacientes sem adesão ao tratamento. Avaliar a adesão ao tratamento por parte do portador de HIV/AIDS	x	x	x	x
Proporção de pessoas com diagnóstico	Pacientes diagnosticados	Análise anual da	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

positivo para HIV vinculados aos serviços no último ano	acompanhados em tratamento/total de pacientes diagnosti-cados com HIV no município x100	proporção de pessoas com diagnóstico positivo vinculadas ao serviço realizando acompanhamento.				
Implantar em toda a rede o Protocolo Estadual de Prevenção de Transmissão Vertical do HIV/Sífilis	Número de protocolo elaborado sobre a Prevenção de TV do HIV/Sífilis Percentual de Unidades Básicas de Saúde com protocolado implantado	Elaboração de protocolo em 2018 UBS com protocolo implantado: • 10% em 2018 • 25% ao ano de 2019-2021	x	x	x	x
Desenvolver uma ação anual organizada localmen-te por UBS sobre formas de prevenção do HIV e outras IST para a população de abrangência	Número total de ações realizadas por UBS	Estimular o vínculo da AB com a comunidade, promovendo ações de prevenção de ISTs 1 ação anual por UBS.	x	x	x	x
Realizar matriciamento, para descentralização do diagnóstico tratamento e acompanhamento da Tuberculose pulmonar bacilífera.	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com matriciamento realizado	25% das Unidades Básicas de Saúde com matriciamento realizado por ano	x	x	x	x
Elevar a taxa de cura dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera 70% aumentando na razão de 2% ao ano	Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados X 100 / Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados	Reduzir em 2% ao ano a incidência de abandono de tratamento de Tuberculose	x	x	x	x
Investigar para tuberculose, através de	Total de US realizando	1% da população -	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

baciloscopia de escarro o mínimo equivalente a 1% da população de abrangência local de cada AB/ESF	baciloscopia %população atingida.	Diagnosticar oportunamente novos casos de TB				
Examinar 90% dos contatos de casos confirmados de tuberculose para Diagnóstico e tratamento de casos ativos de infecções latentes da tuberculose	<u>Contatos examinados</u> X 100 Contatos identificados	90% - Busca ativa e acompanhamento dos contatos de casos de tuberculose.	x	x	x	x
Desenvolver ao menos uma ação anual organizado localmente por Unidades de ESF/AB sobre formas de prevenção e controle da TB	Número total de ações realizadas por UBS	Fortalecer a participação da sociedade civil nas estratégias de enfrentamento da doença. 1 ação anual por UBS.	x	x	x	x
Estimular o desenvolvimento do cuidado centrado na pessoa com tuberculose, aplicando sistematicamente o DOTS pela AB	Avaliação anual, de total de pacientes realizando DOTS exclusivamente pela AB	Acompanhamento de Tratamento diretamente Observado, busca ativa de pacientes de TB, visando a cura e diminuindo a Drogaresistencia	x	x	x	x
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das cortes em 90%	Numero de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB/MB dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação. Denominador: Número total de casos novos residentes	Aumentar em 88% a proporção de cura de casos novos de hanseníase acima da média nacional	x	x	x	x

