

Secretaria Municipal de Saúde - FORTALEZA

CNPJ: 04.885.197/0001-44

Rua do Rosário, 283

Telefone: 8534526605 - E-mail: gabinete@sms.fortaleza.ce.gov.br

60055-090 - FORTALEZA - CE

RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2013

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

1.1 Secretário(a) de Saúde em Exercício

Secretário em Exercício

Nome: MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO MARTINS Data da Posse: 02/01/2013
Secretário de Saúde Referente ao Ano do Relatório de Gestão

Nome: MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO MARTINS Data da Posse: 02/01/2013
A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere a RAG? Não

1.2 Informações do Fundo Municipal de Saúde

Instrumento legal de criação do FMS Tipo Lei - 5771
CNPJ 11.621.453/0001-51 - Fundo de Saúde
Data 30/11/1983
O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde? Sim
Gestor do FMS MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO MARTINS BRECKENFELD
Cargo do Gestor do FMS Secretário de Saúde

1.3 Informações do Conselho de Saúde

Instrumento legal de criação do CMS Tipo Lei - 8417
Nome do Presidente do CMS EDMILSON PEREIRA DA SILVA
Data 05/12/1990
Segmento usuário
Data da última eleição do Conselho 10/04/2012
Telefone 8534526614
E-mail cmsf@hotmail.com

1.4 Conferência de Saúde

Data da última Conferência de Saúde 07/2011

1.5 Plano de Saúde

A Secretaria de Saúde tem plano de saúde referente ao ano do relatório de gestão? Sim
Vigência do Plano de Saúde De 2010 a 2013
Situação Aprovado
Aprovação no Conselho de Saúde Resolução nº 5 Em 13/03/2012

ARQUIVOS ANEXOS

Documento

Plano Municipal de Saúde 2010-2013 - SARGSUS.pdf

A Secretaria de Saúde tem plano de saúde referente ao período de 2014 a 2017? Não

A Secretaria de Saúde tem programação anual de saúde referente ao ano do relatório de gestão? Sim
Situação Em Análise
Aprovação no Conselho de Saúde Em

ARQUIVOS ANEXOS

Documento

Programação Anual de Saúde 2013.pdf

A Secretaria de Saúde tem programação anual de saúde referente ao ano de 2014?

Não

1.6 Plano de Carreira, Cargos e Salários

O Município possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?

Sim

O Município possui Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?

1.7 Informações sobre Regionalização

O município pertence à Região de Saúde:

FORTALEZA

O município participa de algum consórcio?

Não

O município está organizado em regiões intramunicipal?

Sim Quantas? 6

1.8 Introdução - Considerações Iniciais

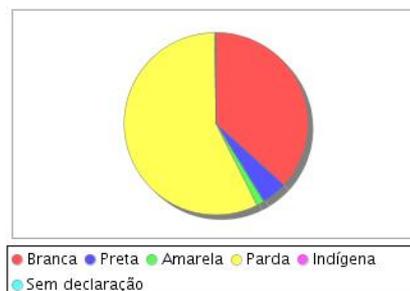
2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBI-MORTALIDADE

2.1. POPULAÇÃO ESTIMADA DO ANO 2013

2.551.806

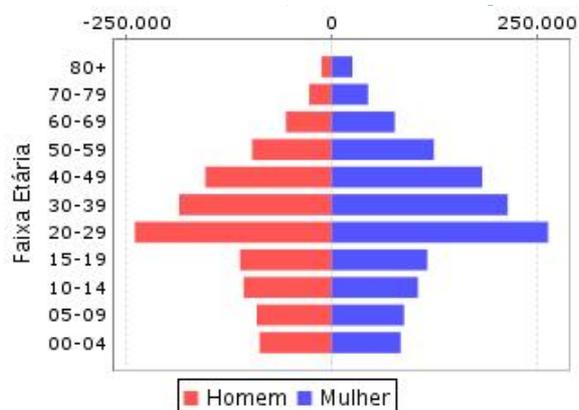
População do último Censo (ano 2012)	Qte	%
Total	2.500.194	100,00%

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	901.816	39,25%
Preta	110.811	4,34%
Amarela	33.161	1,30%
Parda	1.403.292	54,99%
Indígena	3.071	0,12%
Sem declaração	34	0,00%



2.1.1. POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	87.844	84.275	172.119
05-09	91.379	88.437	179.816
10-14	107.220	105.367	212.587
15-19	111.695	116.847	228.542
20-29	240.000	264.140	504.140
30-39	186.057	214.861	400.918
40-49	154.077	183.898	337.975
50-59	96.882	124.785	221.667
60-69	55.615	77.173	132.788
70-79	27.350	44.588	71.938
80+	12.273	25.431	37.704
Total	1.170.392	1.329.802	2.500.194



Análise e considerações do Gestor sobre Dados Demográficos

Fortaleza é a quinta capital do país em população, contando com 2.551.805 habitantes no ano de 2012. Destes, 82% da população é usuária direta do SUS. O município vem apresentando modificações no padrão demográfico e no perfil de morbimortalidade, apresentando em sua estrutura etária redução na proporção de crianças e adultos jovens e consequente aumento na proporção de idosos e sua maior expectativa de vida.

Município de Fortaleza: dados demográficos e de morbimortalidade

Dados demográficos

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE relativos ao censo de 2010, no tocante a raça, registram a seguinte distribuição: 54,9% declararam serem pardos, 39,2% brancos, 4,34% pretos, 1,3% amarelos, 0,12% de indígenas. A população estimada pelo IBGE para 2012 foi 2.500.194. Os dados mostram que a população masculina é maior nos intervalos de 0-04, de 05-09 e 10-14 anos. A partir de 15 anos observa-se o inverso, a população feminina é maior que a masculina. Esta situação se justifica pelo fato dos homens terem maior comportamento de risco a partir dos 15 anos.

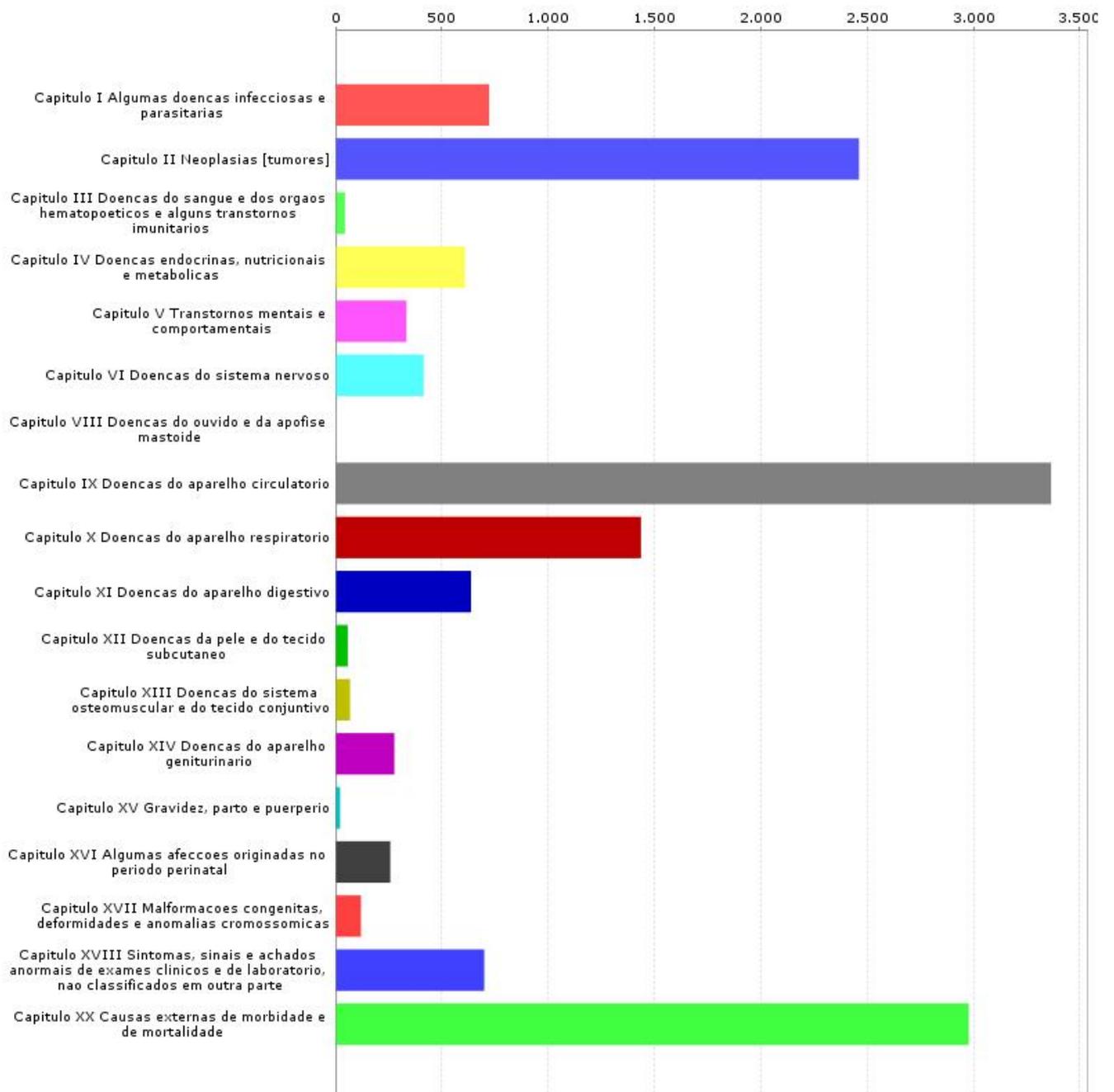
2.3 MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS, FAIXA ETÁRIA E POR RESIDÊNCIA (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2012)

Última atualização: 19/01/2015 12:41:07

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	19	11	7	3	8	55	81	110	94	93	102
Capítulo II Neoplasias [tumores]	2	8	6	9	16	39	96	249	385	565	595
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2	0	0	0	2	0	4	3	4	12	8
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	3	1	2	0	11	14	24	67	113	156
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	4	28	64	62	52	36
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	2	6	4	6	8	19	11	23	19	32	72
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	8	3	5	3	7	28	71	202	386	621	790
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	12	10	2	0	4	25	36	70	99	180	286
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	5	2	1	1	5	16	28	95	123	105	118

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	1	0	0	0	2	1	5	8	8	9
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	0	0	1	0	3	6	10	3	12	5
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	3	0	0	0	0	2	9	13	25	34	65
Capítulo XV Gravidez, parto e puerperio	0	0	0	0	3	10	8	1	0	0	0
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	255	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	92	10	1	0	2	1	1	2	4	3	4
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	6	1	1	1	8	35	38	47	68	52	109
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	10	19	9	67	574	931	503	292	184	113	104
Total	420	77	37	93	637	1.181	935	1.210	1.531	1.995	2.460

Internações por Capítulo CID-10	80	Idade ignorada	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	140	0	723
Capítulo II Neoplasias [tumores]	492	0	2.462
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	10	0	45
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	216	0	610
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	88	0	334
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	213	0	415
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	1.236	5	3.365
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	712	1	1.437
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	138	1	638
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	1	58
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	28	0	69
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	126	0	277
Capítulo XV Gravidez, parto e puerperio	0	0	22
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0	258
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	0	120
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	316	18	700
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	137	35	2.978
Total	3.875	61	14.512



Análise e considerações sobre Mortalidade

Dados de Mortalidade

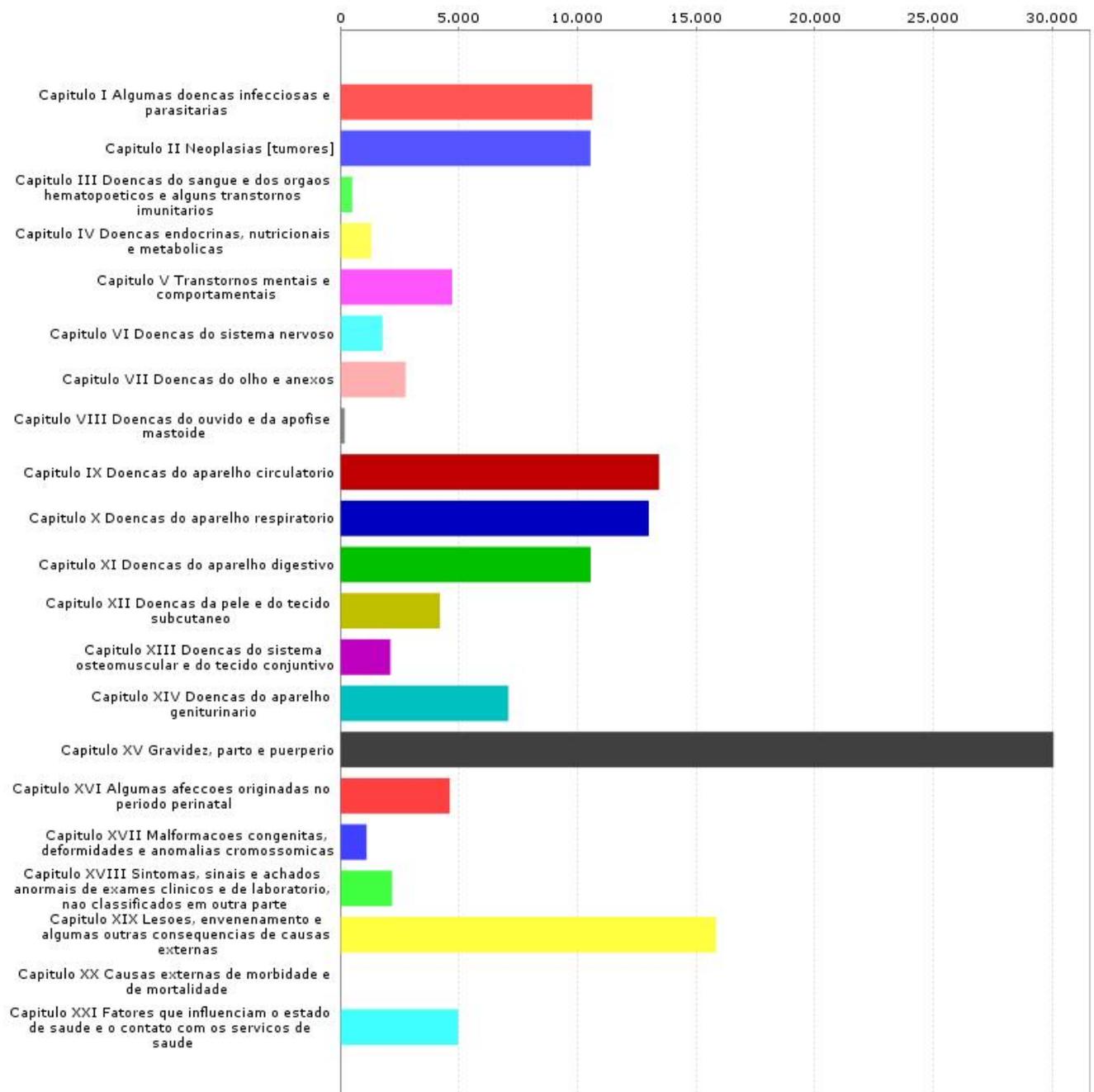
Os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) em 2013 mostram as cinco principais causas de óbitos a seguir:

- A principal causa de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) em pessoas maior que 80 anos.
- A segunda maior causa de óbito, trata-se das causas externas (Capítulo XX) principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos.
- As neoplasias (Capítulo II) são a terceira maior causa de mortalidade com predomínio na população de 70 a 79 anos.
- Observa-se, respectivamente, como a quarta e quinta maior causa de mortalidade, as doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), principalmente na população maior de 80 anos e as doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I) com destaque para a faixa etária de 40 a 49 anos. O perfil de morbimortalidade vem apresentando declínio das doenças infecciosas e ascensão das doenças crônicas não transmissíveis e de acidentes e violência (causas externas).