	diagnosticados nos anos das coortes X 100					
Acompanhar crianças HIV positivas menores de 5 anos de modo a não ultrapassar 2 casos de AIDS ao ano nesta faixa etária	Numero de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos: no máximo 2 casos novos por ano.	x	x	x	x
Incluir o Núcleo de Controle de Zoonoses no organograma da Saúde.	Garantir uma gerência para o Núcleo de controle de Zoonoses de nível superior de acordo com as atividades exercidas no setor.	100%	x	x	x	x
Digitar no SINAN online as notificações de dengue, chikungunya, no prazo máximo de 7 dias.	Informar em tempo real as ocorrências de casos suspeitos para que ações de controle vetorial sejam realizadas em tempo hábil.	100%	x	x	x	x
Encerrar a investigação de dengue, chikungunya, zika vírus e leptospirose no SINAN no prazo máximo de 60 dias.	Avaliar e monitorar a resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.	100%	x	x	x	x
Encerrar a investigação em no mínimo 80% dos casos suspeitos de dengue e leptospirose por critério laboratorial (em período não endêmico).	Garantir através dos resultados laboratoriais a confirmação dos casos para analisar a situação epidemiológica. Lembrando que a leptospirose precisa ser coletado após o sétimo dia de sintoma, e muitas vezes já esta melhor e não realiza a coleta.	80% pois muitos pacientes não apresentam mais os sintomas e apesar das orientações não comparecem ao laboratório para realizar a coleta.	x	x	x	x
Realizar busca ativa de sintomáticos nos	Identificar, notificar e tratar casos	100%	x	x	x	x

casos confirmados de dengue, chikungunya e zika vírus (em período não endêmico).	suspeitos a fim de detectar precocemente possíveis surtos, sinalizando ao programa de controle da dengue a situação encontrada.					
Implantar equipe para o Programa de Controle de Escorpiões e outras zoonoses (exceto dengue). Equipe mínima formada por profissional de nível superior e agente de endemias.	Realizar levantamento de áreas de risco, identificação e monitoramento de animais nocivos,	100%	x	x	x	x
Monitorar áreas com registro de ocorrência de escorpiões, no mínimo a cada seis meses, conforme preconizado pelo Manual de Controle de Escorpiões do Ministério da Saúde.	Evitar acidentes por escorpiões e acompanhar a proliferação dos mesmos.	100%	x	x	x	x
Realizar visita ambiental nos casos notificados por acidentes de animais peçonhentos (cobra, aranha, lagarta, abelhas, escorpião). em 80% dos acidentes. Muitos acidentes são causados por invasão do homem no habitat natural da espécie, não sendo necessário visita ambiental no local. Ex. picada de cobra em mata fechada. As orientações sempre são repassadas, mas a visita ambiental não precisa ser realizada.	Evitar novos acidentes por animais peçonhentos e venenosos.	80%	x	x	x	x
Executar atendimento em até 30 dias	Identificar possíveis situações de	100%	x	x	x	x

das solicitações/ denúncias referentes ao controle de animais sinantrópicos e peçonhentos de interesse epidemiológico.	risco de transmissão de zoonoses e orientar a população quanto ao controle e prevenção destes animais.					
Realizar visita ambiental em 100 % dos casos positivos de Leptospirose e Hantavirose.	Identificar possíveis locais de transmissão a fim de evitar novos casos, através de orientação e monitoramento destes locais.	100%	x	x	x	x
Atuar na área de educação em saúde, matriciamento e mobilização social para as zoonoses, doenças transmitidas por vetores e acidentes por animais peçonhentos (No mínimo 25 escolas/ano, 5 empresas/ano e 5 eventos para comunidade em geral/ano).	Realizar ações educativas com o propósito de disseminar informações para a população em geral, buscando a prevenção e o controle de zoonoses.	100%	x	x	x	x
Coletar e enviar em média 63 amostras ao ano de encéfalos de cães/gatos/quirópteros para a vigilância da Raiva (conforme preconizado na relação de 15% da população canina, calculada em 0,2% da população total).	Identificar possíveis casos positivos para desencadear as ações de controle, impedindo a disseminação do vírus.	100%	x	x	x	x
Realizar investigação e/ou visita domiciliar dos casos notificados para a observação de cães/gatos agressores.	Acompanhar os animais agressores e identificar possíveis alterações clínicas nos mesmos, a fim de desencadear ações para prevenir a raiva humana.	100%	x	x	x	x
Garantir a vacinação antirrábica em 100% dos cães e gatos do município	Realizar bloqueio de foco evitando a disseminação do vírus.	100%	x	x	x	x