2.4. MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA (Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2013)

null

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.097	2.714	1.477	1.119	467	446	716	695	598	531	392	381	10.633
Capítulo II Neoplasias [tumores]	12	56	66	107	274	716	1.144	2.179	1.933	2.055	1.437	576	10.555
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	17	37	49	37	23	48	51	60	53	63	42	37	517
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	24	51	46	47	34	65	119	180	202	243	183	124	1.318
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	1	0	14	161	1.071	1.301	1.101	736	271	69	2	4.727
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	91	192	255	184	127	157	163	145	195	157	87	41	1.794
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	24	16	32	26	47	123	136	172	348	747	774	322	2.767
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	9	30	20	28	13	19	33	17	15	7	2	1	194
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	30	21	28	49	96	365	728	1.553	2.711	3.191	2.811	1.869	13.452
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	2.329	3.425	1.414	823	324	412	376	518	683	821	940	946	13.011
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	151	434	462	436	427	1.189	1.527	1.665	1.840	1.348	757	325	10.561
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	69	185	157	148	207	525	527	625	608	570	382	209	4.212
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8	31	60	98	170	439	409	343	265	178	87	35	2.123
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	100	209	239	279	459	822	1.105	1.335	931	834	499	282	7.094
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	404	6.472	15.159	7.207	819	6	1	1	0	30.069
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	4.566	2	0	0	9	31	13	2	0	0	1	0	4.624
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	251	227	152	102	82	116	69	37	26	30	15	12	1.119
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	16	32	57	86	208	444	405	316	279	185	105	62	2.195
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	74	282	460	646	1.661	3.837	3.015	2.168	1.469	930	718	588	15.848
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	1	0	0	1	0	0	1	3	3	3	12
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	130	178	210	244	361	1.079	1.141	606	486	329	151	71	4.986
Total	8.998	8.123	5.185	4.877	11.622	27.064	20.185	14.536	13.385	12.494	9.456	5.886	141.811



Análise e considerações sobre Mortalidade

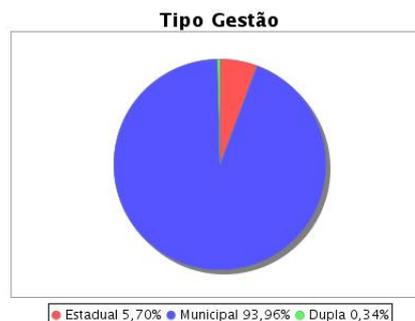
Dados de Morbidade

Dados do DATASUS, relativo a morbidade hospitalar (internações por grupo de causas e faixa etária segundo CID-10), no período de janeiro a dezembro de 2013, mostram que as cinco principais causas de internações são as seguintes:

- A principal causa de internação refere-se a gravidez, parto e puerpério (capítulo XV), com destaque para as mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos.
- A segunda maior causa de internações tratam-se lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas (Capítulo XIX), principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos.
- A terceira causa de morbidade hospitalar são as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) que afetam principalmente a população de 60 a 89 anos.
- Em seguida, temos as doenças do aparelho respiratório (Capítulo X) como a quarta causa de morbidade hospitalar, e algumas doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I) na quinta colocação, ambas com predomínio da população de 1 a 4 anos.

3.1 TIPO GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	93	93	0	0
POLICLINICA	1	1	0	0
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	27	27	0	0
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	64	61	3	0
FARMACIA	1	0	1	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	16	16	0	0
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	1	1	0	0
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	7	7	0	0
HOSPITAL GERAL	23	22	1	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	24	24	0	0
COOPERATIVA	1	1	0	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	7	6	1	0
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	1	0	1	0
SECRETARIA DE SAUDE	4	2	2	0
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	2	1	0	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	16	16	0	0
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	1	1	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	6	0	6	0
TELESSAUDE	1	0	1	0
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	1	1	0	0
CENTRAL DE REGULACAO	1	0	1	0
Total	298	280	17	1



3.2. ESFERA ADMINISTRATIVA (GERÊNCIA)

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	103	103	0	0
FEDERAL	3	3	0	0
ESTADUAL	35	17	17	1
MUNICIPAL	157	157	0	0
Total	298	280	17	1

Justificativa de Dupla Gestão

Dos estabelecimentos de saúde inscritos no CNES, 103 são estabelecimentos na esfera administrativa privada, 3 são esfera administrativa federal, 35 da estadual e 157 são da esfera municipal, perfazendo um total de 298 estabelecimentos compondo a rede física prestadora de serviço ao SUS, que correspondem a 65,44% na esfera pública e 34,56% pertencente a esfera privada.

Dos estabelecimentos da esfera administrativa municipal, a maioria é do tipo Unidade Básica/Centro de Saúde, no total de 93 Centros de Saúde/Unidade Básica.

Organizar, portanto, os serviços de Atenção Primária de Saúde é condição fundamental para viabilizar o SUS no município de Fortaleza, em conformidade com os preceitos estabelecidos nos marcos legais das Leis 8.080 e 8.142 e nos pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira e da Constituição Federal.

Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS

Dos estabelecimentos de saúde inscritos no CNES, 103 são estabelecimentos na esfera administrativa privada, 3 são esfera administrativa federal, 35 da estadual e 157 são da esfera municipal, perfazendo um total de 298 estabelecimentos compondo a rede física prestadora de serviço ao SUS, que correspondem a 65,44% na esfera pública e 34,56% pertencente a esfera privada.

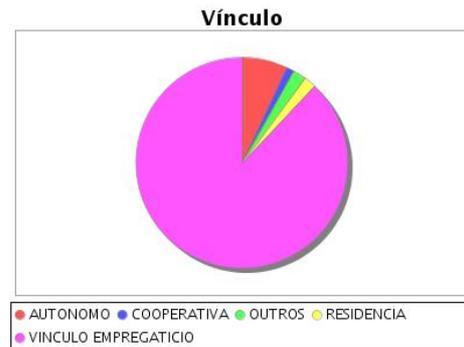
Dos estabelecimentos da esfera administrativa municipal, a maioria é do tipo Unidade Básica/Centro de Saúde, no total de 93 Centros de Saúde/Unidade Básica.

Organizar, portanto, os serviços de Atenção Primária de Saúde é condição fundamental para viabilizar o SUS no município de Fortaleza, em conformidade com os preceitos estabelecidos nos marcos legais das Leis 8.080 e 8.142 e nos pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira e da Constituição Federal.

Conforme orientação do Manual Técnico do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, a fim de subsidiar dados estatísticos e como pré requisito para contratos com o SUS e demais planos de saúde, os estabelecimentos prestadores de serviço ao SUS devem se cadastrar no CNES e fornecer informações sobre vínculos (empregatícios, autonomo, cooperativa, residencia e outros).

O cadastro, porém, não significa vinculação dos estabelecimentos ao SUS do Município de Fortaleza. Portanto, as informações referentes aos vínculos constantes na tabela acima, referem-se aos cadastros dos estabelecimentos de saúde no CNES.

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
CONSULTORIA	10
INTERMEDIADO ORG DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PUBL(OSCIP)	14
INTERMEDIADO P ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM FINS LUCRATIVO	543
INTERMEDIADO POR COOPERATIVA	32
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	764
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO NAO-GOVERNAMENTAL(ONG)	3
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO SOCIAL(OS)	25
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	64
SEM TIPO	155
TOTAL	1610
COOPERATIVA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	261
TOTAL	261
OUTROS	
TIPO	TOTAL
BOLSA	125
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	322
PROPRIETARIO	16
TOTAL	463
RESIDENCIA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	436
TOTAL	436
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSONADO	34
CELETISTA	2476
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	803
EMPREGO PUBLICO	6167
ESTATUTARIO	7811
SEM TIPO	2982
TOTAL	20273



Análise e Considerações Profissionais SUS

Conforme orientação do Manual Técnico do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, a fim de subsidiar dados estatísticos e como pré requisito para contratos com o SUS e demais planos de saúde, os estabelecimentos prestadores de serviço ao SUS devem se cadastrar no CNES e fornecer informações sobre vínculos (empregatícios, autônomo, cooperativa, residência e outros).

O cadastro, porém, não significa vinculação dos estabelecimentos ao SUS do Município de Fortaleza. Portanto, as informações referentes aos vínculos constantes na tabela acima, referem-se aos cadastros dos estabelecimentos de saúde no CNES, não necessariamente a situação dos profissionais que prestam serviços ao SUS.

5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

1- Diretriz: FORTALECIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MODO A GARANTIR QUE ESTA ESTRATÉGIA SE CONFIGURE AINDA MAIS E SE CONSOLIDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO E COMO EIXO PRINCIPAL DA ESTRUTURAÇÃO DO SUS.

1.1- Objetivo: EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS; DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: CADASTRAR 100% DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS ÀS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB).

1.1.1- Ação: O SIAB É O PRINCIPAL SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA O MONITORAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES, EM ESPECIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, BEM COMO É CONSIDERADO UMA FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS ASSISTIDAS PELAS EQUIPES DA ESF. OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SÃO RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS DE SUA MICROÁREA DE ATUAÇÃO.

Meta Prevista: CADASTRAR 100% DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS ÀS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB).

Meta Executada: 62,79%

1.1.1- Ação: O SIAB É O PRINCIPAL SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA O MONITORAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES, EM ESPECIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, BEM COMO É CONSIDERADO UMA FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS ASSISTIDAS PELAS EQUIPES DA ESF. OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SÃO RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS DE SUA MICROÁREA DE ATUAÇÃO.

Meta Prevista: CADASTRAR 100% DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS ÀS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB).

Meta Executada: 62,79%

1.1.1- Ação: O SIAB É O PRINCIPAL SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA O MONITORAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES, EM ESPECIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, BEM COMO É CONSIDERADO UMA FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS ASSISTIDAS PELAS EQUIPES DA ESF. OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SÃO RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS DE SUA MICROÁREA DE ATUAÇÃO.

Meta Prevista: CADASTRAR 100% DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS ÀS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB).

Meta Executada: 62,79%

1.1.2- Ação: O SIAB É O PRINCIPAL SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA O MONITORAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES, EM ESPECIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, BEM COMO É CONSIDERADO UMA FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS ASSISTIDAS PELAS EQUIPES DA ESF. OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SÃO RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS DE SUA MICROÁREA DE ATUAÇÃO.

Meta Prevista: CADASTRAR 100% DAS FAMÍLIAS ADSCRITAS ÀS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB).

Meta Executada: 62,79%

1.2- Objetivo: EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS; DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: AMPLIAR O NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA 114.

1.2.1- Ação: NÃO HOUVE AMPLIAÇÃO DO NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM 2013. CONTUDO, 22 UNIDADES FORAM REFORMADAS / AMPLIADAS. E FORAM DADAS ORDENS DE SERVIÇO PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVAS 22 UNIDADES DE SAÚDE.

Meta Prevista: AMPLIAR O NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA 114.

Meta Executada: 79,82%

1.3- Objetivo: EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS; DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: AMPLIAR O NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA 114.

1.3.1- Ação: NÃO HOUVE AMPLIAÇÃO DO NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM 2013. CONTUDO, 22 UNIDADES FORAM REFORMADAS / AMPLIADAS. E FORAM DADAS ORDENS DE SERVIÇO PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVAS 22 UNIDADES DE SAÚDE.

Meta Prevista: AMPLIAR O NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA 114.

Meta Executada: 79,82%

1.4- Objetivo: EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS; DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: AMPLIAR NÚMERO DE EQUIPES DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF), COMPOSTOS POR EQUIPES MULTIDISCIPLINARES ATUANDO EM CONJUNTO, PARA ACOMPANHAMENTO DE 4 EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA POR NASF, PARA AMPLIAR A QUALIFICAÇÃO DA ATUAÇÃO EM PARCERIA E EM APOIO ÀS EQUIPES DA ESF POR NASF.

1.4.1- Ação: NO PRIMEIRO BIMESTRE DE 2013, ACONTECEU O FIM DO CONTRATO DOS PROFISSIONAIS QUE ESTAVAM VINCULADOS AO NASF. O MUNICÍPIO PASSOU A CONTAR APENAS COM OS PROFISSIONAIS QUE FORAM APROVADOS NA SELEÇÃO PÚBLICA REALIZADA EM 2012. DESTA FEITA, APENAS 12 EQUIPES NASF PERMANECERAM ATIVAS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA. HÁ, TODAVIA, A PERSPECTIVA DE AMPLIAÇÃO DESSE NÚMERO NO PRÓXIMO TRIÊNIO EM DECORRÊNCIA DA CONTRATAÇÃO DE NOVOS PROFISSIONAIS.

Meta Prevista: AMPLIAR NÚMERO DE EQUIPES DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF), COMPOSTOS POR EQUIPES MULTIDISCIPLINARES ATUANDO EM CONJUNTO, PARA ACOMPANHAMENTO DE 4 EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA POR NASF, PARA AMPLIAR A QUALIFICAÇÃO DA ATUAÇÃO EM PARCERIA E EM APOIO ÀS EQUIPES DA ESF POR NASF.

Meta Executada: ---

1.5- Objetivo: EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS; DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: AMPLIAR COBERTURA DA ESF, POR MEIO DA AMPLIAÇÃO DO NÚMERO DE ACS NAS EQUIPES COM A CONCLUSÃO DO PROCESSO DE CONVOCAÇÃO DOS APROVADOS EM PRIMEIRO LUGAR NA SELEÇÃO PÚBLICA REALIZADA PELO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, OFERECIDAS 2.627 VAGAS, EFETIVANDO CONVOCAÇÃO DE 100% DOS APROVADOS EM PRIMEIRO LUGAR.

1.5.1- Ação: NO MÊS DE DEZEMBRO DE 2012, FORAM CONVOCADOS 70 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) ORIUNDOS DA SELEÇÃO PÚBLICA PROMOVIDA PARA SUPRIR AS VAGAS DECORRENTES DE AFASTAMENTOS. EM 2013 NÃO HOUVE CONTRATAÇÃO DE NOVOS ACS E A COBERTURA FICOU NA ORDEM DE 55% DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO. PARA O PRÓXIMO TRIÊNIO ESTÁ PREVISTO O AUMENTO DA COBERTURA JÁ QUE SE VISLUMBRA A CONTRATAÇÃO DE 349 NOVOS ACS PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E PARA O ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO.

Meta Prevista: AMPLIAR COBERTURA DA ESF, POR MEIO DA AMPLIAÇÃO DO NÚMERO DE ACS NAS EQUIPES COM A CONCLUSÃO DO PROCESSO DE CONVOCAÇÃO DOS APROVADOS EM PRIMEIRO LUGAR NA SELEÇÃO PÚBLICA REALIZADA PELO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, OFERECIDAS 2.627 VAGAS, EFETIVANDO CONVOCAÇÃO DE 100% DOS APROVADOS EM PRIMEIRO LUGAR.