(animal domiciliar e errante), na ocorrência de casos de raiva humana, canina ou felina.						
Realizar educação permanente, matriciamento e mobilização social para as zoonoses, doenças transmitidas por vetores e acidentes por animais peçonhentos para profissionais da Rede de saúde. Que no mínimo duas vezes ao ano, cada Unidades de Saúde e Policlínicas sejam alcançadas com as estratégias de educação permanente.	Informar e atualizar os profissionais de saúde para a vigilância e detecção dos agravos de interesse epidemiológico.	100%	x	x	x	x
Notificar 100% dos casos de toxoplasmose gestacional e congênita	Iniciar o tratamento em tempo oportuno e realizar o acompanhamento em conjunto com a atenção básica e o centro de referencia especializado.	100%	x	x	x	x
Criar Protocolo Municipal de Toxoplasmose Gestacional e Congênita	Informar os profissionais com o intuito de padronizar o atendimento e tratamento da toxoplasmose.	Criar nota técnica com atualização anual. 100%	x	x	x	x
Garantir o tratamento da toxoplasmose congênita (apresentação em solução para o recém-nascido).	Evitar ou diminuir as sequelas relacionadas a toxoplasmose congênita.	100%	x	x	x	x
Notificar e investigar todos os casos de Malária.	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população e contribuir para orientação e avaliação das ações de vigilância	Indicador do pacto Interfederativo	x	x	x	x

	epidemiológica e controle da doença;	100%				
Investigar os casos suspeitos de Síndrome Congênita em até 48 h.	Nº de casos suspeitos investigados /Nº de casos suspeitos notificados X 100	Trabalhar de maneira integrada com a assistência hospitalar e atenção à saúde, com o objetivo de investigar 100% dos casos suspeitos de Síndrome Congênita;	x	x	x	x
Implantar e inspecionar rede de armadilha em todo município.	Intuito de monitorar a presença do vetor e avaliar as ações de controle.	Visitas semanais com mínimo de 80 % DCE vistorias.	x	x	x	x
Realização de LIRAA (Levantamento de Índice Rápido para o Aedes aegypti). Realizar dois LIRAA ao ano.	Obtenção dos indicadores entomológicos e principais criadouros existentes.	2 vezes ano no meses de abril e novembro.	x	x	x	x
Realizar atividades de reciclagem e atualização para os Agentes de Combate as Endemias.	Capacitar os profissionais para maior efetividade no controle do <i>Aedes aegypti</i> e divulgar e orientar a população em assuntos relacionados a zoonoses.	2 vezes ao ano.	x	x	x	x
Realizar 4 ciclos bimestrais de visitas aos imóveis em áreas infestadas.	Diminuir o índice de infestação do <i>Aedes aegypti</i> .	80% por ciclo bimestral	x	x	x	x
Manter Sala de Situação de Combate ao <i>Aedes aegypti</i> ativa durante todo ano com presença das Secretarias de Saúde, Obras, Desenvolvimento Social,	Discutir, encaminhar e executar ações encontradas que necessitam apoio de outras secretarias.	Reuniões semanais em períodos críticos e reuniões quinzenais nos demais períodos.	x	x	x	x

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Habitação, Segurança Pública, Comunicação, Educação, Pesca, Urbanismo, FAMAI, Defesa Civil e demais órgãos que se fizerem necessários.						
Manter número de agente de combate às endemias no Programa de Controle a Dengue preconizados pelo estado com apoio da assistência financeira Complementar.	Realizar todas as ações de controle de ao Aedes aegypti em tempo oportuno.	Equipe mínima de 87 agentes de combate as Endemias.	x	x	x	x
Implantar oficialmente o sobreaviso da Diretoria de Vigilância Epidemiológica	Implantação oficial do sobreaviso da Diretoria de Vigilância Epidemiológica	Sobreaviso oficializado da Diretoria de Vigilância Epidemiológica			x	
Implementar as ações de Prevenção de Vigilância Epidemiológica através da reestruturação física da Diretoria de Vigilância Epidemiológica.	Condições da estrutura física e de trabalho (equipamentos, móveis e materiais de expediente) da Diretoria de Vigilância Epidemiológica.	Estrutura adequada da Diretoria de Vigilância Epidemiológica	x	x	x	x
Monitorar e avaliar a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, em articulação com o gestor estadual	Frequência de avaliação do cumprimento das metas de contratualização do HMMKB referente ao Núcleo de Vigilância Hospitalar	Avaliação anual do cumprimento das metas de contratualização do HMMKB referente ao Núcleo de Vigilância Hospitalar		x	x	x
Melhorar acesso e a qualidade do atendimento aos pacientes do CEREDI	Condições da estrutura física da do CEREDI Nº de ponto de coleta de exames implantado no CEREDI	Estrutura física adequada ao CEREDI 01 Ponto de coleta de exames implantado no	x	x	x	x

		CEREDI				
Prestar assistência integral no Laboratório Municipal em um ambiente adequado e de fácil acesso	Condições da estrutura física/equipamentos do Laboratório Municipal	Estrutura física/equipamentos adequados ao Laboratório Municipal	x	x	x	x
Garantir a cobertura de exames de média e alta complexidade, realizados no Laboratório Municipal, para apoio ao diagnóstico de doenças e agravos de notificação compulsória.	Demanda reprimida de exames de média e alta complexidade, realizados no Laboratório Municipal, para apoio ao diagnóstico de doenças e agravos de notificação compulsória.	Ausência de demanda reprimida de exames de média e alta complexidade, realizados no Laboratório Municipal, para apoio ao diagnóstico de doenças e agravos de notificação compulsória.	x	x	x	x
Realizar matriciamento, para descentralização do diagnóstico tratamento e acompanhamento das hepatites virais.	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com matriciamento realizado	25% das Unidades Básicas de Saúde com matriciamento realizado por ano	x	x	x	x
Promover a implantação da Vigilância da Saúde do Trabalhador e participar no que diz respeito aos ambientes e processos de trabalho para prevenção de acidentes, assim como, informação aos trabalhadores sobre os riscos relacionados ao ambiente de trabalho.	Elevar o número de notificações de Acidente de Trabalho Grave.	1% ao ano - Atuar em parceria com a VISA para garantir informações ao banco de dados, sobre os acidentes de trabalho grave.	x	x	x	x
Investigar os acidentes graves e fatais por acidente, doença ou suspeita de doença ocupacional.	Proporção de casos investigados	100% investigados - Garantir a notificação e investigação de todas as notificações de Acidente	x	x	x	x

		de Trabalho Grave.				
Identificar as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	70% - Investigar para preencher corretamente o campo ocupação nas fichas notificadas.	x	x	x	x
Capacitar as equipes da Atenção Básica quanto ao atendimento, acolhimento e encaminhamento dos usuários com agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de equipes capacitadas	A cada ano garantir 25% das Equipes de Atenção Básica capacitada.	x	x	x	x
Emitir 100% dos alvarás sanitários às empresas que atenderem os requisitos legais.	Número de alvarás sanitários emitidos	100%	x	x	x	x
Elevar para 90% o cadastramento de estabelecimentos não licenciados.	Número de alvarás sanitários emitidos.	90%	x	x	x	x
Atender Elevar e manter em 100% o atendimento das denúncias recebidas.	Número de denúncias recebidas.	100%	x	x	x	x
Realizar 100% de ações do piso estratégico.	Ações do Piso estratégico.	100%	x	x	x	x
Inspecionar 100% das Unidades de Saúde do Município referentes às condições sanitárias.	Número de Unidades do Município.	100%	x	x	x	x
Implantar as Ações Educativas em estabelecimentos comerciais	Ações Educativas realizadas	100%	x	x	x	x
Informatização da Diretoria de Vigilância Sanitária	Programa instituído	2018	x			