Meta Executada: 55%

1.6- Objetivo: EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS; DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: GARANTIR A OFERTA DE VAGA COM INSCRIÇÃO GRATUITA E A INSERÇÃO DE 100% DOS ACS EM ATUAÇÃO JUNTO ÀS EQUIPES DA ESF, NO CURSO TÉCNICO OFERECIDO PELA ESP DO CEARÁ, POR MEIO DA RENOVAÇÃO DO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE A SMS DE FORTALEZA, ESP E MS.

1.6.1- Ação: EM 2012, TODOS OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE TIVERAM VAGA OFERTADA NO CURSO TÉCNICO OFERECIDO PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, POR MEIO DA RENOVAÇÃO DO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, A ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ E O MINISTÉRIO DA SAÚDE. EM 2013, A OFERTA DESSAS VAGAS FOI MANTIDA E ESTENDIDA PARA OS ACS RECÉM CONTRATADOS PELO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.

Meta Prevista: GARANTIR A OFERTA DE VAGA COM INSCRIÇÃO GRATUITA E A INSERÇÃO DE 100% DOS ACS EM ATUAÇÃO JUNTO ÀS EQUIPES DA ESF, NO CURSO TÉCNICO OFERECIDO PELA ESP DO CEARÁ, POR MEIO DA RENOVAÇÃO DO CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE A SMS DE FORTALEZA, ESP E MS.

Meta Executada: 100%

1.7- Objetivo: EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS; DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: REVITALIZAR O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM 100% DAS UBS, COM VISTAS À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS, GARANTINDO PLENO ACESSO DA POPULAÇÃO A TODAS AS UBS DE FORTALEZA.

1.7.1- Ação: EM MEADOS DE 2013, DURANTE A REORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, HOUVE A REVITALIZAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COM VISTAS À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS, GARANTINDO PLENO ACESSO DA POPULAÇÃO A TODAS AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA EM TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE. NO ENTANTO, EM 2013, 50 UNIDADES INICIARAM EFETIVAMENTE.

Meta Prevista: REVITALIZAR O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM 100% DAS UBS, COM VISTAS À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS, GARANTINDO PLENO ACESSO DA POPULAÇÃO A TODAS AS UBS DE FORTALEZA.

Meta Executada: 55%

1.8- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: REESTRUTURAR PARA GARANTIR MELHORIAS E ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA, NO SENTIDO DE QUE ATÉ 2013 EM TODAS AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CAPITAL HAJA AMBIÊNCIA SATISFATÓRIA PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NESTAS UNIDADES DE SAÚDE.

1.8.1- Ação:22 UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PASSARAM POR REFORMAS OU AMPLIAÇÕES NO ANO DE 2013. OUTRAS 28 TIVERAM ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO. ESSAS 50 UNIDADES FORAM ABASTECIDAS ATRAVÉS DA AQUISIÇÃO DE NOVOS EQUIPAMENTOS E TAMBÉM HOVE REFORMULAÇÕES NA COMPOSIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NESTAS UNIDADES. AINDA EM 2013 FORAM INICIADAS REFORMAS DOS ESPAÇOS FÍSICOS DE MAIS 17 UAPS.

Meta Prevista: REESTRUTURAR PARA GARANTIR MELHORIAS E ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA, NO SENTIDO DE QUE ATÉ 2013 EM TODAS AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CAPITAL HAJA AMBIÊNCIA SATISFATÓRIA PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NESTAS UNIDADES DE SAÚDE.

Meta Executada: 55%

1.9- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: ESTRUTURAR E IMPLEMENTAR PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ORGANIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO USUÁRIA DESTES SERVIÇOS, NAS PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, CONFORME PACTUAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE.

1.9.1- Ação:PROGRAMA DE EXPANSÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA (PROESF) FOI ENCERRADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE AINDA NO ANO DE 2012. EM 2013, O MUNICÍPIO DE FORTALEZA INICIOU PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE ACORDO COM OS PRAZOS ESTABELECIDOS PELO MINISTÉRIO.

Meta Prevista: ESTRUTURAR E IMPLEMENTAR PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ORGANIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO USUÁRIA DESTES SERVIÇOS, NAS PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, CONFORME PACTUAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Meta Executada: ---

1.10- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: IMPLEMENTAR A ESTRATÉGIA DE ABERTURA DE 38 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM HORÁRIO AMPLIADO, INCLUINDO O NOTURNO, DAS 7 DA MANHÃ ATÉ ÀS 21HORAS, EM FINAIS DE SEMANA E FERIADOS COMO FORMA DE MANTER A EFETIVA AMPLIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE E A RESOLUTIVIDADE DA ASSISTÊNCIA.

1.10.1-SEGUNDO NOVA REGULAMENTAÇÃO MUNICIPAL, O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DOS Ação:EQUIPAMENTOS DE SAÚDE PASSOU A SER DE 7 DA MANHÃ ÀS 19 HORAS, DE SEGUNDA À SEXTA-FEIRA. COM BASE NISSO, E COMO PARTE DA REORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, 50 UNIDADES PASSARAM A ATENDER A POPULAÇÃO NESSE HORÁRIO.

Meta Prevista: IMPLEMENTAR A ESTRATÉGIA DE ABERTURA DE 38 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM HORÁRIO AMPLIADO, INCLUINDO O NOTURNO, DAS 7 DA

MANHÃ ATÉ ÀS 21HORAS, EM FINAIS DE SEMANA E FERIADOS COMO FORMA DE MANTER A EFETIVA AMPLIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE E A RESOLUTIVIDADE DA ASSISTÊNCIA.

Meta Executada: 132%

1.11- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: AUMENTAR EM 30% A OFERTA DE VEÍCULOS DISPONIBILIZADOS PARA AS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MODO A REALIZAREM OS ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS DOMICILIARES A GESTANTES, CRIANÇAS, ADULTOS E IDOSOS ACAMADOS, OU COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO.

1.11.1-A OFERTA DE VEÍCULOS PARA AS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MODO A REALIZAREM OS ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS DOMICILIARES A GESTANTES, CRIANÇAS, ADULTOS E IDOSOS ACAMADOS, OU COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO NÃO SOFREU ACRÉSCIMO QUANTITATIVO.

Meta Prevista: AUMENTAR EM 30% A OFERTA DE VEÍCULOS DISPONIBILIZADOS PARA AS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MODO A REALIZAREM OS ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS DOMICILIARES A GESTANTES, CRIANÇAS, ADULTOS E IDOSOS ACAMADOS, OU COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO.

Meta Executada: ---

1.12- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: REESTRUTURAR 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE QUE FUNCIONAM EM HORÁRIOS E DIAS AMPLIADOS, AUMENTANDO A RESOLUTIVIDADE DA ASSISTÊNCIA COM AQUISIÇÃO DE NOVOS EQUIPAMENTOS, REFORMAS E AMPLIAÇÕES NA ESTRUTURA FÍSICA E REFORMULAÇÃO NA COMPOSIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NESTAS UNIDADES.

1.12.1-NO ANO DE 2013, 50 UNIDADES PASSARAM POR ADEQUAÇÃO DE SUA ESTRUTURA FÍSICA. AÇÃO:TAIS UNIDADES FORAM ABASTECIDAS ATRAVÉS DA AQUISIÇÃO DE NOVOS EQUIPAMENTOS. HOUE TAMBÉM REFORMULAÇÕES NA COMPOSIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NESTAS UNIDADES, GARANTINDO OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS PRECONIZADOS PARA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA, NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E NA POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.

Meta Prevista: REESTRUTURAR 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE QUE FUNCIONAM EM HORÁRIOS E DIAS AMPLIADOS, AUMENTANDO A RESOLUTIVIDADE DA ASSISTÊNCIA COM AQUISIÇÃO DE NOVOS EQUIPAMENTOS, REFORMAS E AMPLIAÇÕES NA ESTRUTURA FÍSICA E REFORMULAÇÃO NA COMPOSIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NESTAS UNIDADES.

Meta Executada: 132%

1.13- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: GARANTIR A REVISÃO E ATUALIZAÇÃO, DE MODO CONTÍNUO, DO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DE TODAS AS REGIÕES E COMUNIDADES DA CIDADE, DE MODO A GARANTIR E DEFINIR OS TERRITÓRIOS E GRUPOS POPULACIONAIS DE ADSCRITOS A 100% DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA.

1.13.1-COMO PARTE DA REORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO AÇÃO:MUNICÍPIO DE FORTALEZA, TODAS AS UNIDADES PASSARAM POR OFICINAS, REALIZANDO REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO SEU TERRITÓRIO DE ADSCRIÇÃO. ESTE PROCESSO ENVOLVEU PROFISSIONAIS DE SAÚDE, REPRESENTANTES DA GESTÃO E DA COMUNIDADE PERMITINDO RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO VIVO E DAS DINÂMICAS SOCIAIS QUE INTERFEREM NA UTILIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE SAÚDE. A TERRITORIALIZAÇÃO É UM PROCESSO DINÂMICO QUE DEVE SER CONSTANTEMENTE REVISITADO.

Meta Prevista: GARANTIR A REVISÃO E ATUALIZAÇÃO, DE MODO CONTÍNUO, DO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DE TODAS AS REGIÕES E COMUNIDADES DA CIDADE, DE MODO A GARANTIR E DEFINIR OS TERRITÓRIOS E GRUPOS POPULACIONAIS DE ADSCRITOS A 100% DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA.

Meta Executada: 100%

1.14- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: INCREMENTAR E MONITORAR A ADEQUADA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB) POR 100% DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, COM INCENTIVO ÀS EQUIPES AO USO DAS INFORMAÇÕES E DADOS REGISTRADOS PARA AVALIAÇÃO, ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES.

1.14.1-EM 2013, FORTALEZA CONTOU COM A CONTINUIDADE DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE AÇÃO:MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ), POR OPORTUNIDADE DA ADESÃO AO SEU SEGUNDO CICLO. FORAM REALIZADAS VISITAS SISTEMÁTICAS PARA O ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DAS 120 EQUIPES PARTICIPANTES DO PROGRAMA. COMO INCREMENTO AO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, HOVE A IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO COM UTILIZAÇÃO DO SISTEMA FASTMEDIC. AO FINAL DE 2013, 25 UBS, SOMANDO 117 EQUIPES, UTILIZAVAM.

Meta Prevista: INCREMENTAR E MONITORAR A ADEQUADA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB) POR 100% DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, COM INCENTIVO ÀS EQUIPES AO USO DAS INFORMAÇÕES E DADOS REGISTRADOS PARA AVALIAÇÃO, ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES.

Meta Executada: 48%

1.15- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: PROMOVER CURSOS E ENCONTROS DIVERSIFICADOS DE CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO EM SERVIÇO PARA GESTORES (AS), TRABALHADORES (AS) E USUÁRIOS (AS) DO SUS DE 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA, NO SENTIDO DE QUE A ATENÇÃO À SAÚDE DESDE O SEU PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO SE DÊ EM ADEQUAÇÃO ÀS NORMAS.

1.15.1-EM 2013, FORTALEZA PASSOU A CONTAR COM UMA EQUIPE DE CONSULTORES EXTERNOS AÇÃO:COM O INTUITO DE REORGANIZAR OS MACRO E MICROPROCESSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CAPITAL. FORAM REALIZADAS ATIVIDADES COM ENCONTROS PRESENCIAIS MENSIS E CADA UMA DAS SEIS COORDENADORIAS REGIONAIS (CORES) INSTITUIU EM SEU QUADRO FUNCIONAL O PAPEL DE TUTOR. CADA TUTOR FICOU RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO SISTEMÁTICO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Meta Prevista: PROMOVER CURSOS E ENCONTROS DIVERSIFICADOS DE CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO EM SERVIÇO PARA GESTORES (AS), TRABALHADORES (AS) E USUÁRIOS (AS) DO SUS DE 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA, NO SENTIDO DE QUE A ATENÇÃO À SAÚDE DESDE O SEU PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO SE DÊ EM ADEQUAÇÃO ÀS NORMAS.

Meta Executada: 100%

1.16- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: REESTRUTURAR O PROCESSO DE INFORMATIZAÇÃO DAS UBS DE FORTALEZA, GARANTINDO A AMPLIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE COM A RENOVAÇÃO E DIVERSIFICAÇÃO QUE SE FIZER NECESSÁRIA DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS PARA 100% DAS UBS, COM ADEQUAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO AOS SISTEMAS DO MS

1.16.1-FORAM ADQUIRIDOS E INSTALADOS COMPUTADORES EM 50 UNIDADES DE ATENÇÃO

Ação:PRIMÁRIA À SAÚDE. TAMBÉM HOVE READEQUAÇÃO DA REDE PARA VIABILIZAR AMPLO ACESSO À INTRANET / INTERNET.

COMO INCREMENTO AO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, HOVE AINDA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO COM UTILIZAÇÃO DO SISTEMA FASTMEDIC AO PASSO QUE, AO FINAL DE 2013, 25 UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA JÁ UTILIZAVAM ESTE PRONTUÁRIO. ESTE SISTEMA POSSIBILITA A INTEGRAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO COM OS SISTEMAS DO MS.

Meta Prevista: REESTRUTURAR O PROCESSO DE INFORMATIZAÇÃO DAS UBS DE FORTALEZA, GARANTINDO A AMPLIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE COM A RENOVAÇÃO E DIVERSIFICAÇÃO QUE SE FIZER NECESSÁRIA DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS PARA 100% DAS UBS, COM ADEQUAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO AOS SISTEMAS DO MS.

Meta Executada: 55%

1.17- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA;AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.

Metas: ORGANIZAR E IMPLEMENTAR O CUIDADO, AO NÍVEL DA ATENÇÃO BÁSICA, À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA COM A ORGANIZAÇÃO DE EQUIPES ESPECÍFICAS PARA O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS NESTA SITUAÇÃO, COM A ADEQUADA E NECESSÁRIA INTERMEDIÇÃO JUNTO A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE FORTALEZA.

1.17.1-O CONSULTÓRIO DE RUA FOI IMPLANTADO EM 2010, SOB A COORDENAÇÃO DA SAÚDE

Ação:MENTAL, ATUANDO COM UMA EQUIPE MODALIDADE I, NA SR II - UAPS PAULO MARCELO.

EM 2011 A PNAB INSTITUI A RESPONSABILIDADE À ATENÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA. AS AÇÕES DESENVOLVIDAS PASSARAM A SER REALIZADAS PELAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA DE FORMA ITINERANTE, COM AÇÕES COMPARTILHADAS E INTEGRADAS ÀS UBS, CAPS, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO.

Meta Prevista: ORGANIZAR E IMPLEMENTAR O CUIDADO, AO NÍVEL DA ATENÇÃO BÁSICA, À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA COM A ORGANIZAÇÃO DE EQUIPES ESPECÍFICAS PARA O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS NESTA SITUAÇÃO, COM A ADEQUADA E NECESSÁRIA INTERMEDIÇÃO JUNTO A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE FORTALEZA.

Meta Executada: EM EXECUÇÃO

2- Diretriz:FORTELECIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MODO A GARANTIR QUE ESTA ESTRATÉGIA SE CONFIGURE AINDA MAIS E SE CONSOLIDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO E COMO EIXO PRINCIPAL DA ESTRUTURAÇÃO DO SUS.

2.1- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: IMPLEMENTAR O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇA COM ASMA EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA ATÉ 2012, COM ORGANIZAÇÃO E GARANTIA DE ADEQUADA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE 100% DAS UBS, COM NECESSÁRIA AMPLIAÇÃO DA OFERTA E PRESCRIÇÃO E ADEQUADO USO RACIONAL DOS MEDICAMENTOS.

2.1.1- Ação:CAPACITAÇÃO EM PARCERIA COM A SOCIEDADE CEARENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DE 453 PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) PELOS PROFISSIONAIS DA APS, PERFAZENDO UM TOTAL DE 1015 ACS CAPACITADOS.

Meta Prevista: IMPLEMENTAR O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇA COM ASMA EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FORTALEZA ATÉ 2012, COM ORGANIZAÇÃO E GARANTIA DE ADEQUADA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE 100% DAS UBS, COM NECESSÁRIA AMPLIAÇÃO DA OFERTA E PRESCRIÇÃO E ADEQUADO USO RACIONAL DOS MEDICAMENTOS.

Meta Executada: AQUISIÇÃO DE 5.000 ESPAÇADORES PARA INALADORES PRESSURIZADOS UTILIZADOS PARA O TRATAMENTO DO ASMÁTICO; AMPLIAÇÃO DO PROGRAMA DE ASMA PARA O ADULTO E IDOSO; AMPLIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA COM ASMA: DE 18 UAPS PARA 38 UAPS PERFAZENDO UM TOTAL DE 41% COM AS CAPACITAÇÕES CONSEGUIU-SE ALCANÇAR 38% DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, INCLUINDO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

2.2- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: AUMENTAR A COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIADAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA PARA O PERCENTUAL DE 75%.

2.2.1- Ação:REALIZAÇÃO DE REUNIÕES COM AS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O BENEFÍCIO VARIÁVEL À GESTANTE (BVG) E O BENEFÍCIO VARIÁVEL À NUTRIZ (BVN). ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA NOTA TÉCNICA SOBRE O BVG E BVN PARA INFORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO BENEFÍCIO. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA QUINZENALMENTE. REALIZAÇÃO DAS OFICINAS INTERSETORIAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.

Meta Prevista: AUMENTAR A COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIADAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA PARA O PERCENTUAL DE 75%.

Meta Executada: ---

2.3- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: ORGANIZAR PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MODO A OTIMIZAR A OFERTA DE EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS DEMANDADAS POR ATENDIMENTOS REALIZADOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

2.3.1- Ação:FORMAÇÃO DE GRUPOS DE TRABALHO GT PARA ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS; ORGANIZAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PARA REVISÃO DE DIRETRIZES JÁ EXISTENTES; DEFINIÇÃO DO OBJETO, PRODUTO E METAS PARA IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS; REALIZAÇÃO DE OFICINA COM ESPECIALISTAS E PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO, PARA COMPOSIÇÃO DE CONTEÚDOS DAS DIRETRIZES CLÍNICAS; DEFINIÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS; VALIDAÇÃO INTERNA DAS DIRETRIZES CLÍNICAS POR PROFISSIONAIS DA APS DAS UBS

Meta Prevista: ORGANIZAR PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MODO A OTIMIZAR A OFERTA

DE EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS
DEMANDADAS POR ATENDIMENTOS
REALIZADOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE.

Meta Executada: ---

2.4- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: ORGANIZAÇÃO DE CAMPANHAS ANUAIS EM ESCOLAS INSERIDAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA COM VISTAS À DIVULGAÇÃO DE CUIDADOS JUNTO A PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE, DIMINUIÇÃO DO ESTIGMA, AMPLIAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS PRECOSES DA DOENÇA.

2.4.1- Ação:ELABORAÇÃO DE PROJETO DE ENFRENTAMENTO DA HANSENÍASE JUNTO AO MS COM A PROPOSTA DE REALIZAR AÇÕES INOVADORAS NAS ÁREAS PRIORITÁRIAS EM HANSENÍASE, NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.

Meta Prevista: ORGANIZAÇÃO DE CAMPANHAS ANUAIS EM ESCOLAS INSERIDAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA COM VISTAS À DIVULGAÇÃO DE CUIDADOS JUNTO A PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE, DIMINUIÇÃO DO ESTIGMA, AMPLIAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS PRECOSES DA DOENÇA.

Meta Executada: 100%

2.5- Objetivo:FORTALECIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MODO A GARANTIR QUE ESTA ESTRATÉGIA SE CONFIGURE AINDA MAIS E SE CONSOLIDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO E COMO EIXO PRINCIPAL DA ESTRUTURAÇÃO DO SUS.

Metas: ORGANIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO LIVRO DE REGISTRO E CONTROLE DE CASOS DE HANSENÍASE E CONTATOS EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

2.5.1- Ação:REALIZAÇÃO DE OFICINA DE DISCUSSÃO E PLANEJAMENTO DE AÇÕES ONDE SE DECIDIU O ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES ATRAVÉS DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO.

Meta Prevista: ORGANIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO LIVRO DE REGISTRO E CONTROLE DE CASOS DE HANSENÍASE E CONTATOS EM 100% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

Meta Executada: ---

2.6- Objetivo:FORTALECIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MODO A GARANTIR QUE ESTA ESTRATÉGIA SE CONFIGURE AINDA MAIS E SE CONSOLIDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO E COMO EIXO PRINCIPAL DA ESTRUTURAÇÃO DO SUS.

Metas: ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DE ATIVIDADES DE CUIDADOS E ACOLHIMENTO E CUIDADOS A FAMILIARES DE PESSOAS COM HANSENÍASE COMO APOIO AO CUIDADO CONTÍNUO DAS PESSOAS ACOMETIDAS E SEUS FAMILIARES EM 50% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

2.6.1- Ação:ELABORAÇÃO DE PROJETO DE ENFRENTAMENTO DA HANSENÍASE JUNTO AO MS COM A PROPOSTA DE REALIZAR AÇÕES INOVADORAS NAS ÁREAS PRIORITÁRIAS EM HANSENÍASE, NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.

Meta Prevista: ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DE ATIVIDADES DE CUIDADOS E ACOLHIMENTO E CUIDADOS A FAMILIARES DE PESSOAS COM HANSENÍASE COMO APOIO AO CUIDADO CONTÍNUO DAS PESSOAS ACOMETIDAS E SEUS FAMILIARES EM 50% DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

Meta Executada: ---

2.7- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: IMPLANTAÇÃO, EM 100% DOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ROTINAS E PROTOCOLO ASSISTENCIAL, ELABORADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DE TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) A TODOS OS PACIENTES EM TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE.

2.7.1- Ação:REALIZAÇÃO DE SEMINÁRIO NAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA. DURANTE O EVENTO FOI IMPLEMENTADO PROTOCOLOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE REFERENTE AO ASSUNTO. ELABORAÇÃO E AINDA EM FASE DE IMPLANTAÇÃO, O NOVO INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DO TDO (TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO). ENTREGA DE CESTAS BÁSICAS AOS PACIENTES EM TDO (TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO).

Meta Prevista: IMPLANTAÇÃO, EM 100% DOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ROTINAS E PROTOCOLO ASSISTENCIAL, ELABORADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DE TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) A TODOS OS PACIENTES EM TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE.

Meta Executada: ---

2.8- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: REDUZIR PARA 8% A TAXA DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE POR PESSOAS ACOMPANHADAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

2.8.1- Ação:ELABORAÇÃO DE PROJETOS DE ENFRENTAMENTOS DA TB JUNTO AO MS COM PROPOSTA DE AÇÕES INOVADORES NA POPULAÇÃO VULNERÁVEL (EM SITUAÇÃO DE RUA E PRIVADO DE LIBERDADE) E EM ÁREAS PRIORITÁRIAS EM TUBERCULOSE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA; REALIZAÇÃO DE CAMPANHA EDUCATIVA SOBRE SINAIS E SINTOMAS DA TB, COM INTENSIFICAÇÃO DE BUSCA ATIVA DE CASOS NOVOS E DE FALTOSOS AO TRATAMENTO; ENTREGA DE CESTAS BÁSICAS PARA PACIENTE EM TDO COM OBJETIVO DE AMPLIAR A ADEÇÃO AO TRATAMENTO E CONSEQUENTE REDUZIR O ABANDONO.

Meta Prevista: REDUZIR PARA 8% A TAXA DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE POR PESSOAS ACOMPANHADAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

Meta Executada: ---

2.9- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CUIDADOS A PESSOAS COM HANSENÍASE, EM 100% DAS UBS DE FORTALEZA, COM ÊNFASE PARA O ACOLHIMENTO AOS (ÀS) USUÁRIOS (AS), E NA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DE TRATAMENTO, INCLUINDO CONDUTAS EM REABILITAÇÃO.

2.9.1- Ação:REALIZAÇÃO DO SEMINÁRIO SOBRE AÇÕES CONTROLE DA HANSENÍASE PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, NO QUAL FOI IMPLEMENTADO O PROTOCOLO JÁ PRECONIZADO PELO MS. REALIZAÇÃO DE TREINAMENTO DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES, VISANDO À IMPLANTAÇÃO DE REFERÊNCIAS EM NÍVEL REGIONAL. REALIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO E IMPLANTAÇÃO DOS MANUAIS DE PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO EM HANSENÍASE NAS UAPS.

Meta Prevista: IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CUIDADOS A PESSOAS COM HANSENÍASE, EM 100% DAS UBS DE FORTALEZA, COM ÊNFASE PARA O ACOLHIMENTO AOS (ÀS) USUÁRIOS (AS), E NA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DE TRATAMENTO, INCLUINDO CONDUTAS EM REABILITAÇÃO.

Meta Executada: ---

2.10- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: ESTRUTURAR E IMPLEMENTAR PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ORGANIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO USUÁRIA DESTES SERVIÇOS, NAS PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, CONFORME PACTUAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA COM O MS, POR MEIO DO PROESF, PARA PERÍODO 2010-2012.

2.10.1-FORMAÇÃO DE GRUPOS DE TRABALHO GT PARA ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES

Ação:CLÍNICAS.

ORGANIZAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PARA REVISÃO DE DIRETRIZES JÁ EXISTENTES.

DEFINIÇÃO DO OBJETO, PRODUTO E METAS PARA IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS.

REALIZAÇÃO DE OFICINA COM ESPECIALISTAS E PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO, PARA COMPOSIÇÃO E CONTEÚDOS DAS DIRETRIZES CLÍNICAS.

DEFINIÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS.

VALIDAÇÃO INTERNA DAS DIRETRIZES CLÍNICAS POR PROFISSIONAIS DA APS.

Meta Prevista: ESTRUTURAR E IMPLEMENTAR PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ORGANIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO USUÁRIA DESTES SERVIÇOS, NAS PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, CONFORME PACTUAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA COM O MS, POR MEIO DO PROESF, PARA PERÍODO 2010-2012.

Meta Executada: ----

2.11- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: ACOMPANHAR 100% DAS PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO E/OU DIABETES CADASTRADAS PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

2.11.1-REALIZAÇÃO DE CAMPANHAS DE MOBILIZAÇÃO ALUSIVAS AOS DIAS COMEMORATIVOS DE

Ação:PREVENÇÃO DA DIABETES MELLITUS, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, COLESTEROL, TABAGISMO E OBESIDADE. DURANTE TODO ANO FORAM REALIZADAS AÇÕES EDUCATIVAS NAS UAPS E EM PRAÇAS PÚBLICAS, COM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, APLICAÇÃO DO ESCORE DE FINDRISK PARA CONHECIMENTO DOS RISCO DE DESENVOLVER DIABETES, REALIZAÇÃO DE TESTES DE GLICEMIA CAPILAR, MEDIÇÃO ANTROPOMÉTRICA E ORIENTAÇÕES PARA VIDA SAUDÁVEL.

Meta Prevista: ACOMPANHAR 100% DAS PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO E/OU DIABETES CADASTRADAS PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Meta Executada: PARTICIPAÇÃO EM AUDIÊNCIAS PÚBLICAS REFERENTES ÀS PATOLOGIAS CITADAS;ASSESSORAMENTO TÉCNICO ÀS UAPS E ÀS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA ADEQUAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO;CAPACITAÇÃO DE TÉCNICOS DE DIGITAÇÃO DAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO; PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAIS DAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE E DAS UAPS EM OFICINAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DIABETES MELLITUS E HAS.

2.12- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: ESTRUTURAR E IMPLEMENTAR PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ORGANIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO USUÁRIA DESTES SERVIÇOS, NAS PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, CONFORME PACTUAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE, POR MEIO DO PROESF PARA PERÍODO 2010-2012.

2.12.1-REALIZAÇÃO DE OFICINAS SOBRE QUEDAS EM IDOSOS; PARTICIPAÇÃO DE 50

Ação:PROFISSIONAIS DE SAÚDE (MÉDICOS, ENFERMEIROS E ODONTÓLOGOS) NO SEMINÁRIO DE SAÚDE DO IDOSO (40 HORAS/AULA); PROMOÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO, DE 40 HORAS/AULAS, PARA 50 PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA ESF.

Meta Prevista: ESTRUTURAR E IMPLEMENTAR PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ORGANIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO USUÁRIA DESTES SERVIÇOS, NAS PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, CONFORME PACTUAÇÃO DO MUNICÍPIO DE

Meta Executada: ---

2.14- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: FORTALECER AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES DA UBS E ESTRUTURAÇÃO DE 100% DAS UBS DE MODO A MANTER O ALCANCE DAS METAS DE COBERTURA VACINAL CONTRA AS PRINCIPAIS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS GARANTINDO, COMO PACTUADO NO PROESF E SISPACTO, O ALCANCE DE 95% DA VACINA CONTRA POLIO.

2.14.1-DISPONIBILIZAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS, INSUMOS NECESSÁRIOS PARA AS SALAS DE VACINAS, CONFORME METAS POPULACIONAIS; ATUALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO, COM ÊNFASE NO CALENDÁRIO DE BÁSICOS DE VACINAÇÃO (CRIANÇAS, ADOLESCENTES, ADULTOS E IDOSOS); ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE NOTAS TÉCNICAS E INFORMES EM CONSONÂNCIA COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE; APOIO TÉCNICO E OPERACIONAL PARA ALCANCE DAS METAS DE VACINAÇÃO PACTUADAS; REALIZAÇÃO DE CAMPANHAS VACINAIS.

Meta Prevista: FORTALECER AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES DA UBS E ESTRUTURAÇÃO DE 100% DAS UBS DE MODO A MANTER O ALCANCE DAS METAS DE COBERTURA VACINAL CONTRA AS PRINCIPAIS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS GARANTINDO, COMO PACTUADO NO PROESF E SISPACTO, O ALCANCE DE 95% DA VACINA CONTRA POLIO.

Meta Executada: PENTAVALENTE (TETRA) 86,5%
PÓLIO 95,3%

2.15- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN), COM INTEGRAÇÃO DO MESMO AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DISPONÍVEL NAS UBS, EM 100% DAS UBS DE FORTALEZA, PARA ANÁLISE, MONITORAMENTO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS JUNTO A CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS E GESTANTES.

2.15.1-IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN) PARA OS BENEFÍCIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA; MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ATRAVÉS DO SISVAN; CAPACITAÇÃO DA EQUIPES REGIONAIS NO SISTEMA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA A QUAL EXPORTA PARA SISVAN; PARTICIPAÇÃO DAS EQUIPES DE NASF E COORDENAÇÃO CENTRAL NO CURSO BÁSICO DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Meta Prevista: IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN), COM INTEGRAÇÃO DO MESMO AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DISPONÍVEL NAS UBS, EM 100% DAS UBS DE FORTALEZA, PARA ANÁLISE, MONITORAMENTO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS JUNTO A CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS E GESTANTES.