Cadastrar todos os sistemas de abastecimento de água para consumo humano, públicos e alternativo.	Número de sistemas de abastecimento de água para consumo humano, públicos e alternativo.	100%	x	x	x	x
Realizar monitoramento dos sistemas de abastecimento de água, conforme normativa.	Monitoramento dos sistemas de abastecimento de água, conforme normativa.	100%	x	x	x	x
Manter 100% na proporção de análises da água em laboratório credenciado realizadas quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Numero de analises (480)	100%	x	x	x	x
Fomentar, executar e monitorar, ações intersetoriais e multiprofissionais de saneabilidade nos rios, afluentes e córregos no município de Itajaí, com o intuito de reduzir danos ambientais e a saúde da população.	Número de sistemas de abastecimento de água para consumo humano, públicos e alternativo.	Contínuo (40 coletas mensais)	x	x	x	x
EIXO VII GESTAO E INVESTIMENTOS						
DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DA GESTAO E INVESTIMENTOS NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ						
Aumento de recursos humanos de acordo com as propostas do Plano Municipal de Saúde 2018-2021.	Número de profissionais contratados	Aumentar o número de recursos humanos de acordo com as propostas do Plano Municipal de Saúde 2018-2021.	x	x	x	x

Retomar a discussão sobre o Plano de Cargos e Salários (PCS) dos servidores celetistas e apresentar propostas da gestão pública, visando diminuir as desigualdades entre os salários dos servidores de saúde.	Descritivo	Solicitar a procuradoria municipal parecer da solicitação do plano de cargos e salários dos funcionários em regime CLT que atuam na ESF.	x			
Controle e fiscalização da carga horária dos servidores.	Manter ponto digital	Manter em todos os serviços o ponto digital	x	x	x	x
Garantir a informação ao RH da transferência do servidor pelo superior responsável do setor.	Protocolo instituído	Implantar protocolo/fluxo de transferência para todos os servidores.	x	x		
Ampliação e/ou adequação das Unidades de Saúde com maior vulnerabilidade e necessidade	Unidades ampliadas	Realizar ampliação e reformas em unidades básicas de saúde	x	x	x	x
Implantação de no mínimo uma academia sendo três academias da saúde no município o ideal segundo o Programa DO MS.	Academias implantadas	Implantação de no mínimo três academias da saúde no município segundo o Programa DO MS.	x	x	x	x

Disponibilizar veículos para as equipes de saúde da família (ESFs) garantindo no mínimo um veículo por unidade de saúde.	Número de automóveis adquirido	Aumentar a frota de automóveis na sms	x	x	x	x
Disponibilizar e garantir manutenção Bicicletas elétricas para ACS das áreas rurais.	Numero de bicicletas adquiridas	Realizar estudo da necessidade das bicicletas elétricas e o custo benefício.	x	x	x	x
Discutir e propor soluções para o investimento de infraestrutura urbana, principalmente na pavimentação.	DESCRITIVO	Participar junto ao grupo de trabalho de mobilidade urbana (CODETRAN, SMU, obras) levando a necessidade da de melhorias na mobilidade do município. Decisão junto ao COMUSA dos representantes.	x	x	x	x
Criação de um Grupo Condutor Municipal- Câmara Técnica para as questões da judicialização na saúde.	Grupo instituído no município	Instituir Grupo Condutor Municipal- Câmara Técnica para as questões da	x	x	x	x

		judicialização na saúde;				
Garantir o fornecimento de materiais para as oficinas e atividades terapêuticas da rede pública.	Insumos garantidos	Realizar levantamento de materiais necessários e fazer licitação	x	x	x	x
Garantir a integridade física dos funcionários nas unidades de saúde no período de atendimento.	Descritivo	Fazer um levantamento das unidades que necessitam de segurança extensiva e realizar impacto financeiro desses profissionais	x	x	x	x
Garantir um processo de educação continuada (treinamento/orientações) para as recepcionistas e demais servidores, capacitando a recepção dos pacientes.	Treinamentos realizados	Instituir um processo de educação continuada (treinamento/orientações) para as recepcionistas e demais servidores, capacitando a recepção dos pacientes.	x	x	x	x