Meta Executada: 100%

2.16- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: AMPLIAR AS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DA ESF, EM PARCERIA COM ESCOLAS POR MEIO DO PSE, COM AUMENTO DO NÚMERO ESCOLAS PARTICIPANTES EM 50% E DO NÚMERO DE EQUIPES DA ESF EM ATUAÇÃO NO PROGRAMA, AUMENTANDO ACESSO À SAÚDE AO CONJUNTO DE ALUNOS DAS ESCOLAS.

2.16.1-REALIZAÇÃO DE OFICINAS COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DO ADOLESCENTE; REALIZAÇÃO DE REUNIÕES E FORMAÇÃO COM DIRETORES ESCOLARES PARA DIVULGAÇÃO DA CADERNETA DO ADOLESCENTE; IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DO ADOLESCENTE NAS ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.

Meta Prevista: AMPLIAR AS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DA ESF, EM PARCERIA COM ESCOLAS POR MEIO DO PSE, COM AUMENTO DO NÚMERO ESCOLAS

PARTICIPANTES EM 50% E DO NÚMERO DE EQUIPES DA ESF EM ATUAÇÃO NO PROGRAMA, AUMENTANDO ACESSO À SAÚDE AO CONJUNTO DE ALUNOS DAS ESCOLAS.

Meta Executada: ---

2.17- Objetivo:DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Metas: GARANTIR A INCLUSÃO DA PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES ANUAIS NO PLANEJAMENTO ANUAL, SEMESTRAL E MENSAL DE 100% DAS UBS, E PROJETOS PEDAGÓGICOS DE TODAS AS ESCOLAS INSERIDAS NO PSE, GARANTINDO A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO CADERNO "ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES.

2.17.1-REALIZAÇÃO DE OFICINA PARA SENSIBILIZAR OS DIRETORES ESCOLARES NA AÇÃO:IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DO ADOLESCENTE; INICIADO O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL PARA COORDENAR AÇÕES REALIZADAS PELO PSE; REALIZAÇÃO DE OFICINAS PARA FORMAÇÃO DOS SECRETÁRIOS DE ESCOLAS, COORDENADORES DO PSE DAS REGIONAIS NO PREENCHIMENTO DO CADSUS.

Meta Prevista: GARANTIR A INCLUSÃO DA PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES ANUAIS NO PLANEJAMENTO ANUAL, SEMESTRAL E MENSAL DE 100% DAS UBS, E PROJETOS PEDAGÓGICOS DE TODAS AS ESCOLAS INSERIDAS NO PSE, GARANTINDO A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO CADERNO "ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES.

Meta Executada: ---

Metas: IMPLANTAÇÃO DO SISVAN, COM INTEGRAÇÃO DO MESMO AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DISPONÍVEL NAS UBS, EM 100% DAS UBS DE FORTALEZA, PARA ANÁLISE, MONITORAMENTO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS JUNTO A CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS E GESTANTES.

Indicadores: -

2.18.1-PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) AÇÃO:E COORDENAÇÃO CENTRAL NO CURSO BÁSICO DE VIGILÂNCIA E NUTRICIONAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE. CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO: FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.

Meta Prevista: 100%

Meta Executada: EM ANDAMENTO

3- Diretriz:PROMOÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER E GÊNERO, CONSTRUINDO UMA REDE DE ATENÇÃO ININTERUPTA DE CUIDADOS

3.1- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE;

Metas: DIVULGAR A POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS MULHERES E DISCUTIR ESTRATÉGIAS DE EXECUÇÃO TRAVÉS DE ENCONTROS (REUNIÕES, SEMINÁRIOS,ETC.) NUM TOTAL DE QUATRO/MÊS (48/ANO)

Indicadores: -

3.1.1- Ação:REALIZAÇÃO DE 6 SEMINÁRIOS PARA FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE PARA MULHERES POR DISTRITO DE SAÚDE.

Meta Prevista: QUATRO/MÊS (48/ANO)

Meta Executada: 6 SEMINÁRIOS

3.2- Objetivo:EFETIVAR A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO PRIORITÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS;DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO INTEGRAL TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; AMPLIAR O ACESSO COM QUALIDADE, RESOLUTIVIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM AS DEMAIS POLÍTICAS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE;

Metas: CONCLUIR E INAUGURAR O HOSPITAL DA MULHER, CONSTITUINDO-SE COMO CENTRO DE EXCELÊNCIA VOLTADO, PRIORITARIAMENTE, PARA ATENDER AS NECESSIDADES INTEGRAIS.

Indicadores: -

3.2.1- Ação:CONCLUSÃO DA OBRA. AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS, SELEÇÃO E REMANEJAMENTO DE PROFISSIONAIS PARA OS DIFERENTES CARGOS.

Meta Prevista: CONCLUIR E INAUGURAR HMF

Meta Executada: 100%

Metas: GARANTIR EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DE MODO A COBRIR 70% DA POPULAÇÃO FEMININA DE 25 A 59 ANOS.

Indicadores: -

3.3.1- Ação:REESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ATRAVÉS DE REFORMAS NA ESTRUTURA FÍSICA, ABASTECIMENTO DAS UNIDADES COM INSUMOS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO, REGIONALIZAÇÃO DOS LABORATÓRIOS PARA OTIMIZAR O FLUXO DE ENTREGA DE LÂMINA E RECEBIMENTO DE RESULTADO SEM TEMPO HÁBIL E LICITAÇÃO DE MATERIAL PERMANENTE PARA OS CONSULTÓRIOS GINECOLÓGICOS.

Meta Prevista: 70% DA POPULAÇÃO FEMININA DE 25 A 59 ANOS.

Meta Executada: -

Metas: GARANTIR 70% DE COBERTURA DE MAMOGRAFIA (RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA) EM MULHERES NA IDADE DE 50 A 69 ANOS

Indicadores: -

3.4.1- Ação:GARANTIA MENSAL DE EXAMES DE MAMOGRAFIA, TANTO NA REDE PRIVADA COMO NA REDE CONVENIADA PARA ATENDER A FAIXA ETÁRIA PRECONIZADA. CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO ATRAVÉS DE PALESTRA, PARTICIPAÇÃO DE PROGRAMA DE RADIO, PALESTRA EM EMPRESAS PARA A POPULAÇÃO FEMININA ENFOCANDO A NECESSIDADE REALIZAR A MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A SAÚDE MAMARIA.

Meta Prevista: 70% DE COBERTURA DE MAMOGRAFIA

Meta Executada: -

Metas: GARANTIR 100% DOS EXAMES DE ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA SOLICITADOS MEDIANTE NECESSIDADES OBSERVADAS NA MAMOGRAFIA.

Indicadores: -

3.5.1- Ação:CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO PARA GARANTIA DA LINHA DE CUIDADO AS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA FACILITANDO O ACESSO E A REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES.

Meta Prevista: 100%

Meta Executada: -

4- Diretriz:GARANTIR A SEGURANÇA E A QUALIDADE DOS PRODUTOS, INSUMOS, SERVIÇOS E AMBIENTES DE INTERESSE PARA A SAÚDE PÚBLICA, VISANDO À PROTEÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.

4.1- Objetivo:IDENTIFICAR E PREVENIR FATORES DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE, VISANDO A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO; ELABORAR, CONTROLAR E FISCALIZAR O CUMPRIMENTO DE NORMAS E PADRÕES DE INTERESSE SANITÁRIO; DESPERTAR A POPULAÇÃO PARA CONCEITOS, ORIENTAÇÕES E COMPORTAMENTOS QUE VIRÃO A CONTRIBUIR PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS E RISCOS À SAÚDE.

Metas: 100% DO CÓDIGO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA CRIADO CONTEMPLANDO TODAS AS ATIVIDADES DE INTERESSE SANITÁRIO.

Indicadores: -

4.1.1- Ação:criação do grupo de trabalho para iniciar as discussões para a elaboração de código sanitário

Meta Prevista: 100% DO CÓDIGO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA CRIADO CONTEMPLANDO TODAS AS ATIVIDADES DE INTERESSE SANITÁRIO.

Meta Executada: NÃO EXECUTADA INICIADO ARTICULAÇÃO ENTRE AS ÁREAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA DEFINIÇÃO DAS ATIVIDADES A SEREM REGULAMENTADAS PELO CÓDIGO

SANITÁRIO MUNICIPAL A EXECUTAR
EM OUTRA PROGRAMAÇÃO ANUAL.

Metas: DISTRIBUIÇÃO DOS FISCAIS DO ULTIMO CONCURSO, ADEQUANDO A DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM A NECESSIDADE DAS SERS E CEVISA.

Indicadores: -

4.2.1- Ação:49 FISCAIS CONVOCADOS NO ANO DE 2011, 40 FISCAIS EM 2012 ONDE RESPECTIVAMENTE FORAM DISTRIBUÍDOS EM NÚMERO ADEQUADO POR SECRETÁRIA REGIONAL CONFORME PRIORIDADE DE CADA TERRITÓRIO.

Meta Prevista: DISTRIBUIÇÃO DOS FISCAIS DO ULTIMO CONCURSO, ADEQUANDO A DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM A NECESSIDADE DAS SRS E CEVISA.

Meta Executada: 100% DOS FISCAIS CONCURSADOS QUE ASSUMIRAM AS VAGAS QUE FORAM DISTRIBUÍDOS CONFORME AS DEMANDAS.

Metas: PROMOVER CAPACITAÇÃO DE 100% DOS FISCAIS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

Indicadores: -

4.3.1- Ação:REALIZADO CURSO DE FORMAÇÃO PARA OS FISCAIS QUE TOMARAM POSSE NO CONCURSO DE 2010; CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM CARGA HORÁRIA DE 200 HORAS; ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA PELA ESCOLA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ.

Meta Prevista: 100 %

Meta Executada: 100 %

5- Diretriz:REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA: AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

5.1- Objetivo:COORDENAR E SUPERVISIONAR A REDE AMBULATORIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Metas: QUALIFICAR E EQUIPAR 06 (SEIS) UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA, POTENCIALIZANDO-AS COMO POLICLÍNICAS REGIONAIS;

5.1.1- Ação:APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DE EMPRÉSTIMO AO BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO BID PARA CONSTRUÇÃO DE 5 (CINCO) POLICLÍNICAS E UM HOSPITAL GERAL. PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DE INCLUSÃO SOCIAL E REDES DE ATENÇÃO PROREDES FORTALEZA.

Meta Prevista: 06 (SEIS) UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Meta Executada: EM ANDAMENTO

Metas: ESTRUTURAR A ATENÇÃO ESPECIALIZADA, INTEGRANDO A REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE, CONTEMPLANDO INCLUSIVE, PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.

Indicadores: -

5.2.1- Ação:CONTRIBUIÇÃO NA CONSTITUIÇÃO E FORTALECIMENTO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO INTEGRANDO AS REDES MATERNO-INFANTIL E CONDIÇÕES CRÔNICAS; ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PARA A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, FORMATANDO O DESENHO DE VINCULAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA ATENÇÃO AMBULATORIAL E INCLUINDO ENCONTROS COM ESPECIALISTAS E MÉDICOS APS (24 ESF);REDUÇÃO DA FILA DE ESPERA PARA GESTANTES DE ALTO RISCO DE 512 PACIENTES EM JULHO 2013 PARA 10 PACIENTES EM SETEMBRO;AUMENTO DA OFER...

Meta Prevista: -

Meta Executada: -

5.1 EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CONSIDERAÇÕES

Valor programado
1.530.733.579,00

Valor executado
1.420.334.138,46

Análise e Considerações da PAS

Os resultados de execução de metas 2013 foram apreciados cotejando os alcances verificados nos relatórios de gestão 2010, 2011 e 2012;

As metas foram consideradas por sua amplitude e relevância, em referência aos programas e as ações definidas na Lei Orçamentária Anual do Exercício de 2013, compatibilizada com o Plano de Saúde 2010-2013.

6. DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DE SAÚDE

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	65,00	31,15	%
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	16,50	17,92	%
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	60,00	38,10	%
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	36,00	23,90	%
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	3,00	0,74	%
6	E	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	2,20	1,23	%

Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
7	U	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	87,00	0,20	/100
8	U	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	6,00	2,69	/100
9	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	4,28	5,57	/100
10	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	3,00	4,92	/1000
11	E	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.	48,00	30,50	%

Análise e Considerações da Diretriz

Programa Bolsa Família:

Desconhecimento de grande parte dos profissionais bem como dos beneficiários do Programa Bolsa Família do Benefício Variável à Gestante (BVG) e Benefício Variável à Nutriz (BVN); Não cumprimento das Notas Técnicas existentes e já divulgadas; Baixo envolvimento dos profissionais das UAPS no Programa; Infraestrutura deficiente nas UAPS para operacionalização do programa.

Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade na população residente:

Visualizamos que este indicador encontra-se com resultado esperado para o período em questão. Podendo ser atribuído ao processo de organização da fila de espera e regulação através de vinculação regional com alguns prestadores.

Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	13,00	13,00	N.Absoluto
66	E	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO	0,00	0,00	N.Absoluto
67	E	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE	N/A		N.Absoluto

Análise e Considerações da Diretriz**Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.**

Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	25,00	20,00	N.Absoluto
13	E	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE	12,00	36,10	%
14	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	15,00	18,26	%
15	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	20,00	0,79	%
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	100,00	100,00	%

Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
17	E	PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGULADAS	35,00	37,90	%

Análise e Considerações da Diretriz

O número de unidades de saúde com serviços de notificação

Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,38	0,29	RAZÃO
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,20	0,24	RAZÃO

Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolatividade.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	30,50	28,47	%
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	50,00	47,50	%
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	2,00	2,00	RAZÃO
23	U	NÚMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	20,00	24,00	N.Absoluto
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	N/A	11,21	/1000
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	10,00	431,00	N.Absoluto
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	85,00	66,00	%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS	100,00	100,00	%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	80,00	95,00	%
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	444,00	608,00	N.Absoluto

Análise e Considerações da Diretriz

A razão de exames citopatológico no ano de 2013 não atingiu o percentual de 0,38 pactuado, devido unidade de atenção primária a saúde em reformas e readequação destas unidades com material de insumo e permanente, que estão ligados diretamente a realização dos exames. A área técnica de saúde da mulher tem realizado visitas periódicas às unidades para monitoramento e apoio com o objetivo de atingir as metas pactuadas.

A razão de exames de mamografia atingiu a meta pactuada, devido oferta adequada destes exames no município e como também campanhas periódicas para a faixa etária que faz parte do rastreamento. A área técnica tem uma parceria permanente com a coordenadoria de políticas para mulheres e a do idoso onde é feito um trabalho educativo com as mulheres da comunidade e com as idosas que fazem parte do programa da academia dos idosos. Ações como estas e a ampliação do acesso das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos tem ampliado o número de exames realizados.

A proporção de parto normal no município ainda encontra-se em níveis abaixo do desejado, pelo fato do país como um todo em passado por uma epidemia de cesariana nos últimos anos. Há necessidade de um trabalho contínuo com as maternidades para elaboração de plano de redução de cesariana, principalmente nas maternidades de nível secundário que tem o perfil de atendimento de parto de risco habitual.