Fomentar a Garantia como base de cálculo para o orçamento do município do ano subsequente que seja superior ao percentual mínimo investido em saúde no ano anterior.	Descritivo	Propor um projeto de lei (SMS e COMUSA), para o executivo municipal sobre a base de cálculo para o orçamento do município do ano subsequente que seja superior ao percentual mínimo investido em saúde no ano anterior.	x	x	x	x
Criação de um comitê de ética para avaliação dos servidores de saúde.	Descritivo	Analisar legalmente solicitando parecer ao jurídico a possibilidade de Criar de um comitê de ética para avaliação dos servidores de saúde.	x	x		
Ampliar os quadros de profissionais técnicos, tais como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, no quadro da SMS para o	Número de profissionais contratados	Realização de estudo funcional para ver necessidade de	x	x	x	x

fortalecimento da Atenção Básica.		profissionais e realização de concurso público.				
Ampliar as ações de manutenção e limpeza das UBS.	Número de manutenções e limpezas realizados	Melhorar os instrumentos licitatórios para garantir a manutenção da rede de saúde.	x	x	x	x
Fortalecer e ampliar estratégias para se fazer uma gestão horizontal, humanizada e acolhedora.	Descritivo	Fortalecer e ampliar o programa acolhe Itajaí em todos os níveis da rede de saúde	x	x	x	x
Disponibilizar vale transporte para pacientes de baixa renda que necessitam de acompanhamento e tratamento longe do domicílio no município de Itajaí.	Descritivo	Realizar estudo para projeto de lei municipal a fim de disponibilizar vale transporte para pacientes de baixa renda que necessitam de acompanhamento e tratamento longe do domicílio no município de Itajaí.	x	x	x	x
Criar o cargo de educador físico na	Descritivo	Realizar estudo de	x			

SMS.		impacto financeiro e elaborar projeto de lei.				
Readequar a rede de transporte público para facilitar o acesso aos serviços de saúde (CIS).	Descritivo	Levar a proposta de adequação ao conselho municipal de transporte.	x			
Reivindicar junto ao poder executivo municipal a destinação das sobras de recursos orçamentais e financeiros repassados da Câmara dos Vereadores para o Fundo Municipal de Saúde.	Descritivo	Fazer uma moção de reivindicação poder executivo municipal a destinação das sobras de recursos orçamentais e financeiros repassados da Câmara dos Vereadores para o Fundo Municipal de Saúde.	x			
Combater toda e qualquer iniciativa que permite a terceirização inclusive para carreiras relacionadas a atividades-fim, rompendo todos os direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros.	Descritivo	Realização de moção para o executivo e legislativo alusiva ao Combate de toda e qualquer iniciativa que permite a	x			

		terceirização inclusive para carreiras relacionadas a atividades-fim, rompendo todos os direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros.				
Investir em carreira pública para os servidores, realizando concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com plano de carreira para contratação de profissionais de saúde para o SUS, abolindo todas as formas de precarização do trabalho.		Realizar estudo jurídico fomentando a administração pública na importância e legalidade de investir em carreira pública para os servidores, realizando concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com plano de carreira para contratação de profissionais de	x	x	x	x

		saúde para o SUS, abolindo todas as formas de precarização do trabalho.				
Reafirmar a saúde como direito universal e integral e dever do Estado, assegurando financiamento estável com definição de novas fontes de financiamento; e priorizando o investimento na atenção primária e nas ações de serviços públicos de saúde.	Descritivo	Realizar moção ao executivo e legislativo solicitando novas fontes de financiamento priorizando a atenção básica.	x	x	x	x
Defender a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar.	Descritivo	Realizar moção a câmara legislativa para defender a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços	x	x	x	x