Com relação a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas está em 43,89, sendo que o pactuado foi de 50%. Percebe-se um acréscimo nesta variável em comparação como últimos anos, passando de 41,8 em 2009 para 43,9 em 2013. Este fato está relacionado à reestruturação da atenção básica, com o aumento da cobertura das equipes da estratégia saúde da família e implantação na atenção básica do teste rápido de gravidez, o que vai facilitar o diagnóstico precoce de gravidez, como também início precoce do pré-natal.

Ao longo dos anos, o coeficiente de mortalidade infantil em Fortaleza teve uma redução bastante acentuada, passando de 101,5 por mil nascidos vivos em 1981 para 11,8 por mil NV em 2013. Podemos atribuir essa redução ao aumento da cobertura da estratégia de saúde da família, implantação do programa de agentes comunitários de saúde, melhorias de infra-estrutura e saneamento básico, entre outras ações.

A meta de investigação de óbitos seria de 85%, porém, a meta alcançada foi de 66% em 2013, resultado atribuído à mudança de gestores e trocas de profissionais.

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL: 11,2

Ao longo dos anos, o coeficiente de mortalidade infantil em Fortaleza teve uma redução bastante acentuada, passando de 101,5 por mil nascidos vivos em 1981, para 11,2 por mil NV em 2013. Podemos atribuir essa redução ao aumento da cobertura da estratégia de saúde da família, implantação do programa de agentes comunitários de saúde, melhorias de infra-estrutura e saneamento básico entre outras ações.

PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS : A meta de investigação de óbitos seria de 85%. O ano de 2013 com as mudanças de gestores e trocas de profissionais dificultaram o alcance.

Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	115,00	267,30	/100.000
30	U	NÚMERO DE ÓBITOS PREMATUROS (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	N/A		N.Absoluto

Análise e Considerações da Diretriz

TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS) / NÚMERO DE ÓBITOS PREMATUROS (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS):

O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. A palavra "ativo" refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

A área técnica da saúde do idoso, vinculada a Célula de Atenção às Condições Crônicas da SMS de Fortaleza, está implementando a atenção à saúde do idoso na nossa cidade. Na rede de atenção primária ainda não há atenção integral à saúde do idoso organizada. As ações de promoção e prevenção da saúde da população idosa são focais e intermitentes. A assistência ao idoso é centrada apenas no controle das doenças crônicas, e não nas suas necessidades de saúde. No momento atual, estamos promovendo junto a Escola de Saúde Pública do Ceará, o preparo dos profissionais da atenção primária para atender ao idoso. Está programado para o início de 2014, a construção de um cadastro de todos os idosos acamados na área de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Os idosos nessas condições são os mais vulneráveis e provavelmente, os que mais consomem recursos da saúde quando são assistidos.

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
35	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	90,00	37,50	%
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	71,00	68,90	%
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	60,00	53,40	%
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	96,00	95,40	%
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	90,00	91,30	%
40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	350,00	895,00	N.Absoluto
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100,00	100,00	%
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	4,00	0,00	N.Absoluto
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3	N/A	28,60	N.Absoluto

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS	466,00	10.149,00	N.Absoluto
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	85,00	83,30	%
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	50,00	51,70	%
47	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL	14,00	14,00	N.Absoluto
48	E	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA	80,00	82,70	%
49	E	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS	N/A		%
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	22,00	26,00	N.Absoluto
52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	80,00	59,90	%

Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	100,00	86,00	%

[Análise e Considerações da Diretriz](#)

PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS:

Em 2013, de sete vacinas do calendário básico da criança, quatro alcançaram meta de 90%, totalizando 57% das vacinas, dentre elas são: BCG; VP/VOP; Meningocócica C e Tríplice Viral. Nesse período, houve uma diminuição do quadro de funcionários, no entanto é necessária a contratação de profissionais de nível médio e superior para as salas de vacinas e conseqüentemente a qualificação dos mesmos.

NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS / PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200 CEL/MM3

Ao longo dos últimos anos, Fortaleza vem apresentando mudanças significativas no enfrentamento a epidemia de Aids, que passam desde a ampliação da oferta de preservativos como estratégia de prevenção até a reestruturação da rede de serviços que atendem às pessoas vivendo com HIV/AIDS, com a descentralização deste atendimento para a atenção primária à saúde, através da capacitação de profissionais médicos e enfermeiros no manejo clínico para o atendimento dos casos recém diagnosticados.

Os resultados que mostram o número de casos de AIDS em menores de 5 anos são resultados da oferta dos testes para HIV às gestantes durante o pré natal, mostrando que os mesmos são de suma importância para que, no caso de resultados reagentes, possamos encaminhar esta gestante a um serviço especializado em HIV/Aids, onde ela iniciará o seu acompanhamento e conseqüente tratamento, o que implica em uma redução de até 99.9% na possibilidade de que a criança venha a desenvolver Aids.

O trabalho realizado em parceria com as unidades de saúde da atenção primária, através da realização de campanhas "fique sabendo" contribui de forma considerável para a manutenção destes números. Apesar disso, ainda é preciso garantir a ampliação do acesso da população geral tanto aos testes, de forma rotineira, como aos serviços especializados para acompanhamento, nos casos de resultados reagentes.

O fato de termos o percentual de 28.8% de pacientes com o primeiro CD4 com resultado inferior a 200 cel/mm³ confirma a necessidade de ampliação do diagnóstico precoce e da mudança na estratégia de oferta dos testes, garantindo, assim, que haja ampliação do diagnóstico precoce e, conseqüentemente, manutenção das taxas de CD4 em patamares mais elevados.

O total de testes para HIV realizados já aponta para um aumento no número de testes realizados, porém ressaltamos novamente, que estes testes devem ser realizados mediante novas estratégias de divulgação e focando, cada vez mais, as populações que apresentem uma vulnerabilidade maior em relação à infecção pelo HIV para que possamos garantir que casos novos em populações onde há registros de concentração da epidemia possam ser mais precocemente detectados e prontamente atendidos.

Precisamos garantir a continuidade das ações desenvolvidas até aqui e avançar em novas etapas, para que possamos ter a certeza de que conseguiremos ampliar a qualidade do atendimento prestado à população, desde as ações de prevenção até o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Dengue: sorotipo, número de casos e taxa de incidência.

A população de Fortaleza vem sendo exposta a dengue desde o ano de 1986, quando foi introduzido o DENV1, único sorotipo até 1993. No ano de 1994, foi introduzido o DENV2 e em 2002 o DENV3. No ano de 2008 foi reintroduzido o sorotipo DENV2, em 2010 o DENV1 e no ano de 2012 a introdução do DENV4, que continuou circulando em 2013. A introdução e a reintrodução de diferentes sorotipos do vírus da dengue em Fortaleza criaram condições favoráveis à transmissão da doença.

Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
54	E	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO	1,00	1,06	%

Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza..

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
55	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAIS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS	N/A		%

Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
56	E	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO	N/A		%

[Análise e Considerações da Diretriz](#)

Dados não registrados.

Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.

Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
57	U	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	100,00	100,00	%
58	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA	100,00		%
59	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL	N/A		%
60	E	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	19,00	2,00	N.Absoluto

Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	54,00	80,05	%

Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
62	E	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO	1,00	1,00	N.Absoluto

[Análise e Considerações da Diretriz](#)

Nº 57 – Proporção de ações de Educação Permanente implementadas e/ou realizadas:

Conclusão do Curso de Aperfeiçoamento em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS para os profissionais de nível superior da SMS. Conclusão do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho desenvolvido pela ESP/CE, por 5 técnicos da CGTE;

Conclusão da Etapa Formativa I do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde desenvolvido pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE, por 44 ACS da SMS; Conclusão do Curso Básico em Farmácia Clínica para profissionais da SMS; Conclusão do Curso de Oncologia Básica para Atenção Primária em Saúde; (Instituto do Câncer do Ceará – ICC); Em Execução: Curso Técnico em Saúde Bucal desenvolvido pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE; Curso Técnico em Vigilância em Saúde desenvolvido pela ESP/CE; Curso Técnico de Apoio ao Acolhimento em Saúde desenvolvido pela ESP/CE.

Nº 58 – Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva;

Ampliação de vagas das Residências de Medicina de Família, Residência Multiprofissional de Saúde da Família, Saúde Mental, com previsão de iniciação das duas últimas residências no mês de junho de 2014.

Nº 59 – Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.

Execução da Residência de Medicina de Família e Comunidade, Residência em Pediatria, Residência em Ginecologia e Obstetrícia; Conclusão da 4ª turma de Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade; Execução da Residência de Medicina de Família e Comunidade como matriciadora do PRMFC de Mossoró, Alagoas e Petrolina.

Nº 60 – Número de pontos do Telessaúde Brasil redes implantados:

A SMS de Fortaleza em parceria com a UFC através do NUTEDS e a SESA estão implantando o Projeto Telessaúde nas UAPS de Fortaleza. Estão previstas instalações dos equipamentos em 42 unidades. Atualmente, estamos com 2 (dois) pontos instalados.

A COGTES, da Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza - SMS, é uma área responsável para promover a educação permanente em saúde, contribuindo para a valorização dos trabalhadores(a)s junto aos gestores, trabalhadores(a)s do SUS e comunidade em geral. Para o desenvolvimento de suas atividades esta coordenadoria conta com as células de educação em saúde e a de valorização e negociação do trabalho em saúde.

A COGTES, como uma coordenadoria fundamental para promover a educação permanente em saúde e para valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde, oferece aos profissionais programas e projetos educacionais, gerando idéias e projetos relevantes em áreas diversas do campo de produção da saúde.

A COGTES desenvolve ações de educação permanente articulada com as necessidades apontadas pelo serviço e em especial para as oriundas do processo de organização dos serviços pela Consultoria. Assim, muitas ações ainda estão em processo de execução devido ao número de profissionais a serem capacitados e também a carga horária necessária para cada ação proposta. Temos nessa condição, os cursos: de Estratificação de Risco em Hipertensão e Diabetes, Criança e Gestante, o de Dengue para os profissionais da APS.

As ações de educação tecnológica que são executadas por instituições formadoras parceiras, tem um tempo mínimo de dois anos, com tempo maior de execução.

Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Resultados	Unidade
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	1,00	1,00	N.Absoluto
64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	1,00	1,00	N.Absoluto

Análise e Considerações da Diretriz

O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 finalizado no ano referente ao Relatório de Gestão 2013, foi compatibilizado com os Relatórios de Gestão 2010, 2011 e 2012 para conseqüente apreciação da execução das metas no ano de 2013.

Avaliação Geral das Diretrizes

Conforme os indivíduos envelhecem, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, como o Brasil. As DCNTs, enfermidades típicas da 3ª idade, são caras para os indivíduos, as famílias e o Estado. Mas muitas DCNTs podem ser evitadas, ou pelo menos adiadas. Não prevenir ou controlar as DCNTs de forma apropriada irá resultar em enormes custos humanos e sociais, que irão absorver uma quantidade desproporcional de recursos que poderiam ter sido destinados a problemas de saúde de outras faixas etárias. As pesquisas demonstram cada vez mais que as origens do risco de doenças crônicas, como diabete e cardiopatia, começam na infância ou até mesmo antes. E esse risco é subseqüentemente definido e modificado por fatores como condição sócio-econômica e experiências ao longo da vida. Além disso, o risco de desenvolver DCNTs continua a aumentar conforme as pessoas envelhecem. Porém, o que relativamente aumenta o risco de desenvolvimento de DCNTs nas idades mais avançadas é tabagismo, falta de atividade física, dieta inadequada, entre outros fatores de risco da vida adulta. Portanto, é importante chamar a atenção para os riscos de doenças crônicas não transmissíveis durante toda a vida, desde os primeiros até os últimos anos. Uma abordagem de envelhecimento ativo para o desenvolvimento de políticas e programas tem o potencial de reunir muitos dos desafios inerentes ao envelhecimento individual e populacional. Quando políticas sociais de saúde mercado de trabalho, emprego e educação apoiarem o envelhecimento ativo, teremos muito provavelmente: menos mortes prematuras em estágios da vida altamente produtivos; menos deficiências associadas às doenças crônicas na Terceira Idade; mais pessoas com uma melhor qualidade de vida à medida que envelhecem; à medida que envelhecem mais indivíduos participando ativamente nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária; menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica.

Mortalidade Materna: A razão de mortalidade do município ainda está elevada, sendo investigados 100% dos óbitos maternos pelo comitê de prevenção de mortalidade materna. A qualificação da atenção obstétrica com a introdução nas maternidades das boas práticas de atenção ao parto e nascimento contribui para a redução das mortes. No município as maternidades rede cegonha passarão por processo e qualificação como também projeto de ambiência para melhorar a atenção ao parto. A investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil tem que atingir o percentual de 80%. o comitê de mortalidade materna junto com os técnicos da vigilância em saúde necessitam estarem junto para investigar os óbitos.

Gestantes e Sífilis: As gestantes do município têm acesso aos dois exames de sífilis durante a gestação, seja o exame tradicional ou o teste rápido, para o diagnóstico precoce e início imediato do tratamento da gestante. Os números de casos de sífilis no município continuam elevados, este fato deve-se a não realização da penicilina em algumas unidades básicas. A área técnica está adquirindo equipamentos para o KIT de anafilaxia para as unidades e visitando as unidades de saúde para monitoramento e pactuação juntos com as equipes para realização da penicilina na unidade.

7. DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS (Fonte: SIOPS)

7.1 DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 31/07/2014 00:00:00

	RECEITAS (R\$)						DESPESAS (R\$)					Movimentação Financeira		
	Transferência fundo a fundo			Op. Crédito /Rend. /Outros	Recursos Próprios	Total	Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçada	RP/Outros Pagamentos	Saldo Finan. do Exercício Anterior	Saldo Finan. do Exercício Atual
	Federal	Estadual	Outros Municípios											
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo	66.756.579,23	0,00	0,00	0,00	0,00	66.756.579,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	66.756.579,23
Atenção Básica	116.304.761,35	0,00	0,00	0,00	0,00	116.304.761,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	116.304.761,35
Vigilância em Saúde	21.085.426,54	0,00	0,00	0,00	0,00	21.085.426,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21.085.426,54
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	527.467.995,67	0,00	0,00	0,00	0,00	527.467.995,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	527.467.995,67
Assistência Farmacêutica	11.933.455,60	0,00	0,00	0,00	0,00	11.933.455,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.933.455,60
Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	4.070.648,20	0,00	0,00	0,00	0,00	4.070.648,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.070.648,20
Gestão do SUS	4.223.404,26	20.747.292,47	0,00	217.051.768,56	711.190,393,72	736.161,090,45	1.526.031,997,00	1.442.041,046,07	1.420.334,138,46	1.400.959,078,70	1.647.167,899,00	227.633.021,37	68.551.149,52	0,00
Convênios	610.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	610.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	610.000,00
Núcleo Apoio Saúde Família	5.280.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.280.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.280.000,00
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	5.948.250,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.948.250,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.948.250,00
CEO- Centro Espec. Odontológica	926.750,00	0,00	0,00	0,00	0,00	926.750,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	926.750,00
Implantação de Ações e Serviços de Saúde	80.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80.000,00
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)	54.182.511,15	0,00	0,00	0,00	0,00	54.182.511,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	54.182.511,15
Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)	62.122.250,20	0,00	0,00	0,00	0,00	62.122.250,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	62.122.250,20
Saúde da Família	19.416.198,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19.416.198,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19.416.198,00
Agentes Comunitários de Saúde	29.353.824,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29.353.824,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29.353.824,00
Saúde Bucal	5.528.170,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.528.170,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.528.170,00
Outros Programas Financ por Transf. Fundo a Fundo	2.544.058,20	0,00	0,00	0,00	0,00	2.544.058,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.544.058,20
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6)	2.905.896,13	0,00	0,00	0,00	0,00	2.905.896,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.905.896,13
Vigilância Sanitária	17.903.530,41	0,00	0,00	0,00	0,00	17.903.530,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17.903.530,41
Componente Básico da Assistência Farmacêutica	11.713.455,60	0,00	0,00	0,00	0,00	11.713.455,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.713.455,60
Limite Financeiro da MAC Ambulatorial e Hospitalar	460.711.416,44	0,00	0,00	0,00	0,00	460.711.416,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	460.711.416,44
Teto financeiro	364.487.838,50	0,00	0,00	0,00	0,00	364.487.838,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	364.487.838,50
Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde	276.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	276.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	276.000,00
Qualificação da Gestão do SUS	490.866,59	0,00	0,00	0,00	0,00	490.866,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	490.866,59
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação -FAEC	66.756.579,23	0,00	0,00	0,00	0,00	66.756.579,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	66.756.579,23
CEREST - Centro de Ref. em Saúde do Trabalhador	360.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	360.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	360.000,00

Análise Sobre a Utilização dos Recursos

O Governo municipal de Fortaleza, durante o ano de 2013, no que se refere à Política de Saúde, tem desenvolvido atividades e realizado ações operacionais e de gestão que resultem num melhor atendimento ao cidadão. Essa política, portanto, direciona-se para o esforço de implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), cujo objetivo é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral e de qualidade, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, com equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Nesse processo o modelo preconiza a alocação de recursos na organização e a implementação das Redes Temáticas de Atenção, nas quais se destacam: a Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha), a Rede de Atenção às Condições Crônicas, a Rede de Atenção Psicossocial, e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, apoiada na bem como nos Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e de Assistência Farmacêutica. Ressalta-se ainda o fortalecimento da Vigilância em Saúde, a partir da integração das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental e da Saúde do Trabalhador, bem como a ênfase nos sistemas integrados de informação e análise em saúde e nos processos de gestão do trabalho e educação permanente.

Frente a esta realidade, merece destaques programas gerenciados pela atenção primária, tais como o Programa de Melhoria da Qualidade do Acesso (PMAQ), o Programa Saúde na Escola (PSE), o Programa de Valorização dos Profissionais da Saúde (PROVAB) e o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). A adesão ao PROVAB e ao Programa Mais Médicos, por exemplo, gerou um incremento na taxa de cobertura, em face da ampliação de 238 equipes da Estratégia de Saúde da Família em 2012 para 271 equipes em 2013, distribuídas nas 92 Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS).

Esses investimentos foram destinados a qualificação da rede de atenção a Saúde, visando à expansão e à melhoria do acesso da população às ações e serviços de qualidade.

No ano de 2013, com o início das reformas das Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPs, a odontologia ampliou sua capacidade física de 177 para 193 consultórios, proporcionando desta maneira um maior acesso aos serviços de saúde bucal.

No bloco da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar destacam-se as manutenções da rede especializada, urgência/emergência e hospitalar compreendendo o funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, do SAMU, dos 08 hospitais distritais, de um Centro de Especialidades Médicas, bem como a contratualização de prestadores de serviços de saúde de natureza pública, privada e filantrópica.

A manutenção do SAMU compreende os serviços de pessoa jurídica, de consumo, de aquisição de equipamento e material permanente, contemplando a renovação da frota (09 ambulâncias, a e o pagamento de plantonistas que compõem a rede de urgência/emergência.).

Na esfera da atenção especializada registram-se as despesas de custeio com o serviço de 08 Hospitais Distritais, com especialidades nas áreas de pediatria, ginecologia, cirurgia geral, clínica geral, neonatologia e traumatologia, são mantidos pelo aporte de recursos de transferências da União.

No bloco das vigilâncias destacam-se a execução das ações de gestão em vigilância em saúde, compreendendo as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, com despesas com pessoal (agentes sanitaristas) e outras despesas correntes.

No tocante a Política de DST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS são investidos recursos destinados a realização de campanhas de teste rápido, eventos, produção de materiais educativos, distribuição de insumos, bem como a manutenção dos 08 serviços de atendimento especializado

No bloco da assistência farmacêutica são transferidos recursos para o funcionamento das duas farmácias populares e manutenção da assistência farmacêutica responsável pelo abastecimento de todas as redes de atenção, com dispensação de medicamentos e material médico hospitalar; assinalamos ainda a cobertura da assistência a pacientes lesionados.

Considerando a rede de atenção psicossocial computamos incentivos aos CAPS tipo II e III, nas modalidades geral e álcool e outras drogas, bem como a manutenção do funcionamento de consultórios de rua. A rede de atenção a Saúde Mental demonstra uma considerável ampliação na composição de 14 CAPS, com 02 CAPS TIPO III, 24 HS, na modalidade geral e AD, 03 Residências Terapêuticas nas Regionais I, II e V, uma unidade em hospital geral com 12 leitos para desintoxicação e 02 Consultórios de rua. Os recursos são aplicados em insumos, remuneração de pessoal e locação de imóveis que asseguram o funcionamento dos serviços substitutivos..

No campo do parque de investimentos pautamos no exercício de 2013, 26 Unidades de Atenção Primária à Saúde com reformas e ampliações concluídas; 20 novas Unidades de Atenção Primária à Saúde em construção; 06 Unidades de Pronto Atendimento – UPA implantadas e 03 Unidades de Pronto Atendimento – UPA em processo de construção.

Por fim registramos outras relevantes despesas no campo das outras subfunções, tais como os processos formativos com foco na educação permanente, incluindo as residências multiprofissional e médica, a pró-residência, a política municipal de educação popular em saúde) e a manutenção do Centro de Referência do Trabalhador.

8. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)

8.1. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)

Última atualização:
31/07/2014 00:
00:00

Participação % da receita de impostos na receita total do Município	23,97%
Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Município	55,57%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para	27,36%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos	97,06%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da	52,27%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita	58,37%

Para Fins de Cálculo do Percentual da LC141/2012	57,80%
Despesa total com Saúde, sob responsabilidade do município, por habitante	556,60%
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	55,15%
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,47%
Participação % da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com	23,65%
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	1,33%
SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	9,02%
SUBFUNÇÕES VINCULADAS	90,98%
Atenção Básica	23,76%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	63,73%
Suporte Profilático e Terapêutico	1,18%
Vigilância Sanitária	1,90%
Vigilância Epidemiológica	0,40%
Alimentação e Nutrição	0,00%
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	0,00%
% das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde	49,74%
% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	26,28%

Análise Sobre os Indicadores Financeiros

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, ao incluir entre suas diretrizes a descentralização do sistema, com o propósito de melhorar sua organização e aumentar sua eficiência, atribuiu ao município a responsabilidade de planejar, acompanhar e avaliar ações e serviços públicos de saúde contando com a cooperação técnica e financeira dos Estados e da União.

No cumprimento da responsabilidade de implementação do processo de planejamento, o Sistema levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade tanto de sua gestão quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

No âmbito das ferramentas de Gestão, destacamos o Sistema de Informações em orçamento público em saúde (SIOPS) como instrumento de gestão, de suporte para a tomada de decisão, que incorpora metodologias de monitoramento e avaliação do SUS.

Destacamos então os indicadores financeiros que nos permitem avaliar a capacidade de gasto do município, através da verificação do comportamento das finanças municipais. A correlação entre a receita de impostos, transferências intergovernamentais e as despesas por categoria econômica, objetiva dimensionar a participação da União Federal e do Município no financiamento da saúde pública, assinalando o desempenho dos gastos com ações e serviços públicos de saúde.

A participação da União no financiamento das ações e serviços de saúde no percurso de quatro anos é de respeitável relevância no município de Fortaleza, como demonstram os percentuais de 96,64% no exercício de 2010, 97,59% em 2011, 98,74% em 2012 e 97,06% em 2013. Outrossim, quando relacionamos o total de transferências da União para o município, no tocante as transferências para o SUS ressaltamos um percentual considerável da ordem de 47,09% em 2011, 49,91% em 2012 e 52,27% em 2013.

No campo da despesa total com saúde, o gasto por habitante cresce ao longo dos anos, ao migrar de 417,30 em 2010, R\$ 459,29, em 2011 para R\$ 526,35 em 2012 e 565,11 em 2013. Crescimento este, intrinsecamente relacionado com a evolução do gasto total per capita do SUS. Esta lógica de crescimento também incide sobre as despesas de pessoal e outras despesas correntes; pautamos um percentual de 50,28% em 2010, 51,77% com pessoal ativo em 2011, 52,02% em 2012 e 54,33% em 2013; o desempenho das despesas com serviços de pessoa jurídica ao longo do quadriênio alcançou os seguintes percentuais: 24,55% em 2010, 23,40% em 2011, 25,08% em 2012, e 23,81% em 2013, indicadores estes que expressam a direção do gasto em saúde.

Na esfera das subfunções vinculadas, o percentual de predominância de aplicação encontra-se na assistência hospitalar e ambulatorial com 65,24%, em 2012 e 63,86% em 2013, em detrimento de 24,57% aplicado na atenção básica em 2012 e 23,58% em 2013, revelando o desafio de persistirmos na inversão deste modelo hospitalocêntrico e curativo.

9.1 - DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO - DESPESAS COM SAÚDE (Fonte: SIOPS)

RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
			Jan a Dez (b)	%(b/a)x100
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)	1.863.310.997,00	1.095.414.558,00	1.085.632.337,60	99,10
Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU	214.903.261,00	214.903.261,00	211.496.816,47	98,41
Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI	117.315.532,00	117.315.532,00	138.949.967,09	118,44
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS	542.352.702,00	542.352.702,00	523.604.502,35	96,54
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	136.544.823,00	136.544.823,00	160.405.048,88	117,47
Imposto Territorial Rural - ITR	0,00	0,00	0,00	0,00
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	3.194.718,00	3.194.718,00	1.633.989,23	51,14
Dívida Ativa dos Impostos	4.158,00	81.099.364,00	49.542.013,58	61,09
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa	81.099.364,00	4.158,00	0,00	61,09
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	982.799.700,00	1.852.800.081,00	1.558.512.825,62	84,11
Cota-Parte FPM	870.000.381,00	870.000.381,00	583.714.994,54	67,09
Cota-Parte ITR	4.357,00	4.357,00	654.783,43	15.028,30
Cota-Parte IPVA	155.090.445,00	155.090.445,00	160.682.940,81	103,60
Cota-Parte ICMS	820.735.394,00	820.735.394,00	807.530.138,14	98,39
Cota-Parte IPI-Exportação	3.369.382,00	3.369.382,00	2.841.009,56	84,31
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	3.600.122,00	3.600.122,00	3.088.959,14	85,80
Desoneração ICMS (LC 87/96)	3.600.122,00	3.600.122,00	3.088.959,14	85,80
Outras				
TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II	1.863.310.997,00	2.948.214.639,00	2.644.145.163,22	89,68

RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (c)	RECEITAS REALIZADAS	
			Jan a Dez (d)	%(d/c)x100
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	829.741.000,00	837.741.000,00	712.734.195,55	85,07
Provenientes da União	814.346.000,00	816.346.000,00	685.695.691,62	83,99
Provenientes dos Estados	15.000.000,00	21.000.000,00	20.747.292,47	98,80
Provenientes de Outros Municípios	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	395.000,00	395.000,00	6.291.211,46	1.592,71
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	829.741.000,00	837.741.000,00	712.734.195,55	85,07

9.2. DESPESAS COM SAÚDE

9.2.1. DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (e)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (f)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (g)	% (f+g)/e
DESPESAS CORRENTES	1.436.386.314,00	1.467.873.759,00	1.401.404.077,85	18.271.998,51	96,72
Pessoal e Encargos Sociais	762.924.641,00	812.562.707,00	783.623.900,56	160.430,04	96,46
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	673.461.673,00	655.311.052,00	617.780.177,29	18.111.568,47	97,04

DESPESAS DE CAPITAL	84.214.795,00	58.158.238,00	18.930.060,61	3.434.909,10	38,46
Investimentos	84.214.795,00	58.158.238,00	18.930.060,61	3.434.909,10	38,46
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV)	1.520.601.109,00	1.526.031.997,00		1.442.041.046,07	94,50

9.2.2.DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE, AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS			
			LIQUIDADAS Jan a Dez (h)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (i)	%[(h+i)/V (f+g)]	
DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00	
DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00	
DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS	N/A	0,00	725.618.981,09	21.546.476,57	51,81	
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	N/A	0,00	725.618.981,09	21.546.476,57	51,81	
Recursos de Operações de Crédito	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00	
Outros Recursos	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00	
OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00	
RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO	N/A	N/A	N/A	0,00		
DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00	
DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO	N/A	0,00	0,00	0,00	0,00	
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (V)	N/A	0,00		747.165.457,66	51,81	
TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VI) = [(IV(f+g))-V(h+i)]			""	0,00	""	1.526.031.997,00

PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VII%) = (VII%) = [VI	26,28
--	-------

VALOR REFERENTE A DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL $[VI(h+i)-(15*IIIb)/100]$	298.253.813,93
--	----------------

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA	INSCRITOS	CANCELADOS/PRESCRITOS	PAGOS	A PAGAR	PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE
Total	379.296,65	0,00	0,00	379.296,65	0,00
Inscritos em 2013	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Inscritos em 2012	379.296,65	0,00	0,00	379.296,65	0,00

CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24, § 1º e 2º	RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (j)	Saldo Final (Não Aplicado)
Total (VIII)	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012	N/A	N/A	N/A

CONTROLE DE VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 e 26	LIMITE NÃO CUMPRIDO		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (k)	Saldo Final (Não Aplicado)
Total (IX)	0,00	0,00	0,00
Diferença de limite não cumprido em 2012	0,00	0,00	0,00

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (l)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (m)	% [(l+m)/total (l+m)]x100
Atenção Básica	363.434.377,00	373.430.223,00	337.535.708,02	2.436.487,81	23,58
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	974.689.231,00	963.980.494,00	905.231.402,31	15.620.045,21	63,86
Suporte Profilático e Terapêutico	31.887.000,00	20.373.198,00	16.725.445,58	2.045.421,54	1,30
Vigilância Sanitária	32.369.909,00	27.292.439,00	27.025.639,76	3.300,00	1,87
Vigilância Epidemiológica	12.379.000,00	6.041.001,00	5.659.576,33	143.808,38	0,40
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	105.841.592,00	134.914.642,00	128.156.366,46	1.457.844,67	8,99
TOTAL	1.520.601.109,00	1.526.031.997,00		1.442.041.046,07	100,00

Análise Sobre Demonstrativo Orçamentário

Dentre os avanços que podem ser creditados ao Sistema Único de Saúde (SUS) há mais de duas décadas, está o crescente reconhecimento da importância do planejamento e seus instrumentos para a gestão da saúde pública. O planejamento vem sendo paulatinamente apropriado por gestores e profissionais de saúde como função estratégica para ampliar a capacidade resolutiva do SUS. A base de organização e funcionamento desse planejamento inclui a formulação dos instrumentos básicos de saúde, a saber: o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão. Tais instrumentos são interdependentes, isso significa que, na esfera federal, o PNS deve ditar as bases para a definição das ações da PAS, as quais serão avaliadas pelo RAG, que apontará recomendações tanto para a PAS do ano seguinte quanto para eventuais ajustes no PNS.