		prestados aos usuários da saúde suplementar.				
Padronizar a redação dos relatórios de gestão, de forma a garantir a transparência e o claro entendimento e compreensão na apresentação dos gastos em saúde.	Descritivo	Seguir modelo sugerido pelo estado de Santa Catarina	x	x	x	x
Tornar pré-requisito para gestores de saúde em todos os níveis a formação em gestão pública em saúde e garantir a formação continuada.	Descritivo	Solicitar ao executivo estudo do assunto e da legislação vigente que tange a contratação e nomeação de equipe gestora;	x			
Respeitar na íntegra a Lei 8080/90, em seu aspecto contra a terceirização, sendo somente possível a utilização de serviços privados de forma complementar.	Descritivo	Realizar estudo acerca dos serviços suplementares da rede de saúde, com intuito de ver se a legislação está sendo cumprida	x	x	x	x
Garantir recursos financeiros para o desenvolvimento e aprimoramento de sistemas públicos de informação.	Descritivo	Realizar estudo para a viabilidade de sistemas	x	x	x	x

		próprios				
Criar comissão de implantação e de acompanhamento dos sistemas de informações, por representantes da gestão, profissionais de saúde e de tecnologia de informação.	Comissão criada	Criar comissão de implantação e de acompanhamento dos sistemas de informações, por representantes da gestão, profissionais de saúde e de tecnologia de informação.	x			
Priorizar a informatização de toda a rede, inclusive na gestão, garantindo equipe suficiente para implantação e acompanhamento.	Número de equipamentos adquiridos e unidades	Ampliar os equipamentos de informática e equipe do GTI	x	x	x	x
Reavaliar e adaptar o uso Gmus como prontuário eletrônico e sistema de informação no prazo de até no final do primeiro semestre do ano 2018 (dois mil e dezoito).	Descritivo	Fazer estudo do funcionamento do gmus na rede de saúde.	x			
Aprimorar o serviço de prontuário eletrônico integrado facilitando atendimento adequado do usuário.	Número de serviços x número de serviços com prontuário eletrônico	Garantir prontuário eletrônico em todo os serviços de saúde	x	x	x	x
Aprimorar o serviço de Internet prestado a SMS (servidor próprio);	Servidor de internet contratualizado	Contratualizar servidor de internet exclusivo	x	x		

		a sms				
Garantir a oferta de fitas de HGT e glicosímetro aos pacientes insulinos dependentes (100% de contemplação).	Número de pacientes cadastrados x número de aparelhos disponibilizados	Implantar protocolo de entrega de glicosímetro e fitas de hgt para todos os pacientes insulino dependentes	x	x	x	x
Garantir número de profissionais suficientes para função com treinamento em sala de vacina,	Número de profissionais de enfermagem na rede x número de profissionais capacitados	Garantir equipes completas em ub's sendo todos os profissionais de enfermagem habilitados em sala de vacina	x	x	x	x
Implantar e garantir horário alternativo para população ter acesso a vacina;	Número de salas de vacina com horário estendido	Ampliação de sala de vacina com horário estendido a população	x	x	x	x
Dar condições ao profissional para atendimento à mulher, garantindo estrutura física e principalmente com foco no consultório para os enfermeiros;	Número de adequações realizadas	Garantir estrutura física para atendimento da saúde da mulher	x	x	x	x
Criar um supervisor técnico regional com as funções de apoiar, planejar e avaliar indicadores e ações juntamente com as equipes de ESF e conselhos locais de	Número de supervisores implantados	Designar profissional para atuar como supervisor técnico	x	x	x	x