O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano Municipal de Saúde (2010, 2013) a partir do desempenho das suas metas.

O Relatório Anual de Gestão apresenta os resultados alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no exercício de 2013 e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Tem como propósitos apoiar o gestor de cada esfera na condução do SUS, permitir a verificação da efetividade alcançada na atenção integral à saúde, subsidiar as atividades de controle e auditoria e contribuir para a participação social em saúde.

O poder público, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), atua juntamente com os demais entes da federação na operacionalização das ações e serviços de saúde, numa perspectiva de alcance de resultados, que são verificados pelo uso do contínuo monitoramento e avaliação de desempenho.

Os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados. É um instrumento de avaliação da gestão que, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços alcançados, os desafios encontrados, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.

O relatório de gestão tem uma importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão na medida em que avalia a resolubilidade das ações e serviços de saúde prestados a população.

Encerrado o prazo de vigência do Plano de Saúde, é importante que se proceda à avaliação dos resultados alcançados. Neste contexto o relatório de gestão opera como uma ferramenta essencial de transparência de desempenho destes resultados.

O processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), como política de caráter federativo e intergovernamental, gradualmente vem estabelecendo as novas competências e responsabilidades governamentais, que implicam em inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais.

O atual processo da gestão do SUS, remete a aspectos operacionais inerentes às práticas do monitoramento e avaliação. A qualificação dos processos de trabalho ao longo destes 21 anos vem se aprimorando, traduzida nos processos de transparência da alocação de recursos em ações e serviços de saúde. Os relatórios trimestrais e anuais, instrumentos do Plano SUS, demonstram este avanço na apropriação e divulgação de informações estratégicas.

A Lei Complementar Federal nº 141, de 13/01/12, regulamentou a Emenda Constitucional 29 e, em seu Capítulo IV (da Transparência, Visibilidade, Fiscalização, Avaliação e Controle), Seção III (da Prestação de Contas), e nos artigos nº 36 e 41, são marcos legais que conferem legitimidade a estas ferramentas de gestão.

Nesta perspectiva vamos nos deter na avaliação da execução orçamentária financeira do exercício de 2013, tomando por base os anos de 2010, 2011 e 2012, face a periodicidade conferidas as metas previstas no Plano Municipal de Saúde.

Quando analisamos o bloco das receitas a partir dos seus desdobramentos, que compreendem as receitas de impostos líquida e as receitas de transferências constitucionais e legais registramos uma considerável progressão ao longo dos quadrimestres, cuja receita ficou em torno de 89,68% com uma previsão de 2.948.214.639,00 para uma execução de receita da ordem de 2.644.145.163,22. Esta realidade demonstra o total das receitas para apuração da aplicação em ações e serviços de saúde, cujo percentual de aplicação ficou em torno de 26,28.

Importante realçar o compromisso da Gestão com a priorização da Política Municipal de Saúde demonstrado no crescimento do percentual de aplicação em ações e serviços públicos de saúde ao longo dos quatro anos (2010-2013) sobre a receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais. Enquanto nos anos de 2010, 2011 e 2012 os percentuais ficaram em torno de 22,74%, 23,61%, 24,24% respectivamente, no ano de 2013 o percentual ficou em torno de 26,28%.

No campo das transferências de recursos do Sistema Único de Saúde, a receita prevista ficou em torno de 837.741.000,00, incluindo receitas provenientes da União e do Estado. A realização da receita neste quadrimestre alcançou o valor de 712.734.195,55 atingindo o percentual de 85,07%. Ressaltamos a predominância das transferências do Fundo Nacional de Saúde, em detrimento da participação do Estado.

No campo das despesas com saúde pontuamos um crescimento considerável ao longo dos quatro anos, quando totalizamos as despesas correntes com as despesas de capital. Em 2010, as despesas ficaram em torno de 1.027.084.293,07; em 2011 totalizaram 1.137.469.339,27; em 2012 registramos o valor de 1.315.983.791,74. Porém no ano de 2013 avançamos nas despesas de manutenção dos serviços de saúde quando totalizamos o valor de 1.420.334.138,00. Quando relacionamos a despesa líquida com a dotação atualizada pautamos um acréscimo no percurso destes quatro anos, 2010(95,13%), 2011(92,22%), 2012(90,13%), 2013(94,50).

Outras despesas correntes também se destacaram numa proporção aproximada com as despesas com pessoal, na medida em que a qualificação da oferta de serviços foi se ajustando as demandas reprimidas postas no território. Esta realidade se confirma em 2013, no registro das despesas com pessoal no valor de 783.623.900,56 e com despesas correntes no valor de 617.780.177,29. Porém as despesas com pessoal são predominantes e crescentes ao longo dos anos na medida em que os novos investimentos requerem ampliação e qualificação de recursos humanos. Enquanto no ano de 2010 executamos uma despesa com pessoal da ordem de 527.059.715,19, em 2013 pautamos uma despesa que alcançou um percentual de 96,46 quando relacionada a dotação atualizada.

No campo das despesas de capital podemos perceber variações no parque de investimentos, face as peculiaridades de relevantes demandas. A exemplo da construção de um hospital terciário que alavancou recursos da ordem de 87.143.891,80 considerando os anos de 2010 a 2012. No ano de 2013 executamos uma despesa da ordem de 18.930.060,61 focada no processo de reformas e ampliações das unidades de atenção primária.

Considerando as despesas com saúde por subfunção registramos ao longo dos quatro anos um maior investimento na assistência hospitalar e ambulatorial, onde no exercício de 2010 foram investidos recursos da ordem de 652.158.848,34; em 2011 assinalamos um montante de R\$731.264.535,42, com evoluções em 2012 para 858.500.257,97, e em 2013 para 905.231.402,31, quando consideramos a despesa líquida. Esta progressão se deve ao investimento nas novas tecnologias de alto custo e na contratação de profissionais especializados para suprir as demandas dos pontos de atenção secundários e terciários.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)	Sim
Ente Federado:	FORTALEZA
Demandante:	-
Órgão responsável pela auditoria:	CEMAS/SMS
SISAUD/SUS:	Não
Nº da auditoria:	0
Finalidade da auditoria:	Administração Financeira, solicitação de Serviços.
Status da auditoria:	Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

Clínica Diniz Leite- Ltda ME

Recomendações

Em anexo, planilha de auditorias dos meses janeiro a agosto de 2013, contendo 401 auditorias. SMS Fortaleza ainda não aderiu ao SISAUD/DENASUS/MS.

Encaminhamentos

Em anexo, planilha de auditorias dos meses janeiro a agosto de 2013.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada) Sim

Ente Federado: FORTALEZA

Demandante: Processo 0509140840856/2013

Órgão responsável pela auditoria: CEMAS/SMS

SISAUD/SUS: Não

Nº da auditoria: 1

Finalidade da auditoria: Solicitação de cirurgia oftalmológica do usuário Maria de Sousa Abreu.

Status da auditoria: Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

Usuário

Recomendações

Em anexo, planilha de auditorias dos meses setembro a dezembro 2013, contendo 120 auditorias. SMS Fortaleza ainda não aderiu ao SISAUD/DENASUS/MS.

Encaminhamentos

Em anexo, planilha de auditorias dos meses setembro a dezembro 2013, contendo 120 auditorias.

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada) Sim

Ente Federado: FORTALEZA

Demandante: SMS

Órgão responsável pela auditoria: SMS

SISAUD/SUS: Sim

Nº da auditoria: 03

Finalidade da auditoria: org.hibernate.lob.
SerializableClob@62213fe7

Status da auditoria: Em Andamento

Unidade(s) auditada(s):

org.hibernate.lob.SerializableClob@51c9e33a

Recomendações

org.hibernate.lob.SerializableClob@74ea8905

Encaminhamentos

org.hibernate.lob.SerializableClob@3692d806

10. AUDITORIAS

Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada) Sim

Ente Federado: FORTALEZA

Demandante: SMS/CORAC

Órgão responsável pela auditoria: SMS/CORAC

SISAUD/SUS: Sim

Nº da auditoria: 01

Finalidade da auditoria: org.hibernate.lob.
SerializableClob@30e91525

Status da auditoria: Encerrada

Unidade(s) auditada(s):

org.hibernate.lob.SerializableClob@5d9448ae

Recomendações

org.hibernate.lob.SerializableClob@166b4939

Encaminhamentos

org.hibernate.lob.SerializableClob@408b006d

10.1. ARQUIVOS ANEXOS

Auditoria	Documento
0	Planilha de Auditoria JANEIRO A AGOSTO 2013.xls, Planilha de Auditoria JANEIRO A AGOSTO 2013.xls
1	Planilha de Auditorias SETEMBRO A DEZEMBRO DE 2013.xls

11.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Considerando o cenário atual e os desafios postos pela nova gestão, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza está em processo de construção do Plano Plurianual que é um instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal de 1988 e destina-se a organizar e viabilizar a ação governamental, possibilitando a execução de um projeto de desenvolvimento de médio e longo prazo. O PPA é o porta-voz do conjunto das políticas públicas de governo, com definição de programas, diretrizes, objetivos e metas para o período de 4 (quatro) anos. Na construção do PPA destaca-se o compromisso de busca efetiva de alinhamento deste com o Planejamento Orçamentário e Planejamento Estratégico, busca assegurar que as metas e os recursos previstos nas ações prioritárias de saúde estejam compatibilizados com a Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual, Plano Municipal de Saúde e Programação Anual. É compromisso da gestão a captação de recursos com base nas necessidades do Sistema de Saúde, implantação e implementação da Política de Gestão Financeira e publicização da Execução Orçamentária e Financeira.

A SMS constrói o seu PPA alinhado com a orientação estratégica de Governo. Dentre os eixos estratégicos do Governo Municipal de Fortaleza, destaca-se a melhoria da qualidade de vida e justiça social. Este eixo versa sobre a melhoria da qualidade de vida do cidadão fortalezense e sustentabilidade social, compreendendo a melhoria da saúde, educação, cultura, inserção social e produtiva, mobilidade e acessibilidade, segurança, justiça, equidade, preservação dos direitos humanos e integração social.

O Município de Fortaleza, a partir de 2013, compromete-se a estruturar, implementar e gerir a Política Municipal de Saúde, a partir das Redes de Atenção à Saúde (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2012), compreendida como estratégia focada na superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e no aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Ressaltamos que os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS estão fundamentados no arcabouço normativo do SUS, ancorado nas Portarias do Pacto pela Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS).

Sugestões para aperfeiçoamento do sistema SargSUS, para atendimento às Portarias do Ministério da Saúde Reiteramos sugestões anteriormente citadas (RAG 2012):

- Criar um formulário no SargSUS para preenchimento das informações referentes a investimentos transferidos fundo a fundo e convênios para atender o que está previsto em todas as portarias de que trata da matéria em comento;
- Criar um formulário no SargSUS para preenchimento das informações referentes ao Termop de Ajustamento Sanitário, quando houver, para fazer face às determinações estabelecidas nas normas vigentes (Portaria nº 2.046 de 2009, alterada pela Portaria nº 768 de 2011).

11.2. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÓXIMA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E/OU REDIRECIONAMENTOS PARA O PLANO DE SAÚDE

Considerando o complexo percurso de organização da extensa rede de serviços de saúde no município, a Secretaria de Saúde, no primeiro semestre de 2013, priorizou a contratação de uma consultoria de reconhecida excelência com foco na qualificação da atenção primária, a partir da construção de um Plano Diretor, pautado na organização dos macroprocessos da Atenção Primária à Saúde. No âmbito deste processo foi realizada com todos os atores da SMS a construção de um Planejamento Estratégico Tático Operacional materializado na consolidação de um mapa estratégico, respaldado no referencial metodológico do *Balanced Scorecard*, com foco na implantação de uma nova cultura institucional. Inicialmente foram definidos a missão, visão e valores da instituição que respaldarão a gestão na implementação, gestão e execução das políticas públicas para atender as necessidades de saúde da população no Município de Fortaleza, assegurando os princípios do SUS.

Dando continuidade a esta trajetória foram gerados compromissos com a sociedade com foco no alcance de resultados voltados para o enfrentamento dos principais indicadores como a redução da alta morbimortalidade materna e infantil, por doenças cardiovasculares, por causas externas, por câncer (mama e colo de útero) condições crônicas por doenças transmissíveis e não transmissíveis, e por Dengue.

Neste sentido, a PAS será subsidiada pelo Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e terá como referência as principais ações no campo da gestão, dos processos e da gestão financeira, como forma de assegurar a sustentabilidade e visibilidade da Política Municipal de Saúde. Quanto aos processos foi pactuado a organização e a implementação das Redes Temáticas de Atenção: Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha) (Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011), Rede de Atenção às Condições Crônicas (Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013), Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011), Rede de atenção às Urgências e Emergências (Portaria nº 1.600 de 07 de Julho de 2011) bem como o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e assistência farmacêutica. Outrossim, foi pautado o fortalecimento da Vigilância em Saúde a partir da integração das Vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) e da Saúde do Trabalhador.

11.3. ARQUIVOS ANEXOS

Documento	Tipo de Documento
-----------	-------------------

Documento	Tipo de Documento
Plano Municipal de Saúde 2010-2013 - SARGSUS.pdf	Plano de Saúde referente ao Ano do RAG
3º RDQ 2013.pdf	Relatório Terceiro Quadrimestre 2013
RELATÓRIO DE ATIVIDADES SMS FORTALEZA 2013.pdf	Relatório Anual de Atividades 2013
Resolução nº 11 de 9 de Abril de 20130001.pdf	Resoluções do Conselho de Saúde
1º RDQ 2013.pdf	Relatório Primeiro Quadrimestre 2013
Programação Anual de Saúde 2013.pdf	Programação Anual de Saúde referente ao Ano do RAG
INVESTIMENTOS CAPACIDADE INSTALADA.pdf	Investimentos e Capacidade Instalada
2º RDQ 2013.pdf	Relatório Segundo Quadrimestre 2013

12. APRECIÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

12.1 RELATÓRIO QUADRIMESTRAL (LC 141/12)

Enviado para Câmara de Vereadores em	1º QUA	2º QUA	3º QUA
Enviado ao Conselho de Saúde em	20/05/2013	25/09/2013	20/02/2014
Enviado para Câmara de Vereadores em	07/06/2013	22/11/2013	27/02/2014

12.2. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

12.2.1. INFORMAÇÕES DO GESTOR

Horário de Brasília

Enviado ao Conselho de Saúde para apreciação em	31/07/2014 22:47:38
Enviado ao Tribunal de contas a que está jurisdicionando em	
Enviado à Câmara de Vereadores em	
Reenviado ao Conselho de Saúde para reapreciação em	22/01/2015 13:16:01

12.2.2. INFORMAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE

Horário de Brasília

Data de Recebimento do RAG pelo CS	31/07/2014 22:47:38	
Apreciado pelo Conselho de Saúde em	26/08/2014 10:46:59	
Reapreciado pelo Conselho em	14/04/2016 14:36:09	
Parecer do Conselho de Saúde	Retorna-se para COPLAN para inserir a PAS.	
Status da Apreciação	Aprovado	
Resolução da Apreciação	002	Data 08/12/2015

FORTALEZA - CE, ____ de _____ de ____.