saúde.		regional com as funções de apoiar, planejar e avaliar indicadores e ações juntamente com as equipes de ESF e conselhos locais de saúde.				
Garantir estrutura física e equipamentos para adequado atendimento as crianças e gestantes.	Número de serviços que efetuam atendimento a criança e gestantes	Garantir estrutura física e equipamentos para adequado atendimento as crianças e gestantes.	x	x	x	x
Garantir estrutura adequada para UBS diante da ampliação de profissionais	Unidades com estruturas adequadas	Realizar reformas e ampliações nas ub's do município	x	x	x	x
EIXO VIII ATENÇÃO HOSPITALAR DIRETRIZ: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ						
Criar uma comissão intersetorial atuante para captação de recursos, envolvendo o judiciário, gestão do HMMKB, gestão HUPA, prefeito municipal, COMUSA e auditoria.	Criação de comissão	Criação uma comissão intersetorial atuante para captação de recursos, envolvendo o judiciário, gestão do HMMKB, gestão HUPA, prefeito municipal, COMUSA e auditoria.		x		

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção a Saúde
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Responsabilizar os municípios da AMFRI no custeio dos serviços de referência do Hospital Marieta.	Descritivo	A gestão levará as reuniões de o levantamento de dados e pactuara repasse dos municípios.	x	x	x	x
Garantir 30% para o SUS do orçamento municipal.	Orçamento investido	Realizar moção ao prefeito municipal relacionado ao repasse financeiro	x	x	x	x
Fomentar o aumento dos recursos para cirurgias eletivas.	Descritivo	Utilizar todos os espaços de dialogo (CIR, CIB, CIT, COSENS, COMUSA) a fomentação, fiscalização dos recursos estaduais e federais, priorizando que os mesmos sejam feitos no prazo estabelecido e vise aumento anual.	x	x	x	x
Criação de mecanismos de negociação com recurso próprio para o atendimento de cirurgias de menor porte pelos hospitais da região, seguindo protocolo municipal e portaria GM/MS nº 1606/2001.	Protocolo instituído	Criação de protocolo sobre prestação de serviço de complementação financeira no atendimento de cirurgias de menor porte	x	x	x	x

Reativar a comissão de atenção hospitalar do COMUSA regulamentando as suas atribuições.	Comissão reativada	Reativação a comissão de atenção hospitalar do COMUSA regulamentando as suas atribuições.	x			
Criar um grupo de acompanhamento e avaliação da Rede Cegonha, composta por obstetra do município, servidora da rede, representante da gestão e do Crescem.	Grupo condutor instituído	Criação de um grupo de acompanhamento e avaliação da Rede Cegonha, composta por obstetra do município, servidora da rede, representante da gestão e do Crescem.	x			
Criar um grupo de acompanhamento e avaliação da Rede de urgência e emergência composto por equipe multiprofissional do município.	Grupo instituído	Criar grupo condutor da RUE	x			
Ativar um conselho Gestor de usuários para acompanhar periodicamente a política de acolhimento e humanização dentro do Hospital Marieta.	Grupo instituído	Ativação um conselho Gestor de usuários para acompanhar periodicamente a política de acolhimento e humanização dentro do Hospital Marieta.		x		
Aumentar quadro de profissionais que atuam no serviço de urgência e emergência no município.	Número de profissionais contratados	Adequar os profissionais de urgência e emergência	x	x	x	x
Fortalecer a rede de interação do	Descritivo	Fortalecer a rede de	x	x	x	x

hospital Marieta com os demais pontos de atenção da Rede de saúde municipal e integração dos sistemas		interação do hospital Marieta com os demais pontos de atenção da Rede de saúde municipal e integração dos sistemas				
A SMS criar uma ouvidoria (fiscalização direcionada violência obstétrica no atendimento dentro da maternidade);	Número de ouvidoria implantada	Implantação de uma Ouvidoria (fiscalização) violência obstétrica no atendimento dentro da maternidade;		x		
Capacitação de profissionais na maternidade (humanização);	Número de capacitações realizadas	Realizar capacitações para profissionais que atuam na maternidade do município	x	x	x	x
Garantir testagem para sífilis em 100% das mulheres no momento do parto ou aborto.	Número de gestantes atendidas na maternidade x número de testagens	Garantia de testagem para sífilis em 100% das mulheres no momento do parto ou aborto.	x	x	x	x

